

Universidad Autónoma de Bucaramanga

Facultad de Psicología

Programa de Psicología



Análisis de la Depresión en Pacientes con Diagnóstico de Trastorno Depresivo de la
Clínica de Reposo San Pablo de la Ciudad de Bucaramanga

Elaborado por:

Ingrid Yesenia Guíos Mojica

Ana María Martínez Ramírez

Trabajo de grado para optar al título de:

Psicólogas

Bajo la dirección de:

Doctora Martha Eugenia Ortega

Bucaramanga, Noviembre de 2002

UNAB - BIBLIOTECA MEDICA

Tabla de Contenido

	Pág.
Resumen	IX
ANÁLISIS DE LA DEPRESIÓN EN PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE TRASTORNO DEPRESIVO DE LA CLÍNICA SAN PABLO EN LA CIUDAD DE BUCARAMANGA.	1
Descripción de la Institución	2
Reseña Histórica de la Clínica de Reposo San Pablo	2
Visión	3
Misión	4
Objetivos	4
Políticas	5
Valores	6
Problema	6
Objetivos	7
Objetivo General	7
Objetivos Específicos	7
Antecedentes Investigados	7
Marco Teórico	12
Panorama Histórico Acerca de la Depresión	12
Depresión	16
Tipos de Depresión	17
Depresión Leve	18
Depresión Profunda	18
Depresión Suplicatoria	20
Depresión Simple	20
Depresión Aguda	20
Depresión Paranoide	21
Estupor Depresivo	21
Melancolía Involuntiva	21
Depresión Senil	22
Depresión Postpuerperal	22
Depresión asociada a enfermedades neurológicas	23

Depresión asociada a desordenes endocrinos	24
Depresión inducida por drogas	25
Etiología y Patogénesis	25
Factores Bioquímicos	25
Diagnóstico Diferencial	27
Curso	28
Criterios para diagnosticar un Episodio Depresivo Mayor	29
La Teoría de Beck de la Depresión	31
Características del Modelo de Beck	32
Organización Estructural del Pensamiento Depresivo	34
Modelo de la Distorsión Cognitiva de Beck	35
Otras Teorías Psicológicas de Depresión	38
Abraham	39
Freud	42
Arieti	44
Tratamiento	45
Terapia Cognitiva de la Depresión	47
Técnicas Terapéuticas según Aarón Beck	48
Técnicas Conductuales	50
Programación de actividades	50
Técnicas de dominio y agrado	52
Asignación de tareas graduales	52
Practica cognitiva	53
Entrenamiento en asertividad y role-playing	54
Técnicas Cognitivas	54
Explicar el fundamento teórico del paciente	55
Influencia de las cogniciones sobre los afectos y la conducta	55
Cognición y experiencias recientes	56
Detección de pensamientos automáticos	56
Técnicas de retribución	57
Búsqueda de soluciones alternativas	57
Registro de pensamientos inadecuados	57
Selección de Objetivos y Técnicas	58

Tristeza	58
Cólera inducida	59
Distracción	59
Humor	60
Limitación de la expresiones de disforia	60
Construir un piso bajo la tristeza	61
Periodos de llanto incontrolable	61
Sentimientos de culpabilidad	62
Vergüenza	62
Cólera	63
Ansiedad	63
Pérdida de la motivación positiva e incremento de la tendencia a la evitación	64
Dependencia	65
Indecisión	65
Percibir los problemas como abrumadores	66
Autocrítica	66
Pensamiento absolutista (todo o nada)	67
Problemas de memoria y dificultad para concentrarse	68
Pasividad, evitación e inercia	69
Haciendo frente a los problemas prácticos	71
Problemas de habilidades sociales	71
Alteraciones del sueño	71
Alteraciones sexuales y del apetito	73
Variable	73
Método	74
Participantes	74
Instrumento	75
Inventario de Depresión de Beck	75
Justificación Estadística	80
Confiabilidad	81
Validez	81
Procedimiento	82
Definición del tema de investigación	82

Recolección de los Datos	83
Análisis de los Datos	83
Resultados	84
Factor Conductual	86
Factor Cognitivo	94
Matrices Descriptivas	97
Discusión	101
Sugerencias	i 06
Referencias	107

Lista de Apéndices

Apéndices	110
Apéndice A: Inventario de Depresión de Beck	111
Apéndice B: Datos Generales de la Muestra	114
Apéndice C: Porcentaje de Presentación de Síntomas	115

Lista de Figuras

	Pág.
Figura 1: Porcentaje de casos presentados en el primer semestre del año 2002	2
Figura 2: Modelo de Beck	34
Figura 3: Porcentaje de los niveles de depresión de los participantes	85
Figura 4: Porcentaje del ítem tristeza	86
Figura 5: Porcentaje del ítem pesimismo	87
Figura 6: Porcentaje del ítem insatisfacción	88
Figura 7: Porcentaje del ítem dificultad psicomotora	89
Figura 8: Porcentaje del ítem sentimientos de enojo	90
Figura 9: Porcentaje del ítem indecisión	91
Figura 10: Porcentaje del ítem insomnio	92
Figura 11: Porcentaje del ítem fatiga	93
Figura 12: Porcentaje del ítem culpabilidad	94
Figura 13: Porcentaje del ítem sentimientos de castigo	95
Figura 14: Porcentaje del ítem autoculpabilidad	96

Lista de Tablas

	Pág.
Tabla 1: Datos sociodemográficos de los participantes	74
Tabla 2: Agrupación de ítems por indicadores y puntuación	77
Tabla 3: Resultados cuantitativos brutos del instrumento por ítem y puntuación	84
Tabla 4: Matriz descriptiva de los factores seleccionados por los sujetos con depresión severa.	97
Tabla 5: Matriz descriptiva de los factores seleccionados por los sujetos con depresión moderada	98
Tabla 6: Matriz descriptiva de los factores seleccionados por los sujetos con depresión leve	99

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

Resumen

El presente estudio se desarrolló en la Clínica de Reposo San Pablo de la ciudad de Bucaramanga, con la participación de treinta pacientes diagnosticados con Trastorno Depresivo, que se encontraban en tratamiento en dicha institución. Esta población fue seleccionada mediante el diagnóstico establecido por los psiquiatras de la clínica, con el fin de aplicarles el Inventario de Depresión de Beck, que se basa en la teoría cognitivo conductual de Aarón Beck acerca de la depresión. Concisamente, la teoría supone que los cuadros depresivos están caracterizados por una serie de disfunciones cognitivas y que los cambios físicos y afectivos, serían en realidad secundarios a esta disfunción. Dentro de la metodología de investigación se propuso un estudio de tipo cuantitativo, que buscaba establecer los niveles de depresión presentes en esta población. Además es descriptivo, pues pretendió caracterizarlos en cuanto a los aspectos cognitivo, conductual y somático. Igualmente el estudio es transversal debido a que la recolección de la información se tomó en un momento determinado sin retomar eventos anteriores o posteriores a la evaluación. Según los hallazgos realizados por el estudio se pudo concluir que la depresión es diferente en cada uno de los pacientes pertenecientes a la muestra; y por tal razón es necesario hacer una caracterización a nivel individual para adoptar el manejo adecuado dependiendo de las necesidades específicas de cada paciente.

ANALISIS DE LA DEPRESIÓN EN PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE
TRASTORNO DEPRESIVO DE LA CLÍNICA SAN PABLO EN LA CIUDAD DE
BUCARAMANGA.

El tema de investigación fue desarrollado debido a la experiencia que se obtuvo en la práctica clínica de psicología y a las necesidades presentadas por la Clínica de Reposo San Pablo de la ciudad de Bucaramanga, ya que se observó que a pesar de que es una institución con muchos años de funcionamiento no se ha implementado ningún tipo de estudio psicológico con las patologías que se distinguen allí.

Además este estudio se enfoca específicamente hacia el trastorno depresivo, debido a que de los 552 casos atendidos en la Clínica de Reposo San Pablo durante el primer semestre del 2002, 299 son diagnosticados con depresión que varía entre leve y severa, siendo esto el 55% del total de los casos. Dentro del porcentaje restante se encuentra el trastorno afectivo bipolar con el 25%, el episodio psicótico agudo con el 7 %, las esquizofrenias con el 5%, las demencias con el 2% y otras patologías tales como la ansiedad, el retardo mental, alcoholismo, farmacodependencia, entre otros con el 6% (ver figura N° 1).

Se decide entonces realizar un primer estudio con uno de los trastornos que se encuentra con mayor incidencia, como es la depresión, contando con el aval y apoyo de la clínica, con el fin de que simplemente nuevas investigaciones con base en éste.

De la misma manera se advierte que la depresión no es un problema actual, sino que ha existido desde siempre, considerándose como un estado de ánimo pasajero en donde a las personas que padecían este mal se les trataba de curar incluso con algún jugo de hierbas, o se pensaba, por los síntomas que presentaba, (cansancio falta de energía etc.,) que eran flojos y que por tal razón no querían realizar ninguna actividad.

Actualmente a nivel de la consulta psiquiátrica, la depresión es la enfermedad que con más frecuencia se presenta o diagnostica; aproximadamente un 80% de los pacientes que consultan al psiquiatra por alguna patología de tipo emocional lo hacen por depresión, con síntomas tales como tristeza patológica, pesimismo, desesperación, pérdida del interés por el entorno e ideas suicidas entre otros; afectando no solo al individuo, sino también a las personas que lo rodean; sin embargo debido al sistema de salud colombiano, este tipo de tratamiento es limitado, por lo cual es necesario implementar terapias efectivas que se dirijan al núcleo de la problemática para que se

culmine la totalidad del tratamiento y así, evitar la reincidencia de estos pacientes en la institución. Se retoma entonces la teoría cognitiva de Beck que a través de su terapia, propone en primera instancia que se identifiquen los síntomas cognitivos, conductuales y somáticos que caracterizan el cuadro depresivo del paciente para así especificar los objetivos terapéuticos y que de esta forma sea un procedimiento activo, directivo, estructurado y de tiempo limitado. Por lo anteriormente expuesto se demuestra la importancia de este estudio, que busca realizar un análisis de esta entidad nosológica teniendo en cuenta la sintomatología agrupada por Beck en los tres factores cognitivo, conductuai y somático que puedan indicar las necesidades específicas dentro del manejo terapéutico.

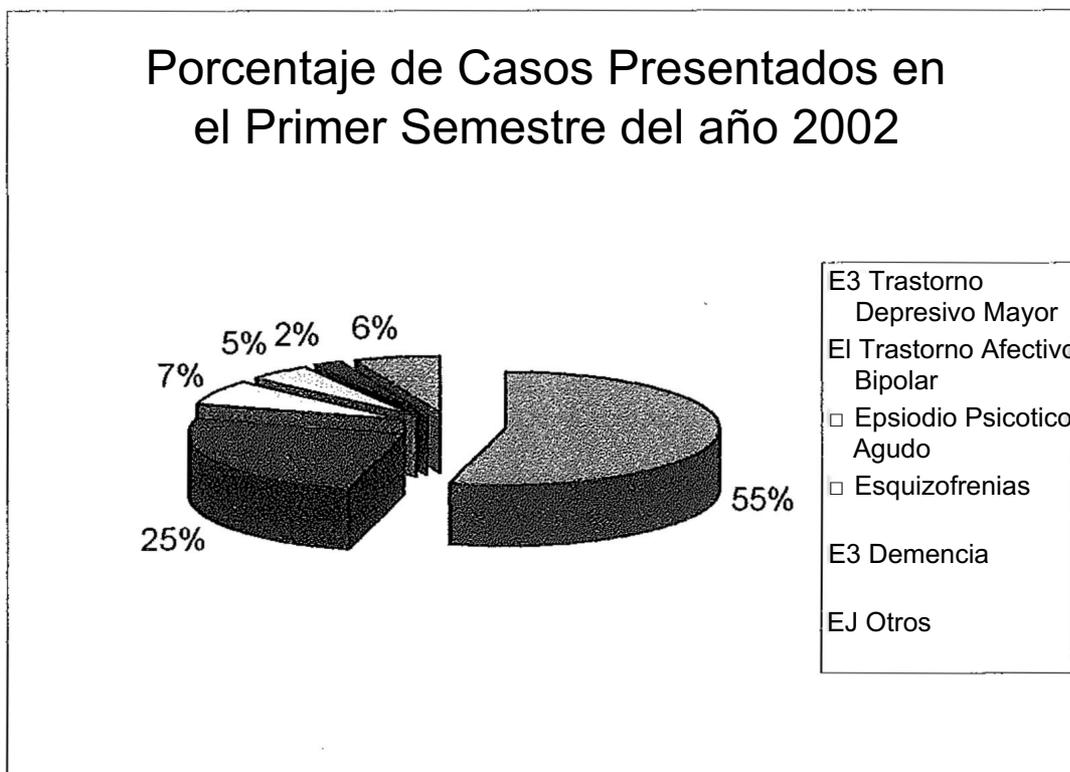


Figura 1. Porcentaje de casos presentados en el primer semestre del año 2002

Descripción de la Institución

Reseña Histórica - Clínica de Reposo San Pablo

En el año de 1981, ante la necesidad de brindar a la población santandereana y a la región nor-oriental del país una opción diferente a la ofrecida por el estado en salud

mental a través de su Hospital Psiquiátrico, un grupo de personas pertenecientes al sector salud y lideradas por el Doctor Germán Duarte Hernández, Médico Psiquiatra de la Universidad de Antioquia, fundaron la Clínica de Reposo San Pablo, para ofrecer los servicios de hospitalización a personas con problemas en su sistema nervioso. De igual manera, debido a la gran experiencia del Doctor Duarte y quien por 5 años manejó el programa de farmacodependencia y alcoholismo en el Hospital Psiquiátrico, se implantó un programa especial para tratamientos a personas con adicción al alcohol o a las drogas, el cual a través de los años ha tenido una muy buena aceptación, al tiempo que ha permitido la rehabilitación de cientos de personas con estos problemas.

Con el transcurso del tiempo se han ido adicionando otros servicios como la atención a personas de la tercera edad con problemas psiquiátricos, consulta ambulatoria y servicios de urgencias psiquiátricas, consulta ambulatoria de psicología y aplicación de pruebas psicométricas.

La institución funcionó hasta Noviembre del año 1995 en Lagos del Cacique, en la Carrera 55 No. 71-79. A partir de dicha fecha trasladó sus instalaciones a una nueva sede ubicada en la Carrera 38 No. 48-90, la cual cuenta con confortables habitaciones, capilla, zonas sociales, canchas deportivas, taller de terapia ocupacional, entre otros que sumados a la atención brindada por el equipo multidisciplinario bajo la coordinación del Director Científico, Médico Psiquiatra Doctor Germán Duarte Hernández, conformado por un selecto grupo de psiquiatras adscritos, médicos generales, psicólogos, enfermeras jefes y auxiliares, terapeutas ocupacionales, trabajadores sociales, nutricionistas y terapeutas deportivos, reviertan en la prestación de un excelente servicio.

A lo largo de estos 18 años de funcionamiento, la clínica se ha distinguido por sus tratamientos humanos y efectivos, lo cual le ha permitido su reconocimiento como la primera institución del oriente colombiano en la rama de la psiquiatría.

Visión

La Clínica de Reposo San Pablo, entidad de carácter privado, como prestadora de los mejores servicios de psiquiatría en el oriente colombiano, desea proyectar la calidad de los mismos buscando ser reconocida a nivel nacional por los excelentes resultados

obtenidos en sus tratamientos que conllevan nuevamente a la adaptación de los pacientes a su medio

Desea verse como una organización innovadora, integrada al cambio y con un recurso humano altamente capacitado y unido que logre satisfacer las necesidades de sus clientes.

Misión

Proporcionar a toda aquella persona con alteraciones en el sistema nervioso, incurso en el alcoholismo o farmacodependencia una plena y adecuada reintegración a su medio familiar, social y laboral, además de prestar un especial cuidado a personas de la tercera edad.

Contamos con tratamientos especializados respaldados por personal médico y paramédico capacitado, de una gran calidad humana que garantiza diagnósticos acertados, tratamientos científicos y una rehabilitación oportuna en el mejor ambiente terapéutico.

Nuestra filosofía se basa en mejorar la calidad de vida de nuestros pacientes como también la de todo nuestro personal.

Por lo anterior hoy día somos la institución líder en la prestación de esta clase de servicios.

Objetivos

Ser la entidad privada líder en el país en la prestación de servicios de psiquiatría. Disponer de un excelente personal idóneo, capacitado y orientado al trabajo en equipo que permita la prestación de un excelente servicio buscando la satisfacción de las necesidades de los diferentes clientes, proveedores y público en general.

Obtener a través de ingresos paralelos a un tratamiento eficiente de sus costos y gastos, los excedentes monetarios que le permitan seguir mejorando y ampliando los servicios a través de la adquisición de nuevos equipos al igual que por medio del ensanche y construcción de la planta física.

Incrementar las tasas de ocupación de los servicios de hospitalización y programa Hospital Día.

Brindar la mejor atención al paciente para su oportuna recuperación, a través del cuidado de un equipo terapéutico multidisciplinario con el fin de que se adapte nuevamente al medio familiar, social y laboral.

Proporcionar un excelente cuidado a personas de la tercera edad con problemas psiquiátricos, que no están en condiciones de actuar por sí solos dentro de la sociedad.

Proporcionar un óptimo clima laboral que le permita al recurso humano, mantener una alta motivación y un sentido de pertenencia y compromiso hacia la institución.

Políticas

El paciente debe ser el centro de atención de todas las actividades de los diferentes departamentos para así lograr su plena satisfacción.

Se deberá medir el grado de satisfacción de los servicios prestados, a través de una encuesta que se le debe hacer a todo paciente que egrese de la institución.

Brindarle a las personas de la tercera edad, además de tratamiento médico, el cariño, la comprensión y el apoyo psicológico necesario para que sientan ese afecto y cuidado que otras personas no les brindan.

La clínica velará porque todo su personal médico, paramédico y administrativo, tenga capacitación permanente para estar a la vanguardia en la prestación de un servicio excelente.

Permanentemente se deberán buscar nuevos convenios con entidades promotoras de salud o afines, buscando una mayor remisión de pacientes a la clínica

Todo el personal deberá convertirse en promotor permanente de los servicios de la clínica.

Difundir y adoptar una cultura de servicio basada en los diez principios de los momentos de verdad.

Se deberá concientizar a todo el personal del uso racional de los suministros y recursos disponibles en la institución.

Se propiciarán actividades de esparcimiento que permitan mejorar las relaciones interpersonales entre los diferentes departamentos de la institución.

Valores

La Clínica de Reposo San Pablo, cumple con un compromiso social al satisfacer las [necesidades.de](#) las personas que presentan problemas de adaptación a su medio tanto familiar como social y laboral, derivados de enfermedades nerviosas.

Mejorar la calidad de vida es la filosofía, no sólo de los pacientes, sino del equipo terapéutico que la conforma y se basa en los valores de competitividad, liderazgo, integridad, naturalidad en sus relaciones interpersonales, innovación y mejoramiento continuo, compromiso, autonomía, solidaridad, agilidad, neutralidad en sus tratamientos, profesionalismo, adaptación al cambio, buen trato a la persona, lealtad y organización.

Problema

La Clínica de Reposo San Pablo tiene como objetivo brindar una ayuda de tipo terapéutico a los pacientes que acuden en busca de ésta, a través de un equipo multidisciplinario donde se aborden los diferentes aspectos de la problemática actual del paciente; aproximadamente el 55% de las consultas psiquiátricas son diagnosticadas con Depresión.

Este es un trastorno por disminución del tono afectivo que afecta a todo el organismo, el estado de ánimo, el pensamiento y también el cuerpo; es decir, afecta la forma en que se come y duerme; la opinión que tiene de sí mismo y el concepto de la vida en general.

Las personas que sufren de una enfermedad depresiva no pueden animarse solos y simplemente sentirse mejor porque así lo desean. Sin tratamiento, los síntomas pueden durar semanas, meses o años; e inclusive pasar a formar parte de la manera de ser del individuo. En cambio, un tratamiento adecuado puede ayudar a más de! 80% de las personas que sufren de Depresión.

Es muy importante detectar el trastorno depresivo en el paciente para iniciar un tratamiento temprano y adecuado evitando así la cronicidad de los síntomas, ya que de por sí la enfermedad tiene carácter recurrente y tendencia a cronificarse, por lo cual la pregunta a estudiar es ¿Cual es la prevalencia de los niveles de depresión (teniendo en

cuenta los aspectos Cognitivo, Conductual y Somático que caracterizan la sintomatología depresiva según la teoría de Aarón Beck), en los pacientes diagnosticados con Trastorno Depresivo, pertenecientes a la Clínica de Reposo San Pablo de la ciudad de Bucaramanga?

Objetivos

Objetivo General

Describir los niveles de depresión en cuanto a los aspectos Cognitivo, Conductual y Somático que presentan actualmente los pacientes con diagnóstico de trastorno depresivo internos en la Clínica de Reposo San Pablo de la ciudad de Bucaramanga, mediante la aplicación del Inventario de Depresión de Beck (IDB) con el fin de plantear estrategias de intervención desde el enfoque cognitivo, proporcionando a la institución técnicas para el manejo adecuado de los pacientes en la evolución de su trastorno.

Objetivos Específicos

Analizar la sintomatología depresiva presentada por los pacientes con Trastorno Depresivo, que se encuentran internos en la clínica San Pablo con respecto a los aspectos cognitivo, conductual y somático teniendo en cuenta la teoría cognitiva de Aarón Beck.

Proporcionar a través de técnicas específicas, estrategias de intervención cognitivas adecuadas para la evolución del trastorno en dichos pacientes.

Antecedentes Investigativos

En un estudio realizado por Paúl Richter, Luis Alvarado, Helmut Fend (1991), se evaluó una muestra proveniente de un amplio estudio prospectivo de 5 años, realizado en 1399 adolescentes alemanes. De ellos, 45.8% eran hombres y 54.2% mujeres, la edad media fue de 17 años. Todos los probandos pertenecían al décimo grado. En ellos se evaluó la prevalencia de sintomatología depresiva mediante el Inventario de Depresión de Beck (IDB). Dado que se disponen de escasos datos epidemiológicos acerca de la prevalencia de trastornos depresivos en ese grupo etario, los resultados fueron comparados con los de un estudio similar, realizado por Albert & Beck (1975), citado por Richter, Alvarado y Fend (1991). Los resultados muestran una elevada prevalencia

de depresión psicométrica: un 20% de los probandos obtuvo puntajes en el IDB que los sitúa en el rango de depresión moderada a severa (33% en el estudio control), en tanto que un 22% reconoció ideación suicida al momento de evaluación (35% en el estudio control).

Se examinó además la correlación de diversas covariables, objetivas (calificaciones escolares) y subjetivas (percepción de la exigencia de rendimiento) con los niveles observados de depresión. Se observa que la percepción subjetiva del rendimiento presenta una leve correlación ($r = 0.30$) con los puntajes de depresión, en tanto que no se observó correlación entre el rendimiento escolar y la sintomatología depresiva.

Se discuten los resultados en el contexto del desarrollo adolescente. Se examina así mismo el rol de los instrumentos de evaluación en el diagnóstico de depresión.

Así mismo Jesús F Sanz (1993), realizó un estudio en la Universidad Complutense de Madrid, donde se evaluó la fiabilidad, validez y datos normativos del IDB. Este estudio analizó el empleo de la versión de 1978 del Inventario para la Depresión de Beck (Beck Depression Inventory, BDI; Beck, Rush, Shaw y Emery, 1979) como instrumentos para identificar sujetos depresivos subclínicos en estudios de psicopatología experimental. Las cifras de fiabilidad del IDB fueron altas tanto en términos de consistencia interna (coeficiente alfa de Cronbach = 0,83) como de estabilidad temporal (las correlaciones test-retest oscilaron entre 0,60 y 0,72 para tres subgrupos diferentes de la muestra total). Los índices de validez convergente del inventario con respecto a la Escala Autoaplicada de la Depresión de Zung, fueron también altos, con correlaciones que oscilaban entre 0,68 y 0,89 para dos subgrupos diferentes de la muestra total. La validez discriminante del IDB respecto a diversos rasgos específicos de ansiedad medidos con autoinformes (ansiedad social, evaluativa, interpersonal y a los exámenes) fue aceptable, con correlaciones relativamente bajas que oscilaban entre 0,11 y 0,45. No se encontraron diferencias entre sexos ni entre grupos de edad en la puntuación total del inventario, por lo que se ofrecen puntuaciones normativas para la muestra total.

Igualmente, Mariola y José Manuel Aguilar Agudo, (1996), efectuaron un estudio en la Habana, Cuba, donde seleccionaron una muestra de 106 sujetos, realizando un estudio transversal, partiendo de una población de casos clínicos atendidos por dos psicólogos. La muestra cumplían con el requisito de tener una puntuación igual o mayor a 18 puntos en el Inventario de Depresión de Beck. (IDB) y tras la aplicación del tratamiento con el Método P-L.P, (Psico-Lógico Persuasivo) para la depresión, tener registro de los resultados nuevamente con el IDB. Se le explican al paciente los factores que le producen su depresión y a continuación se reestructura su forma de pensar negativa, para que su mundo mental y su pensamiento sean positivos (Reestructuración P-L.P.), en una sesión de 50 minutos de tratamiento. Por tanto, corrigieron sus síntomas depresivos 100 sujetos, lo que supone un 94.3% de la muestra. Los seis restantes que no corrigieron sus síntomas depresivos, abandonaron la terapia sin concluir el tratamiento establecido, y pertenecían a los niveles más altos de depresión (graves sin y con síntomas psicóticos).

Según los datos obtenidos en los diferentes niveles de la muestra se encuentra lo siguiente: a) Todos los sujetos que presentaban una depresión leve (18-22 puntos) corrigieron sus síntomas depresivos (42 sujetos), (100%); b) De los 35 sujetos con una depresión moderada (23 - 28 puntos) inicialmente 32 sujetos corrigieron los síntomas de depresión (91.42%), y después del primer posttest, se observó que se corrigieron los síntomas depresivos en la totalidad de sujetos de este grupo (100%); c) De los 17 sujetos que presentaban una depresión grave sin síntomas psicóticos (29 - 34 puntos), 15 sujetos (88.23%) corrigieron los síntomas de depresión.; d) De los 12 sujetos que presentaban una depresión grave con síntomas psicóticos (a partir de 35 puntos), 7 sujetos (58.3%) corrigieron los síntomas depresivos; e) Los sujetos que no corrigieron sus síntomas depresivos, sí consiguieron que la intensidad de los mismos fuera menor.

Del mismo modo, en Colombia se realizó el Estudio de Salud Mental y Consumo de Sustancias Psicoactivas, 1993 y otro en Estudio de 1997, que suministran información epidemiológica sobre las enfermedades mentales. Los resultados no son comparables debido a que se utilizaron escalas de medición y clasificación de enfermedades diferentes. En el estudio realizado en 1993 se pueden

resaltar los siguientes hallazgos: a) La morbilidad sentida fue de 7.9%; b) La utilización de los servicios de salud mental aumenta con la edad, en especial en el grupo de 50 a 60 años, con un 6.8% de asistencia; c) Al disminuir la estabilidad económica y el estrato social aumenta la percepción de la angustia; d) La prevalencia de depresión clínica fue de 25.1% y de ansiedad 9.6% siendo mayor en mujeres que en hombres; e) La población entre 12-24 años es la que presenta mayor intento de suicidio, con una prevalencia total de 4.5%.

El estudio de 1997 amplía el número de enfermedades incluidas y adiciona cambios en los instrumentos de recolección de la información, utilizando la segunda versión de la entrevista diagnóstica compuesta de la Organización Mundial de la Salud (CIDI-2) y los criterios del DSM-IV.

Los principales hallazgos del estudio de 1997 se indican a continuación:

1. El 13.6% de los encuestados expresó haber sentido la necesidad de consultar por problemas relacionados con la salud mental.
2. Los trastornos que presentaron mayor prevalencia en el sexo femenino que en el masculino fueron la depresión, fobias, trastorno de ansiedad generalizada, trastorno obsesivo-compulsivo, somatización, trastornos de la alimentación, esquizofrenia e ideación suicida.
3. Después de la depresión la enfermedad en orden de frecuencia en la vida fue el abuso/dependencia del alcohol y luego la somatización.
4. La depresión mayor presentó la prevalencia más elevada en los departamentos de Cauca, Risaralda, Sucre, y Valle. En los departamentos de Boyacá, Meta, Putumayo y Arauca se reportaron las menores prevalencias.
5. La esquizofrenia registró mayor prevalencia en los departamentos de Guajira, Córdoba, Quindío y Magdalena.
6. El síndrome de estrés post-traumático, se encontró con mayor frecuencia en hombres, en los Departamentos de Bolívar, Arauca, Quindío, Casanare y Santander.

En la actualidad los programas de salud mental que adelanta el Ministerio de Salud de Colombia, siguen de cerca los lineamientos de la OMS y la OPS.

El Inventario de Depresión de Beck ha sido empleado igualmente, en estudios realizados a nivel local, midiendo los niveles de depresión en 15 mujeres con cáncer de mama en el Hospital Universitario Ramón González Valencia (2000); en donde se concluye que con respecto al factor conductual; en las mujeres mastectomizadas a causa del cáncer de mama se incrementan notablemente los sentimientos de insatisfacción, inseguridad, culpabilidad y autodecepción; en cuanto al factor cognitivo, el pesimismo, el sentimiento de castigo y el desinterés social se convierten en aspectos predominantes de la vida cotidiana, lo que incide negativamente en sus relaciones familiares y extrafamiliares; y en cuanto al factor somático, se ve afectada la imagen corporal, debido a la carencia de atractivo que ellas perciben de si mismas por la pérdida de uno de sus senos, sumando a esto el descuido personal debido a la imagen distorsionada de su esquema personal.

Además la Empresa Social del Estado Hospital Psiquiátrico San Camilo (2002), realizó el estudio titulado Exploración de Salud Mental en la Población de Estudiantes Universitarios y Funcionarios del Estado del Área Metropolitana de Bucaramanga. En este estudio se aplicaron un total de 1431 test de zung sobre ansiedad y 1399 test de zung sobre depresión y un total de 963 test de Cage sobre alcoholismo.

Algunos de sus hallazgos fueron; a) Del total de test aplicados para depresión, el 40.522% resultaron casos de depresión; siendo 70.071% mujeres y el 29.928% hombres del número total de casos encontrados; b) Del total de test de ansiedad aplicados el 30.616% resultaron casos de ansiedad siendo el 70.833% mujeres y el 29.166% hombres; c) Del total de test de Cage aplicados, el 31.379% resultó con problemas de consumo de alcohol; siendo el 39.333% mujeres y el 60.666% hombres.

Marco Teórico

El estudio realizado tiene como fin analizar los niveles de Depresión teniendo en cuenta los aspectos cognitivo, conductual y somático, que se presentan en los pacientes diagnosticados con trastorno depresivo; por esta razón se hará un abordaje de la evolución de la depresión a través de la historia. Igualmente se abordará este trastorno desde el enfoque cognitivo propuesto por Aaron Beck, autor que resaltó la primacía causal cognoscitiva y consideró los síntomas afectivos, motivacionales y fisiológicos del síndrome depresivo como consecuencia de dicho déficit; formulando así el Inventario de Depresión de Beck, instrumento que se aplicó en este estudio; además se abordarán los posibles tratamientos psicológicos desde el enfoque cognitivo en el manejo de este trastorno.

Panorama Histórico acerca de la Depresión

Durante el transcurso del tiempo el término depresión ha ido evolucionando hasta definirse e identificarla en la actualidad como una enfermedad. Los datos que permiten reconocer sus orígenes se remontan muchos años atrás en el siglo IV a.C., cuando el gran filósofo Hipócrates hace la descripción de un enfermedad a la cual llama melancolía, siendo causada por uno de los cuatro humores corporales, que en relación conjunta estaban relacionados con problemas psiquiátricos: sangre, bilis negra, bilis amarilla y flema; y que la melancolía era producida por la bilis negra o atrabilis, con diversa sintomatología, principalmente somática.

Un siglo después Caelius Aurelianos (siglo V) apoya la descripción de Hipócrates afirmando que la bilis negra era la causa de la melancolía y que la depresión su efecto. Si bien en ese entonces no se conocía con exactitud lo que era la depresión o la melancolía, los síntomas descritos eran acertados en comparación con lo que en la actualidad conocemos. Esta se caracterizaba por aversión a la comida, irritabilidad, cansancio, somnolencia o como las describe Caelius, citado en Polaino (1980), los pacientes melancólicos presentan síntomas como ansiedad, silencio, rechazo y hostilidad hacia la propia familia, en ocasiones deseos de vivir y en ocasiones deseos de morir, llantos y quejas sin sentido, etc., pero éstos podrían no presentar síntomas reales de una

depresión como lo afirma Polaino (1980) diciendo que estos síntomas que preceden a la melancolía, tampoco se aproximan a la psicopatología de las depresiones, tal y como hoy la conocemos, y mucho menos llegan a implicar una matización del tipo etiológico sobre la depresión. En cierto modo tiene razón, pero también hay que tomar en cuenta que los términos utilizados en ese tiempo, por la época en que se encontraba, son acertados.

Otros pensadores como Galeno de Pérgamo describen la melancolía como una alteración crónica que no se acompaña de fiebre y presenta síntomas como temerosidad, suspicacia, misantropía, cansancio de la vida entre otros. Así los términos fueron cambiando, uno de los cuales es la manía que era identificada como estados de humor de tonalidad opuesta. Otro término empleado es la melancolía, que ha sido utilizada como sinónimo de depresión hasta el comienzo de la era psicofarmacológica. Este se extendió durante poco más de diez siglos durante los cuales Gregorio Magno, citado en Polaino (1980), describía la irritación como uno de los desequilibrios humorales y un desorden de la vida emocional que se tematiza en función de los apetitos dentro del marco teórico de las pasiones introducidas por Santo Tomás, quien sostenía que la melancolía era producida por demonios e influencias astrales incluso que era a causa del pecado de pereza, pero más que eso, se encuentran dentro de las pasiones de los síntomas o estados de una depresión que se acentúan sin tratamiento y causan la muerte como lo escribió Aslam (1998), citado por Pérez (1999) :

“Los que se encuentran bajo la influencia de pasiones depresivas pueden tener diferentes tipos de síntomas, semblante ansioso y con aspecto sombrío, poco dispuestos a hablar, se aíslan recluyéndose en lugares oscuros, o permanecen en cama la mayor parte del tiempo después se vuelven miedosos y conciben miles de fantasías; recuerdan sus actos inmorales, o se sienten culpables de crímenes que nunca han cometido... Con frecuencia se desesperan y tratan de terminar con su existencia que les parece aflictiva y odiosa.”
(www.google.com/http.www.miexamen.com.mx/depresión.htm)

En contraste con Santo Tomás, Casiano, un hombre que creía que la depresión es un estado de desalma y que sólo lo padecían los religiosos que vivían en aislamiento,

decía que ésta producía desgana, apatía a estar a disgusto en la celda, dificultades para respirar y pereza para acometer los trabajos propios de la clausura y de la vida en general. (Polaino, 1980). Así la depresión fue sustituyendo al término melancolía tras los siglos XV y XVI por los síntomas que caracterizaban a ésta.

