

UNIVERSIDAD SAN FRANCISCO DE QUITO

Colegio de Ciencias Sociales y Humanidades

**Terapia Cognitiva Conductual aplicada a un caso de depresión no
especificada y un problema conyugal**

Mónica Priscila Grijalva Silva

Esteban Utreras, Ph.D., Director de Tesis

Tesis de grado presentada como requisito
para la obtención del título de Psicóloga Clínica

Quito, Mayo 2013

Universidad San Francisco de Quito
Colegio de Ciencias Sociales y Humanidades

HOJA DE APROBACIÓN DE TESIS

Terapia Cognitiva Conductual aplicada a un caso de depresión no especificada y un problema conyugal

Mónica Grijalva

Esteban Utreras, Ph.D.
Director de la tesis

Teresa Borja, Ph.D.
Miembro del Comité de Tesis

Esteban Ricaurte, M.A.
Miembro del Comité de Tesis

Teresa Borja, Ph.D.
Director del programa

Carmen Fernández Salvador, Ph.D.
Decana del Colegio de
Ciencias Sociales y Humanidades

Quito, abril del 2013

© DERECHOS DE AUTOR

Por medio del presente documento certifico que he leído la Política de Propiedad Intelectual de la Universidad San Francisco de Quito y estoy de acuerdo con su contenido, por lo que los derechos de propiedad intelectual del presente trabajo de investigación quedan sujetos a lo dispuesto en la Política.

Asimismo, autorizo a la USFQ para que realice la digitalización y publicación de este trabajo de investigación en el repositorio virtual, de conformidad a lo dispuesto en el Art. 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior.

Firma: _____

Nombre: Mónica Priscila Grijalva Silva

C. I.: 171638232-8

Lugar: Quito

Fecha: Mayo del 2013

DEDICATORIA

A mis papás,
a mi hermano,
a mi novio
y al orejas.

RESUMEN

El presente trabajo es un estudio de caso llevado a cabo en el servicio de consultas gratuitas ofrecidas por la Universidad San Francisco de Quito. El tratamiento se llevó a cabo siguiendo los lineamientos de la terapia cognitiva conductual con una paciente de 43 años de edad a quién se le diagnosticó un trastorno del estado de ánimo de tipo depresivo no especificado, junto con un problema conyugal. A lo largo de 14 sesiones se aplicaron los conceptos y herramientas de la terapia cognitiva conductual, así como reactivos y tests como el Inventario de Depresión de Beck y el SCL-90R de Derogatis. Los resultados de los tests tanto a inicios de la terapia como en las sesiones finales demostraron que el cuadro depresivo que la paciente presentó inicialmente mejoró a lo largo de las sesiones por medio de la terapia cognitiva conductual.

ABSTRACT

This work is a case study carried on at the free consults service offered by the Psychology department of the Universidad San Francisco de Quito. The treatment followed the guidelines of the cognitive behavioral therapy to a 43 years old patient who was diagnosed with a depressive disorder not otherwise specified with partner relational problem. During the 14 sessions of treatment the concepts and tools provided by cognitive behavioral therapy were widely used as well as tests such as Beck Depression Inventory (BDI-IA) and Symptom Checklist-90-Revised (SCL-90-R). The tests results both at the beginning and at the end of the treatment showed an improvement in the depressive profile of the patient due to cognitive behavioral therapy.

TABLA DE CONTENIDO

Resumen	5
Abstract	6
Capítulo 1. Información contextual.....	11
1.1. Datos de identificación.....	11
1.2. Presentación del problema.....	11
1.3. Historia Personal.....	13
1.4. Historia Familiar.....	14
1.5. Situación Actual.....	15
Capítulo 2. Formulación del caso.....	17
2.1. Orientación teórica.....	17
2.2. Terapia cognitiva.....	17
a. Antecedentes.....	17
b. Modelo Cognitivo.....	19
c. Esquemas mentales.....	21
d. Creencias centrales.....	23
e. Creencias intermedias.....	26
f. Pensamientos automáticos.....	30
g. Distorsiones cognitivas.....	35
h. Estructura de la terapia cognitiva conductual.....	38
2.3. Objetivo.....	39
2.4. Problemas Conyugales (eje 4).....	40
a. Insatisfacción matrimonial.....	41
2.5. Depresión.....	43
a. Prevalencia.....	43
b. Etiología.....	44
c. Curso y desarrollo.....	45
d. Patrón familiar.....	46
2.6. Trastorno depresivo no especificado.....	46
2.7. Modelo cognitivo de la depresión.....	47
Capítulo 3. Impacto neuropsicológico de la terapia cognitiva conductual.....	49

3.1. Efectos de la terapia farmacológica en el cerebro.....	51
3.2. Efectos de la terapia cognitiva conductual en el cerebro.....	53
3.3. Comparación entre terapia cognitiva y terapia farmacológica.....	59
Capítulo 4. Conceptualización clínica del caso.....	62
4.1. Las creencias centrales de Alicia.....	63
4.2. Las creencias intermedias de Alicia.....	65
4.3. Pensamientos automáticos de Alicia.....	66
4.4. Distorsiones cognitivas de Alicia.....	67
Capítulo 5. Curso del tratamiento.....	69
5.1. Estado mental.....	69
5.2. Pruebas Psicológicas.....	69
a. Inventario de Síntomas 90 Revisado (SCL90-R).....	69
1) Introducción al SCL-90-R.....	69
2) Resultados.....	71
(a) Pre-test.....	71
(b) Post-test.....	73
(c) Evolución.....	73
3) Análisis de los resultados.....	75
b. Inventario de depresión de Beck.....	76
1) Descripción.....	76
2) Resultados.....	77
(a) Pre-test.....	77
(b) Post-test.....	78
3) Análisis de los resultados.....	78
5.3. Diagnóstico y evaluación funcional.....	78
5.4. Criterios diagnósticos del DSM-IV.....	79
Capítulo 6. Estructura del tratamiento.....	82
6.1. Objetivos a corto plazo.....	82
6.2. Objetivos a largo plazo.....	83
6.3. Temas e intervenciones.....	84
a. Desarrollar una relación terapéutica con el paciente.....	84
b. Evaluación de la problemática del paciente.....	85

c. Aplicación del modelo cognitivo.....	86
i. Pensamientos automáticos de Alicia, identificación, evaluación y modificación.....	87
ii. Creencias intermedias de Alicia, identificación, evaluación y modificación.....	89
iii. Creencias centrales de Alicia, identificación, evaluación y modificación.....	91
Capítulo 7. Consideraciones relacionadas al tratamiento.....	94
7.1. Aspectos éticos.....	94
7.2. Transferencia.....	97
7.3. Contra-transferencia.....	99
Capítulo 8. Conclusiones y limitaciones.....	100
8.1. Conclusiones.....	100
8.2. Limitaciones del estudio.....	101
Referencias.....	104
Anexos.....	109

TABLAS

Tabla 2.1. Tabla de ventajas y desventajas (Wenzel, 2012).....	26
Tabla 2.2. Ejemplo de creencias intermedias (Reis de Oliveira, 2012).....	27
Tabla 2.3. Distorsiones cognitivas (Reis de Oliveira, 2012).....	37
Tabla 4.1. Reglas, Actitudes y Asunciones de Alicia.....	66
Tabla 4.2. Distorsiones cognitivas de Alicia.....	68
Tabla 5.1. Resultados pre-test y post-test SCL-90-R.....	73
Tabla 5.2. Resultados pre-test y post-test de índices SCL-90-R.....	74
Tabla 6.1. Distorsiones cognitivas de Alicia.....	89
Tabla 6.2. Creencias intermedias de Alicia.....	90
Tabla 6.3. Creencias centrales de Alicia.....	92

FIGURAS

Figura 2.1. Secuencia Situación-Pensamiento-Emoción (Clark & Beck, 2010).....	19
Figura 2.2. Ciclo de las emociones bajo el modelo cognitivo (Beck, 2011).....	20
Figura 2.3. Gráfico de pastel para identificar creencias centrales (Wenzel, 2012).....	25
Figura 2.4. Relación entre comportamiento, creencias y pensamientos automáticos.....	34
Figura 5.1. Evolución pre-test y post-test SCL-90-R.....	74
Figura 5.2. Evolución de índices SCL-90-R.....	74

Capítulo 1. INFORMACIÓN CONTEXTUAL

1.1. Datos de identificación

La paciente a la que se hará referencia durante todo este trabajo ha solicitado que se mantenga en reserva su nombre, por lo que, a lo largo de esta tesis, las referencias a ella serán bajo el nombre de “Alicia”. Alicia es una mujer de mediana edad de estado civil casada. Tiene 3 hijos. Alicia es una profesional graduada de una universidad de Quito, Ecuador y actualmente trabaja. Ella pertenece, debido a su nivel de ingresos, educación y ocupación, a un nivel socioeconómico medio, es una persona elocuente, que puede expresarse de manera correcta con un vocabulario amplio y no tiene dificultad en la interacción verbal. De acuerdo al Examen de Estado Mental, el nivel de consciencia de Alicia es alerta, su orientación es correcta tanto para personas, situaciones y fechas, su apariencia es limpia y bien nutrida, usa lenguaje normal, su línea de pensamiento es coherente y circunstancial, su comportamiento es cooperativo y agitado, tiene afecto plano y lábil, su intelecto es normal, presenta un estado de ánimo deprimido, ansioso e irritable, tiene una memoria normal y motricidad normal.

1.2. Presentación del problema

Alicia solicita los servicios psicológicos gratuitos de la Universidad San Francisco de Quito inicialmente para un familiar. De acuerdo a Alicia esta persona tiene un vocabulario no apropiado. Alicia se refiere a esta persona como demasiado rebelde que no acepta la autoridad de los padres, no obedece órdenes, piensa que puede manejarse independientemente y hacer lo que quiera. Después de haber atendido en terapia a esta persona y tomando en cuenta que muchas de sus conductas obedecían a un malestar significativo dentro de su hogar, se decidió que se debía trabajar con Alicia y su esposo, bajo un esquema de terapia familiar. Después de seis semanas Alicia y su esposo piensan en la posibilidad de separarse puesto que la situación no

mejora entre ellos. Como consecuencia de este acontecimiento, se decidió dar terapia individual a Alicia siguiendo el modelo de terapia cognitivo conductual.

En el núcleo familiar existe una disfunción marital. La relación de Alicia con su esposo es mala, existe una mala comunicación, no hay empatía, no hay respeto mutuo evidenciado por las peleas constantes a las que la paciente hace referencia en repetidas ocasiones. Tampoco existe jerarquía entre padres e hijos, los hijos no ven a sus padres como autoridad que pueda imponer normas ni límites, esto se ve reflejado en el trato de los hijos hacia los padres. Dentro de la familia la comunicación es casi nula las interacciones familiares están marcadas por comentarios negativos, apodos peyorativos, peleas y desacuerdos, que llevan a generar un ambiente hostil dentro del hogar.

Cuando Alicia se presenta a terapia se hacen evidentes algunos síntomas como: ansiedad, cansancio, rumiaciones, preocupación, depresión, frustración, decepción, inseguridad, miedos, celos y rencor. Esto se expresa a través de tensión muscular, llanto, falta de apetito, anhedonia. Asimismo, la paciente expresa que ha perdido el interés en cosas que antes le interesaban. La interacción con su pareja se ve caracterizada por una labilidad afectiva que en palabras de la paciente se traduce como “hay veces que tengo una ira desmesurada, que no puedo manejar, simplemente me enojo con mi familia y me encierro en el cuarto”. Otro síntoma que presenta la paciente es un conjunto de sentimientos de desesperanza con relación a su matrimonio y a su futuro como madre. Alicia está convencida de un inevitable fracaso de su matrimonio, ella dice que “en el momento en el que mis hijos puedan valerse por sí mismos, yo sé que él me va a dejar”. Alicia se sentía una mujer poco atractiva y estaba segura de que nadie se interesaría en ella y mencionaba que “no sabía valorarse” y que ese era uno de los puntos en los que quería trabajar.

1.3. Historia Personal

Alicia tiene un desarrollo normal, ella describe que a pesar de que sus papás tuvieron muchas dificultades siempre se mantuvieron juntos. No hubo infidelidad entre ellos y, según Alicia, sus padres se respetaban. Se ha separado mucho de sus hermanas ya que en una ocasión su esposo manoseó a una de sus hermanas; este hecho se dio en una reunión familiar en la que Alicia entró a la cocina y encontró a su marido y a su hermana frotándose el uno contra el otro, lo que causó que Alicia perdiera confianza en su esposo. Ella dice que se ha separado mucho de su familia para no tener problemas con su esposo. Ella se percibe como una mujer que trabaja, sin embargo, dice que su esposo no ya que no tiene un horario fijo de trabajo. Él pasa más tiempo con sus hijos y esto hace que tenga una relación más estrecha con ellos y ella se siente excluida. En la casa su familia le dice que es demasiado malgenio, que siempre está molesta, que siempre les hace sentir mal, que llega a la casa y el ambiente general cambia.

Alicia es de religión católica y aunque no asiste a misa de manera frecuente, se guía bajo los principios morales del catolicismo. Ella está convencida de que el matrimonio, como sacramento, es para toda la vida. En su hogar ha inculcado los valores católicos y espera un comportamiento tal de parte de sus hijos.

Las relaciones de Alicia con el resto de las personas se pueden calificar de buenas. Ella reporta que tiene una muy buena relación con sus compañeros de trabajo, sin embargo no tiene amigos cercanos. Su única amiga es la hermana de su esposo, ya que ella es la única persona de la que su marido no tiene celos, frente a todas las demás personas los celos de su esposo son irracionales.

La paciente goza de salud plena. Ella reporta haber consumido antidepresivos, sin embargo, dice que no recuerda el nombre, la dosis ni el período durante el cual consumió el

medicamento y que le fueron recetados por un psiquiatra del que no recuerda el nombre.

Actualmente no presenta problemas médicos ni presenta alergias a ningún medicamento. La paciente no ha tenido problemas ni historial legal.

1.4. Historia Familiar

Alicia viene de una familia de origen cuencano y a pesar de haber nacido en Cuenca, a muy temprana edad su familia trasladó su residencia a Quito y desde entonces ha vivido en esta ciudad. En Quito asistió a la escuela y el colegio, dónde, por ser una niña demasiado callada, de acuerdo a su familia, generaba muchas preocupaciones en su madre. Ella cree que debe tener un problema con los hombres y su niñez pero descarta que haya sido abusada física o sexualmente cuando niña. Ella tenía una buena relación con su padre.

Alicia se casó a los 25 años porque consideraba que era su última oportunidad para no quedarse sola. Después de un año nace su primera hija, a la que seguirán dos varones. Durante todo este tiempo, Alicia se ha mantenido casada, según ella, por darles estabilidad a sus hijos, en sus palabras, ella dice que si sus hijos no estarían de por medio, probablemente ya se habría divorciado. El ambiente en el hogar es hostil, ella dice que se respira odio y desconfianza, para ella, todo lo que él hace le molesta, frecuentemente ella ignora a su esposo hasta el punto en el que éste se cansa y explota, desde ese momento en adelante la única forma en la que se comunican es a través de gritos. Este tipo de peleas se dan diariamente. Alicia se cuestiona mucho el ejemplo que les está dando a sus hijos acerca del rol como esposa y como madre que tiene en su familia. Alicia responsabiliza a su matrimonio por ser la causa de perder su alegría y su esperanza; dice que no pudo triunfar en su trabajo como ella habría querido y que no disfrutó de su familia; por último dice que no ganó nada con el matrimonio. A pesar de no estar satisfecha con su matrimonio, Alicia no reporta que exista violencia doméstica, sin embargo,

dentro del matrimonio existen muchos celos tanto de parte de Alicia como de su esposo. La relación de Alicia con su familia es distante a como consecuencia de que su esposo, en el transcurso de los últimos cinco años le fue infiel repetidas veces e incluso con su hermana. La decisión de alejarse de su familia es para evitar conflictos tanto con ellos como con su esposo, a quien ella califica de demasiado celoso. Para Alicia, su esposo es tan celoso que no le permite tener una vida social normal, en la que ella pueda interactuar con otros hombres sin que él piense que ella está interesada en ellos. Alicia expresa que los celos de su esposo son tan irreales que incluso, ha llegado a insinuar, a manera de burla, que el tercer hijo del matrimonio no es de su esposo.

Ella quisiera que su marido crea en ella, ya que es una mujer digna; también quisiera que no le ofenda, que le haga sentir segura y protegida, que él se sienta orgulloso de ella, que comparta socialmente sin sentirse amenazado. Ella espera que su pareja le demuestre su cariño por medio de palabras y gestos, ella dice sentirse más apreciada y valorada en el trabajo.

1.5. Situación Actual

La paciente ha vivido durante 18 años dentro de un matrimonio que, según ella, nunca le ha hecho feliz. Ella llega a terapia individual porque no está feliz en su matrimonio ni dentro de su hogar. Si bien se ha mantenido casada durante todo este tiempo, ella expresa que no puede más, que la situación dentro de su hogar es insostenible a pesar de que tengan todo para ser felices. Ella no cree que sea un problema de recursos sino de actitud de su familia. La relación con su esposo se ha deteriorado mucho, en parte debido a los celos irracionales de ambos. La situación con sus hijos no es mejor que con su esposo, entre Alicia y su hija existe una gran tensión debido a que Alicia no aprueba ninguna conducta ni amistades de su hija, ha llegado a decir que los amigos de su hija son “delincuentes” e incluso no permite que algunas de las

compañeras de colegio de su hija vayan a su casa porque ella dice que su esposo se siente atraído hacia algunas de ellas. Entre Alicia y sus dos hijos varones la situación es más llevadera ya que ellos son menores y menos confrontativos. El problema existente es que hay una disfunción marital. Alicia tiene una mala relación con su pareja, no hay normas ni límites establecidos por los padres a sus hijos y existe una mala comunicación.

La demanda de Alicia al asistir a terapia es: poder decidir, en base a lo que ella quiere para sí misma si vale la pena luchar por su matrimonio o es mejor separarse de su esposo. Alicia sabe que a pesar de ser una decisión difícil ella siempre ha puesto como prioritario el bienestar social y económico de sus hijos.

Capítulo 2. FORMULACIÓN DEL CASO

2.1. Orientación teórica

El estudio de caso presente se conceptualizó en base a la teoría Cognitiva Conductual para luego planificar un tratamiento que satisficiera las necesidades del paciente.

2.2. Terapia cognitiva

a. Antecedentes

La terapia cognitiva conductual se inicia en la década de 1960. Aaron Beck, profesor de la universidad de Pennsylvania, desarrolló un tipo de terapia estructurada, de corta duración y orientada en el presente para tratar la depresión. Esta terapia tenía su base en la modificación de pensamientos y conductas disfuncionales con el fin de resolver problemas actuales (Beck, 2011). A lo largo de los años, cada terapeuta ha adaptado la terapia ideada por Beck para llevarla a una gama diversa de pacientes con diferentes tipos de trastornos psiquiátricos y psicológicos. A pesar de todas las variaciones que ha tenido la terapia cognitiva conductual, el centro y la teoría ha permanecido constante. En cualquiera de las variantes de la terapia cognitiva conductual, el tratamiento se basa en una formulación cognitiva, en creencias y en estrategias conductuales que caracterizan a un desorden en particular (Beck, 2011).

La terapia cognitiva conductual es un modelo psicoeducacional de tratamiento activo, direccionado, colaborativo, estructurado, dinámico, orientado a los problemas, enfocado en la solución. Desde su creación, la terapia cognitiva conductual ha enfatizado la importancia de las definiciones operacionales como un ingrediente esencial en la terapia. Las definiciones son una guía importante en la terapia, mejoran la colaboración y mantienen la terapia enfocada en el problema. Después de todo, las definiciones de la fortalezas del paciente, sus apoyos y metas en

la terapia deberán siempre ser explicados para que la terapia tenga la suficiente estructura (Freeman, Felgoise, Nezu, Nezu & Reinecke, 2005).

La terapia cognitiva conductual consiste en construir un set de habilidades que permite a un individuo tener consciencia de sus pensamientos y emociones, le permite también identificar como las situaciones, pensamientos y comportamientos influyen sus emociones; y de tal manera le permite modificar sus pensamientos y comportamientos hacia unos más adaptativos lo que lleva a una mejoría en los sentimientos. La manera que tiene la terapia cognitiva conductual para que los pacientes adquieran estas habilidades se basa en una colaboración activa entre el paciente y el terapeuta. Una gran diferencia entre la terapia cognitiva conductual y las demás terapias es que no se centra únicamente en sesiones habladas entre el paciente y su terapeuta, sino que existen tareas y deberes que el paciente debe hacerlos entre una sesión y la otra (Cully & Teten, 2008).

El tratamiento se basa en una conceptualización y el entendimiento de cada paciente de manera individual, sus creencias específicas y sus patrones de conducta. La meta del terapeuta es producir un cambio en la manera de pensar del paciente así como de su sistema de creencias que perduren en el tiempo (Beck, 2011).

El modelo cognitivo desafía una experiencia subjetiva del paciente y sugiere, en lugar de ella, que son los pensamientos que las personas experimentan acerca de determinadas situaciones, los que dan lugar a ciertas emociones. Las personas con depresión tienden a demostrar patrones disfuncionales o imprecisos en cuanto a su pensamiento. En la terapia cognitiva, el terapeuta entrena al paciente en habilidades específicas que le ayudarán a aprender acerca de su estado de ánimo y a cómo mejorarlo y cómo modificar su comportamiento

cambiando la manera en la que el paciente piensa acerca de una situación determinada (Cully & Teten, 2008).

