



EL TRATAMIENTO DE LA DEPRESIÓN CON UN ENFOQUE DE ACTIVACIÓN CONDUCTUAL: UN CASO.

Jorge Luis Salinas Rodríguez¹
Facultad de Estudios Superiores Iztacala
Universidad Nacional Autónoma De México

RESUMEN

El modelo cognitivo-conductual ha mostrado efectividad en los problemas de depresión de las personas. Este tipo de modelo resalta la interdependencia de los diversos procesos que involucran las cogniciones, emociones y conducta del individuo, así como las consecuencias ambientales. No obstante, las estrategias para tratar la depresión con base en dicho modelo sólo enfatizan la importancia del cambio de los pensamientos depresivos para el éxito terapéutico, subvalorando la relevancia que tiene el desarrollo de nuevas habilidades para elevar el nivel de actividad social de los individuos con el fin de incrementar la tasa de reforzamiento. Se presenta un caso de una mujer depresiva que es tratada con un enfoque de mejora de actividad conductual. Los resultados muestran una remisión de los síntomas de depresión como resultado del incremento de su actividad social y laboral.

Palabras clave: depresión, activación conductual, cognitivo-conductual, pensamientos, asertividad, reforzamiento.

ABSTRACT

The cognitive-behavioral model has shown effectiveness in the problems of depressed people. Such a model highlights the interdependence of the various processes involving cognitions, emotions, individual behavior and environmental consequences. However, strategies for treating depression based on this model only emphasize the importance of changing depressive thoughts for therapeutic success, underestimating the relevance of developing new skills to raise the level of social activity of individuals with depression, in order to increase the rate of reinforcement. A case of a depressive woman who is

¹ Profesor Asociado del Área de Psicología Clínica. Correo Electrónico: jluis@servidor.unam.mx

treated with a focus on improve her behavioral activity is presented. The results show a remission of symptoms of depression as a result of their enhanced social and occupational functioning.

Key Words: depression, behavioral activation, cognitive-behavioral, thoughts, assertiveness, reinforcement.

Varios estudios han estimado que al menos un 12% de la población adulta ha presentado o presentará en el futuro un episodio depresivo de importancia clínica suficiente como para necesitar tratamiento psicológico (Schuyler & Katz, 1973). En México, la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica estimó que en México 8.4% de la población ha sufrido, según los criterios del Manual Diagnóstico y Estadístico de la Asociación Americana de Psiquiatría (DSM-IV, por sus siglas en inglés), un episodio de depresión mayor alguna vez en la vida con una mediana de edad de inicio de 24 años (Medina-Mora, Borges, Lara, Benjet, Blanco y Fleiz, 2003).

Durante los últimos 15 años, también se han publicado cientos de estudios sistemáticos referentes a las bases biológicas de la depresión y a la quimioterapia de la misma. Diversas publicaciones de instituciones de investigación y del sector privado sugieren que se han hecho avances definitivos en el conocimiento de la psicobiología de la depresión y en el tratamiento farmacológico de esta alteración. Sin embargo, no existe evidencia de que la frecuencia de la depresión haya disminuido. Es más, la tasa de suicidios, que generalmente se toma como índice de la frecuencia de la depresión, tampoco ha disminuido, sino que, de hecho, ha mostrado un incremento a lo largo de los últimos años. La tasa de mortalidad por suicidio en México en grupos etarios de 15 a 19 años aumentó de 1.49 en el año de 1970 a 3.40 en el 2000. La de 20 a 24 años, de 2.38 a 5.29 en el mismo periodo y en el grupo de 25 a 29 años de 2.20 a 4.89; considerando la tasa como número de muertes por cada 100,000 habitantes según el Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (INEGI, 2001). La ausencia de una respuesta satisfactoria que disminuya la tasa de suicidios se hace significativa al máximo si tenemos en cuenta los grandes esfuerzos desplegados para crear y mantener una serie de centros de prevención de suicidio en todo el país.

Un informe del Instituto Nacional de Salud Mental sobre *The Depressive Disorders* (Los trastornos depresivos), de Secunda, Katz, Friedman y Schuyler (1973), manifiesta que la depresión es la causa del 75% del total de hospitalizaciones psiquiátricas y que, a lo largo de un año, un 15% de los adultos entre 18 y 74 años puede sufrir síntomas depresivos de consideración. También, los autores indican que los costes de atención en EE.UU oscilan entre 0,3 y 0,9 billones de dólares al año.

Es evidente la necesidad de desarrollar una terapia psicológica eficaz de cara a la depresión, determinando sus indicaciones y contraindicaciones y estableciendo su papel en el tratamiento general del paciente depresivo. Al parecer, la terapia psicológica se practica de diferentes maneras para el tratamiento de los pacientes depresivos, por lo que es importante establecer las formas específicas de intervención y determinar la efectividad de las mismas, de tal manera que el consumidor pueda saber si este servicio está logrando un resultado satisfactorio.

Aunque, obviamente, los fármacos antidepresivos son relativamente más baratos que la terapia psicológica, existen pacientes que no responden a la medicación. Estimaciones fiables, basadas en una revisión de numerosos estudios controlados sobre la terapia farmacológica de la depresión, indican que solamente el 65% de los pacientes muestran una mejoría definitiva como resultado del tratamiento mediante antidepresivos tricíclicos (Beck, 1973). Partiendo de este dato, se deben desarrollar otros métodos para el 35% de los pacientes que no respondan a los antidepresivos.

