



Universidad Autónoma del Estado de México

Facultad de Ciencias de la Conducta

**“MODELO DE INTERVENCIÓN EN MUJERES CON
DEPRESIÓN”**

TESIS

Que para obtener el título de
Licenciada en Psicología

Presenta

ALEJANDRA ELIZABETH CABALLERO TAMAYO

No. Cta. 9660204

ASESOR

LIC. BENJAMÍN RODRÍGUEZ CASTILLO



TOLUCA, MÉXICO

JUNIO 2014.

DEDICATORIAS

A MI MAMI:

Por alentarme para llevar a cabo esta meta en mi vida, por ser la mejor mamá dándome todo su amor, confianza y apoyo incondicional en todo momento.

A MIS GRANDES AMORES:

AMIRA Y ALITZEL por ser mi inspiración para esforzarme cada día para ser una mejor madre, hija, hermana, amiga, profesionista un ser humano mejor.

ARMANDO por tomarme de la mano y ser mi compañero de aventuras, aprendizaje por compartir su vida y amor conmigo todos los días.

A MI FAMILIA:

Por estar conmigo en el caminar de este logro.

A MIS AMIGAS:

Por brindarme su amistad y compartir tantos momentos increíbles durante nuestra formación y elaboración de este trabajo.

AGRADECIMIENTOS

En este momento tan significativo en mi vida Agradezco a todas y cada una de las personas que formaron parte de esta experiencia tan maravillosa con sus consejos, paciencia, aprendizaje y por supuesto amor es por eso que hoy les dijo GRACIAS, ¡MUCHAS GRACIAS!

A DIOS:

Por darme la oportunidad de vivir esta gran experiencia y compartirla con mis seres queridos.

A MIS PADRES: LIZ Y JULIÁN

*Les agradezco infinitamente por convertirme en la mujer que ahora soy.
Por su cariño, comprensión, confianza, sacrificio y apoyo incondicional en todo momento.*

A MI ESPOSO: ARMANDO

Por alentarme todos los días y brindarme su amor, confianza, respeto y apoyo incondicional.

A MIS HERMANAS:

Que con su apoyo, cariño y confianza me motivaron a llevar a cabo mis proyectos y principalmente este.

A MIS MAESTROS:

Por compartir sus conocimientos, tiempo y paciencia permitiendo así la culminación de este trabajo.

A MI ASESOR:

Por su confianza compartiendo conmigo sus conocimientos, experiencia y no soltarme en el camino de esta investigación.

"MODELO DE INTERVENCIÓN EN MUJERES CON DEPRESIÓN"



Anexo 8.5: Voto Aprobatorio
 Facultad de Ciencias de la Conducta
 Subdirección Académica
 Área de Evaluación Profesional

Versión Vigente No. 03

Fecha: 20/02/13

VOTO APROBATORIO

Toda vez que el trabajo de evaluación profesional, ha cumplido con los requisitos normativos y metodológicos, para continuar con los trámites correspondientes que sustentan la evaluación profesional, de acuerdo con los siguientes datos:

Nombre del pasante	ALEJANDRA ELIZABETH CABALLERO TAMAYO		
Licenciatura	PSICOLOGÍA	N° de cuenta	9660204
Opción	TESIS INDIVIDUAL	Foto de Seguimiento de Egresados SISE	
Nombre del Trabajo para Evaluación Profesional	"MODELO DE INTERVENCIÓN EN MUJERES CON DEPRESIÓN"		

	NOMBRE	FIRMA DE VOTO APROBATORIO	FECHA
ASESOR	MTRO. BENJAMÍN RODRÍGUEZ CASTILLO		27/05/2014

	NOMBRE	FIRMA Y FECHA DE RECEPCIÓN DE NOMBRAMIENTO	FIRMA Y FECHA DE ENTREGA DE OBSERVACIONES	FIRMA Y FECHA DEL VOTO APROBATORIO
REVISOR	DRA. GUADALUPE MIRANDA BERNAL	 27/05/14	 11/06/2014	 12/06/2014
REVISOR	MTRO. SAÚL URGID VELARDE	 02/06/2014	 11/06/2014	 12/06/2014

Derivado de lo anterior, se le AUTORIZA LA REPRODUCCIÓN DEL TRABAJO DE EVALUACIÓN PROFESIONAL de acuerdo con las especificaciones del anexo 8.7 "Requisitos para la presentación del examen de evaluación profesional"

	NOMBRE	FIRMA	FECHA
ÁREA DE EVALUACIÓN PROFESIONAL	DRA. GUADALUPE MIRANDA BERNAL		12/06/2014





8.11 Carta de Cesión de Derechos de Autor: Evaluación Profesional

Facultad de Ciencias de la Conducta
Subdirección Académica
Departamento de Evaluación Profesional



Versión Vigente No. 00

Fecha: 12/06/2014

CARTA DE CESIÓN DE DERECHOS DE AUTOR

El que suscribe Alejandra Elizabeth Caballero Tamayo Autor del trabajo escrito de evaluación profesional en la opción de Tesis Individual con el título “MODELO DE INTERVENCIÓN EN MUJERES CON DEPRESIÓN”, por medio de la presente con fundamento en lo dispuesto en los artículos 5, 18, 24, 25, 27, 30, 32 y 148 de la Ley Federal de Derechos de Autor, así como los artículos 35 y 36 fracción II de la Ley de la Universidad Autónoma del Estado de México; manifiesto mi autoría y originalidad de la obra mencionada que se presentó en La Facultad de Ciencias de la Conducta para ser evaluada con el fin de obtener el Título Profesional de Licenciada en Psicología.

Así mismo expreso mi conformidad de ceder los derechos de reproducción, difusión y circulación de esta obra, en forma NO EXCLUSIVA, a la Universidad Autónoma del Estado de México; se podrá realizar a nivel nacional e internacional, de manera parcial o total a través de cualquier medio de información que sea susceptible para ello, en una o varias ocasiones, así como en cualquier soporte documental, todo ello siempre y cuando sus fines sean académicos, humanísticos, tecnológicos, históricos, artísticos, sociales, científicos u otra manifestación de la cultura.

Entendiendo que dicha cesión no genera obligación alguna para la Universidad Autónoma del Estado de México y que podrá o no ejercer los derechos cedidos.

Por lo que el autor da su consentimiento para la publicación de su trabajo escrito de evaluación profesional.

Se firma presente en la ciudad de Toluca, a los 12 días del mes de Junio de 2014.

Alejandra Elizabeth Caballero Tamayo
Nombre y firma de conformidad

RESUMEN

La depresión constituye un problema importante de salud pública, en el mundo, representa la cuarta causa de discapacidad en cuanto a la pérdida de años de vida saludables. En México ocupa el primer lugar de discapacidad para las mujeres y el noveno para los hombres.

El crecimiento de la mujer se vuelve cada vez más complejo haciendo que exista la necesidad de enriquecer y mejorar los programas en pro de su fortalecimiento, con la finalidad de disminuir los aspectos que repercuten en su calidad de vida.

El objetivo es comparar el nivel de depresión en mujeres después del entrenamiento cognitivo conductual, a través de la intervención, con un programa, en una muestra de 15 mujeres; donde se trabajaron aspectos relacionados con lo que es la depresión, la forma de pensar de la persona deprimida, historia infantil, acontecimientos de la vida, condición social de la mujer, revaloración y modificación de la persona.

Las participantes fueron evaluadas antes y después con la escala de auto-medición de Zung, al término de la intervención los niveles de depresión disminuyeron y/o finalizaron sin patología. De manera que hubo diferencia significativa en el nivel de depresión, por lo que es recomendable continuar con la mejora y aplicación de programas de intervención para la prevención y tratamiento de dicho trastorno.

ÍNDICE

PRESENTACIÓN	9
INTRODUCCIÓN.....	10
MARCO TEÓRICO.....	12
1. MUJER.....	12
1.1 Definición	12
1.2 Antecedentes Históricos	13
1.3 Género y Equidad	16
1.4 Condición Social de la Mujer	18
1.5 Mitos y Creencias acerca de la Mujer.....	20
1.6 Rol de Género	21
1.7 Mujer y Depresión.....	23
1.8 Contexto Actual	25
2. DEPRESIÓN	27
2.1 Definición de Depresión	27
2.2 Antecedentes Históricos	29
2.3 Causas de la Depresión.....	30
2.3.1 Físicas.....	30
2.3.2 Psicológicas.....	31
2.4 Clasificación de la Depresión	33
2.5 Signos y Síntomas de la Depresión	35
2.6 Escalas para medir la Depresión	40
3. TERAPIA COGNITIVO-CONDUCTUAL.....	43
3.1 Definición de la Terapia Cognitivo- Conductual.....	43

3.2 Antecedentes Históricos de la Terapia Cognitivo-Conductual.....	44
3.3 Fundamentos de la Terapia Cognitiva Conductual	46
3.4 Estructura de la Terapia Cognitivo Conductual	47
3.5 Características de la Terapia Cognitivo Conductual....	51
3.6 Estrategias Cognitivas Conductuales.....	53
3.7 Plan General de la Terapia Cognitiva Conductual.....	56
3.8 Depresión y Terapia Cognitivo Conductual.....	58
3.8.1 Taller Preventivo de la Depresión.....	59
MÉTODO.....	61
1. TIPO DE ESTUDIO.	61
2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.	61
3. DEFINICIÓN DE VARIABLES.	62
4. PLANTEAMIENTO DE HIPÓTESIS.	63
5. POBLACIÓN Y MUESTRA.	63
6. INSTRUMENTO.	63
7. DISEÑO DE INVESTIGACIÓN.....	65
8. CAPTURA DE INFORMACIÓN.....	65
9. PROCESAMIENTO DE LA INFORMACIÓN.....	66
RESULTADOS.....	67
ANÁLISIS DE RESULTADOS	72
CONCLUSIONES.....	74
SUGERENCIAS	75
REFERENCIAS.....	76
APÉNDICES	79

PRESENTACIÓN

La vida en la actualidad es diferente, para las personas que viven en la era del conocimiento y de innovaciones tecnológicas, el estilo de vida, los problemas sociales, personales y la búsqueda de soluciones, promueve que los problemas de salud mental tengan mayor incidencia, en unas personas que en otras es por esto que el objetivo de este estudio es comparar el nivel de depresión en mujeres después del entrenamiento cognitivo conductual.

Para la realización del estudio se tomó en cuenta variables como el género, la edad y que al contestar la escala de automedición para la depresión de Zung presentaran síntomas que, de acuerdo a la clasificación del mismo, indicara el nivel de depresión en las mujeres; se integró un grupo con mujeres para realizar una intervención bajo el modelo de la terapia cognitivo conductual que de acuerdo a varios estudios realizados ha demostrado tener beneficios significativos en las personas atendidas.

En el primer capítulo se describe cómo la mujer ha sido entrenada para estar subordinada al hombre, además de su condición fisiológica y hormonal que la predisponen a estados de ánimo irregulares durante su madurez y por qué no, toda su vida. Por otra parte la condición de género y costumbres que promueven conductas o periodos de tristeza de la vida en sociedad.

Después el capítulo de depresión describe sus causas, clasificación y sus síntomas y como tercer y último capítulo se aborda la terapia cognitivo conductual que tiene técnicas y métodos que permiten trabajar, de manera exitosa, con las personas que presentan depresión, específicamente se trabaja de la triada “pensamiento, emoción y conducta” para modificar la forma en que resuelven los problemas cotidianos.

Se utiliza la “t” de Student para muestras relacionadas, donde se encontró que hay una diferencia significativa en el nivel de depresión después de la intervención lo que aprueba a la hipótesis planteada y demuestra que hay una percepción diferente en la forma de enfrentar su vida, por lo que, se recomienda continuar con el modelo de intervención e innovar en el desarrollo del mismo.

INTRODUCCIÓN

La depresión es un fenómeno que afecta de manera creciente a una gran cantidad de personas en nuestros días. En el ámbito mundial, se señala en informes de la OMS que la prevalencia del síndrome depresivo alcanza valores de 3 a 4 % en la población general y que un 10 % de la población mayor de 15 años llega a presentar estados depresivos en alguna época de su vida, dichos datos están referidos sobre todo a los países desarrollados (Suarez, 1988).

El término depresión tienen muchos significados: la depresión puede manifestarse como un síntoma, o una entidad nosológica. Aunque existen múltiples interpretaciones acerca de las causas de la depresión, hay un acuerdo unánime al considerarla como un rasgo universal de la condición humana, que va desde la tristeza pasajera que puede apoderarse de cada uno de nosotros hasta un severo exceso de melancolía. Robert y Lamontagne (1977) consideran que la depresión es “un estado de tristeza patológica, acompañada de una marcada disminución de la actividad mental, psicomotriz y orgánica”. También concuerdan en que los síntomas son diversos y entre los principales se incluyen: llanto, cara de tristeza, pérdida de la estima de uno mismo, auto-acusación, auto-castigo, hipocondría, disminución del campo de conciencia, dificultad de concentración, pérdida de interés, escasez de conversación, pérdida de apetito, dolores diversos , etc.

Beck (1976) concibe a la depresión como un desorden del pensamiento. Supone que los signos y síntomas de la depresión son una consecuencia de la activación de patrones cognitivos negativos. Para esto, existen varias estructuras cognitivas específicas que son centrales al desarrollo de la depresión: la triada cognitiva, los esquemas y los tres patrones cognitivos.

En el estudio se describe como la mujer es educada para servir, además de su condición fisiológica y hormonal además de costumbres que promueven conductas o periodos de tristeza de la vida en sociedad.

Se aborda la terapia cognitivo conductual específicamente se trabaja la triada “pensamiento, emoción y conducta” para modificar la forma en que resuelven los problemas cotidianos. Se utilizó la “t” de Student para muestras relacionadas, se concluye que el trabajo programado y sistemático disminuye el nivel de depresión.

MARCO TEÓRICO

1. MUJER

1.1 Definición

MUJER.- proviene del latín “mulier”. Otras definiciones atribuidas a este término señalan que es la persona que ha alcanzado la pubertad, la cual a través de la adecuación de su aspecto y comportamiento acepta jugar un papel subordinado en la visión tradicional que tiene el hombre (Grijalbo, 1986).

Para Morant, (2005) El termino mujer se utiliza para mencionar diferencias biológicas, sexuales, distinciones de género en su papel atribuido culturalmente o ambas cosas.

El concepto de mujer es muy amplio engloba muchas cosas, por lo que se le dan muchos significados ya sea como el de madre, hermana, esposa, dama, señora, señorita, bebe, niña etc. En general se refiere a un individuo del sexo femenino, entonces se considera necesario definir los términos “sexo” y “femenino”.

Desde que se nace, la diferencia fundamental entre mujeres y hombres es el sexo el cual son características físicas determinadas genéticamente o el conjunto de peculiaridades anatómico fisiológicas quienes son las que intervienen en la reproducción de la especie.

Sexo, proviene del latín “xu” y se define como la condición orgánica que distingue al macho de la hembra. Por lo tanto sexo es el hecho biológico que en condiciones normales establece dos participaciones diferentes, mutuamente excluyentes y, sin embargo complementarias, no tiene implicaciones sociales,

culturales o históricas, únicamente define la existencia de un ser, no de una persona. (Ferro, 1996).

