

**“PERFIL COGNITIVO DE UN PACIENTE CON VEINTICUATRO AÑOS DE
EDAD DIAGNOSTICADO CON TRASTORNO DEPRESIVO MAYOR,
HOSPITALIZADO EN LA ESE HOSPITAL MENTAL DE ANTIOQUIA”**

**AUTORES:
LINA MARÍA CORREA MORALES
ID 2005241004**

**ONEYDA MONTIEL GELIS
ID 2005241039**

INSTITUCIÓN UNIVERSITARIA DE ENVIGADO

FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES

PROGRAMA DE PSICOLOGÍA

ENVIGADO

2010

DEDICATORIA

Al más bello recuerdo de cada uno de nuestros seres queridos: los pacientes, que hicieron posible un gran aprendizaje.

Quienes no solo nos recordaron que hay que soñar como si fuésemos a vivir para siempre y vivir como si fuésemos a morir hoy mismo, sino que nos enseñaron, que para empezar un gran proyecto, hace falta la valentía, pero para terminarlo, hace falta la perseverancia.

AGRADECIMIENTOS

En primer lugar y siempre, a Dios todo poderoso por darnos la fortaleza para no desfallecer cuando más lo necesitamos, porque cada día hizo palpable su amor a través de cada uno de los seres que nos rodeó.

A nuestros padres, hijos, profesores y amigos, que sin esperar nada a cambio, se convirtieron en los grandes pilares de nuestro camino, haciéndolos parte de este logro que nos abre puertas inimaginables en nuestro desarrollo profesional.

A la fuente de la mayor parte del contenido de este trabajo de grado; LA E.S.E HOSPITAL MENTAL DE ANTIOQUIA (HOMO) y al personal humano que labora allí y que hace posible que cada día brille la luz en el mundo oscuro de la locura; quienes facilitaron su recurso humano mas valioso: los pacientes, sin los cuales no hubiese sido posible alcanzar la meta final propuesta.

Por último, a cada una de las estudiantes autoras de este proyecto, Lina María y Oneyda ... por cada uno de los momentos compartidos, en los que aprendimos que el verdadero amigo es alguien que confía en tí, aunque hallas perdido la fe en tí mismo.

CONTENIDO

	Pág.
Listas especiales.....	6
Glosario.....	7
Resumen.....	15
Abstract.....	16
Introducción.....	17
1. Presentación del trabajo de grado.....	19
1.1 Planteamiento del problema.....	19
1.1.1 Pregunta problematizadora.....	23
1.2 Objetivos.....	24
1.2.1 Objetivo General.....	24
1.2.2 Objetivos Específicos.....	24
1.3 Justificación.....	25
1.4 Diseño Metodológico.....	27
1.4.1 Técnicas e instrumentos.....	28
1.5 Presupuesto.....	36
1.6 Cronograma.....	43
2. Marco de Referencia.....	48
2.1 Antecedentes.....	48
2.1.1 Investigaciones internacionales.....	49
2.1.2 Investigaciones nacionales.....	50
2.1.3 Investigaciones locales.....	50
2.2 Marco Teórico.....	53
2.2.1 Depresión.....	53
2.2.2 Esquemas cognitivos.....	54
2.2.3 Autoesquemas.....	58
2.2.3.1 Autoconcepto.....	64

2.2.3.2	Autoestima.....	65
2.2.3.3	Autoeficacia.....	66
2.2.4	Asertividad.....	67
2.2.5	Asertividad y depresión.....	75
2.3	Marco Conceptual.....	80
2.4	Marco Legal.....	84
2.5	Marco Geográfico.....	86
2.6	Marco Histórico.....	87
2.6.1	ESE Hospital Mental de Antioquia.....	87
3.	Aspectos Técnicos.....	89
3.1	Desarrollo de la metodología.....	89
3.1.1	Conceptualización cognitiva del caso clínico.....	89
3.1.2	Conceptualización de la problemática.....	97
3.1.3	Objetivos terapéuticos.....	101
3.1.4	Metas terapéuticas.....	101
3.1.5	Proceso de intervención.....	102
3.2	Cumplimiento de los objetivos.....	105
3.2.1	Instrumentos aplicados y tablas de resultados.....	105
4.	Análisis y resultados.....	106
4.1	Graficas.....	110
5.	Conclusiones.....	113
6.	Recomendaciones.....	114
	Bibliografía.....	115
	Cibergrafía.....	119
	Anexos.....	120