Muchos pacientes a quienes podrían beneficiar los medicamentos, se niegan a tomarlos por razones personales, o bien presentan efectos secundarios que les obligan a abandonarlos. A la larga, la posible dependencia excesiva de los fármacos pudiese impedir indirectamente la utilización, por parte del paciente, de sus propios recursos psicológicos para poder hacer frente a la depresión. La amplia literatura sobre la teoría de la "atribución" apunta a la posibilidad de que los pacientes tratados con fármacos atribuyan sus problemas a un desequilibrio químico y la mejoría, a los efectos de los medicamentos (Shapiro & Morris, 1978).

Consecuentemente, como indican las investigaciones psicobiológicas, los pacientes pueden estar menos capacitados para aprovecharse de o desarrollar sus propios mecanismos para manejar la depresión. La tasa relativamente alta de recaídas de pacientes tratados con fármacos (aproximadamente el 50% durante el año siguiente a la terminación del tratamiento) indica que este argumento puede ser válido.

Cabe señalar que el buen curso de una terapia psicológica podría ser, a largo plazo, más beneficioso que la quimioterapia, ya que el paciente puede aprender algo de su propia experiencia psicoterapéutica; es decir, se podría esperar que los pacientes que reciben terapia manejen mejor posibles episodios depresivos ulteriores, que logren eliminar algunas incipientes, o incluso que sean capaces de prevenir posible depresiones.

Sin embargo, aunque los componentes ideacionales o cognitivos son los más evidentes en la depresión, y por eso muchas estrategias para su tratamiento se dirigen al cambio de cogniciones “depresivas”, en realidad se utilizan diversas técnicas y estrategias de intervención con la finalidad de que el usuario del servicio psicológico sienta más control sobre sus emociones y su entorno. Al respecto, Hopko, Lejuez, Ruggiero y Eifert (2003) consideran que los diversos tratamientos de la depresión se enfocan sobre el concepto *Activación Conductual* (AC) como un modelo que guía a la selección e instrumentación de procedimientos para incrementar la actividad del paciente y ganar mayor acceso a reforzamiento; lo cual produce mejoras en los pensamientos, el humor y la calidad de vida. Finalmente, lo que se busca es mover al usuario de un estilo de vida de evitación a uno de actividad. Las cogniciones desde esta perspectiva no son vistas como una causa proximal de la conducta manifiesta y, en todo caso, no se constituyen en el objetivo principal del cambio.

El objetivo primordial del enfoque de la *Activación Conductual* (AC) es que el usuario aprenda a llevar a cabo acciones, reduciendo la conducta de evitación e incrementando aquella que mejora su estado de ánimo. Se utilizan estrategias de tratamiento adicionales para facilitar la acción y el desarrollo del afrontamiento activo, como la elección y mejora de habilidades que aumentan el placer,

entrenamiento en relajación, asertividad, solución de problemas y auto reforzamiento (Martell, Addis & Jacobson, 2001).

En el enfoque de la AC las estrategias de cambio involucran enseñar a los pacientes a identificar los patrones de evitación, enseñar un estilo analítico funcional para entender su conducta, a determinar cursos de acción para incrementar la tasa de reforzamiento y hacer los cambios permanentes (Lejuez, Hopko, LePage, Hopko & McNeil, 2001).

Sin duda, el enfoque de la AC es una opción por demás interesante, ya que traslada el énfasis de las cogniciones como el origen y mantenimiento de la depresión (por ejemplo, Beck, 1973) a la conducta de evitación y la baja tasa de reforzamiento, más allá de la propuesta del modelo de reforzamiento social de Lewinsohn Sullivan & Grosscup (1980). De esta manera, la estrategia de intervención se dirige a disminuir la conducta de evitación e incrementar la tasa de reforzamiento (afrentar situaciones problemáticas, llevar a cabo otras actividades más reforzantes, entre otras); las estrategias cognitivas son utilizadas sólo en el sentido de eliminar aquellas creencias y pensamientos que limitan los objetivos principales.

Con base en la orientación del enfoque de la AC, más adelante se reporta un caso en cuya intervención se utilizaron varias técnicas como la relajación, la reestructuración cognitiva y el entrenamiento en habilidades sociales, específicamente la asertividad.

La relajación se utilizó debido a que las personas que padecen depresión comúnmente presentan niveles de ansiedad altos. La ansiedad es una sensación displacentera y anticipatoria de que algo negativo y molesto puede ocurrir, provoca inquietud, zozobra y miedo. El miedo impide sentir confianza y esto da como resultado un sentimiento de vulnerabilidad en la persona, sintiéndose incapaz de dar una respuesta adecuada, o bien llevar a cabo conductas de evitación y escape de situaciones desagradables o aversivas. En consecuencia la persona actúa equivocadamente, no puede pensar con claridad y se siente incapaz e impotente; por ejemplo, la ansiedad está claramente ligada a la incapacidad de la persona para expresar sus sentimientos de manera satisfactoria y socialmente efectiva. En

ocasiones la ansiedad anticipada es tan intensa que el individuo evita totalmente la situación, lo cual lo conduce a la frustración inmediata y regularmente a la depresión.

Para ello las técnicas de relajación son procedimientos cuyo objetivo principal es enseñar a la persona a controlar sus niveles de ansiedad y su propio nivel de activación a través de la modificación directa de las condiciones fisiológicas sin ayuda de recursos externos. (Olivares y Méndez, 2001).