Esta enfermedad no era tomada como un problema de salud serio, sin embargo hasta la época del México prehispánico a las personas que presentaban estos síntomas llegaban incluso a recomendarles un tratamiento a base de hierbas o jugos de flores, al cual le llamaban remedio para la "sangre negra", término común del cuadro en la Europa del siglo XVI, Calderón (1998), citado por Pérez (1999). Todas las descripciones que se hacían fueron un gran principio para tomar a la depresión como una enfermedad que ataca a cualquier persona, por lo cual debe ser tratada; pero no fue sino hasta 1630 cuando Robert Burton publica un tratado llamado anatomía de la melancolía en el cual era fácil identificar los estados depresivos, y después con Bonetus quien en 1679 escribe "Manía de la Melancolía" y en otra publicación de 1686 habla acerca de la relación y significación etiopatogénica existente entre la melancolía y la manía, Polaino (1980). Esto da paso a que se formulen términos para los diferentes tipos de depresión. Así Bonetus emplea el término "maniacomelancholicus" que es el equivalente que usamos hoy de maniaco depresivo.

A su vez y en relación con las causas de la depresión Philippe Pinel, citado por Pérez (1999), a principios del siglo XIX, señaló como causas posibles de la melancolía en primer lugar las psicológicas, como una pérdida significativa en la vida, ya sea material o emocional, miedo, etc., y en segundo lugar las físicas.

Conforme fue avanzando el tiempo, los conceptos y términos utilizados para referirse a la melancolía o depresión eran más acertados y específicos. En 1869 Georg Meller Beard, citado por Pérez (1999), decía que la neurastenia (fatiga nerviosa), era un estado crónico de afección del sistema nervioso central (SNC), sin lesión demostrable en donde se presentaban síntomas como irritabilidad (mal humor crónico), insomnio, mareos, temores difusos, temores hipocondríacos, etc.

Por otra parte Kraepelin en 1896, citado por Sierra (1998), con su especificación de la diferencia entre psicosis maniaco-depresiva y demencia precoz llamada después esquizofrenia, dio paso a que se considerará a la psicosis como una depresión. Con esto concuerdan Calderón (1998) y Gasto (1993), citados por Sierra (1998), quienes describen que para Kraepelin la enfermedad maniaco-depresiva era una psicosis constitucional, esencialmente hereditaria, caracterizada por la repetición, alternancia, yuxtaposición o coexistencia de estados de excitación y depresión.

Durante todo ese tiempo los términos utilizados fueron similares, como neurastenia y psicastenia como sinónimos de depresión neurótica; al neurótico se le clasifica dentro de una depresión crónica, además presentando una probable respuesta al tratamiento biológico. Los diferentes términos de melancolía en su mayoría coincidían al especificarlas con sus síntomas, por ejemplo, según Gasto, (1993), citado por Sierra (1998) melancolía se define como:

"Tensión del espíritu, enfermedad difícil en la que el enfermo parece tener en las visceras una espina... la náusea le atormenta, se aparte de la luz y de los hombres tiene terror y la eclosión frénica (delirio) hace salir al exterior... la enfermedad de ordinario ataca en primavera cura con el tiempo pero si no se cuida termina con la vida." (vwww.altavista.com/www.monografias.com/trabajos/smenfis.shtml.)

Así finalmente la melancolía es aceptada como concepto de depresión llevando a diversas clasificaciones de ésta; como se demuestra en la primera cuarta parte del siglo XX en donde los conceptos se desglosaban en ansiedad, depresión, histeria, hipocondría, obsesión, fobia, trastorno psicósomático; entre otras y como Sir Aubreg Lewis, citado por Sierra (1998) que a fines de los 30's establece conceptos como las psicosis afectiva, la depresión psicogénea y la neurosis de ansiedad que en cierto modo eran inseparables en cuanto a diagnóstico por la similitud de padecimiento.

De este modo fue evolucionando el término depresión hasta encontrarnos en la actualidad con una gran información de causas, características y tratamientos para esta enfermedad.

Depresión

Acerca de cómo definir a la depresión existen muchos intentos de conceptos para ésta, de entre las que salen las descritas por Kraepelin, Márquez, Polaino, Freud y por supuesto Hipócrates quien fue el primero en aportar un descubrimiento importante en el campo de la depresión, reconociéndola por principio como una enfermedad que debe ser considerada y tratada con importancia, llamándola melancolía y haciendo una descripción clínica de esta mencionando a los cuatro humores corporales.

Kraepelin, citado por Sierra (1998) por ejemplo la denominó locura maniaco-depresiva, derivado de depresión por los diferentes síntomas característicos. Bretón (1998), citado por Sierra (1998), describe al término depresión como una forma de trastorno anímico o afectivo, con lo cual se refiere a un cambio en el estado de ánimo.

Estas son definiciones que dan una idea general de lo que significa el término depresión y están basadas prácticamente en un síntoma muy característico de esta enfermedad, la tristeza; el estar triste y sentirse deprimido se utilizan como síntomas principales; así que por tanto depresión es un estado de tristeza que nos lleva al concepto de Márquez (1990), citado por Sierra (1998) el cual dice que la depresión es la falta o el déficit de energía psíquica. Siendo esta energía o esta fuerza la que vivifica y anima y que procede de unas relaciones satisfactorias con el ambiente y con uno mismo. Producir energía psíquica es sinónimo de sincronizar con lo que tenemos alrededor o a través de unas relaciones satisfactorias, según lo dice Márquez (1990); así pues y entonces el secreto de este sentir de la felicidad no es otro que mantener el equilibrio y sincronizar con la naturaleza y con todo lo que nos rodea. Freud por su parte, consideraba que en el centro de la psique existe una fuerza que él llamaba libido, y que es lo que nos hace mantener el equilibrio o la felicidad. Otras definiciones no menos importantes que las anteriores son las de la Organización Mundial de la Salud (OMS), quien describe a la depresión como una psicosis afectiva en la que el ánimo se muestra marcadamente deprimido por la tristeza e infelicidad, con algún grado de ansiedad. La actividad está por lo general disminuida pero puede haber desasosiego y agitación. Hay una propensión marcada a la recurrencia, que en algunos casos puede presentarse a intervalos regulares. Otra es la propuesta por el DSM IV (Diagnostic and Statical Manual of mental

Disorders), que la describe como humor disfórico y pérdida del interés o insatisfacción en todas o casi todas las actividades o pasatiempos usuales. Se expresa por síntomas tales como: deprimido, triste, desesperanzado, irritable, preocupado.

Es así como se puede afirmar que la depresión mayor es un trastorno del estado de ánimo con sentimientos severos y prolongados de tristeza o síntomas relacionados que dificultan la eficiencia. Es una enfermedad que afecta a toda la persona, mente y cuerpo, afecta la salud física, los sentimientos y las conductas hacia los demás. Una persona con depresión puede tener problemas para dormir, alimentarse, en el trabajo, en la relación familiar y con los amigos. Así mismo, la depresión es un término con un significado que varía desde las bajadas transitorias del estado de ánimo que son características de la vida misma, hasta el síndrome clínico, de gravedad y duración importante con signos y síntomas asociados, marcadamente distintos a la normalidad.

Coderch (1982), describe lo que es la depresión con las siguientes palabras:

"En la depresión existe una pérdida general de vitalidad, expresando el enfermo falta de interés y energía. El sujeto se muestra cansado y triste. Puede rehuir de las actividades sociales y su rendimiento decrece en todas las esferas. Una totalidad de desesperanza y pesimismo invadirá sus fantasías y sus ideas". Coderch (pag. 346)

En el área psíquica estar deprimido produce tristeza, desmoralización y pérdida de autoestima. En la orgánica da astenia, abatimiento, hipoactividad, pérdida de apetito, pérdida de peso, alteraciones del sueño, disminución de la libido y en casos graves, incluso ideas delirantes.

Tipos de Depresión

A través del tiempo se han propuesto diversas clasificaciones de la depresión. A continuación se puede encontrar la propuesta por Silvano Arieti (1978), de la cual se retoman algunas de las más conocidas:

Depresión leve.

Estas pueden ser divididas en diferentes tipos, pero todos o la mayoría de ellos comparten algunas características. Una de ellas es la vivencia de depresión, salvo en las depresiones encubiertas y en los síndromes de despersonalización.

La depresión como síntoma es difícil de diferenciar de la tristeza, que es parte del espectro afectivo del individuo. La depresión se experimenta con mayor intensidad que la tristeza. Es un sentimiento displacentero, del que es difícil liberarse, y de hecho las personas creen que seguirán deprimidas por siempre; aunque por lo general en las depresiones leves disminuyen o desaparecen rápidamente.

Otra característica de la depresión leve es que el paciente no quiere continuar sujeto a tan descorazonante sentimiento; lo rechaza, pero no sabe cómo deshacerse de él. Tiene conciencia de que su síntoma es distónico. Este estado retarda sus actitudes espontáneas y sus actividades planificadas, impone esfuerzos adicionales de concentración y trabajo, lo distrae de lo que preferiría hacer o pensar y deja poco lugar para otras emociones.

En cuanto a los síntomas psicósomáticos y somáticos, el apetito y los hábitos alimentarios se modifican; puede haber pérdida o aumento de peso notable pero no excesiva, también, pérdida o exceso de sueño.

La principal característica de esta variedad de depresión es que es constante o casi constante, de modo que el estado anímico depresivo se convierte en un rasgo caracterológico importante.

Depresión profunda.

En la depresión profunda las características son muy pronunciadas, francamente reconocibles y mucho más fáciles de definir que en la depresión leve.

La característica fundamental de la depresión profunda es una tríada de síntomas psicológicos compuesta de (a) una agobiante vivencia de melancolía, (b) un desarreglo de los procesos de pensamiento caracterizados por el retardo y el contenido inusual,

(c) retardo psicomotor. A esta triada se agregan deficiencias de ciertas funciones somáticas.

Cuando los síntomas se intensifican, a menudo la consulta se solicita por iniciativa de los familiares y no por el propio paciente. Está envejecido, con surcos en la frente y el rostro, aunque con muy escasa gesticulación, revela su abatimiento. En algunos casos, el pliegue mayor del párpado superior, en los bordes del tercio interno, está contraído hacia arriba y ligeramente hacia atrás (signo de Veraguth).

En muchos casos, los síntomas que el paciente describe, por lo general dolor físico, sensación de malestar, problemas digestivos, falta de apetito e insomnio, desorientan al médico que los interpreta como simples trastornos psicósomáticos. Muchas veces el paciente no encuentra palabras para describir su vivencia de melancolía. Dice sentir una pesadez en el pecho, su cuerpo está entumecido; quisiera dormir y no puede; quisiera sumergirse en el trabajo y no puede; hasta quisiera llorar, pero tampoco puede.

Al mismo tiempo el individuo siente deseos de castigarse destruyéndose, lo cual serviría a la vez para poner fin a su sufrimiento. Muchas veces el intento suicida ocurre cuando menos lo espera, pues el paciente parece haber experimentado una mejoría y su depresión impresiona como menos pronunciada; solo una minoría de los casos oculta los planes de suicidio a su familia. El deseo de poner fin a su vida concierne únicamente a la vida del paciente, con una sola excepción y es en la depresión psicótica.

En cuanto al contenido del pensamiento, las ideas de estos pacientes son en general sombrías y morbosas. Aparecen manifestaciones de desaliento, el paciente siente que no podrá seguir trabajando, que perderá sus posesiones, que algo malo le ocurrirá a su familia, etc.

El mal estado anímico causa distorsiones que a veces convierten los pensamientos melancólicos en ideas delusorias o delusiones propiamente dichas. Estas distorsiones afectan a menudo la imagen corporal y dan lugar a manifestaciones hipocondríacas.

Depresión suplicatoria.

Su sintomatología impresiona como un clamor, un pedido de ayuda. El paciente está angustiado, pero quiere que las personas que lo rodean sepan de su estado. El mensaje implícito en todos sus síntomas podría verbalizarse así: "Ayúdenme, compadézcanme; ustedes pueden hacerlo; si sufro es porque no me dan el auxilio que necesito". Incluso sus intentos de suicidio son un llamado: "No me abandonen". En otras palabras, la sintomatología, aunque coloreada por la atmósfera depresiva, es un gigantesco clamor. Hay también mal disimulados sentimientos de hostilidad hacia las personas que rodean al paciente, en especial hacia sus familiares que no le dan todo lo que él quisiera. Las eventuales exteriorizaciones de ira dan lugar a sentimientos de culpa y depresión.

En este tipo de depresión no siempre hay pérdida de apetito y muchas veces aumentan las horas de sueño. Muchas veces el paciente se resiste a levantarse y vuelve a la cama varias veces durante el día.

Depresión simple.

Se caracteriza por la moderada intensidad de los síntomas y puede hacer dudoso el diagnóstico de psicosis. No aparecen las delusiones ni alucinaciones. Aunque hay un retardo psicomotor, el paciente es capaz de atender a sus necesidades vitales básicas. Suele haber también ideas o intentos de suicidio.

Depresión aguda.

Los síntomas son mucho más pronunciados. Las autoacusaciones y las ideas de pecado y pobreza constituyen un rasgo sobresaliente. En algunos casos los pensamientos depresivos adquieren características muy semejantes al delirio. El paciente sufre una pérdida de peso muy marcada.

Son comunes igualmente en este tipo de depresión las ideas de suicidio, con lo que se busca acabar con el problema, poniéndole fin a su vida.

Depresión paranoide.

Aunque la principal característica sigue siendo el estado de ánimo depresivo, las ideas delirantes tienen una participación significativa. El paciente tiene la sensación de que está siendo vigilado, acechado o amenazado; que alguien quiere hacerle mal. Puede haber delusiones hipocondríacas con marcadas distorsiones de la imagen corporal. Al igual que las alucinaciones, que también suelen estar presentes, estas delusiones son secundarias al estado anímico que predomina en el paciente y desaparecen con facilidad cuando aquel cambia.

Estupor depresivo.

Es la forma más pronunciada de depresión. Hay aquí más que un retardo psicomotor: los movimientos están decididamente inhibidos o anulados. Los pacientes están tan abrumados en su dolorosa vivencia depresiva, que no pueden prestar atención alguna a lo que los rodea. Parecen no oír, tampoco responden, no hablan, excepto por alguna palabra ocasional. Ni siquiera gesticulan y su rostro, que parece una máscara hasta cierto punto recuerdan las secuelas dejadas por el mal de Parkinson. Dan la impresión de ser apáticos, cuando en realidad son presa de una emoción honda y perturbadora. No pueden atender a sus propias necesidades, por lo general yacen en la cama mudos y deben recibir el alimento en la boca.

Melancolía involutiva.

Se presenta durante el climaterio (menopausia), o poco antes o después de éste. Este diagnóstico era más frecuente en el pasado. Es un síndrome caracterizado por una depresión profunda que en general se presenta por primera vez en la llamada edad involutiva (entre los 40 y los 58 años para las mujeres, y entre los 50 y los 65 años para los hombres), además es mucho más común en las mujeres.

El comienzo puede ser gradual y se manifiesta con ansiedad, aprensión, hipocondría y en algunos casos actitudes casi paranoides respecto de conocidos, familiares, amigos, colegas, etc. Predominan al principio la irritabilidad y el pesimismo, junto con una exagerada preocupación por las funciones orgánicas, y temor a las

enfermedades. Luego se presenta una inquietud y una agitación motriz. A menudo se tiende a atribuir las causas de su depresión a la menopausia, desestimando todo factor psicológico. Consideran que su vida esta llegando a su fin, y los años que le quedan son una agonía prolongada, con la que sería preferible terminar mediante un golpe de gracia autoimpuesto.

Depresión senil.

Es una forma de depresión cuya intensidad varía por lo general entre moderada y profunda y que se distingue de otros tipos de depresión severa porque se presenta en individuos de edad avanzada que anteriormente no sufrieron de depresión.

Se caracteriza al comienzo por preocupaciones psicósomáticas e hipocondríacas seguidas de una intensa vivencia de depresión, culpa, autoprivación, inhibición de las actividades, retardo y marcada declinación de los intereses.

Algunos casos son relativamente benignos y suelen ser diagnosticados como depresiones reactivas porque se manifiestan después de un suceso desgraciado. Los tipos más graves no impresionan como reacción a ningún hecho específico; más bien parecen representar el desenlace desfavorable de toda una vida.

En una considerable cantidad de pacientes que se acercan a la tercera edad, pero que todavía no pueden ser calificados de ancianos (alrededor de los sesenta años) los trastornos sexuales, o por lo menos las preocupaciones sexuales parecen ser el factor desencadenante de la depresión.

Algunos pacientes tienen dificultades en llegar a la erección o en mantenerla; la eyaculación es insatisfactoria o con poco semen. En las mujeres suele observarse dificultades para alcanzar el orgasmo, frigidez total o incluso repulsión hacia las relaciones sexuales.

En una minoría de casos se llega a la masturbación compulsiva y hasta la promiscuidad en un intento de sobreponerse a la depresión. Para muchos otros en especial los viudos, la soledad es un factor que incide mucho más que los trastornos sexuales.

Depresión postpuerperal.

Después del parto puede presentarse todo tipo de desórdenes afectivos, desde la llamada tristeza posparto hasta la manía y la depresión psicótica. La sintomatología manifiesta de la depresión postpuerperal no difiere en esencia de la de otras depresiones.

Hay casi siempre una acentuación gradual de las características depresivas. En algunos casos se reconoce la enfermedad varias semanas después del parto, recién alcanzado su pleno desarrollo.

Los síntomas más frecuentes son insomnio, desasosiego, hipoactividad y desinterés o descuido con respecto al bebé. En algunos casos hay también síntomas fóbicos y obsesivos que producen serios trastornos en la paciente; en efecto, ésta teme dañar e incluso matar a su hijo. Cuando el desorden es menos severo, suele considerarse una mala madre y teme no ser capaz de cuidar del bebé. En algunos casos lo compadece profundamente; en otros, es por completo indiferente con él y lo ve como un intruso en su vida. Otras veces, el temor de no ser una buena madre prevalece sobre la vivencia depresiva.

, En la mayor parte de los casos graves, una profunda depresión, a menudo acompañada de culpa y total desesperanza, borra todas las demás sensaciones.

Cabe hacer una importante diferenciación en lo que respecta a la seguridad del bebé. Si en la paciente se manifiestan síntomas fóbicos u obsesivos, debido a los cuales teme dañar o incluso matar a su hijo, el peligro es mínimo o prácticamente nulo. Basta con reafirmar su confianza, señalándole que lo que prevalece en ella es el temor y no la intención de hacerle daño al bebé. Por el contrario, en ausencia de síntomas fóbicos u obsesivos, cuando la paciente está muy deprimida y tiene ideas suicidas, expresadas manifiestamente o no, el riesgo es grande no sólo para ella sino también para el bebé. Las mujeres depresivas con tendencias suicidas además de cometer suicidio matan también a sus hijos. Para los hijos mellizos el peligro es igualmente serio. En todos estos casos, por lo tanto, es necesario mantener la más estricta vigilancia.

Depresión asociada a enfermedades neurológicas.

Las depresiones que acompañan a las enfermedades neurológicas son relativamente comunes, siendo quizá la más frecuente la secundaria a los diversos tipos de epilepsia. En los casos de gran mal son menos frecuentes, debido tal vez al efecto antidepressivo de los ataques, como por ejemplo las convulsiones producidas por TEC. La frecuencia aumenta en cambio en el pequeño mal o desarreglos psicomotores equivalentes, o en los pacientes cuyo electroencefalograma revela una disfunción diencefálica o descargas desde los lóbulos temporales.

El riesgo de suicidio en los epilépticos depresivos es muy alto, porque el paciente

debe luchar no sólo con la depresión, sino también con las tendencias impulsivas propias de la personalidad epiléptica. En la mayoría de los casos es difícil determinar si la depresión en los epilépticos ha sido precipitada por factores atribulados a la epilepsia misma, o si por azar se ha manifestado en un individuo epiléptico. Estos pacientes plantean serios problemas terapéuticos.

La depresión acompañada de intentos de suicidio es bastante común en los pacientes que sufren de corea de Huntington, sobre todo en las mujeres. También los individuos que padecieron encefalitis suelen pasar por estados depresivos. Estos pacientes se caracterizan por su voz llorona, su tendencia a aferrarse a los demás y actitudes dependientes y quejas. Asimismo, se observan en ellos síntomas hipocondríacos, autoacusaciones y delusiones de culpa.

El mal de Parkinson suele asociarse con depresiones que varían entre leves y moderadas, aunque en algunos casos llegan a ser profundas. Este hallazgo, junto con el hecho de que suelen observarse depresiones después de administrar drogas que afectan los ganglios basales, dio lugar a interesantes hipótesis acerca de las raíces anatómicas y bioquímicas de la depresión.

Existen muchas otras enfermedades neurológicas (distrofias musculares, atrofas cerebelosas) que se acompañan de depresión. En la mayoría de los casos, el principal objetivo terapéutico es la rehabilitación o la adaptación a la enfermedad. En muchos casos de esclerosis múltiple no hay depresión, no obstante los efectos incapacitantes de dicho desorden; por el contrario, los pacientes se muestran como apáticos o impasibles frente a su estado. La depresión suele manifestarse también en los deficientes mentales, cuya deficiencia no es tan profunda como para que su condición los deje indiferentes.

También suelen observarse episodios depresivos en la demencia senil y en las psicosis acompañadas de arteriosclerosis. Por lo general, estos episodios no son muy prolongados ni constituyen un componente significativo del cuadro clínico general. El paciente está confuso, se siente maltratado y se lamenta de supuestos robos de los que ha sido víctima.

Depresión asociada a desórdenes endocrinos.

La tiroides es la glándula que con mayor frecuencia interviene en las depresiones que acompañan los desórdenes endocrinos. El hipotiroidismo de cualquier tipo puede

provocar depresión. Lo mismo ocurre con el hipertiroidismo. El abatimiento del paciente se acompaña o alterna muchas veces con irritabilidad y actitudes antojadizas.

Se han observado casos de hiperparatiroidismo y diabetes grave que se acompañan de depresión. Esta también se presenta en pacientes que sufrieron enfermedades coronarias, aunque con menos frecuencia que los estados de ansiedad.

Muchas enfermedades, en especial si son crónicas, suelen asociarse con depresión. En estos casos es difícil determinar si la enfermedad física incide en la etiología de la depresión o si ésta es simplemente un factor precipitante, es decir, la respuesta psicológica del paciente frente al malestar causado por su enfermedad física.

Depresión inducida por drogas.

Ciertas drogas tienen la facultad de inducir depresión en algunos pacientes, entre ellas los esferoides, la clorpromazina, las butirofenonas como el haloperidol y en especial los derivados de la rauvolfia, como la reserpina. Por lo general, la depresión no es grave y desaparece al interrumpir la administración de la droga.

Etiología y Patogénesis

Factores bioquímicos.

Los estudios genéticos y los que se han hecho sobre los efectos de los antidepresores específicos han permitido concluir que la mayor parte de los casos de la depresión mayor recurrente tienen cierta base biológica. Esto no significa, sin embargo, que no tengan una función los factores psicológicos en la formación de síntomas o en la precipitación de la crisis de depresión de menor gravedad.

Los estudios familiares y genéticos indican que el riesgo entre los parientes de primer grado de los sujetos que sufren depresión mayor (unipolar) es de aproximadamente 2 a 3 veces el riesgo de la población general.

Las hipótesis más importantes que se ofrecen para explicar el mecanismo real de trastorno del estado de ánimo se orientan a las medidas de la regulación de los sistemas neurotransmisores monoamínicos, en particular los de noradrenalina y serotonina. Más recientemente se emitió también la hipótesis de que la depresión se acompaña de regulación alterada del equilibrio colinérgico y adrenérgico y se caracteriza por un

dominio coliginérgico relativo. Además se ha sugerido que la dopamina disminuye desde el punto de vista funcional en algunos casos de depresión mayor. Como los sistemas neurotransmisores monoaminicos del sistema nervioso central se encuentran distribuidos con amplitud y participan en la regulación tónica de las funciones vegetativas como excitación, movilidad, sueño, agresividad, y otras, se prestan perfectamente bien para esta función hipotética. Todos los sistemas de los neurotransmisores monoaminicos están interrelacionados y sometidos a adaptación compensatoria de la alteración con el paso del tiempo.

Los informes de cambios biológicos en casos de depresión mayor ofrecen ser de utilidad para el diagnóstico y valoración de la respuesta al tratamiento. Sobresaliente entre estas observaciones está que un número importante de casos tiene pruebas de aumento a disminución de la función noradrenérgica, a juzgar por las concentraciones urinarias de 3 - metoxi - 4 - hidroxifenilglicol (MHPG), principal metabolito de la función noradrenérgica del sistema nervioso central. Otros estudios de primer orden han señalado una disminución de la actividad serotoninérgica en ciertos subgrupos, a juzgar por las concentraciones de ácido 5 - hidroxindolacético (5- H1AA), metabolito principal de la actividad serotoninérgica en el cerebro.

La mayor parte de las hipótesis actuales sobre la función de los neurotransmisores en los estados de alteración del estado de ánimo se han orientado sobre los cambios de la sensibilidad y el número de los receptores, mas que acerca de los cambios de la cantidad de neurotransmisores disponibles. Con pocas excepciones el tratamiento antidepresor prolongado se acompaña de reducción de la sensibilidad de los receptores beta adrenérgicos posinápticos y aumento de la actividad de los receptores serotoninérgicos y alfa adrenérgicos posinápticos. Son más variables los efectos sobre la sensibilidad de los receptores presinápticos. Además de la medición directa de las concentraciones de neurotransmisores y sus metabolitos en el cerebro y los líquidos periféricos, se han publicado informes de que la monoaminoxidasa (MAO) y la catecol -O - metiltransferasa (COMT), enzimas importantes en el metabolismo de las monoaminas, están disminuidas en pacientes deprimidos.

Diagnóstico Diferencial

El diagnóstico diferencial según Arieti (1978), se puede hacer en dos pasos. El primero consiste en determinar si el paciente sufre realmente una depresión o un síndrome que simula una depresión. No todos los individuos que impresionan como deprimidos padecen una depresión en sentido clínico.

El paciente puede pasar por un estado normal de tristeza. Asimismo puede estar deprimido, pero sufrir algún desorden psiquiátrico que no sea necesariamente una forma clínica de depresión. La depresión, al igual que la ansiedad, suele manifestarse como síntoma concomitante en la mayoría de los trastornos psiquiátricos. De todos modos, cabe denominar depresión a un síndrome cuando su principal característica es el estado anímico depresivo, independientemente de que éste corresponda a una forma primaria o secundaria de depresión. Una vez confirmado que el paciente padece en verdad una depresión (y no otro síndrome), el segundo paso consiste en determinar de qué tipo de depresión se trata. Una persona mayor que ha perdido mucho peso, impresiona como deprimida y teme tener un cáncer, se presta a ser confundida con un paciente que sufre una depresión profunda, cuando en realidad está desarrollándose en ella algún proceso maligno. Si además está deprimida, es porque reconoce su mal estado de salud. Un cuidadoso examen físico revelará la situación real. En la práctica psiquiátrica, sin embargo, lo más común es lo contrario. En el mismo caso de la persona de edad avanzada que ha adelgazado mucho, manifiesta síntomas hipocondríacos que incluyen el temor al cáncer y está deprimida, la falta de hallazgos patológicos en el examen físico y la presencia de abatimiento, insomnio y retardo psicomotor permitirán llegar al diagnóstico correcto de depresión.

También la enfermedad de Parkinson es confundida a veces con una depresión, aun cuando los pacientes no presenten manifestaciones depresivas. La confusión surge porque los pacientes con síndromes extrapiramidales presentan síntomas y signos que semejan las características de una depresión; por ejemplo, pérdida de movimientos accesorios, rostro inexpresivo, etc. El examen neurológico y la historia del paciente llevarán al diagnóstico correcto.

Según el DSM-IV (1994), un episodio depresivo mayor debe distinguirse de un trastorno del estado de ánimo debido a enfermedad médica. El diagnóstico apropiado es

un trastorno de estado de ánimo debido a enfermedad médica si la alteración del estado de ánimo se considera un efecto fisiológico directo de una enfermedad médica específica. Esto se determina según la historia clínica, los hallazgos de laboratorio o la exploración física.

Además un trastorno del estado de ánimo inducido por sustancias se debe distinguir del episodio depresivo por el hecho de que una sustancia se considera etiológicamente relacionada con la alteración del estado del ánimo. Por ejemplo cuando se presenta el episodio ante la abstinencia.

En las personas ancianas suele ser difícil determinar si los síntomas cognoscitivos son atribuibles a una demencia o a un episodio depresivo mayor. Para aclararlo es útil la evaluación médica completa.

Los episodios depresivos mayores con estado de ánimo irritable pueden ser difíciles de distinguir de los episodios maniacos.

Tras la pérdida de un ser querido, los síntomas depresivos deben atribuirse a un duelo y no a un episodio depresivo mayor, incluso si son de número y duración suficientes para cumplir los criterios para un episodio depresivo mayor.

Curso

Según el DSM IV, los síntomas de un episodio depresivo mayor suelen desarrollarse a lo largo de días y semanas. Antes de que comience un episodio depresivo mayor completo, puede haber un periodo prodrómico con síntomas ansiosos y síntomas depresivos leves, que pueden durar semanas o meses. La duración de un episodio depresivo mayor también es variable. Lo habitual es que un episodio no tratado dure seis meses o más, independientemente de la edad de inicio. En la mayoría de los casos hay una remisión completa de los síntomas y la actividad retorna al nivel premórbido. En una proporción considerable de casos (quizás el 20 o el 30%), algunos síntomas depresivos que son insuficientes para cumplir totalmente los criterios para un episodio depresivo mayor persisten durante meses e incluso años y se asocian a incapacidad o malestar. La remisión parcial después de un episodio depresivo mayor parece ser predictora de un patrón depresivo para episodios posteriores.

En cuanto al pronóstico Reus, V (1993) citado por Goldman, H (1996), manifiesta que en casos individuales, las estimaciones del grado de recuperación y la probabilidad de que el sujeto se conserve bien dependerá principalmente de la edad de

éste en el momento en que se inicia el problema, el número de crisis previas y la reacción al tratamiento somático y psicosocial. Muchos individuos tienen solo una crisis depresiva durante toda la vida. La probabilidad de recurrencia se incrementa de manera impresionante cuando se inicia una segunda crisis, y sigue aumentando con cada crisis, hasta que llega por último, a una meseta estadística. El pronóstico de recuperación es por lo general pobre en los casos en que se observa preocupación suicida de manera recurrente durante las crisis sucesivas, y en los que hay contenido delirante profundo.

Criterios para diagnosticar un Episodio Depresivo Mayor

La característica esencial de un trastorno depresivo mayor, según el DSM-IV (1994), es un curso clínico caracterizado por uno o más episodios depresivos mayores, sin historia de episodios maníacos o hipomaniacos. Para realizar el diagnóstico de un trastorno depresivo mayor no se tienen en cuenta los episodios de trastorno de estado de ánimo inducido por sustancias, ni debidos a una enfermedad médica.

A. Presencia de cinco (o más) de los siguientes síntomas durante un periodo de al menos dos semanas, que representan un cambio respecto a la actividad previa; uno de los síntomas debe ser (1) estado de ánimo depresivo o (2) pérdida de interés o de la capacidad de placer.

Nota: No incluir los síntomas que son claramente debidos a enfermedad médica o las ideas delirantes o alucinaciones no congruentes con el estado de ánimo.

1. Estado de ánimo deprimido la mayor parte del día, casi cada día según lo indica el propio sujeto, o la observación realizada por otros. Nota: En los niños o adolescentes el estado de ánimo puede ser irritable.
2. Disminución acusada del interés o de la capacidad de placer en todas o casi todas las actividades, la mayor parte del día, casi cada día (según el propio sujeto u observación de los demás).
3. Aumento o disminución importante de peso sin hacer régimen (p. ej., un cambio de más del 5% del peso corporal en 1 mes), o pérdida o aumento del apetito casi cada día. Nota: En niños hay que valorar el fracaso en lograr los aumentos de peso esperables.

4. Insomnio o hipersomnia casi cada día.
5. Agitación o enlentecimiento psicomotores casi cada día (observable por los demás).
6. Fatiga o pérdida de energía casi cada día.
7. Sentimientos de inutilidad o culpa excesivos o inapropiados (que pueden ser delirantes) casi cada día (no los simples autorreproches o culpabilidad por el hecho de estar enfermo).
8. Disminución de la capacidad de pensar o concentrarse, o indecisión, casi cada día (ya sea una atribución subjetiva o una observación ajena)
9. Pensamientos recurrentes de muerte (no solo temor a la muerte), ideación suicida recurrente sin un plan específico o una tentativa de suicidio o un plan específico para suicidarse.

B. Los síntomas no cumplen los criterios para un episodio mixto.

C. Los síntomas provocan malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

D. Los síntomas no son debidos a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p. ej. Una droga o medicamento) o una enfermedad médica general (p. ej: hipotiroidismo).

E. Los síntomas no se explican mejor por la presencia de un duelo (p. ej., después de la pérdida de un ser querido), los síntomas persisten durante mas de dos meses o se caracterizan por una acusada incapacidad funcional, preocupaciones mórbidas de inutilidad, ideación suicida, síntomas psicóticos o enlentecimiento psicomotor.

(Especificar gravedad y si es episodio único o recurrente)

Episodio único: para aquellos casos en los que el episodio actual sea el primero que haya tenido en su vida.

Episodio recurrente: Para aquellos casos en los que ha habido por lo menos algún otro episodio depresivo mayor en su vida.

La Teoría de Beck de la Depresión

Básicamente, fundamentado tanto en la experiencia clínica como en investigaciones experimentales, Beck sostuvo que los sujetos depresivos se diferencian de los no depresivos en la manera de procesar la información. Estas diferencias han sido sustentadas en un número de investigaciones (Beck y col, 1979). Beck sostuvo que el modelo cognitivo no es la causa última ni la única de la depresión. Otros factores (genéticos, evolutivos, hormonales, bioquímicos, pérdida de reforzadores, etc.) pueden también estar involucrados en la etiología del trastorno.