La terapia cognitiva conductual ha sido adaptada para pacientes con diferentes niveles de educación así como económicos y culturales; desde niños hasta adultos mayores. En la actualidad se utiliza la terapia cognitiva conductual como un recurso de atención primaria tanto en consultas como en escuelas, hospitales, programas vocacionales e incluso cárceles. La terapia cognitiva conductual es muy versátil y puede ser aplicada individualmente, como terapia de grupo, de pareja o terapia familiar (Beck, 2011).

b. Modelo Cognitivo

El modelo cognitivo se basa en la premisa: “cómo piensas afecta cómo te sientes”. Bajo este modelo, existe una situación que desencadena un pensamiento depresivo, lo que lleva a su vez a un sentimiento depresivo, como se muestra en la figura 2.1.:

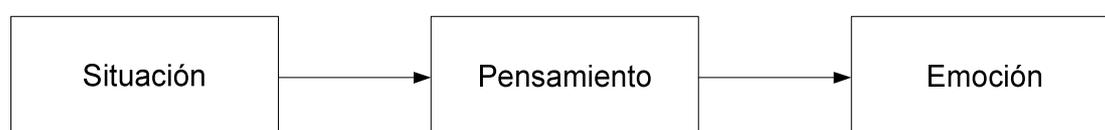


Figura 2.1. Secuencia Situación-Pensamiento-Emoción (Clark & Beck, 2010)

El marco conceptual de la terapia cognitiva está estructurado en la noción de que la evaluación subjetiva de las experiencias tempranas modelan y mantienen creencias fundamentales acerca de sí mismo (Yurica & DiTomasso, 2005).

En el modelo cognitivo, los pensamientos disfuncionales, que influyen al paciente tanto en estado de ánimo como en conducta, son comunes a todas las alteraciones psicológicas. El modelo cognitivo propone que cuando las personas aprenden como evaluar sus pensamientos de una manera más realista y adaptativa, entonces pueden experimentar una mejora en su estado emocional y en su comportamiento. El modelo depresivo enfatiza que los esquemas

maladaptativos causan distorsiones negativas en la manera de percibir y procesar la información que lleva a síntomas depresivos. Las cogniciones negativas acerca de sí mismo, del mundo y del futuro se conoce como triada cognitiva, que mantiene los síntomas depresivos (Gosch & Pollock, 2005). Bajo la óptica del modelo cognitivo, un paciente presenta siempre un pensamiento disfuncional que, como resultado, genera en el paciente una emoción y un sentimiento negativo que producen una conducta determinada. El objetivo de la terapia cognitiva conductual es hacer que el paciente esté consciente de sus pensamientos disfuncionales y que pueda, racionalmente, evaluar la situación a la que está sometido. Cuando un paciente mira sus experiencias desde la perspectiva otorgada por el modelo cognitivo, entonces, probablemente se sienta mejor y se oriente hacia una conducta más funcional (Beck, 2011).

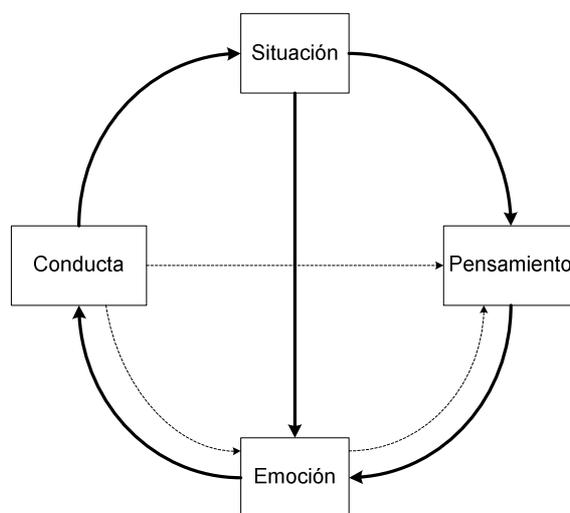


Figura 2.2. Ciclo de las emociones bajo el modelo cognitivo (Beck, 2011).

Para una mejora perdurable en el estado de ánimo y la conducta del paciente, el terapeuta cognitivo conductual trabaja en un nivel más profundo de la cognición de su paciente. Trabaja en las creencias de base sobre ellos mismos, su mundo y otras personas. Los cambios son más duraderos a medida que las creencias disfuncionales subyacentes son modificadas (Beck, 2011).

El nacimiento del modelo cognitivo se da a fines de los años 1950 y comienzos de la década de 1960, cuando Aaron Beck se cuestiona si los principios de la terapia psicoanalítica eran válidos para sus pacientes. Sorpresivamente, se da cuenta que, en sus pacientes con un cuadro de depresión, no es la hostilidad hacia ellos mismos lo que predomina sino sentimientos de privación, pérdida y el considerar que tienen algún defecto. A raíz de esto, Beck descubrió que existen dos corrientes de pensamiento en sus pacientes con depresión, la primera, los pacientes tienen una asociación libre de ideas y la segunda es que tienen pensamientos rápidos y evaluativos acerca de ellos mismos. Beck reconoció que todos sus pacientes experimentaban pensamientos automáticos negativos que estaban ligados a sus emociones. Beck ayudó a sus pacientes a identificar, evaluar y responder a estos pensamientos irreales y maladaptativos; este reconocimiento y evaluación permitió a sus pacientes que mejoraran rápidamente (Beck, 2011).

De acuerdo al modelo cognitivo, las cogniciones pueden ser evaluadas en 3 niveles. El nivel más superficial de procesamiento de la información se lo conoce como pensamientos automáticos que por lo general se expresan como afirmaciones negativas de sí mismo y se asocian comúnmente con la depresión. En un nivel intermedio del procesamiento de la información las cogniciones son generalmente conocidas como creencias intermedias, éstas pueden presentarse bajo la forma de relaciones de condición (si-entonces), como reglas o asunciones. Finalmente, el nivel más profundo del procesamiento de información son las creencias centrales, que son reglas rígidas acerca de sí mismo, su entorno o el futuro (Reis de Oliveira, 2012).

c. Esquemas mentales

Los esquemas mentales son la forma en la que una persona organiza sus creencias, tanto centrales como intermedias. Los esquemas mentales son las redes de asociación de reglas que no

son expresadas verbalmente y asunciones acerca de la realidad y de su significado obtenido por la experiencia previa. Los esquemas mentales adaptativos permiten a las personas procesar información compleja de manera muy rápida, sin embargo, pueden ser también maladaptativos. Los esquemas mentales son creados a una edad temprana y son parte del conocimiento implícito de las personas, por lo tanto es difícil acceder a ellos o aceptarlos aún si alguien más ha sido capaz de acceder. Estos esquemas son experimentados por las personas a través de las frases “¡Esa es la forma de ser de las cosas!”, “¡La realidad es así!” (Dowd, 2005).

Los esquemas mentales influyen qué es lo que una persona cree y también cómo la persona procesa la información que encuentra diariamente a su disposición. Cuando un esquema mental se activa, por lo general, pero no siempre, las personas procesan la información de su entorno de una manera sesgada. De tal forma que las personas tienden a ponerle más atención y dar más importancia a las informaciones que estén de acuerdo con su esquema mental y a pasar por alto las informaciones que no sean consistentes con su esquema. Se puede decir que existe una relación entre el sesgo que una persona tiene para interpretar la información y sus creencias centrales. El esquema de una persona le permitirá recibir únicamente la información relevante para el esquema, sin embargo, esta información lo único que hará será reforzar la creencia central disfuncional. Los esquemas mentales se constituyen de creencias centrales, creencias intermedias y pensamientos automáticos. El refuerzo a la creencia central alimentará al esquema, haciendo que el sesgo sea mayor todavía y esto generará que la información que se obtenga del entorno sea cada vez más sesgada y refuerce más a la creencia central. Un ejemplo que ilustra la relación entre el esquema y la creencia central es una persona con depresión y con un esquema de “soy un fracaso” tenderá a recoger del medio toda la información que refuerce esta creencia a pesar de que exista información neutra o contraria que evidencie que no es un fracaso, haciendo

que de esta manera se profundice la depresión. Las creencias centrales son los contenidos que indican la dirección de un esquema de una persona (Reis de Oliveira, 2012).

d. Creencias centrales

Las creencias centrales se definen como creencias generalizadas, fundamentales, inflexibles y absolutas que las personas mantienen de sí mismos, de otros, del mundo y del futuro. Las creencias centrales están presentes en todas las personas, pueden ser tanto adaptativas y permitir a las personas interpretar la realidad de una manera adecuada, sin embargo, no todas son adaptativas, hay algunas que son maladaptativas y disfuncionales (Gosch & Pollock, 2005). Cuando una creencia central es errónea, inútil o crítica, ésta tiene un efecto negativo en el autoconcepto de una persona así como en su sentido de eficacia; asimismo se mantiene una vulnerabilidad continua a una alteración en el estado de ánimo (Reis de Oliveira, 2012). Las creencias centrales se crean como consecuencia de mensajes recibidos por las personas a través del tiempo, generalmente en las edades formativas, niñez y adolescencia. Puede darse, también, que una situación significativa genere una creencia central en una persona adulta (Reis de Oliveira, 2012). A pesar de que algunos autores utilizan indistintamente los términos de esquemas cognitivos y creencias centrales, en la década de 1960 Aaron Beck diferenció los dos términos bajo la premisa de que los esquemas son estructuras cognitivas internas a la mente y tienen como contenido a las creencias centrales, es decir, las creencias centrales junto con demás elementos conforman los esquemas mentales. Posteriormente, Beck clasificó las creencias centrales negativas en dos grupos principales, aquellas asociadas con impotencia y aquellas asociadas con la incapacidad de ser amado. Años más tarde, Judith Beck describió una tercera categoría asociada con inutilidad (Beck, 2011).

Las creencias centrales relacionadas a impotencia son del tipo: “soy incompetente”, “soy ineficaz”, “no puedo hacer nada bien”, “soy vulnerable”, “soy débil”. Las creencias que están relacionadas a la incapacidad de ser amado son del tipo: “soy poco atractivo”, “nadie me desea”, “estoy destinado a ser rechazado”, “estoy destinado a estar sólo”, “estoy destinado a ser abandonado”. Finalmente, las creencias centrales asociadas con inutilidad son del tipo: “soy un inútil”, “soy inaceptable”, “hay algo malo en mí”, “soy una basura”, “no me merezco vivir” (Beck, 2011).

Es importante tener en cuenta que las creencias centrales, si bien por lo general se refieren a uno mismo, en muchas ocasiones también se refieren a las personas que rodean al paciente. Por ejemplo una desconfianza excesiva en la gente (Beck, 2011).

Para modificar las creencias centrales es necesario aplicar algunas técnicas; se debe, en primer lugar, identificar la creencia, luego se debe examinar la evidencia que soporta la creencia central identificada, se debe también, realizar un análisis de las ventajas y las desventajas para identificar la utilidad de la creencia central. Adicionalmente, se utilizan técnicas tanto para creencias centrales como intermedias como son cuestionamiento socrático, experimentos conductuales, usar a otros como referencia, juego de roles emocional e intelectual, cognitive continuum, actuar “como si” y autorrevelación que serán explicadas en detalle junto con las creencias intermedias.

La identificación de la creencia central inicia con un trabajo con el paciente para definir qué es lo que gobierna la creencia de manera que sea posible ganar una perspectiva acerca de la creencia y que sea posible identificar los puntos de intervención. Una de las maneras más directas para definir los componentes de la creencia es utilizar un gráfico de pastel. Por ejemplo, para una persona cuya creencia central es “no soy tan exitoso como los demás” presentará

componentes que gobiernen su creencia central en relación a lo que él considera que es una persona exitosa (Wenzel, 2012). De tal manera, el gráfico de pastel quedará de la siguiente manera:

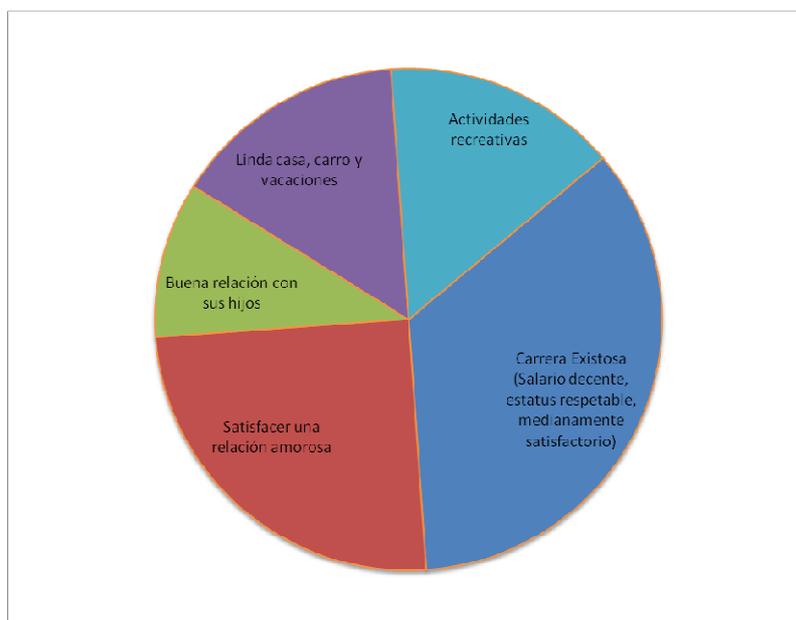


Figura 2.3. Gráfico de pastel para identificar creencias centrales (Wenzel, 2012)

A partir de este gráfico será posible enfocar los puntos a intervenir para generar y reforzar una nueva creencia central que sea “soy tan exitoso como los demás” (Wenzel, 2012).

El examinar la evidencia de manera crítica es una estrategia común para modificar creencias centrales. Esta técnica se basa en examinar la evidencia que da soporte tanto a la creencia disfuncional como a la nueva creencia más funcional. El objetivo es que a lo largo del tiempo el paciente acumule un número cada vez más creciente de evidencia que de soporte a la nueva creencia, la creencia funcional, esto permitirá que el paciente aumente el grado en el que esa creencia es real para el paciente. Si el paciente encuentra evidencia que soporte a la creencia disfuncional, entonces el terapeuta tiene que trabajar de manera que se replantee esta evidencia.

Para realizar la técnica de ventajas y desventajas, se utiliza un cuadro en el que en columnas se listan por un lado la creencia disfuncional y por otro la creencia funcional que se le opone; en las filas se pondrán las ventajas y las desventajas de la siguiente manera:

	Creencia Disfuncional	Creencia Funcional
Ventajas		
Desventajas		

Tabla 2.1. Tabla de ventajas y desventajas (Wenzel, 2012)

e. Creencias intermedias

Las creencias intermedias se sitúan en un nivel menos profundo que las creencias centrales. Las creencias intermedias son reglas, actitudes y suposiciones (Beck, 2011). Las creencias intermedias se reflejan como condiciones, actitudes y asunciones, que no siempre son expresadas y que tienen un papel importante en la manera en la que las personas viven su vida y responden ante retos y factores estresantes de la vida. Las creencias intermedias son expresadas como una relación de causa y efecto (Si-entonces) y sirven tanto para protegerse de una creencia central dolorosa, como para dar sentido a la creencia central para poder entender el mundo. Estas expresiones de causa efecto pueden ser tanto positivas como negativas. Las creencias intermedias que no se expresan como una condición, generalmente se expresan como actitudes que revelan una posición extrema; aunque también pueden expresarse como asunciones de cómo funciona el mundo (Reis de Oliveira, 2012).

Existen creencias intermedias que pueden ser útiles, así como creencias intermedias maladaptativas que perjudiquen el desarrollo del paciente en su entorno. Es útil que un paciente evalúe las ventajas y desventajas de mantener vigente una creencia intermedia; cuando una

creencia intermedia es maladaptativa, el terapeuta debe intentar minimizar las ventajas y maximizar las desventajas de esta creencia (Beck, 2011).

Un ejemplo que pone en evidencia a las creencias intermedias se resume en la tabla siguiente:

Creencia Central: Soy un fracaso	
Relación Si-entonces positiva	Si saco siempre A voy a ser exitoso
Relación Si-entonces negativa	Si no saco A soy un fracaso
Actitud de posición extrema	Sería inaceptable sacar otra cosa que no sea A
Asunción de cómo funciona el mundo	Las personas exitosas sacan siempre A

Tabla 2.2. Ejemplo de creencias intermedias (Reis de Oliveira, 2012).

El problema principal de estas reglas es que son rígidas, inflexibles y por lo general tienen estándares inalcanzables. Así como las creencias centrales, las creencias intermedias también agravan los sesgos en el procesamiento de información que refuerzan creencias centrales negativas y al mismo tiempo fortalecen estas reglas y las hacen más rígidas (Reis de Oliveira, 2012).

Es importante reconocer que existen creencias intermedias que afectan directamente al paciente porque las creen con gran convicción. El terapeuta debe centrarse siempre en las creencias intermedias principales, es decir, las que afecten más al paciente en su adaptabilidad con el entorno; y se debe dejar en segundo plano a las creencias intermedias en las que el paciente crea ligeramente (Beck, 2011).

Para decidir qué creencias se deben tratar, el terapeuta debe siempre preguntarse: ¿Cuál es la creencia? ¿Qué tanto cree en esto el paciente? ¿Qué tanto afecta esta creencia a la vida del paciente? Una vez que se ha identificado una creencia importante para el paciente y que se ha

confirmado que el paciente cree en ella, el terapeuta puede educar al paciente acerca de la naturaleza de las creencias poniendo una como ejemplo. El terapeuta puede acentuar el hecho de que una persona puede adoptar diferentes creencias y que todas las creencias son aprendidas no innatas y pueden siempre ser modificadas (Beck, 2011).

Adicionalmente, es importante que el terapeuta tenga claro si el paciente está en un estado en el que tenga suficiente objetividad acerca de sus creencias intermedias como para poder tratarlas, asimismo, el tiempo de la terapia debe ser suficiente para poder topar el tema (Beck, 2011).

A menudo resulta más fácil para los pacientes identificar una distorsión y evaluarla como creencia intermedia si está bajo la forma de una asunción y no bajo la forma de una regla o actitud. Para determinar el significado de una creencia intermedia es útil utilizar la técnica de la flecha invertida (Beck, 2011). En resumen, es necesario ayudar a los pacientes a identificar sus creencias intermedias reconociéndolas cuando han sido expresadas como un pensamiento automático, una asunción o la expresión de una regla o una actitud. Las técnicas que un terapeuta puede utilizar para identificar una creencia intermedia son varias, puede usarse la técnica de la flecha invertida, buscar temas en común con otros pensamientos automáticos que se relacionen a la misma creencia intermedia o hacer un cuestionario rápido que permita la identificación de la creencia. Se debe determinar la importancia, el grado en el que la persona cree, a través de preguntas de escala, y qué tanto afecta en el funcionamiento del paciente la creencia identificada (Beck, 2011).

Otras técnicas utilizadas para guiar al paciente a adoptar un pensamiento más funcional incluyen cuestionamiento socrático, experimentos conductuales, usar a otros como referencia,

juego de roles emocional e intelectual, cognitive continuum, actuar “como si” y autorrevelación (Beck, 2011).

El cuestionamiento socrático o descubrimiento guiado consiste en que el terapeuta hace preguntas de tal manera que ayuda al paciente a examinar su manera de pensar, a reflexionar acerca de sus conclusiones erróneas y, en ocasiones, encontrar mejores soluciones para los problemas. Esto, regularmente, lleva al paciente a cuestionarse y por lo tanto obtiene mayor objetividad acerca de sus pensamientos, motivos y comportamientos. El cuestionamiento socrático establece una atmosfera libre de juicios, lo que facilita la colaboración entre el paciente y el terapeuta; esto ayuda a los pacientes a sacar sus propias conclusiones acerca de la gravedad de sus problemas (Beck, Wright, Newman & Liese, 1993).

Los experimentos conductuales se usan para evaluar la validez de creencias particulares. Por ejemplo, si un paciente está convencido de que llegar al cine tarde es un desastre, entonces el experimento conductual será incentivar a este paciente a que llegue tarde al cine para ver qué sucedería si llega tarde (Antony & McCabe, 2005).

El juego de roles consiste en que el terapeuta pretenda adoptar una creencia en particular y que el paciente interactúe con él dándole razones por las que esa creencia es irracional, ilógica, incorrecta o maladaptativa. En ocasiones, es posible que el paciente encuentre dificultades en generar los argumentos necesarios, por lo que el terapeuta debe guiar al paciente a identificar formas alternas de pensar para que posteriormente pueda refutar la creencia inicial y reemplazarla con perspectivas más adaptativas (Nezu & D’Zurilla, 2005).

El actuar “como si” es un experimento conductual específico en el cual el paciente se comporta de una manera que es consistente con una nueva creencia más sana aún si el paciente no está totalmente convencido de esta creencia. Posteriormente se evalúan los efectos de este

experimento en cuatro campos, cuáles fueron los efectos en el estado de ánimo del paciente; cuál fue la respuesta de los demás hacia el paciente; qué consecuencias negativas surgieron de haber actuado “como si”; finalmente, qué consecuencias positivas surgieron de haber actuado “como si”. En muchos casos, los pacientes se dan cuenta que actuando en base a una nueva creencia más sana, les permite liberarse de sus antiguas creencias; les permite aliviar su angustia emocional y provoca una reacción positiva de las personas que lo rodean (Wenzel, 2012).

La autorrevelación es una técnica en la cual el terapeuta revela de manera genuina y relevante al paciente un aspecto de su vida para demostrar cómo fue capaz de cambiar creencias similares a las del paciente cuando alguna vez las tuvo (Beck, 2011).

El cognitive continuum es crear una escala de 0% a 100% que representa los dos extremos de una creencia del paciente, por ejemplo en 0% estaría “soy un fracaso” y en 100% estaría “soy exitoso”. Luego, el paciente debe identificar dónde cree él que inicialmente se encuentra en esta escala y cuál es el rango negativo. En seguida, se le pide al paciente que basado en personas que conozca los vaya poniendo en la misma escala y así el paciente sea capaz de evaluar por comparación si su percepción inicial estaba correcta o se mueve en la escala. Las personas que le servirán de comparación pueden ser desde líderes mundiales hasta personas conocidas por el paciente o incluso criminales (Wenzel, 2012).

f. Pensamientos automáticos

Los pensamientos automáticos son pensamientos rápidos y evaluativos que no son resultado de un razonamiento. Al contrario, estos pensamientos surgen de manera espontánea, por lo general son rápidos y breves. Las personas no están conscientes de estos pensamientos, es más probable que una persona se dé cuenta de la emoción o el comportamiento que siguen a un pensamiento automático. Aún cuando las personas estén conscientes de sus pensamientos, es más

probable que los acepten sin criticarlos creyendo que son verdad. Es importante que los pacientes aprendan a identificar sus pensamientos automáticos así como los cambios que sucedan en sus sentimientos, su comportamiento o su fisiología. Para reconocer un pensamiento automático, la persona deberá preguntarse “¿qué es lo que acaba de pasar por mi mente?” (Beck, 2011).