La reestructuración cognitiva, es un procedimiento que está orientado a cambiar las conceptualizaciones y razonamientos inmersos en los conocimientos y pensamientos de las personas y que constituyen una de las fuentes principales de trastornos. La terapia cognitiva trata de modificar los sentimientos y la conducta de los pacientes al cambiar su forma de pensar, mostrando mayor eficacia que los tratamientos farmacológicos (Rush, Beck, Kovacs & Hollon, 1977).

El supuesto teórico de la terapia cognitiva es que la conducta está mediada por el estilo que tiene una persona de estructurar su mundo, el cual está basado en actitudes y supuestos desarrollados a partir de experiencias previas de aprendizaje. Este estilo supone que un individuo determinado percibe una situación estimulante y la evalúa en función de las experiencias anteriores. El cómo las percibe y evalúa suscita respuestas emocionales observables y no observables, unas imágenes mentales y un lenguaje interno que etiquetan esas situaciones y toda esa cadena de procesos indican al individuo cómo afrontar esa situación, llevándolo a emitir una conducta determinada en función también de su estilo de afrontamiento modulado por aprendizajes anteriores.

Esos procesos de percepción, etiquetado o evaluación y afrontamiento colorean el cómo un individuo ve el mundo y su lugar dentro de él. Por tanto, las distorsiones o déficits cognitivos pueden ser, en alguna medida, los responsables de la aparición de trastornos emocionales. La terapia cognitiva pone el acento en esos procesos y en su posible distorsión al intentar identificarlos, analizarlos y, en consecuencia, modificar los comportamientos (Martínez, 1996).

La terapia cognitiva de Beck (1973) hace mención de la inferencia arbitraria, que consiste en deducir una conclusión cuando ningún elemento objetivo permite

hacerlo, o incluso a veces los hechos demuestran lo contrario; la sobregeneralización surge cuando, a partir de un elemento de una situación, el sujeto extrae una regla general; la amplificación exagera las implicaciones negativas de una situación o de un comportamiento. Según Beck, estas deficiencias cognitivas son el resultado de una incapacidad del sujeto para percibir, integrar o utilizar los hechos de que dispone (Meinchenbaum, en Linn y Garske, 1988).

La inadecuación de los hábitos y la angustia del sujeto provienen de deficiencias en el tratamiento de información, por el mundo mal percibido, mal interpretado, o mal “construido” (Fontaine, 1981).

Otra de las técnicas utilizadas comúnmente en la depresión son las habilidades asertivas, entendiéndose éstas como habilidades personales que permiten expresar sentimientos, opiniones y pensamientos en el momento oportuno de una forma clara, directa, concreta y honesta haciendo la defensa de los propios derechos, sin negar o desconsiderar los derechos de los demás.

La técnica de entrenamiento asertivo conlleva, en gran medida, la reestructuración cognitiva, en tanto que requiere que la persona aprenda y acepte sus derechos como persona, se eliminan los obstáculos cognitivos para verbalizar de manera más segura a favor de sus sentimientos, aspiraciones y formas de expresarse.

Las habilidades sociales y más concretamente la asertividad son habilidades básicas para el desenvolvimiento en la vida diaria. Cuando estas habilidades no están lo suficientemente desarrolladas o se emplean de forma equivocada surge la frustración y la insatisfacción. Por ello es que las personas perciben como poco reforzantes las relaciones interpersonales, las evaden y se crean sentimientos de infelicidad, entre otros.

Habiendo establecido lo anterior, se entrenan conductas apropiadas en el repertorio de la persona por medio del modelado y la práctica, primero en la seguridad del consultorio y luego en los ambientes usuales del paciente (Caballo, 1991) y ante los problemas específicos que experimenta en sus relaciones con otros significativos.

Presentación del caso.

Se trata de una usuaria de 24 años de edad, soltera, que estudia la licenciatura en Derecho y acude a clases de inglés en una academia, también es asistente en un despacho jurídico. La usuaria, a quien nos referiremos como tal en el presente trabajo, vive con su padre de 43 años y una tía paterna, también de 43 años. Tanto el padre como la tía tienen estudios a nivel técnico y se encuentran laborando.

Remisión: La usuaria llega a consulta remitida por una compañera de clases de inglés, dado que ésta nota en ella un estado de ánimo “triste y ausente”.

Queja principal: La usuaria solicita ayuda psicológica porque desde hace nueve meses murió su madre y últimamente se siente deprimida, reporta constantes problemas con su familia, una reducción del número de amigos y poca frecuencia en su contacto con ellos.

Historia del problema.

La usuaria comenta que sus principales problemas son la falta de su madre ya que era con quien compartía muchos de sus problemas y sus logros, además de que ella constantemente la animaba a que realizara actividades.

A partir de que su madre enfermó, la usuaria se tuvo que hacer responsable de todos los cuidados de ella, además de que estudiaba y trabajaba al mismo tiempo. Esto le complicó mucho las relaciones con sus amigos porque ya no tenía tiempo para convivir con ellos; incluso, algunos de ellos la criticaban y la evadían debido a que se negaba a platicar acerca de su situación. La mayor parte de su tiempo lo pasaba en el hospital con su madre, o en su casa.

La usuaria comenta que cuando su madre enfermó, su padre se mostró indiferente, eso le provocó a ella un “conflicto de tipo emocional”, un sentimiento de rechazo hacia su padre y discusiones por problemas económicos con él. Ella comenta que la relación con su padre nunca fue buena y cercana.