El término femenino se asigna al ser dotado de órganos receptivos de fecundación y por lo tanto es propio de la mujer, lo que lleva a contemplar distinciones de género de carácter cultural, social y psicológico que se le atribuyen a la Mujer.

El uso más específico de la palabra mujer está vinculado a la persona del sexo femenino que ya ha llegado a la pubertad o a la edad adulta, alcanzando la madurez física y emocional. Por lo tanto, la niña se convierte en mujer, según los parámetros culturales y no existe un solo tipo de mujer, las hay ricas y pobres, cultas e ignorantes, dinámicas y pasivas, seguras e inseguras, creyentes y agnósticas.

1.2 Antecedentes Históricos

Desde el punto de vista religioso el origen del ser humano, en la historia de la humanidad. Dios creó al hombre e hizo caer sobre él un profundo sopor; y dormido, tomó una de sus costillas, cerrando en su lugar con carne; y de la costilla que del hombre tomara, formó Dios a la mujer. Dios creó al hombre y a la mujer a imagen y semejanza para que ambos tuvieran autoridad sobre la tierra. (Génesis 1:27, 28 y 2:21, 22, 23).

También los griegos no se apartaron de la deidad femenina y, pesar de que existía un comandante en jefe de todo el panteón de la mitología griega, las virtudes fueron caracterizadas por las diosas como: Atena era la diosa de la inteligencia, Hera la diosa del hogar y la agricultura, Diana en un sentido del hedonismo y en otro de la caza y el campo, Venus (afrodita) era la diosa del amor y la belleza. Así, las virtudes y las cualidades fueron consideradas básicamente femeninas y a los hombres se les dejaron las actividades más humanas y superficiales, tal como sucedió con Marte, dios de la guerra, y con Dionisio, dios del vino.

Es decir según el género de los dioses se determinaron las diferentes atribuciones; las mujeres representaron las virtudes, fuerza, inteligencia, sabiduría, belleza, placer y sensibilidad, los hombres caracterizaron los defectos, los vicios y la práctica hegemónica del poder sobre el otro. A pesar de la inteligencia de los griegos para plantearlo y de muchos filósofos de la historia, para interpretarlo y darlo a conocer, poco a poco se perdió esta división de géneros, y consecuentemente también se perdió la perspectiva y la misoginia.

Sin embargo en las primeras sociedades sustentaban su vida cultural y económica en la caza y la recolección, las mujeres eran las encargadas de recolectar mientras que los hombres eran los encargados de traer la carne. Esto hizo que las actividades estuvieran relacionadas directamente con la fuerza física se empezaran a identificar con los hombres debido esto la diferencia física entre los dos géneros. Morant, (2005).

De la misma manera sucedió en la Edad Media, las cosas se pusieron más estrictas y definitivas para la mujer dentro de la historia. El mundo se consolidó como un todo en el que los hombres eran el centro, los únicos que tenían la posibilidad de conocer y entender la verdad revelada por Dios.

De esta forma el conocimiento se centralizó en los religiosos y algunos laicos que tenían el privilegio de estar allí. El conocimiento se convirtió entonces en un arma poderosa combinada con la iglesia, dejando a la mujer relegada a ser esposa y madre solamente.

La burguesía trajo un panorama algo distinto que les daba a las mujeres pequeñas posibilidades de acercarse al trabajo como forma de ayudar en el sustento de su hogar, pero fue sino hasta 1918, con la primera guerra mundial, cuando este panorama empezó a tomar un camino distinto. La coyuntura de la guerra obligó a las mujeres a salir de sus casas con el consentimiento de sus esposos y padres. Los hombres debían ir a la guerra y alguien debía encargarse de las tareas que antes eran exclusivas para los hombres. Esto se

acentuó en 1942 en el marco de la segunda guerra mundial, las mujeres empezaron a ser visibles en otros campos

Paralelo a esto se gestó un movimiento que tenía como objetivo la igualdad entre hombres y mujeres. Esto hablaba de la inconformidad que para las mujeres de este momento implicaba no poder escoger un trabajo, un esposo, una religión o una ideología, este movimiento tuvo sus primeros pasos en el siglo XV de la mano de Simone de Beauvoir quien fue la primera mujer que utilizó las letras para defender a las mujeres, posteriormente hace un aporte para el movimiento publicado en 1949 en la obra “El segundo Sexo”

En 1970 unas feministas parisinas llegaron en procesión ante el arco del triunfo para depositar una ofrenda floral a la mujer del soldado desconocido.

A partir de ese movimiento las mujeres empiezan a tomar conciencia de que si el hombre ha obtenido logros, en gran parte se debe a su compañera, ya que es ella la que ha estado a su lado: guerrero, poeta, científico, deportista, etc..., dándole ánimo y defendiéndole sus ideales.

La mujer ha sido la inspiradora de varias obras de arte, creadas por hombres que la toman como modelo para escribir poemas y canciones que los han llevado al triunfo.

Sin embargo, el feminismo tal como lo conocemos hoy en día, apareció en 1880 en Francia y años después en Estados Unidos, este concepto se estructura a partir de la reivindicación de la mujer y la crítica que hace desde los conceptos racionalistas de las estructuras sociales existentes.

De esta manera la revaluación de las jerarquías de género como un concepto creador, por una sociedad que hasta ese momento había sido sustentada en la idea que el hombre era el centro del mundo, fue la bandera que llevó a que años más tarde las mujeres pudieran cumplir otro tipo de roles dentro de la sociedad.

De allí viene que las mujeres pudieran votar, tuvieran las mismas oportunidades laborales, llegaran a los centros del conocimiento y pudieran decidir sobre sus cuerpos, sobre sus vidas sentimentales y hasta sobre lo que se ponían.

En el siglo XX, en los años 70 comenzó un interés por el análisis y la comprensión de lo que sucedió y sucedía en la vida de las mujeres, de ahí empezó a comprenderse el valor de sus logros y sus capacidades. El movimiento femenino hizo oídos para escuchar a la mujer.

El silencio pesa sobre las mujeres como un oscuro manto, miles y miles desfilan silenciosos, casi invisibles por los rincones de una historia que las desconoce, las acalla, las desdibuja o simplemente no las nombran. Es necesario resaltar que existieron religiosas encargadas de la parte femenina de la educación de las prisiones y de los orfanatos; la mujer ha desempeñado un papel muy importante en la sociedad aunque en ocasiones se le aparte de su papel en la historia.

Las mujeres son parte integrante de la historia, los hombres no contribuyen a ello, sino como otra mitad y por consiguiente, lo que relaciona a hombres y mujeres los diferencia socialmente. El género.- Es la trama de una historia humana. Dumon, (1982).

1.3 Género y Equidad

Desde 1995, Money efectuó el traslado del término género a las ciencias médicas como un suplemento preciso del sexo, como el otro componente de un sistema complejo de factores y relaciones que paso a denominarse sistema sexo-genero

Genero según Ferro (1996), dice que es el conjunto de características sociales atribuidas a una persona según su sexo y refiere que no es lo mismo género que sexo biológico; pues, el género es la identidad asignada o adquirida por ese sexo.

Genero pasa a ser una forma de denotar las construcciones culturales la creación totalmente social de ideas sobre los roles apropiados para mujeres y hombres es una forma de referirse a los orígenes exclusivamente sociales de las identidades subjetivas de hombres y mujeres. Género es una categoría social impuesta sobre un cuerpo sexuado. Scott (1990).

Según Scott refiere que el género consta de cuatro elementos:

1. Los mitos y símbolos culturalmente disponibles que evocan múltiples representaciones.
2. Las interpretaciones de los significados de los símbolos a través de los conceptos normativos, estos conceptos se manifiestan en doctrina religiosa, científica, legal, educativa y política que afirman el significado de varón y mujer, masculina y femenina.
3. Las organizaciones y las instituciones sociales de las relaciones de género son el sistema de parentesco, la familia, el mercado de trabajo, las instituciones políticas y educativas.
4. Los análisis individuales a través de las biografías los cuales estudian la identidad.

García (2000) menciona que hablar de género nos referimos a todas aquellas características a las que se deben adecuar hombres y mujeres, de esta manera refiere que las diferencias sexuales y los roles socialmente señalados que son considerados apropiados para cada género es una construcción sociocultural que se expresa en los roles.

Rodríguez (2008) refiere al género como la apreciación conceptual que incluye aspectos sociales, psicológicos, culturales, pedagógicos sobre la feminidad y la masculinidad posee de tres cualidades como son el sentido de crecimiento y realización, la vinculación del lenguaje con el otro sexo y el sentido de fecundidad maternidad y paternidad.

Se entiende por género como el conjunto de características que la cultura adjudica a los hombres y a las mujeres es decir, aquellos aspectos de la conducta que aun habiéndose ligado al sexo, no dependen de factores biológicos se diferencia del vocablo sexo, el cual está relacionado con los componentes biológicos que distinguen al macho de la hembra, mientras el sexo (macho-hembra) tiene un carácter biológico, el género (masculino-femenino) tiene una connotación psicológica y cultural.

Lo que diferencia al “sexo” de “genero” es que el primero queda determinado por la diferencia sexual inscrita en el cuerpo, genero relaciona con los significados que cada sociedad le atribuye Burin, (1999).

En donde los hombres y las mujeres están incluidos en esta construcción social pero no como independientes, sino complementarios en los cuales de acuerdo al desarrollo social, cambian y se definen constantemente. Hablar de género está basado en hechos y pensamientos reales que con el tiempo han sido plasmados en la historia, la lucha continua por crear un ambiente de igualdad entre hombres y mujeres, pero ha valido la pena aunque falta mucho por hacer.

1.4 Condición Social de la Mujer

El concepto condición significa índole, naturaleza o propiedad de las cosas (Alonso, 1982). No se nace mujer: una llega a serlo, ningún destino biológico, económico o físico define la figura que reviste en el seno de la sociedad la hembra humana.

La condición de la mujer es una creación cuyo contenido es el conjunto de circunstancias, características esenciales y cualidades que definen a la mujer como un ser social y cultural genérico, es decir al conjunto de cualidades y características atribuidas a las mujeres desde formas de comportamiento, capacidades físicas e intelectuales, actitudes, hasta su lugar en las relaciones económicas, sociales y a la opresión que las somete.

Desde las condiciones reales de vida, la formación social en que nace, vive y muere cada una, las relaciones de producción reproducción y con ello la clase, el grupo de clase, el tipo de trabajo o de actividad vital, su definición en relación con la maternidad, a la conyugalidad y a la filialidad, su adscripción familiar, así como los niveles de vida y el acceso a los bienes materiales y simbólicos, la etnia, la lengua, la religión, las definiciones políticas, el grupo de edad, las relaciones con otras mujeres, con los hombres y con el poder, las preferencias eróticas, las costumbres, las tradiciones propias, los conocimientos y la sabiduría.

Las mujeres comparten como genero la misma condición genérica, pero difieren en cuanto a sus situaciones de vida, en los grados y niveles de opresión. Las mujeres se relacionan vitalmente en la desigualdad requieren a los otros.- los hijos, la pareja, los parientes, la casa, los compañeros, las amigas y lo requieren

para ser mujeres de acuerdo con el esquema dominante de feminidad y se caracteriza por el sometimiento de poder masculino.

Las mujeres están determinadas por un conjunto de definiciones y relaciones sociales pero finalmente cada una sintetiza la condición y la situación específica que la define haciendo su vida única.

La condición de la mujer mexicana, es un diseño fiel de discriminación, ¿Cómo se nos enseña a ser mujer? La manera de cómo se educa desde niña tiene que ver con que en la edad adulta, sean propensas a la depresión y a otros trastornos. Se enseña a ser pasiva, sumisa, dependientes a olvidarse de ellas mismas a vivir para los demás, se tiene poca libertad y se exige mayor responsabilidad hacia sus padres, existe mayor colaboración en los trabajos de casa y en el cuidado de hermanos menores y es así como se comienza desde niña a tener responsabilidades de adultas, esto limita la libertad y se deja de vivir la infancia como tal. Lara, (1996).

La mujer debe casarse, debe tener hijos, debe hacer, debe tener, debe....debe.....debe de. No hay nada más triste que ver a una niña mala. “sabes a donde van las niñas malas cuando mueren” le decían a una joven romántica

(Charlotte Bronte), cuando una mujer hiere a otra con una frase y refuerza todo lo acumulado por la historia sobre las mujeres. Y es así como lo aprendemos desde pequeñas a devaluarnos a crearnos inseguridad y vivir en una necesidad constante de que nos acepten, de demostrar que valemos. Es común que al hombre se le atribuya el ser valioso, fuerte e inteligente, el nacimiento de un niño es más celebrado que el de una niña, de muchas maneras se nos hace creer y así hemos internalizado que somos menos importantes y valiosas para nuestra sociedad. Alborch (2002).

1.5 Mitos y Creencias acerca de la Mujer

Según las interpretaciones de Taylor y Frazer, de Max Muller y Herbert Spencer, con respecto al mito parten todos los supuestos de que el mito es, antes de que nada una masa de ideas, de representaciones, de creencias teóricas y juicios (Cassierer, 1982).

Los arquetipos o mitos son el espejo de una condición, que durante años han agrupado las experiencias de miles de mujeres son experiencias compartidas en todas las épocas como los ciclos menstruales, la maternidad, la menopausia y las inquietudes ante la familia y la pareja, son algunas de estas experiencias, tan personales y tan universales a la vez lo que nos permite que aprendamos, a través de ellos, sobre nosotras mismas y es así como nos identificamos o reconocemos en uno o en otro mito de lo femenino. Esto obedece a la regulación que los mapas cognitivos y familiares hacen de nuestra experiencia.

Los mitos son un componente característico de muchas culturas “casi de todas”, a través de ellos se han heredado ciertos comportamientos que hasta la fecha aún se conservan, tienen tal trascendencia al grado de restringir, sacrificar e incluso de privar al ser humano con tal de conseguir su encomienda, han sido una forma de vida, pues estos aun antes del nacimiento ya se encuentran latentes en la vida religiosa, cultural y social.

- Venus o la mujer (eternamente bella por fuera)

- La diosa madre
- La virgen
- Anita la huerfanita
- La neurótica
- Mujer inspiradora, musa de poetas
- Mujer amante y seductora
- La mujer total
- La liberada solitaria
- Chamanes, hechiceras y adivinas
- La dual (destructora y creadora)
- La profesional, ejecutiva y famosa

El papel de la mujer desde tiempos pasados ya se encontraba implícito por decirlo de alguna manera, ya que tenían actividades y funciones bien específicas que debían realizar como desempeñar la agricultura, la preparación de alimentos, cuidados de los hijos, atender al esposo y satisfacer las necesidades sexuales de su pareja.

1.6 Rol de Género

A través de la historia, la estructura social ha determinado los roles que hombre y mujer deben desempeñar a partir de su género, derivadas de las creencias culturales, mismas que generan ciertas actitudes hacia cada individuo dependiendo de su sexo, raza, orientación sexual, posición social, edad y de sus prácticas generales.