LISTAS ESPECIALES

	Pág.
Tabla 1. Presupuesto global del trabajo de grado.....	36
Tabla 2. Descripción de los gastos de personal.....	37
Tabla 3. Descripción de materiales y suministros.....	38
Tabla 4. Descripción de las salidas de campo.....	39
Tabla 5. Descripción bibliografía.....	40
Tabla 6. Descripción equipos.....	41
Tabla 7. Descripción publicaciones.....	42
Tabla 8. Diagrama de Gantt– Cronograma periodo I.....	43
Tabla 9 Diagrama de Gantt- Cronograma periodo II.....	45
Tabla 10 Diagrama de Gantt- Cronograma periodo III.....	46
Imagen 1 Fotografía aérea del Hospital Mental de Antioquia.....	86
Tabla 11 Resultados evaluación psicológica.....	105
Grafica 1 Resultados del cuestionario de Autoconcepto.....	110
Grafica 2 Resultados del cuestionario de Autoimagen.....	110
Grafica 3 Resultados del cuestionario de Autoestima.....	111
Grafica 4 Resultados del cuestionario de Autoeficacia.....	111
Grafica 5 Resultados del cuestionario de Rathus Modificado.....	112
Anexo A: Ficha Técnica del Cuestionario de Autoesquemas.....	121
Anexo B: Ficha Técnica del Cuestionario de Autoeficacia.....	123
Anexo C: Ficha técnica del cuestionario de Asertividad Rathus modificado...	124
Anexo D: Consentimiento informado.....	125
Anexo E: Protocolo de procedimiento para la aplicación de pruebas psicométricas y valoración psicológica.....	129
Anexo F: Protocolo de Formulación de Caso Clínico.....	131

GLOSARIO

Adinamia: Falta de movimiento o actividad.

Agresión Instrumental: Forma de agresión de los niños, que no busca herir ni dominar a otros niños, es usada por ellos, como instrumento para alcanzar un objetivo.

Agresión: Comportamiento socialmente definido como afrentoso o destructivo. La agresión hostil, tiene como propósito infligir deliberadamente un daño o sufrimiento a otra persona.

Ansiedad: Patrón de comportamiento variable y complejo caracterizado, por sentimientos subjetivos de aprehensión y tensión, acompañados de/o asociados con activación fisiológica, que ocurre en respuesta a estímulos internos o externos. Puede ser evaluada, mediante observación directa, test, cuestionarios, auto reportes o mediciones fisiológicas. Para el tratamiento de la ansiedad, se utilizan el aprendizaje observacional, el modelamiento, el entrenamiento cognitivo, el entrenamiento en relajación, la desensibilización sistemática y la terapia de inundación.

Apatía: Impasibilidad del ánimo. Estado en el que el sujeto permanece indiferente y presenta una incapacidad para reaccionar ante situaciones que deberían suscitar emociones o interés.

Asertividad: Expresión de los pensamientos, sentimientos y creencias de manera directa, honesta y apropiada, respetando los derechos de las demás personas. Una persona puede no ser asertiva por una serie de razones:

- Porque no sabe que decir: a algunas personas no asertivas les falta información con respecto a que decir en situaciones que requieren cierta fuerza expresiva.
- La persona puede no saber cómo comportarse asertivamente: puede no asumir el tono y volumen de voz, fluidez verbal, expresión facial, contacto visual, y la postura corporal necesaria para la asertividad.
- La persona puede temer que algo desagradable o incomodo ocurra por ser asertiva.

- La persona puede no sentir que es apropiado o correcto ser asertivo, debido a que los sistemas de valores de algunas personas no motivan la asertividad.

Alianza terapéutica: Bordin definió la alianza, como el encaje y colaboración entre el cliente y el terapeuta e identificó tres componentes que la configuran: acuerdo en las tareas, vínculo positivo y acuerdo en los objetivos. Las tareas, se refieren a las acciones y pensamientos que forman parte del trabajo en el proceso terapéutico, de modo que la percepción de estas acciones o tareas como relevantes para la mejoría es una parte importante del establecimiento de la alianza. También, el acuerdo entre terapeuta y paciente respecto a cuáles son los objetivos a alcanzar con la psicoterapia, así como compartir mutuamente confianza y aceptación son elementos esenciales para una buena alianza. A pesar de la importancia atribuida a la alianza terapéutica, Bordin afirmó que una alianza positiva no es curativa por sí misma, sino que es un ingrediente que hace posible la aceptación y el seguimiento del trabajo terapéutico.