Según Beck, el esquema depresivo o depresónico está conformado por una fuerte negatividad y pesimismo. Su organización estructural está caracterizada por una actitud extrema, categórica e inmadura. Más concretamente, Beck señala cinco rasgos del contenido “primitivo” en la manera de pensar del depresivo: globalidad, absolutista y moralista, invariabilidad, personalización por el carácter e irreversibilidad. Aunque su posición frente a la formación y desarrollo de los esquemas no es clara, el modelo sostiene que determinadas experiencias traumatizantes de pérdida y deprivación ocurridas en la infancia serían las principales responsables de la formación del esquema depresivo. En sus palabras Beck y col., (1979): “En pocas palabras, la teoría propone que algunas experiencias tempranas proporcionan la base para formar conceptos negativos sobre uno mismo, el futuro y el mundo” (pág. 23).

Un aspecto sumamente importante es el concepto de predisposición esquemática. Beck, sostiene que el esquema, una vez formado, puede permanecer latente durante largos períodos de tiempo y ser activado por determinadas situaciones, análogas a aquellas experiencias inicialmente responsables acaecidas en la infancia o en el momento de la formación del esquema en cuestión. Con respecto a lo anterior Beck y col., (1979), señalan:

“No nos parece plausible la idea de que los mecanismos cognitivos aberrantes se creen de nuevo cada vez que un individuo experimenta una depresión. Parece más lógico pensar que el individuo presenta alguna anomalía relativamente duradera en un sistema psicológico” (pág. 27).

El esquema depresivo, de manera prepotente, daría lugar a sesgos permanentes, percepción e interpretación de la información procedente del medio. A estos sistemáticos, de carácter automático e involuntario, Beck y col, (1979) los llamó distorsiones cognoscitivas. Estos incluyen inferencia arbitraria (adelantar una conclusión en ausencia de evidencia a favor o en contra), abstracción selectiva (centrarse en un detalle fuera del contexto, ignorando otras características más relevantes de la situación), sobregeneralización (formular una conclusión basada sobre uno o más elementos aislados y aplicar estos conceptos en diversas situaciones), magnificación y minimización (distorsionar la importancia de un evento), personalización (atribuirse a sí mismo fenómenos externos en ausencia de datos) y pensamiento absolutista, dicotómico (tendencia a evaluar todas las experiencias en términos de una o dos categorías opuestas).

Finalmente, el resultado del contenido esquemático y las interpretaciones erróneas dan como resultado autoverbalizaciones de tipo automáticas o voluntarias. El tema de estos pensamientos refleja la estructura subyacente y suelen contener pensamientos de pérdida, fallas, rechazo, incompetencia y desesperanza. En este sentido, Beck define la tríada cognitiva, la cual está compuesta por pensamientos negativos frente a uno mismo (verse como inadecuado, indefenso e inútil), el mundo (percibir el mundo como hostil, rechazante y con obstáculos insuperables) y el futuro (expectativas irremediables de fracaso y desesperanza).

Características del Modelo de Beck

La posición de Beck ha ido enfatizando cada vez más la importancia de los esquemas al interior del modelo. Se podría resumir en los siguientes puntos:

- a. Los esquemas y autoesquemas inadecuados y maladaptativos en los desórdenes psicológicos, en general, tienden a ser más rígidos, extremos e imperativos que la flexibilidad y adaptabilidad de los sujetos normales.
- b. Los esquemas poseen cualidades adicionales tales como amplitud (estrecho, discreto o ancho), flexibilidad o rigidez (su capacidad de modificación), densidad (su importancia en la organización cognitiva) y valencia o nivel de activación (latente o hipóervalente).
- c. Distintos esquemas, disfuncionales o no, pueden agruparse e interrelacionarse para responder a diversas situaciones. Esta constelación esquemática, o conglomerados de

esquemas básicos, obra como un principio supraordinal, definiendo un modo dominante de pensar y actuar. A la relativamente estable organización de estos modos se les reconoce como variables de personalidad. Los individuos mostrarán modos depresivos, ansiosos, narcisistas, paranoides, etc., según la patología de que se trate.

d. La aceptación definitiva de la existencia de diferencias individuales en el desarrollo de las patologías. Es decir, algunos individuos son más susceptibles que otros cuando se ven confrontados con circunstancias de acontecimientos vitales o estrés psicosocial. Existen diferencias en recaídas, tiempo de mejoría y persistencia de los desórdenes. En otras palabras, algunas personas muestran una predisposición o vulnerabilidad a generar unas alteraciones y no otras, por ejemplo, los sujetos con dominio de esquemas depresivos serían especialmente sensibles a la pérdida y privación; las personas con predominio de esquemas ansiosos activarían dichas vulnerabilidades ante situaciones que son percibidas como físicas o psicológicamente peligrosas. Igualmente la personalidad dependiente está caracterizada por una sensibilidad a la pérdida de amor y ayuda; y la personalidad histriónica esta caracterizada por la imposibilidad de obtener atención y soporte. Beck (1979), ha identificado dos dimensiones de personalidad que pueden ser vistos como factores de vulnerabilidad en depresión: autonomía, caracterizados por una alta valoración por la independencia, libertad de acción, privacidad y autodeterminación, y sociotropía, con una alta valoración a las relaciones interpersonales, aceptación y afecto.

e. La hipótesis central de la terapia cognitiva de Beck, y muy posiblemente del paradigma actual en procesamiento de la información, es la Especificidad del Contenido. Es decir, cada patología muestra un perfil específico y particular; y esta especificidad en el contenido define el rasgo central de la disfunción. Las condicionales y las estrategias cognitivas se desprenderán de dicho núcleo, así como las formas más asequibles de pensamiento (productos o eventos). Aunque no tan definitorios del trastorno, algunas operaciones cognitivas también se ven diferenciadas en distintas patologías, pero no de manera tan contundente. El contenido específico orientará no sólo la evaluación y el diagnóstico sino el blanco terapéutico.

Finalmente, cada constructo básico del modelo descrito en la Figura 2 puede encadenarse.

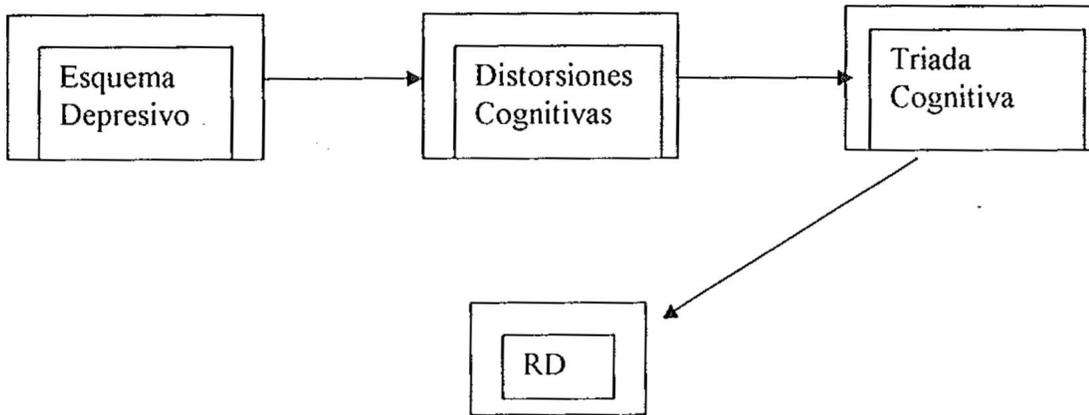


Figura 2. Modelo de Beck.

El esquema depresivo es disparado por diversos eventos. Dicho esquema despliega una serie de reglas u operaciones (abstracción selectiva, sobregeneralización, pensamiento dicotómico, etc.), las que a su vez concluyen en la tríada cognitiva (pensamientos negativos frente a uno, el mundo y el futuro), la responsable directa de la sintomatología depresiva (RD).

Organización Estructural del Pensamiento Depresivo

El modelo de esquemas de Beck (1979), es utilizado para explicar por qué mantiene el paciente depresivo, actitudes que lo hacen sufrir y son contraproducentes, incluso en contra de la evidencia objetiva de que existen factores positivos en su vida.

Cualquier situación está compuesta por un amplio conjunto de estímulos. El individuo atiende selectivamente a estímulos específicos, los combina y conceptualiza la situación. Aunque personas diferentes pueden conceptualizar la misma situación de maneras diferentes, una persona determinada tiende a ser consistente en sus respuestas a tipos de fenómenos similares. Ciertos patrones cognitivos relativamente estables constituyen la base de la regularidad de las interpretaciones acerca de un determinado conjunto de situaciones. El término “esquema” designa estos patrones cognitivos estables.

Cuando alguien se enfrenta a una circunstancia; el esquema es la base para transformar los datos en cogniciones. Así, un esquema constituye la base para localizar, diferenciar y codificar el estímulo con que se enfrenta el individuo. Este categoriza y evalúa sus experiencias por medio de una matriz de esquemas.

Un esquema puede permanecer inactivo durante largos periodos de tiempo y ser

activados por inputs ambientales específicos; estos esquemas activados en una situación específica determinan directamente la manera de responder de la persona. En los estados psicopatológicos tales como la depresión, la conceptualización de las personas acerca de determinadas situaciones se distorsiona de tal modo que se ajustan a esquemas distorsionados prepotentes.

Según Beck (1979), en las depresiones más leves, el paciente generalmente es capaz de contemplar sus pensamientos negativos con una cierta objetividad. A medida que la depresión se agrava, su pensamiento está cada vez más dominado por ideas negativas, aunque pueda no existir conexión lógica entre las situaciones reales y sus interpretaciones negativas. En tales casos, inferimos que la organización cognitiva del depresivo puede llegar a ser tan independiente de la estimulación externa que el individuo no responde a los cambios que se producen en su entorno inmediato.

Del mismo modo, según afirmaciones de Schreiber (1978), citado por Beck (1979), “las distorsiones cognitivas podrían ser equiparadas con los síntomas afectivos, cognitivos, motivacionales, conductuales o somáticos, es decir conceptualizadas simplemente como manifestación o síntoma de la depresión...” (pag 25).

Puede postularse entonces que las construcciones negativas que el paciente hace de la realidad constituyen el primer eslabón de la cadena de síntomas antes mencionados.

Modelo de la Distorsión Cognitiva de Beck

La premisa básica de la teoría cognitiva de Beck consiste en que los trastornos depresivos comprenden una distorsión o sesgo sistemático en el procesamiento de la información. Tras un suceso vital que suponga una pérdida o un fracaso, es bastante frecuente la aparición de sentimientos de tristeza y abatimiento. Sin embargo, en las personas depresivas aparece un sesgo o distorsión en el procesamiento de los sucesos que implican una pérdida o privación. Los individuos depresivos valoran excesivamente esos sucesos negativos, los consideran globales, frecuentes e irreversibles, mostrando lo que se conoce como la tríada cognitiva negativa. Esta tríada resulta de una amplificación de los sentimientos de tristeza y abatimiento, bien en su duración, en su frecuencia o en su intensidad, de forma que interfieren extraordinariamente con la capacidad adaptativa del individuo que los sufre. Dicho procesamiento cognitivo distorsionado o sesgado que aparece en la depresión conduce, según Beck (1979), al resto de los síntomas cognitivos,

conductuales, y somáticos que caracterizan al trastorno. Sin embargo, este tipo de procesamiento, al igual que los demás síntomas, puede ser el producto de muchos factores y, así, en la etiología de la depresión pueden estar implicados factores genéticos, evolutivos, hormonales, físicos y psicológicos. No obstante, cualquiera que sea la etiología, este tipo de procesamiento distorsionado o sesgado es una parte intrínseca del síndrome depresivo y funciona como factor de mantenimiento de la depresión.

La teoría de Beck concibe el procesamiento distorsionado de la información que aparece en la depresión como un factor próximo (aunque no único) de desencadenamiento y mantenimiento de los restantes síntomas depresivos.

En todas las posibles causas distantes que pueden provocar ese procesamiento distorsionado o sesgado de información, la teoría cognitiva de Beck afirma que en muchos casos de depresión no endógena, la etiología tendría que ver con la interacción de tres factores; la presencia de actitudes o creencias disfuncionales sobre el significado de ciertas clases de experiencias, actitudes que impregnan y condicionan la construcción de la realidad; una alta valoración subjetiva de la importancia de esas experiencias que resulta de la estructura de la personalidad del individuo y la ocurrencia de un estresor específico a los anteriores factores, es decir, un suceso considerado importante y que incide directamente sobre las actitudes disfuncionales del individuo.

Beck usa el formalismo de los esquemas para explicar cómo las actitudes o creencias disfuncionales están representadas mentalmente y afectan al procesamiento de la información. Según dice Beck, “los esquemas son estructuras funcionales de representaciones relativamente duraderas del conocimiento y la experiencia anterior”. Estas estructuras cognitivas dirigen la percepción, codificación, organización, almacenamiento, y recuperación de la información del entorno. Los estímulos consistentes con los esquemas se elaboran y codifican, mientras que la información inconsistente se ignora y olvida. Este procesamiento de “arriba-abajo” de carácter simplificador sacrifica una eventual pérdida de información o una distorsión de la misma en aras de un principio de “economía cognitiva”.

En el caso de los esquemas disfuncionales, el resultado de ese proceso simplificador es un procesamiento desadaptativamente distorsionado de la información y una ulterior interpretación desadaptativamente sesgada de la realidad.

Los esquemas responsables del procesamiento sesgado de la información en los

individuos depresivos, y los esquemas disfuncionales depresógenos, se diferencian de los esquemas de los sujetos normales tanto en su estructura como en el contenido de información que almacenan. En cuanto al contenido, los esquemas disfuncionales contienen reglas, creencias tácitas y actitudes estables del individuo acerca de sí mismo y del mundo, que son de carácter disfuncional y poco realistas porque establecen contingencias tan inflexibles e inapropiadas para determinar la propia autovalía que es muy fácil que los acontecimientos normales de la vida diaria obstaculicen los intentos del individuo por cumplir tales contingencias. A menudo estas creencias y actitudes están conectadas con recuerdos relevantes a su desarrollo y formación, recuerdos que tienen que ver con experiencias tempranas de la infancia. En cuanto a la estructura, los esquemas disfuncionales en la depresión tienden a ser más rígidos, impermeables y concretos que los esquemas adaptativos y flexibles de los individuos normales.

La activación de los esquemas depresógenos, sería pues, responsable del procesamiento distorsionado de la información que aparece en los trastornos depresivos. Para que tal activación tenga lugar, es necesaria la aparición de un suceso estresante, similar a aquellos sucesos que proporcionaron la base para la información durante el proceso de socialización de los esquemas, es decir, para la formación de las reglas almacenadas en ellos.

La teoría de Beck propone, que los esquemas depresógenos son la diátesis cognitiva para la depresión. Antes de su activación por experiencias específicas, la teoría propone que tales esquemas permanecen latentes, de modo que no influyen de manera directa en el estado de ánimo del sujeto o en sus procesos cognitivos, ni tampoco necesariamente se encuentran fácilmente accesibles a la conciencia.

En la teoría cognitiva, los rasgos de la personalidad se entienden como esquemas cognitivos de un orden jerárquico superior a los otros esquemas. La teoría cognitiva propone dos dimensiones de personalidad como factores de vulnerabilidad a la depresión, sociotropía y autonomía. Los esquemas sociotrópicos incluyen actitudes y creencias que implican una consideración muy elevada de las relaciones interpersonales y una alta dependencia social a la hora de juzgar la propia vida. Los esquemas autónomos incluyen actitudes que priman la independencia, la libertad de acción, la vida privada y la autodeterminación. En consecuencia, habría sucesos estresantes específicos para cada tipo de esquema. Por ejemplo, las situaciones relevantes a la aceptabilidad

social y a la atracción personal activarían de forma específica los esquemas depresógenos de tipo sociotrópico, mientras que situaciones que restringen la autonomía o el logro de objetivos serían apropiados para activar los esquemas depresógenos que forman parte de los esquemas autónomos. Una vez activados, los esquemas depresógenos orientan y canalizan el procesamiento de la información actuando como filtros a través de los cuales se percibe, interpreta, sintetiza y recuerda la realidad. La actuación de tales esquemas queda reflejada en ciertos errores sistemáticos en la forma de procesar la información (Beck, y cois, 1979): inferencias arbitrarias, abstracción selectiva, sobregeneralización, maximización y minimización, personalización, y pensamiento dicotómico y absolutista. Aunque todas estas operaciones cognitivas son evidentes en cierto grado en todas las personas, en la depresión ocurren en mayor grado y son congruentes con el contenido disfuncional de los esquemas depresógenos. Así, se atiende selectivamente y se magnifica la información negativa, mientras que se ignora o minimiza la información positiva; los errores y fallos se personalizan y sus efectos negativos se exageran y sobregeneralizan. A la postre, tales operaciones cognitivas conducen en la depresión al tipo de cogniciones que forman la triada cognitiva negativa. A diferencia de los esquemas o “actitudes disfuncionales”, estas cogniciones o productos cognitivos tienen correlatos directamente observables: se expresan en forma de pensamientos o imágenes voluntarias y pensamientos automáticos. Estos últimos son ideas o imágenes estereotipadas de aparición repetitiva e inintencionada, que son fácilmente controlables y parecen plausibles al individuo en el momento de su ocurrencia. Ambos tipos de pensamiento comprenden el diálogo interno del individuo, de manera que son relativamente accesibles a la conciencia, y son dañinos psicológicamente, puesto que interfieren tanto con las actividades que el sujeto realiza en ese momento como, evidentemente con su estado de ánimo.

Otras Teorías Psicológicas de Depresión

Son muchas las teorías psicológicas que proponen explicaciones sobre las causas de la depresión patológica. Consideremos éstas divididas en dos grupos: las que afirman que la depresión (y la manía) es primariamente una perturbación del estado de ánimo, es decir, un trastorno afectivo, y las que sostienen que la depresión es primariamente un trastorno cognoscitivo a saber, una perturbación en el proceso mental.

Sarason (1996) afirma que la mayoría de los investigadores cree que la depresión es el resultado de la interacción entre las características biológicas y vulnerabilidades fisiológicas de una persona y la frecuencia de sucesos o situaciones difíciles de superar en su vida.

A continuación aparecen algunos de los trabajos experimentales llevados a cabo en un esfuerzo de dar solidez a algunas teorías.

Abraham

En 1911, Abraham citado por Arieti (1978), publicó lo que puede considerarse la primera investigación psicoanalítica sobre la depresión. En éste compara la depresión con la ansiedad, que también era vista como resultado de instintos reprimidos. Respecto a estos dos estados mencionados Abraham formula la siguiente diferenciación: mientras que la ansiedad surge cuando la represión impide el logro de la gratificación deseada, que aun es posible, la depresión aparece cuando el individuo ha renunciado a la esperanza de satisfacer sus tendencias libidinales. Además, en la depresión la búsqueda de satisfacción libidinal está tan profundamente reprimida, que el individuo no puede sentirse amado ni capaz de amar y desespera de no llegar nunca a la intimidad emocional.

En ambos casos Abraham encuentra una profunda ambivalencia hacia los demás, en la cual la búsqueda de amor está bloqueada por fuertes sentimientos de odio, que a su vez están reprimidos debido a la incapacidad del individuo de reconocer su extrema hostilidad.

Abraham postula igualmente un peculiar proceso de proyección, aparentemente elaborado sobre la base de la explicación de la paranoia que Freud acababa de formular. Los procesos dinámicos internos del depresivo podrían ser verbalizados así: “No puedo amar a las personas; debo odiarlas”. Este reconocimiento del odio es inaceptable y debe ser reprimido; por lo tanto la hostilidad se proyecta en los demás y el pensamiento consciente pasa a ser “las personas no me aman; me odian”. Esta formulación resulta aceptable y es además reforzada por la racionalización de que algún imaginado defecto innato justifica el hecho de ser odiado.

Abraham continúa explicando otros aspectos significativos de la depresión sobre la base de la represión. Afirma que la culpa masiva del depresivo se debe a sus reales deseos destructivos que se mantienen inconscientes. Esta hostilidad reprimida se

manifiesta con claridad en sueños, delirios y otros actos simbólicos. Sostiene que algunos pacientes se enorgullecen de su culpa, desean “ser el criminal más irredimible, tener más culpa que todos los demás juntos”. Observa además que algunos depresivos parecen gozar de los autorreproches y el sufrimiento, que les permiten concentrar todos sus pensamientos en sí mismos. Esta preocupación por sí mismos da cuenta de los delirios de empobrecimiento que reflejan la privación emocional resultante del retiro de libido del entorno.

De la misma manera, Abraham cree que la depresión puede ser entendida como una regresión a la primera fase psicosexual, es decir, la oral. La similitud entre la fase oral y la depresión ha de hallarse en la modalidad de descarga libidinal, así como en una modalidad característica de vínculos objétales. Freud citado por Arieti (1978) señaló que en el individuo fijado a la etapa oral, la modalidad predominante de relaciones inconscientes estaba caracterizada por la introyección. Según Abraham, el depresivo hace más que incorporar al objeto psíquico: “En las honduras de su inconsciente hay una tendencia a devorar y arrasarse al objeto”. Es este deseo de destruir al objeto oralmente lo que explica dos de los principales síntomas de la depresión: la negativa a alimentarse (es decir la equiparación del alimento con el objeto de amor que el individuo teme que habrá de destruir) y el temor a morir de hambre (también consecuencia del temor a concretar los deseos de destrucción oral). Abraham plantea también una situación aparentemente antitética: que en algunos depresivos la ingestión de alimentos alivia la vivencia de depresión. Con todo, aun en este caso Abraham subraya el vínculo entre depresión y fase oral.

En otra de las contribuciones a la depresión aparecida en 1924, Abraham continúa rastreando los orígenes del desorden en una fijación a la etapa oral, a pesar de que para ese entonces Freud había publicado ya sus propios puntos de vista sobre la melancolía. Aunque nuevamente trata de confirmar las teorías freudianas, en esta publicación la intención de Abraham se orienta más a organizar una tipología de enfermedad basada en la fijación a distintas etapas libidinales. Como antes, comienza por la semejanza entre obsesivos y melancólicos. Ambos establecen relaciones ambivalentes y presentan rasgos caracterológicos anómalos, tales como exagerada pulcritud o excesiva preocupación por el dinero. Abraham supone que en los intervalos sanos el depresivo es en realidad un obsesivo. Propone entonces que ambos tipos

regresan a un temprano período pregenital; pero mientras el obsesivo parece contentarse con un control inconsciente sobre el objeto de amor, el depresivo destruye realmente al objeto psíquico internalizado. Para explicar esta diferencia, Abraham postula dos subfases en la etapa anal: una ulterior cuya característica es la retención y una previa cuya característica es la expulsión. Sugiere que con el correr del tiempo el individuo trata a su objeto de amor internalizado del mismo modo en que trató originalmente a lo que fue “su primera propiedad exclusiva”, es decir sus heces, y señala que el obsesivo regresa a la subfase anal ulterior, por lo cual conserva a su objeto; el depresivo, en cambio, regresa a la subfase anal anterior y por lo tanto inconscientemente expulsa y pierde a su objeto de amor. Abraham supone que el obsesivo es capaz de activar defensas para detener la profundización de la regresión, defensas con las que el depresivo no puede contar. Como consecuencia, la pérdida del objeto de amor internalizado que sufre este último le deja una sensación de vacío interior que desesperadamente trata de compensar mediante la incorporación oral. Abraham renueva su énfasis en los síntomas orales de la depresión; esta vez los interpreta como intentos de reincorporar al objeto de amor destruido. Como prueba de su hipótesis, menciona la frecuencia de las fantasías coprófilas en la depresión que, a su juicio, no son intentos de autodegradación, sino la expresión del deseo inconsciente de incorporar por medios orales al objeto expulsado analmente.

Como uno de sus últimos aportes, Abraham resume sus tres contribuciones sobre la depresión y considera los siguientes factores predisponentes: a) un factor constitucional ligado con una excesiva acentuación del erotismo oral; b) una especial fijación al nivel oral, expresada en la vida diaria por desproporcionadas lamentaciones ante las frustraciones y excesivas actividades orales (succión, alimentación, etc.); c) un daño severo al narcisismo infantil producido por sucesivos desengaños amorosos, que llevan al prototipo infantil de depresión denominado “paratimia primaria”; d) aparición del primer desengaño amoroso antes de que los deseos edípicos hayan sido superados; e) repetición del desengaño original en épocas posteriores de la vida. A lo largo de todo el trabajo, Abraham destaca la importancia de la ambivalencia, tanto hacia los demás como hacia el objeto incorporado.

La posición final de Abraham respecto de la depresión queda resumida en estas palabras suyas:

“Cuando la persona melancólica sufre un insoportable desengaño infligido por su objeto de amor, tiende a expulsarlo y destruirlo como si se tratara de heces. Cumple a continuación el acto de introyectarlo y devorarlo, acto que es una forma específicamente melancólica de identificación narcisista. Su sádica sed de venganza puede satisfacerse ahora atormentando al yo, actividad que es en parte fuente de placer”. (Abraham 1924 pag 469, citado por Arieti 1978 pag 35)

Freud

En su escrito de 1917, Duelo y Melancolía, Freud, amplió las ideas de Abraham para dar una base teórica al concepto de depresión en términos de teoría psicoanalítica. Según Freud, la diferencia esencial entre pesadumbre y depresión consiste en que en la última hay una acentuada pérdida de autoestimación. Decía: “En la pesadumbre, el mundo se torna pobre y vacío; en la melancolía, se vacía y se torna pobre el yo mismo”. Además, en el duelo la pérdida es consciente, mientras en la depresión la verdadera pérdida es inconsciente.

Freud señalaba que, en el curso normal del duelo, la persona a quien éste concierne separa las emociones previamente asociadas con la persona perdida y llega a identificarse él mismo con estos sentimientos. Sus sentimientos ambivalentes previos de odio hacia el objeto perdido, sentimientos no expresados y quizá no reconocidos, se canalizan dirigiéndose al propio sujeto. Este hecho se caracteriza por:

1. Irritación dirigida al objeto perdido, procedente de sentimientos de resentimiento y abandono.
2. Sentimientos de culpa respecto del objeto perdido, emanantes de los pecados de omisión (o comisión), reales o imaginarios, de la persona afectada por el duelo.
3. Un sentimiento de sufrimiento y pérdida, centrado en la persona misma.

Freud afirmaba que para resolver estos sentimientos era necesario el “trabajo” de la pesadumbre o del duelo, el cual implica el recuerdo consciente y la expresión de objetos de memoria y fantasía. Cada vez que esto ocurre, se van perdiendo los vínculos que ataban a la persona afectada por el duelo con la persona perdida.

Esta reducción de ataduras permite un enderezamiento gradual de las emociones hacia nuevas actividades y relaciones.

Es evidente que la pérdida de un objeto amado, que Freud considera esencial en el desarrollo de la depresión, no implica necesariamente la muerte real de una persona.

Freud afirmaba que la ausencia de amor y de apoyo de parte de una figura significativa (por lo general uno de los padres) durante un estadio crucial del desarrollo predispone a un individuo a la depresión en épocas posteriores de la vida. Según él, es esta pérdida, posteriormente recapitulada en forma simbólica, lo que origina la depresión. Ésta, por consiguiente, puede considerarse como un fallo del proceso normal del duelo.

Para Freud, un paciente depresivo había padecido también una pérdida, aunque ésta pudiera ser simbólica y no reconocida como tal. Consideraba el autorreproche y la pérdida de estimación propia que se desarrollan en la depresión como dirigidas hacia la persona introyectada y perdida. Esto es, cuando un paciente depresivo insiste en su mala conducta, en sus deficiencias e insuficiencias, está de hecho expresando sus sentimientos inconscientes respecto a la persona perdida. En lugar de identificarse simplemente con la persona perdida, el paciente asume los atributos que percibía de esta persona. Como resultado, exagera sus propios pecados e insuficiencias, aun cuando no tengan relación alguna con la realidad de su vida. Éstos representan sus ideas y sus sentimientos no manifestados sobre el objeto.

De esta suerte la depresión se transforma en un proceso narcisista dirigido hacia el interior, en vez de estarlo hacia lo exterior. Un rasgo típico de la sintomatología de un paciente depresivo consiste en su carácter sadomasoquista. Proviene éste de la ambivalencia hacia el objeto perdido e incorporado y es causa de que el paciente manifieste ideas de desprecio de sí mismo, de autodenigración y deriva, con frecuencia, hacia una conducta autodestructiva. Freud puso también de relieve la característica dependencia oral de los pacientes depresivos (una necesidad exagerada de una ayuda emocional continuada).

Abraham desarrolló ulteriormente los postulados teóricos de Freud y afirmó que existen diversas dificultades en el proceso evolutivo infantil que proporcionan la base para la aparición de una enfermedad depresiva en épocas posteriores de la vida. Incluyen aquéllas la incidencia de dificultades emocionales significativas durante la fase oral del desarrollo infantil (antes de la resolución del complejo de Edipo). El origen de estas dificultades es, por lo general, la pérdida de amor en el niño. Según Abraham, citado por Mendels (1989), este hecho ocasiona una fijación del desarrollo afectivo en el estadio oral, con una consiguiente exageración del erotismo oral, que implica no sólo una dependencia característica con relación a las fuentes de satisfacción oral directa sino

también una dependencia general respecto de las personas y de los acontecimientos para proveerse de gratificaciones afectivas. Según esta teoría, se da una recapitulación (simbólica) de la pérdida primaria de la infancia en épocas más tardías de la vida, la cual conduce a una reacción depresiva.

Arieti

Arieti (1978), postulaba otra teoría distinta relativa al desarrollo de la enfermedad maniaco-depresiva. En un principio, el niño estaba complacido por una madre aceptante y previsor. El niño corresponde manifestando una complacencia en aceptar todo lo que se le presenta. Es receptivo de la influencia de su madre. Esta situación conduce al desarrollo de una personalidad caracterizada por rasgos de extraversión, conformidad, aceptación de los sistemas de valor circundantes y a un grado de dependencia. Arieti indica que esta receptividad psicológica predispone igualmente al niño a una introyección exagerada.

A un cierto tiempo, hacia el fin del primer año o durante el segundo año de vida, la madre típica de un maniaco-depresivo en potencia cambia significativamente de conducta con relación al niño. Aunque continúa atendiéndole en sus necesidades, se vuelve menos generosa con su tiempo y sus emociones y comienza a exigir algo del niño. Cuando este cambio se asocia con la insatisfacción de los padres y el resentimiento por la situación de su vida, o con la creciente responsabilidad que acarrear los hijos, el resentimiento y la agresión, aun no directamente manifestados, se transforman en un incremento de expectativas sobre el niño. Así, de esta forma, "el niño recibirá cuidado y afecto a condición de que él acepte las expectativas que los padres tienen a su respecto y trate de conformarse a ellas".

Con frecuencia, señala Arieti, este cambio de actitud de los padres (y sobre todo de la madre) se asocia a la llegada de un nuevo hijo o es precipitado por este acontecimiento. El niño responde intentando conformarse a las expectativas de los padres, no importándole precio y esfuerzo. Sólo complaciendo, obedeciendo y trabajando duramente podrá reconquistar el amor o el estado de felicidad que solía gozar como niño de pecho, o al menos mantener el moderado amor que recibe en la nueva situación. El niño siente ahora que el amor de su progenitor se halla condicionado a lo que él mismo es capaz de dar. La corriente amorosa es intermitente y, en consecuencia, disminuye su seguridad. Le sobreviene gran ansiedad por el temor de que sus fallos en

complacer y conformarse a lo que espera de él su madre puedan conducir a una total privación de su amor como forma de castigo. El niño llega a sentir cómo el amor de su progenitor está en sus propias manos, a condición de que se lo gane. Ve el rechazo y el castigo como esfuerzos de su madre para ayudarlo a ser bueno y merecedor de su amor. El castigo parece ahora bueno, un método con el que lograr una conducta modélica que le garantizará el amor de su madre. Al creer, después, que la ausencia del amor de sus padres debe atribuirse a sí mismo, se siente culpable, sentimiento que lleva a! desarrollo de una exigencia de un castigo todavía mayor, con la esperanza de que tal castigo le absolverá de la culpa y le hará de nuevo grato a su madre.

Arieti destaca dos o tres mecanismos que considera de importancia en la génesis del estado maniacodepresivo. El modelo evolutivo antes descrito conduce a la ira, al resentimiento y a sentimientos de agresión violenta con relación a los padres. No obstante, todo se somete por lo común a un control rígido y raramente se realiza. La situación da origen a sentimientos adicionales de culpa que se asocian a otros sentimientos de indignidad y depresión. Según Arieti, el niño tiende a interiorizar en sí mismo a otros adultos significativos de su ambiente. Pero esto falla de ordinario y “puede terminar confundiendo al niño (¿cómo podrá satisfacer a todos los adultos?) e incrementando su carga de culpabilidad”.

Tratamiento

El tratamiento generalmente se centra en medicamentos y psicoterapia. Casi siempre se prescriben medicamentos antidepresivos, y a veces se necesitan medicamentos adicionales: el litio, antipsicóticos (cuando se presentan síntomas psicóticos), Tegretol y otros anticonvulsivos o estimulantes.

Entre los tipos de psicoterapia que han resultado eficaces en el tratamiento contra la depresión están la interpersonal, la cognoscitiva-conductual y otras. TEC (tratamientos de shock o la terapia electroconvulsiva) es un tratamiento eficaz para la depresión mayor cuando los medicamentos han sido ineficaces, o cuando no se pueden usar debido a problemas médicos.

Los medicamentos antidepresivos son la terapia principal empleada para tratar la depresión. Se conocen cuatro grandes categorías de antidepresivos que ayudan a corregir el desbalance de sustancias químicas en el cerebro. Las siguientes cuatro categorías de antidepresivos varían en su efectividad y efectos secundarios, algunos de los cuales son sequedad bucal, somnolencia, constipación, dolor de cabeza, náuseas, nerviosismo e insomnio.

1. Antidepresivos tricíclicos: estos medicamentos alteran el balance de algunos neurotransmisores (mensajeros químicos) en el cerebro, como la noradrenalina y la serotonina. Algunas drogas representativas de este grupo son la imipramina y la amitriptilina.
2. Inhibidores de la monoaminoxidasa (IMAO): estos medicamentos disminuyen la destrucción de neurotransmisores en el cerebro, el cual es un proceso normal a través del que se regula la actividad eléctrica de las neuronas, permitiendo que la noradrenalina y la serotonina actúen por tiempo más prolongado en el cerebro. Algunos representantes de este grupo de medicamentos son la moclobemida y la tranilcipromina.
3. Inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS): estas drogas trabajan selectivamente incrementando la acción del neurotransmisor serotonina. Por este motivo generalmente tienen una muy buena tolerancia por parte de las personas que lo utilizan. Los principales representantes de estos medicamentos son la fluoxetina, la sertralina y la paroxetina.
4. Antidepresivos de nueva generación: estos medicamentos se clasifican bajo este nombre cuando no se ajustan exactamente a ninguna de las clasificaciones anteriores. Algunos de ellos son la mirtazapina y el bupropion.