Kusnetzzof (2004), define como rol al conjunto de expectativas de conducta que se vinculan a un lugar en una estructura social, dichas expectativas se encuentran en la persona que desempeña el rol y las personas con las que se relaciona el rol. Permitiendo a las personas vincularse entre sí y con su sociedad.

Los roles rigen las expectativas culturalmente aprobadas, es decir lo que se espera de una mujer. Teniendo en cuenta las actividades y las funciones inherentes, se conocen un ambicioso abanico de roles:

- Los familiares y tradicionales (esposa, suegra, cuñada, etc.) se focaliza en las actividades principales de cuidadoras, criadoras y socializadoras de las generaciones siguientes.
- Los laborales (la mujer piloto aviador, arquitecto, la médico, etc.)
- Los jerárquicos (la gobernadora, la presidenta, diputada, senadora, alcalde, etc.)
- Y toda la gama de los psicológicos (critica, iniciadora, coordinadora, etc.)

La mujer moderna, es responsable y consciente del rol que le toca desempeñar en diferentes ámbitos así como ejercer sus derechos a plenitud como los (sexuales) por ejemplo a la práctica responsable, informada, libre y gratificante de su sexualidad. A los (reproductivos) cuando y cuantos hijos desea tener, (constitucionales) votar, (Civiles) a permanecer soltera, casada, etc. (educación) a elegir una carrera según su preferencia sin necesidad de que cubra con el prototipo femenino así como el grado de educación que desea. Y por supuesto a no ser discriminada, ni violentada, y a elegir libremente el que hacer con su vida.

Conforme a transcurrido el tiempo, los roles han sufrido una serie de cambios, uno de esos cambios es la división de clases sociales, las oportunidades de crecimiento cultural, educativo, la participación política, económica y social en todo el país. Las expectativas sociales en relación con el desempeño de roles inciden en como las mujeres se posesionan de esa imagen de sí mismas. A través del reconocimiento y aprobación del otro.

Necesitamos cambiar, el cambio nos da miedo y es que ser nosotras mismas puede implicar responsabilidad sobre tu vida y muchas veces resulta más cómodo echarle la culpa a otro de lo que soy o no soy.

“Nuestras dudas son traicioneras
Y nos hacen perder el bien que a menudo
Podríamos ganar,
Por temor a intentar”

William Shakespeare

Ese cambio y contacto con tu interior puede enaltecer tu vida cotidiana para que sea extraordinaria y así construir el camino de esa autoestima que no es más que el fruto de la integración, el olvido del ego y la aparición de tu propio ser, no de lo que crees ser o lo que te dijeron que debías ser y así estarías libres de ataduras.

1.7 Mujer y Depresión

Una diversidad de autores se ha dado a la tarea de analizar la depresión femenina llevando a cabo diferentes estudios y no vacilan en relacionar la depresión con lo femenino, la maternidad y su función materna (Gove, 1979).

Todas las etapas fisiológicas por las que pasa la mujer durante su etapa de desarrollo, menstruación, embarazo, parto y postparto, lactancia y menopausia están dirigidas por las hormonas; esos mensajeros químicos que marcan la ruta en la vida de las mujeres. Así como la genética y la sobrecarga social influyen o favorecen a la presencia de la depresión. Es como el bombo de la lotería. Cuantos más números juegas más posibilidades hay que te toque. Si a los vaivenes hormonales se le añaden el cuidado de otras personas, la doble y triple jornada entre el trabajo fuera de casa y el doméstico, la dependencia económica y social, la violencia de género y las pérdidas el riesgo de sufrirla se dispara.

Según los estudios en relación al fenómeno de la depresión en las mujeres se da a partir del modelo sociocultural, Díaz Guerrero (1989), indica que la mujer tiene más permisibilidad para manifestar sus emociones y que es su educación lo que las hace propensas a tener tantos cambios hormonales.

Las diferencias biológicas y el efecto que provocan los factores sociales y culturales en el estado emocional de la mujer dado que le es permitido llorar y expresar sus emociones y sentimientos positivos, pero al mismo tiempo al control de sentimientos negativos ya que solo se le permite expresar sentimientos positivos, mientras que el hombre debe reprimir sus sentimientos y emociones.

Estudios relacionados con la salud mental en la mujer indican que la depresión es un factor psicopatológico, las mujeres son dos veces más propensas a padecer depresión que los hombres. (Moncarzi, 1990) refiere que la depresión ha sido concebida tradicionalmente como la respuesta a las pérdidas, que la depresión es un problema de mujeres.

La depresión puede afectar a cualquier edad incluidas niñas, hay mayor incidencia a partir de la pubertad hasta el final de la menopausia. Pero se da con más frecuencia entre los 25 y los 45 años. Según una encuesta de Actimude (Actitud de la Mujer ante la Depresión), un 38% de las depresiones en la mujer se asocia con la menopausia y un 17% con situaciones premenstruales. Un dato significativo si se tiene en cuenta que la mujer está un tercio de su vida con la menopausia.

Sabanés (1993), refiere que hay tres razones del porque las mujeres tienen mayor prevalencia de presentar depresión que los hombres una es por razones socioculturales otra es por los cambios neurohormonales y por último el papel social asignado a la mujer.

La mujer tiene ciclos lo que hace que tenga importantes cambios en la conducta, humor, apetito, y el aspecto físico es gracias a esas variaciones hormonales y a su triple rol de esposa, madre y ama de casa que es propensa a sufrir depresión.

1.8 Contexto Actual

Varios autores han realizado un análisis detallista con relación al rol que desempeña la mujer desde diferentes perspectivas culturales; han determinado que la mujer desempeña y desempeña un papel inferior y aunque han habido algunos intentos de la liberación de la mujer, en la realidad se ha logrado poco.

Tal vez a la mujer se le ha clasificado como un ser inferior injustificadamente desde que apareció en la tierra, incapaz de realizar un sin número de labores propias del hombre dado que su naturaleza misma no se lo pudiese permitir, pero es un deber como sociedad el aceptar y hacer mención que esa diferencia de sexos que ha sido ya bastante marcada desde muchos siglos atrás, pudiera atribuírsele a una diferencia mental y no tanto física.

Es decir en tanto que se piensa de manera muy distinta y como tal se actúa respecto a lo que es y no es capaz de hacer la mujer por ella, por su familia y en consecuencia por la sociedad

Delgadillo y Gurrola (2000), mencionan que en el siglo XX se dio mayor realce a la mujer dentro de la entidad pareja en los planos de la salud, el social y el jurídico lo anterior ha abierto nuevas posibilidades y perspectivas de desarrollo, pero sobre todo una garantía de salud mental ya que no se ha logrado erradicar con problemas que devalúan a la mujer.

En la sociedad la mujer es un elemento importante, es el centro de la familia y del hogar en la actualidad al encontrarse inmersa en esta sociedad tan cambiante, desempeña una diversidad de roles. Se debate entre su ser y su querer, por una parte su constitución, que le exige el desarrollo pleno de su naturaleza (procreación) como un componente fundamental de sí misma y por otro lado la necesidad de crecimiento personal, la persecución de sus aspiraciones y la realización de su persona. Por lo que hablar de la mujer actual es hablar de su cultura y de su historia de vida y hacia lograrse tener una visión real.

Las facilidades que se han generado en esta época plena de transformaciones a través de las nuevas dinámicas en que la sociedad desarrolla actitudes distintas de participación, han permitido a las mujeres acceder a nuevos esquemas de realización de sus potencialidades, por lo que actualmente la mujer ya no se dedica a lo que la sociedad o la familia le asigne no se limita a cumplir un solo rol sino que se preocupa y se ocupa de su bienestar personal al conocerse y conocer sus necesidades decide como satisfacerlas y es así que se informa sobre cosas de interés personal, familiar y profesional así como busca apoyo y participa en diferentes actividades como son platicas, talleres en grupos donde interactúan con otras sin importar la edad, profesión o status social así hace uso de su tiempo y de su espacio llevando actividades de reflexión y apoyo para casa.

Afortunadamente los usos y costumbres se han transformado poco a poco debido a los cambios sociales y culturales en el que cada individuo puede incidir y es cierto que hombres y mujeres son diferentes, ya que sus características físicas y psicológicas difieren pero las personas se distinguen por eso, una mujer no es igual a otra aunque exista parecido. Es necesario reconocer que la familia es el eje principal de la sociedad y está conformada por un hombre y una mujer, de tal manera que juntos logran objetivos y tareas de convivencia y fluidez para ambos; que gozan de los mismos derechos y obligaciones, y así lograr un equilibrio emocional.

2. DEPRESIÓN

2.1 Definición de Depresión

Existen diferentes planteamientos filosóficos y científicos que intentan explicar la depresión desde el punto de referencia único, estas incluyen la influencia de los mecanismos químicos del cerebro, los procesos cognitivos o las interacciones familiares.

Para Beck, es un trastorno del pensar con una alteración de la afectividad y de la conducta con la distorsión cognoscitiva. considera que en este trastorno depresivo la principal alteración está en el procesamiento o interpretación de la información que el individuo le da en un momento determinado (Beck, Ruch, Shaw, Y Gary 1982).

Beck (2012), es un estado de ánimo más bajo de lo habitual, es un trastorno psicológico que supone importantes cambios en la manera de pensar, de sentir y de comportarse.

La aportación destaca en una triada cognitiva que consiste en tres patrones cognitivos en el individuo depresivo, consiste en una visión negativa de sí mismo de las experiencias actuales y del futuro. Un importante aspecto de este criterio es que los pensamientos representan una visión distorsionada de la realidad (citado por Sue (1994).

La mayoría de las definiciones actualmente coinciden en que la depresión es una enfermedad que afecta al ser humano alterando su aspecto psicológico, físico y social. Reconocida como un problema de salud pública (Blazer, Kessier, Ganagle y Sawartz, 1994).

Para Zung (1972), expone que la depresión es un estado de fatiga, decepción de la vida, tristeza, desesperación, preocupación, derrotista, pesimismo, disminución de la actividad, sentimientos de desvalorización y reducción de la autoestima.

La depresión es una enfermedad, cuya manifestación habitual es el síndrome depresivo y sobre el cual puede indagarse con frecuencia a sus aspectos concretos (etiología, patogenia, curso y tratamiento). Castilla, (1974).

Preston (2001), señala que la depresión representa un síndrome que, con frecuencia, implica una serie de problemas en la interacción social, la conducta, el funcionamiento mental y biológico, es dolorosa, prolongada, interfiere en la funcionalidad cotidiana, además de ser una emoción destructiva.

DSM IV (2000), Considera a la depresión como un trastorno del estado de ánimo una pérdida de interés o placer en casi todas las actividades cuya característica principal es la alteración del humor.

La APA, ve a la depresión como una enfermedad que trae una serie de síntomas fisiológicos característicos al padecimiento, en donde los componentes físicos obstaculizan el funcionamiento individual, la gravedad de la enfermedad está en función del tiempo hasta que esta permanezca arraigada en el organismo.

Castilla (1974), refiere en tres sentidos la depresión, en síntoma, síndrome y enfermedad.

- Síntoma acompañado o no de otros trastornos.
- Síndrome que agrupa procesos característicos como son la tristeza, inhibición, culpa entre otros.
- Enfermedad como un trastorno de origen biológico en el que puede delimitarse una etiología, una clínica, un curso, un pronóstico y un tratamiento específico.

La depresión es considerada como un trastorno del estado de ánimo, los estados depresivos son el resultado de la interacción de múltiples factores, genéticos, evolutivos, bioquímicos e interpersonales. Calderón, (1999).

Para Orjuela (2000) como un estado emocional de abatimiento, sentimiento de culpa, tristeza señalando síntomas como desesperanza, pérdida de interés, trastornos alimenticios, sentimiento de pesimismo y pensamientos suicidas.

Las definiciones anteriores se centran en los signos y síntomas tratando de buscar y acertar en una explicación como medio para intervenir en la atención de la depresión.

2.2 Antecedentes Históricos

La depresión es uno de los trastornos de la esfera del estado de ánimo más descritos a lo largo de toda la historia y su alta prevalencia los sitúa en uno de los problemas de salud que más ha preocupado a la humanidad en la actualidad.

El primer antecedente formal de este padecimiento en el siglo IV a. De C., Hipócrates afirmaba que, desde el punto de vista médico, los problemas que hoy llamamos psiquiátricos estaban relacionados por la reacción conjunta de los cuatro humores corporales: sangre, bilis negra, bilis amarilla y flema y que la melancolía era producida por la bilis negra o atrabilis (Calderón, 1990).

En el siglo I, Areteo de Capadocia relaciona la melancolía y la manía. La melancolía queda descrita como una alteración del estado de ánimo, el cual se fija a un mismo pensamiento con tristeza y pesadumbre. Y ello como contraposición al enfermo maniaco que tiende al furor y al placer. Un siglo más tarde, Galeno siguiendo las directrices marcadas por la medicina desarrolla una teoría de la enfermedad mental sangre tipo sanguíneo, mucus flemático, bilis amarilla colérico y bilis negra melancólico.

En la edad media, Alejandro de Tralles (525-605), aprecia que no siempre la tristeza y el temor son los síntomas dominantes, sino que hay ocasiones en las

que domina la hilaridad, la ira y la ansiedad. En este sentido, diferencia tres formas etiológicas exceso de sangre, sangre acre y biliosa.

Durante este mismo periodo, la depresión no fue enfocada como tema medico si no espiritual, destacados filósofos como Santo Tomas de Aquino sostenían que la melancolía era producida por demonios e influencias astrales. Sin embargo, en el siglo XVI regresa del terreno religioso al médico y surge la denominación de melancolía (Vallejo-Nájera, 1992).

En el paso del siglo XIX al XX está marcado en psiquiatría por dos grandes talentos, Kraepelin y Freud. Sus enfoques de la depresión, diametralmente opuestos, se transmitieron a sus discípulos, dividiendo a la psiquiatría en psicodinámica y organicista. (Calderón, 1990).

La depresión puede afectar a cualquiera sin distinguir edad, raza, clase social o género. Es una enfermedad de las más comunes que está sometida el ser humano. Paradójicamente sea el síntoma simple, peor tratado en la práctica clínica. (Rojas, 1979).

Un trastorno depresivo no es lo mismo que un estado pasajero de tristeza, no indica debilidad personal, no es una condición de la cual uno puede liberarse a voluntad. Las personas que padecen de un trastorno depresivo no pueden decir simplemente “ya basta, me voy a poner bien”.

2.3 Causas de la Depresión

Para Priest (1992), clasifica en físicas y psicológicas las causas de la depresión:

2.3.1 Físicas:

- Enfermedad.-Secuela de alguna enfermedad.
- Problemas Femeninos.-Tensión premenstrual, parto.
- Fármacos.- Principalmente los que se utilizan para reducir la presión sanguínea.

2.3.2 Psicológicas:

- Relaciones personales infelices.
- Ser padre.
- Hijos que se independizan.
- Divorcio.
- Fracaso laboral.
- Desempleo.
- Jubilación.
- Tercera edad.
- Defunción de un ser querido.