Un pensamiento automático es una corriente breve de pensamientos acerca de sí mismo o de los demás. Por lo general se aplican en situaciones o eventos que ocurren rápidamente a través del día cuando una persona se evalúa a sí misma, al ambiente o al futuro. Por lo general, las personas no están conscientes de este tipo de pensamientos pero sí con las emociones que generan (Cully & Teten, 2008).

Los pensamientos automáticos maladaptativos son reflejos distorsionados de una situación y, por lo general, son aceptados como ciertos. Los pensamientos automáticos son manifestaciones en tiempo real de las creencias disfuncionales que una persona tiene de sí misma, del mundo o del futuro y son disparados por la presencia de una situación dada, estos pensamientos toman mayor magnitud cuando un paciente sufre de un trastorno de ansiedad o de depresión (Cully & Teten, 2008). La mayor parte del tiempo las personas no están conscientes de la existencia de los pensamientos automáticos, sin embargo, éstos pueden ser identificados fácilmente con un poco de entrenamiento (Beck, 2011).

Los pensamientos automáticos son pensamientos rápidos, evaluativos que no surgen de la deliberación o el razonamiento de una persona, por lo tanto, ésta es capaz de aceptarlos como verdad, sin realizar un análisis de los pensamientos. Es muy común, sin embargo no en todos los casos, que los pensamientos sean distorsionados y que den como resultado reacciones emocionales disfuncionales y comportamientos que, a su vez, producirán más errores cognitivos que servirán para mantener el círculo vicioso en movimiento (Reis de Oliveira, 2012).

A pesar de que los pensamientos automáticos surgen espontáneamente, éstos se vuelven predecibles una vez que las creencias subyacentes del paciente han sido identificadas, es decir, una vez que el paciente haya descubierto sus creencias centrales e intermedias le será más fácil identificar los pensamientos automáticos que estén relacionados con las creencias identificadas (Beck, 2011).

Los pensamientos automáticos se caracterizan por ser breves; por lo general, los pacientes están más al tanto de la emoción que sienten como un resultado del pensamiento más que del pensamiento en sí. Adicional al pensamiento verbalizado, los pensamientos automáticos pueden venir también bajo la forma de imágenes (Beck, 2011).

Se puede evaluar a los pensamientos de acuerdo a su validez y a su utilidad. La mayoría de pensamientos automáticos se caracterizan por una distorsión de la realidad a pesar de que exista evidencia objetiva de lo contrario. Otro tipo de pensamientos automáticos son los pensamientos que en sí son válidos pero la conclusión a la que llega el paciente es una conclusión distorsionada de la realidad, por ejemplo “No hice lo que le prometí a mi amiga” es un pensamiento válido, sin embargo, la conclusión a la que la paciente llega es “soy una mala persona” es una conclusión que distorsiona la realidad (Beck, 2011).

Existe un tercer tipo de pensamiento automático que también es válido pero es disfuncional. Por ejemplo: si un estudiante estudia para un examen y todavía le queda mucho material por estudiar puede pensar “todavía tengo mucho por estudiar, voy a terminar esto a las 3 de la mañana”. El pensamiento fue correcto y muy acertado, sin embargo el efecto que tuvo sobre el estudiante fue incrementar su ansiedad y disminuyó su nivel de concentración y motivación. Una respuesta razonable a este pensamiento habría sido una respuesta que genere una utilidad en la persona: “es verdad, me va a tomar mucho tiempo terminar esto pero lo puedo

hacer, ya lo he hecho otras veces; pensar en cuanto tiempo me va a tomar acabar esto me hace sentir miserable y no me voy a poder concentrar. Sería mejor si me concentro en terminar una parte por vez y darme crédito por haber acabado”. Evaluar la validez y la utilidad de los pensamientos automáticos y responder adaptativamente a ellos, produce, por lo general, un cambio positivo en el afecto (Beck, 2011).

Los pensamientos automáticos pueden dividirse en dos categorías generales: los pensamientos maladaptativos y el pensamiento irracional. Los pensamientos maladaptativos son aquellos que parecen lógicos, sin embargo, el concentrarse en ellos aumenta la ansiedad de un paciente y están en la base de los pensamientos irracionales. Los pensamientos maladaptativos incluyen rumiación y evitación cognitiva. La evitación cognitiva consiste en enfocarse muy poco en los pensamientos que producen la ansiedad o depresión. Al evitar este tipo de pensamientos en gran medida, la persona es incapaz de identificar qué es lo que le produce, ya sea, depresión o ansiedad (Meadows & Butcher, 2005).

La segunda categoría de los pensamientos automáticos son los pensamientos irracionales. Estos generan en el paciente una tendencia a pensar que algo es intolerable o insoportable. Estos pensamientos alimentan un estado anterior que puede ser depresivo o ansioso, lo que genera mayor ansiedad o depresión (Meadows & Butcher, 2005).

En resumen, se puede decir que los pensamientos automáticos surgen espontáneamente, no están basados en reflexiones o deliberación y coexisten con una corriente de pensamientos de los cuales las personas están más conscientes. Por lo general, las personas pueden distinguir las emociones que están asociadas a los pensamientos automáticos, sin embargo, con un poco de entrenamiento podrán reconocer e identificar sus pensamientos automáticos. Los pensamientos

relevantes a los problemas personales están asociados con las emociones específicas que dependen de su contenido y significado (Beck, 2011).

Relación entre comportamiento, creencias y pensamientos automáticos

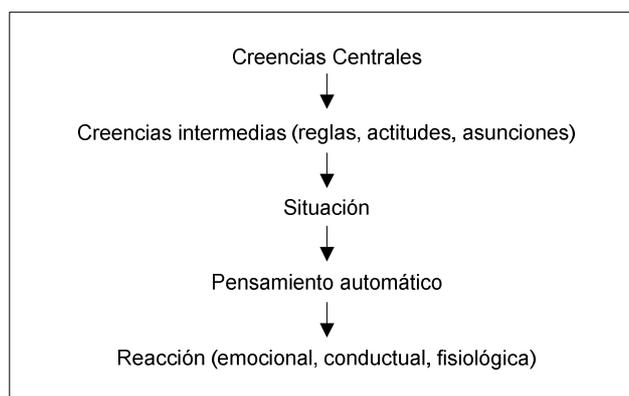


Figura 2.4. Relación entre comportamiento, creencias y pensamientos automáticos

Para trabajar con un paciente y modificar sus pensamientos automáticos se debe, en primer lugar, enseñar al paciente acerca de qué son los pensamientos automáticos, cómo se los identifica, bajo qué forma se presentan y si son funcionales o no. La conexión entre situación, pensamiento y sentimiento tiene que ser claramente explicada al paciente para que sea capaz de identificar qué es lo que desencadena sus pensamientos automáticos. Para que el ejercicio sea más claro para el paciente, se puede construir el triángulo entre situación, pensamiento y emoción con ejemplos recientes del paciente. Usando el ejemplo del paciente se debe describir la asociación entre uno de sus pensamientos y sus sentimientos (Cully & Teten, 2008).

Una vez que el paciente pueda identificar sus pensamientos automáticos es necesario saber en qué pensamientos son primordiales para el tratamiento, por lo tanto se debe dar un valor entre una escala a los pensamientos que se hayan identificado, ya sea en función del grado de intensidad o de disfuncionalidad. En ocasiones, los pensamientos automáticos caen dentro de ciertas categorías conocidas como distorsiones cognitivas (Cully & Teten, 2008).

Otra técnica utilizada es el registro de pensamientos disfuncionales en el que el paciente describe una situación problemática, los pensamientos que se generaron y las emociones que surgen. En el registro, el paciente tiene que evaluar en una escala de 0 a 100 la intensidad de la emoción. Luego este pensamiento es cuestionado y se obtiene evidencia tanto a favor como en contra. Finalmente se plantea en consenso con el paciente, una creencia más adaptativa y se le pide que la evalúe racionalmente (Cully & Teten, 2008).

Para desarrollar un pensamiento equilibrado se debe, en primer lugar, ayudar al paciente a descubrir sus pensamientos automáticos a través de algunas preguntas como:

- ¿Qué evidencia existe de que este pensamiento es verdadero?
- ¿Qué evidencia existe de que este pensamiento no es verdadero?
- ¿Qué le diría a un ser querido si estuviera en esta situación y tuviera estos pensamientos?
- Si mi pensamiento automático es cierto, ¿qué es lo peor que podría pasar?
- Si mi pensamiento automático es cierto, ¿qué es lo mejor que podría pasar?

Una vez que se ha generado suficiente evidencia se la combina para crear un pensamiento menos rígido (Cully & Teten, 2008).

g. Distorsiones cognitivas

Las distorsiones cognitivas fueron definidas inicialmente por Aaron Beck en 1967 como resultado del procesamiento de información que permitió identificar errores en el pensamiento que luego serían predecibles. En su trabajo con pacientes con depresión, Beck definió seis errores sistemáticos en el pensamiento, Inferencia arbitraria, abstracción selectiva, sobregeneralización, magnificación y minimización; personalización y pensamiento dicotómico absoluto. En la década de 1980 David D. Burns renombró y extendió el número de errores sistemáticos a diez. Los diez errores propuestos por Burns fueron: Pensamiento todo o nada,

sobregeneralización, filtro mental, descontar lo positivo, saltar a conclusiones, magnificación, razonamiento emocional, aseveraciones de debería, etiquetar y personalizar y culpar. Arthur Freeman y Rose DeWolf en 1992 y más adelante Arthur Freeman y Carol Oster en 1999 y Mark Gilson y Arthur Freeman en el mismo año, incluyeron como distorsiones cognitivas la externalización de la autoestima, comparación, perfeccionismo, falacia de cambio, falacia de preocupación, falacia de justicia, falacia de ignorar, falacia de estar en lo correcto, falacia de apego, falacia de control y recompensa divina (Yurica & DiTomasso, 2005).

Las distorsiones cognitivas fueron identificadas inicialmente en pacientes con depresión, sin embargo, desde entonces los clínicos han identificado y expandido su tratamiento de distorsiones cognitivas en muchos otros trastornos. Se ha identificado al pensamiento dicotómico como una distorsión principal en pacientes con un trastorno de personalidad dependiente. Así mismo, los pacientes con trastornos de personalidad límite o de personalidad histriónica presentan ciertas distorsiones como el pensamiento dicotómico, saltar a conclusiones y razonamiento emocional. Las distorsiones cognitivas predominantes en el trastorno narcisista de la personalidad son la magnificación sí mismo, abstracción selectiva y minimización de los demás. En el trastorno obsesivo compulsivo de la personalidad se presentan como distorsiones cognitivas principales la magnificación, aseveraciones de debería, perfeccionismo y pensamiento dicotómico (Yurica & DiTomasso, 2005). Regularmente, las personas tienden a cometer errores consistentemente en su manera de pensar. Existe un sesgo negativo que es sistemático en el proceso cognitivo. A estas creencias maladaptativas se las conoce como distorsiones cognitivas.

En muchas ocasiones, las personas tienen un sesgo negativo en su manera de pensar y percibir la realidad. Estos errores consistentes en el pensamiento son las distorsiones cognitivas que se revisaron en la tabla 2.2. Para los pacientes, es útil que aprendan a darles un nombre y

agrupar sus errores de pensamiento dentro de uno de los grupos de distorsiones cognitivas. La importancia de reconocer las distorsiones cognitivas es que esto ayuda a los pacientes a identificar patrones y alejarse un poco de sus pensamientos para evaluar cuando un pensamiento automático no es cierto (Beck, 2011).

Existen 12 distorsiones cognitivas que se resumen en la siguiente tabla:

Distorsión cognitiva	Definición	Ejemplo
Pensamiento Dicotómico (Pensamiento polarizado, pensamiento todo o nada)	Ver una situación en sólo una de dos categorías en lugar de tener intermedios	Si no tengo A en todas las materias, soy un fracaso
Pensamiento catastrófico	Predecir el futuro negativamente sin considerar otras opciones más probables.	Voy a estar tan malgenio que no voy a poder hacer nada
Descalificación de lo positivo	Decirse a sí mismo de manera irracional que las experiencias positivas o cualidades no son válidas.	Hice bien ese proyecto, pero eso no quiere decir que sea competente, solamente fue suerte.
Razonamiento emocional	Creer que algo es real porque así lo siente la persona de tal manera que ignora o descalifica cualquier evidencia que demuestre lo contrario.	Sé que hago muchas cosas bien en mi trabajo, pero aún así siento que soy un fracaso
Etiquetar	Poner una etiqueta global en sí mismo o en otras personas sin considerar la evidencia que pueda llevar a una conclusión diferente.	Los campesinos son gente poco educada
Magnificación o minimización	Magnificar irracionalmente los aspectos negativos o minimizar irracionalmente los aspectos positivos al momento de evaluarse a sí mismo, otra persona o una situación	Que tenga buenas notas no quiere decir que yo sea inteligente
Filtro Mental (Abstracción selectiva)	Poner mayor atención a un detalle negativo en lugar de ver la situación completa.	Aunque tenga muchas buenas calificaciones, si tengo una mala nota en mi libreta quiere

		decir que me está yendo mal en clases
Leer la mente	Crear que uno sabe lo que los demás están pensando, de tal manera que se pueden dejar de lado otras posibilidades que pueden ser más probables.	Seguramente él está pensando que me olvidé que era su cumpleaños
Sobre generalización	Hacer una conclusión negativa general que va más allá de la situación actual.	¡En todos mis cumpleaños llueve!
Personalización	Crear que un comportamiento negativo de los demás es causado por la persona, sin considerar otras causas más probables para este comportamiento.	Sentí que me faltó al respeto porque le quedé viendo mal
Los deberías	La persona tiene una idea fija y precisa de cómo deberían comportarse él o los demás y se sobreestima la expectativa de esta meta.	Antes de los 25 años deberías estar graduada de la universidad
Visión de Túnel	Ver únicamente los aspectos negativos de una situación.	Me fui de paseo pero fue un fracaso porque me caí y me rompí el brazo

Tabla 2.3. Distorsiones cognitivas (Reis de Oliveira, 2012).

h. Estructura de la terapia cognitiva conductual

La terapia cognitiva conductual se caracteriza porque todas sus sesiones son estructuradas indistintamente de cuál sea el diagnóstico o la etapa del tratamiento en la que el paciente se encuentre. La estructura que cada sesión debería seguir, para tener su máxima efectividad debe tener tres partes. La primera parte de la sesión es la parte introductoria, en la que se hace una revisión del estado de ánimo del paciente, se hace una revisión de la semana anterior y se establece una agenda para la sesión en conjunto con el paciente. La parte intermedia de la terapia se centra en revisar los deberes enviados al paciente, discutir los problemas de la agenda,

plantear nuevos deberes y hacer un resumen de la terapia. La parte final de la terapia debe ser el momento de dar al paciente una retroalimentación clara (Hollon, S. & Dimidjian, S. 2009).

Existen elementos que no deben faltar en toda sesión de terapia cognitiva conductual. Entre estos elementos está el desarrollar una relación terapéutica para crear un vínculo entre el terapeuta y el paciente; se debe, también, planificar un tratamiento y estructurar cada sesión. Así como es importante la estructura y el vínculo con el paciente, lo más importante en la terapia cognitiva se centra en que el terapeuta debe ayudar al paciente a identificar sus pensamientos disfuncionales, la relación entre su cognición, emociones y sus comportamientos; para, a través de un énfasis en lo positivo, lograr un cambio conductual y cognitivo de una sesión a la otra, a través de tareas específicas (Hollon, S. & Dimidjian, S. 2009).

El objetivo principal de la terapia cognitiva conductual es hacer que el proceso sea comprensible tanto para el paciente como para el terapeuta, que ambos sepan qué esperar uno del otro y de esta manera el terapeuta podrá conducir las sesiones de la manera más eficiente posible para aliviar el malestar del paciente tan pronto como sea posible (Hollon, S. & Dimidjian, S. 2009).

Al ser la mejoría efectiva y rápida, el objetivo primordial de la terapia cognitiva conductual, es importante reformular permanentemente la demanda del paciente. Para esto es necesario analizar sesión a sesión los progresos del paciente así como los puntos en lo que en ese momento va a necesitar ayuda (Hollon, S. & Dimidjian, S. 2009).

2.3. Objetivo

El objetivo de este trabajo es aplicar la terapia cognitiva conductual en un caso de depresión no especificada y problemas conyugales. Asimismo, se evaluará la efectividad del tratamiento ya que existe suficiente evidencia que indica que los pacientes que son tratados bajo

un esquema de terapia cognitiva conductual presentan resultados satisfactorios. De acuerdo a Steven Hollon y Sona Dimidjian (2009) la terapia cognitiva conductual es uno de los tratamientos más usados para la depresión y se ha evidenciado que es igual de eficaz que un tratamiento farmacológico y que incluso, podrían tener una acción más duradera (Hollon & Dimidjian, 2009).

La intervención cognitiva conductual se basa en que la manera en la que las personas interpretan sus experiencias de vida influencia cómo se sienten acerca de las situaciones y cómo son capaces de enfrentarlas. De la misma manera, las personas que tienen predisposición a la depresión se perciben a ellos mismos, su entorno y su futuro de una manera negativa y son susceptibles a tener distorsiones cognitivas que les dificulta beneficiarse de experiencias positivas. La terapia cognitiva conductual proporciona un mecanismo de tratamiento a pacientes con depresión cuya efectividad es comparable a la de un tratamiento farmacológico. Steven Hollon y Sona Dimidjian (2009) revelan que existe evidencia suficiente que demuestra que los efectos de la terapia cognitiva conductual en pacientes con depresión son muy duraderos aún después de terminado el tratamiento (Hollon & Dimidjian, 2009).

2.4. Problemas conyugales

De acuerdo al DSM-IV-TR, los problemas conyugales incluyen patrones de interacción entre cónyuges que están asociados a un deterioro clínicamente significativo de la actividad individual o familiar y a la aparición de síntomas en uno o ambos cónyuges. Estos patrones se caracterizan por una comunicación negativa, por ejemplo desvalidación y críticas; una comunicación distorsionada, por ejemplo expectativas poco realistas; o una ausencia completa de comunicación entre cónyuges (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 2000).

a. Insatisfacción matrimonial

Los problemas conyugales se ven íntimamente ligados a la insatisfacción matrimonial, siendo, en la mayoría de casos las mujeres las que están conscientes de las dificultades y necesidades en una pareja. La felicidad marital está relacionada con la percepción que la esposa tiene sobre la congruencia que existe entre su propia percepción y la percepción que tiene de su marido de cómo debería ser su relación de pareja (Aranda et Al., 2007). Así mismo, por lo general, son las mujeres las que tienen un mayor desencanto en la relación ya con el pasar del tiempo las mujeres perciben menos cualidades positivas en sus parejas (Aranda et Al., 2007). Es indudable que los hombres y las mujeres ven de maneras diferentes a las relaciones, en general, las relaciones románticas adultas están influenciadas por la historia de apego del individuo, además se plantea que los hombres y mujeres difieren en la forma en que sus experiencias en las relaciones de apego afectan el grado de satisfacción que experimentan (Gottman, 1999). De acuerdo a John Gottman, los aspectos que predicen la adaptación de pareja son la habilidad para trabajar en equipo, el tener un sentido de nosotros, tener la habilidad para regular un problema, la distribución de deberes domésticos, el cuidado de los niños y mantenerse cercano el uno del otro. Si en la división de tareas no existe un equilibrio la satisfacción matrimonial podría verse afectada (Gottman, 1999).

Por otro lado, la percepción de la pareja y la autopercepción del rol de cada miembro de la pareja son muy diferentes. John Gottman dice que las mujeres validan más la expresión emocional hacia lo íntimo y consideran que esto les lleva a la intimidad, ellas validan más la expresión y la introspección cuando se sienten tristes o con miedo; mientras que los hombres piensan que la emoción debe ser enfatizada en momentos de reconciliación, asimismo ocultan sentimientos de miedo y tristeza. Los hombres piensan que vivir con emoción es una pérdida de

tiempo y que es potencialmente perjudicial, piensan que pensamientos positivos son capaces de reemplazar a las emociones negativas (Gottman, 1999).

En parte, las diferencias en la percepción entre hombres y mujeres se deben a los estereotipos que aún hoy están muy presentes en las personas. Estos estereotipos son los que generan que se perciba a los varones como cerrados y reservados. En este sentido, las mujeres utilizan un estilo de comunicación positivo, mientras que los hombres un estilo reservado, lo que transforma a las mujeres como las encargadas de hacer funcionar a la relación por medio de la comunicación. Los hombres desean que sus parejas tomen decisiones mientras que las mujeres experimentan y viven su relación a partir de la incompreensión del otro sexo, ellas manifiestan mayor inconformidad ante su relación de pareja; lo que las hace las más conocedoras de qué aspectos deben mejorar en su relación de pareja (Aranda et Al., 2007). Las mujeres están más conscientes que los hombres de las dificultades específicas por las que atraviesa la pareja y tienden a culpar a sus parejas por la separación. En el mismo artículo, se revela que las mujeres se quejan más de su relación de pareja que los hombres. Las razones por las que las mujeres sienten una menor satisfacción matrimonial que los hombres se basan en una división desigual del trabajo doméstico, las mujeres tienen una mayor carga de trabajo doméstico; también se debe al cuidado de los niños, en general, las mujeres son las que se encargan de los hijos y eso no les permite hacer todas las actividades que quisieran; finalmente, el tiempo libre es mayor en los hombres que en las mujeres y esta desigualdad también es causa de que las mujeres tengan una menor satisfacción matrimonial (Aranda et Al., 2007). Las mujeres están más conscientes de la necesidad de un cambio en la relación que los hombres. Esto se produce debido a que hay un gran sentido de injusticia y sentimientos de ira y resentimiento hacia los hombres. Esto hace que las mujeres busquen cambios en sus parejas que se resumen en: aumentar la participación en el

trabajo doméstico y cuidado de los niños de sus parejas, una mejora en el nivel de intimidad en su relación y una igualdad de comunicación y un aumento en la predisposición de su pareja para escuchar sus problemas personales (Aranda et Al., 2007).