Es muy importante mencionar que la depresión no se mejora con sólo iniciar el tratamiento con un antidepresivo, estos demoran entre 4 a 6 semanas en mejorar el estado de ánimo de la persona depresiva. El tratamiento con antidepresivos se continúa por varios meses después de recuperarse de la enfermedad para evitar que ésta vuelva a aparecer.

En las depresiones bipolares, las fases maníacas se atenúan y abrevian con neurolépticos. En muchos casos el tratamiento continuado con sales de litio evita la aparición de nuevas recaídas intensas.

La Terapia Electro Convulsiva (TEC) es un tratamiento eficaz cuando existen síntomas graves y para pacientes que no responden a la medicación o la psicoterapia. Antes de someterse a este tratamiento los pacientes han de pasar un examen físico y neurológico previo. Deben permanecer en ayunas desde seis horas antes del TEC y se les administran anestésicos generales antes de ser estimulados eléctricamente.

Conjuntamente se debe hacer tratamiento psicoterapéutico, con una acción centrada en los aspectos Psicosociales, cognitivos e interpersonales. Existen muchos tipos de terapias de ayuda, individuales o grupales, todo depende de la orientación psicológica del terapeuta. A continuación se resumen algunas de las más importantes:

Terapia Cognitiva de la Depresión

Beck(1979) citado por Chinchilla (1998), concibe la terapia cognitiva como un procedimiento activo, directivo estructurado y de tiempo limitado, que se utiliza para trabajar distintas alteraciones psiquiátricas, basadas en el supuesto teórico subyacente de que los efectos y la conducta de un individuo están determinados en gran medida por el modo que tiene de estructurar el mundo. Las técnicas terapéuticas utilizadas se dirigen a identificar y modificar las conceptualizaciones distorsionadas y las falsas creencias que subyacen a estas cogniciones, de forma que el paciente aprende a resolver problemas y situaciones que antes consideraban insuperables, mediante la reevaluación y modificación de sus propios pensamientos. Se centran en problemas “aquí y ahora”, prestándose una escasa atención a épocas pasadas, excepto si pueden ser clarificadoras de hechos recientes. Según Beck (1976), “El objetivo principal es investigar los pensamientos y sentimientos del paciente durante la sesión clínica y entre las sesiones. A diferencia de la terapia de la conducta, la terapia cognitiva pone mayor énfasis en las experiencias internas del paciente, como pensamientos, sentimientos, deseos, aspiraciones y actitudes”.

La terapia cognitiva utiliza una amplia variedad de técnicas cognitivas y conductuales. El objetivo de las primeras es delimitar y poner a prueba las falsas creencias y los supuestos desadaptativos específicos del paciente. Las técnicas conductuales se utilizan en los casos más graves de depresión buscando en muchos de los casos eliminar cogniciones asociadas a conductas específicas.

Así mismo antes de comenzar la terapia cognitiva propiamente dicha, es necesario utilizar una evaluación que incluye los siguientes pasos: a) Identificación de los síntomas cognitivos, conductuales y somáticos que caracterizan el cuadro depresivo del paciente, b) Evaluación de la intensidad de la depresión mediante escalas específicas (Inventario de Depresión de Beck -utilizada para este estudio- y la Escala de depresión de Hamilton), además de realizar el diagnóstico del trastorno en función de criterios operativos, basados en las afirmaciones tanto del propio paciente como en la de sus familiares y amigos, siendo este material de gran importancia para el diagnóstico y el posterior tratamiento, c) Por último se realiza una evaluación del tipo de cogniciones y pensamientos automáticos evocados en situaciones concretas mediante autoregistros de pensamientos en tales situaciones.

Con esa información se definen los problemas cognitivos, conductuales y somáticos que presenta el paciente, y se especifican los síntomas objetivos, los cuales van a determinar el manejo terapéutico.

Técnicas Terapéuticas según Aarón Beck.

Teniendo en cuenta que la depresión incluye componentes cognitivos, conductuales y somáticos, el terapeuta puede centrarse en uno de ellos o en la combinación de varios para conseguir la modificación del síndrome depresivo.

El terapeuta debe discutir los objetivos con el paciente a fin de llegar a un consenso sobre el problema “objetivo” y sobre los procedimientos a emplear. A continuación el terapeuta cognitivo formula los problemas del paciente en términos de pensamientos e imágenes que subyacen a sus respuestas. Así, la primera tarea del terapeuta consiste en entender como los signos y síntomas de la depresión reflejan una profunda alteración en la organización cognitiva del paciente.

Asumiendo que el individuo depresivo tiende a presentar la triada cognitiva negativa, es necesario que como primer objetivo el terapeuta se centre en uno o varios de

los síntomas cognitivos, conductuales o somáticos que conforman el círculo vicioso de la sintomatología manifiesta. Para esto el IDB puede constituir un instrumento útil para elicitar los problemas de aquellos pacientes que tienen dificultad para centrarse en sus síntomas o en situaciones concretas. Casi todos los ítems del inventario pueden constituir una puerta de acceso a los constructos inadecuados o distorsionados del paciente.

El procedimiento de centrarse en los problemas consiste en descomponer el complejo fenómeno de la depresión en sus problemas constituyentes, seleccionar los problemas concretos que se van a abordar y determinar el tipo de intervención terapéutica para el paciente.

De la misma manera Beck (1976), afirma que la selección del conjunto de síntomas y de las técnicas a emplear puede llevarse a cabo con base a varias consideraciones:

1. El principio de la “colaboración terapéutica” suele sentar una buena base para la toma de este tipo de decisiones. El terapeuta puede delimitar varias áreas susceptibles de intervención y describir algunos de los procedimientos terapéuticos que parezcan más indicados.

2. Generalmente, en las primeras fases del tratamiento y en el tratamiento de los pacientes depresivos más graves, es probable que las técnicas conductuales sean más recomendables que las estrictamente cognitivas.

3. El terapeuta debe intentar conjugar el procedimiento con el nivel cultural del paciente, su estilo personal, etc.

4. La urgencia y gravedad relativa de los distintos problemas y síntomas son los factores que deben dictar la prioridad; es decir, el problema(s) que ha de tratarse en primer lugar.

5. En cierto sentido, suele ser necesario poner en práctica el “método de ensayo y error”. Al paciente se le debe explicar los diferentes métodos que se pueden poner en práctica, haciéndole énfasis que aunque no se utilicen o no den el resultado esperado, estos métodos nos proporcionarán pistas acerca del método correcto para utilizar.

Con esa información se definen los problemas cognitivos, conductuales y somáticos que presenta el paciente, y se especifican los objetivos terapéuticos.

A continuación se describirán las diferentes técnicas a emplear para el manejo de la depresión propuestas por Beck (1979):

Técnicas Conductuales

Las técnicas conductuales pueden sugerir que la atención terapéutica se centra exclusivamente en la conducta observable del paciente; es decir, que el terapeuta prescribe actividades dirigidas a un objetivo. En realidad, las manifestaciones del paciente acerca de sus pensamientos, sentimientos y deseos son capitales para el éxito de las técnicas conductuales. El objetivo último de estas técnicas, en el ámbito de la terapia cognitiva, es lograr un cambio en las actitudes negativas del paciente que produzcan una mejoría en su ejecución.

Programación de actividades.

Muchos pacientes depresivos manifiestan una abrumadora cantidad de cogniciones pesimistas cuando se encuentran física y socialmente inactivos. Se autocritican por ser como “vegetales” y evitar a otras personas. Paradójicamente, pueden justificar su huida y evitación sobre la base de que las actividades e interacciones sociales carecen de sentido, o bien de que ellos constituyen una carga para los demás. Así se van hundiendo progresivamente en la pasividad y el aislamiento social. Más aún, no es extraño que el depresivo interprete su inactividad como evidencia de su inutilidad, cayendo así en un círculo vicioso.

La prescripción de actividades determinadas se basa en la observación clínica de que los pacientes depresivos les resulta difícil realizar las tareas que anteriormente les costaba un esfuerzo relativamente pequeño. Tienden a evitar las tareas complejas; en caso de que las aborden, es probable que tengan dificultades para lograr el objetivo.

El empleo de actividades programadas sirve para contrarrestar la escasa motivación del paciente, su inactividad y su preocupación en torno a las ideas depresivas. Es probable que la técnica de planificar el tiempo del paciente hora tras hora lo mantenga ocupado e impida que regrese a su estado de inmovilidad. Además, el hecho de centrarse en tareas dirigidas a un objetivo proporciona al paciente y al terapeuta datos concretos en los que se puede basar las evaluaciones realistas de la capacidad funcional del paciente, de la misma manera la planificación de actividades en colaboración con el paciente puede ser un paso

importante para demostrarle que es capaz de controlar su tiempo y lograr trazarse metas con sentido. Igualmente, el registro que hace el paciente de sus actividades proporciona un feedback objetivo referente a sus propios logros.

Para empezar con el empleo de esta técnica, el terapeuta debe proporcionar al paciente la información teórica que dé a entender la importancia de ésta dentro del tratamiento. Así el terapeuta y el paciente determinaran actividades específicas, comprometiéndose el paciente a registrar sus pensamientos y sentimientos mientras esté realizando cada tarea.

El terapeuta puede elegir entre proporcionar al paciente un programa de actividades y / o registrar las actividades que de hecho, tienen lugar a lo largo del día. Debe incorporarse una jerarquía de “tareas graduales” al programa diario. Según Beck (1979), se debe subrayar que el objetivo inmediato de esta técnica, es el hecho de intentar cumplir el programa, más que ambicionar la mejoría de los síntomas: La mejoría en el funcionamiento general suele aparecer antes que la mejoría subjetiva de los síntomas.

Es importante que el terapeuta exponga al paciente los siguientes principios antes de aplicar un programa de actividades diarias:

1. “Nadie es capaz de llevar a cabo todo lo que planea; así pues, no se preocupe si no consigue realizar todo lo que se ha propuesto”

2. “Cuando esté haciendo el programa, determine el tipo de actividad que va a emprender, no a la proporción de tarea que va a conseguir a realizar. Lo que de hecho se lleva a cabo depende muchas veces de factores externos que usted no puede prever, como interrupciones, fallos mecánicos, etc, así como factores internos como fatiga, grado de concentración y motivación.”

3. “Aunque no tenga éxito, recuerde siempre que lo más importante es llevar a cabo el programa. Esto proporcionará información muy útil para establecer el siguiente objetivo”.

4. “Reserve unos momentos al final de la tarde para hacer el programa del día siguiente; anote la actividad propuesta para cada hora en el programa”

Estos principios son muy importantes, ya que sirven para contrarrestar las ideas negativas referentes a la programación de actividades.

Técnicas de dominio y agrado.

Algunos pacientes depresivos realizan ciertas actividades, pero obtiene un escaso nivel de satisfacción o agrado. Por lo general los pacientes abordan actividades generalmente poco interesantes, esto hace que no encuentren gratificación en la realización de la tarea. El paciente puede estar evitando la participación en actividades agradables, o bien es posible que no recuerde las actividades que antes le resultaban agradables. Según Beck (1979), el terapeuta puede hacer hincapié en la realización de actividades agradables, es decir, en la mejoría del estado de ánimo del paciente, aunque sea de mejoría temporal.

Beck (1979), propone que el terapeuta puede asignar la tarea de llevar a cabo todos los días una determinada actividad agradable durante un periodo de tiempo controlado, pidiéndole al paciente que anote todos los cambios de humor o de estado de ánimo, así como la posible reducción de sentimientos depresivos asociados con la actividad en cuestión. Cuando el paciente realiza varias actividades es conveniente que anote el grado de dominio (D) y de agrado (A) asociado con cada una de ellas. El término dominio se refiere al sentido de logro obtenido al realizar una tarea determinada, este no puede relacionarse directamente con la magnitud de la tarea. Los pacientes tienen la tendencia a comparar la perfección conseguida en la realización de la tarea con su nivel de logro previo a la depresión, es por esto que el terapeuta debe explicar al paciente que el dominio de la tarea no está en su estado ideal debido a la depresión.

El agrado se refiere a los sentimientos de placer, diversión y alegría derivados de la actividad. En ocasiones, incluso la más mínima satisfacción que el paciente atribuya a sus acciones puede ayudar a restablecer el optimismo. El dominio y el agrado puede evaluarse en una escala de 5 puntos, donde 0 representaría la ausencia de dominio/agrado y 5, el máximo de dominio y agrado. Al emplear una escala de evaluación, se induce al paciente a identificar éxitos parciales y niveles bajos de agradados. Esta técnica, pues, sirve para contrarrestar el pensamiento absolutista de todo o nada.

Asignación de tareas graduales.

Beck (1979), afirma que después de realizar con éxito una serie de tareas, los pacientes depresivos suelen experimentar una cierta mejoría (aunque sea transitoria)

de su estado de ánimo. Se sienten motivados para emprender tareas más difíciles, siempre que el terapeuta esté atento para detectar y refutar la inclinación del paciente a menospreciar sus logros.

Las características principales de la Asignación de Tareas Graduales son las siguientes:

1. Definición del problema (por ejemplo, la creencia del paciente de que es incapaz de conseguir los objetivos que son importantes para él)

2. Formulación de un proyecto. Asignación de una serie de tareas (o actividades) ordenadas de más simples a más complejas.

3. Observación inmediata y directa por parte del paciente de su éxito al conseguir un determinado objetivo (llevar a cabo una tarea que se le había asignado). El feedback continuo proporciona al paciente nueva información sobre sus capacidades funcionales.

4. Eliminación de dudas del paciente, de sus reacciones cínicas y de la minimización de sus logros.

5. Estimular al paciente para que evalúe de forma realista.

6. Enfatizar en el hecho de que el paciente alcanza el objetivo gracias a su propio esfuerzo y a sus capacidades.

7. Asignar tareas nuevas y en colaboración con el paciente hacerlas más complejas en el transcurso de la psicoterapia.

Práctica cognitiva.

Una de las dificultades en el tratamiento de los pacientes depresivos es el hecho de que, una vez deprimidos, tienen problemas para realizar incluso tareas bien consolidadas. Varios factores pueden interferir con su repertorio de conductas habituales. La dificultad para concentrarse puede impedir la formulación y/o ejecución de conductas automáticas o habituales.

La “práctica cognitiva” es una técnica que consiste en pedirle al paciente que imagine sucesivamente cada uno de los pasos que componen la ejecución de una tarea. Este procedimiento obliga al paciente a prestar atención a los detalles esenciales de las actividades que lleva a cabo, y a la vez contrarrestar su tendencia a divagar. Además, al practicar la secuencia de pasos de una actividad, el paciente dispondrá de un sistema preprogramado para realizarla.

Entrenamiento en asertividad y role - playing.

El role - playing (“juego de roles”) implica sencillamente la adopción de un papel por parte del terapeuta, del paciente, o de ambos y la subsiguiente interacción social basada en el papel asignado. El entrenamiento en asertividad y el role - playing pueden emplearse con éxito en el tratamiento de los pacientes depresivos. Estas técnicas también pueden emplearse para mostrarle al paciente un punto de vista alternativo o para elucidar los factores que interfieren con la expresión adecuada de las emociones.

El role - playing puede utilizarse de forma paralela para elicitarse una respuesta de “autocomprensión” por parte del paciente. El terapeuta puede asumir el papel de paciente para intentar cambiar las cogniciones de autocrítica de éste por otras más comprensivas. Es frecuente que los pacientes depresivos sean más críticos y exigentes consigo mismos que con los demás en la misma situación.

Técnicas Cognitivas

Específicamente, las técnicas cognitivas se dirigen a proporcionar puntos de entrada en la organización cognitiva del paciente. Teniendo en cuenta lo anterior, el terapeuta debe ser conciente del hecho de que muchos de los pacientes depresivos están tan preocupados con sus pensamientos negativos que la introspección puede agravar sus ideas perseverantes. Cuando el paciente es capaz de emprender actividades constructivas, y por tanto, ha modificado la estimación negativa de sus capacidades, el terapeuta puede centrarse directamente en los componentes cognitivos de la depresión. Dado el caso, que se puedan explorar los pensamientos, deseos y sentimientos del paciente en el comienzo del tratamiento, pueden aplicarse inmediatamente las técnicas introspectivas, sin necesidad de aplicar previamente las estrategias conductuales.

La terapia cognitiva, es un sistema amplio que se ocupa de proporcionar procedimientos específicos para identificar y modificar el “paradigma personal” del paciente. En este sentido una parte crucial de la terapia consiste en que el terapeuta obtenga información adecuada, de modo que sea posible penetrar en el mundo del paciente y experimentar el modo como éste organiza la realidad.

Para este fin Beck (1979) de acuerdo a su teoría cognitiva, propone las siguientes técnicas:

Explicar el fundamento teórico al paciente.

En primer lugar, el terapeuta revisa los intentos que haya hecho el paciente para definir y resolver sus problemas psicológicos. Para modificar las ideas inadecuadas o distorsionadas asociadas con las áreas problemáticas, el terapeuta expone brevemente el modelo cognitivo de la depresión. El terapeuta debe subrayar el efecto negativo que ejercen los pensamientos inadecuados o distorsionados sobre los sentimientos y la conducta del paciente.

La etapa más importante de la terapia cognitiva es el entrenamiento del paciente para observar y registrar sus cogniciones, esto hace que el paciente se dé cuenta de la existencia de las imágenes y autoverbalizaciones inadecuadas y distorsionadas.

La tarea de entrenar al paciente a observar y registrar sus cogniciones debe realizarse en pasos sucesivos: a) Definir lo que es un “pensamiento automático”, b) Demostrar la relación entre cognición y afecto, valiéndose de ejemplos concretos, c) Demostrar la presencia de las cogniciones, tomando como base la experiencia reciente del paciente, d) Asignar para la casa la tarea de registrar las cogniciones, e) Revisar los registros del paciente y proporcionarle feedback.

Influencia de la cogniciones sobre los afectos y la conducta.

Muchos pacientes pueden ver una cierta relación entre ellos mismos y determinados estereotipos que no les impliquen personalmente. Por esto, existen varios métodos para demostrar la relación entre pensamientos, sentimientos y conducta. Uno de ellos consiste en proporcionar al paciente una cierta distancia psicológica con respecto a sus propios problemas, constituyendo al mismo tiempo el marco para examinar sus propios pensamientos y sentimientos.

Otra técnica empleada en este punto consiste en la utilización de las “imágenes inducidas”. El terapeuta le pide al paciente que imagine una escena desagradable. Si el paciente manifiesta una respuesta emocional negativa, el terapeuta puede preguntar acerca del contenido de sus pensamientos. A continuación, le pide que imagine una escena agradable y que describa sus sentimientos de forma muy detallada. Normalmente, el paciente será capaz de reconocer que cambiando el contenido de sus pensamientos, puede modificar poco a poco sus sentimientos. Esta técnica está indicada

para los pacientes con depresión moderada, quienes suelen experimentar periodos de tristeza transitorios.

Cognición y experiencias recientes.

Algunos pacientes tienen dificultad para identificar los pensamientos o ideas inadecuadas; otros pueden no ver la relación entre pensamientos y sentimientos. Otros pacientes sin embargo, pueden entender rápidamente la naturaleza de las cogniciones e incluso aportar cogniciones negativas típicas a partir de sus propias experiencias. En cualquier caso, es conveniente demostrar al paciente la presencia de las cogniciones. En el primer caso, lo esencial es que los pacientes se hagan conscientes de sus cogniciones negativas y sean capaces de detectarlas. En el segundo, resulta útil registrar las cogniciones junto con el paciente para asegurarse de que comprende la importancia de sus pensamientos. Este último procedimiento sirve como salvaguardia, ya que al estar de acuerdo con las formulaciones del terapeuta de una manera automática indica más bien un conformismo que un verdadero aprendizaje. Tales pacientes requieren el mismo entrenamiento que el paciente que no se da cuenta del papel que las cogniciones desempeñan en la depresión.

Detección de los pensamientos automáticos.

Una vez que el paciente ha entendido la definición de cognición y reconoce la presencia de imágenes y pensamientos automáticos, el terapeuta expone un proyecto diseñado para poner de manifiesto las cogniciones inadecuadas.

Según Beck (1979), lo que se le dice al paciente depende del problema concreto que se esté investigando. Lo más frecuente es que se den instrucciones de “atrapar” cuantas cogniciones sean posibles y registrarlas en un cuaderno.

Cuando mejor se identifican las cogniciones es inmediatamente después de que hayan tenido lugar. Sin embargo, por múltiples razones un individuo puede no ser capaz de registrar sus cogniciones inmediatamente. Por tanto, un segundo método consiste en que el paciente reserve un cierto periodo de tiempo, por ejemplo 15 minutos cada tarde, para recordar los acontecimientos del día y cogniciones asociadas a cada uno de ellos.

Otro de los métodos utilizados para concretar las cogniciones consiste en identificar las situaciones ambientales que tengan relación con la depresión del paciente.

Otra alternativa es que el terapeuta enfrente al paciente con una de las situaciones ambientales perturbadoras con objeto de activar e identificar las cogniciones depresivas.

Técnicas de retribución.

Un patrón cognitivo frecuente en la depresión consiste en áutoatribuirse (incorrectamente) la culpa o responsabilidad de acontecimientos negativos. Los pacientes depresivos presentan una fuerte tendencia a autoculpabilizarse por consecuencias negativas de situaciones que se escapan a su control, así como por las relativas a sus juicios y acciones. La técnica de “retribución” se emplea cuando el paciente atribuye, de forma poco realista, las consecuencias negativas a una deficiencia personal, como la falta de capacidad o de esfuerzo. El terapeuta y el paciente revisarán los acontecimientos más relevantes y aplicarán leyes lógicas a la información disponible, con objeto de atribuir la responsabilidad a quien verdaderamente le corresponda. Lo importante no es liberar al paciente de toda responsabilidad, sino definir los múltiples factores que pueden intervenir en una experiencia adversa.

Búsqueda de soluciones alternativas.

El sistema lógico y de razonamiento que el paciente depresivo presenta tan limitado se va ampliando a medida que el individuo se distancia de sus propias cogniciones y se da cuenta de sus rígidos patrones de pensamiento y de los contenidos de sus ideas. Los problemas que anteriormente se consideraban irresolubles pueden ahora conceptualizarse bajo otra óptica. En este momento, puede ser útil la “búsqueda de alternativas”. Esta técnica se refiere a la investigación activa de otras interpretaciones o soluciones a los problemas del paciente.

Registro de pensamientos inadecuados.

Anotar las cogniciones y las respuestas en columnas paralelas es un modo de comenzar a examinar, evaluar y modificar las cogniciones. El paciente recibe la instrucción de escribir sus cogniciones en una columna y, a continuación, una “respuesta razonable” a cada cognición en otra columna. Se pueden incluir columnas adicionales donde se especifiquen los sentimientos y conductas del paciente, así como la descripción de la situación que precedió a la cognición. En este sentido, y en función del número de columnas, la técnica puede ser de dos, tres, o incluso cuatro

columnas. Se dispone de una hoja de registros para facilitar al paciente la tarea de anotar sus pensamientos e imágenes inadecuadas.

El terapeuta debe explicar detalladamente el empleo de la hoja, es conveniente ofrecer algunos ejemplos de cogniciones inadecuadas y respuestas racionales durante la sesión. El terapeuta también debe enseñar al paciente a evaluar el grado de sus experiencias emocionales y a determinar hasta qué punto cree en sus pensamientos automáticos. El objetivo principal del terapeuta es ayudar al paciente a elaborar respuestas racionales a sus cogniciones negativas.

Selección de Objetivos y Técnicas

Beck (1979), sostiene que se deben seleccionar los problemas concretos que se van a abordar y determinar el tipo de intervención terapéutica para el paciente. A continuación, figuran algunos de los principales síntomas objetivo:

Tristeza.

La mayoría de pacientes depresivos suelen informar de un cierto grado de tristeza e infelicidad. Algunos pacientes experimentan periodos alternantes de tristeza, en tanto que otros, incapacitados por la extrema gravedad de la depresión no refieren experimentarlo.

Las cogniciones que producen sentimientos de tristeza no siempre son fáciles de identificar. Es posible que el paciente no sea capaz de detectar los pensamientos que le producen sentimientos de tristeza. En estos casos, el terapeuta debe proporcionar al paciente otros modos de aliviar o reducir la disforia.

Una de las técnicas que propone Beck (1979), es la de “Sentir Autocompasión”, guiando al paciente para que pueda expresar los sentimientos negativos para dar una liberación a sus emociones. Se puede acelerar el proceso a través de otras técnicas. Por ejemplo, contándole al paciente la historia de otra persona con un problema similar al suyo y con quien él pueda identificarse fácilmente puede suscitar su comparación. Sentir compasión por otra persona en condiciones parecidas puede ayudar al paciente a sentir compasión por si mismo. Las técnicas de dramatización, como el role- playing, en las cuales el terapeuta asume el papel de paciente, también puede servirle a éste para cambiar su conjunto de cogniciones autocríticas y compasivas.

Los procedimientos de autocompasión resultan especialmente útiles para los pacientes que sienten deseos de llorar, pero son incapaces de hacerlo.

Cólera inducida.

En la consulta el terapeuta puede emplear técnicas para inducir sentimientos de ira con objeto de aliviar la tristeza del paciente. No obstante el objetivo final es enseñar al paciente a aplicar dichas técnicas para combatir los sentimientos de ira con objeto de aliviar la tristeza fuera de la consulta. Por ejemplo, una vez que el paciente ha aprendido a aplicar estos procedimientos durante la sesión, recibe la instrucción de practicarlos entre una sesión y otra. Para impedir que el paciente se encohere demasiado, recibe la instrucción de poner límites temporales a la expresión de los sentimientos de ira y, a continuación distraerse con alguna actividad.

Distracción.

Los pacientes pueden valerse de la distracción para reducir (temporalmente) casi todos los sentimientos dolorosos. La distracción es especialmente eficaz para aliviar la tristeza. Cuando la distracción se entiende como una habilidad para hacer frente a los problemas, el terapeuta le pide al paciente que evalúe el nivel de tristeza; a continuación, el paciente recibe la instrucción de concentrarse en un objeto determinado de la consulta y el nivel de la tristeza: lo habitual es que este nivel haya disminuido en cierta medida.

Si el “ejercicio” de la consulta tiene éxito, se pide al paciente que practique ejercicios de distracción entre las sesiones. Se le dice que, cuando comience a sentirse triste, considere la tristeza como un indicio para llevar a cabo actividades que le distraigan. Estas actividades pueden consistir en dar un paseo, leer, conversar con alguien, llamar por teléfono, contemplar el paisaje, etc. Según Beck (1979), como en otros procedimientos cognitivos, el paciente recibe la instrucción de comenzar dedicando poco tiempo; poco a poco, notará que le resultara más fácil incrementar la duración de las actividades distractoras.

En ocasiones, el paciente puede aprender a desviar su atención aumentando su disponibilidad sensorial. Este procedimiento consiste en que el paciente se concentre en el medio que lo rodea, poniendo en juego cuantas modalidades sensoriales le sean posibles: el gusto, el oído, el olfato, la vista y cualquier tipo de sensación corporal. Este procedimiento suele ser eficaz para aquellos que experimentan pensamientos negativos recurrentes.

Algunos pacientes emplean las imágenes visuales para distraerse; cuantos más detalles aparezcan en la escena, más probable es que resulten efectivas. Una variable de este método es que el paciente visualice mentalmente momentos pasados de felicidad o imagine escenas futuras en que ya no se esté triste. Sin embargo, el empleo de las imágenes visuales suele ser perjudicial para los pacientes depresivos más graves, debido al contenido del predominio de los contenidos negativos en la interpretación de las experiencias cotidianas.

Humor.

El humor suele ser un buen distractor de los sentimientos de tristeza del paciente.

En este procedimiento, los pacientes reciben instrucciones de buscar la parte humorística o irónica de las situaciones siempre que comience a sentirse triste.

El recurso del humor y de otras formas de distracción quizás no sea la solución ideal a los problemas del paciente. Sería preferible conseguir cambios actitudinales a largo plazo. Sin embargo, muchas veces es necesario lograr una mejoría en el funcionamiento y en el estado de ánimo del paciente antes de pasar a aplicar soluciones más generales y duraderas. El conocimiento de que posee recursos adecuados para hacer frente a la tristeza suele producir en el paciente la sensación de poder ejercer un cierto control, lo cual se traduce en un sentimiento de seguridad y bienestar.

Limitación de las expresiones de disforia.

Las personas aquejadas de problemas psíquicos, igual que las que padecen algunas enfermedades físicas, suelen sentirse aliviadas cuando comentan sus sufrimientos con otras personas. Dado que la atención por parte de los demás no es la causa de la tristeza, como muchos parecen creer, las conversaciones prolongadas o frecuentes sobre estos sentimientos suelen intensificarlos. Al comentar con otros sus problemas, los pacientes se están centrando innecesariamente en los sentimientos de tristeza. Es por esta razón que según Beck (1979), es necesario pedir a los pacientes que restrinjan sus manifestaciones de infelicidad, siendo argumentada esta petición con la teoría anteriormente expuesta; para después pedir que de la misma manera que se registre el tiempo en el cual el paciente habla de sus sentimientos ya que en muchas ocasiones no se es conciente de que se este presentando este comportamiento siendo continuo y repetitivo. Una técnica útil en este caso es pedir al paciente que destine una

hora determinada (preferiblemente en horas de la noche) para “sentirse mal”, buscando que exista un alivio emocional y no que se de este comportamiento de manera repetida, fortaleciendo así el sentimiento depresivo.

Construir un piso bajo la tristeza.

Otro procedimiento consiste en enseñar al paciente a aumentar su tolerancia a los sentimientos de disforia. Este método es recomendable en el tratamiento de las emociones negativas, como la ansiedad. En lugar de, o en respuesta al pensamiento, “no puedo aguantarlo”, se anima al paciente que se diga a si mismo, “soy bastante fuerte para aguantarlo” o “Voy a ver cuánto tiempo soy capaz de soportarlo”. A base de práctica, las personas aprenden a aumentar su tolerancia ante casi cualquier forma de malestar.

Al paciente se le explica que, al aumentar su tolerancia a la tristeza se fortalece y se “autoinocula” contra posibles momentos futuros de disforia. Observando que realmente es capaz de tolerar niveles altos de disforia sin sentirse demasiado alterado, el paciente suele experimentar un mayor sentimiento de control, que en si mismo detiene los efectos de la tristeza.

De la misma manera una técnica sencilla aplicable a los pacientes que experimentan momentos especialmente difíciles a una determinada hora del día (por ejemplo, a primera hora de la mañana) consiste en elaborar un programa de actividades distractoras para ese periodo de tiempo. Las actividades distractoras no sólo hacen que el paciente experimente la disforia en menor medida, sino que también son positivas porque desvían los pensamientos del paciente, impidiendo que los contenidos de estos giren en torno a interpretaciones del significado de la disforia.

Periodos de llanto incontrolable.

Los periodos de llanto son un síntoma frecuente en la depresión. En ocasiones, los pacientes se sienten mejor después de haber llorado, pero lo que generalmente ocurre es que se deprimen aun más. Algunos pacientes lloran hasta tal punto que la comunicación con los demás y, por tanto, con el terapeuta se ve seriamente impedida.

De la misma manera el hecho de no llorar suele ser la principal preocupación del paciente. Pero si este sintoma entorpece la comunicación verbal, ha de aplicarse una solución para que el terapeuta pueda recoger información relevante. La estrategia suele consistir en que el paciente aprenda un procedimiento de autocontrol que le permita

evitar el llanto. Esta estrategia puede incluir un entrenamiento en distracción, autoinstrucción activa para no llorar y la fijación temporal de unos límites de llanto.

Sentimientos de culpabilidad.

Ya que el sentimiento de “estar haciendo las cosas mal” se basa en patrones arbitrarios e idiosincráticos, el terapeuta debe evitar llegar a conclusiones sobre la fuente de los sentimientos de culpabilidad del paciente.

El sentimiento de culpa de un paciente se debe frecuentemente a que se supone responsable de la conducta de otras personas. Preguntando simplemente al paciente por qué es responsable, el terapeuta le obliga a examinar la naturaleza de su excesivo sentido de la responsabilidad. Puede ser conveniente obtener información adicional para ayudar al paciente a modificar su interpretación de las situaciones, cuando ésta genera sentimiento de culpabilidad.

De la misma manera muchas veces, los sentimientos de culpa añaden una carga innecesaria que pueden incrementar la conducta contraproducente. Un ejemplo clásico es el del alcohólico que se siente culpable por ello, y como se siente culpable, bebe para olvidar su culpabilidad. Si el paciente lleva a cabo algún tipo de conducta contraproducente, como fumar o beber en exceso, y se siente culpable por ello, su atención debe orientarse a controlar esa clase de conductas y las autocríticas por fracasar a la hora de conseguir ese objetivo.

Vergüenza.

Muchos pacientes sienten vergüenza a causa de algún aspecto “socialmente indeseable” de su personalidad o de su conducta. A diferencia de los sentimientos de culpabilidad, motivados por una supuesta infracción de los códigos ético moral por parte del paciente, la vergüenza surge de la creencia del paciente de que le juzgan como infantil, débil, loco o, en general, inferior. Así, los comportamientos que el paciente supone les van a parecer ridículos a los demás son los inician la secuencia: “Parezco loco”—*“Es terrible parecerlo”—► Vergüenza. Según Beck (1979) ya que los pacientes no suelen admitir espontáneamente que se sienten avergonzados, el terapeuta necesita indagar acerca de ese sentimiento. El terapeuta puede explicar que la vergüenza, hasta cierto punto lo crea uno mismo. Del mismo modo el terapeuta puede realizar un ejercicio “antivergüenza” simplemente reconociendo el error, en lugar de ocultarlo. Se

pueden aplicar otros procedimientos, como por ejemplo hacer que los pacientes anoten las ventajas e inconvenientes de manifestar vergüenza.

Cólera.

Los sentimientos depresivos de cólera no son uno de los problemas típicos del paciente depresivo. Algunos de ellos experimentan más ira cuando empiezan a sentirse mejor. Este periodo de cólera suele ser de corta duración e indica que el paciente está progresando. Sin embargo, existen pacientes cuyos enfados aparecen al principio y son persistentes. En estos casos, muchos de los procedimientos (la distracción, el incremento de tolerancia, etc., que emplean con otras emociones negativas pueden también aplicarse. Los pacientes pueden aplicar las técnicas de relajación cuando comiencen a enfadarse.