Para Sabanes (1993) existe relación entre depresión y otras variables que pueden ser causa de esta y explica lo siguiente:

Medio Ambiente.- cierto estilo de vida o la tención pueden constituir un factor importante.

Estado Civil.-considera que todas las personas tanto las casadas como las que no mantienen lazos afectivos son víctimas de la depresión.

Status Social.- Sin importar la clase la depresión se da tanto en niveles económicos altos como bajos.

Creencias Religiosas.- Se ha observado aumento en la depresión entre los practicantes de religiones muy estrictas y cerradas.

Los factores anteriores tienen cierta influencia en la aparición de la depresión aunque no se sabe exactamente como se produce. Es cierto que existen personas más predispuestas que otras a padecerla. La depresión puede afectar a todas las personas en algún momento de la vida. Están involucrados aspectos personales, biológicos, ambientales y factores genéticos.

También Sue (1994), menciona que al transcurso de los años se han propuesto varias causas para explicar la depresión como son:

- ❖ Sociocultural.-De acuerdo a varios estudios refieren que los índices de frecuencia y manifestación de los síntomas cambian notablemente entre diferentes grupos.
- ❖ Conductual o de aprendizaje.- si los niveles de auto reforzamiento son bajos así como hay reducción en los reforzamientos ambientales es decir cuando las personas obtienen menos reforzamientos del ambiente y no ofrece reforzamiento son propensas a deprimirse.
- ❖ Cognoscitivas.- se refiere cuando las personas tienen un auto concepto negativo de ellas y se perciben como inútiles y cuando logran algo lo ven como un momento de suerte. de ahí que la interpretación cognoscitiva de uno mismo como inútil lleva a una multitud de patrones de pensamiento que reflejan autocrítica, y la manera en que estructuran e interpretan sus experiencias determina su estado de ánimo.

Para Quiroz (2003), los principales son:

- Herencia.- las personas con antecedentes familiares están más expuestas a sufrir la enfermedad.
- Personalidad.- las personas con una autoestima baja, pesimista y que se estresan con facilidad son más propensas.
- Situaciones estresantes.- como problemas financieros, de pareja o con familiares.
- Estacionalidad.- en la temporada de invierno por la disminución de la luz solar.

Los factores referidos tienen cierta influencia en la aparición de la depresión, lo que si es que todos estamos expuestos a padecerla en algún momento de la vida, solo que algunas personas son más propensas que otras a sufrirla.

De acuerdo a lo anterior se observa que están involucrados varios aspectos para desencadenar la depresión como son: lo biológico, personal, genético y ambiental.

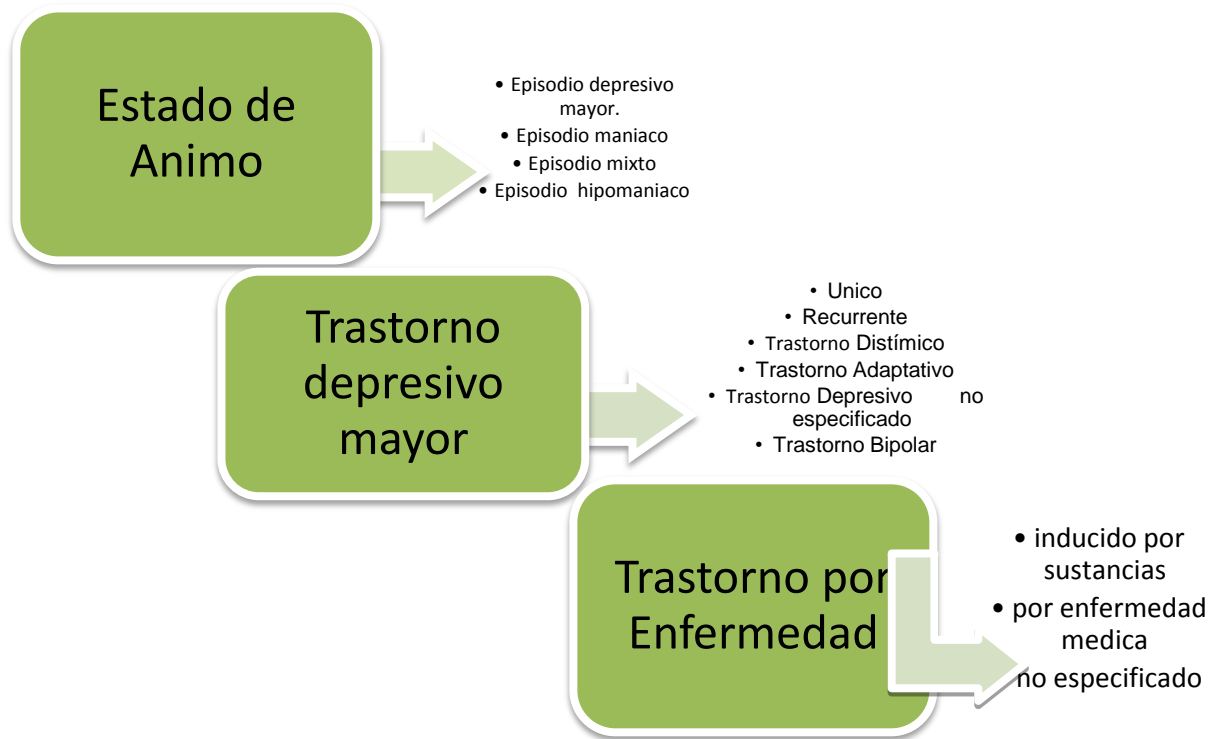
2.4 Clasificación de la Depresión

La clasificación de los trastornos mentales y del comportamiento es un importante método para determinar los rasgos que presentan aquellos pacientes y de los cuales difieren unos de otros, sin embargo cuya alteración fundamental es el cambio en el humor o en la afectividad hacia la depresión se suele acompañar de un cambio en el nivel general de actividad.

En función del número y severidad de los síntomas, un episodio depresivo pueden clasificarse como:

- Leve.- 2 de 3 síntomas por lo menos durante dos semanas continuas
- Moderado.- 2 de 3 síntomas de depresión leve así como 3 de los demás síntomas durante dos semanas continuas
- Grave.- 3 síntomas de depresión leve, moderado y 4 de los demás síntomas y su intensidad grave dos semanas y o duración menor de dos semanas.

De acuerdo al DSM IV (2000), clasifica de la siguiente manera:



Al igual que en otras enfermedades, existen varios tipos de trastornos depresivos. Los tres más comunes son: depresión severa, la distimia y el trastorno bipolar. En cada uno de estos tres tipos de depresión, el número, la gravedad y la persistencia de los síntomas varían. También están vinculadas con el ciclo de vida.

Para Hernan Gómez (2000), la depresión es:

- Endógena.- Se origina sin que exista alguna causa externa o aparente, presentan más síntomas físicos, mayor tendencia a las recaídas y mejor respuesta a los fármacos.
- Exógena.- la duración no está determinada, por ningún factor interno. Parece estar relacionado con experiencias vitales de la persona y esto ocasiona que afecte sus relaciones interpersonales.

2.5 Signos y Síntomas de la Depresión

El individuo depresivo tiende a percibirse a sí mismo, a sus experiencias y su futuro en un sentido negativo. Las consecuencias negativas influyen en los síntomas de la depresión. (Beck, 1983).

Para Beck (Beck, Ward, Mendels, Mock y Erbauhg, 1961), Desanimo, Pesimismo, Fracaso, Pérdida de placer, culpa, sentimiento de castigo, autoevaluación, autocrítica, Pensamientos e impulsos recurrentes suicidas, llanto, irritabilidad, aislamiento social, incapacidad de decisión, incapacidad para el trabajo, trastornos de sueño, fatigabilidad, pérdida de apetito, pérdida de peso.

Cada ser humano es único y diferente por lo que quien la padece la manifiesta con algunos síntomas de manera diferente. Diferentes autores mencionan los síntomas, se deben de observar cuidadosamente ya que se pueden presentar de formas diversas como: el desgano o vacío, la tristeza, perder el interés por muchas cosas que antes solían hacer trabajo, pasatiempo, la pérdida de la energía, apático presentar insomnio o dormir demasiado, movimientos lentos, torpes, olvidar cosas y distraerse .

“MODELO DE INTERVENCIÓN EN MUJERES CON DEPRESIÓN

El DSM IV (2000), establece que en un periodo de dos semanas y que experimente por lo menos cinco de los síntomas del estado de ánimo los cuales son los siguientes:

	SÍNTOMAS
0	Agitación o enlentecimiento psicomotor
	Alteración del apetito
	Abatimiento
	Alteración del sueño (insomnio-hipersomnía)
	Tristeza
	Desanimado
	Perdida de interés o placer en las actividades cotidianas
	Disminución de energía
	Melancolía
0	Sentimientos de culpa
1	Disminución de la concentración y de la capacidad para pensar
2	Pensamientos recurrentes de muerte e Ideación suicida, sin que haya habido una pérdida de un ser querido en los últimos seis meses.

Según Hernán Gómez (2000), los síntomas en una depresión son los siguientes:

- Físicos.- disminución de la actividad, fatiga o pérdida de energía, cambios en el sueño y en la alimentación y difusas molestias corporales.
- Anímicos.- tristeza, desesperanza, irritabilidad, abatimiento, infelicidad, pesadumbre.
- Conductuales.- generalizado de movimientos corporales, reducción general de la actividad, el habla
- Motivacionales.- apatía, indiferencia, incapacidad de disfrutar.
- Interpersonales.-deterioro de las relaciones con los otros, disminución de interés social aislamiento, excesiva dependencia de las personas más próximas.
- Cognitivos.-disminución de la capacidad para pensar, concentrarse o tomar decisiones, valoración negativa de uno mismo, del entorno y del futuro.

Para Zepeda (2003), menciona que los síntomas de la depresión abarcan las tres esferas la cognitiva, la afectiva, la conductual y lo somático.

1.- Cognitivo: a) trastorno intelectual: escasa comprensión, comunicación deficiente, sensopercepción deficiente, ideas de culpa o fracaso acompañados de sentimientos de auto evaluación e incapacidad de enfrentamiento, trastorno de memoria con dificultad para la evocación de recuerdos, incapacidad de enfrentamiento y pensamiento obsesivo con ideas o recuerdos repetitivos.

2.- Afectivo: b) la tristeza con o sin tendencia al llanto, ansiedad que se intensifica por las mañanas, pesimismo en general predominando sentimientos de auto derrotismo, inseguridad manifestada por la dificultad de tomar decisiones, miedo, irritabilidad.

3.- Conductual: c) descuido en el aspecto personal e higiene, productividad disminuida, impulsos suicidas a la ingesta de drogas.

4.- Somático: d) alteración en el sueño, apetito, ritmo digestivo, disminución de la libido y alteraciones cardiovasculares.

Para (Kennedy, 1996), los síntomas son:

- Síntomas físicos: pérdida de apetito, trastorno del sueño, reducción de actividad, estreñimiento, pérdida de deseo sexual, otros síntomas.
- Síntomas psicológicos: tristeza, pérdida de interés, pérdida de energía, pérdida de concentración, pensamientos mórbidos, culpabilidad, baja estima de sí mismo.

Scheiber (1978) y Beck (1982) refieren que la teoría de las distorsiones cognitivas podrían ser equiparadas con los síntomas afectivos, motivacionales, cognitivos, conductuales, fisiológicos, y sociales, es decir, conceptualizadas simplemente como manifestación o síntomas de la depresión, para dar un diagnóstico, ya que desempeñan un papel predominante en la psicopatología al producir la perturbación del estado de ánimo.

Según Zung (1972), clasifica en cuatro componentes los cuales son los siguientes:

- Somático: Conformado por 8 ítems relacionados con aspectos físicos:

3. Tengo ataques de llanto o deseos de llorar
4. Tengo problemas de sueño durante la noche
5. Como igual que antes
7. Noto que estoy perdiendo peso
8. Tengo problemas de estreñimiento
9. Mi corazón late más rápido de lo acostumbrado
11. Mi mente esta tan despejada como siempre

12. Me resulta fácil hacer todo lo que solía hacer.

- Cognitivo: 8 reactivos conectados con los procesos del pensamiento

6. Disfruto al mirar, conversar y estar con mujeres/hombres atractivos

14. Tengo esperanzas en el futuro

15. Soy más irritable que de costumbre

16. Tomo las decisiones fácilmente

17. Siento que soy útil y necesario

18. Siento que mi vida está llena

19. Siento que los demás estarían mejor sin mí, si estuviese muerto

20. Sigo disfrutando con lo que hacia

- Estado de ánimo: 2 reactivos relacionados con el sentimiento

1. Me siento abatido, desanimado y triste

2. Por la mañana es cuando mejor me siento

- Psicomotor: 2 reactivos relacionados con la actividad corporal

10. Me canso sin motivo

13. Me encuentro intranquilo y no puedo estarme quieto

Bates (2000) explica de otra manera los síntomas refiere que los síntomas se relacionan entre si dando como resultado una conducta.



2.6 Escalas para medir la Depresión

Actualmente hay una diversidad de instrumentos para medir la depresión, las escalas resultan prácticas y útiles ya que registran los síntomas, se utilizan para conocer el estado y evaluar los cambios en el curso de la enfermedad. Entre las escalas conocidas e utilizadas están las siguientes: Escala de auto medición de Zung, la escala de Hamilton, Inventario multifacético de la personalidad de Minnesota, Inventario de Beck y el cuestionario para el diagnóstico de los cuadros depresivos del DR. Guillermo Calderón.

❖ Escala de Hamilton

Consta de 17 variables, algunas se definen como categorías de interés creciente, otra por motivos equivalentes, la manera en que se cuantifica incluye cuatro variables adicionales: variación diurna despersonalización, síntomas paranoides y síntomas obsesivos dando un total de 21 reactivos, las variables se miden con una escala de cinco o de tres puntos.

❖ Inventario multifacético de la personalidad de Minnesota

Consta de 500 preguntas en forma de afirmaciones positivas o negativas que corresponden a muchos aspectos de la personalidad incluyendo la salud en general, funciones fisiológicas en particular, familia, hábitos, religión, actividad sexual, actitud política y muchos ítems psicopatológicos importantes para el diagnóstico y tratamiento psiquiátrico. Puede aplicarse individual o grupal a personas de más de 16 años con primaria terminada y su duración es de una a dos horas, se contestan los ítems de dos formas cierto o falso, están agrupados en nueve escalas:

- Psicopatológicas (hipocondría, histeria, depresión, paranoia, masculinidad, feminidad, desviación psicopática).
- Estado de ánimo es la que mide la depresión, consta de 60 reactivos de los cuales 20 deben ser respondidos como ciertos y 40 como falsos.

❖ Inventario de Beck

Comprende de 21 categorías de síntomas o actitudes cada una de ellas es una manifestación de depresión, se aplica utilizando una doble copia, una que se le entrega al paciente y la otra es leída en voz alta por la persona que la aplica, después de enunciar las declaraciones que corresponden a cada reactivo, se pide al entrevistado que indique cuál de las declaraciones define mejor como se siente en ese instante. El puntaje de depresión es la suma de las respuestas de la A a la U.