Dentro de los problemas conyugales se debe destacar que, de acuerdo a John Gottman las malas relaciones o la insatisfacción matrimonial no es un predictor de divorcio. Tampoco las personas con heridas por historia familiar tienden a buscar personas que puedan sanar sus heridas ni tienen peores matrimonios. Gottman dice que el proceso de selección de pareja parece ser más aleatorio de lo que se piensa y no hay un propósito tan definido (Gottman, 1999).

2.5. Depresión

a. Prevalencia

De acuerdo al DSM-IV-TR (2000), en edad adulta la depresión se observa con una frecuencia dos veces mayor en mujeres que en hombres, mientras que en edad adolescente la proporción es igual tanto para mujeres como para varones. En edad adulta, tiene una prevalencia de entre el 5% y 9% para mujeres y de entre el 2% y 3% en hombres. El rango de edad más afectado por la depresión se sitúa entre los 25 y 44 años, mientras que pasados los 65 años la probabilidad de sufrir de depresión disminuye. (DSM-IV) Estos datos se evidencian de manera clara en un estudio realizado por Gómez-Restrepo, Bohórquez, Pinto, Gil, Rondón y Díaz-Granados publicado por la Organización Panamericana de la Salud; que trata de la situación de la depresión en Colombia. Los resultados del estudio reflejan que del total de la población femenina un 12% presentaba episodios de depresión, mientras que únicamente un 6,2% de hombres tuvo episodios de depresión (Gómez-Restrepo C, Bohórquez A, Pinto Masis D, Gil Laverde JFA, Rondón Sepúlveda M, Díaz-Granados N., 2004).

b. Etiología

La depresión se ve reflejada por un sinnúmero de síntomas, síntomas como dificultades psicomotoras, culpa, sentimientos de inutilidad, ideación suicida, pérdida de energía, cambios en el apetito y pérdida del interés sexual (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 1995). Así mismo involucra episodios de tristeza. El factor hereditario en la depresión varía, desde un 25% para casos poco severos hasta un 50% en casos muy severos de depresión (DeRubeis, Siegle, & Hollon, 2008).

La depresión en las personas genera disfunciones biológicas a nivel cerebral. Tanto en el hipotálamo como en la glándula pituitaria, la cual está estrechamente relacionada con la regulación emocional. Los aspectos biológicos de la depresión incluyen alteraciones en la estructura neurológica del cerebro. Asimismo, por causa de la depresión se incrementa el volumen de la amígdala y disminuye el tamaño del hipocampo así como de la corteza pre frontal. A nivel neuronal, la depresión cambia la conectividad entre la amígdala y el lóbulo frontal y la amígdala y el hipocampo, estos cambios biológicos se producen como consecuencia de elevados niveles de cortisol en el flujo sanguíneo (Sharpley, 2010).

Existen estudios que sugieren un modelo de depresión que actúa sobre la corteza prefrontal, la amígdala y el hipocampo. Estos cambios influyen tanto a la regulación del estado de ánimo, como al aprendizaje y a los procesos de memoria contextual (Sharpley, 2010).

Tanto la terapia cognitiva conductual como los tratamientos farmacológicos han sido investigados ampliamente con respecto a los resultados de cada uno de los tratamientos así como con respecto a los mecanismos que podrían explicar sus efectos (DeRubeis et al., 2008).

c. Curso y desarrollo

Los trastornos depresivos pueden empezar a cualquier edad, y la edad promedio de inicio es entre los 20 y 30 años. Actualmente, existen datos epidemiológicos que sugieren que la edad de inicio de este trastorno es cada vez menor. El curso del trastorno depresivo es variable. En algunos casos, los pacientes tienen episodios aislados separados por muchos años sin síntomas depresivos, mientras que en otros casos los pacientes tienen episodios agrupados, e incluso se presentan episodios cada vez más frecuentes a medida que la edad de los pacientes avanza. Por lo general, los períodos de remisión duran más en las fases tempranas del curso del trastorno. El número de episodios previos sirve como un índice para predecir qué probabilidad de presentar un episodio depresivo tiene un paciente. La evidencia sugiere que mientras más episodios (DSM-IV-TR, 2000). depresivos ha tenido un paciente, la probabilidad de una recaída es mayor, de tal manera que entre el 50-60 % de las personas que han experimentado un trastorno depresivo mayor, pueden tener un segundo episodio. Los sujetos que han tenido un segundo episodio tienen un 70 % de posibilidades de tener un tercero y los sujetos que han tenido tres episodios tienen un 90 % de posibilidades de tener el cuarto. Entre el 5 y el 10 % de las personas con un trastorno depresivo mayor, episodio único, presentan más tarde un episodio maníaco. (DSM-IV-TR, 2000).

Los episodios depresivos pueden desaparecer completamente para el 60% de los pacientes aproximadamente y no hacerlo o hacerlo sólo parcialmente en el resto de los sujetos. Las personas que presentan sólo una remisión parcial tienen más probabilidades de presentar otros episodios y de continuar con el patrón de recuperación parcial interepisódica. Algunas personas presentan un trastorno distímico previo al inicio del trastorno depresivo. Los sujetos que presentan un trastorno distímico tienen más probabilidades de presentar otros episodios

depresivos mayores, tienen una mala recuperación interepisódica y pueden necesitar un tratamiento más intenso en la fase aguda y un período más largo de tratamiento continuado para alcanzar y mantener un estado eutímico más completo y de larga duración. (DSM-IV-TR, 2000).

En muchas ocasiones, los episodios de trastorno depresivo mayor se producen después de un estrés psicosocial grave, como la muerte de un familiar o el divorcio. Algunos estudios sugieren que los acontecimientos psicosociales (estresores) desempeñan un papel importante en la precipitación del primer o el segundo episodios de un trastorno depresivo y que desempeñan un papel menor en el inicio de los episodios posteriores. Es difícil predecir en qué casos el primer episodio de un trastorno depresivo mayor en una persona joven va a convertirse finalmente en un trastorno bipolar. (DSM-IV-TR, 2000).

d. Patrón Familiar

El trastorno depresivo mayor es 1,5-3 veces más frecuente en los familiares biológicos de primer grado de las personas con este trastorno que en la población general. Hay pruebas de un mayor riesgo de dependencia del alcohol en familiares biológicos de primer grado adultos y puede haber un aumento de la incidencia de trastorno por déficit de atención con hiperactividad en los hijos de adultos con este trastorno. (DSM-IV-TR, 2000).

2.6. Trastorno depresivo no especificado

Cuando un paciente presenta un cuadro con síntomas depresivos pero que no cumple los criterios para trastorno depresivo mayor, trastorno distímico, trastorno adaptativo con estado de ánimo depresivo o trastorno adaptativo con estado de ánimo mixto ansioso y depresivo, se habla de un trastorno depresivo no especificado. Este es un trastorno que se encuentra dentro de los trastornos del estado de ánimo. Dentro del trastorno depresivo no especificado se encuentra el trastorno depresivo menor, que está compuesto por episodios depresivos de al menos dos

semanas de síntomas depresivos pero con menos de los cinco ítems exigidos para el trastorno depresivo mayor (Ver Anexo 1)

2.7. Modelo cognitivo de la depresión

De acuerdo a Jutta Joormann (2009), existen tres modelos para la depresión que están aceptados dentro de la terapia cognitiva conductual. Estos son el modelo de desesperanza aprendida, el esquema de la depresión de Beck y la teoría de redes asociativas de Bower (Joormann, 2009).

El modelo de la desesperanza aprendida se crea a mediados de la década de 1970 por Laura Seligman. Este modelo establece que las expectativas sobre la falta de control sobre los eventos pueden llevar a episodios depresivos. El modelo fue redefinido por Lyn Yvonne Abramson en 1989. Él propuso que la desesperanza es una causa suficiente para los síntomas depresivos. La desesperanza se traduce como la no ocurrencia de eventos altamente deseados o la certeza de que malos resultados van a ocurrir. La desesperanza es la consecuencia de atribuir consecuencias negativas a eventos estables. Bajo este mismo esquema, si los eventos negativos se atribuyen a causas internas, el resultado será una autoestima baja y sentimientos de inutilidad, que fortalecerán a los síntomas de la depresión de la desesperanza aprendida (Joormann, 2009).

El esquema de la depresión de Beck se basa en la postulación de que las representaciones mentales existentes, también llamados esquemas, llevan a que las personas filtren los estímulos de su entorno, de manera tal que su atención sea únicamente dirigida a información que sea congruente con sus esquemas mentales. Según la teoría de Beck los esquemas de los pacientes deprimidos tienen como base temas de pérdidas, separación, fracaso, inutilidad y rechazo. Como consecuencia, los pacientes presentan un sesgo sistemático en el procesamiento de información o estímulos de su entorno en función de sus esquemas, por lo tanto los pacientes con depresión

tienden a poner atención de manera selectiva a los estímulos negativos de su entorno e interpretan eventos neutros o ambiguos de una manera congruente con su esquema propio. Bajo esta óptica, el esquema disfuncional y el sesgo en el procesamiento de estímulos perdura más allá del episodio depresivo, lo que genera una vulnerabilidad estable ante los factores desencadenantes de un episodio depresivo. A medida que se activan los esquemas disfuncionales como consecuencia de estresores, la cognición específica negativa se activa bajo la forma de pensamientos automáticos que envuelven ideas pesimistas acerca de la persona misma, el mundo y el futuro, lo que se conoce como la triada cognitiva. Los esquemas y los sesgos pueden permanecer latentes, esto es que son menos accesibles y no influyen en la cognición mientras que no se activen por un evento estresante de la vida de la persona. Una vez activados, se inicia y mantiene un estado de ánimo depresivo como consecuencia tanto de los pensamientos influenciados negativamente por el esquema y los sesgos en el procesamiento de la información. De esta manera se inicia un círculo vicioso que se compone de pensamientos automáticos, sesgos en el procesamiento de información y un estado de ánimo deprimido (Joormann, 2009). Una suposición básica en los modelos cognitivos de la depresión es que está caracterizada por sesgos negativos sistemáticos en el pensamiento. Las personas con depresión albergan creencias negativas acerca de sí mismos, el mundo y su futuro. La terapia cognitiva conductual involucra un esfuerzo para corregir los patrones sesgados de pensamiento, que a su vez ayudarán a los pacientes a sobreponerse a los síntomas depresivos (Strunk & DeRubeis, 2005).

Capítulo 3. IMPACTO NEUROPSICOLÓGICO DE LA TERAPIA COGNITIVA

CONDUCTUAL

La plasticidad puede ser entendida como la capacidad del cerebro para remodelar las conexiones entre sus neuronas (Fishbane, 2007), cambiar a nivel estructural, así como también la adaptación del sistema nervioso ante cambios externos e internos. La plasticidad neuronal es la base de los procesos de memoria y aprendizaje, por lo tanto gracias a la plasticidad las personas pueden aprender nuevas habilidades y establecer nuevos recuerdos a lo largo de su vida (Rebolledo, 2003). Por otro lado, la plasticidad también interviene para compensar los efectos de lesiones cerebrales estableciendo nuevas redes (Fishbane, 2007), por ejemplo, una persona que ha perdido la vista en un ojo, desarrollará, en mayor medida, las redes neuronales de su otro ojo. La plasticidad neuronal cambia el cerebro y lo moldea a partir de nuevas conexiones como respuesta a eventos que proveen nueva información. El cambio se da gracias a la potenciación, modificación e inhibición de sinapsis nerviosas existentes, a la creación de nuevas sinapsis y, en algunos casos, gracias a la creación de nuevas neuronas en el cerebro adulto (Santos, 2009).

La etapa del desarrollo es la de mayor plasticidad en los seres humanos, no obstante, en la etapa adulta existe plasticidad en menor medida y únicamente entre neurona y neurona. Se ha demostrado que el número de neuronas no aumenta significativamente durante la vida de los seres humanos; por lo tanto se presume que la sinapsis es la responsable de los cambios en memoria y aprendizaje (Loubon, 2010).

De acuerdo a Fishbane (2007), en su artículo *Wired to Connect*, el lóbulo frontal, gracias a su elevada plasticidad, se mantiene en constante desarrollo a lo largo de la vida de las personas. Asimismo, dentro del contexto de la terapia cognitiva conductual, el pensar y tomar conciencia

sobre las emociones es una habilidad ligada al funcionamiento de la corteza prefrontal (Fishbane, 2007).

En general, la depresión se ha asociado con dificultades en la memoria, la atención y la resolución de problemas; todas estas actividades dependen de manera muy directa de aspectos de las funciones ejecutivas, mismas que están asociadas a la actividad de la corteza prefrontal. La depresión está asociada con una reducción general en la habilidad para realizar tareas cognitivas. Las personas con depresión tienen dificultad en iniciar procesos cognitivos tales como memoria, atención o resolución de problemas, pero pueden ser capaces de realizarlas si éstas son previamente preparadas o si les son proporcionados pasos claves para lograrlas. Las personas con depresión tienen un bajo rendimiento en pruebas de fluencia verbal, planificación e inhibición (Fishbane, 2007).

En cuanto a la memoria, las personas con depresión presentan déficits en tareas como la memoria autobiográfica, memoria episódica y la memoria de trabajo. Las deficiencias en la memoria en las personas con depresión se da más específicamente en las tareas explícitas de la memoria, no así en las implícitas y una tendencia a recordar más los eventos negativos que los eventos positivos. De la misma manera que la memoria, otros aspectos de las funciones ejecutivas que se ven reducidos en las personas con depresión son la atención, la resolución de problemas, la función visoespacial y la reactividad emocional (Levin, Heller, Mohanty, Herrington & Miller, 2007).

La región del cerebro que se ve más afectada con la depresión es la corteza prefrontal, donde se desarrollan los procesos de las funciones ejecutivas. En pacientes con depresión la actividad en la corteza prefrontal se ve disminuida así como un desequilibrio entre el hemisferio izquierdo y derecho del cerebro, lo que, en algunos casos, lleva a que el paciente seleccione los

aspectos negativos en lugar de los positivos. Otra región del cerebro que se ve afectada por la depresión es la función cortical del cíngulo anterior. La función cortical del cíngulo anterior se ve disminuida, por lo tanto procesos cognitivos como la selección de respuesta, el monitoreo de la competencia, la detección de errores, la memoria de trabajo, la evaluación de la información emocional y la regulación de la respuesta emocional se ven reducidos también (Levin et al., 2007).

Adicionalmente, las personas con depresión experimentan dificultades en procesar la información facial que se les es presentada. Esta función está directamente ligada con el funcionamiento del hemisferio derecho posterior. La dificultad en procesar la información facial y lenguaje no verbal están relacionados con problemas de habilidades sociales que experimentan las personas con depresión (Levin et al., 2007).

En terapia, es interesante como la plasticidad permite que la terapia ayude a los procesos mentales y emocionales tanto del paciente como del terapeuta. Los cambios en los procesos mentales y emocionales generan importantes cambios en el cerebro. Como conclusión la neuroplasticidad es la capacidad de cambio y adaptación de las neuronas y puede ser posible gracias a las experiencias, relaciones interpersonales e incluso gracias a la terapia (Fishbane, 2007).

3.1. Efectos de la terapia farmacológica en el cerebro

El tratamiento farmacológico de la depresión se centra en aliviar los síntomas. Se establece que aproximadamente el cincuenta por ciento de pacientes responde a la medicación sin importar de qué tipo sea esta. Sin embargo, el tratamiento farmacológico es más un medio para eliminar los síntomas pero no un tratamiento que modifique la causa del problema. Se considera que un paciente responde al tratamiento cuando se evidencia una mejora visible y se

define a la remisión como la ausencia de síntomas. Aunque el tratamiento farmacológico sea efectivo para los síntomas de un episodio depresivo agudo, no existe evidencia de que sus efectos sean duraderos una vez que el paciente deje de tomar los medicamentos (DeRubeis et al., 2008). Es por esto que la mayor desventaja del tratamiento farmacológico de la depresión es que, aun cuando un paciente haya respondido al tratamiento, el riesgo de recaer es muy alto. Como consecuencia, se aconseja que los pacientes, que han sido tratados farmacológicamente, deban continuar el tratamiento durante los seis meses siguientes a la terminación del mismo. Los pacientes que, durante los seis meses siguientes al tratamiento, no han tenido una recaída son considerados como recuperados (DeRubeis et al., 2008). Si bien la eficacia del tratamiento farmacológico de la depresión ha sido establecida por medio de numerosos estudios clínicos controlados con placebo, los pacientes que se han recuperado a través de este tipo de tratamiento se ven todavía en un gran riesgo de recaer si dejan de tomar su medicación. El riesgo es prácticamente tres a cinco veces mayor que un paciente que ya ha experimentado un episodio de depresión pero que no ha sido tratado farmacológicamente (DeRubeis et al., 2008).

Los antidepresivos, por lo general, inhiben la recaptura de neurotransmisores tales como la serotonina, noradrenalina y dopamina; además se ven afectados también los procesos corticales. Debido a que el tratamiento farmacológico de la depresión funciona a nivel sináptico, los cambios en la disponibilidad de neurotransmisores generan varios cambios en el cerebro, tales como una disminución en la actividad de la amígdala así como un decaimiento en la neurogénesis en el hipocampo. Los fármacos más utilizados son los inhibidores selectivos de recaptura de serotonina. Sin embargo, el alto riesgo que mantienen los pacientes tratados farmacológicamente de recaer sugiere que, si bien los síntomas se han tratado, los mecanismos que causan la depresión se mantienen vigentes en el paciente sin ninguna modificación, por lo

que los pacientes corren un gran riesgo de presentar un episodio de depresión mayor si dejan de tomar su medicación (DeRubeis et al., 2008).

Si bien existen varios cambios a nivel cerebral por medio del tratamiento farmacológico, no se ha examinado en detalle los efectos a largo plazo de estos cambios en la cognición ni en la conducta. Más aún, la falta de evidencia de que el tratamiento farmacológico en humanos reduce el riesgo de presentar episodios depresivos sugiere que los cambios en el funcionamiento y la estructura cerebral causados por los fármacos no son una protección futura para los pacientes una vez que el tratamiento se haya discontinuado (DeRubeis et al., 2008).

Además del tratamiento farmacológico, la terapia cognitiva conductual ha demostrado ser un tratamiento válido y eficaz en pacientes con depresión (DeRubeis et al., 2008).

3.2. Efectos de la terapia cognitiva conductual en el cerebro

La terapia cognitiva conductual surge en la década de 1970 como un tratamiento efectivo de la depresión. Al igual que el tratamiento farmacológico, la terapia cognitiva conductual es un tratamiento seguro y eficaz para los episodios de un trastorno de depresión mayor. La terapia cognitiva conductual se basa en la premisa que las creencias imprecisas y el procesamiento de información maladaptativo son las causas de la depresión. La terapia cognitiva conductual se centra en darle al paciente las habilidades para identificar pensamientos e imágenes que acompañan y preceden a experiencias que llevan a emociones. Asimismo, le enseña al paciente a distanciarse de las creencias que están implícitas en estos pensamientos e imágenes y posteriormente hace que el paciente se cuestione la validez de sus creencias a través de experimentos conductuales. Finalmente, la terapia cognitiva conductual le permite al paciente identificar los temas en el contenido de estos pensamientos e imágenes que ocurren en distintas situaciones (DeRubeis et al., 2008).

El desarrollo de las funciones ejecutivas está vinculado al desarrollo de la corteza prefrontal. Las funciones ejecutivas son los procesos mentales mediante los cuales se resuelven problemas internos y externos e incluyen la inhibición de la respuesta, el control motor, la atención y la memoria, la memoria no verbal, la memoria de trabajo, la autorregulación emocional, la motivación, el tomar decisiones para alcanzar futuras metas, monitorear el proceso para resolver problemas y una auto evaluación y auto monitoreo de los resultados de las decisiones tomadas (Papazian, Alfonso & Luzondo, 2006). Los problemas internos son el resultado de la representación mental de actividades creativas y conflictos de interacción social, comunicativos, afectivos y motivacionales; estos pueden ser nuevos o repetidos. Los problemas externos son el resultado de la relación entre el individuo y su entorno. La meta de las Funciones Ejecutivas es solucionar estos problemas de una forma eficaz y aceptable para la persona y la sociedad (Papazian, Alfonso & Luzondo, 2006). Por otro lado, la amígdala es responsable de la inhibición de las emociones. Un aumento en la actividad de la amígdala podría suponer que una persona realiza asociaciones negativas de manera repetitiva y sostenida. Se ha evidenciado, que en pacientes con depresión, existe una alteración en el volumen de la amígdala con mayor actividad no modulada. Este tipo de anormalidades en el procesamiento neuronal están a la raíz de los síntomas depresivos a pesar de que los trastornos de ansiedad han sido ligados a una disfunción en la amígdala. Los estudios sugieren que en la mayoría de personas con depresión, la actividad de la corteza prefrontal es mucho menor comparada a individuos sin depresión. Así mismo, se puede observar que las personas con depresión tienden a no tener un buen rendimiento en tareas que evalúan el control ejecutivo y la memoria de trabajo (DeRubeis et al., 2008).

Al ser el objetivo principal de la terapia cognitiva el lograr que el paciente reemplace su reacción emocional automática por mecanismos de proceso de información más controlados; el

efecto a nivel cerebral es una mayor activación de la corteza prefrontal. De la misma manera, el inhibir o atenuar las reacciones automáticas del sistema límbico, puede generar una reducción en la actividad de la amígdala. Ya que la terapia cognitiva trabaja en crear habilidades que requieren un funcionamiento activo de la corteza prefrontal, los efectos de este tratamiento serán duraderos puesto que existe un aprendizaje (DeRubeis et al., 2008).

Existen estudios que prueban que una mejoría a través de la terapia cognitiva conductual para los pacientes con depresión es real. En el estudio *Delivering interventions for depression by using the internet: randomised controlled trial*, llevado a cabo por Helen Christensen, Kathleen Griffiths y Anthony Jorm (2003), se midió la efectividad de la terapia cognitiva conductual frente a la depresión a través de internet en un grupo de 182 pacientes, la efectividad de psicoeducación a través de una página web en un grupo de 166 personas y un grupo control al cual se le ofreció atención placebo de 178 pacientes. Los resultados de este estudio determinaron que tanto la psicoeducación como la terapia cognitiva conductual vía internet son efectivas en la reducción de síntomas en la escala de depresión del Centro de Estudios epidemiológicos del Reino Unido. Una reducción de 3.2 puntos en la escala generada por la terapia cognitiva conductual vía internet se reflejó sobretodo en una reducción de los pensamientos disfuncionales y un aumento del conocimiento acerca de la terapia cognitiva conductual. Una reducción de 3.0 puntos generada por la psicoeducación en línea demostró un incremento en el conocimiento del conocimiento de los pacientes acerca de tratamientos basados en evidencia para la depresión. Las limitaciones de este estudio obedecen principalmente a una alta tasa de pacientes que desertaron del sistema de terapia cognitiva conductual por internet dentro de los doce meses siguientes al estudio (Christensen, Griffiths & Jorm, 2003).