Se enseña al paciente a emprender alguna actividad cuando comience a sentirse enfadado. Como señala Novaco (1975), citado por Beck (1979), la persona malhumorada suele estar abrumada por pensamientos que giran en torno a la intolerancia hacia otros y a una necesidad de venganza. Se anima al paciente a que se tranquilice. Frecuentemente se le enseña a incrementar su capacidad de empatizar con la otra persona; así, puede surgir en el paciente un conjunto de cogniciones de aceptación que son incompatibles con la cólera.

Ansiedad.

Con frecuencia, los pacientes manifiestan ansiedad como un problema que acompaña a la depresión o que surge cuando la depresión va desapareciendo. Algunos pacientes se ven demasiado afectados por la ansiedad porque no clasifican correctamente sus emociones. El terapeuta puede aliviar a estos pacientes simplemente identificando los síntomas como ansiedad y asegurándoles que, aunque estos sentimientos sean molestos, no son peligrosos. Este procedimiento ayuda a quitar importancia a la ansiedad y a evitar que el paciente experimente ansiedad por la ansiedad.

El primer paso en el tratamiento de la ansiedad es animar al paciente a controlar este síntoma. Además de registrar las variables situacionales, como la hora, el lugar, las circunstancias, etc., se pide al paciente que evalúe el grado de ansiedad experimentado durante un cierto periodo de tiempo. Este procedimiento se lleva a cabo pidiendo al paciente que represente gráficamente el nivel de ansiedad en “unidades subjetivas de ansiedad” de 0 a 100 en un eje y la “hora” (habitualmente en intervalos de media hora)

en el otro. La gráfica resultante proporcionará al terapeuta y al paciente una información muy valiosa mostrando que la ansiedad suele estar producida por la situación exterior y que tiene una duración limitada. Muchas veces, los pacientes en medio de un ataque de ansiedad piensan que nunca desaparecerá.

Se puede enseñar a los pacientes diversas técnicas de autocontrol para hacer frente a la ansiedad. Generalmente, el mejor antídoto de la ansiedad es la actividad física. Las actividades físicas repetitivas, como botar una pelota, saltar a la cuerda o correr, suelen ser recomendables. A algunos pacientes les alivia realizar actividades como limpiar la casa o trabajar en el jardín.

La distracción es otro método de aliviar la ansiedad, al igual que muchos de los procedimientos empleados para modificar los pensamientos depresivos. También son eficaces en el tratamiento de la ansiedad procedimientos en los cuales el paciente evalúe el nivel de ansiedad de una situación anticipada. A continuación, después de discutir modos más realistas de hacer frente a la situación, el paciente evalúa de nuevo la ansiedad. En su momento, evaluará la ansiedad experimentada de hecho en la situación real. A menudo sucede que los pacientes no se dan cuenta de que la ejecución de una persona puede ser adecuada aun cuando experimente ansiedad.

Otra de las funciones del terapeuta es lograr identificar claramente el foco generador de la ansiedad para así por medio de técnicas como el role-playing puedan desensibilizar al paciente.

Pérdida de la motivación positiva e incremento de la tendencia a la evitación.

La ausencia de la motivación del paciente para llevar a cabo incluso las tareas más simples suele ser uno de los síntomas principales de la depresión. El paciente sabe lo que tiene que hacer, pero no tiene el deseo o estímulo interno para hacerlo. La pérdida de la motivación positiva, suele ir acompañada de una fuerte tendencia a evitar actividades constructivas. Esta tendencia a la evitación se pone de manifiesto en las reacciones negativas del paciente en relación con las tareas para la casa. Las técnicas cognitivas conductuales pueden emplearse para ayudar al paciente a superar los bloqueos motivacionales. La estrategia general consiste en que el paciente trate de realizar la actividad evitada sobre una base experimental. El “experimento” puede servir para corregir los pensamientos erróneos del paciente y proporcionar experiencias satisfactorias. Obviamente, el éxito es un factor motivante. Cuando el paciente se da

cuenta de que puede ejercer control sobre algún aspecto de su vida, es más probable que también intente controlar otros.

Dependencia.

La dependencia excesiva es uno de los síntomas principales de la depresión. El paciente depresivo suele presentar una marcada tendencia a pedir ayuda a los demás para realizar sus actividades cotidianas. Este deseo de ayuda puede tomar forma de quejas o de exigencias, generalmente excede la necesidad real de ayuda del paciente. Aunque el hecho de conseguir la ayuda solicitada puede aportar al paciente alivio temporal, también puede reforzar su dependencia y su falta de seguridad.

A veces los pacientes se sienten preocupados por si llegan a depender demasiado del terapeuta. Este debe aclarar que el propósito de la terapia es proporcionarle los instrumentos necesarios para ser más independientes. Aprendiendo nuevas formas de pensamiento y nuevas habilidades para resolver problemas, el paciente será menos dependiente de otras personas.

Según Beck (1976), los pacientes con problemas de dependencia reciben entrenamiento en confianza en sí mismos. El procedimiento consiste en enseñar al paciente a ser cada vez más responsables de sus actos y de la modificación de sus reacciones emocionales. Al principio, el paciente vuelve a instaurar sus actividades independientes anteriores. A medida que va mejorando se va incrementando el ámbito de actividades independientes; y es así como se le debe ir animando al paciente para que realice actividades diferentes que motiven al paciente y aumenten la confianza en sí mismo.

Indecisión.

A menudo la toma de decisiones constituye un problema para los pacientes depresivos. El paciente suele creer que su trabajo, su familia o las situaciones exteriores son la causa de su depresión y, consecuentemente, que, si abandona la situación problemática, la depresión desaparecerá; pero no está demasiado seguro de lo acertado de esta decisión. Otro tipo de problema también muy frecuente surge cuando ha cambiado algún aspecto de la vida del paciente (un nuevo empleo, la mudanza a otra casa, etc.) y no ha quedado satisfecho. El paciente cree que, si invierte el cambio, dejará de estar deprimido. En general, el terapeuta le dice al paciente que no es aconsejable tomar decisiones importantes mientras se está deprimido. En casi todos los casos, las

decisiones importantes pueden posponerse sin consecuencias negativas. También le dice que, al estar funcionando por debajo de su capacidad normal, no está en la mejor condición para tomar decisiones a largo plazo. Además es posible que vea su vida de un modo diferente que antes de la depresión.

En caso de decisiones importantes que no puedan esperar, terapeuta y paciente hacen una lista con ventajas e inconvenientes de cada alternativa, usando esta lista como guía en la toma de decisión. Existen varias técnicas bastante sencillas para ayudar al paciente en este tipo de decisiones. Una de ellas consiste en que el paciente haga una lista de las alternativas en orden alfabético y elija la primera de la lista. En otras ocasiones, se trata de lanzar una moneda al aire. Lo principal es que el paciente tome una decisión y comience un curso de acción.

Muchas veces, los pacientes depresivos creen que deben tener certeza absoluta de lo acertado de una decisión. El terapeuta debe aclarar que la certeza absoluta no existe en la vida.

Percibir los problemas como abrumadores.

La estrategia general para los “problemas abrumadores” consiste en hacer que el paciente señale un problema concreto sobre el que desee trabajar y desarrollar procedimientos adecuados para resolverlo. A menudo se hace necesario enseñar modos creativos de resolución de problemas debido a que los pacientes depresivos suelen experimentar una especie de bloqueo que les impide aportar soluciones que les resultarían evidentes si no estuviesen deprimidos.

Autocrítica.

El terapeuta debe tratar las autocríticas del paciente. El método cognitivo para la autocrítica consiste en hacer que el paciente se dé cuenta de que la autocrítica está presente en casi todas las situaciones y, como resultado de darse cuenta, que realice una evaluación objetiva de los pensamientos de autoculpabilización. La naturaleza estereotipada y recurrente de las autocríticas del paciente permite al terapeuta y al paciente obtener grandes beneficios una vez que los pensamientos han sido modificados. Identificar la autocrítica no es fácil, ya que el paciente suele sentirse peor inmediatamente después. Así, cuando experimente un incremento en la disforia, solo tiene que “repetir” los pensamientos precedentes para identificar la autocrítica.

El siguiente paso consiste en incrementar la objetividad del paciente respecto a

la autoculpabilización. Este paso es crucial, ya que el paciente cree que sus autocríticas están justificadas. Un procedimiento consiste en formular al paciente una pregunta como, “Suponga que yo cometiese los mismos errores que usted. “¿Me despreciaría por ello?”. Ya que generalmente el paciente reconoce que no haría tantas críticas si se tratase de otra persona, también puede darse cuenta de la naturaleza exagerada de sus autocríticas.

Una de la técnicas que según Beck (1979), se debe utilizar en este caso el Role-Playing, donde el proceso de ir haciéndose más objetivo respecto a la destructividad de las autocríticas se acelera notablemente; ya que el terapeuta puede representar el modo como el paciente se ve a sí mismo: inadecuado, inepto, débil, etc. Al paciente se le prepara para asumir el papel de crítico que va a atacar verbalmente al “paciente” siempre que éste se autocrítique. El terapeuta representará su papel de modo que el paciente pueda darse cuenta de sus distorsiones e inferencias arbitrarias. Si el paciente, por su parte, se ajusta bien al papel de crítico, puede actuar y observar la extravagancia de sus juicios negativos simultáneamente.

Otra estrategia para que el paciente se dé cuenta de sus autocríticas consiste en invertir los papeles: el paciente trata de ayudar al terapeuta, que adopta el papel de autorechazo. De la misma manera se puede enseñar al paciente a emitir respuestas racionales “automáticas” ante cualquier pensamiento automático negativo. El paciente aprende a determinar la validez de estos pensamientos negativos y a sustituirlos por una evaluación de sí mismo más razonable.

Pensamiento absolutista (todo o nada).

Los individuos depresivos tienden a hacer juicios categóricos y los significados que atribuyen a sus experiencias suelen ser extremos, unidimensionales y absolutistas.

Según Beck (1979), el pensamiento categórico y absolutista puede ser modificado por diversos medios: a) Buscar Ganancias Parciales en los Contratiempos. Los depresivos suelen mostrar la típica respuesta de todo o nada ante un acontecimiento adverso. Su “dolor” tiende a ser proporcional a la pérdida simbólica. En realidad, incluso un acontecimiento que parezca representar una pérdida absoluta puede tener algunas ventajas, por ejemplo, un industrial se veía atrapado en un proceso de aumento de los costes con la consiguiente disminución de los ingresos, la única salida que creía posible era la bancarrota, hasta que el terapeuta le preguntó, “¿Es posible sacar algo

bueno de todo esto?”. Al pensar en ello, el paciente se dio cuenta de que esta situación podía darle la oportunidad de vender un inventario que había ido acumulando durante varios años y que le parecía un obstáculo para cambiar de negocio. Llegó a la conclusión de que saldría adelante haciendo un cambio de negocio; y por último, b) Empleo de las Preguntas Dirigidas a Uno Mismo. A medida que el paciente va siendo capaz de ver más objetivamente cuán “primitivos” son sus juicios, puede entrenarse en la aplicación de varias técnicas, en especial la de las preguntas dirigidas a sí mismo, para que modifique su forma de pensamiento.

Problemas de memoria y dificultad para concentrarse.

Los problemas de memoria y la dificultad para concentrarse suelen estar interrelacionados. El paciente es incapaz de recordar la información porque no se concentra en el material que debe aprender. Como se hace con otros síntomas, el terapeuta debe asegurar al paciente que estos problemas son síntomas de la depresión. Se trata de problemas que se supone van a estar presentes en el individuo depresivo y no implican que el paciente esté perdiendo memoria.

El principal problema de concentración que tiene el paciente es el de la fijación de la atención. El paciente suele estar preocupado por materiales distintos de los que desea atender; por ejemplo un estudiante que desea concentrarse en lo que dice el profesor, pero, en lugar de ello, está continuamente dando vuelta en sus problemas. El terapeuta puede ayudar al paciente a fijar su atención gracias a sencillos ejercicios estructurados; por ejemplo pidiéndole que lea en voz alta párrafos de un libro o que resuelva problemas matemáticos sencillos. Esto puede servir también para ayudar al paciente a corregir la creencia de que no es capaz de concentrarse en lo absoluto. Después de realizar este ejercicio, se le dice al paciente que tenga un reloj y que, entre una sesión y otra, practique ejercicios de concentración en determinadas actividades durante periodos de tiempo cada vez mayores.

Si el paciente tiene que recordar una información determinada en el trabajo o en la escuela, se le puede enseñar el método SQ3R (Survey, Question, Read, Recite, and Review) (Examinar, Preguntar, Leer, Recitar y Revisar). En primer lugar el paciente examina o inspecciona el material que quiere aprender. Esto le proporciona una idea preliminar a partir de la cual trabajar. A continuación escribe preguntas concretas sobre el material a recordar; esto le ayuda a fijar la atención y a atribuir un significado al

material. En tercer lugar lee el material. A continuación lo recita, bien escribiéndolo, o bien repitiéndolo en voz alta. Por último el paciente vuelve a revisar el material.

Un importante subproducto de la concentración, la fijación y la orientación a una tarea es el hecho de que estas actividades distraen al paciente de sus pensamientos negativos perseverantes.

Pasividad, evitación e inercia.

La inactividad y la pasividad del paciente se encuentran entre los principales síntomas objetivos. Es por eso que la pasividad y la inactividad se han interpretado históricamente como una forma de inhibición neurofisiológica: lentitud psicomotriz. Muchas veces, un programa de actividades sirve para contrarrestar la pasividad y la lentitud. Un programa de actividades diseñado racionalmente tiene muchas ventajas: a) Se modifica el autoconcepto del paciente. Este evalúa sus experiencias de un modo más realista. Consecuentemente con la mejoría de su autoconcepto, el paciente alberga más esperanza de cara al futuro, b) El paciente se distrae de sus pensamientos depresivos y de sus sentimientos desagradables concentrándose en la actividad, c) Las respuestas de “las personas significativas” se hacen más positivas ya que generalmente refuerzan la actividad constructiva del paciente, d) El paciente puede comenzar a disfrutar de las actividades, con lo cual recibe una recompensa inmediata por emprender actividades.

Según Beck (1979), el terapeuta debe elicitar las razones del paciente para permanecer inactivo. Para esto existen varios procedimientos para averiguar estas razones; por ejemplo el terapeuta puede asignar una tarea que el paciente, claramente, pueda realizar. Cuando el paciente expresa su desgana o incapacidad para llevar a cabo su tarea propuesta, el terapeuta le pide que detalle sus razones. Estas se tratarán como hipótesis a probar a través del diseño de un proyecto; es importante en este paso que el terapeuta exponga sus preguntas y comentarios relacionados con las ideas contraproducentes del paciente de modo que no sean (ni parezcan) juicios de valor. Ya que los pacientes depresivos suelen responder a las “críticas” haciéndose más reproches y permaneciendo inmóviles. Las razones que los pacientes suelen manifestar para justificar su pasividad y resistencia a emprender una determinada tarea son: a) “Es inútil tentarlo”, b) “No soy capaz de hacerlo”, c) “Cuando intento algo, nunca consigo nada más que sentirme peor”, d) “Estoy demasiado cansado para hacer algo”, e) “Es mucho más fácil estar sentado”.

El paciente suele tomar sus razones como válidas y no se le ocurre pensar que puedan ser erróneas o, al menos, inadecuadas. Cuando el terapeuta elabora el programa de actividades junto al paciente, se probará la validez de estas “razones”. Si el paciente alcanza el objetivo, es importante que el terapeuta subraye el hecho de que la experiencia de éxito contradice su actitud negativa.

Antes de comenzar el programa, deben explorarse y discutirse los significados y connotaciones de los síntomas. Ya que el propio paciente tiende a asumir una visión negativa de sí mismo, también compartida por las personas que lo rodean. Es por eso que según Beck (1979), haciendo que el paciente emprenda actividades, el terapeuta le ayuda a combatir sus autoevaluaciones negativas.

El siguiente paso en el tratamiento de la pasividad consiste en despertar el interés o la curiosidad del paciente hasta tal punto de que coopere en la realización de un proyecto sencillo. Este objetivo preliminar puede alcanzarse presentando un programa nuevo, explicando el fundamento teórico del procedimiento y convenciendo al paciente de que se trata de una alternativa para que se encuentre un poco mejor. Cuando el paciente accede a cooperar, pueden aplicarse distintos procedimientos cognitivos y/o conductuales verbales para que se complete el programa.

Un último objetivo consiste en enseñar al paciente a identificar sus pensamientos negativos antes de emprender el programa o mientras lo está llevando a cabo. A medida que el paciente se va dando cuenta de cómo le perjudican sus pensamientos negativos, puede comenzar a hacerles frente espontáneamente. En una última fase, aprenderá a modificarlos y a interpretar su situación de un modo más racional.

Como conclusión en este punto se puede decir que un programa terapéutico puede formularse en los siguientes pasos:

- 1) Proponer al paciente un programa concreto.
- 2) Suscitar sus razones para oponerse a la respuesta.
- 3) Pedirle que sopesa sus “razones” (o actitudes negativas).
- 4) Indicar al paciente por qué estas razones (o actitudes) pueden ser no válidas y sí perjudiciales.
- 5) Estimular su interés de modo que acceda a intentar la ejecución del programa propuesto.

6) Formular el programa de modo que la ejecución del paciente sirva para comprobar (o refutar) la validez de sus ideas. La realización satisfactoria de tareas sirve para contrarrestar la hipótesis del paciente de que no es capaz de hacer nada.

Haciendo frente a los “problemas prácticos”.

Con frecuencia, el paciente presenta problemas prácticos con los que se enfrenta en la vida, por ejemplo, la dificultad de encontrar trabajo, problemas con los padres, o problemas de organización en general. Estos problemas a pesar de no ser síntomas de la depresión se tienen en cuenta porque exigen que el paciente ejerza alguna acción sobre el ambiente.

El terapeuta debe ser capaz de discriminar entre los problemas reales del paciente y la tendencia a distorsionar los acontecimientos. Estos problemas prácticos no se pueden pasar por alto sólo porque no sean de naturaleza psicológica. La solución de estos problemas prácticos pueden contribuir a mejorar o a eliminar algunos problemas psicológicos. En algunos casos los problemas psicológicos surgen de problemas prácticos no resueltos. Esto es una versión de lo que Beck (1976), denomina el síndrome del “Grano en el ojo”.... “Una persona puede estar sufriendo de dolor y ser incapaz de caminar, comer, mantener una conversación o llevar a cabo incluso actividades más sencillas a causa de un grano en un ojo. Probablemente el síndrome del “Grano en el ojo”, se da entre los pacientes psiquiátricos con mayor frecuencia de lo que generalmente se piensa” (pág 227).

Problemas de habilidades sociales.

El paciente depresivo suele presentar un funcionamiento inferior al normal en casi todos los aspectos, incluso el social. Es posible que el paciente evite a los demás o bien que se someta a sus deseos. Por lo general, el paciente posee habilidades sociales adecuadas; lo que sucede es que no las pone en práctica. El objetivo, por tanto, consiste en reactivar dichas habilidades sociales, no en instaurarlas. Muchas técnicas cognitivas y conductuales tales como la asignación de tareas graduales, los ensayos conductuales, etc., pueden emplearse para alcanzar ese objetivo. También se pueden emplear técnicas de entrenamiento en asertividad y habilidades sociales.

Alteraciones de sueño.

Las perturbaciones del sueño son uno de los síntomas más acusados de la depresión. La mayoría de los pacientes depresivos presentan algún tipo de alteración

del sueño. Entre los problemas se incluye la dificultad para conciliar el sueño, las irrupciones frecuentes de este y despertar demasiado temprano por la mañana. Por regla general, el paciente recupera, su patrón de sueño habitual cuando desaparece la depresión.

A veces, el terapeuta tiene que proporcionar al paciente una información básica sobre el sueño. Aunque los pacientes depresivos duermen menos que los individuos normales, muchos de ellos exageran. El paciente que afirma haber estado despierto toda la noche, probablemente se mantuvo en sueño ligero la mayor parte del tiempo. Esta minimización del tiempo real del sueño por parte del paciente suele ir emparejada con la creencia de que necesita más sueño de lo que en realidad le hace falta; por ejemplo, un paciente pensaba que estaba poniendo en peligro su salud por no dormir lo suficiente. Este tipo de pensamiento suele agravar el problema de insomnio, y es por eso que el terapeuta debe corregir estas ideas equivocadas y subrayar que la pérdida del sueño no es ninguna catástrofe porque es reversible. Puede, de la misma manera decirle al paciente, que al mejorar otros aspectos, volverá a recuperar el sueño. Entonces, se explica al paciente que si pasa la mayor parte del día sentado en una silla, tumbado en un sofá o tomando pequeñas siestas, lo mas probable es que no este cansado y no tenga sueño por la noche. Una de las técnicas recomendadas es el ejercicio físico que sin duda ayudará en este aspecto, aunque no debe realizarse inmediatamente antes de acostarse porque podría activar al paciente.

Por otra parte el tratamiento de las alteraciones del sueño suele consistir en enseñar al paciente a relajarse: puede emplearse instrucciones grabadas en una cinta. Se pueden emplear las técnicas de relajación combinadas con el procedimiento que el paciente visualice escenas agradables mientras trata de conciliar del sueño. También se pueden realizar ejercicios de respiración o de Yoga. Se debe animar al paciente a que averigüe cuál es su ciclo de sueño natural y a que se acueste solamente cuando se encuentre cansado. Una actividad rutinaria inmediatamente antes de acostarse (por ejemplo tomar un vaso de leche) puede resultar útil. Debe evitarse los estimulantes como el café o el té. Finalmente, si el paciente no logra conciliar el sueño, es mucho mejor que se levante y haga algo, en lugar de quedarse tumbado experimentando pensamientos negativos.

Alteraciones sexuales y del apetito.

La pérdida del apetito y la pérdida de interés sexual son, con frecuencia, los primeros signos de la depresión. Ambos síntomas parecen ser manifestaciones de la pérdida de placer generalizada que experimenta el paciente en relación con cualquier actividad. A medida que la depresión va desapareciendo, retoma el apetito y el interés sexual. El solo hecho de decírselo al paciente puede resultar útil.

La pérdida del apetito o el interés sexual no suelen preocupar demasiado al paciente. Por esta razón, estos síntomas no suelen ser objetivo de cambio. Cuando adquieren peso o gravedad suficiente para convertirse en síntomas objetivo, puede resultar útil hacer ejercicios de participación con todas las modalidades sensoriales posibles. El terapeuta debe estar alerta por si el paciente se limita demasiado a una sola modalidad sensorial. Esto puede hacer que se “atrofie” la posibilidad de obtener satisfacción por otras vías o modalidades.

Algunos pacientes comen en exceso, al comienzo de la depresión; en tanto que otros ganan peso en la fase intermedia de la depresión y adelgazan cuando la depresión agudiza. A los pacientes les suele preocupar el hecho de engordar. Dado que seguir un régimen de adelgazamiento es un proceso muy difícil y costoso para un paciente depresivo, el objetivo primordial es que el paciente mantenga un peso estable y deje de engordar.

Para la aplicación de las anteriores técnicas, es importante que el terapeuta evalúe los aspectos más relevantes a los síntomas de los pacientes y su manera idiosincrásica de interpretar sus experiencias, además del contexto social de los síntomas, ya que en la mayoría de los casos suelen estar relacionados con un determinado ambiente social.

Variable

La variable sometida a estudio en esta investigación es la depresión, con respecto a la sintomatología presente en el trastorno depresivo según la teoría cognitiva de Aaron Beck, teniendo en cuenta los siguientes factores: El conductual, el cual hace referencia a trastornos, síntomas y actitudes del individuo; El cognitivo que se refiere a la autodecepción, percepción del mundo y del futuro; y El somático, que representa los trastornos fisiológicos.

Método

El presente estudio es de tipo descriptivo los cuales según Hernández (1998), buscan especificar las propiedades importantes de personas, grupos, comunidades, o cualquier otro fenómeno que se someta a análisis. En este estudio se busca entonces describir los niveles de depresión en cuanto a los aspectos Cognitivo, Conductual y Somático de la depresión que presentan actualmente los pacientes con diagnóstico de trastorno depresivo, caracterizándose por la medición independiente de la variable y los conceptos a los que se hace referencia, los cuales son propuestos por Aarón Beck en su teoría cognitiva. Además es transversal pues la recolección de información se toma en un momento determinado sin retomar eventos anteriores o posteriores a la evaluación.

Participantes

La presente investigación contó con la participación de pacientes con diagnóstico de Trastorno Depresivo que se encuentran hospitalizados en la Clínica de Reposo San Pablo de la ciudad de Bucaramanga. El estudio se realizó con 30 pacientes, 23 mujeres y 7 hombres con edades comprendidas entre los 14 y los 63 años, con una edad promedio de 33 años. A continuación en la tabla 1 se muestran los datos sociodemográficos más relevantes de los participantes dentro de la investigación, sin embargo para mas información acerca de la muestra remitirse al apéndice B

Tabla 1 Datos Sociodemográficos de los Participantes

DATOS SOCIODEMOGRAFICOS			
		Número	Porcentaje
Género	Mujeres	23	77%
	Hombres	7	23%
Edades	Mínima	14	
	Máxima	63	
Estado Civil	Unión Libre	2	7%
	Casado	9	30%
	Separado	6	20%
	Soltero	13	43%
Ocupación	Hogar	10	33%
	Empleado	13	43%
	Desempleado	2	7%
	Estudiante	5	17%

Tabla 1 (continuación)

Historia Clínica	Reingresos	13	44%
	Primera vez	13	43%
	Consulta Externa	4	13%
Sist. de Seguridad Social	EPS	30	100%

Instrumento

Inventario de Depresión de Beck

El instrumento que se emplea para este estudio es el Inventario de Depresión de Beck o 1DB, elaborado por Aarón Beck en 1971, el cual permite evaluar la sintomatología asociada a la depresión, teniendo en cuenta tres factores: El conductual, el cognitivo y el somático.

El JDB está conformado por 21 grupos de oraciones. Cada grupo de oraciones posee cuatro respuestas ordenadas de 0 a 3. Las puntuaciones totales pueden fluctuar entre 0 a 63 puntos e informan sobre la profundidad de la depresión del sujeto.

Si el sujeto selecciona dos alternativas, se opta por la de mayor valor numérico.

La puntuación permite la identificación de niveles de sintomatología depresiva de la siguiente manera: 0-9 estado no depresivo; 10-18 sintomatología depresiva leve; 19 - 29 depresión moderada; 30-63 depresión severa.

Para la presente investigación se utilizó una versión al español de la prueba, traducida y adaptada por Rico y Bernal (1995) y validada por Carro (1996) en la población cubana utilizando 144 sujetos, estipulándose de esta forma tres factores de medición: Conductual, Cognitivo y Somático.

El factor conductual se refiere a trastornos, síntomas y actitudes del individuo en el Trastorno Depresivo. Este factor será comprendido por las siguientes variables:

Tristeza: Estado de ánimo caracterizado por llanto, dolor emocional, aflicción, ensimismamiento, aislamiento, lentitud motriz.

Pesimismo: Condición donde los proyectos pierden importancia y no en función de ellos, toda propuesta está condenada al fracaso.

Sentimientos de fracaso: Situación en la que el sujeto siente que lo que realiza no tiene significado, hay apatía frente a lo que hace y se evita la acción para no fallar.

Insatisfacción: Manifestación de incapacidad para sentir, agrado por lo que ejecuta y hacen otros, (a vida pierde sentido).

Autodecepción: Condición en la que se está desilusionado de si mismo, se tiene la sensación de haber fallado, no hay ningún logro, sentimientos de inadecuación y autocrítica severamente negativa.

Dificultad psicomotora: Manifestación psicológica donde los movimientos corporales están disminuidos, hay adinamia. Dificultad para reír, llorar y el afecto es plano.

Sentimiento de enojo: Condición caracterizado por estados de irascibilidad, agresividad e hipersensibilidad.

Indecisión: Es un estado donde se dificulta determinar, generar y ejecutar acciones por la falta de precisión en sus decisiones.

Incapacidad laboral: Dificultad para desarrollar las actividades referidas al trabajo, ausencia al mismo, poco productivo o lento en la ejecución de las acciones.

Insomnio: Dificultad para conciliar el sueño o disminución de este.

Fatiga: Agotamiento por tensión emocional, cansancio anormal al realizar las tareas rutinarias.

Pérdida del apetito: Disminución en el deseo de ingesta de alimentos.

Desinterés sexual: Disminución y ausencia del deseo sexual provocado por factores internos como ansiedad, tristeza, estrés y factores externos como deterioro en la salud del familiar.

El factor cognitivo mide la autodecepción, percepción del mundo y del futuro, es representado por las siguientes variables:

Pesimismo: Hay desesperanza, el futuro le desanima y nada le parece relevante.

Sentimiento de fracaso: Los pensamientos sobre los proyectos futuros son negativos y hay incapacidad para valorar logros.

Insatisfacción: Para el sujeto, nada de lo que hace, siente y piensa es satisfactorio, permanece aburrido, ningún logro le satisface.

Culpabilidad: Hay sentimientos de culpa constantemente y pensamientos acusadores, lo que hace o deja de hacer igualmente lo hace sentir culpable.

Sentimientos de castigo: Se caracteriza por sentir que todo lo negativo que le sucede se debe a que lo están castigando.

Autodecepción: El individuo esta decepcionado de lo que hace, siente y piensa, hay una subvaloración de sí mismo.

Autoculpabilización: El sujeto se culpa de lo que le pasa a él y a los demás, siente que ha cometido más errores que los otros.

Ideas de suicidio: Intención de quitarse la vida por situaciones desfavorables, que no han sido resueltas y generan gran sufrimiento emocional.

Desinterés social: El sujeto manifiesta deseos de aislarse, no le llama la atención las reuniones sociales, se fastidia en los grupos, sus interacciones son pobres.

El factor somático representa en lo fundamental los trastornos fisiológicos, en este se utilizan las siguientes variables:

Imagen Corporal: El sujeto presenta una imagen distorsionada de su esquema corporal, se percibe sin atractivo, hay descuido personal.

Pérdida de peso: El cuerpo presenta delgadez, hay descuido en la importancia de nutrirse.

Problemas físicos: Se caracteriza por vomito, cefaleas recurrentes, calambres, gastritis, altos niveles de accidentalidad, herpes simples.

A continuación en la tabla 1 se encuentran los aspectos que evalúan cada uno de los ítems dentro de los respectivos grupos establecidos y su correspondiente puntuación.

Tabla 2

Agrupación de ítems por indicadores y puntuación

Indicadores	ítems	Puntos
Tristeza	No me siento triste	0
	Estoy triste todo el tiempo y no puedo salir de ese estado	2
	Me siento triste	1
	Me siento tan triste o infeliz que ya no aguanto más	3
Pesimismo	Siento que no hay esperanzas para el futuro y que las cosas no pueden mejorar	3
	Siento que nada me llama la atención	2
	El futuro me desanima	1
	El futuro no me desanima especialmente	0

Tabla 2 (continuación)

Sentimiento de fracaso	Siento que he cometido más errores que la mayoría de las personas	1
	Al mirar hacia atrás, lo único que veo es una cantidad de errores	2
	No me siento un fracasado	0
	Siento que soy un completo fracaso como persona	3
Insatisfacción	Estoy aburrido (a) con todo	3
	Ya no tengo satisfacciones reales	2
	No disfruto las cosas como antes	1
	Tengo tanta satisfacción como antes	0
Culpabilidad	Tengo sentimientos de culpa una buena parte del tiempo	1
	Tengo sentimientos de culpa todo el tiempo	3
	No tengo sentimientos de culpa	0
	Tengo bastantes sentimientos de culpa la mayor parte del tiempo	2
Sentimientos de Castigo	Tengo la expectativa de que me van a castigar	2
	No siento que me estén castigando	0
	Siento que me están castigando	3
	Siento que no puedo ser castigado (a)	1
Autodecepción	Me odio a mi mismo (a)	3
	Estoy descontento conmigo mismo (a)	2
	Estoy desilusionado (a) de mi mismo (a)	1
Autoculpabilidad	No me siento peor que otros	0
	Me culpo por todas las cosas malas que pasan	3
	Soy crítico (a) con mis debilidades y errores	1
	Me culpo todo el tiempo por mis faltas	2
Ideas de Suicidio	No he pensado en matarme	0
	He pensado en matarme pero no lo haría	1
	Me gustaría matarme	2
	Me mataría si tuviera la oportunidad	3

Tabla 2 (continuación)

	Antes podía llorar, ahora no puedo hacerlo aunque desee	3
Dificultad Psicomotora	Ahora lloro todo el tiempo	2
	Lloro más ahora que antes	1
	No lloro más que lo usual	0
Sentimientos de Enojo	Me irrito o me enojo más fácilmente que antes	1
	Ya no me irritan las cosas que usualmente me irritaban	0
	Ahora me siento irritado(a) todo el tiempo	3
	Ahora me irrito más que antes	2
Desinterés social	No he perdido el interés en otras personas	0
	Me interesan las personas menos que antes	1
	He perdido gran parte del interés en otra gente	2
	He perdido todo el interés por otras personas	3
Indecisión	Pospongo las decisiones más que antes	1
	Tomo mis decisiones tan bien como siempre lo he hecho	0
	Ya no puedo tomar decisiones	3
	Me cuesta más trabajo tomar decisiones que antes	2
Imagen Corporal	No creo que me vea peor que antes	0
	Creo que me veo horrible	3
	Siento que hay cambios permanentes en mi apariencia que me hacen ver menos atractivo (a)	2
	Me preocupa verme viejo (a) y sin atractivos	1
Incapacidad Laboral	No puedo hacer ningún trabajo	3
	Tengo que esforzarme mucho para hacer cualquier cosa	2
	Necesito hacer un esfuerzo extra para empezar cualquier cosa	1
	Puedo trabajar tan bien como antes	0
Insomnio	No puedo dormir como antes	1
	Me despierto varias horas antes de lo usual y no puedo volverme a dormir	3
	Puedo dormir tan bien como antes	0
	Me despierto una o dos horas más temprano de lo usual y no puedo volverme a dormir.	2

Tabla 2 (continuación)

Fatiga	No me canso más de lo normal	0
	Me canso más fácilmente que antes	1
	Me canso de hacer cualquier cosa	2
	Me canso demasiado de hacer cualquier cosa	3
Pérdida del Apetito	Ahora he perdido todo el apetito	3
	Mi apetito es peor ahora	2
	Mi apetito no es tan bueno como era antes	1
	Mi apetito no es peor que antes	0
Pérdida de Peso	No he perdido mucho peso	0
	He perdido más de 5 libras	1
	He perdido más de 10 libras	2
	He perdido más de 15 libras	3
Problemas Físicos	No me preocupo por mi salud más de lo usual	0
	Me preocupan mis problemas físicos y no puedo pensar en otra cosa	3
	Me preocupan mis problemas físicos y me cuesta trabajo pensar en otra cosa	2
	Me preocupan mis problemas físicos como dolores, malestares estomacales o estreñimiento.	1
Desinterés Sexual	He perdido completamente el interés por el sexo	3
	Estoy mucho menos interesado (a) en el sexo ahora	2
	Estoy menos interesado (a) en el sexo que antes	1
	No he notado ningún cambio reciente en mi interés sexual.	0

Justificación Estadística.