Después de la muerte de su madre ella empieza a experimentar mayor aceptación y comprensión por parte del padre, se da cuenta que puede contar con él para muchas cosas y no solo para pelear.

Menciona que desde antes de que su madre falleciera, ella comenzó a tener conflictos con su tía porque se metía demasiado en sus cosas personales. Por otra parte, los constantes problemas con su tía se fueron incrementando, hasta llegar al punto de insultarse mutuamente y, por consiguiente, estaba "todo el tiempo a la defensiva, evitando esa relación en todo lo posible". Las peleas por lo general son a causa de la inadecuada toma de decisiones amorosas y amistosas por parte de la usuaria, según le decía la tía.

Las relaciones interpersonales y de noviazgo que sostiene nunca son bien vistas por la tía; ésta cuestiona la calidad amorosa, estética, intelectual y económica de sus parejas y la capacidad de la usuaria para atraer y mantener el amor de las mismas. Actualmente ella tiene una pareja, la cual su tía no acepta, lo tacha de ignorante y de que no es bueno para ella, en ese momento la usuaria se queda callada y todo se lo guarda, precisamente para no generar problemas. De igual manera, sus amigos no son bien vistos por la tía, quien los critica, ofende y le dice que sólo están con ella por su dinero.

La usuaria comentó que tuvo muchos problemas con su ex novio; añadió que, cuando tuvieron relaciones sexuales, él la insultó porque ella lo apartó ya que la estaba lastimando, le gritó que era una frígida, que no servía como mujer. Ella sintió una profunda tristeza y se quedó "sin palabras", porque no sabía exactamente por qué le comentaba eso.

Con respecto a su profesión, explicó que no se sentía apta para llevarla a la práctica, pues hacer labores de abogacía le provoca sentimientos de miedo, ansiedad, angustia, tristeza y enojo. Dijo reiteradamente: "no puedo relacionarme o confiar en alguien ya que debo adaptarme a la forma de ser del abogado, actuar como él, pensar como él, querer lo mismo y eso no es compatible con tener amigos"; esto le causaba conflicto, sintiéndose insegura y con miedo.

Comentó que no le gusta su carrera y no se imagina laborando en la abogacía. Siente que los problemas que experimenta en su casa no le permitirán ser eficiente, ya que está a la defensiva y a la vez tenía miedos e inseguridad.

Cuando su madre muere, ella piensa que no puede mostrarse débil ante los demás, no se dio el tiempo para superar la pérdida de su madre. De hecho,

comentó que no podía salir a la calle porque tenía temor de que alguien la siguiera o que le pasara algo; también tenía pensamientos persistentes de que podía estar enferma de algo. Le diagnosticaron presión arterial alta debido al estrés que presentaba constantemente.

Después de la muerte de su madre, la usuaria estuvo medicada con Clonazepan $\frac{1}{4}$ por la noche por tres días. Posteriormente, le recetaron Diazepam, negándose a consumirlo después de dos tomas; comentó que cuando lo tomó se sintió un poco más aliviada pero, cuando se le pasaba el efecto de los fármacos, volvía a sentirse aun más ansiosa y deprimida.

Hasta apenas hace un par de meses retomó sus actividades, con algunas reservas; por ejemplo, cuando sale de su casa lo hace acompañada de alguien más. Reportó que recientemente acaba de entrar a clases de inglés y ha reiniciado el curso de su carrera. El sueño de vez en cuando se ve alterado, con periodos de insomnio con agitación ansiosa. Modelo teórico

El modelo que se utilizó en esta intervención terapéutica es el modelo cognitivo-conductual. Este modelo resalta la interdependencia de los múltiples procesos que están presentes en los pensamientos, sentimientos y conductas del individuo, así como en las consecuencias ambientales (Meinchenbaum, en Linn y Garske, 1988).

Los terapeutas cognitivo conductuales intentan integrar los puntos de interés de ambos modelos (el cognitivo y el conductual) con el fin de combinar la comprensión clínica de los terapeutas semánticos con la tecnología de los terapeutas de conducta.

La capacidad que tiene la terapia cognitiva-conductual para dar explicaciones integrales se puede ilustrar mejor cuando se hace una revisión de la literatura disponible acerca de diversos desórdenes del comportamiento, lo cual es también cierto para la depresión.

La depresión presenta un cúmulo de desórdenes, desde los físicos (endócrinos y relacionados con la nutrición, reacciones tóxicas y alergias) hasta las presiones psicosociales (tensiones y pérdidas que se van acumulando a lo largo de la vida). Los individuos depresivos tienden a pensar más lentamente,

prestan una atención selectiva y recuerdan eventos depresivos negativos y además tienden a culparse por los fracasos y errores en lugar de buscar otras explicaciones que incluyan factores situacionales. Estos estilos de pensamiento, a su vez, pueden afectar el estado emocional, tal como ocurre en el proceso interdependiente entre pensamientos y sentimientos. Los sentimientos y pensamientos se alimentan unos a los otros, por tanto, establecen un círculo vicioso depresivo.

Las terapias cognitivo-conductuales relacionadas con la depresión, si bien enfatizan los procesos cognitivos, también consideran a la conducta motora como una variable interrelacionada con los pensamientos y la modificación concurrente de ambos producen cambios más significativos para los resultados de la terapia (Meinchenbaum, en Linn y Garcke, 1988).

Sin duda los individuos depresivos pueden tener déficits en habilidades sociales desde mucho tiempo atrás del inicio de la depresión. Por lo tanto, ellos mismos pueden crear inadvertidamente las diversas situaciones sociales que mantienen su conducta depresiva.