A pesar de ser un estudio que demuestra una efectividad de la terapia cognitiva conductual, aún si se trata de terapia a través de un programa diseñado para ser proporcionado a través de internet, este estudio refleja una mejoría en pacientes con depresión. Las limitaciones que tiene este estudio es que al ser la administración de la terapia responsabilidad únicamente del paciente, existió un alto número de pacientes que habían dejado de utilizar la terapia cuando se hizo un seguimiento 12 meses terminado el tratamiento (Christensen, Griffiths & Jorm, 2003).

En 2012, Geoffrey C. Hammond y sus colaboradores publicaron un estudio que comparaba la efectividad de la terapia cognitiva conductual dada frente a frente, versus la terapia cognitiva conductual por teléfono. El estudio se realizó en un grupo de 2560 personas que recibieron terapia frente a frente, 2928 recibieron terapia por teléfono y 1385 personas formaron el grupo control que tuvo terapia tanto frente a frente como por teléfono. Geoffrey Hammond y sus colaboradores concluyeron que tanto la terapia cognitiva conductual frente a frente como la terapia cognitiva conductual por teléfono son efectivas en casos de depresión de leve intensidad, mientras que en casos de intensidad alta la terapia frente a frente demostró ser más efectiva. Las limitaciones de este estudio están dadas por la incertidumbre acerca de los beneficios que se ha dado en cada uno de los grupos, no es posible identificar qué beneficios surgen de cada una de las maneras de dar terapia. Asimismo, las medidas de efectividad se basaron únicamente en la percepción de los pacientes de qué tan efectivo fue el tratamiento. Los autores recalcan que una evaluación por una tercera persona imparcial sería necesaria. Una limitación adicional es el tamaño de la muestra ya que los diagnósticos fueron muy variados así como la cantidad de terapeutas que diagnosticaron y dieron el tratamiento ya sea cara a cara o por teléfono (Hammond, Croudace, Radhakrishnan, Lafortune, Watson, McMillan-Shields, Jones & Laks, 2012)

En el estudio *Modulation of Cortical-Limbic Pathways in Major Depression: Treatment-Specific Effects of Cognitive Behavior Therapy* realizado en 2004 por Kimberly Goldapple, Zindel Segal, Carol Garson, Mark Lau, Peter Bieling, Sidney Kennedy y Helen Mayberg, se examinaron los cambios que sufre el cerebro asociados con la terapia cognitiva conductual. El estudio se lo realizó a través de estudios de imagen funcional en pacientes con un trastorno depresivo mayor para encontrar los cambios en las regiones específicas de respuesta. El estudio se realizó con diecisiete pacientes con edad promedio de 41 años con depresión unipolar que no habían recibido ningún tipo de medicación, a quienes se evaluó tanto al inicio como al final de un plan de tratamiento de terapia cognitiva conductual durante 15 a 20 semanas. Los resultados de este estudio demuestran que, al igual que en cualquier tratamiento antidepresivo, la terapia cognitiva conductual afecta la recuperación clínica modulando el funcionamiento específico de las regiones límbica y cortical del cerebro. Los cambios que la terapia cognitiva conductual genera en la corteza frontal, el cíngulo y el hipocampo reflejan que cambios en estas regiones del cerebro están implicados en la mejoría de los pacientes que reciben terapia cognitiva conductual (Goldapple, Segal, Garson, Lau, Bieling, Kennedy & Mayberg, 2004).

En este mismo estudio, Kimberly Goldapple y sus colaboradores encontraron que la terapia cognitiva conductual genera una disminución estadísticamente significativa de los síntomas depresivos en un 66% ($t=9.66$, $p<0.001$) (Goldapple, et al., 2004).

Las limitaciones de este estudio incluyen el hecho de que los autores consideraron una muestra muy pequeña de personas, de los diecisiete pacientes iniciales se descartaron a tres, de los catorce restantes únicamente 9 redujeron sintomatología en al menos un 50%, mientras que los demás se situaron por debajo del 50% pero por encima del 35%. Además de la muestra pequeña, otra limitación de este estudio es que no existió, dentro de la muestra, un grupo que no

respondiera del todo a la terapia cognitiva conductual, por lo que los resultados finales del estudio incluyeron a todos los pacientes como parte de la misma muestra (Goldapple, et al., 2004).

El efecto positivo que la terapia cognitiva conductual proporciona a sus pacientes es indudable. En el estudio *Prevention of Recurrent Depression With Cognitive Behavioral Therapy* llevado a cabo por Giovanni Fava, Chiara Rafanelli, Silvana Grandi, Sandra Conti y Piera Belluardo en 1998, se buscó buscar la efectividad de la terapia cognitivo conductual en pacientes que ya habían recibido un tratamiento farmacológico para depresión. Con este fin 40 pacientes fueron seleccionados para seguir uno de los dos tratamientos disponibles, terapia cognitivo conductual o manejo clínico de los síntomas. Los resultados de este estudio demuestran que el grupo de pacientes que recibió terapia cognitivo conductual tuvo una tasa de recaídas mucho menor luego de dos años de finalizado el tratamiento (25% de pacientes que recibieron terapia cognitivo conductual recayeron, mientras que 80% de los pacientes que recibieron únicamente un tratamiento de manejo clínico de síntomas recayó) (Fava, Rafanelli, Grandi, Conti & Belluardo, 1998).

Las limitaciones de este estudio incluyen una muestra pequeña de pacientes, en total 40. Además los autores recalcan que una de las limitaciones importantes es que en el tratamiento farmacológico los pacientes tuvieron diferentes tipos de medicación y las muestras no fueron controladas por un placebo. Finalmente, otra limitación que existió está relacionada a la experiencia del terapeuta. Para fines de este estudio el terapeuta fue uno sólo, lo que podría llevar a resultados no del todo ciertos, ya que sería necesario comparar también en función de la experiencia del terapeuta (Fava et al., 1998).

Los efectos positivos de la psicoterapia en los pacientes son indudables. El mecanismo de acción sobre los niveles de cortisol, teniendo en cuenta que elevados niveles de cortisol se presentan en pacientes deprimidos, lleva a concluir que la psicoterapia influye a nivel neuronal la actividad de la amígdala, el hipocampo y la corteza prefrontal. La concentración de cortisol en el flujo sanguíneo está directamente relacionada con la depresión y que en pacientes que han recibido terapia cognitivo conductual, la reducción de estos niveles se traduce en mejores resultados en los cuestionarios de depresión, tales como el Inventario de depresión de Beck y la escala de depresión de Hamilton (Sharpley, 2010).

3.3. Comparación entre terapia cognitiva y terapia farmacológica

Bajo el esquema neuropsicológico, la acción de la depresión evita que la persona deprimida pueda resolver sus propios problemas e implementar estrategias que hayan sido vistas en terapia (Sharpley, 2010).

Sin embargo, resultados del estudio *Cognitive Therapy vs Medications in the Treatment of Moderate to Severe Depression*, publicado en el 2005 por Robert J. DeRubeis, Steven D. Hollon, Jay D. Amsterdam, Richard C. Shelton, Paula R. Young, Ronald M. Salomon, John P. O'Reardon, Margaret L. Lovett, Madeline M. Gladis, Laurel L. Brown y Robert Gallop, que comparan los efectos de la terapia cognitiva con los efectos de la terapia farmacológica demostraron que existe una mejora real después de 8 semanas de tratamiento frente a los pacientes del grupo control, que recibieron un placebo. El estudio tenía como objetivo comparar la eficacia en depresión severa a moderada de medicación antidepresiva versus la eficacia de la terapia cognitivo conductual a través de un estudio controlado con placebo. La muestra de pacientes fue de 240 personas con depresión moderada o depresión mayor, en un rango de edad entre los 18 y los 70 años.

Los resultados de este estudio muestran que tanto la terapia cognitiva conductual como la terapia farmacológica tienen una elevada efectividad (50% en terapia farmacológica y 43% en terapia cognitiva conductual) cuando se los contrasta con los resultados obtenidos por el grupo control sometido a placebo (25% de efectividad). Después de 16 semanas los resultados obtenidos del estudio muestran que los pacientes tratados por medio de terapia cognitiva conductual llegan a tener resultados igual de efectivos que los pacientes bajo el tratamiento farmacológico. Adicionalmente, la tasa de remisión, tanto para el grupo que recibió terapia cognitiva conductual así como el grupo de pacientes tratados con terapia farmacológica, es similar (46% para terapia farmacológica y 40% para terapia cognitiva conductual. Los autores del estudio consideran como limitación que la experiencia del terapeuta es un factor decisivo en el resultado del tratamiento, al haber realizado este estudio en dos ubicaciones diferentes, los resultados se vieron influenciados por la diferencia de experiencia en terapia que existía en cada uno de los centros (DeRubeis et al., 2005). En contraste con la poca evidencia que existe acerca de los efectos duraderos del tratamiento farmacológico; la psicoterapia ofrece al paciente una mayor protección contra las recaídas y la recurrencia (DeRubeis et al., 2008).

Un estudio que demuestra que la terapia cognitivo conductual es una terapia corta y muy beneficiosa para el paciente es el estudio *Antidepressant Monotherapy vs Sequential Pharmacotherapy and Mindfulness-Based Cognitive Therapy, or Placebo, for Relapse Prophylaxis in Recurrent Depression* llevado a cabo por Zindel Segal, Peter Bieling, Trevor Young, Glenda MacQueen, Robert Cooke, Lawrence Martin, Richard Bloch y Robert D. Levitan en el 2010. En este estudio, los autores buscan comparar las tasas de recaída en pacientes con depresión que reciben terapia cognitivo conductual versus los pacientes que mantienen un tratamiento farmacológico. Se seleccionaron 160 pacientes de entre 18 y 65 años que cumplieron

criterios para ser considerados como pacientes en remisión y posteriormente se les hizo seguimiento durante 18 semanas. Las conclusiones a las que llega el estudio es que la terapia cognitivo conductual es muy útil en el largo plazo de una depresión, incluso más útil que un tratamiento farmacológico y menciona también la importancia de que un paciente en remisión tenga un tratamiento para mantenerse bien, independientemente de cuál sea. Una limitación de este estudio es que al ser un estudio de seguimiento durante un período largo de tiempo, puede existir un sesgo dentro de la información ya que la información es recolectada a partir de los informes de los pacientes (Segal, Bieling, Young, MacQueen, Cooke, Martin, Bloch & Levitan, 2010).

Capítulo 4. CONCEPTUALIZACIÓN CLÍNICA DEL CASO

Hace dieciocho años, Alicia decide casarse con su actual esposo. Con él, tiene tres hijos, su hija mayor de 17 años, el hijo intermedio de 15 años y el menor de 12 años. Desde entonces, ella ha experimentado diferentes problemas con su marido, desde celos hasta infidelidad. Alicia tiene una mala relación con su pareja, lo que la ha llevado a separarse mucho de sus hermanas ya que su esposo tuvo actitudes indebidas con una de ellas. Alicia dice que se ha separado mucho de su familia para evitar problemas con su esposo.

Como antecedentes, Alicia menciona que sus papás tuvieron muchas dificultades pero a pesar de eso se mantuvieron juntos. Ellos nunca se traicionaron, se respetaban y para ella es así cómo debería ser un matrimonio.

Alicia dice que la vida en el hogar es sofocante por la falta de paz en su casa ya que la mayor parte del tiempo ella y su esposo pelean fuertemente con insultos tomados a manera de “bromas”. Ella tiene la percepción de que ella es la única que trabaja, mientras que su esposo no, ya que él es comerciante y no tiene un horario fijo de trabajo. Las peleas en el matrimonio escalan hasta a tal punto que, en más de una ocasión el esposo se ha ido de la casa. Esta tensión sólo disminuye con el paso del tiempo; sin embargo el problema inicial que lo causó se mantiene sin resolución. Los insultos en forma de bromas se usan como máscaras para cubrir un problema de comunicación grave y causan mucho dolor a toda la familia. Ni Alicia ni su esposo toman responsabilidad por sus acciones y atribuyen permanentemente la culpa del problema al otro. En la relación de Alicia y su esposo hay una disfunción marital; desde el punto de vista de la terapia cognitiva-conductual, la disfunción familiar comienza con una cognición disfuncional expresada por un pensamiento rumeante del esposo de Alicia del tipo “Alicia me está engañando con otros

hombres porque llega demasiado tarde a la casa”, lo que hace que él sienta celos y desconfíe de Alicia. La mala situación entre esposos se evidencia por medio de la expresión de Alicia que ve a la terapia como un último intento de reparación entre ellos. Asimismo, en la familia se evidencia que tanto el rol de padre como de madre no generan respeto por parte de sus hijos, la comunicación es mala y no existe autoridad por parte de los padres. En la casa su familia le dice que es demasiado malgenio, que siempre está brava, que siempre les hace sentir mal, que llega a la casa y el ambiente general cambia. Por otro lado, su esposo, al tener mayor control sobre su tiempo es capaz de pasar más tiempo con sus hijos y esto hace que tenga una relación más estrecha con ellos y ella se siente excluida. Como consecuencia, los mensajes en la relación matrimonial son difusos y si bien ha pensado en divorciarse, no lo hace por el bienestar de sus hijos. Ella piensa que el matrimonio es algo para toda la vida por lo que no quiere destruir su matrimonio sino que quiere salvarlo.

4.1. Las creencias centrales de Alicia

Alicia es una persona que tiene varias creencias centrales que no le permiten llevar una vida como ella quisiera. Entre las creencias que tiene, Alicia menciona “soy una mujer inútil como madre y esposa”. Ella expresa que no se siente capaz de hacer felices a sus hijos y que se casó con el hombre equivocado; en oposición a la experiencia que vio de su madre, quien se mantuvo siempre junto a su padre, ella ha considerado seriamente la opción de separarse de su esposo. Si bien esta creencia central se aplica para su vida diaria como madre y esposa; Alicia reconoce ser eficiente y buena en su trabajo. Al tener como creencia central “Soy una mujer inútil” en varios aspectos de la vida, es un indicador de que se trata de una creencia central ya que es una creencia que se repite en diferentes aspectos, tanto en el familiar como en el personal, en su interacción con los demás y en su vida de pareja. El utilizar un registro de pensamientos

disfuncionales ha ayudado a que Alicia se dé cuenta que en gran medida, los pensamientos que ella tiene y que se repiten a menudo obedecen a una determinada creencia central.

El tener varios pensamientos automáticos relativos a su matrimonio y a su supuesta incapacidad como madre y el hecho de que estos sean muy repetitivos ha llevado a que Alicia, a pesar de haber pensado en el divorcio, no ha llegado a concretarlo. Ella siente que sola le va a ser más difícil proveer una buena calidad de vida a sus hijos. Al mismo tiempo, ella considera que en pareja, va a ser más fácil sacar a sus hijos adelante.

Cuando Alicia llega a su casa, luego del trabajo, a ella le gustaría encontrar un ambiente de armonía, sin embargo sus hijos se encierran en sus cuartos y no hablan con ella y eso le hace sentir frustrada. El resultado de esto son dos creencias centrales *“no soy lo suficientemente buena”* y *“algo está mal en mí”* y ésta se ve reflejada en los pensamientos automáticos *“soy una mala madre”*, *“tengo mal humor”*, *“no soy una persona agradable”*. A pesar de que en su casa ella sienta un ambiente hostil y en el que no se siente a gusto, ella reporta tener buenas relaciones interpersonales con sus compañeros de trabajo. Esta mala comunicación con sus hijos ha llevado a una mala relación tanto con ellos como con su esposo y ella cree que es necesario que esté preparada para lo que se viene que es el fracaso de su hija y el abandono de su marido.

Ella ve como inevitable el abandono de su marido como consecuencia de la mala relación que tienen. Ella expresa repetidamente ser incrédula y desconfiada, lo que lleva a una creencia central *“soy insegura”* ya que considera que de lo contrario las personas le traicionarían. Ella está convencida, también, que la gente le quiere hacer daño, la creencia que se deriva de esto es que *“el mundo es hostil”*.

4.2. Creencias Intermedias de Alicia

Alicia no se siente segura de sí misma porque no se siente bonita; la creencia intermedia que se asocia a este sentimiento de inseguridad es “soy una mujer fea, sin gracia, por lo tanto nadie me va a querer”. Esto se evidencia con el hecho de que ella se casó porque pensó que era su última oportunidad para casarse. Ella pensó que ya no estaba a tiempo para poder encontrar a una pareja que la hiciera feliz y dice que se casó con su esposo porque ella sentía que él iba a ser el único hombre capaz de fijarse en ella. Ella expresa que no supo elegir a su esposo. La visión de Alicia relativa al matrimonio incluye dos creencias intermedias más: que los hijos necesitan que los padres estén siempre juntos y la creencia central de que el matrimonio es para toda la vida. Finalmente, ella cree que las personas únicamente se acercan a ella por interés. Las creencias intermedias de Alicia que se tratan de reglas inflexibles son creencias relacionadas sobretodo a cómo debe ser la relación de pareja y la relación con sus hijos. En terapia, Alicia expresa que “un esposo tiene que siempre respetar a su esposa” y también que “los hijos deben querer a sus padres”. Estas creencias, si bien se las toma como ciertas, no tienen un fondo racional, son simplemente reglas de cómo deberían funcionar las relaciones familiares para Alicia. Además de las reglas, Alicia también tiene creencias intermedias como asunciones, estas asunciones van de la mano con la creencia central de que ella no vale la pena. Alicia asume que ya que ella no es bonita entonces “nadie se va a fijar en mí”, de la misma manera ella justifica su matrimonio, diciendo que “si no me casaba en esa oportunidad yo creo que ya no tenía otra”.

Finalmente, Alicia expresa sus creencias intermedias también como actitudes, ella considera que “ser infiel es algo terrible”. La actitud de Alicia frente a la infidelidad es muy negativa ya que ella considera que es una falta de respeto y una demostración de que su esposo

no la quiere ni la valora, dentro de las reglas que tiene Alicia, el matrimonio es algo que debe ser para toda la vida y en el que el respeto debe ser primordial.

La tabla siguiente resume todas las creencias intermedias que Alicia presentó a lo largo del tratamiento.

Reglas	Actitudes	Asunciones
<ul style="list-style-type: none"> - “El matrimonio es para toda la vida” - “Ningún hombre vale la pena” - “Tengo que tener una vida llevadera, teniendo una buena relación con mis hijos” - “Yo debería ser feliz” - “Nadie debería controlarme” - “Nadie debería criticarme” - “Debería ser libre” - “Debería pensar más en mí” - “Debería controlar mi mal humor” 	<ul style="list-style-type: none"> - “Me falta decisión” - “No se valorarme” - “No me gusta la soledad, no me gusta estar sola” - “No pude crear un hogar como yo soñé” - “No soy una mujer digna” - “Yo necesito sentirme protegida” - “Tengo problemas en la parte sexual” - “No soy una mujer sexualmente atractiva” - “No me realicé como mujer ni como profesional” - “Cuando me case perdí mi libertad” - “No puedo estar una hora sin estar malgenio” - “Yo no valgo lo suficiente” 	<ul style="list-style-type: none"> - “No hay armonía en esa casa” - “Ser buena persona no vale de nada” - “Si fuera buena madre les daría un lugar sano a mis hijos donde vivir” - “Tengo una mala relación con mi marido y eso les afecta a mis hijos” - “Si yo fuera buena madre mis hijos no se encerrarían en su cuarto cuando yo llego” - “Si yo fuera buena madre no dejaría que mis hijos estén solos toda la tarde” - “Algún día mi marido se va a cansar y me va a dejar” - “Si mis hijos no existieran yo no estaría con mi marido” - “Las personas se acercan a mí por interés”

Tabla 4.1. Reglas, Actitudes y Asunciones de Alicia

4.3. Pensamientos automáticos de Alicia

Alicia expresa sus pensamientos automáticos referentes a su relación de pareja de la siguiente manera: “esta familia me mata de las iras”, “Él (refiriéndose a su marido) siempre me está buscando amante”, “él es paranoico”, “no puedo estar cerca de él, me irrita, ya no le aguanto”, “él se va a cansar y se va a ir”. Con respecto a sus hijos Alicia

tiene pensamientos automáticos del tipo “son unos majaderos”, “mi hija tiene amigos que son delincuentes”, “mi hija me defraudó cuando se fue de la casa”. La creencia central subyacente para todos estos pensamientos automáticos es “soy incompetente”, de tal manera que Alicia conecta esa creencia central con estos pensamientos automáticos a través de las creencias intermedias “soy un fracaso como madre y esposa”, “soy mala madre” y “No pude crear un hogar como yo soñé”.

Así mismo, la creencia central “soy insegura” se refleja en otras áreas de su vida, principalmente en su relación de pareja. Las creencias intermedias relacionadas a esta creencia central son: “Yo necesito sentirme protegida”, “Tengo problemas en la parte sexual”, “No soy una mujer sexualmente atractiva”, “No se valorarme” y “Yo no valgo lo suficiente”. Estas creencias generan en Alicia pensamientos automáticos que se expresan de la siguiente manera “No me contesta el teléfono, esta con otra mujer”, “ni siquiera se fija en mí”, “ya estoy vieja” y “él me va a engañar”.

Una tercera creencia central que presenta la paciente es “soy desconfiada”, las asunciones que van de la mano con esta creencia central son “Las personas se acercan a mí por interés” y “ser buena persona no vale de nada”. Los pensamientos automáticos que están relacionados a esta creencia central son “va a tratar de robarme”, “seguro viene sólo porque quiere algo” y “se hace el buena gente para conseguir algo”.