Desde su creación el Inventario de Depresión de Beck ha sido sometido a diferentes estudios que evalúan su confiabilidad y validez. Estos estudios han sido llevados a cabo en diferentes países y por diferentes autores.

Confiabilidad

En un estudio realizado por Sanz (1993), se analiza el empleo del Inventario para la Depresión de Beck como instrumento para identificar sujetos depresivos en estudios de psicopatología experimental. Las cifras de fiabilidad del IDB fueron altas tanto en términos de consistencia interna (coeficiente alfa de Cronbach = 0,83) como de estabilidad temporal (las correlaciones test-retest oscilaron entre 0,60 y 0,72 para tres subgrupos diferentes de la muestra total). La validez discriminante del IDB respecto a diversos rasgos específicos de ansiedad medidos con autoinformes (ansiedad social, evaluativa, interpersonal y a los exámenes) fue aceptable, con correlaciones relativamente bajas que oscilaban entre 0,11 y 0,45. No se encontraron diferencias entre sexos ni entre grupos de edad en la puntuación total del inventario, por lo que se ofrecen puntuaciones normativas para la muestra total.

Validez

El estudio de validez fue realizado por Jurado y cois (1998), en el cual evaluó la validez concurrente entre el IDB y la Escala de Zung en una muestra de 120 personas con diagnóstico psiquiátrico de depresión y con edades de entre 17 y 72 años. La correlación estadística entre ambas escalas fue: $r = 0.70, p < 0.000$.

Igualmente en otro estudio se evaluó nuevamente la validez concurrente entre el IDB y la Escala de Zung, pero esta vez en una población de 546 estudiantes de bachillerato, con edades entre 15 y 23 años. La correlación estadística entre ambas escalas fue: $r = 0.65, p < 0.000$.

Según estos estudios el autor concluye que el IDB implementado para este estudio cumple con los requisitos psicométricos de confiabilidad y validez requeridos psicométricamente para evaluar los niveles y realizar el análisis de la depresión.

Procedimiento

A continuación se presenta el proceso a través del cual se llevó a cabo la presente investigación. Esta descripción se hace con el fin de ofrecer claridad acerca de la realización de éste, con el fin de que pueda ser utilizado como base para el desarrollo de otros estudios tanto por parte de la clínica de Reposo San Pablo, como por parte de otros estudiantes de la universidad.

Los pasos que se llevaron a cabo para el desarrollo de esta investigación fueron los siguientes:

Definición del tema de investigación:

En esta fase surge la inquietud de realizar un estudio en la Clínica de Reposo San Pablo de la ciudad de Bucaramanga, debido a la observación realizada durante la práctica clínica de Psicología asignada por la Universidad Autónoma de Bucaramanga en el primer semestre del 2002. Por tal razón se informó de tal inquietud al Dr. Germán Duarte, médico psiquiatra y director científico de la clínica, quien apoyó la idea y avaló la propuesta.

Posteriormente se realizó una revisión acerca de estudios similares efectuados tanto en la clínica como a nivel local, nacional e internacional, para tener una idea clara del desarrollo de otras investigaciones que guiaran el presente proceso. Además se recogió extensa información acerca de la depresión y la teoría cognitiva de Aaron Beck, que sustentaran el estudio propuesto.

Seguidamente se seleccionó la muestra objeto de estudio, que consistieron en 30 pacientes que ingresaron y que estuvieron hospitalizados en ese momento en la clínica con diagnóstico de trastorno depresivo. Para la selección de la muestra no se tuvieron en cuenta características sociodemográficas específicas. El único requisito para pertenecer a la muestra era haber sido diagnosticados con trastorno depresivo y saber leer para facilitar la aplicación del instrumento. La muestra iba siendo seleccionada en la medida que los pacientes ingresaban a la clínica.

Recolección de los Datos

Teniendo en cuenta la revisión bibliográfica realizada se seleccionó el instrumento a emplearse (Inventario de Depresión de Beck).

A continuación se aplicó el instrumento a los pacientes seleccionados para la muestra, buscando encontrar tanto los niveles de depresión en cada paciente como analizar la sintomatología manifiesta en éstos. Además se obtuvieron los datos demográficos partiendo de la historia clínica de cada paciente, que fue facilitada por el Dr. Germán Duarte para el adecuado desarrollo del estudio. La aplicación del instrumento se realizó en forma autoadministrada, es decir, se les proporcionó el cuestionario escrito y los pacientes lo respondieron directamente sin intermediarios al marcar sus respuestas.

Análisis de los Datos

Como primera medida se realizó una agrupación de las características sociodemográficas predominantes en la muestra elegida (ver tabla 1).

A continuación, realizó la calificación manual de la prueba por lo cual se obtuvieron los datos brutos (ver tabla 3), que arrojaron inicialmente los niveles de depresión de cada uno de los pacientes. Posteriormente se realizó el análisis de cada una de las pruebas buscando caracterizar el trastorno agrupando esta información, para realizar una descripción de la sintomatología prevalente de la muestra con el fin de definir el manejo ideal en dicha población.

Teniendo en cuenta la sintomatología específica de cada paciente, se tomaron los diversos factores tales como tristeza, pesimismo, insatisfacción, etc., y se realizaron figuras que mostraban el porcentaje en el cual se presentaron cada uno de estos aspectos en la muestra del estudio.

Finalmente se realizaron matrices descriptivas (ver tablas 4, 5 y 6) en donde se pueden observar el porcentaje de presentación del síntoma dependiendo del nivel de depresión de cada uno de los sujetos participantes; lo cual permitió realizar el análisis de los resultados, la discusión y las recomendaciones para la institución que facilitó la realización de este estudio.

Resultados

Para iniciar la presentación de los resultados, se presenta a continuación una matriz de datos que muestra los puntajes brutos obtenidos por cada uno de los sujetos en el Inventario de Depresión de Beck. En forma horizontal se encuentran los 21 ítems, que pueden tener un puntaje entre 0 y 3, y en forma vertical se encuentran cada uno de los sujetos participantes del estudio.

En la última columna se observan los puntajes totales que corresponden a los niveles de depresión.

Tabla 3.

Resultados Cuantitativos Brutos del Instrumento por ítems y Sujetos.

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	TOTAL
1	3	3	1	3	1	1	2	3	0	1	1	1	0	2	2	2	3	2	3	3	3	40
2	2	3	3	2	3	2	1	3	0	1	2	1	2	1	2	3	3	1	3	2	3	43
3	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	2	2	0	1	0	3	1	1	0	1	1	21
4	3	3	0	2	1	1	1	2	3	0	0	0	1	0	1	1	0	0	2	0	0	21
5	3	3	1	2	2	3	1	2	2	2	**	2	2	2	1	3	2	1	1	0	0	38
6	3	3	2	3	2	3	1	2	3	1	3	3	2	2	3	3	0	3	2	3	0	47
7	3	2	3	2	2	3	2	3	0	3	3	3	2	1	2	2	3	3	2	3	3	50
8	3	0	0	1	0	2	0	1	1	1	0	0	2	0	0	1	1	1	0	1	2	17
9	3	3	3	1	3	3	3	2	1	2	3	2	2	2	0	3	1	1	2	0	3	43
10	2	0	0	1	2	3	0	0	0	1	1	2	0	2	0	2	3	1	0	1	0	21
11	0	0	0	0	0	0	0	0	1	3	0	0	2	0	2	1	2	0	2	1	3	17
12	0	2	3	3	2	1	1	2	1	3	1	1	3	1	3	3	3	3	1	3	2	42
13	1	1	2	1	1	1	1	2	2	2	2	0	0	1	1	2	3	0	1	1	0	25
14	1	1	2	1	1	0	0	1	1	0	1	0	1	0	1	2	1	1	0	2	3	20
15	1	3	2	3	2	2	3	3	3	1	1	3	2	3	3	1	1	3	0	0	3	43
16	3	2	3	3	2	3	3	1	3	2	3	3	2	2	2	1	1	2	1	3	3	48
17	3	3	0	1	0	0	1	1	0	2	2	1	2	2	0	0	0	1	1	1	1	22
18	1	2	2	1	2	3	1	2	1	0	1	9	1	2	0	2	3	2	0	0	2	31
19	3	3	3	3	1	3	1	3	3	1	1	2	2	2	2	1	2	1	0	0	2	39
20	3	2	0	3	1	1	1	1	2	2	3	2	3	1	2	**	3	3	2	3	3	44
21	3	2	2	1	3	3	1	0	3	3	0	2	2	0	2	0	2	0	0	3	3	35
22	2	1	0	3	1	3	3	3	2	1	3	2	3	3	2	3	1	1	3	2	0	42
23	2	2	1	1	3	2	3	3	2	1	1	2	3	3	2	1	1	2	2	2	2	41
24	3	3	3	1	2	2	3	3	2	1	3	3	3	2	1	2	3	2	0	2	3	47
25	1	1	2	1	2	0	1	2	1	2	2	2	2	3	1	3	1	0	1	0	0	28
26	3	2	2	1	2	1	1	2	2	2	3	2	2	2	2	*0	3	1	0	3	1	40
27	1	1	1	1	1	3	2	3	0	1	0	0	0	0	0	1	1	1	2	3	0	22
28	3	2	3	1	3	3	1	2	2	1	1	3	3	2	2	1	3	2	1	1	1	41
29	1	2	2	1	2	0	0	0	0	0	1	0	2	2	2	2	1	0	0	2	3	23
30	3	3	3	1	2	2	3	3	1	1	1	3	2	2	2	1	1	1	1	0	3	39

Para el análisis de los resultados se tienen en cuenta como primera medida los niveles de depresión encontrados en la muestra elegida. Así mismo se distinguen los tres factores que agrupan la sintomatología manifiesta de la depresión: Cognitivo, Conductual y Somático teniendo en cuenta las 21 variables incluidas dentro de estos factores propuestos por Beck en su inventario de depresión.

Se encontró que de los 30 pacientes participantes del estudio, diagnosticados con depresión, dos de ellos presentaron depresión leve, nueve presentaron depresión moderada y diecinueve depresión severa, que en términos de porcentajes se pueden ver de la siguiente manera.

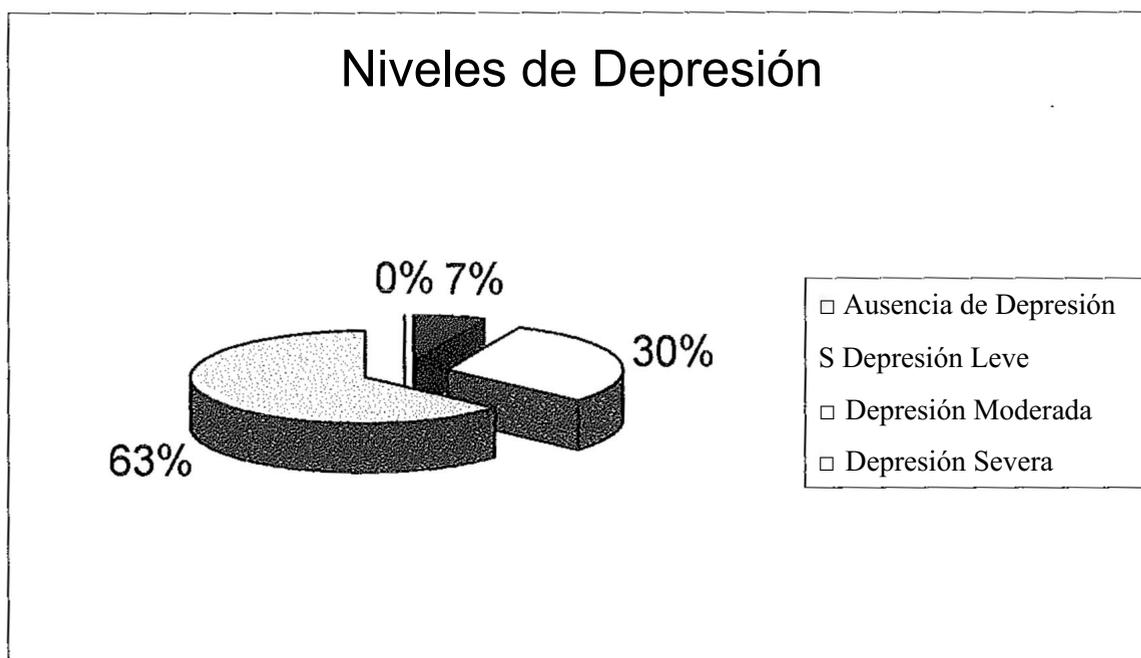


Figura 3. Porcentaje de los niveles de depresión de los participantes.

En la figura 1, se observa que el 63% de los pacientes del estudio presentaron un nivel de depresión severa, el 30% depresión moderada, el 7% presentaron depresión leve; y en ninguno se observó que existiera una ausencia de depresión. Lo que significa que el diagnóstico realizado por los psiquiatras de la clínica fue correcto en todos los casos y que además el instrumento empleado es adecuado para medir depresión.

Como se puede apreciar el nivel más predominante es la depresión severa con un 63% de los casos; en este tipo de depresión el paciente se ve atrapado en un círculo

vicioso ya que debido a su bajo nivel de actividad se ve a sí mismo como inútil, produciéndole esto desilusión, llevándolo de esta manera a un estado extremo de inmovilidad; por lo cual le resulta difícil realizar actividades de tipo intelectual, motoras o habilidades especializadas. Es por esta razón, que para este tipo de depresión se sugiere la aplicación de técnicas conductuales (ver Pág. 50) en las primeras fases de la terapia, con el fin de que el terapeuta busque empezar reestablecer el nivel de funcionamiento que tenía el paciente.

A continuación se podrá observar el análisis de los ítems más representativos para el estudio, los cuales se agruparon con respecto a los factores Cognitivo, Conductual y Somático, propuesto por Aarón Beck. Los ítems restantes se podrán observar en el apéndice C

Factor Conductual

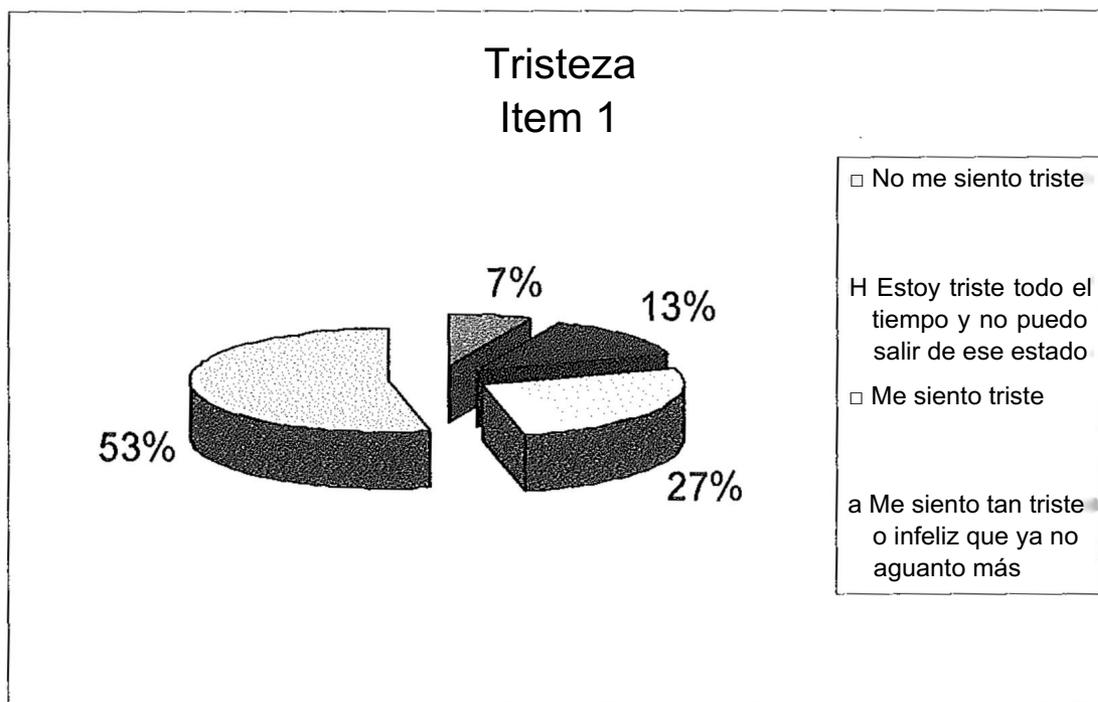


Figura 4. Porcentajes del Item Tristeza

En esta figura se puede observar que con respecto a la pregunta número uno correspondiente a la variable tristeza, el 7% de los pacientes afirmó que no se sentía triste, el 13% estaba triste todo el tiempo y no podía salir de ese estado, el 27% se sentía triste y el 53% se sentía tan triste e infeliz que ya no aguantaba más.

Estos porcentajes, pueden resumirse en que el 93% presentan el síntoma en algún grado y un 7 % no lo refiere; lo cual reafirma uno de los síntomas mas característicos dentro de la patología depresiva, ya que la mayoría de pacientes a nivel de consulta psiquiátrica y psicológica suelen informar de un cierto grado de tristeza e infelicidad como síntoma inicial del cuadro.

Este síntoma puede ser debido a que el paciente presenta esquemas distorsionados que le hacen interpretar distintas situaciones o estímulos internos como representación de una pérdida, de una privación, etc., y que además, le hacen creer que su situación va empeorar cada vez más, hasta que este esquema no sea manejado a través de las diferentes técnicas propuestas, tal como la técnica de la cólera inducida o distracción (ver Pág. 59).

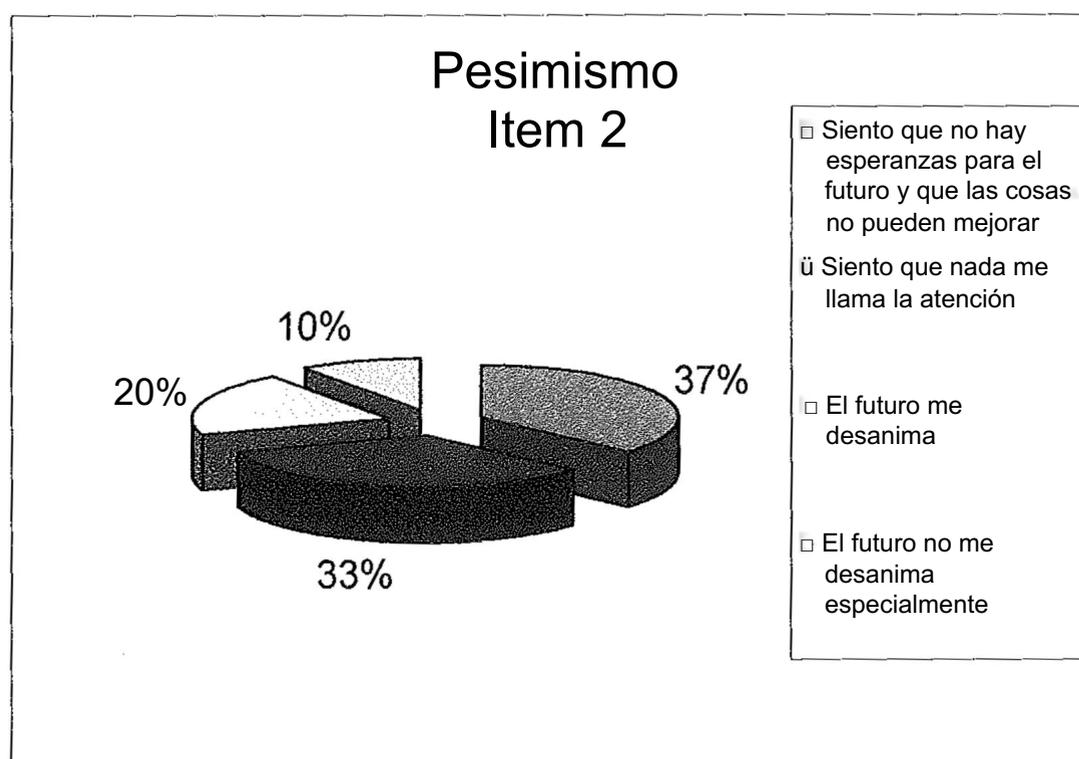


Figura 5. Porcentaje del Item Pesimismo

Dentro del ítem número dos correspondiente a la variable pesimismo se encuentra que al 10% de los pacientes el futuro no lo desanima especialmente, al 20% el futuro lo desanima, el 33% siente que nada le llama la atención y el 37% siente que no hay esperanzas para el futuro y que las cosas no pueden mejorar. Lo que en resumen

muestra que es presentado en grados variables por el 90% del total de la muestra objeto de este estudio.

Este síntoma se encuentra relacionado con la triada cognitiva propuesta por Aarón Beck en cuanto a que el depresivo tiende a interpretar sus experiencias de una manera negativa, generándole así sentimientos negativos del futuro, siendo esto consecuencia de los patrones cognitivos negativos que el paciente presenta. Esto hace que la persona depresiva anticipe que sus dificultades y sentimientos actuales continuarán indefinidamente, inhibiendo así sus proyecciones futuras, ya que sus expectativas para cualquier actividad, aún sin emprendería son de fracaso, reforzando el círculo vicioso de la depresión. Una de las técnicas específicas para el posible manejo de este síntoma es a través de la detección de los pensamientos automáticos (ver Pág. 56) con el fin de que el paciente reflexione sobre la evidencia a favor de sus creencias, y recoja datos en contra de éstas, provocando una disonancia cognitiva, es decir demostrando las contradicciones en su sistema de creencias.

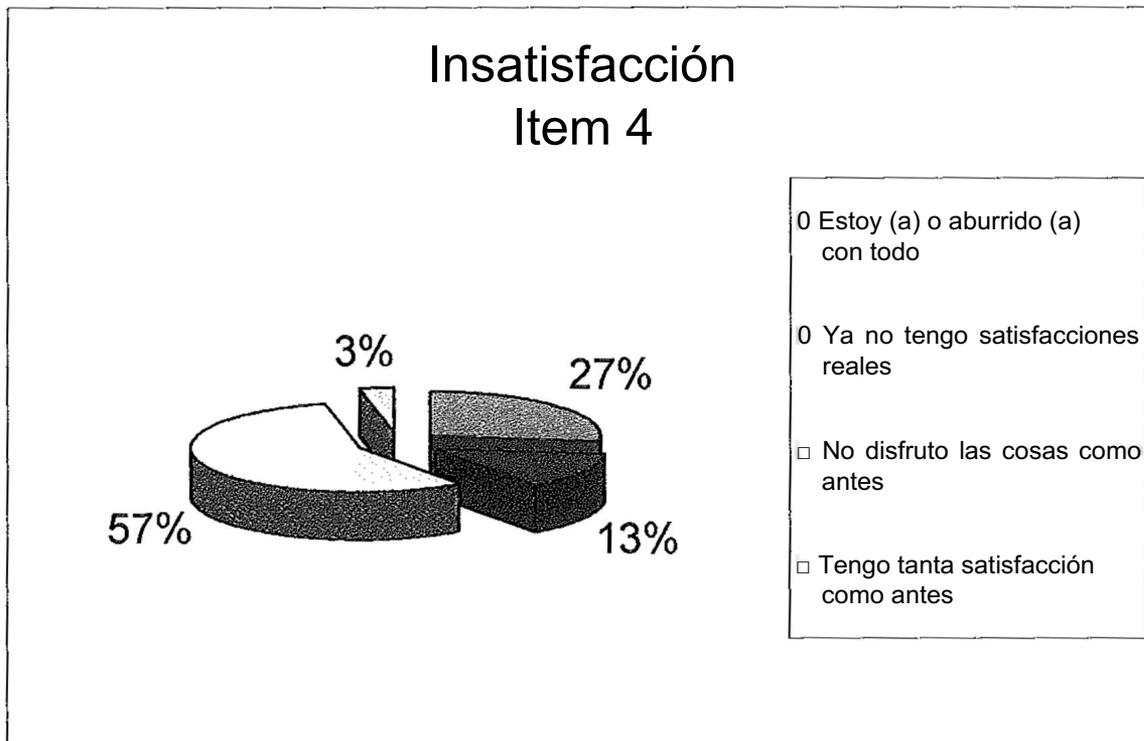


Figura 6. Porcentaje del ítem Insatisfacción

En cuanto al ítem número cuatro correspondiente a la variable insatisfacción se encuentra que el 3% tiene tantas satisfacción como antes, el 13% ya no tiene

satisfacciones reales, el 27% está aburrido con todo y el 57% no disfruta las cosas como antes.

Se observa entonces que el 97% del total de la muestra manifiesta presentar el síntoma en algún grado de gravedad.

Este síntoma puede ser debido a un error de procesamiento de información tal como la abstracción selectiva que consiste en centrarse en un detalle extraído fuera de su contexto, ignorando otras características más relevantes de la situación, y conceptualiza la experiencia con base en ese fragmento, lo cual hace que el paciente no encuentre satisfacciones en ninguna de las situaciones, haciendo de esta forma que se aíse y se cohiba. Esta situación puede generar al mismo tiempo rechazo de las personas que le rodean, provocando así probablemente que sea cada vez más reforzado el esquema distorsionado que está generando los síntomas depresivos.

Para tal síntoma podría aplicarse la técnica de dominio y agrado (ver Pág. 52) la cual permite identificar y corregir distorsiones cognitivas, con el fin de que el paciente disfrute normalmente de sus actividades cotidianas.

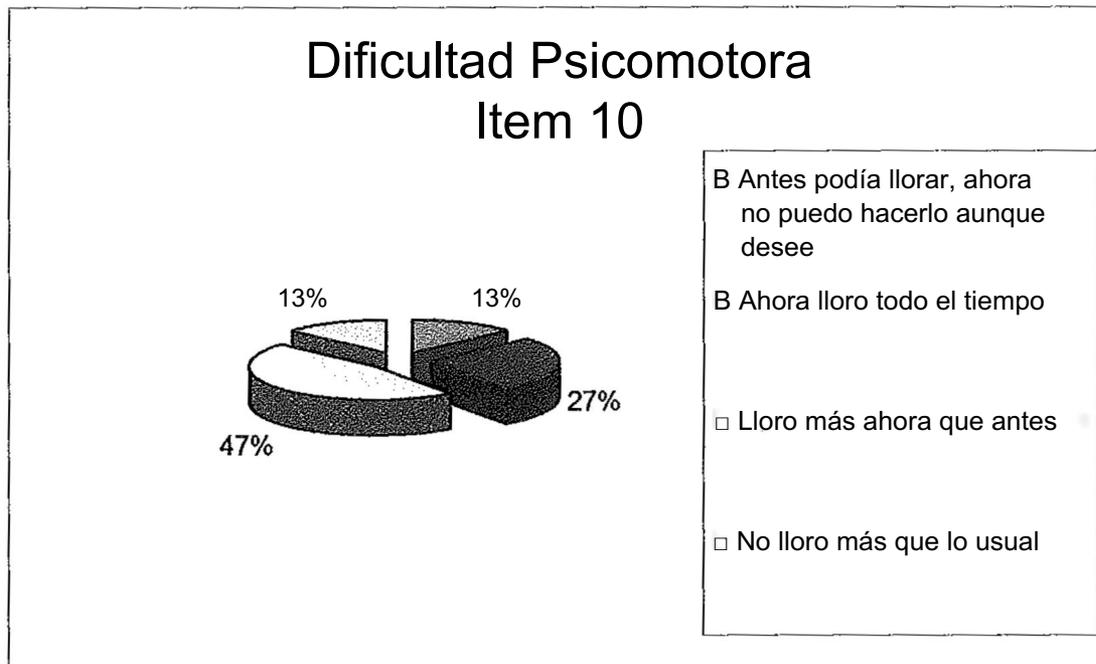


Figura 7. Porcentaje del ítem Dificultad Psicomotora.

En cuanto al ítem 10 correspondiente a la variable dificultad psicomotora, se encuentra que un 13% no llora más que lo usual, otro 13% antes podía llorar y ahora no puede hacerlo aunque desee, el 27% ahora llora todo el tiempo, y el 47% llora más ahora

que antes. En la muestra del estudio, este síntoma es presentado por el 87% de los pacientes, en diferentes grados.

Esta es una de las principales características que presentan los pacientes depresivos cuando asisten a consulta por su problemática. Además la dificultad psicomotora no solamente está referida al llanto, sino que también puede estar relacionada con la pasividad y el enlentecimiento, siendo síntomas clásicos de la depresión; los cuales han sido interpretados históricamente como una forma de inhibición neuropsicológica, que hace igualmente que el paciente evite contactos con otras personas en actividades de tipo social, haciendo de esta forma que se bloquee con respecto a sus relaciones interpersonales. Así mismo, este síntoma en el inicio del cuadro depresivo puede ser interpretado como signo de pereza o incapacidad tanto por parte del paciente como de las personas de su entorno.

En la dificultad psicomotora podría aplicarse la técnica de la pasividad, evitación e inercia (ver Pág. 69) con el fin de contrarrestar la pasividad y la lentitud características del cuadro.

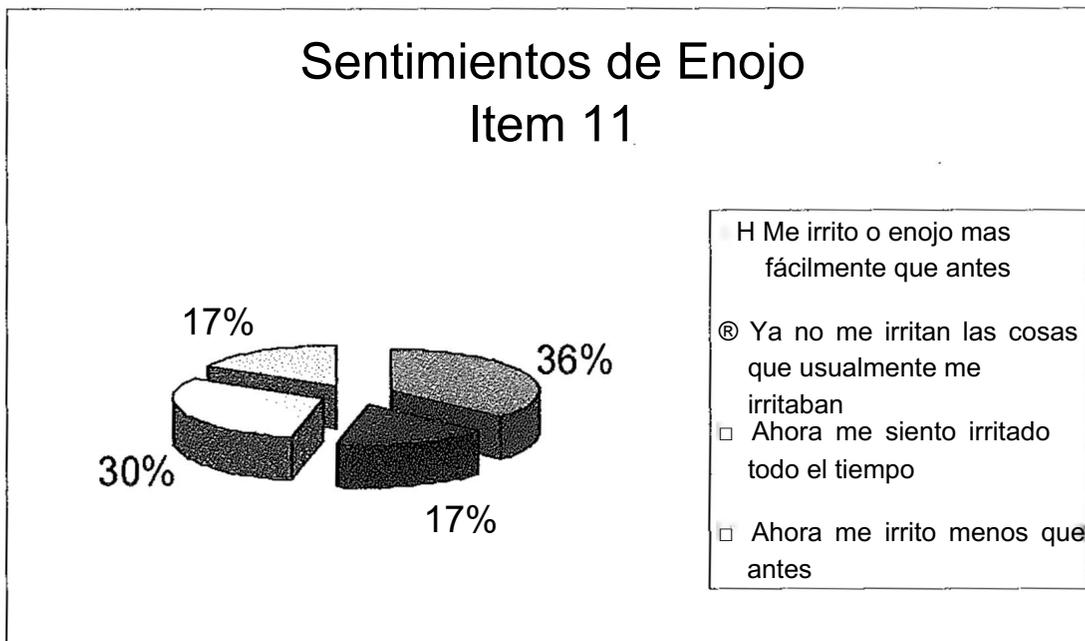


Figura 8. Porcentaje del ítem Sentimientos de Enojo.

En cuanto al ítem número once, correspondiente a sentimientos de enojo, se encuentra que un 17% de los pacientes se irrita menos que antes, el otro 17% ya no le irritan las cosas que usualmente lo irritaban, el 30% se siente irritado todo el tiempo, y el

36% se irrita o enoja mas fácilmente que antes. El porcentaje total de presentación del síntoma es del 83%.

Este síntoma puede ser formado por uno de los errores en el procesamiento de la información, tal como lo es la minimización o maximización (relativo a la respuesta) viéndose esto reflejado en los errores cometidos al evaluar la significación o la magnitud de un evento; errores de tal calibre que constituyen una distorsión.

Cuando una persona se enfrenta a una circunstancia; el esquema es la base para transformar los datos en cogniciones; de esta forma si se evalúan los sucesos con base en tal distorsión, el paciente puede experimentar disconfor ante situaciones que eran indiferentes para él, o tornarse mucho más irritable con situaciones que anteriormente no eran generadoras de tal reacción.

La técnica del humor (ver Pág. 60) puede ser efectiva al contrarrestar este síntoma ya que cuando el paciente capta el aspecto humorístico de una situación va desarrollando o aplicando una importante habilidad para hacer frente a los problemas.

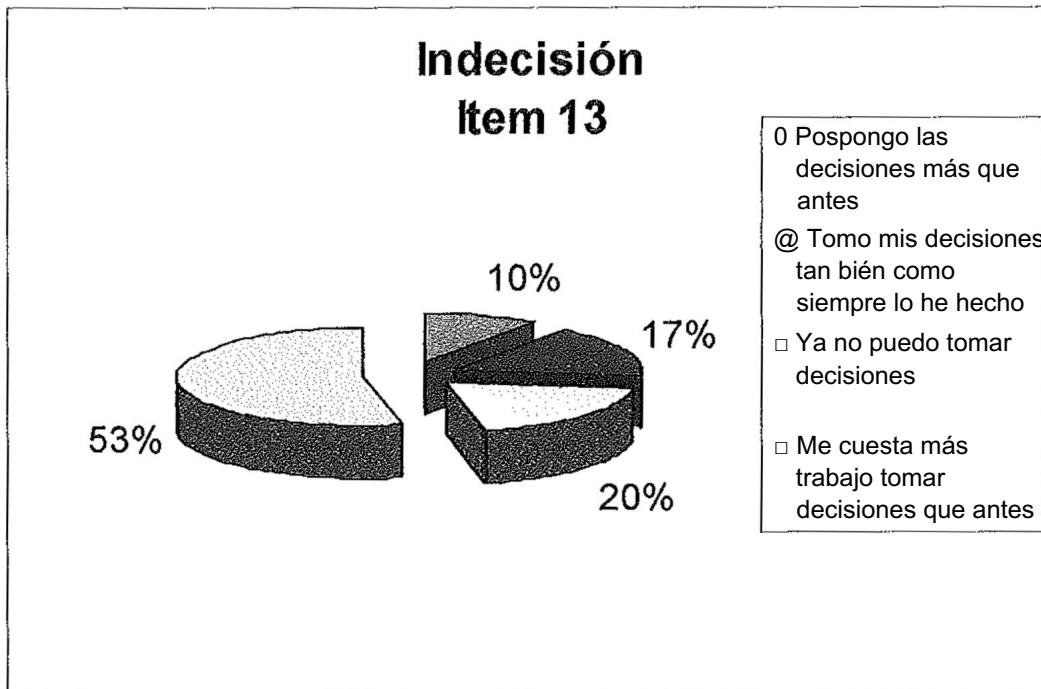


Figura 9. Porcentaje del ítem Indecisión

En cuanto al ítem número 13 correspondiente a la variable Indecisión, se observa que el 10% de los pacientes pospone las decisiones más que antes, el 17% toma las decisiones tan bien como siempre lo ha hecho, el 20% ya no puede tomar decisiones , y

el 53% le cuenta más trabajo tomar decisiones que antes. El porcentaje de presentación del síntoma en el total de la muestra corresponde a un 83%, en distintos niveles.