Intervención.

Análisis del caso.

La conducta de depresión se presenta cuando su madre muere, a consecuencia de este evento presenta sentimientos de enojo, angustia, miedo e inseguridad. Sus creencias respecto a sostener una imagen de “no ser débil ante los demás” inhiben las expresiones emocionales como el llorar y hablar abiertamente respecto a sus sentimientos.

No siente la confianza de salir a la calle sola, ya que todo el tiempo se encontraba con su madre y con ella solía hacer varias actividades, disminuyendo sustancialmente su tasa de reforzamiento a través de otras actividades y amistades. Cuando su madre muere, ella se siente desprotegida y eso trae como consecuencia que le dé miedo y presente niveles de ansiedad altos al salir a la calle y pensar que “algo le puede pasar” o que le “pueden hacer algo”; el hecho de quedarse en su casa refuerza la conducta de evitación, pero concurrentemente

sucede una disminución significativa de la tasa de reforzamiento social, dado que también disminuye su actividad en labores potencialmente reforzantes.

Siente que no cuenta con las cualidades necesarias para ejercer su profesión; es decir, la usuaria no tiene confianza en sí misma para poder llevar a cabo actividades de abogacía, a pesar de que cuenta con la fortaleza de que ya casi concluyó la carrera de abogado. Aquí se puede notar que vuelve a predominar el sentimiento de miedo e inseguridad, además de presentar pensamientos irracionales tales como “no puedo” que juegan un papel importante para evitar actividades relacionadas con su carrera.

La usuaria tiene constantes problemas con su tía, ya que ella frecuentemente le hace referencia de que los novios y amigos que posee solo “son interesados y que buscan en ella su dinero”. Esto trae como consecuencia que ambas personas se insulten y sobre todo que la usuaria se encuentre a la defensiva, evitando todo contacto con ella y no defendiendo sus derechos para no provocar más problemas. De esta manera, se puede observar que la usuaria no cuenta con habilidades asertivas necesarias para defender sus derechos y afirmarse como persona capaz. Al no poseer asertividad surge en la usuaria frustración, angustia, miedo e insatisfacción.

En general, la usuaria manifestaba una tendencia a ser dependiente de la madre, misma que se transfiere a la tía, pero ésta, al ser altamente crítica con sus preferencias y costumbres en sus relaciones sociales y amorosas, genera en ella conflictos que producen ansiedad y, dado el déficit en habilidades sociales para defender sus elecciones, se siente más ansiosa y deprimida al no lograr la aceptación que tenía con la madre, cuestionando aún más su capacidad para relacionarse en su medio social y con su pareja. Existe una generalización del sentimiento de incompetencia e impotencia que se origina respecto a las críticas de su tía hacia demandas que son propias de su profesión (discusión con clientes, jueces y secretarios en los juzgados) por lo que rechaza su elección de carrera y se niega a ejercerla pensando que ella es un fracaso y sintiéndose deprimida por lo mismo, con pensamientos recurrentes de falla e incapacidad para afrontar sus relaciones y demandas laborales.

Análisis de solución.

Con base en la información recabada por la usuaria y el análisis del caso, la solución fue la siguiente:

Hipótesis de cambio.

Si la usuaria se mantiene relajada, tiene pensamientos racionales respecto a su capacidad para afrontar exitosamente las demandas de su profesión, confía en la amistad, afronta exitosamente las críticas y se comporta asertivamente ante estas situaciones, con sus amigos y pareja, entonces reportará que se siente segura, con iniciativa para ejercer su profesión, incrementándose la cantidad y calidad de contactos con amigos y amigas y una mejora en su estado de ánimo.

El objetivo general de la intervención fue el siguiente:

La usuaria permanecerá relajada, comportándose asertivamente y teniendo pensamientos racionales respecto a su capacidad para asumir la responsabilidad de su vida, las demandas de su profesión y su capacidad para tomar decisiones acertadas en la esfera social, amorosa y profesional en situaciones de crítica destructiva, convivencia con amigos y cuando lleve a cabo actividades relacionadas con su profesión como abogada en los juzgados.

Los objetivos particulares fueron:

1. La usuaria permanecerá relajada ante situaciones de crítica y reproche de su tía, novio y amigos, asimismo cuando establezca relaciones de amistad con otras personas, cuando vaya sola en la calle y cuando lleve a cabo actividades de su profesión de abogada.
2. La usuaria tendrá pensamientos racionales ante situaciones que impliquen un cuestionamiento de su capacidad para asumir decisiones, cuando ocurran críticas a su persona y cuando lleve a cabo actividades relacionadas con su profesión en la facultad y en los juzgados.
3. La usuaria se comportará asertivamente ante situaciones de crítica y reproche, cuando entable relaciones de amistad y cuando atienda trámites con colegas, jueces y secretarías de juzgado.

Programa de intervención.

El programa de intervención se instrumentó a lo largo de 12 sesiones, cada una con duración de una hora y media.