4.4. Distorsiones cognitivas de Alicia

Las distorsiones cognitivas que Alicia presentó a lo largo de las terapias se presentan en el siguiente cuadro:

Distorsión cognitiva	Ejemplo
Visión catastrófica	Mi hija se va a quedar embarazada, es cuestión de tiempo. Mi esposo me va a abandonar, es cuestión de tiempo.
Etiquetar	Los amigos de mi hija son todos unos delincuentes y drogadictos La gente se es mala y se acerca a mi sólo por interés Los hombres nunca cambian
Filtro Mental (Abstracción selectiva)	Mi esposo es un buen padre, sale a jugar con los niños, se preocupan de que estén bien pero es un mal esposo
Leer la mente	Yo sé que el novio de mi hija lo único que quiere es utilizarle. Tener relaciones con ella y botarle. Yo sé que él cree que tengo un amante porque él tiene otra
Sobregeneralización	Todos los hombres son malos Ningún hombre cambia Lo único que quieren es utilizarte
Los deberías	Mi hija debería estudiar antes de tener novio. No debería permitir que mi esposo me trate como me trata Un esposo debería tratar con cariño y respeto a su esposa Los hijos deberían hacerles caso a los padres
Visión de Túnel	No puedo saludar con nadie porque mi esposo piensa que le engaño con esa persona.

Tabla 4.2. Distorsiones cognitivas de Alicia

Inicialmente Alicia no cuestionaba ni evaluaba críticamente sus pensamientos y los aceptaba como verdaderos. En primer lugar aprendió a identificar sus pensamientos automáticos y con la ayuda de un registro de pensamientos logró descubrir algunas de sus creencias centrales y distorsiones cognitivas. A lo largo de la terapia cognitiva conductual que recibió Alicia, ella se enfrentó a algunas de sus creencias centrales y se activó conductualmente para que realizara actividades que no había hecho como consecuencia de los problemas que tenía.

Capítulo 5. CURSO DEL TRATAMIENTO

5.1. Estado mental

A lo largo de las terapias Alicia se mostró siempre cooperativa, atenta y con muy buena apariencia. No se evidenció de ninguna manera la presencia de anomalías psicomotoras. A lo largo de todas las sesiones Alicia sostuvo el contacto visual de manera permanente. Inicialmente la paciente reportaba cansancio y fatiga. En general todos sus procesos mentales fueron siempre coherentes y su memoria, juicio y orientación fueron normales. Su estado de ánimo era de tipo depresivo y ansioso, con quejas repetitivas en varios aspectos de su vida diaria. Alicia negó haber tenido ideación suicida u homicida, asimismo, negó haber tenido delirios o alucinaciones de cualquier tipo. La capacidad de introspección de Alicia es normal, lo que permitirá que el aplicar la terapia cognitivo conductual sea beneficioso para la paciente.

5.2. Pruebas Psicológicas

a. Inventario de Síntomas 90 Revisado (SCL90-R)

1) Introducción al SCL90-R

El SCL-90 es una prueba que fue diseñada por Leonard Derogatis en 1973. La prueba está formada por 90 reactivos en una escala tipo Likert. Las cinco opciones de respuesta van desde la opción con valor cero “nada” hasta la opción con valor máximo de cuatro “mucho” (González-Santos, Mercadillo, Graff, & Barrios, 2007). Tanto al inicio como al final del tratamiento se aplicó el SCL90-R. El SCL90-R, también conocido como Inventario de Síntomas de Derogatis, Revisado; es un instrumento que a nivel mundial se encuentra reconocido por su utilidad para detectar una gran variedad de sintomatología psicopatológica. Este es un test que comprende una escala de síntomas que se administra de forma tal que el paciente es la el

encargado de llenar la encuesta y que evalúa el grado de malestar psicológico o distrés que una persona experimenta desde una semana antes hasta el momento de la evaluación. Esta herramienta puede ser utilizada en la población en general, así como en pacientes de tratamientos psicológicos o psiquiátricos. El SCL90-R es útil ya que hace una clara diferencia entre los resultados de los pacientes con alguna psicopatología y los resultados de los individuos control de la población normal. En este mismo sentido, el SCL90-R permite valorar los cambios de sintomatología que experimentan los pacientes a lo largo de un tratamiento psicológico o psiquiátrico (Sanchez & Ledesma, 2009). Una de las características que hace al SCL90-R uno de los tests más utilizados para medir el nivel de distrés psicológico es su fiabilidad, de las nueve dimensiones la fiabilidad alcanza valores cercanos o superiores a $r = 0.70$ en la mayoría de los estudios de Habilidad test-retest y en torno a 0.80 en los análisis de consistencia interna (Gempp & Avendaño, 2008).

Las dimensiones o factores que mide el SCL90-R son las siguientes: Somatizaciones (SOM), Obsesiones y compulsiones (OBS), Sensitividad interpersonal (SI), Depresión (DEP), Ansiedad (ANS), Hostilidad (HOS), Ansiedad fóbica (FOB), Ideación paranoide (PAR) y Psicoticismo (PSIC) (Sanchez & Ledesma, 2009).

Asimismo, el SCL90-R permite calcular tres índices generales que sirven para: evidenciar un malestar percibido por el paciente (Índice de Severidad Global, ISG), el total de síntomas reconocidos como presentes por el paciente (Total de Síntomas Positivos, TSP) y un índice que permite evaluar el estilo de respuesta (Índice de Malestar Sintomático Positivo, IMSP) (Sanchez & Ledesma, 2009).

La popularidad del SCL90-R se debe a que es un inventario fácil de administrar y corregir. Este inventario exige un grado de comprensión de lectura bastante bajo, puede ser aplicado desde los 12 años y su tiempo de administración va desde los 15 a 20 minutos, finalmente es un inventario que puede ser realizado con resultados son confiables tanto para adolescentes como para adultos. Asimismo, el SCL90-R es popular dado que permite separar a la sintomatología en tres niveles de complejidad: el índice general de malestar psicológico, las escalas particulares de síntomas y el análisis específico de síntomas aislados de interés práctico.

2) Resultados

En esta sección se presentan los resultados de las nueve dimensiones y tres índices del SCL-90-R realizados tanto al inicio del tratamiento como al final.

(a) Pre-test

El índice de severidad global (ISG) del test aplicado a Alicia permite establecer la severidad del malestar que siente, el valor de este índice (1.92; T=67) está por encima del nivel de riesgo. Asimismo, el total de síntomas positivos (TSP) se encuentra mucho más elevado del referencial de 60, lo que indica que Alicia tiene una tendencia a exagerar sus patologías. El índice de malestar sintomático positivo (T=58) permite descartar que la paciente finja las respuestas durante la aplicación de este test.

Las dimensiones más elevadas son Depresión (T=70), que mide manifestaciones típicas de la depresión como son: el estado de ánimo disfórico, falta de motivación, poca energía vital, sentimientos de desesperanza e ideaciones suicidas. Asimismo, Alicia presenta una elevación por encima del límite de riesgo en Hostilidad (T=70), que hace referencia a pensamientos,

sentimientos y acciones característicos de la presencia de afectos negativos de enojo. Finalmente, la tercera dimensión más elevada es la Ideación Paranoide (T=68) que evalúa comportamientos paranoides fundamentalmente en tanto desórdenes del pensamiento: pensamiento proyectivo, suspicacia, temor a la pérdida de autonomía (Casullo, M. & Pérez, M., 2008).

Adicionalmente, los resultados del test aplicado a Alicia reflejan que tanto la Sensitividad Interpersonal, que se focaliza en detectar la presencia de sentimientos de inferioridad e inadecuación, en especial cuando la persona se compara con sus semejantes; así como el Psicoticismo, que incluye síntomas referidos a estados de soledad, estilo de vida esquizoide, alucinaciones y control del pensamiento e intenta representar el constructo en tanto dimensión continua de la experiencia humana (Casullo, M. & Pérez, M., 2008); se encuentran elevados (T=67).

Las dimensiones que se encuentran por debajo del límite de riesgo son: Obsesiones y Compulsiones (T=62), que incluyen síntomas como pensamientos, acciones e impulsos que son vivenciados como imposibles de evitar o no deseados; la dimensión de Ansiedad (T=62), que evalúa la presencia de signos generales de ansiedad tales como nerviosismo, tensión, ataques de pánico y miedos; la Ansiedad Fóbica (T=55) que alude a una respuesta persistente de miedo (a personas específicas, lugares, objetos, situaciones) que es en sí misma irracional y desproporcionada en relación con el estímulo que la provoca; y finalmente, Somatizaciones (T=56), que evalúa la presencia de malestares que la persona percibe relacionados con diferentes disfunciones corporales (cardiovasculares, gastrointestinales, respiratorios) (Casullo, M. & Pérez, M., 2008).

(b) Post-test

Los resultados de la segunda aplicación del SCL-90-R reflejan que existe una mejoría en general en la mayoría de las dimensiones. La dimensión que tiene una mejoría mayor es la depresión (T=61), el cambio en Ansiedad también es importante (T=56). A pesar de no ser tan importantes los cambios en las demás dimensiones, Alicia experimentó una mejoría moderada en las dimensiones: Somatizaciones (T=52), Obsesiones Compulsiones (T=57), Sensitividad Interpersonal (T=64), Psicoticismo (T=64) y Ansiedad Fóbica (T=52). Por otro lado, las dimensiones que mejoraron ligeramente fueron: Hostilidad (T=68), Ideación Paranoide (T=66).

Los resultados de post-test muestran también una disminución en los tres índices del SCL-90-R, de tal forma que el IGS se ubicó en T=62 el TSP en T=72 y el IMSP en T=52.

(c) Evolución

Las tablas siguientes muestran la evolución de Alicia a través del tratamiento.

Dimensión		Pre-test	Post-test
SOM	Somatizaciones	56	52
OBS	Obsesiones Compulsiones	62	57
SI	Sensitividad Interpersonal	67	64
DEP	Depresión	70	61
ANS	Ansiedad	62	56
HOS	Hostilidad	70	68
FOB	Ansiedad Fóbica	55	52
PAR	Ideación Paranoide	68	66
PSIC	Psicoticismo	67	64

Tabla 5.1. Resultados pre-test y post-test SCL-90-R

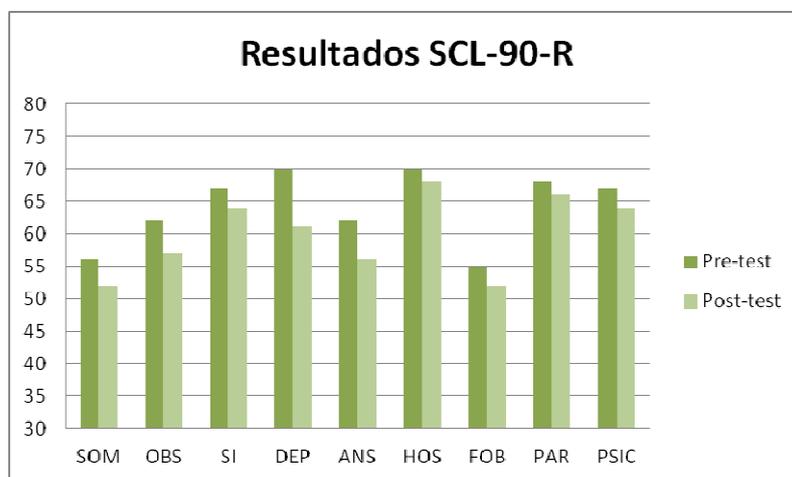


Figura 5.1. Evolución pre-test y post-test SCL-90-R

Índice		Pre-test	Post-test
IGS	Índice de Severidad Global	67	62
TSP	Total de Síntomas Positivos	75	72
IMSP	Índice de Malestar Sintomático Positivo	58	52

Tabla 5.2. Resultados pre-test y post-test de índices SCL-90-R

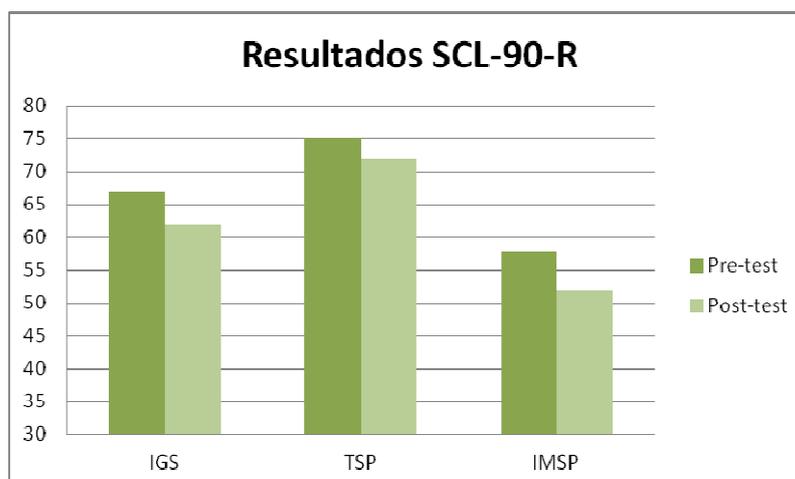


Figura 5.2. Evolución de índices SCL-90-R

3) Análisis de los resultados

Tras aplicar el SCL-90-R tanto al inicio como al final del tratamiento, los resultados permiten concluir que Alicia presenta rasgos de depresión. Los puntajes elevados iniciales en el SCL-90-R permiten corroborar la información obtenida individualmente en cada una de las sesiones de aplicación del test. Así mismo, después del tratamiento, al aplicar el SCL-90-R se puede evidenciar que los resultados son menores, aún si éstos no reflejan una disminución de los síntomas en gran medida.

La dimensión con el resultado más alto en el SCL-90-R fue Depresión (T=70) en pre-test, lo que permite orientar el diagnóstico hacia un trastorno del estado de ánimo del tipo depresivo. En el resultado post-test del SCL-90-R la dimensión de depresión bajó en 9 puntos, ubicando a la paciente muy cerca al límite de riesgo, por encima de éste.

La desconfianza hacia otras personas que reporta Alicia durante las terapias se puede ver reflejada en el resultado elevado del SCL-90-R en las dimensiones de Ideación Paranoide y sensibilidad interpersonal que son dos de las dimensiones más elevadas después de la depresión. El resultado de la dimensión de hostilidad en pre-test es elevado y junto con la dimensión de sensibilidad interpersonal e ideación paranoide reflejan que a nivel interpersonal Alicia experimenta dificultades. Si bien en el post-test, la dimensión de hostilidad no disminuyó considerablemente, las dimensiones de sensibilidad interpersonal e ideación paranoide se acercaron más al rango fuera de riesgo. Las observaciones clínicas de Alicia corresponden a una disminución en la ideación paranoide, inicialmente la paciente tendía a culpar a los demás por lo que le sucedía y poco a poco comenzó a responsabilizarse por sus acciones.

Una dimensión adicional en la que el puntaje del SCL-90-R se mostró elevado fue en Psicoticismo (T=67). En la segunda aplicación del test se observó que el puntaje había disminuido a T=64, se puede especular que esta disminución en esta dimensión se debió a que la paciente aprendió herramientas que le permitieron identificar y modificar sus distorsiones cognitivas. La identificación y modificación de las distorsiones cognitivas llevaron a una mejora de la paciente tanto en su estado de ánimo como en sus relaciones interpersonales.

Las demás dimensiones del SCL-90-R, somatizaciones, obsesiones y compulsiones, ansiedad y ansiedad fóbica tuvieron siempre resultados que ubicaban a la paciente por debajo de los valores de riesgo. A pesar de no ser las dimensiones más significativas en el perfil de la paciente experimentaron una disminución en sus valores.

Finalmente, la disminución en los puntajes de los tres índices globales refleja que la paciente aumentó su autoconcepto y mejoró su autopercepción, así como la reducción en el Total de Síntomas Positivos pone en evidencia que la paciente tiende menos a exagerar sus patologías. Se puede especular que con la reducción de los índices globales la paciente y la tendencia a exagerar menos sus patologías, las respuestas de Alicia son más honestas y se acercan más a la realidad.

b. Inventario de depresión de Beck

1) Descripción

El inventario de depresión de Beck es una de las herramientas más utilizadas para medir síntomas de depresión tanto en pacientes clínicos como en la sociedad general. El inventario de depresión de Beck original fue desarrollado como una escala de medida para los clínicos y fue publicada por Beck en 1961 (BDI-I). En 1971 fue revisado con el objetivo de que fuera una

herramienta de auto aplicación para la población en general (BDI-IA). Finalmente, la última revisión (BDI-II) en 1996 se hizo para que su contenido fuera más acorde a los criterios diagnósticos de depresión del DSM-IV y se diferencia de la versión anterior ya que incluye cuatro síntomas nuevos (agitación, sentimiento de desvalorización, dificultad para concentrarse y pérdida de energía) asimismo, en comparación a la versión anterior, en la que las respuestas estaban basadas en la última semana, en la última revisión se pide al paciente que responda basándose en las últimas dos semanas con el fin de que los resultados fueran comparables con los criterios del DSM-IV (Nezu, Nezu, Friedman, & Lee, 2009).

El inventario de depresión de Beck ha demostrado ser una herramienta psicométrica muy válida a lo largo de los años. En un estudio de validación realizado por Marcio Henrique Gomes-Oliveira, Clarice Gorenstein, Francisco Lotufo Neto, Laura Helena Andrade y Yuan Pang Wang (2012) concluyeron que el inventario de depresión de Beck es una herramienta válida y confiable en una muestra de pacientes no clínicos. Los resultados de este estudio otorgan una validez aceptable con una correlación de 0.63 a 0.93 en escalas aplicadas simultáneamente y un nivel de severidad de más del 65% (Gomes-Oliveira, Gorenstein, Neto, Andrade & Yuan, 2012). El BDI-II frente al BDI-I provee resultados más sólidos y tiene una división que permite identificar tanto síntomas cognitivos (pesimismo, culpa, pensamiento suicidas) como síntomas somáticos y afectivos (tristeza, pérdida de interés, llanto, agitación) (Nezu et Al., 2009).

2) Resultados

(a) Pre-test

La aplicación pre-test del inventario de depresión de Beck dio como resultado una puntuación de 16, lo que corresponde a una leve perturbación del estado de ánimo.

(b) Post-test

La aplicación post-test del inventario de depresión de Beck dio como resultado una puntuación de 13. La paciente se mantiene todavía dentro del rango de una leve perturbación del estado de ánimo, sin embargo, el valor es menor, está más cerca al límite de tener altibajos en el estado de ánimo normales.

3) Análisis de los resultados

Tras aplicar el inventario de depresión de Beck, al inicio y al final del tratamiento, los resultados permiten concluir que Alicia presenta rasgos de depresión. Los puntajes ligeramente elevados iniciales en el inventario de depresión de Beck, permiten corroborar la información que se pudo obtener de las sesiones de terapia. Así mismo, después del tratamiento, se volvió a aplicar el test y se observó que los resultados habían bajado, a pesar de no ser en gran medida.

El resultado del inventario de depresión de Beck refleja que la paciente tiene perturbaciones del estado de ánimo, lo que valida que la paciente presenta algún tipo de trastorno del estado de ánimo del tipo depresivo. En la aplicación post-test del inventario de depresión de Beck, el resultado disminuye hasta estar en el límite de presentar leves perturbaciones del estado de ánimo y variaciones en el estado de ánimo que son consideradas como normales.

5.3. Diagnóstico y evaluación funcional

Eje I: 311.00 Trastorno depresivo no especificado

V61.10 Problemas conyugales

Eje II: V71.09 No hay diagnóstico en el eje II

Eje III: 799.9 Referido a consulta

Eje IV: A.

A. Problemas relativos al grupo primario de apoyo.

Eje V:

GAF Inicial: 56

Síntomas moderados y dificultad moderada en el área social, ocupacional (pocos conflictos con compañeros de trabajo).

GAF Final: 66

Algunos síntomas leves, estado de ánimo deprimido y ligera dificultad social y ocupacional.

5.4. Criterios diagnósticos del DSM-IV-TR

Según el Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (2000):

311.00 Trastorno depresivo no especificado

La categoría del trastorno depresivo no especificado incluye los trastornos con síntomas depresivos que no cumplen los criterios para trastorno depresivo mayor, trastorno distímico, trastorno adaptativo con estado de ánimo depresivo o trastorno adaptativo con estado de ánimo mixto ansioso y depresivo. Algunas veces los síntomas depresivos se presentan como parte de un trastorno de ansiedad no especificado. Los ejemplos del trastorno depresivo no especificado incluyen:

1. Trastorno disfórico premenstrual: los síntomas (p. ej., estado de ánimo acusadamente deprimido, ansiedad importante, marcada labilidad afectiva, pérdida de interés en las actividades) se presentaron con regularidad durante la última semana de la fase luteínica (y remitieron a los pocos días del inicio de las menstruaciones) en la mayoría de los ciclos menstruales del último año. Estos síntomas tienen que ser de la suficiente gravedad como para interferir notablemente en el trabajo, los estudios o las actividades habituales y estar completamente ausentes durante al menos 1 semana después de las menstruaciones.
2. Trastorno depresivo menor: episodios de al menos 2 semanas de síntomas depresivos, pero con menos de los cinco ítems exigidos para el trastorno depresivo mayor.
3. Trastorno depresivo breve recidivante: episodios depresivos con una duración de 2 días a 2 semanas, que se presentan al menos una vez al mes durante 12 meses (no asociados con los ciclos menstruales).
4. Trastorno depresivo pospsicótico en la esquizofrenia: un episodio depresivo mayor que se presenta durante la fase residual en la esquizofrenia.
5. Un episodio depresivo mayor superpuesto a un trastorno delirante, a un trastorno psicótico no especificado o a la fase activa de la esquizofrenia.
6. Casos en los que el clínico ha llegado a la conclusión de que hay un trastorno depresivo, pero es incapaz de determinar si es primario, debido a enfermedad médica o inducido por sustancia

V61.10 Problemas conyugales

Esta categoría debe utilizarse cuando el objeto de atención clínica es un patrón de interacción entre cónyuges o compañeros caracterizado por una comunicación negativa (p. ej., críticas), una comunicación distorsionada (p. ej., expectativas poco realistas) o una ausencia de comunicación (p. ej., aislamiento), que está asociado a un deterioro clínicamente significativo de la actividad individual o familiar o a la aparición de síntomas en uno o ambos cónyuges.