Anamnesis: Del griego ana, de nuevo, y mnasthai, acordarse, son los datos que suministra el propio paciente o sus familiares sobre el comienzo de su enfermedad hasta el momento en que se somete a la observación del profesional.

Anhedonia: Pérdida de la capacidad de experimentar placer o interés.

Auto esquema: Generalizaciones cognitivas acerca de uno mismo, derivadas de experiencias pasadas, que organizan y guían el procesamiento de la información relacionada con uno mismo contenida en la experiencia social de un individuo.

Auto concepto: Reflejo de las percepciones de sí mismo, acerca de cómo es visto por los demás; es una especie de reflejo de la vida social del individuo. Se nutre de la percepción que personas significativas del entorno social tienen sobre uno mismo. Es la representación de una realidad multidimensional en la que una dimensión adquiere más valor que otra. Está organizado según unos esquemas que actúan como mecanismos selectivos de la información. El concepto que tenemos de nosotros mismos proviene de la interacción social con los otros. Aun así, la correlación existente entre el concepto que tenemos de nosotros mismos y el concepto que tienen los demás sobre nosotros es realmente débil, esto se debe a que existe una distorsión sistemática de la evaluación que los otros hacen de nosotros. La necesidad de asegurar su integración social, puede llevar al sujeto a presentaciones de su imagen que lo conduzcan a pautas de comportamiento no saludables.

Auto eficacia: Evaluación que realiza un individuo respecto a su capacidad para desempeñar una tarea, alcanzar una meta o superar un obstáculo. Son los juicios de cada individuo sobre sus capacidades, con base a los cuales organizara y ejecutara sus actos de modo que le permitan alcanzar el rendimiento deseado. Por tanto, el concepto no hace referencia a los recursos de que se disponga sino, a la opinión que se tenga sobre lo que pueda hacer con ellos.

Autoestima: Autoimagen o autoevaluación positiva, que surge cuando se compara el sí mismo real con el sí mismo ideal. A partir de esto, la persona se juzga así misma de acuerdo con los estándares y expectativas sociales que ha incorporado a su auto concepto. La autoestima, en cuanto que está parcialmente basada en sentimientos de auto eficacia, tiene mucho que ver con el logro de objetivos y con la forma de reaccionar a las dificultades o fracasos; las personas de autoestima alta trabajan más arduamente, tienen mayores logros y se arredran menos ante los fracasos que los de baja autoestima, aunque a veces persisten inútilmente en tareas irresolubles.

Autoimagen: Según Allport, es una de las siete funciones del self (uno mismo). Es “el reflejo de mí mismo”; aquel que los demás ven. Esta es la impresión que la persona proyecta en los demás, su “tipo”, su estima social o estatus, incluyendo su identidad sexual. Es el principio de la conciencia; del yo ideal y de la “persona”.

Conducta: Reacción global del sujeto frente a las diferentes situaciones. Respuesta o acto observable o medible. Se define de manera amplia para incluir cogniciones, reacciones Psico fisiológicas y sentimientos que no pueden observarse directamente, pero que se definen en términos que pueden medirse mediante diversas estrategias de evaluación.

Depresión: Trastorno afectivo con síntomas y signos que pueden presentarse de forma aguda, episódica o recurrente, aislados o como parte de otros estados patológicos. Lo que es nuclear en todas las formas de depresión (bipolar, monopolar, reactiva, etc.) es el abatimiento persistente del humor. Cuando el cuadro depresivo se hace severo, hay manifestaciones del mismo en las esferas somáticas y cognitivas. Las primeras incluyen, trastornos del apetito que pueden resultar en pérdida o ganancia del peso corporal, trastorno del sueño (insomnio o hipersomnia), trastornos psicomotores (hiperquinesia o bradiquinesia), fatiga y pérdida de energía. Entre las alteraciones en la esfera cognitiva, el cuadro clínico incluye trastornos de la atención, apatía y pérdida de interés hacia toda actividad, sentimientos de auto devaluación personal y frecuentemente un componente de angustia severa y síntomas tales como: temores irracionales, hipocondrías, pensamiento obsesivos e ideación suicida, entre los principales.

Disforia: se caracteriza generalmente como una emoción desagradable o molesta, como la tristeza, ansiedad, irritabilidad o inquietud.