La usuaria recibió la información necesaria de su problemática (análisis funcional), esto con el fin de que comprendiera las causas de su comportamiento y cómo se interrelacionaban las diversas variables para que éste se siguiera manteniendo. La manera en que se le ofreció la información tuvo el propósito de que ella eligiera las variables sobre las que se podía intervenir ya que constituirían sus metas terapéuticas; también se intentó que tuviera un pensamiento analítico al considerar los factores, así como su interrelación causal, relacionados con el mantenimiento de su estado de ánimo, enfatizando las dificultades que tiene con su tía, el ejercicio de su profesión y el bajo nivel de actividad social. Durante la exposición del análisis funcional de su depresión se enfatizó cómo sus pensamientos irracionales estaban indefectiblemente ligados a su conducta de evitación de situaciones potencialmente reforzantes (confiar en amigos, encarar las críticas, disfrutar su trabajo, entre otros) y sus déficits en habilidades asertivas hacían que las pocas relaciones significativas fueran tensas y frustrantes, llevándola al aislamiento y, por lo tanto, reforzando su conducta depresiva.

Se dio a la usuaria la instrucción de que para pasar a las siguientes fases de intervención ella tenía que ser capaz de contestar el 90% de las preguntas realizadas acerca de cada tema tratado (por ejemplo, la asertividad, la relación pensamientos-emociones, entre otros), así como mencionar ejemplos acerca de éstos; con esto, se intentó asegurar que ella pudiera conceptualizar su problema y cómo sus características personales se interrelacionaban con factores ambientales, antecedentes y consecuentes.

Fase 1

Esta fase se llevó a cabo a la largo de dos sesiones. Al inicio de esta fase se aplicó el Inventario de Depresión de Beck (Beck, Steer y Brown, 2006).

Se le proporcionó a la usuaria información adecuada de la técnica de relajación, con el fin de informarle en qué consistiría ésta y para qué serviría el entrenamiento que recibiría (racionalización de la técnica y sus implicaciones potenciales).

Se utilizó la técnica de tensión-relajación de Jacobson (véase Bernstein & Brokovec, 1973) Se le pidió que observara atentamente cómo el terapeuta

modelaba las respiraciones y la tensión de 15 grupos de músculos para la relajación. Posteriormente se le pidió a la usuaria que realizara lo modelado por el terapeuta.

Se procedió a llevar a cabo el entrenamiento en relajación al inicio de las tres primeras sesiones. Al finalizar cada sesión de relajación se le preguntaba a la paciente cómo se sentía, respondiendo con base en una escala subjetiva de ansiedad que va desde 0 a 10, donde 0 es nada de ansiedad y 10 es el máximo. Se le pidió a la usuaria que realizara los ejercicios de “relajación” en el hogar.

Durante esta fase se recolectó más información relacionada con sus pensamientos, y las implicaciones emocionales y conductuales de los mismos en diversas situaciones potenciales de reforzamiento para ella.

Fase 2

La fase dos del programa de intervención se llevó a cabo durante dos sesiones. En esta fase la usuaria aprendió acerca de la teoría de la terapia racional emotiva de Ellis (1972; en Ellis y Greger, 1981). Se le enseñó a identificar los pensamientos irracionales respecto a las críticas de su tía, las demandas de su profesión que implicaban una postura personal y las relaciones con otras personas, así como de las emociones y conductas de evitación asociadas. La lógica importante que se subrayó en esta parte fueron las implicaciones que sus sentimientos tenían en la evitación de actividades que podrían resultar placenteras. Se le pidió posteriormente que generara cuando menos dos argumentos que contradijeran los pensamientos irracionales bajo situaciones conocidas para ella y se diera cuenta de las emociones positivas que esto producía, después se le pedía que identificara oportunidades para llevar a cabo acciones reforzantes.

En esta misma fase se le explicó a la usuaria lo que es la asertividad, de manera que la información beneficiara sus relaciones interpersonales y que comprendiera que son habilidades útiles también para establecer acuerdos dentro de su familia.

Se instruyó a la usuaria para que se mantuviera relajada ante situaciones novedosas, de miedo y estresantes, discutiéndose con ella los resultados y reforzando su habilidad para relajarse en aquellas en las que había mayor problema para ello. De igual manera, se le instruyó a que iniciara la elaboración de un listado de posibles actividades sociales y de afrontamiento de problemas en las que considerara que había un potencial para obtener reforzamiento, con el fin de mejorar su autoconcepto y establecer un sentimiento de control de situaciones estresantes. Esto último sería utilizado en las siguientes fases como actividades para ejercitar lo ya aprendido en el consultorio y para que iniciara su plan de acción en su ambiente. También se le pidió un diario de asertividad y relajación en donde tenía que anotar la demanda asertiva, qué había hecho, cómo se sentía y el grado de ansiedad experimentado; esto sería utilizado en el proceso de las siguientes fases para reforzar los aspectos positivos de su aprendizaje y superar las dificultades encontradas.

Fase 3

La fase tres se instrumentó a lo largo de cinco sesiones. Durante esta fase se inició el entrenamiento en asertividad propiamente, orientado a la enseñanza de habilidades básicas de protección, como: rechazar demandas irracionales de otros, desarmar ira, aserción positiva. También se le entrenó en habilidades de expresión de necesidades, opiniones y deseos, aspectos relevantes para resolver su queja, tanto con respecto a las críticas de la tía, como para establecer y mantener nuevas relaciones de amistad, asimismo en el desarrollo del trabajo de abogada; esto conlleva la idea de potencializar una mayor cantidad de reforzamiento social y el incremento de actividades. Esta parte de la fase se llevó a cabo a través de técnicas de aprendizaje como el modelamiento, moldeamiento, reforzamiento, juego de roles, reforzamiento diferencial, asesoría e instrucciones para actuar en situaciones de conflicto y novedosas o ansiógenas.