❖ Cuestionario del Dr. Guillermo Calderón

Consta de 20 reactivos, que corresponden a los síntomas frecuentes de depresión en nuestro medio socio-cultural. Se contesta no-negativo o si-positivo y está en tres intensidades poco, regular, mucho. Se califica anotándose a cada síntoma la escala del 1 al 4, según su intensidad, pudiéndose obtener un puntaje mínimo de 20 y un máximo de 80.

3. TERAPIA COGNITIVO-CONDUCTUAL

3.1 Definición de la Terapia Cognitivo- Conductual

Para Aarón T. Beck, (2000), la terapia cognitivo conductual es un tratamiento que se basa en la formulación cognitiva de un trastorno específico y de su aplicación a la conceptualización o comprensión de cada paciente.

Se trata de un modelo de intervención psicológica fundado en la investigación científica, limitado en tiempo, que se implica generalmente en un periodo de tres a seis meses.

La terapia cognitivo-conductual se basa en la premisa de que el afecto y el comportamiento de un individuo están determinados en gran parte por la forma en que este estructura su mundo. Sus cogniciones (ideas e imágenes) se fundamentan en actitudes y premisas (esquemas), que se desarrollan a partir de experiencias previas.

El enfoque cognitivo-conductual investiga cómo aprendemos, es decir los principios que explican el aprendizaje, tanto de comportamientos deseables como perjudiciales. El qué aprendemos, es algo que depende de la constitución genética y fundamentalmente de las experiencias de vida particular e intransferible de cada persona. Algunos de estos aprendizajes nos ayudan a sentirnos bien, a relacionarnos adecuadamente con los demás y a lograr lo que nos proponemos.

Otros en cambio, nos generan dolor, resentimiento, dañan nuestra salud y nuestras relaciones interpersonales. Se busca mediante diferentes recursos producir un cambio cognitivo en el pensamiento y en las creencias para conseguir una transformación duradera de sus emociones y comportamientos del ser humano.

3.2 Antecedentes Históricos de la Terapia Cognitivo-Conductual.

La Terapia Cognitivo-Conductual posee cuatro pilares teóricos básicos. El primero de ellos, surge a fines del siglo pasado a partir de las investigaciones del fisiólogo ruso Iván Pavlov, quien accidentalmente descubre un proceso básico de aprendizaje que luego llamará Condicionamiento Clásico, muy sucintamente dicho, se trata de un proceso por el cual los organismos aprenden relaciones predictivas entre estímulos del ambiente. En el experimento típico de Pavlov, un perro aprendía a salivar ante el sonido de un metrónomo cuando éste había sido presentado sucesivas veces antes de la administración de la comida. De esta manera, el sonido juega el papel de una señal que anticipa la aparición de un fenómeno relevante para la vida del organismo, el cual responde en consecuencia.

Sobre los trabajos de Pavlov es que se inspira uno de los autores más conocidos y relacionados con la terapia Cognitivo-Conductual, justamente es John B. Watson quien aplicando los principios del conocimiento clásico para remitir la fobia de un niño, funda las bases de lo que luego se conoce como el conductismo. Y con respecto a esto vale la pena realizar algunas aclaraciones.

El conductismo watsoniano representa actualmente más las bases metodológicas del modelo que un cuerpo teórico de principios explicativos de los cuales deriven técnicas de intervención. En efecto, comúnmente se realiza una distinción entre el conductismo watsoniano o radical y el conductismo metodológico.

Hacia el año 1930, las investigaciones de F.B. Skinner plantean la existencia de otro tipo de aprendizaje, el condicionamiento instrumental u operante, proceso por el cual los comportamientos se adquieren, mantienen o extinguen en función de las consecuencias que le siguen.

La gran cantidad de investigaciones desarrolladas a la luz de estos dos paradigmas mencionados pasaron a formar lo que se conoce como teoría del

aprendizaje, la cual históricamente ha nutrido con hipótesis a la terapia cognitivo conductual.

Hacia la década de 1960 los trabajos encabezados por Albert Bandura comienzan a conformar un nuevo conjunto de hipótesis, cuyo énfasis recae en el papel que la limitación juega en el aprendizaje, las investigaciones llevadas a cabo en esta línea cobran cuerpo en la teoría del aprendizaje social, desde la cual se afirma que el aprendizaje no solo se produce por medio de la experiencia directa y personal sino que, fundamentalmente en los seres humanos, la observación de otras personas así como la información recibida por medio de símbolos verbales o visuales constituyen variables críticas, y solo a manera de comentario, agreguemos que Bandura se halla también involucrado en la formulación de modelos cognitivos, de hecho, hacia la misma época, un movimiento quizás algo reaccionario al conductismo radical, comienza a estudiar los inicialmente denominados “eventos privados”, pensamientos, diálogos e imágenes internas, creencias, supuestos, por solo nombrar algunos de los tópicos cubiertos por los así llamados modelos cognoscitivos”.

Aarón Beck y Albert Ellis dos de los representantes principales de la terapia cognitiva y de la racional emotiva, ambos hacen hincapié en las influencias que el pensamiento ejerce sobre las emociones, aunque admiten que no toda la vida emocional puede explicarse por el pensamiento, el pensamiento del individuo refleja su sistema de interpretación del mundo, un conjunto de creencias supuestos y reglas subyacentes que por lo general no son plenamente conocidas por las personas. Resulta útil recordar que el abanico de las “terapias cognitivas” es muy amplio, viéndose conformado al menos por las siguientes modalidades terapéuticas: Terapia Racional-Emotivo-Conductual (Ellis), Terapia Cognitiva (Beck), Psicología Positiva (Seligman), Autoinstrucciones (Meichenbaum), Terapia de Resolución de Conflictos (D’Zurilla), Terapia Constructiva (Mahoney) y la Reestructuración Racional Sistemática (Goldfried). Todos estos autores admiten la importancia y utilidad de los estudios experimentales cognitivos y conductuales para la evaluación y tratamiento de pacientes.

3.3 Fundamentos de la Terapia Cognitiva Conductual

Terapia Cognitivo-conductual considera que las personas nacemos con una herencia y un determinado temperamento, con los cuales comienza a interactuar con su entorno, aprendiendo pautas de comportamiento, tanto beneficiosas como perjudiciales para sí mismo y/ o para los demás.

Fundamentos según Beck (1983), son:

1. Los pensamientos producen emociones y éstas determinan conductas. Las conductas a su vez refuerzan los pensamientos que mantienen homeostasis con el entorno.

2. La intervención cognitiva de eventos en nuestro entorno es dinámica y activa.

3. Atención selectiva: Creencias y suposiciones individuales influyen nuestra manera de percibir o recordar eventos. Las creencias personales dirigen nuestra atención a eventos que refuercen estas creencias pasando por alto información que contradiga nuestro pensar.

4. Presiones internas o externas (estrés) activan respuestas automáticas de conducta que impiden la adaptación del organismo. Estas respuestas a su vez, crean un círculo vicioso donde las conductas poco saludables crean y mantienen condiciones poco favorables en nuestro entorno mientras el sistema de pensamiento patológico se fortifica un ejemplo de ello es la creación de situaciones depresivas por pacientes que sufren de depresión.

5. La hipótesis de especificidad cognitiva sostiene que las entidades clínicas y los estados emocionales están determinados por patrones cognitivos específicos de cada persona. Estos patrones cognitivos, creencias o cosmovisiones pueden ser consientes como por ejemplo, los pensamientos automáticos o inconscientes como los esquemas cognitivos.

6. Cognición en TCC incluye todos aquellos pensamientos o percepciones que fluyen conscientemente como son los pensamientos automáticos, aquellos pensamientos con gran contenido emotivo o pensamientos calientes, o cualquier percepción, memoria, expectativa, fantasía, sueño, imagen, símbolo u opinión.

3.4 Estructura de la Terapia Cognitivo Conductual

La psicoterapia cognitivo-conductual ayuda al paciente a pensar de manera más objetiva acerca de sí mismo y del mundo que lo rodea, por lo que se reducirán los síntomas y su conducta será más adaptativa.

Esto se logra mediante el uso de técnicas destinadas a: monitorear las cogniciones, reconocer la conexión entre pensamiento-emoción-conducta, examinar las evidencias que están a favor o en contra de sus cogniciones, corregir, sus distorsiones, aprender a identificar los esquemas condicionantes (supuestos subyacentes) y los esquemas básicos (auto esquemas) que lo predisponen a distorsionar su experiencia.

Los elementos que conforman la formulación cognitiva son:

1. La Triada Cognitiva.- fue propuesta por Beck y se refiere a pensamientos relacionados con uno mismo, ¿Qué piensa uno de sí mismo?, ¿Que piensa uno de su mundo o su entorno? y ¿Que piensa uno de su futuro? Es importante examinar minuciosamente pensamientos de estas tres áreas pues contribuyen el estado del paciente.

Cuando se tiene una alteración en los patrones cognitivos que inducen a tener ciertas visiones, como por ejemplo;

Visión negativa de sí mismo: se ve enferma, desgraciada, con poca valía, torpe, tiende a atribuir sus experiencias desagradables a un defecto suyo de tipo psíquico, moral o físico.

Debido a este modo de ver las cosas cree que a causa de estos defectos es inútil, carece de valor tiende a subestimarse a criticarse a sí misma con base en

sus defectos y piensa que carece de los atributos que considera esenciales para lograr la alegría y felicidad (Lizondo, Montes y Jurado, 2005).

Interpretación de sus experiencias; de una forma negativa, le parece que el mundo le hace demandas exageradas y/o le presenta obstáculos Insuperables para alcanzar sus objetivos, sus interacciones con el entorno. Relaciones de derrota o frustraciones haciéndose evidentes cuando se observa cómo construye las situaciones de una forma negativa, aun cuando pudiera tener alternativas más factibles.

Visión negativa acerca del futuro; tiende a ver el porvenir como negro, sólo vendrán cosas peores, le cuesta mucho proyectarse con un sentido realista u optimista, el síntoma principal es la desesperanza; por eso el futuro se ve algo tan sombrío (Baringoltz, 2012).

2. Los Esquemas Cognitivos.- ante una determinada situación o estímulo, cada persona realiza una respuesta o reacción, la cual está mediada por el proceso de significación o evaluación, en base a los objetivos, deseos y metas de cada uno. Dichos procesos de significación o evaluación realizados, son en base a la estructura cognitiva de cada uno, lo cual, generalmente, se denominan esquemas, y son el resultado tanto de predisposiciones genéticas, junto a las experiencias vividas por cada persona, las cuales, aunque sea sin saberlo, generan algún tipo de aprendizaje.

Este concepto se utiliza para exponer porqué la mujer depresiva mantiene actitudes que la hacen sufrir, si son contraproducentes y nada objetivas, siendo que en su vida existen factores positivos, cuando una mujer se enfrenta a una circunstancia el esquema es la base para transformar los datos en cogniciones, todos los individuos utilizan sus esquemas para localizar, codificar, diferenciar y atribuir significaciones a datos con que se enfrenta , éste categoriza, organiza, selecciona y evalúa sus experiencias por medio de una matriz o banco de

esquemas, de tal forma que sean accesibles y tengan un sentido , los esquemas son adaptativos, van tomando forma mediante las relaciones se establecen con el medio y de los conceptos genéticos, a partir de ahí se van construyendo las pautas propias, de tal manera que podemos pensarlos en un continuo, que va en cada persona de lo activo a lo inactivo (pueden permanecer así durante largos periodos de tiempo) y ser activados cuando se encuentra con situaciones similares en que se formaron por vivencias ambientales específicas. (Citado por Ruiz, 2004).

Camacho (2003) señala que los esquemas determinan la manera de responder sin mayor problema, pero al existir una depresión leve, el sujeto generalmente todavía es capaz de contemplar sus pensamientos negativos con cierta objetividad, sin embargo cuando se presenta una depresión grave el pensamiento está cada vez más dominado por ideas negativas y repetitivas le es difícil concentrarse en otros estímulos externos, como mostrar interés en el trabajo, en realizar deportes con cierto agrado o mantener una relación familiar.

3. Las Distorsiones Cognitivas.- son atribuciones erradas que contribuyen a la re vivencia de experiencias y la corrección de distorsiones se emplea para corregir distorsiones cognitivas o perceptuales. los patrones de pensamiento distorsionados o conceptualmente erróneos (denominados distorsiones cognitivas) ejercen un efecto adverso sobre las vivencias, las emociones, las sensaciones y los modos de funcionamiento en el afrontamiento de la vida cotidiana.

Los errores cognitivos sistemáticos que se dan en el pensamiento del depresivo, mantienen la creencia del paciente adolescente en la validez de sus conceptos negativos, incluso a pesar de la existencia de evidencia contraria (Camacho, 2003)

4. Estrategias de Adaptación.- Se refiere a que el individuo hace mención en ocasiones en las que prefiere quedarse solo aislándose en casa viendo televisión en lugar de salir con sus amigos. Otros ejemplos son los rituales compulsivos o la constante necesidad de buscar aprobación.
5. Las Habilidades (skills).-el aprendizaje de las habilidades a largo plazo mejora en la calidad de vida, y dichas habilidades que se han consolidado representarán herramientas generales de situaciones estresantes y conflictivas que harán que la persona no sólo sienta y piense de forma distinta sino, muy importante, que “haga mejor”. Esto significa que no nos alcanza con un cambio en el pensamiento y las emociones, sino que también propiciamos una modificación en la conducta. Consecuentemente, el paciente percibe un aumento en su calidad de vida. Y no únicamente en relación con lo que consultó, también en otras áreas.

El protocolo de la terapia cognitivo conductual consta de la evaluación-diagnostico-formulación del caso y la orientación del tratamiento por lo que se divide en fases y son las siguientes:

- Fase de evaluación.-en esta se recaba información necesaria a través de la historia clínica completa, la aplicación de escalas clínicas y/o test psicométricos e informes que permitan un conocimiento profundo de quien consulta, se utilizan las categorías diagnósticas y sintomáticas del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales que permitan dar un diagnostico
- Fase de tratamiento.- aquí la frecuencia y duración de las sesiones del tratamiento es de un máximo de 20 sesiones, a lo largo de un periodo de 12 semanas. Cada sesión durará aproximadamente 50 minutos. Se programan para las 3 primeras semanas 2 sesiones semanales; de la 4 a la 12 una semanal y posteriormente cada 15 días.

- Fase de seguimiento.- concluido el tratamiento 3 semanas para establecer controles y dar seguimiento del caso.

Los paradigmas principales de las Ciencias del Comportamiento utilizados en Terapia Cognitivo Conductual son:

- Teorías del aprendizaje: Condicionamiento Clásico, Condicionamiento Operante y Aprendizaje Vicario.
- Modelos de condicionamiento encubierto.
- Terapias Cognitivas.
- Paradigma del Procesamiento de la Información.
- Psicología social experimental.
- Psicología de las diferencias individuales.
- Evaluación psicométrica y conductual.
- Neurociencias, psicobiología y psicofisiología.