Capítulo 6. ESTRUCTURA DEL TRATAMIENTO

6.1. Objetivos a corto plazo

1. Generar empatía
2. Crear confianza
3. Generar una alianza terapéutica
4. Definir un contrato terapéutico
5. Sustituir la queja por la demanda
6. Crear Rapport
7. Introducir al paciente a la terapia cognitiva conductual
8. Definición de roles
9. Demostrar interés genuino y confianza
10. Promover la comunicación directa y clara
11. Identificar evaluar y modificar pensamientos automáticos
12. Reconocer sus aptitudes y promoverlas
13. Indagar sobre las dificultades del paciente
14. Descripción del conflicto entre la paciente y su cónyuge
15. Identificación del rol de la paciente dentro de la familia
16. Establecer objetivos dentro de la terapia
 - a. Aumentar las interacciones positivas entre ella y su hija
 - b. Aumentar las interacciones positivas entre ella y su cónyuge
 - c. Modelar la comunicación de la paciente
 - d. Tratar que ella se controle a sí misma y que no trate de controlar a su familia
 - e. Establecer diferenciación, estructura y jerarquía dentro de la familia

- f. Que ella esté consciente de las alternativas que tiene, que vea qué puede hacer diferente
- 17. Establecer una agenda para cada sesión
- 18. Monitorear constantemente el estado de ánimo
- 19. Obtener retroalimentación
- 20. Fijar tareas de activación conductual y establecer estrategias conductuales para sobrellevar la depresión
- 21. Uso de experimentos conductuales e imaginación
- 22. Psicoeducación
- 23. Tareas

6.2. Objetivos a largo plazo

1. Aprender estrategias de prevención de recaída por medio del reconocimiento de los pensamientos disfuncionales (Registro de pensamientos disfuncionales)
2. Identificar sus miedos y conflictos y gestionarlos de manera positiva con su familia
3. Trabajar en el conflicto con su cónyuge para resolverlo, minimizarlo y dejarlo ir
4. Reconocer sentimientos depresivos y situaciones que los desencadenan
5. Desarrollar interacciones familiares sanas, disminuyendo la hostilidad y promoviendo la aceptación
6. Modificar las distorsiones cognitivas y reforzar los pensamientos positivos para prevenir la recaída a través del desarrollo de creencias sanas acerca de sí mismo.
7. Modificar las creencias intermedias y reforzar nuevas creencias más adaptativas en la paciente
8. Modificar las creencias centrales y plantear nuevas creencias funcionales en la paciente

6.3. Temas e intervenciones

a. Desarrollar una relación terapéutica con el paciente

Desde la primera terapia con el paciente es de gran importancia construir Rapport así como generar confianza con el paciente. Está comprobado que la alianza terapéutica está directamente relacionada con el éxito de la terapia (Beck, 2011). Existen varios medios que permiten al terapeuta llegar a formar una alianza terapéutica, entre estos se puede hacer énfasis en demostrar buenas habilidades para asesorar al paciente, así como la habilidad para entender al paciente. Adicionalmente se debe compartir tanto la conceptualización como el plan de tratamiento; se debe también tomar decisiones colaborativamente y buscar retroalimentación. Es importante notar que se debe romper la monotonía y variar el estilo de las terapias; todo esto con el fin de aliviar al paciente de su malestar y ayudarlo a resolver sus problemas (Beck, 2011). Tomando en cuenta la importancia de crear Rapport y tener una buena alianza terapéutica, las sesiones iniciales se desarrollaron buscando crear un ambiente seguro y de confianza para Alicia, un sitio donde ella pudiera contar todo lo que quisiera sin miedo a ser expuesta ni juzgada.

El objetivo inicial de Alicia era llegar a la decisión de si debía seguir casada con su esposo o si debía separarse. La situación en su hogar no era buena e inicialmente ella consideraba la opción de separarse como una alternativa muy válida. Alicia expresó que “quería dejar de sentirse triste y sola”, asimismo ella estaba convencida de estar en una relación que no era saludable, que había dedicado su vida y su juventud a una persona que no la valoraba ni respetaba y quería “dejar de estar resignada a verse en una relación no saludable para ella”.

Es importante, sobretodo dentro de las terapias iniciales recalcar el valor y esfuerzo que se requiere para buscar ayuda profesional. La iniciativa para buscar ayuda debe ser reforzada.

b. Evaluación de la problemática de la paciente

La fase de evaluación de la paciente es importante ya que en base a los datos obtenidos en esta fase se podrá planificar un tratamiento sólido. Los elementos de esta fase de evaluación de la problemática incluyeron: datos generales del paciente como edad, sexo, estado civil, nivel de educación, lugar de nacimiento, residencia, entre otros; la demanda inicial del paciente y los problemas que experimentaba en ese momento; historia médica y eventos desencadenantes; estrategias de afrontamiento; historia psiquiátrica, incluyendo los tratamientos que ha recibido y si le han sido de ayuda o no, hospitalizaciones, medicación administrada, intentos de suicidio y el estado a ese momento; historia de uso de sustancias y estado a ese momento, historia psiquiátrica familiar, historia del desarrollo; historia social; historia educacional; historia religiosa o espiritual; fortalezas, valores y estrategias de afrontamiento adaptativas (Beck, 2011).

Después de hacer una revisión tanto de la historia clínica como de su historia psiquiátrica, Alicia expuso cuáles eran sus mayores inconformidades y reportó como su problema principal el malestar que le genera la relación con su esposo. Ella reporta que tiene una mala comunicación con sus hijos, ellos se encierran en sus cuartos y no hablan con ella y eso le hace sentir frustrada. Uno de sus objetivos como ella lo plantea es que “quiere que haya armonía en el hogar y mejorar la comunicación con sus hijos”, de igual manera expresa que otro objetivo que tiene es llegar a controlar su mal humor.

Alicia no tiene una buena relación con su familia, ya sea por un trato hostil con su esposo, mala comunicación con sus hijos o distanciamiento del resto de su familia por los celos de su esposo.

En base a la observación clínica se pudo establecer que Alicia no cumplía con los requisitos para Trastorno depresivo mayor ni trastorno depresivo distímico; sin embargo, los

resultados obtenidos por la aplicación tanto del SCL-90-R y el inventario de depresión de Beck coinciden en que la paciente tiene algún tipo de trastorno del estado de ánimo del tipo depresivo. A partir del árbol para el diagnóstico diferencial de trastornos del estado de ánimo en el DSM-IV-TR, se puede concluir que Alicia cumple los criterios clínicos para el trastorno depresivo no especificado. Asimismo, los criterios diagnósticos del DSM-IV-TR para Problemas de relación, problemas conyugales.

c. Aplicación del modelo cognitivo

Dentro de las primeras terapias, se le explicó a Alicia de qué se trata el modelo cognitivo, se le dijo que se basa en que las cosas que pensamos tienen un efecto en cómo nos sentimos y como actuamos y que el propósito de la terapia era brindarle herramientas que efectivas para que la persona sea autosuficiente.

En las terapias iniciales, Alicia presentó claramente elementos negativos acerca de sí misma, de su entorno y sobretodo un negativismo acentuado de su futuro. Bajo el modelo cognitivo, estos tres elementos conforman la triada cognitiva. Durante las terapias el enfoque en reducir el nivel de negativismo de la triada cognitiva de Alicia llevó a que la aplicación del modelo cognitivo se enfoque sobre todo en trabajar en identificar las relaciones que existen entre sus pensamiento negativos, las creencias ligadas a estos pensamientos, las emociones que resultan de la activación de los pensamientos; así como las conductas de Alicia.

Dentro del modelo cognitivo, los pensamientos automáticos son el elemento más superficial, evidente y claro para el terapeuta (Beck, 2011), por lo tanto, inicialmente las terapias se centraron en volver estos pensamientos más accesibles para la paciente, es decir que Alicia fuera capaz de reconocerlos. El segundo nivel está compuesto por las creencias intermedias de la paciente, éstas son reglas establecidas tanto para ella como para la sociedad, así mismo son

actitudes que ella considera aceptables y pueden ser supuestos sobre cómo debe funcionar tanto ella como su entorno (Beck, 2011), asimismo, al profundizar en las terapias se toparon las creencias intermedias de Alicia. Finalmente, el nivel más profundo en el modelo cognitivo son las creencias centrales, éstas son creencias generalizadas, fundamentales, inflexibles y absolutas que las personas mantienen de sí mismos, de otros, del mundo y del futuro (Beck, 2011), por lo tanto se vuelve imprescindible trabajar con las creencias centrales de la paciente para generar una mejora perdurable.

i. Pensamientos automáticos de Alicia, identificación, evaluación y modificación

El trabajo con los pensamientos automáticos se centró en que la paciente identifique las situaciones que generaban en ella inconformidad o malestar. Una vez identificadas estas situaciones se trabajó con los pensamientos automáticos. Se le explicó a la paciente que que son evaluaciones rápidas del pensamiento que pueden venir en imágenes o en palabras, que no son racionales y que son pensamientos que por lo general no nos cuestionamos y como resultado cambian nuestro estado de ánimo; y que todas las personas los tienen pero que por lo general no estamos conscientes de estos pensamientos. La manera en la que se trabajó fue identificándolos y evaluándolos. Se le pidió a Alicia que reconociera en el momento de malestar qué era lo que pensaba acerca de ella misma o de la situación.

Los pensamientos automáticos más repetitivos de Alicia estaban relacionados con su pareja. La mala situación que se vivía dentro del hogar así como los problemas conyugales, acentuaban pensamientos como “mi esposo no me quiere” y “si no me llama es porque está con otra”. Es importante recalcar que Alicia, debido a las actitudes pasadas de su esposo, estaba convencida de que él la engañaba, la repetitividad de estos pensamientos la llevaban a generalizar y pensar que “nadie es confiable”. Adicionalmente a los problemas con su marido,

Alicia tenía una mala comunicación con su familia, lo que la llevaba constantemente a que surja en ella los pensamientos “nadie me entiende” y “mis hijos no me quieren”, lo que la llevaba a sentirse poco apreciada y aceptada en su hogar generando a su vez el pensamiento “mis hijos no se alegran de verme”. Todo esto sumaba para que la actitud de Alicia frente a su familia generara distanciamientos.

La técnica que se utilizó para permitir a Alicia que identificara sus pensamientos automáticos fue un registro de pensamiento en el que ella aprendió a identificar la irracionalidad de sus pensamientos. Asimismo, se dio importancia a los sentimientos que se generaban como consecuencia de los pensamientos automáticos. La manera de identificar estos sentimientos fue a través de preguntas socráticas acerca de cómo estos pensamientos la hacían sentir tanto de sí misma como de las personas y situaciones que la rodeaban. La validación de la veracidad de los pensamientos automáticos se llevó a cabo bajo la pregunta de qué evidencia tenía Alicia para poder afirmar que lo que estaba diciendo era cierto.

Con el fin de permitir a Alicia evaluar si una situación era o no buena para ella, a lo largo de las terapias se le presentaron situaciones hipotéticas en las que ella veía ambos lados de la situación y de esta manera podía decidir racionalmente qué pensamientos eran funcionales y de esta manera podía proponer soluciones a los conflictos.

A través del registro de pensamientos disfuncionales se le explicó a Alicia la existencia de distorsiones cognitivas, que son errores en el pensamiento que se vuelven predecibles, y cómo éstas afectan al juicio que puede tener de una situación en cualquier momento. Las distorsiones cognitivas más fuertes en Alicia se resumen en el siguiente cuadro:

Distorsión cognitiva	Verbalización de Alicia
Visión catastrófica	Mi hija se va a quedar embarazada, es cuestión de tiempo. Mi esposo me va a abandonar, es cuestión de tiempo.
Etiquetar	Los amigos de mi hija son todos unos delincuentes y drogadictos La gente se es mala y se acerca a mi sólo por interés Los hombres nunca cambian
Filtro Mental (Abstracción selectiva)	Mi esposo es un buen padre, sale a jugar con los niños, se preocupan de que estén bien pero es un mal esposo
Leer la mente	Yo sé que el novio de mi hija lo único que quiere es utilizarle. Tener relaciones con ella y botarle. Yo sé que él cree que tengo un amante porque él tiene otra
Sobregeneralización	Todos los hombres son malos Ningún hombre cambia Lo único que quieren es utilizarte
Los deberías	Mi hija debería estudiar antes de tener novio. No debería permitir que mi esposo me trate como me trata Un esposo debería tratar con cariño y respeto a su esposa Los hijos deberían hacerles caso a los padres
Visión de Túnel	No puedo saludar con nadie porque mi esposo piensa que le engaño con esa persona.

Tabla 6.1. Distorsiones cognitivas de Alicia

ii. Creencias intermedias de Alicia, identificación, evaluación y modificación

El trabajo en creencias intermedias con Alicia se centró inicialmente en explicarle de qué se trataban. Era muy importante que estuviera clara que éstas se reflejan como condiciones, actitudes y asunciones, que no siempre son expresadas y que tienen un papel importante en la manera en la que las personas viven su vida y responden ante retos y factores estresantes de la vida. Las creencias intermedias son expresadas como una relación de causa y efecto (Si-entonces) y sirven para protegerse de una creencia central dolorosa.

La identificación de las creencias intermedias con Alicia se dio en etapas. Inicialmente en terapia se reconocieron todas las reglas y deberías que ella expresaba abiertamente y se le cuestionó racionalmente el origen de estas creencias. Asimismo, Alicia aprendió a identificar si estas creencias que tenía eran maladaptativas o si, por el contrario, estas creencias le permitían llevar una vida funcional. Las creencias intermedias identificadas inicialmente en Alicia fueron relacionadas, así como los pensamientos automáticos, a su pareja, de tal forma que ella expresaba que “todos los hombres son iguales”, que ella tenía un esposo que no valía la pena porque “un esposo debería querer y respetar a su esposa”. Asimismo, Alicia expresó una creencia intermedia relacionada a su familia, ella reconoce como regla que “los hijos deben querer a sus madres”, esta es una regla positiva, sin embargo, el pensamiento automático “mis hijos no me aguantan” hace que la creencia intermedia se vuelva maladaptativa y ella tenga sentimientos de rechazo, ira, tristeza y frustración, lo que le causa mucho malestar. La visión de Alicia frente a su matrimonio incluye dos creencias intermedias adicionales, “los hijos necesitan que los padres estén juntos” y la creencia intermedia “el matrimonio es para toda la vida”.

El malestar general que Alicia siente con respecto a las relaciones humanas se ve reflejado en una creencia intermedia que le permite tener un escudo frente a las personas expresada como “no vale la pena sufrir por nadie”, lo que la lleva a alienarse de las demás personas. Estas y otras creencias intermedias de la paciente se resumen en la siguiente tabla:

Asunciones	Reglas	Expectativas
1. Todos los hombres son iguales	1. Un esposo debería querer y respetar a su esposa	1. Si mi hija sigue así se va a quedar embarazada
2. No vale la pena sufrir por nadie	2. Los hijos deben querer a sus madres	2. Cuando mis hijos ya tengan una carrera yo voy a poder hacer mi vida
3. Los hijos necesitan que los padres estén juntos	3. El matrimonio es para toda la vida	

Tabla 6.2. Creencias intermedias de Alicia

iii. Creencias centrales de Alicia, identificación, evaluación y modificación

El identificar y trabajar satisfactoriamente con creencias centrales tiene como resultado un nivel de efectividad de la terapia cognitiva conductual elevado. Las creencias centrales son creencias generalizadas, fundamentales, inflexibles y absolutas que las personas mantienen de sí mismos, de otros, del mundo y del futuro.

En el caso de Alicia, las creencias centrales se reflejaban sobretudo en relaciones con su familia de manera maladaptativa.

Con Alicia, la intención fue llegar a las creencias centrales y entregarle las herramientas para que ella pudiera evaluar y decidir si una creencia merecía o no ser modificada en función de los sentimientos y actitudes y conductas que esta creencia generaba en ella.

Las creencias centrales de Alicia relacionadas a las interacciones con su familia son maladaptativas, de tal forma que ella tiene la creencia de que como madre y esposa ella es una mujer inútil y mala esposa, ella expresa esta creencia repetidamente como “soy una mala madre”, “soy una mala esposa”. Asimismo, la mala relación con sus hijos y el hecho de que no pueda comunicarse de manera clara y calmada con sus hijos refuerza en ella la creencia central de ser una persona incomprendida, incompetente como madre, que tiene mal humor y que no es una persona agradable, esta creencia se resume en “algo está mal en mí, no logro tener la relación de familia que quisiera”. Finalmente, Alicia es una mujer que no se siente segura de sí misma porque no se siente bonita; la creencia central que se asocia a este sentimiento de inseguridad es “soy insegura”. Adicionalmente, su inseguridad choca con la creencia central de “el mundo es hostil” lo que hace que Alicia no desarrolle relaciones interpersonales satisfactorias para ella.

Esto ha llevado a que Alicia, a pesar de mantener una mala relación con su esposo y haber pensado en el divorcio, no ha llegado a concretarlo.

En cuanto al futuro, Alicia ve como inevitable un fracaso de su matrimonio, ella dice “yo sé que él me va a dejar”, asimismo, ve para el futuro un fracaso de su hija, Alicia dice que “ella va a terminar dependiendo de mí”, porque ella no ha sabido ser buena madre a pesar de que quiere “mimar a su hija pero ella no se deja”. Ella ve como inevitable el abandono de su marido como consecuencia de la mala relación que tienen.

Ella cree, también, que “la gente es mala” y le quiere hacer daño y que ella no vale lo suficiente como para que una persona se interese legítimamente por ella. Finalmente, ella cree que “las personas se mueven por el interés” y esta es la única razón por la que los demás se acercan a ella.

En resumen, las creencias centrales de Alicia se han resumido en la tabla siguiente:

De sí misma	<ol style="list-style-type: none"> 1. “Soy incompetente” 2. “Algo está mal en mí, no logro tener la relación de familia que quisiera” 3. “Soy insegura” 4. “Tengo muy baja autoestima” 5. “Soy desconfiada”
De los demás	<ol style="list-style-type: none"> 1. “La gente es mala” 2. “Las personas se mueven por el interés”
Del mundo	<ol style="list-style-type: none"> 1. “El mundo es hostil”
Del futuro	<ol style="list-style-type: none"> 1. “Yo sé que él me va a dejar” 2. “Ella va a terminar dependiendo de mí”

Tabla 6.3. Creencias centrales de Alicia

Para trabajar las creencias centrales con Alicia se llenó un formulario de creencias centrales que le permitió identificar creencias centrales maladaptativas con efectos negativos y le permitió cambiarlas por creencias centrales más funcionales. Asimismo, por medio de ejercicios conductuales fuera de terapia se logró que Alicia se enfrente a creencias que, al ser ciertas para

ella, no le permitían realizar actividades que le habría gustado hacer. El enfrentamiento a estas creencias llevó a que Alicia pudiera decidir racionalmente si la creencia era disfuncional y a tomar medidas para evitar que esta creencia desencadene una serie de pensamientos automáticos que la habrían llevado a sentimientos y conductas negativas.

Capítulo 7. CONSIDERACIONES RELACIONADAS AL TRATAMIENTO

7.1. Aspectos éticos

Los principios generales del código de ética de la Asociación Americana de Psicología (APA) resaltan las virtudes que debe tener un terapeuta. Bajo estos principios, un terapeuta que siga el principio A de Beneficencia y no maleficiencia debe tener como virtudes como el ser compasivo, humano y prudente. De la misma manera un terapeuta que siga el principio B de Fidelidad y Responsabilidad deberá tener como virtudes el ser fiel, confiable, consciente. El principio C del código, principio de Integridad, relaciona a los terapeutas con las virtudes de ser honesto, confiable y genuino. El cuarto principio, el de Justicia, asocia las virtudes de ser juicioso y justo. Finalmente, el terapeuta que se guía por el quinto principio, el principio E de Respeto por los Derechos y la Dignidad de las Personas, presentará virtudes de respeto y consideración (Fisher, 2009).

Con el fin de evitar cualquier posible daño, injusticia o violación a los derechos individuales que puedan desencadenar quejas éticas por parte del paciente, el terapeuta deberá guiarse por tres recomendaciones. En primer lugar, desarrollar procedimientos apropiados para proteger la confidencialidad de la información obtenida durante la terapia. En segundo lugar, deberá informar apropiadamente a sus pacientes el alcance y limitaciones de la confidencialidad. Finalmente deberá planificar una lista de agencias, instituciones o profesionales apropiados a los que pueda recurrir de ser necesario revelar la información confidencial (Fisher, 2009).

Siguiendo estos lineamientos, durante la primera sesión se le informó a la paciente que todo el tratamiento sería gratuito y confidencial y que los únicos casos en los que la confidencialidad se rompería sería si su vida o la de alguien más estuviera en peligro o que

intente cometer algún acto en contra de la ley. El consentimiento informado que la paciente firmó indicaba que ella aceptaba voluntariamente asistir a las terapias, presentándose de manera puntual a las citas o a cancelarlas telefónicamente con por lo menos una hora de anticipación; que la terapeuta era una estudiante de quinto año de la Universidad San Francisco de Quito de la carrera de Psicología Clínica, que la paciente podía retirarse en cualquier momento. El consentimiento informado aclaraba que la terapeuta, al ser estudiante, iba a ser supervisada constantemente por un profesor durante la totalidad del proceso. La paciente acepta ser filmada, grabada o que se tome notas de las sesiones terapéuticas y que se converse sobre las mismas únicamente con fines académicos; asimismo, acepta que su caso sea utilizado académicamente como parte de una tesis de grado. El terapeuta se compromete a guardar absoluta confidencialidad acerca de la identidad de la paciente de manera que cualquier información que comparta no permita que la paciente sea identificada.

3.07 Peticiones de terceros para servicios

Cuando un psicólogo está de acuerdo en proveer servicios a una persona o una entidad como una respuesta a una petición de un tercero, el terapeuta debe aclarar los roles que tendrá tanto el psicólogo, el consultante, la persona que diagnostica y la persona que solicita el servicio. El terapeuta debe solicitar información acerca de la identidad del paciente, los usos probables de los servicios prestados o bien de la información obtenida y debe discutir acerca de los límites de la confidencialidad (Fisher, 2009).