Los ejercicios de asertividad fueron precedidos del entrenamiento con la técnica de la “Terapia Racional Emotiva”, con la finalidad de cambiar los pensamientos que influían negativamente en que identificara y definiera la

respuesta asertiva ante las críticas de la tía, las actividades de su trabajo como abogada y establecer nuevas relaciones de amistad.

Se realizaron ejercicios en donde el terapeuta hacía que la usuaria identificara pensamientos irracionales con el fin de que los contradijera con pensamientos racionales, cuando lo hacía al menos con un 80% de éxito se terminaba con los ejercicios; luego se le asesoraba en identificar una respuesta asertiva funcional a una situación (por ejemplo, de crítica, confidencialidad, frustración, entre otras), se practicaba y se le comprometía para practicarla en su ambiente. Durante esta fase se tuvo cuidado de que se comprometiera a llevar a cabo prácticas sencillas con alta probabilidad de ser reforzadas en su medio.

En algunas situaciones, principalmente con personas que no conocía, de crítica por parte de su tía y de amigos, se le pidió que identificara los componentes visuales y físicos como gesticulaciones, muletillas y muecas detectadas en sus conversaciones durante la semana, con el fin de que la usuaria pudiera discriminar cuándo los miembros de su familia, amigos, pareja y otros no significativos son asertivos con ella y cuándo no. Asimismo, se continuó trabajando en el entrenamiento de habilidades asertivas relacionadas al rechazo de demandas irracionales de otros, desarmar ira y la aserción positiva.

Durante esta fase se siguió con los ejercicios de relajación en situaciones que ella consideraba necesario estar relajada, discutiéndose con ella la pertinencia de cada situación y su efectividad.

Esta fase se dio por concluida cuando ella identificó los pensamientos irracionales, las conductas inasertivas y agresivas, su estado de ansiedad ante situaciones de crítica, su planeación de ejercicio profesional y cuando se relacionaba con nuevas personas que ella seleccionaba.

Fase 4

La fase cuatro requirió de tres sesiones para instrumentarse. Durante esta fase se llevaron a cabo sesiones en donde se evaluó la efectividad y pertinencia de las habilidades entrenadas, asimismo se le asesoró respecto a pensar racionalmente y actuar asertivamente ante las diversas situaciones que estaba enfrentando en el presente con su tía, su pareja y amigos.

Un apartado especial dentro de esta fase fue la discusión respecto a las creencias de que debería compartir “cualidades” personales para ser abogada como el “no confiar, ni creer en nadie” y su capacidad para adaptarse al ambiente de los juzgados sin compartir esas creencias. Al respecto, generó pensamientos alternativos que exaltaban su capacidad de percibir a las personas en las que puede y no confiar.

Una vez que ella reportó que en su medio aplicaba con fluidez las habilidades entrenadas se discutió su diario de avance y las dificultades encontradas para lograr sus objetivos personales para afrontar situaciones y su valoración positiva por hacerlo. Cuando reportó una mayor satisfacción en sus relaciones sociales, interpersonales y al menos una actividad a la semana en su papel de abogada, se dio por concluida la intervención terapéutica. Se volvió a aplicar el inventario de Depresión de Beck (op.cit.)

Resultados.

La usuaria reportó que la relación con su padre ya no es tan conflictiva, incluso se le facilitó aceptar que él tenga relaciones afectivas con otra mujer (esto lo mencionó al finalizar la intervención terapéutica).

Notificó que en situaciones novedosas el control de sus emociones mejoró sustancialmente, lo atribuyó a la habilidad para relajarse y su capacidad para centrarse en generar pensamientos racionales; ahora considera un reto enfrentarse a tales situaciones.

La usuaria comenzó a presentar pensamientos racionales respecto a sus relaciones amorosas, dejando de ser dependiente y de aferrarse a la relación. Presenta mayor asertividad y toma de decisiones, ya que puede decidir si termina o continúa con las relaciones, identificando los beneficios y costos emocionales que produce la relación. Respecto a los conflictos con la tía, ella reportó que estos no habían disminuido significativamente, pero que ya no la afectaban y que, incluso, lograba afirmarse positivamente ante los comentarios destructivos, sin evadir la crítica positiva.

Informó que empezó a tomar decisiones propias, sin recurrir a lo que los demás quieren de ella o le exigen. En su discurso se hace poca o casi nula

referencia de la muerte de su madre, cuando se le hizo notar explicó que: “aún me importa, pero su ausencia es irreversible y debo comenzar a hacerme responsable de mi vida y mis actos”.

Los sentimientos de tristeza e inadecuación respecto a la toma de decisiones y la ansiedad asociada disminuyeron de manera importante. Asimismo, reportó que se sentía más contenta con la relación con amigos y amigas, pues era capaz de poner límites a los comentarios negativos y reproches de ellos. También, comentó que una vez a la semana sale sola a centros comerciales y librerías, que disfruta mucho pasar buen rato hojeando revistas y libros.

Asimismo, refirió que ya cuenta con dos nuevas amistades, un hombre y una mujer, con los que sale continuamente a platicar, al cine y una vez al campo; sintiéndose satisfecha de dichas relaciones.

La segunda aplicación del inventario de depresión de Beck arrojó un puntaje significativamente más bajo (8 puntos, correspondiente a altibajos normales) que en la primera aplicación (27 puntos, correspondiente a depresión de moderada a severa).

Conclusiones y discusión.