3.5 Características de la Terapia Cognitivo Conductual

De acuerdo con Beck (1983), las características más importantes y sobresalientes son las siguientes:

- Ser una terapia breve y de corta duración en comparación con otras modalidades de psicoterapia.
- Los consultantes pueden ser una persona, una pareja, una familia o un grupo.
- Es activo-directiva, esto significa que los cambios requieren compromiso y un rol protagónico del paciente, quien no se limita a concurrir a las sesiones, sino que además va produciendo cambios graduales en su vida cotidiana. El terapeuta es más directivo: complementa la escucha con intervenciones que promueven no solo la reflexión sino además la acción.

- El terapeuta estructura la terapia con técnicas y estrategias así como incluyen tareas para realizar entre las sesiones, como forma de poner en práctica los aspectos trabajados en la consulta.
- Se genera una relación colaboradora entre terapeuta y paciente, en la que el rol del terapeuta consiste en asesorar y acompañar en el camino hacia los cambios que se deseen promover.
- Focalizarse en el presente, en la problemática planteada y en su solución.
- Hacer prevención hacia futuros trastornos.
- Se considera que la terapia fue efectiva en la medida que el paciente logre las metas que se propuso y mejore su calidad de vida.
- Está orientada al presente. La reflexión sobre el pasado tiene como finalidad generar cambios en el presente en pro de una vida más plena y gratificante.
- Basada en el empirismo colaborativo
- Psicoeducación: en el transcurso del tratamiento ofreciendo información apropiada, al paciente acerca de la modalidad con que se trabajará, proponiendo metas y objetivos a cumplir.

La Terapia Cognitivo Conductual conduce a reducir la desesperanza de los pacientes, no sólo porque ofrece tratamientos puntuales y planificados sino también por el compromiso ético que asume el terapeuta en su rol profesional.

Las intervenciones en Terapia Cognitivo Conductual procuran que el paciente adquiera habilidades que pueda utilizar por sí mismo en el futuro. Vale decir, los procedimientos se van enseñando de modo tal de potenciar recursos de afrontamiento generales en situaciones problemáticas que puedan presentarse en un momento posterior al tratamiento. Justamente, la idea es fomentar la auto aplicación de algunos procedimientos y con ello, la disminución de la dependencia de la terapia.

La psicoterapia cognitivo-conductual ayuda al paciente a pensar de manera más objetiva acerca de sí mismo y del mundo que lo rodea, por lo que se reducirán los síntomas y su conducta será más adaptativa.

Esto se logra mediante el uso de técnicas destinadas a: monitorear las cogniciones, reconocer la conexión entre pensamiento-emoción-conducta, examinar las evidencias que están a favor o en contra de sus cogniciones, corregir, sus distorsiones, aprender a identificar los esquemas condicionantes (supuestos subyacentes) y los esquemas básicos (auto esquemas) que lo predisponen a distorsionar su experiencia.

Beck (1983), refiere que todo comportamiento que tiene el individuo es determinado por la manera en cómo éste percibe su entorno, bajo la interacción establecida entre ambos.

3.6 Estrategias Cognitivas Conductuales.

Las técnicas terapéuticas están diseñadas para identificar, probar y corregir las conceptualizaciones distorsionadas y las creencias disfuncionales y esquemas que subyacen en las cogniciones.

Estas son algunas de las Técnicas Cognitivas y Conductuales que se Utilizan para el Tratamiento de la depresión según Beck, (1986).

1. **Psicoeducación:** Es una técnica que consiste en informarle al paciente y a sus familiares de forma sencilla, clara y concisa aspectos relacionados sobre la enfermedad, que permita prevenir las recaídas o las complicaciones.
2. **Mayéutica:** Técnicas fundamental en el modelo cognitivo, se trata de realizar una serie de preguntas dirigidas a identificar y corregir el contenido cognitivo disfuncional asociado a la sintomatología.

3. Registros Cognitivos: Consiste en transcribir en un formato elaborado previamente en el cual se registran los elementos del racional de la terapia cognitivo, los cuales son:



Esquema de elaboración propia.

4. Autoinformes: Se conocen toda una serie de medidas de autoreporte de la sintomatología depresiva y que utilizan frecuentemente, como el Inventario de depresión de Beck, escala de depresión de Hamilton.
5. Ensayo Cognitivo: Técnica que consiste en pedirle al paciente que imagine sucesivamente cada uno de los pasos que componen la ejecución de una tarea.
6. Ensayo Conductual: es una técnica que consiste en practicar conductas en la consulta que después se ejecutarán en el hogar.
7. Hoja de Resumen de Síntomas: En una lista de síntomas físicos, cognitivos, emocionales y conductuales que ocurren durante los episodios de depresión, manía y mixtos. Es una forma de comenzar a diferenciar los síntomas y los estados de humor normales de los anormales.

8. Gráficos: de Vida: Es un diagrama del curso de la enfermedad del paciente que ilustra la frecuencia, secuencia y duración de los episodios maníacos y depresivos.
9. Gráficos del Humor: Son representaciones gráficas del estado de ánimo, evaluaciones diarias del estado de ánimo u otros síntomas que probablemente cambien en los primeros momentos durante el curso de un episodio del trastorno.
10. Técnica de Habilidad-Placer (Dominio-Agrado): Es una técnica que consiste en registrar en una escala de 1 a 5 nivel de agrado y dominio de actividades diarias, en la cual: habilidad o dominio se refiere al sentido de logro obtenido al realizar una tarea determinada y el agrado se refiere a los sentimientos de placer, diversión o alegría derivados de una actividad.

Consiste en enseñar al paciente a identificar y definir el problema, enseñarlo a generar soluciones potenciales e implementar la solución evaluando su afectividad. Consta de cuatro pasos: identificación y descripción del problema, buscar posibles soluciones o respuestas, elegir los pasos que se han de dar y evaluar los resultados obtenidos.

11. Entrenamiento en Asertividad y Role Playing: Se trata de adiestrar al individuo para que consiga conducirse de una forma asertiva, en la cual se espera conseguir una mayor capacidad para expresar los sentimientos, deseos y necesidades. El Role-Playing son ejercicios donde se le muestra al paciente un punto de vista alternativa o para dilucidar los factores que interfieren en la exposición adecuada de las emociones.
12. Asignación de Tareas Graduales: Es una técnica que consiste en la ejecución de tareas desde las más fáciles hasta las que representan mayor dificultad para el paciente.

Programación de Actividades: Es una técnica que consiste en establecer una ayuda concreta de actividades, en las cuales se supervisa regularmente su correcta ejecución.

13. Técnicas de Relajación: Consiste en adiestrar al individuo en la realización de ejercicios físicos, de contracción-relajación que le permita tener conocimientos del estado de tensión de cada parte de su cuerpo y tener recursos para relajar dichas zonas cuando estén en tensión.

15. Contrato Conductual: Es un escrito que firman el paciente, el terapeuta y sus familiares; comprometiéndose ambas partes a cumplir lo acordado con respecto a la adherencia al tratamiento farmacológico (horario de la toma de medicamento, visita al terapeuta, etc.).

Es Así como con estas técnicas propuestas por Beck, el paciente a partir de la reestructuración cognitiva y conductual, puede modificar la percepción que tiene del mundo y la existencia de trastornos que le aquejan a diario.

3.7 Plan General de la Terapia Cognitiva Conductual.

Sesión 1:

Realizar historia clínica.

Investigar expectativas hacia la terapia.

Concretar los problemas más urgentes y accesibles (desesperanzas, ideas de suicidio, mal funcionamiento general, disforia grave, etc.)

Explicar el racional de la terapia cognitivo-conductual, estableciendo relación entre pensamiento-emoción y conducta, y explicarle cómo las emociones se relacionan con los pensamientos.

Presentar e informar sobre cuestionario para registrar las actividades para la siguiente sesión.

Proporcionar al paciente información teórico-divulgativa sobre el trastorno depresivo.

Explicar brevemente la importancia del cumplimiento del tratamiento farmacológico.

Indicar registro cognitivo con el objetivo de identificar la relación pensamiento-emoción-conducta.

Sesión 2:

Revisar los efectos de la sesión anterior.

Revisión de hoja de registros. Trabajarla a partir de la mayéutica.

Trabajar con el horario de actividades.

Explicación de elementos biológicos de los trastornos afectivos y eutimia.

Elaborar diagrama de vida del TBP con el paciente.

Inicio de reconocimiento de disparadores hacia los polos maníacos y depresivos, e identificación de los síntomas que caracterizan cada una de las fases.

Asignar tareas para la casa.

Sesión 3:

Evaluar efectos de la sesión anterior.

Revisar las actividades realizadas.

Establecer relación entre factores psicosociales y episodios depresivos.

Aclarar dudas del paciente sobre efectos de los medicamentos, interacción con drogas y alcohol, tiempo de tratamiento farmacológico, etc., e identificar y corregir cogniciones vinculadas con uso de medicación.

Evaluación psicológica (Bender, DFH y MMPI).

3.8 Depresión y Terapia Cognitivo Conductual.

Tanto por la variedad de estrategias terapéuticas disponibles como por su eficacia, este enfoque se ha extendido a un amplio rango de trastornos psicológicos, así como a la promoción y prevención en la salud.

Se ha destacado en la instalación y desarrollo de un desorden depresivo suelen establecerse círculos viciosos que deben ser desarticulados con el tratamiento de los pensamientos y sentimientos depresivos impactan la conducta del paciente, conduciendo a niveles de inactividad que pueden contribuir a cambios en el nivel neuroquímico, los cuales a su vez exacerban los componentes afectivos y cognitivos de la depresión.

Además el individuo deprimido tiene un impacto depresivo sobre los que lo rodean contribuyendo así a la evitación y rechazo social.

Los objetivos básicos de la psicoterapia cognitivo-conductual, para el tratamiento de la depresión son los siguientes:

- Educar a los pacientes, familiares y allegados sobre la depresión, sobre las aproximaciones del tratamiento y sobre las dificultades comunes asociadas a la enfermedad.
- Enseñar a los pacientes un método para monitorear la ocurrencia, severidad y curso de los síntomas depresivos.
- Facilitar el cumplimiento de regímenes de medicación prescrita.
- Proporcionar estrategias no farmacológicas, específicamente destrezas cognitivo-conductuales, para afrontar los problemas cognitivos, afectivos y comportamentales asociados a los síntomas depresivos.
- Asistir a los pacientes en el enfrentamiento de factores estresantes que puedan interferir con el tratamiento o precipitar nuevos episodios de depresión.

- La terapia cognitiva conductual contribuye al cambio y superación de dificultades emocionales, ideas, pensamientos y pautas de conducta que llevaron a incrementar los síntomas y malestares de la persona.

En general, la Terapia Cognitivo Conductual fomenta una mejora global en el manejo de las emociones, lo cual se traduce en beneficios en otros espacios: laboral, social, salud, relaciones interpersonales. Es frecuente que los cambios alcanzados aumenten la autoconfianza y el afrontamiento exitoso de otros problemas y estresores. El paciente percibe que no sólo ha cambiado alguna u otra conducta, sino el estilo general de percibir e interpretar los acontecimientos. Afortunadamente, hoy día asistimos a la posibilidad de conocer la diferencia entre diversas terapias. La Terapia Cognitivo Conductual es una opción cada vez más valorada por las personas. Dejemos, pues, que los pacientes elijan libremente.

3.8.1 Taller Preventivo de la Depresión

Los antecedentes de esta propuesta son la serie de trabajos sobre salud mental femenina, realizados por más de quince años en el instituto nacional de psiquiatría “ramón de la fuente” así, en 1991 se llevó a cabo un estudio con mujeres que trabajaban fuera del hogar, posteriormente una investigación sobre estereotipos de género y salud mental (Lara,1993).

Cabe resaltar que estos resultados fueron de estudios con grupos de mujeres donde se confirmó la elevada frecuencia con que las mujeres presentan sintomatología depresiva, quienes en la mayoría de los casos no solicitan ayuda y desconocen algunos de los factores psicosociales, de ahí que surgió la idea de diseñar un libro: ¿es difícil ser mujer?

El modelo de intervención tiene bases teóricas que son cuatro los componentes que dan sustento a la estrategia de intervención son las siguientes: lo educativo, psicológico, grupal y de género. Tiene objetivos que son proporcionar información sobre la depresión, promover la reflexión de esta temática a partir de la propia experiencia, facilitar las condiciones para compartir

experiencias personales en el grupo, motivar y poner en práctica las actividades de autoayuda y en el caso necesario la búsqueda de atención o ayuda especializada.

Está dirigido a mujeres con diversos grados de síntomas de depresión, no es recomendable para mujeres con depresión severa o con serias incapacidades, o con psicosis, daño orgánico y trastorno bipolar así como mujeres que presenten problemas adicionales a la depresión como son el abuso de sustancias (alcohol o drogas), u otro diagnostico psiquiátrico

Está planteado en un taller conformado en seis sesiones semanales de dos horas cada una y de un grupo de 8 como mínimo y no más de 15 participantes, mujeres que oscilen entre 20 a 59 años de edad.

MÉTODO

1. TIPO DE ESTUDIO.

La investigación que se realizó es considerada como un estudio de tipo comparativo, según Duverger (1981).

2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

La depresión es un trastorno que se ha incrementado en los últimos años, en la actualidad los estudios realizados en la población lo reportan como un fenómeno que será un problema de salud pública para el año 2020 y hacen mención a un deterioro significativo sobre las áreas personal, laboral, familiar y social.

La depresión es un trastorno del estado de ánimo que puede surgir sin razón aparente o como una reacción exagerada de un acontecimiento impulsor, afectando de esta manera el desarrollo de la vida cotidiana de la persona que la sufre, desde sus relaciones familiares hasta las sociales, llevándola a adquirir una gama de conductas, pensamientos irracionales y auto derrotistas que llegan a ser una amenaza para su vida.

En la actualidad existen diversos tratamientos que contribuyen a la solución de este problema en el caso particular se utiliza el tratamiento cognitivo-conductual.

Kelinger (1984) menciona que el planteamiento del problema es una oración interrogativa que pregunta ¿qué relación existe entre dos o más variables? Donde la investigación trata de dar una respuesta a esa pregunta. El enunciado adecuado del problema es una de las partes más importantes de la investigación y el punto de partida de la misma de manera que la pregunta de investigación queda de tal forma:

¿Cuál es el nivel de depresión en mujeres después del entrenamiento cognitivo conductual?

3. DEFINICIÓN DE VARIABLES.

De acuerdo a la investigación que se realizó se cuenta con una variable independiente (VI) que se entiende como todo aquello que el investigador manipula y una variable dependiente (VD) que se puede definir como los cambios sufridos como resultado de la manipulación de la variable independiente.

VI. Entrenamiento cognitivo-conductual

VD. Depresión

Las variables pueden ser definidas en dos formas como lo menciona Hernández (1998), de manera conceptual que como su nombre lo indica son meros conceptos y de forma operacional que constituye el concepto de actividades u operaciones que deben realizarse para medir una variable.