4.02 Límites de confidencialidad

El código de ética APA que dice que el terapeuta tiene que mantener privacidad y confidencialidad con sus pacientes. Los psicólogos tienen la obligación de tomar las precauciones para proteger la información confidencial obtenida dentro de lo que las leyes y regulaciones profesionales lo permitan. Los psicólogos respetan la privacidad y dignidad de las personas al proteger la información confidencial obtenida de sus pacientes, el estándar 4.01 del Código de Ética del APA requiere que todos los psicólogos tomen precauciones para mantener la confidencialidad de sus pacientes. Las precauciones razonables tienen que ser formadas tanto por una familiaridad transmitida al paciente como por el hecho de saber que la confidencialidad podría llegar a romperse a pesar de los mejores esfuerzos de un terapeuta (Fisher, 2009).

9.08 Uso de tests obsoletos y resultados fuera de fecha

El estándar 9.08 b) del código de ética de APA determina que el terapeuta no debe basar su evaluación o decisiones de intervención o recomendaciones en tests obsoletos. A menudo, los desarrolladores de evaluaciones crean nuevas versiones de los tests que permiten tener avances en constructos teóricos subyacentes a las características psicológicas a ser evaluadas. En otros casos se adaptan los tests tanto en función de las influencias sociales, culturales, educacionales y lingüísticas que pueden desafiar el alcance original del test, como en las características demográficas de la población a ser evaluada. El estándar 9.08 b) prohíbe a los terapeutas usar versiones obsoletas de tests para la evaluación o las decisiones para la intervención cuando los resultados sean de una validez cuestionable o inútil para evaluar (Fisher, 2009). La versión que se utilizó para diagnosticar un trastorno del estado de ánimo fue el Inventario de Depresión de Beck (BDI-1A), mientras que la versión actualizada es la BDI-II.

7.2. Transferencia

La transferencia, al igual que la contratransferencia, desde el punto de vista cognitivo conductual, se da cuando el paciente sobrepone alguna experiencia suya sobre el terapeuta. En terapia, el paciente es capaz de percibir la personalidad del terapeuta, su estilo o su apariencia y esto puede activar un recuerdo de una persona significativa de su pasado, como un padre. La respuesta del paciente en terapia será, en este caso, como le respondería a su padre. La transferencia efectiva se produce cuando el terapeuta es un espejo, en el que el paciente se sienta libre de sobreponer los pensamientos o sentimientos (Praskoa, Divekya, Grambala, Kamaradovaa, Mozyne, Sigmundovaa, Slepeckyf & Vyskocilova, 2010). La transferencia es un fenómeno que se da de manera regular en las relaciones interpersonales, sin embargo, el término se utiliza para denotar la reacción del cliente hacia el terapeuta. Este concepto nace en la terapia psicodinámica y se refiere a experimentar sentimientos, impulsos, actitudes, fantasías y defensas frente a una persona en el momento y que son inapropiadas para la persona y que son una repetición, recuerdo o reflejo de reacciones que se originaron en la primera infancia por personas cercanas. Esta definición enfatiza los impulsos o defensas inconscientes. Bajo un modelo cognitivo social, la transferencia presupone que las representaciones mentales de personas significativas existe en la memoria y son disparadas por señales relevantes en el contexto. La transferencia implica que la paciente vea en la terapeuta rasgos suyos o de una persona cercana que desencadenen sentimientos preexistentes hacia otras personas en el terapeuta. También, la transferencia se refiere al proceso en el cual el paciente actúa de una manera que conste en su repertorio de respuestas recíprocas, es decir, que el paciente se comportará como ha aprendido a lo largo de su vida. Las personas desarrollan representaciones mentales de sí mismos y de otros y modelos funcionales de relaciones basados en experiencias repetitivas y transacciones en

relaciones primarias durante su infancia, niñez y adolescencia (Cartwright, 2011). Por ejemplo, un paciente puede sentir transferencia cuando, en terapia, las actitudes o las palabras del terapeuta le hacen recordar a cómo se sentía cuando uno de sus padres lo castigaba. Esto puede generar sentimientos de angustia en el paciente.

Desde el punto de vista cognitivo conductual, una transferencia efectiva es cuando el terapeuta puede identificar en el paciente la presencia de pensamientos automáticos y volverlos evidentes para él durante la sesión y debe estar vigilante a los signos de ira o frustración del paciente en la relación terapéutica. El Terapeuta debe prestar atención a cualquier reacción ya sea positiva o negativa pero no deben ser ignoradas. Por ejemplo, en terapia, un paciente, cuando tiene un pensamiento y prefiere no revelarlo, puede presentar un cambio en su comportamiento no verbal que puede ser: un cambio de expresión, tartamudeo, un bloqueo, cambio de postura, agitar los pies, cerrar los puños o un cambio brusco de tema, entre otras posibilidades. Es en estos casos en los que el terapeuta debe presionar de una manera delicada y decirle al paciente que lo que él está pensando puede ser importante (Praskoa et al., 2010).

En resumen, la transferencia es la respuesta emocional del paciente al terapeuta y es necesario explorar estas reacciones y hacerlas visibles ya que a menudo proveen buen material para comprender los significados y creencias detrás de las reacciones idiosincráticas o repetitivas (Cartwright, 2011).

A pesar de que los conceptos de transferencia y contra-transferencia no son usados con frecuencia por terapeutas cognitivos conductuales, al ser procesos personales e interpersonales que ocurren entre el terapeuta y el paciente, permite obtener de manera directa información sobre el paciente y el terapeuta (Cartwright, 2011).

En el caso de Alicia, la transferencia se evidenció en que en repetidas veces la paciente vio reflejada a su hija en la terapeuta y mencionó que le encantaría que su hija estudiara psicología.

En ocasiones la terapeuta pudo sentir que Alicia se sentía identificada con ella. Existieron situaciones en las que Alicia aconsejaba a la terapeuta para que no cometa lo que ella consideraba que eran errores que ella había cometido en su juventud.

7.3. Contra-transferencia

La contra-transferencia, al contrario de la transferencia, es la respuesta afectiva de parte del terapeuta hacia el paciente. Es importante notar que la respuesta emocional del terapeuta hacia el paciente es un indicador significativo hacia los procesos inconscientes del paciente y puede guiarlo a entenderlos más profundamente (Cartwright, 2011).

Inicialmente, en vista de la edad de la paciente y la edad de la terapeuta, se activó el sentimiento de estar estancado. El terapeuta sintió dolor, indignación e iras debido a la pasividad con la que la paciente contaba su historia y la resignación de ella a vivir en un estado constante de malestar. Asimismo, la terapeuta sentía admiración hacia la paciente al ser ella capaz de llevar adelante a su familia y ser capaz de aguantar todo por sus hijos.

El terapeuta, a lo largo de su desarrollo ha sido inculcado el valor de responsabilizarse por todos sus actos, todo lo que acepta y todo lo que dice, lo que genera un locus de control elevado. Por otro lado, la paciente tendía a culpabilizar de todo lo que le sucedía o como se sentía a factores externos. Esta confrontación de características generaba en la terapeuta una sensación de incomodidad que le molestaba.

Capítulo 8. CONCLUSIONES Y LIMITACIONES

8.1. Conclusiones

La terapia cognitiva conductual le da al paciente habilidades para identificar, evaluar y modificar pensamientos e imágenes maladaptativos que están relacionados con un esquema depresivo. Después de 8 semanas de tratamiento bajo la modalidad de terapia cognitiva conductual, los pacientes muestran signos de mejoría. Después de 16 semanas los resultados obtenidos en los pacientes tratados por medio de terapia cognitiva conductual llegan a tener resultados igual de efectivos que los pacientes bajo tratamiento farmacológico para los trastornos del estado de ánimo. Adicionalmente, los pacientes tratados con terapia cognitiva conductual al haber desarrollado herramientas para identificar, evaluar y modificar sus creencias maladaptativas, tienden a mantener los resultados a largo plazo ofreciéndoles una mayor protección contra las recaídas y la recurrencia (DeRubeis et al., 2008).

Alicia recurrió al servicio de consultas gratuitas de la Universidad San Francisco de Quito durante 14 sesiones en un plazo de 5 meses. Inicialmente, la evaluación y diagnóstico sugirieron un trastorno del estado de ánimo del tipo depresivo. Sin embargo, debido a que la presentación del cuadro coincide con las directrices generales específicas de un trastorno depresivo, pero la sintomatología no cumple todos los criterios de un trastorno depresivo mayor ni trastorno distímico se concluye que se trata de un trastorno depresivo no especificado (APA, 2004).

A lo largo del tratamiento fue posible desarrollar con Alicia nuevas creencias y desarrollar mecanismos para que sea capaz de identificar y evaluar la validez de sus pensamientos y creencias disfuncionales y que pueda convertirlos en pensamientos funcionales.

Esto se tradujo en una reducción de los síntomas depresivos, así como una mejora en su estado de ánimo general. Si bien el eje central del tratamiento, la mejoría en función del trastorno depresivo que Alicia presentaba, fue eficaz, el problema relacional con su pareja persistió debido a que la terapia se enfocó en que la paciente mejore su bienestar y se sienta tranquila con las decisiones que tome, mas no en mejorar su relación de pareja.

8.2. Limitaciones del estudio

La principal limitación para este estudio fue la aplicación de tests a la paciente. Por un lado, la adaptación al español del SCL-90-R toma en cuenta para la estandarización de resultados una muestra argentina. Las diferencias en realidades tanto económicas, sociales, culturales como idiosincráticas entre la población argentina y la población ecuatoriana pueden generar una distorsión en el resultado del test. A pesar de la posibilidad de una distorsión en el resultado, se considera que la adaptación utilizada es la que más se acerca a la realidad ecuatoriana.

La segunda limitación de este estudio fue la aplicación de una versión anterior del Inventario de Depresión de Beck. La versión utilizada con Alicia es la BDI-IA, mientras que la versión actualizada para coincidir con los criterios diagnósticos del DSM-IV es la versión BDI-II. A pesar de ser una limitación, la validez del Inventario de Depresión de Beck tanto en la versión IA como en la versión II proporciona información correcta y certera del cuadro de la paciente.

Una limitación adicional para este estudio es que no todas las sesiones fueron grabadas. A pesar de no existir el video para todas las sesiones, todas fueron registradas de manera escrita ya que en ocasiones a la paciente le resultaba incómodo hablar frente a la cámara.

Una posible limitante adicional es la falta de experiencia de la terapeuta. Al ser una estudiante de último año y al ser la terapia un apoyo práctico a la clase teórica de terapia

cognitiva conductual, existieron momentos en los cuales existía incertidumbre acerca de qué hacer. Sin embargo, al contar con el apoyo de la supervisión del caso durante el período de terapia el riesgo de maleficencia disminuyó considerablemente. La supervisión constante del caso permitió que la terapeuta sienta confianza en cómo se desarrollaba el tratamiento y permitió entregar a la paciente un tratamiento de calidad.

Un estudio de caso es un examen completo o intenso de un paciente o una faceta, a lo largo del tiempo, es un examen de un caso en acción. Un estudio de caso puede ser un registro de lo que va sucediendo a lo largo del estudio. En resumen, un estudio de caso es una investigación sistemática y profunda de un caso en concreto dentro de un período determinado (Barrio, González, Padín, Peral, Sánchez & Tarín, 2010).

El propósito de un estudio de caso es proponer nuevos conocimientos o confirmar teorías existentes. Así mismo, un estudio de caso describe situaciones o hechos concretos, proporciona ayuda, conocimiento o instrucción. Es decir, el estudio de caso pretende explorar, describir, explicar, evaluar y/o transformar la situación actual presentada (Barrio et al., 2010).

La intención del estudio de caso no es generalizar datos el propósito de un estudio de caso es comprender, descubrir e interpretar la información obtenida, mas no confirmar una hipótesis ya establecida. Para un psicólogo clínico un estudio de caso representa estudiar un persona que es única en el mundo (Barrio et al., 2010).

Un estudio de caso tiene cuatro propósitos principales: ser una fuente de ideas acerca del desarrollo de la conducta humana; ayudar en el desarrollo de las técnicas de intervención en la práctica con los pacientes; permitir el estudio de comportamientos inusuales; y mantener un particular punto de vista sobre el trastorno clínico.

Como cualquier otro estudio, un estudio de caso está sujeto a limitaciones. Dentro de las limitaciones que comúnmente existen en el estudio de casos se encuentran las diferentes explicaciones que se pueden dar del caso. Tanto el paciente como el clínico pueden experimentar sesgos en la interpretación (Becoña, Vázquez & Oblitas, 2007).

La limitación más común de un estudio de caso es el no tener un grupo control. La ausencia de este grupo control impide controlar diferentes variables que pueden afectar al juicio del terapeuta acerca del diagnóstico. Es por esto que el estudio de caso no utiliza análisis estadísticos, sólo se centra en la descripción del sujeto y del tratamiento (Becoña, Vázquez & Oblitas, 2007).

La calidad de la recolección de información sobre el caso va a depender del terapeuta. Por lo general, la calidad del trabajo será mayor si se utilizan medios fiables de consulta, por ejemplo grabaciones en vídeo, cuestionarios estándar, tests, entre otros (Becoña, Vázquez & Oblitas, 2007).

REFERENCIAS

- American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: Text Revision* (4th ed.). Washington, DC: Author.
- Antony, M. & McCabe, R. (2005). Perfectionism. En Freeman, A. *Encyclopedia of Cognitive Behavior Therapy* (pp 273-277). New York: The Guilford Press.
- Aranda, G., Carmona, S., & Luz, V. (2007). Iguales y Diferentes: Análisis Cualitativo de las Vivencias de Hombres y Mujeres Sobre su Relación de Pareja. (Spanish). *Archivos Hispanoamericanos De Sexología*, 13(2), 169-192.
- Barrio, I. González, J. Padín, L. Peral, P. Sánchez, I & Tarín, E. (2010). Estudio De Casos. *Métodos de Investigación Educativa*. Universidad Autónoma de Madrid.
- Beck, A. T., Wright, F. D., Newman, C. F., & Liese, B. S. (1993). *Cognitive therapy of substance abuse*. New York: Guilford Press.
- Beck, S.J. (2011). *Cognitive Therapy: Basics and Beyond*. New York: The Guilford Press.
- Becoña, E., Vázquez, F., & Oblitas, L. (2007). *Metodología De Investigación En Psicoterapia*. Universidad Santiago de Compostela.
- Cartwright, C. (2011). Transference, countertransference, and reflective practice in cognitive therapy. *Clinical Psychologist*, 15(3), 112-120. doi:10.1111/j.1742-9552.2011.00030.x
- Christensen H, Griffiths KM, Jorm AF: Delivering interventions for depression by using the internet: randomised controlled trial. *BMJ* 2004, 328:265.
- Cully, J.A., & Teten, A.L. (2008). *A Therapist's Guide to Brief Cognitive Behavioral Therapy*. Houston: Department of Veterans Affairs South Central MIRECC
- Dempsey, K. (2001). Women's and men's consciousness of shortcomings in marital relations, and of the need for change. *Family Matters*, (58), 58.

- DeRubeis, R. J., Siegle, G. J., & Hollon, S. D. (2008). Cognitive therapy versus medication for depression: treatment outcomes and neural mechanisms. *Nature Reviews Neuroscience*, 9(10), 788-796. doi:10.1038/nrn2345
- DeRubeis, R. Hollon, S. Amsterdam, J. Shelton, R. Young, P. Salomon, R. O'Reardon, J. Lovett, M. Gladis, M. Brown, M & Gallop, R. (2005). Cognitive Therapy vs Medications in the Treatment of Moderate to Severe Depression. *Arch Gen Psychiatry*. 62:409-416
- Dowd, E. (2005). Hipnotherapy. En Freeman, A. *Encyclopedia of Cognitive Behavior Therapy* (pp218-221). New York: The Guilford Press.
- Fava, G. Rafanelli, C. Grandi, S. Conti S. & Belluardo, P. (1998). Prevention of Recurrent Depression With Cognitive Behavioral Therapy. *Arch Gen Psychiatry*. 55:816-820
- Fishbane, M. (2007). Wired to Connect: Neuroscience, Relationships, and Therapy. *Family Process*, 46(3), 395-412. doi:10.1111/j.1545-5300.2007.00219.x
- Freeman, A. Felgoise, S. Nezu, A. Nezu, C. & Reinecke, M. (2005). Encyclopedia of cognitive behavior therapy. New York: Springer.
- Gempp, R & Avendaño, C. (2008). Datos Normativos y Propiedades Psicométricas del SCL-90-R en Estudiantes Universitarios Chilenos. *Terapia Psicológica*. Vol. 26, N° 1, 39-58
- Goldapple, K. Segal, Z. Garson, C. Lau, M. Bieling, P. Kennedy, S. & Mayberg, H. (2004). Modulation of Cortical-Limbic Pathways in Major Depression Treatment-Specific Effects of Cognitive Behavior Therapy. *Arch Gen Psychiatry*. 61(1) 34-41. doi:10.1001/archpsyc.61.1.34.
- Gomes-Oliveira, M., Gorenstein, C., Neto, F., Andrade, L. & Yuan P. (2012). Validation of the Brazilian Portuguese version of the Beck Depression Inventory-II in a community sample. *Revista Brasileira de Psiquiatria*. Vol. 34 Issue 4, p389-394.
- Gómez-Restrepo C, Bohórquez A, Pinto Masis D, Gil Laverde JFA, Rondón Sepúlveda M, Díaz-Granados N. (2004). Prevalencia de depresión y factores asociados con ella en la población colombiana. *Rev Panam Salud Pública*. 16(6):378-86.

- González-Santos, L., E. Mercadillo, R., Graff, A., & A. Barrios, F. (2007). Versión Computarizada Para La Aplicación Del Listado De Síntomas 90 (SCL 90) y Del Inventario De Temperamento Y Carácter (itc). (Spanish). *Salud Mental*, 30(4), 31-40.
- Gosch, E. & Pollock, A. (2005). Depression - Youth. En Freeman, A. *Encyclopedia of Cognitive Behavior Therapy* (pp161-164). New York: The Guilford Press.
- Hammond, G. C., Croudace, T. J., Radhakrishnan, M., Lafortune, L., Watson, A., McMillan-Shields, F., Jones, P. & Laks, J. (2012). Comparative Effectiveness of Cognitive Therapies Delivered Face-to-Face or over the Telephone: An Observational Study Using Propensity Methods. *Plos ONE*, 7(9), 1-15. doi:10.1371/journal.pone.0042916
- Holon, S.D. & Dimidjian, S. (2009). Cap. 25. Cognitive and Behavioral Treatment of Depression. En Gotlib, I. *Handbook of Depression* (pp. 586-603). New York: The Guilford Press.
- Joormann, J. (2009). Cap. 13. Cognitive Aspects of Depression. En Gotlib, I. *Handbook of Depression* (pp. 298-321). New York: The Guilford Press.
- Levin, R. L., Heller, W., Mohanty, A., Herrington, J. D., & Miller, G. A. (2007). Cognitive Deficits in Depression and Functional Specificity of Regional Brain Activity. *Cognitive Therapy & Research*, 31(2), 211-233. doi:10.1007/s10608-007-9128-z
- Loubon, C., & Franco, J. (2010). Neurofisiología del aprendizaje y la memoria. Plasticidad Neuronal. (Spanish). *Archivos de Medicina*, 6(1), 1-7. doi:10.3823/048
- Meadows, E. & Butcher, J. (2005). Anxiety-Adult. En Freenan, A. *Encyclopedia of Cognitive Behavior Therapy* (pp 32-36). New York: The Guilford Press.
- Nezu, A. & D'Zurilla, T. (2005). Problem-Solving Therapy-General. En Freeman, A. *Encyclopedia of Cognitive Behavior Therapy* (pp 301-304). New York: The Guilford Press.
- Nezu, A., Nezu, C., Friedman, J., & Lee, M. (2009). Cap. 3. Assessment of Depression. En Gotlib, I. *Handbook of Depression* (pp. 44-68). New York: The Guilford Press.

- Papazian, O., Alfonso, I., Luzondo, R. (2006). Trastornos de las funciones ejecutivas. *Revista de Neurología*, 42(3), 45-50. Obtenido de <http://www.publicacions.ub.es/refs/Articles/trastornsfe.pdf>
- Prasko, J. Diveky, T. Grambal, A. Kamaradova, D. Mozny, P. Sigmundova, Z. Slepecky, M. & Vyskocilova, J. (2010). Transference And Countertransference In Cognitive Behavioral Therapy. *Biomed Pap Med Fac Univ Palacky Olomouc Czech Repub.* 154(3):189-198.
- Rebolledo, F. (2003). Plasticidad cerebral. (Spanish). *Revista Médica del IMSS*, 41(2), 133. Retrieved from EBSCOhost.
- Reis de Oliveira, I. (2012). Assessing and Restructuring Dysfunctional Cognitions. En Reis de Oliveira, I. *Standard and Innovative Strategies in Cognitive Behavior Therapy* (pp 3-16). Rijeka: InTech.
- Sanchez, R., & Ledesma, R. (2009). Análisis Psicométrico del Inventario de Síntomas Revisado (SCL-90-R) en Población Clínica. (Spanish). *Revista Argentina De Clínica Psicológica*, 18(3), 265-274.
- Santos, F. (2009). Educación y Neurociencia. (Spanish). *Psicología Educativa*, 15(1), 27-38. Retrieved from EBSCOhost.
- Sharpley, C. (2010). A review of the neurobiological effects of psychotherapy for depression. *American Psychological Association*, 47(4), 603-615. doi: 10.1037/a0021177
- Segal, Z. Bieling, P. Young, T. MacQueen, G. Cooke, R. Martin, L. Bloch R & Levitan R. (2010). Antidepressant Monotherapy vs Sequential Pharmacotherapy and Mindfulness-Based Cognitive Therapy, or Placebo, for Relapse Prophylaxis in Recurrent Depression. *Arch Gen Psychiatry*.67(12):1256-1264
- Strunk, D. & DeRubeis, R. (2005). Depression - General. En Freeman, A. *Encyclopedia of Cognitive Behavior Therapy* (pp 158-161). New York: The Guilford Press.

- Wenzel, A. (2012). Modification of Core Beliefs in Cognitive Therapy. En Reis de Oliveira, I. *Standard and Innovative Strategies in Cognitive Behavior Therapy* (pp 17-34). Rijeka: InTech.
- Yurica, C. & DiTomasso, R. (2005). Cognitive Distortions. En Freeman, A. *Encyclopedia of Cognitive Behavior Therapy* (pp117-121). New York: The Guilford Press.

ANEXOS