Emoción: Estado afectivo; reacción subjetiva al ambiente, acompañada de cambios orgánicos (fisiológicos y endocrinos), de origen innato, influida por la experiencia que tiene la función adaptativa. Se refiere, a estados internos como el deseo o la necesidad que dirige al organismo. La palabra emoción, significa literalmente estado de excitación o estremecimiento. Suelen distinguirse tres componentes en cada emoción: un sentimiento característico o experiencia subjetiva, un esquema de estimulación fisiológica y un esquema de expresión abierta. El componente subjetivo es comunicado en las etiquetas que se le ponen a las emociones, como temor, ira, gozo o tristeza. Las emociones, cumplen un papel central en la gestión de procesos de autoprotección y autorregulación del organismo frente a situaciones extremas. Estas funciones se pueden diferenciar de la siguiente forma:

- Preparación para la acción: las emociones actúan como un hecho entre los estímulos recibidos del medio y las respuestas del organismo. Las respuestas emocionales son automáticas y por tanto no requieren algún tipo de raciocinio o de control consciente.
- Delimitación del comportamiento futuro: las emociones influyen en la asimilación de información que servirá para dar respuesta en el futuro a hechos similares, dichas respuestas podrán ser de rechazo o de búsqueda de repetición del estímulo.
- Regulación de la interacción social: las emociones son un espejo de los sentimientos y su expresión permite a los observadores hacerse una idea del estado de ánimo de la persona.

Empirismo colaborativo: es el contexto relacional dentro del cual el terapeuta intenta favorecer la participación del paciente, sin la cual resulta imposible desarrollar el proceso terapéutico.

Esquema: En el marco de la psicología cognitiva es:

- Un conjunto almacenado de conocimientos con el que interactúa la información entrante.
- Tiene una estructura interna consistente que organiza la información entrante en forma particular.
- Engloba información genérica prototípica, de forma que los casos específicos se procesan utilizando el apropiado prototipo esquemático para imponer estructura.

- Es de naturaleza modular, de forma que la activación de una parte tendera a producir la activación de la totalidad.

Los esquemas pueden considerarse como modelos internos sobre aspectos del self y del mundo, que los individuos utilizan para percibir, codificar y recuperar la información. Se van desarrollando a través de las numerosas experiencias particulares, y son adaptativos, desde el momento en que facilitan un procesamiento más eficaz de la información. Los esquemas pueden ser centrales y periféricos. Se ha sugerido que los esquemas se pueden organizar jerárquicamente: algunos se refieren al sentido básico de la propia identidad desde una perspectiva más periférica; y otros desde una central, siendo estos últimos más resistentes al cambio y con mayor tendencia a auto perpetuarse.

Esquemas mal adaptativos tempranos: Temas extremadamente estables y duraderos que se desarrollan durante la infancia y que son elaborados a lo largo de la vida de la persona. El niño aprende a construir la realidad a través de sus experiencias tempranas con el entorno, especialmente con personas significativas. Algunas veces, estas experiencias tempranas conducen a los niños a aceptar actitudes y creencias que más adelante serán mal adaptativas. Usualmente la persona, no es consciente de la existencia de estos esquemas, que pueden permanecer inactivos hasta que un evento vital los estimula o dispara. Una vez el esquema es activado, el paciente categoriza, selecciona y codifica la información de manera que el esquema fallido se mantiene. Estos esquemas se caracterizan por ser experimentados como:

- Verdades a priori sobre uno mismo y/o el entorno.
- Auto-perpetuados y resistentes al cambio.
- Disfuncionales.
- Usualmente disparados por algún cambio en el entorno.
- Ligados a altos niveles de afecto cuando son activados.
- Frecuentemente resultan de una interacción del temperamento innato del niño con experiencias disfuncionales de desarrollo con miembros de la familia o cuidadores.

Motivación: Conjunto de motivos que intervienen en un acto electivo, estados y procesos interiores que impulsan, dirigen o sostienen la actividad de un individuo, es decir, fuerzas hipotéticas que impulsan y canalizan la conducta. Se derivan de:

- Factores genéricos como los instintos.
- La pérdida de la homeostasis que sucede como el hambre, la sed, la necesidad de respirar, etc.
- Las motivaciones adquiridas por medio del aprendizaje.

- Los sentimientos y emociones que en su mayoría involucran profundas cargas motivacionales.
- Las opciones éticas, que a veces llevan a conductas heroicas.
- El contexto cultural.

Pensamiento: Término genérico que indica un conjunto de actividades mentales tales como, el razonamiento, la abstracción, la generalización, etc., cuyas finalidades son, entre otras, la resolución de problemas, la adopción de decisiones y de la representación de la realidad externa. Conjunto de cualidades en el ser humano cuya función es interpretar y comprender el mundo, reflexionar consciente y racionalmente sobre su propia existencia y solucionar efectivamente las dificultades que le impone el medio ambiente.