El paciente depresivo posee un alto grado de dependencia, la cual se puede entender en términos cognitivos. Dado que el paciente se ve como inepto, y sobreestima la dificultad de las tareas, espera fracasar en todo. Así tiende a buscar la ayuda y la seguridad en otros que él considera mas competentes y capacitados, evitando así probablemente la responsabilidad que implica la toma de cualquier tipo de decisión.

Este síntoma está relacionado igualmente con algunos de los componentes de la triada cognitiva, tales como, la visión negativa de sí mismo y del futuro, ya que además de sentirse incapaz; también tiende a no tener expectativas positivas acerca de cualquier evento futuro.

La técnica adecuada para el manejo de éste es la indecisión (ver Pág. 65), a través de la cual se busca que el paciente asimile que en su estado la capacidad de tomar decisiones se encuentra disminuida; pero aún así se ayuda al paciente a que evalúe las posibles opciones y tome la mejor decisión.

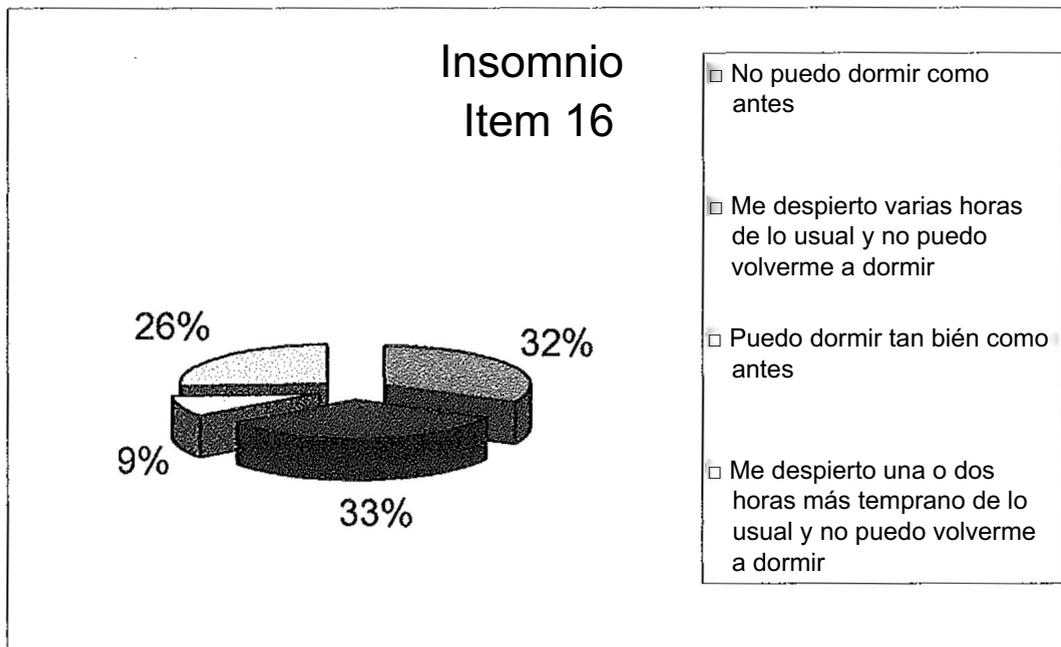


Figura 10 Porcentaje del Ítem Insomnio.

En cuanto al ítem dieciséis, correspondiente a la variable insomnio, se encuentra el 9% puede dormir tan bien como antes, el 26% se despierta una o dos horas mas temprano de lo usual y no puede volver a dormir, el 32% no puedo dormir como antes, y

el 33% se despierta varias horas mas de lo usual y no puede volverme a dormir. Este síntoma es presentado por el 91% de los pacientes evaluados.

Las alteraciones del sueño son síntomas fisiológicos muy frecuentes en el cuadro depresivo, que no solo se refieren a no conciliar el sueño, sino también a despertar muy temprano, o a frecuentes interrupciones de éste.

Este síntoma puede ser generado por algunas ideas perseverantes basadas en esquemas erróneos, que logran hacer que el paciente esté abstraído en pensamientos negativos, repetitivos y perseverantes, encontrando difícil concentrarse tanto en estímulos internos como externos, ocasionando así las diferentes alteraciones del sueño.

En el insomnio el terapeuta puede explicar al paciente algunos aspectos básicos sobre el sueño, y además enseñar al paciente técnicas de relajación con el fin de que el paciente recupere su ciclo de sueño natural.

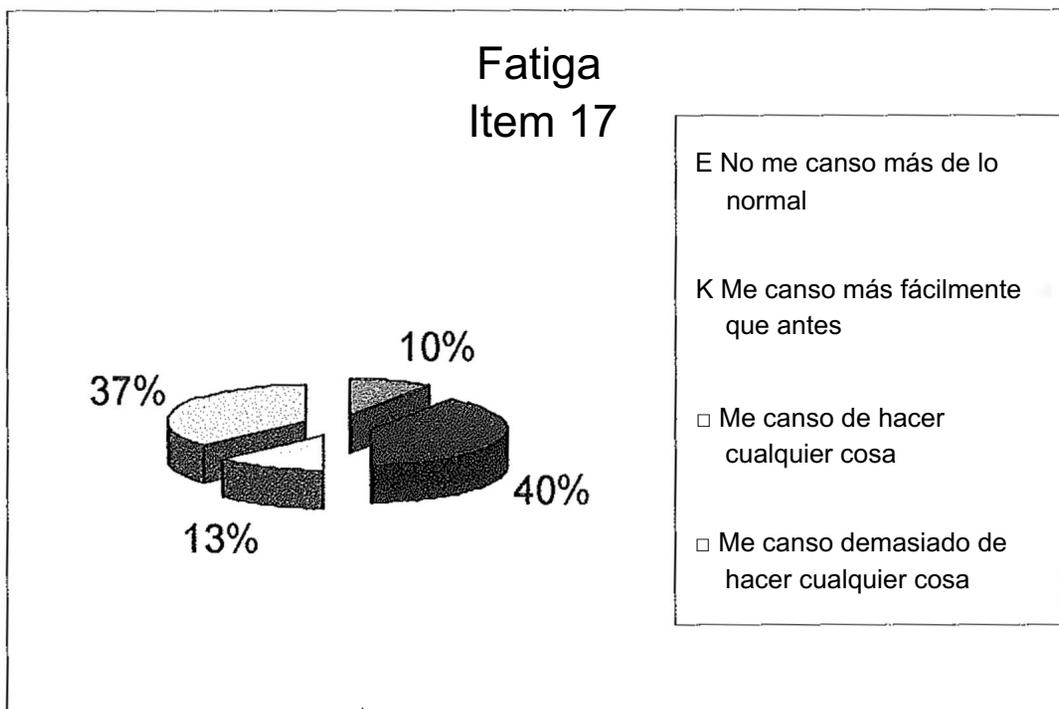


Figura 11. Porcentaje del Item Fatiga.

En cuanto al ítem 17, correspondiente a la variable fatiga, se encuentra que el 10% no se cansa mas de lo normal, el 13% se cansa de hacer cualquier cosa, el 37% se cansa demasiado de hacer cualquier cosa, y el 40% se cansa más fácilmente que antes. Este síntoma es presentado por el 90% de la muestra.

Este síntoma está generado igualmente en los esquemas distorsionados negativos de sí mismo, siendo esto un pensamiento primitivo de tipo no dimensional y global, según el cual se tiende a interpretar sus experiencias en términos de derrotas, ya que en la mayoría de los casos el paciente permanece inmóvil porque cree que es incapaz de realizar diversos tipos de actividades o que no recibirá ningún tipo de satisfacción al hacerlo, por lo que, ante cualquier situación ya se encuentra predispuesto; ocasionando que el paciente desista fácilmente, presentándose así la fatiga como justificación, lo cual probablemente podría ser aceptado con mayor facilidad por las personas de su entorno.

La técnica adecuada para el manejo de la fatiga es la pérdida de la motivación positiva e incremento de la tendencia a la evitación (ver Pág. 64), que puede ser útil para corregir los pensamientos erróneos del paciente y proporcionar experiencias satisfactorias, siendo el éxito un factor motivante y así el paciente perciba que puede ejercer control sobre algunos aspectos de su vida.

Factor Cognitivo

En el factor cognitivo al igual que en factor conductual se tienen en cuenta para este análisis los ítems más relevantes para éste estudio. Las gráficas de los ítems restantes podrán ser observadas en el apéndice C

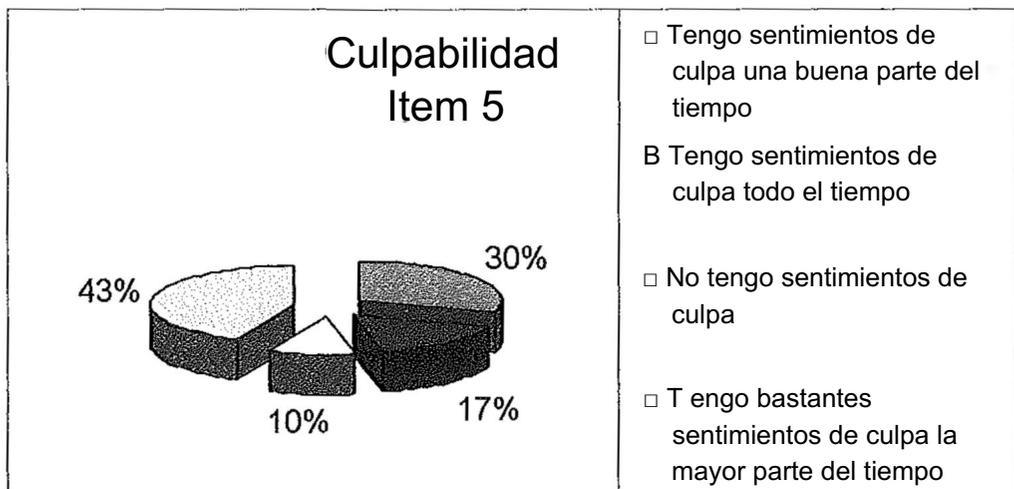


Figura 12. Porcentaje del ítem Culpabilidad.

En cuanto al ítem 15 correspondiente a la variable culpabilidad, se observa que el 10% de los pacientes no tiene sentimientos de culpa, el 17% tiene sentimientos de culpa la mayor parte del tiempo, el 30% tiene sentimientos de culpa todo el tiempo, y el 43% tiene sentimientos de culpa una buena parte del tiempo.

tiene sentimientos de culpa la mayor parte del tiempo. Así mismo el 90% de la muestra presentó éste síntoma.

La culpabilidad se produce por un error en el procesamiento de la información tal como es la personalización, la cual se refiere a la tendencia y facilidad del paciente para atribuirse a sí mismo fenómenos externos cuando no existe una base firme para hacer tal conexión. Este síntoma se ve igualmente generado por la distorsión cognitiva de creerse responsable por la conducta de otras personas.

El manejo adecuado de éste puede ser a través de la técnica de buscar ganancias parciales en los contratiempos o el empleo de las preguntas dirigidas a uno mismo (ver Págs. 67 y 68) buscando que el paciente sea mas flexible en cuanto a los criterios según los cuales juzga las situaciones.

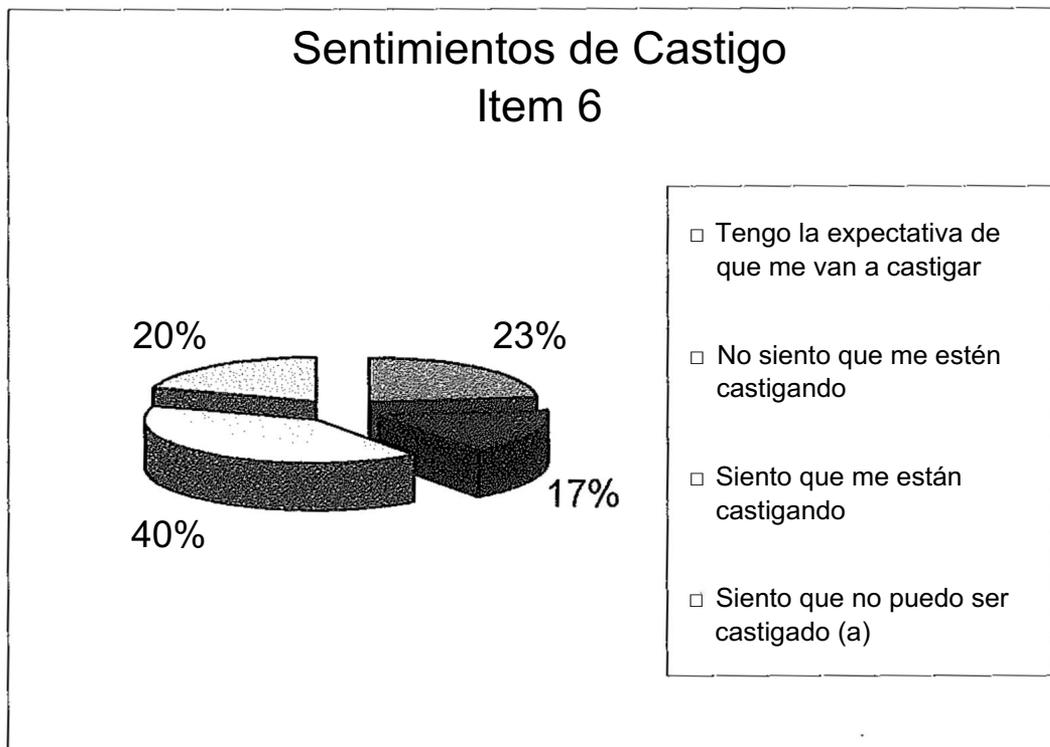


Figura 13. Porcentaje del ítem Sentimientos de Castigo

En cuanto al ítem número seis correspondiente a la variable sentimientos de castigo, se encuentra que el 17% de los pacientes no siente que lo estén castigando, el 20% siente que no puede ser castigado, el 23% tiene la expectativa que lo van a castigar, y el 40% siente que lo están castigando. El 83% de los pacientes de la muestra presentan éste síntoma.

Los sentimientos de castigo son generados por errores sistemáticos en el pensamiento depresivo ya que se mantiene la creencia del paciente en la validez de sus conceptos negativos, tal error, es la generalización excesiva la cual se refiere al proceso de elaborar por regla general una conclusión a partir de uno o varios hechos aislados y de aplicar el concepto tanto a situaciones relacionadas como a situaciones inconexas.

De la misma manera se presenta una visión negativa de sus experiencias y del mundo, ya que al paciente le parece que éste hace demandas exageradas y/o le presenta obstáculos insuperables para alcanzar sus objetivos, provocando así que interprete erróneamente su sintomatología actual y las conductas de otras personas como parte de un castigo hacia él.

Este síntoma se maneja adecuadamente a través de la técnica de la retribución (ver Pág. 57) con la cual el terapeuta y el paciente evalúan los acontecimientos relevantes y aplican leyes lógicas a la información disponible con objeto de atribuir la responsabilidad a quien verdaderamente le corresponde, sin liberar al paciente de toda responsabilidad, sino definir los factores que intervienen en experiencias adversas.

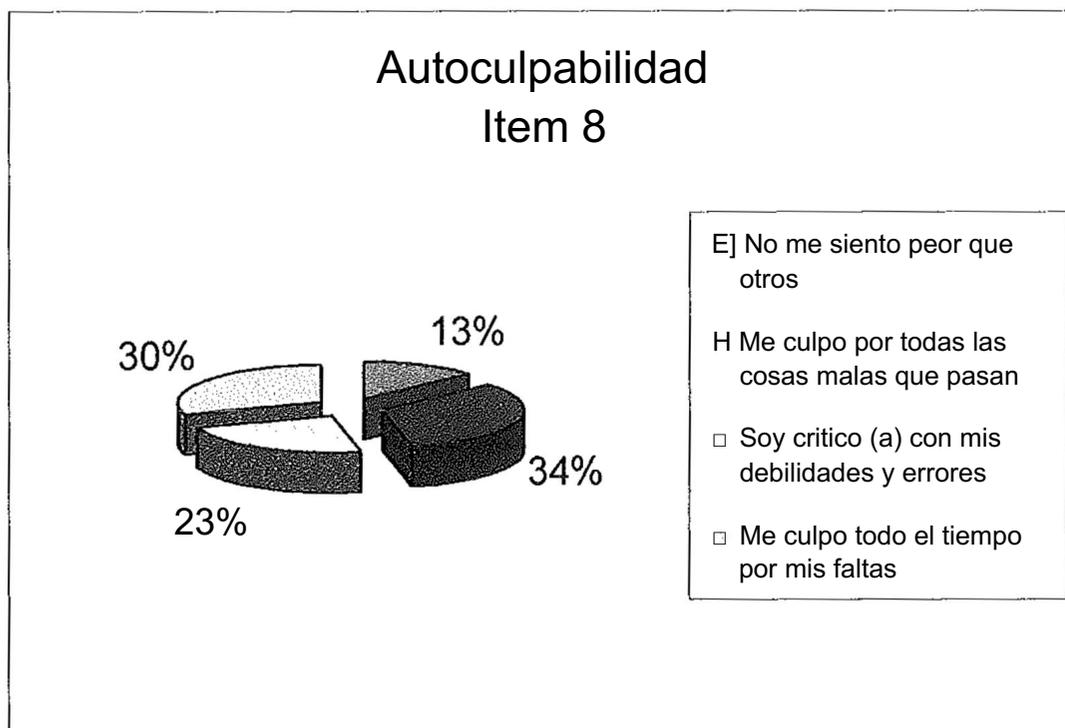


Figura 14. Porcentaje del ítem Autoculpabilidad.

En cuanto al ítem ocho que corresponde a la variable Autoculpabilidad, se puede observar que 13% no se siente peor que otros, el 23% es crítico con sus debilidades y

errores, el 30% se culpa todo el tiempo por sus faltas, y el 34% se culpa de todas las cosas malas que pasan. El porcentaje de presentación del síntoma en la muestra se da en un 87%.

Como la mayoría de las personas, el paciente depresivo también busca la explicación de sus problemas. Según su idea de causalidad, el depresivo tiende a interpretar cualquier deficiencia suya como la causa de sus problemas psicológicos. Este sentimiento puede ser reforzado por las personas que rodean al paciente al afirmar que la mejoría de su patología esta en sus manos.

Los pacientes con una depresión grave llevan la noción de causalidad hasta extremos aparentemente absurdos. Este tipo de autoculpabilizaciones (en absoluto realistas) contribuyen a que el paciente se sienta peor, incrementando el círculo vicioso de la sintomatología presentada en el cuadro depresivo.

Este tipo de síntoma puede ser abordado con la técnica de la autocrítica (ver Pág. 66), con la cual se busca que el paciente identifique que las autocríticas están presentes en todas las situaciones, y de esta forma evalúe objetivamente las autoculpabilizaciones y modifique sus pensamientos.

Matrices Descriptivas

A continuación se presentan tres matrices descriptivas que agrupan la manifestación de los síntomas de acuerdo a cada uno de los niveles de depresión, teniendo en cuenta el número y el porcentaje de pacientes que presentó o no determinado síntoma.

Tabla 4

Matriz descriptiva de los factores seleccionados por los sujetos con depresión severa.

ítem	Factor	N de Pac con el síntoma	N de Pac sin el síntoma	Porcentaje de Selección del Factor
1	Tristeza	18	1	95%
2	Pesimismo	19	0	100%
3	Sentimientos de fracaso	17	2	89%
4	Insatisfacción	19	0	100%
5	Cupabilidad	19	0	100%
6	Sentimientos de castigo	19	0	100%
7	Autodecepción	19	0	100%

Tabla 4 (continuación)

8	Autoculpabilidad	18	1	95%
9	Ideas de suicidio	16	3	68%
10	Dificultad psicomotora	18	1	95%
11	Sentimiento de enojo	18	1	95%
12	Desinterés social	19	0	100%
13	Indecisión	18	1	95%
14	Imagen corporal	18	1	95%
15	Incapacidad laboral	17	2	89%
16	Insomnio	18	1	95%
17	Fatiga	18	1	95%
18	Pérdida de apetito	18	1	95%
19	Pérdida de peso	13	6	68%
20	Problemas físicos	13	6	68%
21	Desinterés sexual	18	1	95%

En la matriz descriptiva se puede observar el porcentaje de los 19 pacientes con depresión severa con el porcentaje de prevalencia de cada uno de los síntomas según la teoría de Beck.

Se encuentra que los síntomas presentados por la totalidad de los pacientes con depresión severa son pesimismo, insatisfacción, culpabilidad, sentimientos de castigo, autodecepción y desinterés social.

Además síntomas tales como tristeza, autoculpabilidad, dificultad psicomotora, sentimientos de enojo, indecisión, imagen corporal, insomnio, fatiga, pérdida de apetito y desinterés sexual, se presentan en un 95% de los pacientes. Los síntomas como sentimientos de fracaso e incapacidad laboral se encuentran en un 89%.

Finalmente, las ideas de suicidio, pérdida de peso y problemas físicos se encuentran en un 68% de los pacientes con depresión severa.

Tabla 5

Matriz descriptiva de factores seleccionados por los 9 sujetos con depresión moderada.

ítem	Factor	N de Pac con el síntoma	N de Pac sin el síntoma	Porcentaje de Selección del Factor
1	Tristeza	9	0	100%
2	Pesimismo	8	1	89%
3	Sentimientos de fracaso	6	3	67%
4	Insatisfacción	9	0	100%
5	Culpabilidad	8	1	89%
6	Sentimientos de castigo	5	4	56%
7	Autodecepción	5	4	56%

Tabla 5 (continuación)

8	Autoculpabilidad	7	2	78%
9	Ideas de suicidio	5	4	56%
10	Dificultad psicomotora	6	3	67%
11	Sentimiento de enojo	7	2	78%
12	Desinterés social	4	5	44%
13	Indecisión	5	4	56%
14	Imagen corporal	6	3	67%
15	Incapacidad laboral	5	4	56%
16	Insomnio	8	1	89%
17	Fatiga	7	2	78%
18	Pérdida de apetito	5	4	56%
19	Pérdida de peso	5	4	56%
20	Problemas físicos	7	2	78%
21	Desinterés sexual	4	5	44%

La anterior matriz muestra el porcentaje de presentación del síntoma en los 9 sujetos con depresión moderada de la muestra seleccionada.

Se puede observar que la tristeza, y la insatisfacción, se presentan en un 100% de los pacientes con depresión moderada.

El pesimismo, la culpabilidad, y el insomnio se observan en un 89% de estos pacientes.

Los síntomas como autoculpabilidad, sentimientos de enojo, fatiga y problemas físicos, se encuentran en un 78% de la muestra con depresión moderada.

En un porcentaje de 67% podemos observar los sentimientos de fracaso, la dificultad psicomotora, y la imagen corporal.

Por último en un 56% se pueden encontrar los síntomas tales como sentimiento de castigo, autodecepción, ideas de suicidio, indecisión, incapacidad laboral, pérdida de apetito y pérdida de peso.

Tabla 6

Matriz descriptiva de factores seleccionados por los 2 sujetos con depresión leve.

ítem	Factor	N de Pac con el síntoma	N de Pac sin el síntoma	Porcentaje de Selección del Factor
1	Tristeza	1	1	50%
2	Pesimismo	0	2	0%
3	Sentimientos de fracaso	0	2	0%
4	Insatisfacción	1	1	50%

Tabla 6 (continuación)

5	Culpabilidad	0	2	0%
6	Sentimientos de castigo	1	1	50%
7	Autodecepción	0	2	0%
8	Autoculpabilidad	1	1	50%
9	Ideas de suicidio	2	0	100%
10	Dificultad psicomotora	2	0	100%
11	Sentimiento de enojo	0	2	0%
12	Desinterés social	0	2	0%
13	Indecisión	2	0	100%
14	Imagen corporal	0	2	0%
15	Incapacidad laboral	1	1	50%
16	Insomnio	2	0	100%
17	Fatiga	2	0	100%
18	Pérdida de apetito	1	1	50%
19	Pérdida de peso	1	1	50%
20	Problemas físicos	2	0	100%
21	Desinterés sexual	2	0	100%

En la matriz descriptiva de los 2 pacientes que exhibieron depresión leve, se puede encontrar que los síntomas presentados por la totalidad de ellos son ideas de suicidio, dificultad psicomotora, indecisión, insomnio, fatiga, problemas físicos y desinterés sexual.

Un 50% de estos pacientes presentan síntomas tales como tristeza, insatisfacción, sentimientos de castigo, autoculpabilidad, incapacidad laboral, pérdida de apetito y pérdida de peso.

Además ninguno de los pacientes con depresión leve, presentan los siguientes síntomas: pesimismo, sentimientos de fracaso, culpabilidad, autodecepción, sentimientos de enojo, desinterés social e imagen corporal.

Discusión

Según los hallazgos encontrados en el presente estudio se puede determinar que se cumplió el objetivo general propuesto al iniciar la investigación, el cual planteaba la descripción de los niveles de depresión en cuanto a los aspectos cognitivo, conductual y somático partiendo de la teoría de Aaron Beck, presentes en los pacientes con diagnóstico de trastorno depresivo, internos en la clínica de Reposo San Pablo de la ciudad de Bucaramanga, con el fin de plantear técnicas de intervención adecuadas para la evolución del trastorno.

En cuanto a los niveles de depresión, se encuentra que la totalidad de la muestra prestó algún grado de ésta, ratificando así el diagnóstico de trastorno depresivo, establecido por el psiquiatra tratante con lo que se confirma que el IDB, instrumento empleado para este estudio, es apropiado debido a que ha sido ampliamente validado por diversas investigaciones tales como la realizada por Aguilar (1996), Jesús F Sanz (1993), entre otros. Además el nivel predominante en el estudio es la depresión severa con el 63% de los casos, para los cuales es conveniente iniciar el manejo con técnicas conductuales y seguidamente con técnicas cognitivas dependiendo de la sintomatología presentada, ya que en este tipo de depresión el funcionamiento del paciente tanto a nivel intelectual como a nivel motor, se encuentra disminuido en gran medida; siguiéndole la depresión moderada con el 30%, y la de depresión leve con el 7%, en las cuales aunque los síntomas no son tan marcados, el paciente refiere que le resulta difícil realizar funciones intelectuales y motoras en su vida cotidiana, lo cual lo lleva a consulta psiquiátrica, en la que se debe manejar con igual importancia tanto la depresión severa como la depresión leve.

Igualmente citando los antecedentes investigativos, como el realizado por la Empresa Social del Estado Hospital Psiquiátrico San Camilo (2001), en donde se muestra que del total de test aplicados para depresión el 40.522% resultaron ser casos de depresión; siendo ésta la patología más sobresaliente dentro de la población. Los resultados pueden ser comparados con el presente estudio en cuanto a que el 55% del total de los casos atendidos en la Clínica de Reposo San Pablo durante el primer semestre del 2002, corresponden al diagnóstico de trastorno depresivo, mientras que las otras patologías se encuentran en porcentajes menores como por ejemplo las demencias en un 25%, el episodio psicótico agudo con un 7%, los diferentes tipos de

esquizofrenias con un 5%, etc., por lo cual lo relevante de la escogencia del tema de investigación.

De la misma manera se encuentra correlación con la investigación mencionada anteriormente respecto a la prevalencia de la depresión en el sexo femenino ya que en los dos se observa un mayor porcentaje de mujeres con trastorno depresivo correspondiéndoles un 77% de los casos en el presente estudio, y un 70.071% de los casos en el del hospital psiquiátrico contra un 23%, y 29.928% respectivamente en cuanto al género masculino.

Otra de las características predominantes en la muestra objeto de estudio es su estado civil en donde el 37% tienen pareja permanente, ya sea en unión libre o unidos por matrimonio, mientras el 63% no tienen pareja; ya sea porque son solteros o son separados. Observándose entonces que una de las características importantes dentro de la población estudiada es que los pacientes no poseen un compañero (a) (ver apéndice B). De esta forma se puede concluir que una relación de pareja estable, puede actuar evitando la exacerbación de los síntomas depresivos, dado que un sistema de apoyo social sólido puede servir para proporcionar muestras de aceptación, respeto y afecto que neutralicen la tendencia del paciente a subestimarse, es' decir, el tratamiento de un paciente depresivo suele verse beneficiado si se cuenta con una pareja a la que recurra como representación de la realidad social para ayudar al paciente a someter a prueba la validez de sus pensamientos negativos.

Por otro lado en la Clínica de Reposo San Pablo no se encontraron estadísticas específicas de los reingresos de los pacientes, los cuales solo pueden ser observados al revisar su historia clínica encontrándose en la muestra objeto de estudio que el 57% de los casos ya había consultado anteriormente por el mismo trastorno, mientras que el 43% de los casos acudía por primera vez a la institución. Sin embargo es necesario aclarar que en algunos de los casos, el hecho de acudir por primera vez a la clínica no significaba necesariamente que nunca hubiesen presentado síntomas de depresión, ya que en ciertos casos la primera consulta se había realizado en otra institución. Con esto se puede concluir que posiblemente el manejo terapéutico dado a estos pacientes no ha sido totalmente efectivo, por lo cual es necesario implementar otro tipo de terapia psicológica eficaz de cara a la depresión, determinando sus indicaciones y

contraindicaciones, y estableciendo su papel en el tratamiento interdisciplinario del paciente depresivo.

Además, partiendo de los factores cognitivo, conductual y somático propuestos por Aarón Beck; se agrupó la población total teniendo como fin encontrar la prevalencia de cada uno de los síntomas sin tener en cuenta (os niveles de depresión.

Es así como se encuentra que dentro del factor conductual los síntomas más sobresalientes a nivel general son la tristeza con el 93%, pesimismo con el 90%, insomnio con el 91%, fatiga con el 90%, dificultad psicomotora con el 87%, sentimientos de enojo con el 83%, e indecisión con el 90% de los casos.

Dentro del factor cognitivo se encuentran en mayor proporción síntomas tales como la culpabilidad con el 90%, insatisfacción con el 97%, sentimientos de castigo con el 83%, y la autoculpabilidad con el 87% de los casos.

Por último dentro del factor somático no se encuentran síntomas realmente prevalentes al realizar el análisis.

Es importante tener en cuenta que los síntomas restantes dentro de los tres factores no se excluyen de cada factor, sino que se encuentran en menor proporción que los anteriormente mencionados.

Considerando lo anterior, se puede afirmar que la sintomatología depresiva radica básicamente en esquemas distorsionados negativos, acerca del mundo, de sí mismo y del futuro, que hacen que el paciente interprete la realidad de acuerdo a estos esquemas, por lo cual el manejo que se plantea es de tipo cognitivo, ya que dentro de este enfoque las técnicas terapéuticas van encaminadas a identificar y modificar las conceptualizaciones distorsionadas y las falsas creencias (esquemas) que subyacen a estas cogniciones. El paciente aprende a resolver problemas y situaciones que anteriormente consideraba insuperables, mediante la reevaluación y modificación de sus pensamientos. De esta forma el profesional que maneje el caso, debe ayudar al paciente proporcionándole las herramientas necesarias que van a hacer que éste piense y actúe de un modo más realista y adaptativo en relación con sus problemas psicológicos, reduciendo y eliminando así los síntomas, y permitiéndole que sea éste el que tenga control de cada uno de estos pensamientos.

Dentro de los datos obtenidos en la matriz descriptiva presentada en la tabla 4 se puede apreciar que aun cuando 19 sujetos presentaron depresión severa, no se da un

patrón característico en cuanto a su sintomatología, por ejemplo la totalidad de los pacientes solo presentaron 6 de los 21 síntomas que proponen la teoría de Beck. Estos síntomas son el pesimismo, insatisfacción, culpabilidad, sentimientos de castigo, autodecepción y desinterés social; observándose que los factores restantes van a variar su prevalencia dependiendo de cada caso. Los datos no solo se limitan a los pacientes con depresión severa sino que también pueden extenderse a la depresión moderada y leve (ver tablas 5 y 6) ya que en estos tampoco se puede observar un patrón característico de la sintomatología presentada.

Sustentado en lo expuesto anteriormente se puede determinar que la sintomatología depresiva es diferente en cada uno de los pacientes pertenecientes a la muestra; y por tal razón es necesario hacer una caracterización a nivel individual buscando los síntomas propios dentro del trastorno, facilitando así el adecuado manejo terapéutico, teniendo en cuenta que debe existir una optimización del tiempo que se dedica a la terapia, ya que dentro del sistema de salud colombiano, actualmente (según datos proporcionados por la institución) un paciente posee de 1 a 15 días para la realización de un tratamiento dentro de la clínica; con derecho aproximadamente a una sesión psicológica por mes en consulta externa, el cual es un tiempo relativamente corto debido a que parte de este tiempo el paciente se encuentra bajo efectos de sedación producido por los fármacos que le son suministrados, dentro de su tratamiento.

Retomando la teoría planteada por Aarón Beck quien no pretendía ubicar las causas específicas del desarrollo de la patología, sino que buscaba identificar la sintomatología predominante para atacar directamente el síntoma, realizando un tratamiento activo, directivo y de tiempo limitado; se plantea a la Clínica de Reposo San Pablo, y a los profesionales que les compete el manejo de este trastorno, según los resultados de la presente investigación, la necesidad de tener una idea clara acerca de la utilidad de estas técnicas, las cuales buscan obtener resultados positivos en la resolución de los síntomas en corto tiempo.

Es por lo anterior que se evidencia la necesidad de diseñar un plan de tratamiento personalizado, en donde se apliquen las diversas técnicas cognitivas y conductuales propuestas por Beck en su teoría, por lo cual se plantean de forma detallada dentro del marco teórico de la presente investigación. Técnicas tales como explicar el fundamento teórico al paciente, programación de actividades, asignación de

tareas graduales, detección de pensamientos automáticos, búsqueda de soluciones alternativas entre otras. Esto con el fin de caracterizar el cuadro sintomatológico (síntomas obetivo) del paciente desde la primera sesión a través de la aplicación del IDB, para que de esta forma la recuperación se lleve a cabo en poco tiempo, evitando el alto porcentaje de reincidencia que en la muestra es del 57% de los casos estudiados.