La variable de esta investigación en sus dos formas son las siguientes:

Entrenamiento cognitivo-conductual:

Tratamiento breve para la depresión que se basa en la combinación de técnicas conductuales (actividades programadas y asignación de tareas graduales) y cognitivas (identificación, evaluación y modificación de pensamientos automáticos negativos). Las técnicas cognitivas-conductuales tienen como finalidad modificar la visión negativa que las personas deprimidas tienen de sí mismas, de su ambiente y del futuro.

Depresión: según Shreeve (1990), la depresión suele definirse como un trastorno del estado de ánimo., estado de ánimo prolongado, que surge sin razón aparente o como una reacción exagerada a un acontecimiento impulsor.

Es una perturbación del estado de ánimo que se caracteriza por un cambio afectivo en el que predominan sentimientos de tristeza, inutilidad, culpa, impotencia, desesperanza, ansiedad, sensación de fatiga, tendencia al llanto, pensamientos suicidas, dificultades para dormir, pérdida de interés por cualquier actividad, del deseo sexual y una cierta incapacidad para hacer frente a las actividades cotidianas.

Operacionalmente la depresión será observada por medio de los resultados obtenidos de la aplicación de la escala de depresión de Zung, utilizada para medir el nivel de depresión que presentan las mujeres en las dos aplicaciones

4. PLANTEAMIENTO DE HIPÓTESIS.

Se utilizaron dos tipos de hipótesis para la realización de este estudio la Hipótesis Nula (Ho) y la Hipótesis Alternativa (Hi)

Ho – No existe diferencia estadísticamente significativa en el nivel de depresión en mujeres después del entrenamiento cognitivo conductual.

Hi – Hay diferencia estadísticamente significativa en el nivel de depresión en mujeres después del entrenamiento cognitivo conductual.

5. POBLACIÓN Y MUESTRA.

El universo de estudio está constituido por mujeres en la etapa adulto-joven, sin importar status económico, estado civil, académico solo que asisten al DIF y al aplicarse el instrumento de evaluación presenten síntomas de depresión.

Se utilizó un tipo de muestreo no probabilístico, propositivo.

La muestra está constituida por un grupo de 15 mujeres de 20 a 49 años que asisten al DIF y fueron canalizadas o referidas para recibir el programa de entrenamiento cognitivo-conductual.

6. INSTRUMENTO.

Para la realización del estudio se utilizó la escala de automecisión de la depresión de Zung (1972). Esta escala mide la depresión, así como su clasificación en diferentes categorías clínicas; evalúa exclusivamente la depresión y ha sido ampliamente utilizado en México y otros países.

Descripción de la prueba: La escala consta de una lista de veinte afirmaciones que expresan los síntomas reconocidos como desordenes de la depresión. Los valores de esta prueba van de 1 a 4 o de 4 a 1 para cada

aclaración, sumando el puntaje total de cada uno de los ítems, esta calificación básica se convierte en un índice basado en 100, un puntaje menos de 50 indicará que la persona se encuentra con ausencia de depresión, de 51 a 59, mostrara la presencia de depresión mínima o ligera, de 60 a 69, marcara la presencia de depresión severa o extrema.

Estandarización en nuestro país: Lara Tapia y Cols. (1976), presentaron la experiencia de adaptar y estandarizar la escala de auto medición de la depresión de Zung en nuestro país, a través de cinco grupos de sujetos sanos, enfermos psiquiátricos y no psiquiátricos, concluyeron que las normas estándar de la escala original son válidas, con ligeras modificaciones para su empleo en nuestro medio.

La validez según un estudio realizado por Suarez (1982) en México, en sujetos adolescentes estudiantes de secundaria y el cual utilizó como prueba el MMPI en su versión de 168 preguntas, para validar la EAMD, obtuvo una $R = 0.49$ Y $RTT = 0.66$ para todos los sujetos, lo cual permitió concluir que la EAMD es válida y confiable para detectar la depresión.

Confiabilidad: La escala se ha considerado muy confiable en el tratamiento de con antidepresivos, en pacientes hospitalizados, aunque en otros la han considerado inconfiable ante cambio por inducción de drogas Zung (1965).

Conde L. V. de Esteban Ch. T. (1979) realizaron un estudio para establecer el nivel de confiabilidad de la escala de autoedición de la depresión de Zung que se llevó a cabo con una muestra de 250 sujetos normales y 45 pacientes depresivos hospitalizados, concluyendo que no existían diferencias cuantitativas en cada muestra, estimando la confiabilidad en 0.80.

Validez: Balderas, A. M. S., (1966) realizo un estudio con el fin de establecer las validez de la escala de auto medición de la depresión de Zung. Para la obtención de la depresión en sujetos alcohólicos, con una muestra de 58 pacientes alcohólicos crónicos, utilizando como instrumentos la prueba del MMPI, y la EAMD de Zung.

Los resultados reportan una correlación entre la escala de Zung y la prueba de MMPI de 0.71, sustentando esta última a la escala de Zung como instrumento capaz de detectar depresión en pacientes alcohólicos.

Raft y otros, (1997), citados por Laura y Barry (1990) estudiaron la depresión en pacientes de consulta externa con 69 sujetos, a través de la escala de depresión de Zung, diagnosticó el 30% de los pacientes con depresión, lo que concluyó que si existe una validez en la escala de Zung.

7. DISEÑO DE INVESTIGACIÓN.

En la presente investigación se llevó a cabo un diseño pre-experimental de pre-prueba-post-prueba con un solo grupo, en donde como lo menciona Hernández (1998), al grupo se le aplicó una prueba previa al estímulo o tratamiento; se dio el tratamiento cognitivo conductual y finalmente, se aplicó una prueba posterior a este, siendo el mismo de la pre-prueba.

8. CAPTURA DE INFORMACIÓN.

La información fue capturada por el investigador del problema en cuestión.

El procedimiento que se llevó a cabo fue:

- Seleccionar a los sujetos con las características correspondientes para la aplicación del instrumento.
- La aplicación del instrumento a los sujetos “mujeres” seleccionados pre-test.
- Se calificó e interpreto los resultados.
- Se llevó acabo la intervención a los sujetos “mujeres” (entrenamiento cognitivo-conductual).
- Se aplicó el instrumento pos-test.

9. PROCESAMIENTO DE LA INFORMACIÓN.

El tratamiento estadístico que se empleo fue el paquete estadístico para ciencias sociales (SPSS) para la obtención de los resultados así como la aplicación de la T de Student para muestras relacionadas la cual Sampieri, (1991) define como: prueba estadística que sirve para evaluar si dos muestras difieren entre sí de manera significativa respecto a sus medias.

Se trabajó con un nivel de significancia de 0.05 con un intervalo de confianza del 95%. La prueba de hipótesis sostiene que si el valor calculado es igual o mayor al que aparece en la tabla se acepta la hipótesis de investigación, pero si es menor se acepta la hipótesis nula. (Sampieri, 1991)

RESULTADOS

Para obtener los resultados acordes con el objetivo de esta investigación, que fue comparar los índices de depresión usando una sola muestra, en dos circunstancias distintas (antes de iniciar el programa y después de haber participado hasta el final en él), en donde la condición para formar parte de la muestra era tener al menos una depresión mínima o ligera. Determinando el nivel de depresión por medio del instrumento Escala de autoevaluación de depresión de Zung. En base a estos registros, se obtuvieron las puntuaciones mínimas y máximas al inicio y término del programa.

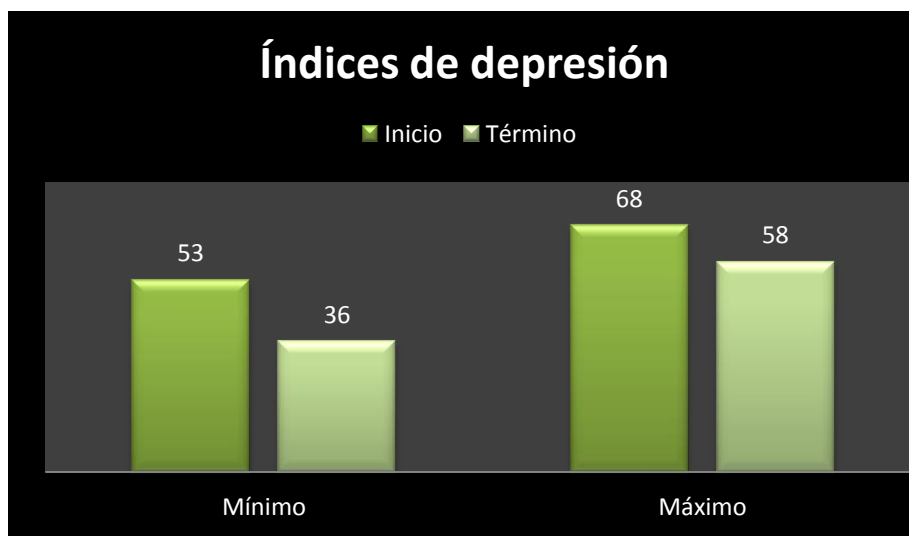
Tabla 1. Registro de Índices de depresión.

ÍNDICES DE DEPRESIÓN	Desv. estándar				
	Total	Mínimo	Máximo	Media	
INICIO.	15	53	68	59.53	4.172
TÉRMINO.	15	36	58	46.13	6.534

La muestra se conformó por 15 participantes en un programa de depresión que constó de 6 sesiones, en el que se aplicó la escala de autoevaluación de depresión de Zung, antes y después del entrenamiento.

En el inicio se registra un índice de depresión mínimo de 53 y un máximo de 68, con una media de 59.53 y una $ds= 4.172$.

FIGURA 1. Índices de depresión al iniciar y al término del programa.



La gráfica muestra el índice de depresión mínimo al inicio que fue de 53 puntos y un máximo de 68 puntos. Al término del programa, se registró un puntaje mínimo de 36 y un máximo de 58.

Una vez obtenidos los estadísticos descriptivos, se procedió a realizar la comparación de los índices de depresión obtenidos en base a la prueba T de Student para muestras relacionadas.

✦ Prueba de hipótesis.

Hipótesis de la investigación:

Existirá una diferencia significativa entre los niveles de depresión antes de iniciar el taller de depresión (pre-test) y las medidas después de someterse al programa (post-test).

Para obtener los resultados de acuerdo al tipo de estudio se aplicó la prueba T de Student para muestras relacionadas.

Hipótesis:

H₀= No hay diferencia significativa en las medias de los niveles de depresión antes y después de haber participado en el programa.

H₁= Hay una diferencia significativa en las medias de los niveles de depresión antes y después de haber participado en el programa.

El porcentaje de error que se está dispuesto a correr es del 5%, donde $\alpha = 0.05$

☀ Elección de la prueba:

Como requisito para aplicar la prueba T de Student para muestras relacionadas, es necesario corroborar la normalidad de los datos.

La prueba de normalidad que se aplica en esta investigación es la de Shapiro Wilk ya que se utiliza para muestras pequeñas (< 30 individuos).

Tabla 2. Prueba de normalidad.

Prueba de normalidad Shapiro-Wilk			
Índices de depresión	Estadísticos	gl	Sig.
1ª. Aplicación	.969	15	0.846
2ª. Aplicación	.941	15	0.393

☀️ Cálculo del P-Valor.

Criterio para determinar la normalidad:

P-valor > α Aceptar **H₀** = Los datos provienen de una distribución **normal**.

P-valor < α Aceptar **H₁** = Los datos **NO** provienen de una distribución **normal**.

Tabla 3. Determinación de normalidad.

NORMALIDAD		
P-valor (índice de depresión- antes)	=	α =
0.846		0.05
P-valor (índice de depresión- después)	=	α =
0.393		0.05
<u>CONCLUSIÓN:</u>		
Los datos de los índices de depresión provienen de una distribución normal .		

En base a los valores obtenidos de **P** antes (0.846) y **P** después (0.393) siendo mayores que α se pudo concluir la normalidad de los datos.

☀️ Prueba T de Student para muestras relacionadas.

Tabla 4. Prueba de muestras relacionadas.

ÍNDICES		Desviación		T	gl	Sig. Bilat.
		Media	estándar			
PAR 1	Depresión antes	13.400	4.837	1	1	.000
	Depresión después			0.729	4	

De acuerdo al resultado de la comparación de medias en la prueba T de Student para muestras relacionadas, se obtuvo una media de 13.400, una ds= 4.837 y una significancia bilateral de 0.000.

El criterio para decidir es:

Si la probabilidad obtenida **P-valor $\leq \alpha$** , rechazar **H₀ (Se acepta H₁)**.

Si la probabilidad obtenida **P-valor $> \alpha$** , **no rechazar H₀ (Se acepta H₀)**.

Decisión estadística.

P-valor = 0.000

<

$\alpha = 0.05$

Para concluir con estos resultados obtenidos :

Se afirma con un 95% de confianza, que existe una diferencia significativa en las medias de los índices de depresión de los pacientes antes y después de participar en el programa. Por lo cual se concluye que el programa de depresión SI tiene efectos significativos sobre los índices de depresión de los pacientes.

De hecho los pacientes en promedio bajaron sus índices de depresión de 59.53 a 46.13 puntos. Es decir que en presencia de depresión mínima o ligera, los niveles descendieron a normales o sin psicopatología.

ANÁLISIS DE RESULTADOS

Se trabajó en dos fases la primera fue una pre evaluación (pre-test), se evaluaron con la escala de Zung a las mujeres que fueron referidas o canalizadas, las cuales presentaban depresión de moderada a severa posteriormente fueron invitadas a participar en la intervención del programa o “taller preventivo de la depresión” y posteriormente se llevó acabo la intervención o entrenamiento que está basado en la teoría cognitiva-conductual y como referencia tiene el libro “es difícil ser mujer” concluyendo con una evaluación (post-test), nuevamente con la aplicación de la escala de Zung, en donde los niveles de depresión fueron depresión mínima y normal.

Por lo que se cumple con el objetivo; la comparación de los niveles de depresión en las mujeres antes y después de la intervención cognitivo-conductual afirmándose con un 95% de confianza, que existe una diferencia significativa en las medias de los índices de depresión de los pacientes antes y después de participar en el taller. Por lo cual se concluye que el taller de depresión SI tiene efectos significativos sobre los índices de depresión de las mujeres.

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

Apoyando esto las mujeres participantes en la intervención, durante las sesiones manejaron como guía el libro *es difícil ser mujer*, además de tareas para casa y reconocimiento de dominio y agrado así como pensamientos negativos recurrentes logrando autoevaluarse llevando un autoregistro y el autoreforzamiento a través de los comentarios de las demás mujeres y de los propios por medio de frases positivas de auto apoyo.

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

CONCLUSIONES

De acuerdo con los resultados obtenidos en la aplicación de la escala de Auto medición de Zung para la depresión, se puede confirmar que si existe una diferencia significativa en las medias de los índices de depresión de los pacientes antes y después de participar en el programa. Por lo cual se concluye que el programa de depresión SI tiene efectos significativos sobre los índices de depresión de las mujeres.

Según Beck (1983), se cumple con el objetivo de la intervención, al modificar las cogniciones irracionales que anteceden a los comportamientos que fomentan la presencia de la depresión.

Los registros conductuales, las tareas para casa y las técnicas de relajación, fueron las principales técnicas proporcionan un soporte a la intervención. Por lo que es necesario que el terapeuta deba de elegir las técnicas adecuadas para proveer la efectividad de la intervención (Beck, 1983).