La aplicación del modelo cognitivo-conductual, con un enfoque en “activación conductual” de la persona para disminuir su conducta de evitación e incrementar la tasa de reforzamiento social, en este caso tuvo un gran impacto para el tratamiento del problema de depresión que presentaba la usuaria; las técnicas que se aplicaron fueron las adecuadas para poder darle una solución a las demandas de la misma.

Un aspecto importante para que se lograra el éxito en la terapia fue la cooperación mutua entre usuario y terapeuta para poder articular un ambiente adecuado para el proceso terapéutico. De esta manera, es importante resaltar que la exposición detallada del análisis funcional a la usuaria y ayudarla en el proceso de elección de variables a modificar (generación de alternativas de cambio), junto con el tratamiento, provocaron en ella un fuerte compromiso con el trabajo terapéutico y el logro de objetivos.

El uso consistente de tareas para el hogar (parte de la fase de generalización del entrenamiento en el consultorio) juega un papel muy importante para el reforzamiento de las habilidades por parte de la usuaria; en este caso, ella siempre mostró interés y colaboración para realizar las tareas y ejercicios; sin dejar de considerar que existió un clima propicio para que ella practicara las conductas y pensamientos que se le dejaban para aplicarlos a su ambiente con pocos riesgos de contingencias negativas.

Se hizo un seguimiento en donde se le hablaba a su casa para que reportara cómo continuaba y si había vuelto a sentirse deprimida, ansiosa, incapaz de llevar a cabo actividades seleccionadas. Primero fue una vez cada 15 días por dos ocasiones y luego una vez cada mes por tres veces. No se reportó recaída importante.

Finalmente, cabe resaltar que la terapia de intervención en casos de depresión no necesariamente implica instrumentar estrategias orientadas a modificar los pensamientos depresivos, como Beck (1973) lo establece. La intervención, en el nivel cognitivo, también debe estar orientada a modificar aquellas creencias que restringen la posibilidad de que el usuario extienda y diversifique sus actividades cotidianas, de que afronte efectivamente las dificultades ya que no le permitirán incrementar las fuentes de reforzamiento; por lo tanto haciendo más difícil la remisión de sus estados depresivos.

Referencias Bibliográficas

- Beck, A. T. (1973). *The diagnosis and management of depression*. Philadelphia: University of Pennsylvania Press.
- Beck, A.T., Steer, R. A. y Brown, G. K. (2006). *Inventario de depresión de Beck*. Argentina: Paidós.
- Bernstein, D. & Brokovec, T. (1973). *Progressive relaxation training*. USA:Research Press Champaign, Il.
- Caballo, V. (1991). *Manual de técnicas de terapia y modificación de conducta*. Madrid: Manual Moderno.

- Ellis, A. y Greger, R. (1981). *Manual de terapia racional emotiva*. Bilbao: Descleé de Brouwer.
- Fontaine, O. (1981). *Las terapias del comportamiento*. Barcelona: Herder.
- Hopko, D. R., Lejuez, C.W., Ruggiero, K. J. & Eifert, G. H. (2003). Contemporary behavioral activation treatments for depression: Procedures, principles, and progress. *Clinical Psychology Review* 23, 699–717.
- Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática. (2001). *Estadísticas de intentos de suicidio y suicidio*. Cuaderno 7, México D.F.: INEGI.
- Lejuez, C. W., Hopko, D. R., LePage, J., Hopko, S. D., & McNeil, D. W. (2001). A brief behavioral activation treatment for depression. *Cognitive and Behavioral Practice*, 8, 164–175.
- Lewinsohn, P. M., Sullivan, J. M., & Grosscup, S. J. (1980). Changing reinforcing events: An approach to the treatment of depression. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 47, 322–334.
- Martell, C. R., Addis, M. E. & Jacobson, N. S. (2001). *Depression in context: Strategies for guided action*. New York: W.W. Norton.
- Martínez, G. (1996). *Estudio comparativo entre la terapia cognitivo-conductual y la terapia racional emotiva (usos, ventajas, desventajas, similitudes y diferencias)*. Tesis de Licenciatura no publicada. México: Facultad de Estudios Superiores Iztacala. UNAM.
- Medina-Mora, M. E., Borges, G., Lara, C., Benjet, C., Blanco, J., y Fleiz, C. (2003). Prevalencia de trastornos mentales y uso de servicios: Resultados de la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica en México. *Salud Mental*, 26, 1-16.
- Meinchenbaum, D. (1988). Terapias cognitivo conductuales. En S. J. Linn y J. P. Garske. (Eds.) *Psicoterapias contemporáneas. Modelos y Métodos*. 331-362, Bilbao: Descleé de Brouwer.
- Olivares, J. y Méndez, F. (2001). *Técnicas de la modificación de la conducta*. Madrid: Biblioteca Nueva.
- Rush, A. J., Beck, A.T., Kovacs, M. & Hollon, S. (1977). Comparative efficacy of cognitive therapy and pharmacotherapy in the treatment of depressed out-patients. *Cognitive Therapy and Research*, 1, 17-37.
- Schuyler, D. & Katz, M. M. (1973). *The depressive illnesses: A major public health problem*. Washington, D. C: U.S. government Printing Office.

Secunda, S. K., Katz, M. M., Friedman, R. J. & Schuyler, D. (1973). *The depressive disorders*. Washington, D. C: U.S. Government Printing Office.

Shapiro, A. K. & Morris, L. A. (1978). *Placebo effects in medical and psychotherapy and behavior change: An empirical analysis*. (2^a ed.) Nueva York: Wiley.