Finalmente se puede concluir este estudio teniendo en cuenta que la presente investigación no solo es importante para la Clínica de Reposo San Pablo ya que es un primer acercamiento investigativo acerca de la patología tratada anteriormente, sino también para todos los psicólogos que ejerzan el área clínica y que manejen el trastorno depresivo, pues como se ha venido afirmando el tratamiento propuesto es directivo estructurado y de tiempo limitado, permitiéndole a los pacientes observar resultados positivos en corto tiempo, siendo esto lo esperado dentro del funcionamiento actual de la ley de salud.

Sugerencias

Como primera medida se sugiere que para próximas investigaciones se implemente un programa de tratamiento, aplicando las técnicas cognitivas y conductuales propuestas por Aarón Beck, para observar la eficacia de éstas en el trastorno depresivo en un tiempo determinado a través de un test re-test, donde se evalúen los niveles de depresión antes y después del tratamiento. Este estudio podría ser implementado ya sea en la Clínica San Pablo o en otra institución que igualmente maneje este trastorno.

Igualmente se sugiere a la clínica de Reposo San Pablo de la ciudad de Bucaramanga que se intervenga el trastorno depresivo en grupos independientes de otras patologías para así facilitar la aplicación de técnicas grupales tales como “sentir autocompasión” o “limitaciones de la expresión de disforia”, entre otras, efectivas en el manejo trastorno depresivo, según la teoría cognitiva de Aarón Beck.

Al mismo tiempo es importante que los pacientes que inicien terapia grupal sostengan por lo menos una terapia individual para explicarles como se va a desarrollar el tratamiento, teniendo un primer acercamiento terapeuta - paciente permitiendo así la posibilidad de realizar catarsis y de esta forma evitar que por ejemplo sus demostraciones incontrolables de llanto afecten aún más los otros pacientes con el mismo diagnóstico, ya que dentro de lo planteado por Aarón Beck es necesario esperar un tiempo prudencial pues estas expresiones afectan en gran medida a los demás pacientes en terapia grupal.

Además como reforzamiento continuo para las terapias es indispensable el empleo de algunas técnicas visuales que recuerden al paciente algunos de los ejercicios propuestos por las técnicas grupales o individuales empleadas.

Finalmente se recomienda a las practicantes del área clínica que una de las formas de plantear temas de investigación es a través de la observación realizada en el transcurso de la práctica, en donde se evidencia las características generales de los diferentes tipos de patologías que pueden dar lugar al planteamiento de nuevas investigaciones en el área psicológica.

Referencias

- Aguilar, Marida. (1995). Estudio Sobre Depresión De Beck. Psicosalud. En Internet (en Red). Disponible en: www.plp.net/esp/estudio.htm
- American Psychological Association. (1998). Manual de Estilo de Publicaciones. México. Editorial Manual Moderno.
- American Psychiatric Association. (1994). DSM-IV. Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales. Barcelona. Editorial Masson.
- Arieti, Silvano y Bemporad Jules. (1993). Psicoterapia de la Depresión. México Editorial Paidós.
- Belloch, A y Cois. (1995). Manual de Psicopatología. México. Ediciones McGraw Hill.
- Beck, A (1976). Cognitive Therapy and the emotional disorders. New York : International Universities Press.
- Beck, A y cois. (1979). Terapia cognitiva de la Depresión. España. Ediciones Descleé De Brouwer
- Carro (1996). Validación del Inventario de Depresión de Beck en Cuba. En Internet (en red) Disponible en: <http://www.colegiopsicologos.cl/biblioteca.htm>
- Coderch, J. (1982) Psiquiatría Dinámica. Barcelona. España: Editorial Herder.
- Chinchilla, Moreno, A (1998) Tratamiento de las Depresiones. Barcelona, España:. Editorial Masson, S.A
- Empresa Social de Estado Hospital Psiquiátrico San Camilo. (2001) Exploración de Salud Mental en la Población de Estudiantes Universitarios y Funcionarios del Estado de Área Metropolitana de Bucaramanga. Promoción y Prevención Ext 146.
- Freud, Sigmund. (1915) Duelo y Melancolía. Obras Completas. Tomo II. Madrid España: Editorial Biblioteca Nueva.

Apéndices

Apéndice A: Inventario de Depresión de Beck

INVENTARIO DE DEPRESION DE BECK(IDB)

EVALUACION PSICOLOGICA DE LA DEPRESION

FECHA:

NOMBRE(S) Y APELLIDOS: _____

INSTRUCCIONES

En este cuestionario aparecen varios grupos de afirmaciones. Por favor, lea con atención cada uno de ellos. A continuación, señale cual de las afirmaciones de cada grupo describe mejor sus sentimientos durante a ÚLTIMA SEMANA, INCLUIDO EL DIA DE HOY. Rodee con un círculo el número que está a la izquierda de la afirmación que haya elegido. Si dentro de un mismo grupo, hay más de una afirmación que considere aplicable a su caso, márquela también. Asegúrese de haber leído todas las afirmaciones dentro de cada grupo antes de hacer la elección.

1.
 - 0 No me siento triste.
 - 2 Estoy triste todo el tiempo y no puedo salir de ese estado.
 - 1 Me siento triste.
 - 3 Me siento tan triste o infeliz que ya no aguanto más.

2.
 - 3 Siento que no hay esperanzas para el futuro y que las cosas no pueden mejorar.
 - 2 Siento que nada me llama la atención.
 - 1 El futuro me desanima.
 - 0 El futuro no me desanima especialmente.

3.
 - 1 Siento que he cometido más errores que la mayoría de las personas.
 - 2 Al mirar hacia atrás, o único que veo es una cantidad de errores.
 - 0 No me siento un fracasado.
 - 3 Siento que soy un completo fracaso como persona.

4.
 - 3 Estoy aburrido (a) con todo.
 - 2 Ya no tengo satisfacciones reales.
 - 1 No disfruto las cosas como antes.
 - 0 Tengo tanta satisfacción como antes.

5.
 - 1 Tengo sentimientos de culpa una buena parte del tiempo.
 - 3 Tengo sentimientos de culpa todo el tiempo.
 - 0 No tengo sentimientos de culpa.
 - 2 Tengo bastantes sentimientos de culpa la mayor parte del tiempo.

6.
2 Tengo la expectativa de que me van a castigar.
0 No siento que me estén castigando.
3 Siento que me están castigando.
1 Siento que no puedo ser castigado (a).
7.
3 Me odio a mi mismo (a).
2 Estoy descontento conmigo mismo (a).
1 Estoy desilusionado (a) de mi mismo (a).
0 No me siento desilusionado (a) de mi mismo (a).
8.
0 No me siento peor que otros.
3 Me culpo por todas las cosas malas que pasan.
1 Soy critico (a) con mis debilidades y errores.
2 Me culpo todo el tiempo por mis faltas.
9.
0 No he pensado en matarme.
1 He pensado en matarme pero no lo haría.
2 Me gustaría matarme.
3 Me mataría si tuviera la oportunidad.
10.
3 Antes podía llorar, ahora no puedo hacerlo aunque desee.
2 Ahora lloro todo el tiempo.
1 Lloro más ahora que antes.
0 No lloro más que lo usual.
11.
1 Me irrito o me enojo más fácilmente que antes.
0 Ya no me irritan las cosas que usualmente me irritaban.
3 Ahora me siento irritado(a) todo el tiempo.
2 Ahora me irrito más que antes.
12.
0 No he perdido el interés en otras personas.
1 Me interesan las personas menos que antes.
2 He perdido gran parte del interés en otra gente.
3 He perdido todo el interés por otras personas.
13.
1 Pospongo las decisiones más que antes.
0 Tomo mis decisiones tan bien como siempre lo he hecho.
3 Ya no puedo tomar decisiones.
2 Me cuesta más trabajo tomar decisiones que antes.

14.

0 No creo que me vea peor que antes.

3 Creo que me veo horrible.

2 Siento que hay cambios permanentes en mi apariencia que me hacen ver menos atractivo(a).

1 Me preocupa verme viejo (a) y sin atractivos.

15.

3 No puedo hacer ningún trabajo.

2 Tengo que esforzarme mucho para hacer cualquier cosa.

1 Necesito hacer un esfuerzo extra para empezar cualquier cosa.

0 Puedo trabajar tan bien como antes.

16.

1 No puedo dormir como antes.

3 Me despierto varias horas antes de lo usual y no puedo volverme a dormir.

0 Puedo dormir tan bien como antes.

2 Me despierto una o dos horas más temprano de lo usual y no puedo, volverme a dormir.

17.

0 No me canso más de lo normal.

1 Me canso más fácilmente que antes.

2 Me canso de hacer cualquier cosa.

3 Me canso demasiado de hacer cualquier cosa.

18.

3 Ahora he perdido todo el apetito.

2 Mi apetito es peor ahora.

1 Mi apetito no es tan bueno como era antes.

0 Mi apetito no es peor que antes.

19.

0 No he perdido mucho peso.

1 He perdido más de 5 libras.

2 He perdido más de 10 libras.

3 He perdido más de 15 libras.

20.

0 No me preocupo por mi salud más de lo usual.

3 Me preocupan mis problemas físicos y no puedo pensar en otra cosa.

2 Me preocupan mucho mis problemas físicos y me cuesta trabajo pensar en otra cosa.

1 Me preocupan mis problemas físicos como dolores, malestares estomacales, estreñimiento.

21.

3 He perdido completamente el interés por el sexo.

2 Estoy mucho menos interesado (a) en el sexo ahora.

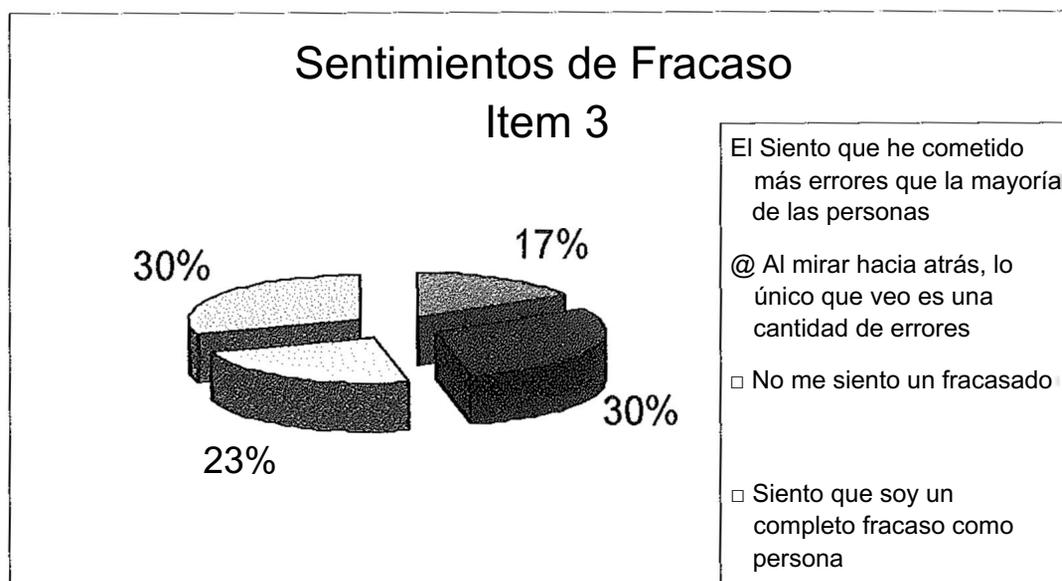
1 Estoy menos interesado (a) en el sexo que antes.

0 No he notado ningún cambio reciente en mi interés sexual.

Apéndice B: Datos Generales de la Muestra

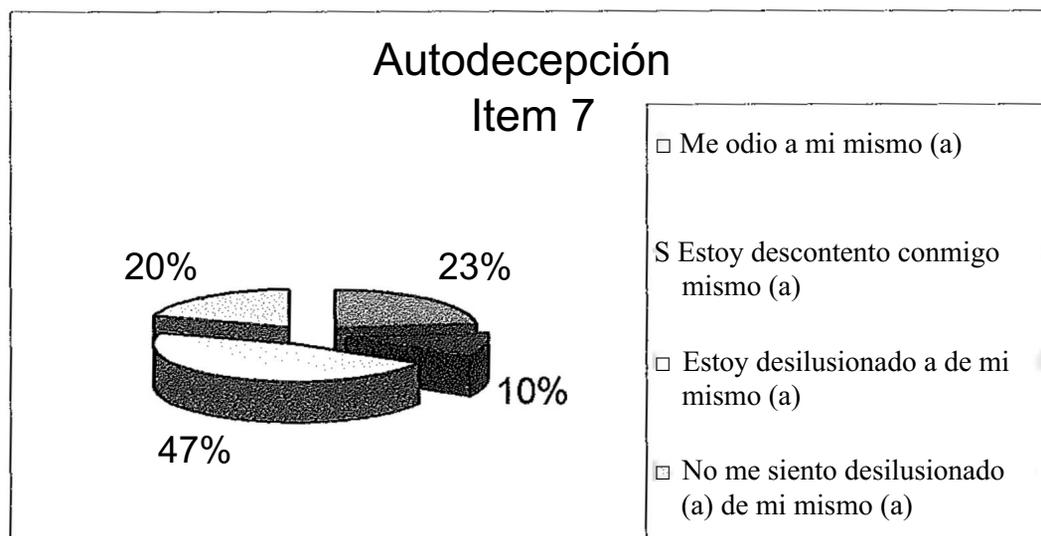
Sujeto	Edad	Sexo	Estado Civil	Nivel Depresión	Ocupación	Historia Clínica	Sistema de Seguridad
1	25	F	Unión Libre	Severa	Hogar	Reingreso	EPS
2	35	F	Soltero	Severa	Hogar	Reingreso	EPS
3	43	F	Separado	Moderada	Empleado	Primera Vez	EPS
4	34	F	Soltero	Moderada	Empleado	Primera Vez	EPS
5	37	F	Unión Libre	Severa	Hogar	Reingreso	EPS
6	20	F	Casado	Severa	Empleado	Primera Vez	EPS
7	54	F	Casado	Severa	Hogar	Reingreso	EPS
8	41	M	Casado	Leve	Empleado	Reingreso	EPS
9	23	F	Separado	Severa	Hogar	Reingreso	EPS
10	28	M	Soltero	Moderada	Empleado	Reingreso	EPS
11	46	F	Separado	Leve	Hogar	Reingreso	EPS
12	38	M	Soltero	Severa	Cesante	Reingreso	EPS
13	56	F	Casado	Moderada	Hogar	Primera Vez	EPS
14	57	M	Separado	Moderada	Empleado	Reingreso	EPS
15	15	F	Soltero	Severa	Estudiante	Primera Vez	EPS
16	27	F	Separado	Severa	Empleado	Primera Vez	EPS
17	22	F	Soltero	Moderada	Empleado	Reingreso	EPS
18	31	M	Soltero	Severa	Cesante	Reingreso	EPS
19	25	F	Casado	Severa	Hogar	Primera Vez	EPS
20	63	F	Casado	Severa	Hogar	Reingreso	EPS
21	15	F	Soltero	Severa	Estudiante	Primera Vez	EPS
22	56	M	Casado	Severa	Empleado	Primera Vez	EPS
23	16	F	Soltero	Severa	Estudiante	Reingreso	EPS
24	14	F	Soltero	Severa	Estudiante	Reingreso	EPS
25	15	F	Soltero	Moderada	Estudiante	Primera Vez	EPS
26	36	F	Casado	Severa	Empleado	Primera Vez	EPS
27	23	F	Soltero	Moderada	Empleado	Primera Vez	EPS
28	33	F	Separado	Severa	Hogar	Reingreso	EPS
29	46	F	Casado	Moderada	Empleado	Reingreso	EPS
30	29	M	Soltero	Severa	Empleado	Primera Vez	EPS

Apéndice C: Porcentajes de Presentación de los Síntomas



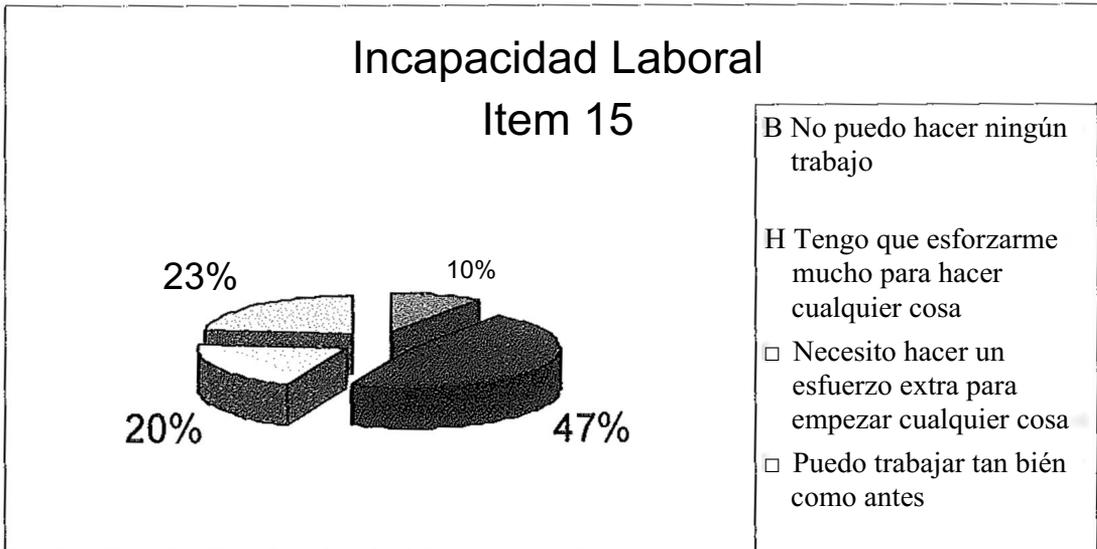
Porcentaje del ítem Sentimientos de Fracaso

Dentro de los resultados obtenidos en el ítem número tres correspondiente a sentimientos de fracaso se encuentra que el 17% de los pacientes siente que ha cometido más errores que la mayoría de las personas, el 23% no se siente un fracasado, un 30% al mirar atrás, lo único que ve es una cantidad de errores, y el restante 30% siente que es un completo fracasado como persona.



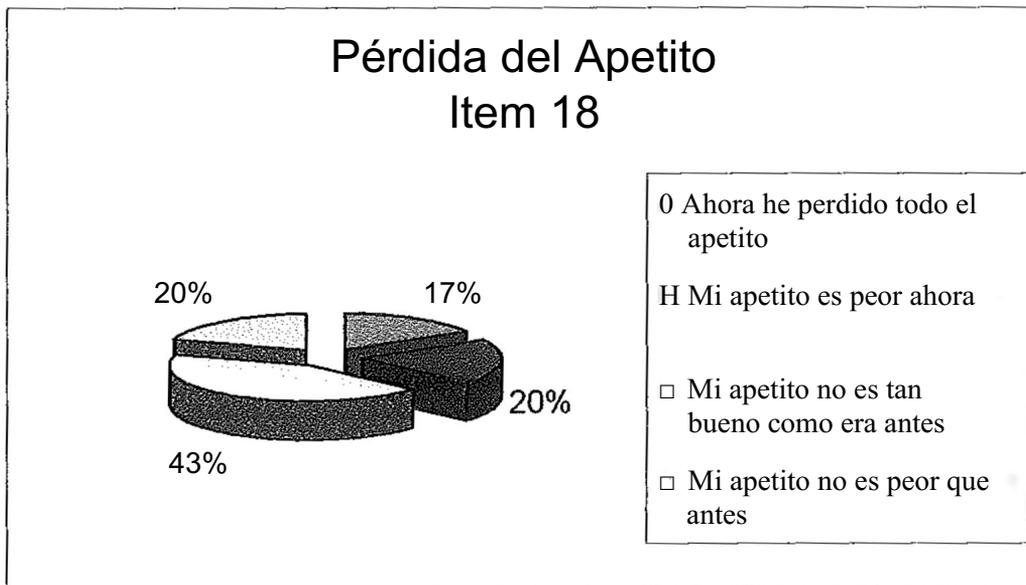
Porcentaje del ítem Autodecepción

Se encuentra que el 10% está descontento consigo mismo, el 20% no se siente desilusionado de sí mismo, el 23% se odia a sí mismo, y el 47% se encuentra desilusionado de sí mismo.



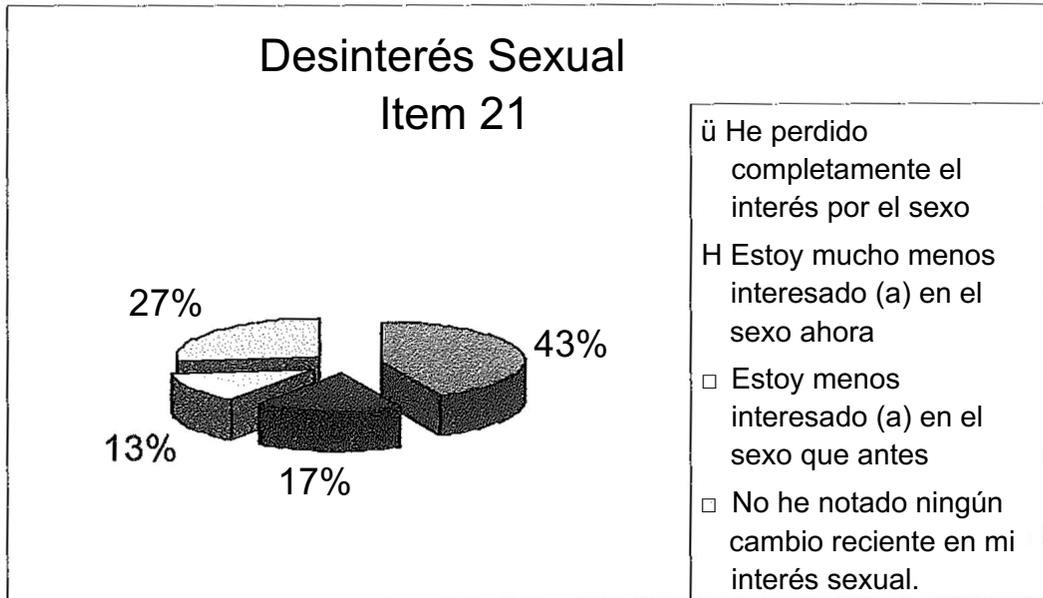
Porcentaje del ítem Incapacidad Laboral.

En cuanto al ítem 15, correspondiente a la variable de la incapacidad laboral, se encuentra que el 10% de los pacientes no puede hacer ningún trabajo, el 20% necesita hacer un esfuerzo extra para hacer cualquier cosa, el 23% puede trabajar tan bien como antes., y el 47% tiene que esforzarse mucho para hacer cualquier cosa.



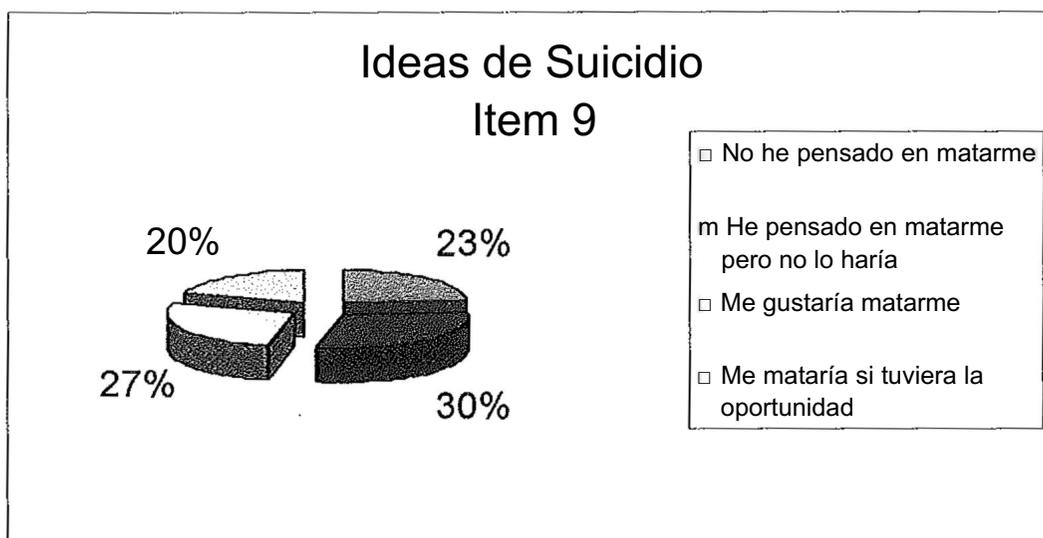
Porcentaje del ítem Pérdida de Apetito.

En el ítem catorce correspondiente a la variable pérdida de apetito, se encuentra que el 17 ahora ha perdido todo el apetito, en un 20% de los pacientes el apetito no es peor que antes, en otro 20% el apetito es peor ahora, mientras que en el 43% el apetito no es tan bueno como era antes.



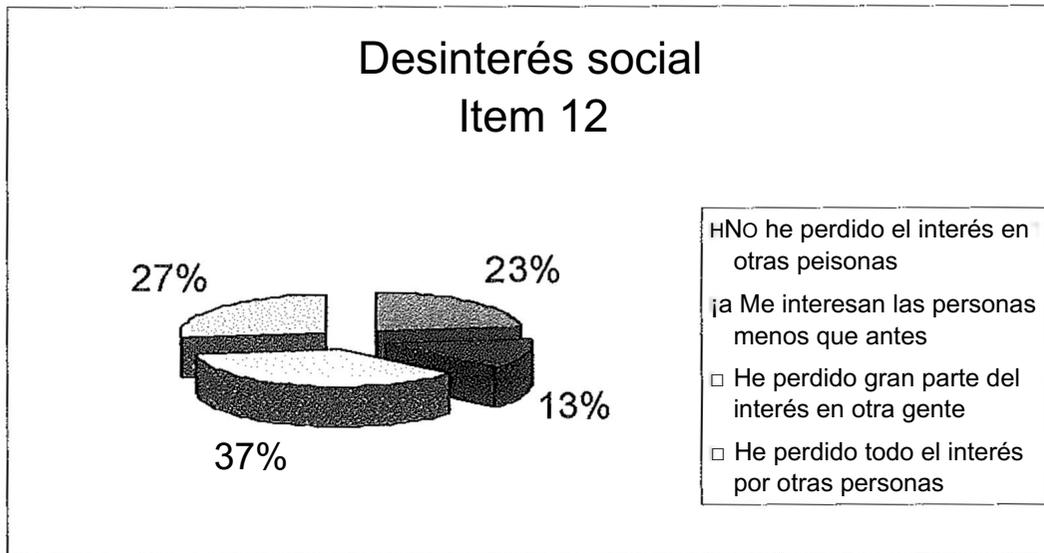
Porcentaje del ítem Desinterés Sexual.

En cuanto al ítem 21, que corresponde a la variable desinterés sexual, se encuentra que el 13% de los pacientes está menos interesado en el sexo que antes, el 17% está mucho menos interesado en el sexo ahora, el 27% no ha notado ningún cambio reciente en el interés sexual, y el 43% ha perdido completamente el interés por el sexo.



Porcentaje del ítem Ideas de Suicidio

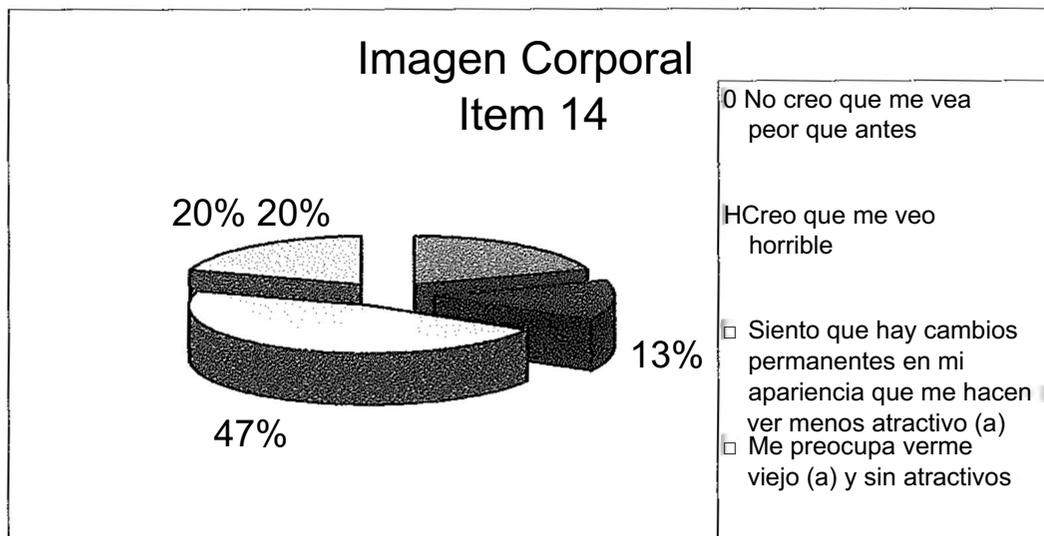
En cuanto al ítem nueve, correspondiente a la variable ideas de suicidio, se encuentra que el 20% se mataría si tuviera la oportunidad, el 23% no ha pensado en matarse, al 27% le gustaría matarse, y el 30% le gustaría matarse pero no lo haría.



Porcentaje del ítem Desinterés social.

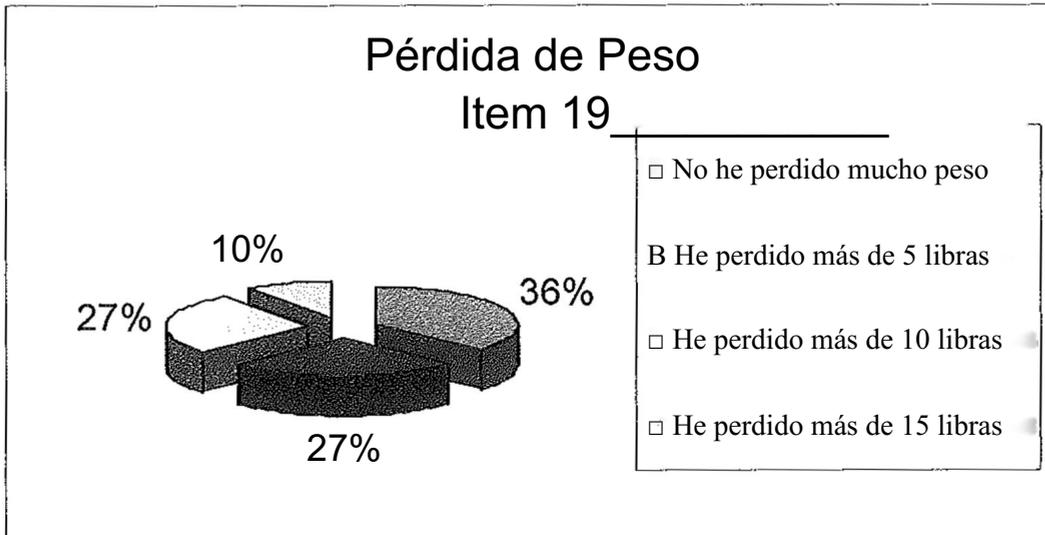
En cuanto al ítem número doce, que corresponde a la variable desinterés social, se encuentra que al 13% le interesan menos las personas que antes, el 23% no ha perdido el interés en otras personas, el 27% ha perdido todo el interés en otras personas, y el 37% ha perdido gran parte del interés en otras personas.

Factor Somático



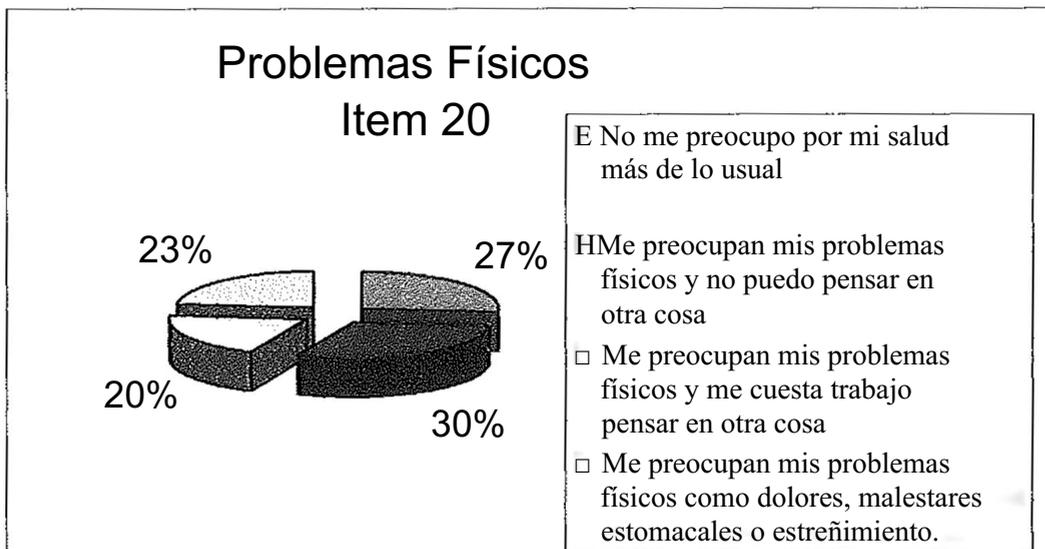
Porcentaje del ítem Imagen Corporal

En cuanto al ítem catorce, que corresponde a la variable de imagen corporal, se encuentra que el 13% de los pacientes cree que se ve mas horrible, un 20% no cree que se vea peor que antes, otro 20% se preocupa por verse viejo (a) y sin atractivos, y el 47% siente que hay cambios permanentes en su apariencia que to hacen ver menos atractivo.



Porcentaje del ítem Pérdida de Peso.

Con respecto al ítem diecinueve, correspondiente a la variable pérdida de peso, el 10% de los pacientes ha perdido mas de 15 libras, un 27% ha perdido mas de 10 libras, otro 27% ha perdido mas de 5 libras y un 36% no ha perdido mucho peso.



Porcentaje del ítem Problemas Físicos.

En cuanto al ítem número veinte, que corresponde a la variable de problemas físicos, se puede encontrar que al 20% le preocupan los problemas físicos y le cuesta trabajo pensar en otra cosa, al 23% le preocupan los problemas físicos como dolores, malestares estomacales o estreñimiento, al 27% no le preocupa su salud mas de lo usual, y al 30% le preocupan los problemas físicos y no pueden pensar en otra cosa.