Las técnicas cognitivas conductuales permiten que las mujeres disminuyan sus niveles de depresión y por tanto mejora su estado de ánimo. Logrando así contemplar y cumplir durante esta intervención.

El aprendizaje de un manejo adecuado de sensaciones, pensamientos y conductas mejora la solución de problemas.

El trabajo grupal planeado bajo un modelo mejora la forma de enfrentar y solucionar problemas.

Finalmente se considera que el pertenecer a un grupo con características semejantes, compartir experiencias frente al grupo y expresar emociones de forma adecuada reduce el nivel de depresión.

SUGERENCIAS

- ❖ La salud mental debe ser promovida a través de talleres, pláticas y conferencias para suscitar la salud mental en la sociedad.
- ❖ Se sugiere trabajar de forma multidisciplinaria con el equipo de salud conformado por el Psicólogo, Trabajador Social, Médico, Enfermera, entre otros para fomentar el bienestar en las mujeres.
- ❖ Continuar el manejo de este modelo de intervención en mujeres como apoyo en tratamiento psicológico con la terapia cognitivo-conductual.
- ❖ Realizar una valoración efectiva y certera, ya que es el pilar fundamental del éxito de la intervención.
- ❖ También se recomienda continuar con el modelo de intervención e innovar en el desarrollo y mejora del mismo.
- ❖ Que sea impartido no solo para población femenina sino para hombres y con un número de sesiones más amplio.
- ❖ Dar seguimiento a las participantes del programa. Después de concluir el programa.
- ❖ Invitar a la población con ciertas características; como madres con hijos con problemas de lenguaje, aprendizaje, conducta, discapacidad, entre otros. A participar en el programa.

REFERENCIAS

- Bates. T. (2000). Como entender a la depresión con sentido común. Grupo, Tomo, S.A de C.V., México.
- Beck, A, T., Rush, A, J., Shaw, B, F, y Emery, G. (1979) Terapia cognitiva de la depresión. Nueva York: Guilford Press.
- Beck, A. (1983). Terapia Cognitiva de la depresión. Bilbao: Desclee de Brouwer.
- Bello, M., Puentes, E., Medina, M. y Lozano, R. (2005). Prevalencia y diagnóstico de depresión en población adulta en México. Salud pública de México. Vol. 47, 1, Pp. S4-S11.
- Buendía, L. Colas, y Hernández, F. (1998) Métodos de Investigación en Pedagogía. España, Mc Graw Hill.
- Burin, M., El Malestar de las Mujeres
- Caballo, V. (1998). Manual de Tratamiento Cognitivo Conductual de los Trastornos Psicológicos. Vol. 1. España: Siglo XXI.
- Caballo, V. (2006). Manual para la evaluación clínica de los trastornos psicológicos: trastornos de la edad adulta e informes psicológicos. España: Ediciones Pirámide.
- Calderón, G. (1990). Depresión, Causas, Manifestaciones y tratamiento. México: Trillas.
- Calderón, G. (1990). Depresión. Un libro para enfermos deprimidos y médicos en general. México: Trillas.
- Castilla, P.C. (1974). Un Estudio sobre Depresión. Argentina: Península.
- DSM-IV (2000) Barcelona. España: Masson.
- Ferro, C. (1994) “Primeros pasos en la teoría Sexo Genero” Universidad Nacional de Costa Rica.
- Farré, J., Soler, P., Gascón, J. y Fuliana, M. (2005). Recomendaciones terapéuticas en terapia Cognitivo-conductual Barcelona. Ars. Médica.

- Hernández, R., Fernández, C. y Baptista, P. (1998) Metodología de la Investigación México; Mc Graw Hill.
- Hernández Sampreri, R., Collado, F. (1994) Metodología de la Investigación. Mc Graw Hill Interamericana. México.
- Hernangómez, L. (2000). ¿Por qué estoy triste?: Guía para conocer y afrontar la depresión, España: Aljibe.
- Kelinger, F. (1984) “Investigación del Comportamiento, técnicas y metodología” Ed. Interamericana, México.
- La Biblia, Libro de Génesis, Versículos: 1:27-28 y 2:21-23.
- Lara, M., Mondragón, L. y Rubí, N. (1999). Un estudio de factibilidad sobre la prevalencia de la depresión en mujeres. *Salud mental*. Vol. 22, Núm. 4, Pp. 41-48. Editorial Pax.
- Lara, M. Luna y Acevedo. (2009) Ayudando a mujeres con depresión. Intervención psicoeducativa Primera edición. Ed. Pax, México.
- Lara, M., Narvino, C. y Navarrete, L. (2004). Influencia de los sucesos vitales y el apoyo social en una intervención psicoeducativa para mujeres con depresión. *Salud pública de México*. Vol. 4, Núm. 5, Pp. 378-387.
- Miranda Bernal Guadalupe (2007)
- Muñoz, F. y Ruiz, S. (2007). Terapia cognitivo-conductual en la esquizofrenia.
- Muñoz, R., Ghosh-Ippen, Ch., Valdés, E., Rao, S. y Le, H. (2003). Manual de terapia de grupo para el tratamiento cognitivo-conductual de la depresión. Universidad de California, San Francisco.
- Ojuela, L. (2000). Depresión; Control y Superación. España: Izquierdo.
- Padua, J. (1979). “Técnicas de Investigación aplicadas a las Ciencias Sociales”. México.
- Pick, S. (1998). Como investigar en Ciencias Sociales Trillas, México.
- Priest, R. (1992). Ansiedad y Depresión, Causas, Efectos y como superarlos. España: Plural.
- Preston, J. (2001). Cómo vencer la Depresión. Colombia: Pax.

- Quiroz, C. (2003). Estudio correlacional de depresión y ansiedad en los internos recluidos en un centro de readaptación social en el área de procesados, Tesis de Licenciatura en Psicología, UAEM.
- Robert, S. y Lamontagne, Y. (1977) Depresión. En: M. Bouchard, L. Granger, y R. Ladouceur, (Eds.) Principios y Aplicaciones de las Terapias de la Conducta. Madrid: Debate.
- Rojas Soriano R. (1985) “Guía para realizar investigaciones sociales” UNAM.
- Sabanes, F. (1993) El estrés, México: Diana.
- Shreeve, C. (1990) La Depresión sus causas y la forma de vencerla, España: EDAF.
- Suarez, G.V. (1988) Validación de la escala de auto medición de la depresión de Zung. Tesis de Licenciatura. Facultad de psicología UNAM, México.
- Sue, D. (1994) Comportamiento anormal. Mc Graw Hill, México.
- Scott, W. (1990) El género una categoría útil para el análisis histórico. Programa Universitario de Estudios de Género, UNAM. Porrúa, México.
- Vallejo- Nájera, J.A. (1992). Ante la depresión. ¿Cómo superar la enfermedad de nuestro tiempo?, México: Planeta.

APÉNDICES

APÉNDICE 1

ESCALA DE AUTO MEDICIÓN DE LA DEPRESIÓN DE ZUNG

NOMBRE DEL PACIENTE _____

EDAD _____

SEXO _____

FECHA _____

Por favor, señale una respuesta de cada uno de los 20 elementos.	Nada o pocas veces	Algunas veces	Muchas veces	La mayoría de las veces o siempre
1. ME SIENTO ABATIDO, DESANIMADO Y TRISTE	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. POR LA MAÑANA ES CUANDO MEJOR ME SIENTO	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. TENGO ATAQUES DE LLANTO O DESEOS DE LLORAR	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. TENGO PROBLEMAS DE SUEÑO DURANTE LA NOCHE	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. COMO IGUAL QUE ANTES	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. DISFRUTO AL MIRAR, CONVERSAR Y ESTAR CON MUJERES / HOMBRES ATRACTIVOS	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. NOTO QUE ESTOY PERDIENDO PESO	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. TENGO PROBLEMAS DE ESTREÑIMIENTO	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9. MI CORAZON LATE MAS RAPIDO DE LO ACOSTUMBRADO	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10. ME CANSO SIN MOTIVO	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11. MI MENTE ESTA TAN DESPEJADA COMO SIEMPRE	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12. ME RESULTA FACIL HACER TODO LO QUE SOLIA HACER	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13. ME ENCUENTRO INTRANQUILO Y NO PUEDO ESTARME QUIETO	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14. TENGO ESPERANZAS EN EL FUTURO	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15. SOY MAS IRRITABLE QUE DE COSTUMBRE	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
16. TOMO LAS DECISIONES FACILMENTE	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
17. SIENTO QUE SOY UTIL Y NECESARIO	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
18. SIENTO QUE MI VIDA ESTA LLENA	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
19. SIENTO QUE LOS DEMAS ESTARIAN MEJOR SIN MI, SI ESTUVIESE MUERTO	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
20. SIGO DISFRUTANDO CON LO QUE HACIA	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>



PROZAC* 20

© W.W.K. Zung, 1965, 1974, 1989, 1991 TODOS LOS DERECHOS RESERVADOS

“MODELO DE INTERVENCIÓN EN MUJERES CON DEPRESIÓN”

NOMBRE DEL PACIENTE _____

EDAD _____ SEXO _____ FECHA _____

1.	1	2	3	4	
2.	4	3	2	1	
3.	1	2	3	4	
4.	1	2	3	4	
5.	4	3	2	1	
6.	4	3	2	1	
7.	1	2	3	4	
8.	1	2	3	4	
9.	1	2	3	4	
10.	1	2	3	4	
11.	4	3	2	1	
12.	4	3	2	1	
13.	1	2	3	4	
14.	4	3	2	1	
15.	1	2	3	4	
16.	4	3	2	1	
17.	4	3	2	1	
18.	4	3	2	1	
19.	1	2	3	4	
20.	4	3	2	1	
					PUNT. BRUTA
					INDICE SDS

Indice de SDS	Impresiones Clínicas Equivalentes Globales
Debajo de 50	Dentro de lo normal, sin psicopatología
50-59	Presencia de depresión mínima o ligera
60-69	Presencia de depresión moderada o marcada
70 o más	Presencia de depresión severa o extrema

PROZAC* 20

Conversión de la Puntuación Bruta al Índice de SDS									
Punt. Bruta	Indice SDS	Punt. Bruta	Indice SDS	Punt. Bruta	Indice SDS	Punt. Bruta	Indice SDS	Punt. Bruta	Indice SDS
20	25	32	40	44	55	56	70	68	85
21	26	33	41	45	56	57	71	69	86
22	28	34	43	46	58	58	73	70	88
23	29	35	44	47	59	59	74	71	89
24	30	36	45	48	60	60	75	72	90
25	31	37	46	49	61	61	76	73	91
26	33	38	48	50	63	62	78	74	92
27	34	39	49	51	64	63	79	75	94
28	35	40	50	52	65	64	80	76	95
29	36	41	51	53	66	65	81	77	96
30	38	42	53	54	68	66	83	78	98
31	39	43	54	55	69	67	84	79	99
								80	100

© W.W.K. Zung, 1965, 1974, 1989, 1991 TODOS LOS DERECHOS RESERVADOS

APÉNDICE 2

INDICE DE PUNTAJES DE DEPRESION

INDICE EAMD	IMPRESIONES CLINICAS EQUIVALENTES GLOBALES
Debajo de 50	Dentro de lo normal, sin psicopatología
50-59	Presencia de depresión mínima o ligera
60-69	Presencia de depresión moderada o marcada
70 o más	Presencia de depresión severa o extrema

APÉNDICE 3

TABLA PARA CONVERTIR LA CALIFICACION BASICA AL INDICE EAMD

Calif. básica	Índice EAMD	Calif. Básica	Índice EAMD	Calif. Básica	Índice EAMD
20	25	41	46	62	67
21	26	42	47	63	68
22	27	43	48	64	69
23	28	44	49	65	70
24	29	45	50	66	71
25	30	46	51	67	72
26	31	47	52	68	73
27	32	48	53	69	74
28	33	49	54	70	75
29	34	50	55	71	76
30	35	51	56	72	77
31	36	52	57	73	78
32	37	53	58	74	79
33	38	54	59	75	80
34	39	55	60	76	81
35	40	56	61	77	82
36	41	57	62	78	83
37	42	58	63	79	84
38	43	59	64	80	85
39	44	60	65		86
40	45	61	66		87

APÉNDICE 4

CARTA DE CONSENTIMIENTO

YO:

DOY MI CONSENTIMIENTO PARA QUE LA INFORMACION Y
RESULTADOS

OBTENIDOS EN LA PRUEBA APLICA SEAN DADAS A CONOCER CON
FINES

ACADÉMICOS.

AUTORIZÓ

Vo.Bo.

NOMBRE Y FIRMA

PSIC. ALEJANDRA E. CABALLERO TAMAYO

APÉNDICE 5

TABLAS DE LAS SESIONES DEL PROGRAMA

<u>Sesión N°1</u>	
ACTIVIDAD	TIEMPO ESTIMADO (minutos)
Bienvenida	10
Presentación de las participantes	20
Introducción al taller	15
Como utilizar el material	8
Establecer las reglas del grupo	7
Preguntas y comentarios	10
Repaso de puntos clave	5
Actividad para casa	5
Cierre de sesión	10
	90

TABLA 1

Sesión N° 2	
ACTIVIDAD	TIEMPO ESTIMADO (minutos)
Comentarios sobre la experiencia de la actividad en casa	5
Forma de pensar de la persona deprimida	8
Porque nos deprimimos	10
Historia infantil	12
Acontecimientos de la vida	10
Repaso de puntos clave	5
Preguntas y Comentarios	30
Actividades en casa	5
Cierre de sesión	5
	90

TABLA 2

Sesión N°3	
ACTIVIDAD	TIEMPO ESTIMADO (minutos)
Comentarios sobre la experiencia de la actividad en casa	15
Condición social de la mujer	25
Preguntas y comentarios	20
Repaso de puntos clave	15
Actividad en casa	10
Cierre de sesión	5
	90

TABLA 3

Sesión N°4	
ACTIVIDAD	TIEMPO ESTIMADO (minutos)
Comentarios sobre la experiencia de la actividad en casa	10
Definir, ¿Que nos pasa?	20
¿Qué hacer?	10
Hacia una revalorización de nuestra persona	15
Preguntas y Comentarios	25
Actividad en casa	5
Cierre de sesión	5
	90

TABLA 4

Sesión N°5	
ACTIVIDAD	TIEMPO ESTIMADO (minutos)
Comentarios sobre la experiencia de la actividad en casa	8
Cambios en nuestras creencias	25
Modificar la manera en que percibimos nuestro ambiente	25
Repaso de puntos clave	5
Preguntas y Comentarios	17
Actividad en casa	5
Cierre de sesión	5
	90

TABLA 5

Sesión N° 6	
ACTIVIDAD	TIEMPO ESTIMADO (minutos)
Comentarios sobre la experiencia de la actividad en casa	10
Nuevas maneras de comportarnos	20
Compromiso conductor	10
¿A dónde ir?	15
Preguntas y comentarios	20
Cierre de sesión y despedida	15
	90

TABLA 6