Pensamiento automático: Aquel que surge en forma espontánea, es muy breve y hasta puede no reconocerse, a menos que se ayude a la persona a registrarlos. Son pensamientos que reflejan la valoración no objetiva que hace el sujeto de la situación objetiva actual.

Pensamiento convergente: Tipo de pensamiento que busca una única respuesta “correcta” (usualmente la tradicional).

Pensamiento divergente: Tipo de pensamiento que propone posibilidades nuevas e inusuales.

Percepción: Continuación fisiológica del proceso de sensación que implica la transformación del mundo físico en imágenes mentales. Estas imágenes mentales tienen características diferentes de la realidad física externa, pues se forma únicamente de la información pertinente, con la exclusión de datos redundantes, de ahí que se hable de la existencia de un filtrado en la información. La percepción no es un proceso pasivo, pues el organismo vivo que percibe, está poniendo algo de sí para lograrlo adecuadamente. El principio de organización de la percepción es un fenómeno totalmente a priori, que se adquiere durante el aprendizaje natural infantil y tiene fines adaptativos. El intento de analizar los componentes sensoriales de una entidad percibida, siempre requiere un esfuerzo introspectivo y al principio incluso, un aprendizaje y un entrenamiento para invertir el proceso inconsciente y automático de organizar.

Personalidad: Patrón global de rasgos comportamentales, temperamentales, emocionales, mentales y de carácter, que dan lugar a la manera única y relativamente consistente de una persona de sentir, pensar y comportarse.

Psicología: ciencia que estudia las funciones psicológicas, como la atención, la percepción, la memoria, el pensamiento, la inteligencia, el lenguaje, y el aprendizaje. También se ocupa de la afectividad, las emociones, la sexualidad; de las etapas evolutivas del desarrollo humano, de la conducta, la personalidad, la vocación, el trabajo y los fenómenos sociales.

Psicopatología: término que designa aquella área de la salud que describe y sistematiza los cambios que se producen en el comportamiento de los seres humanos y que no pueden ser explicados a través de la maduración o del desarrollo del individuo, conocidos como trastornos psicológicos. Por otro lado, es un área de disertación dentro de la psicología que se centra en estudiar aquellos estados no sanos de la mente de los individuos.

Psicosis: Trastorno cualitativo de la personalidad, global y por lo general grave, cuya aparición implica, a menudo, una ruptura en la continuidad biográfica del paciente. Con frecuencia, se define por oposición al concepto de neurosis. En tal caso, lo más coherente sería considerar que el enfermo psicótico no tiene conciencia de su enfermedad y/o no efectúa una crítica de ella, en tanto que el neurótico reconoce sus síntomas. Es la pérdida del juicio de realidad y dentro de los síntomas característicos se implican una amplia gama de disfunciones cognitivas y emocionales incluidas la percepción, el pensamiento inferencial, el lenguaje, la comunicación, la organización comportamental, la afectividad, la fluidez y productividad del pensamiento y del habla, la capacidad hedónica, la voluntad, la motivación y la atención. Estos síntomas, pueden clasificarse en positivos y negativos. Los síntomas positivos (exceso o distorsión de las funciones normales) incluyen distorsiones o exageraciones del pensamiento inferencial (ideas delirantes), la percepción (alucinaciones), el lenguaje y la comunicación (lenguaje desorganizado) y la organización comportamental (comportamientos gravemente desorganizado o catatónico). Los síntomas negativos (disminución o pérdida de las funciones normales) constituyen una parte primordial de la morbilidad asociada con el trastorno, son difíciles de evaluar por que ocurren en un continuo de la normalidad, son inespecíficos y pueden ser debido a diferentes factores. Existen tres: el aplanamiento afectivo, la alogia y la abulia.

Psicóticos: La definición más estricta de psicótico se limita a ideas delirantes o alucinaciones prominentes, en ausencia de conciencia acerca de su naturaleza

patológica. Una definición algo menos restrictiva también incluiría, alucinaciones significativas que el individuo acepta como experiencias alucinatorias.

Síntoma: Tiene siempre el significado de una señal de alarma; indica que hay una perturbación en el organismo biológico; constituye un intento de restitución, de auto curación; su forma y contenido pueden parecer idénticos en diversos pacientes. Su significado funcional, empero, varía en cada persona de acuerdo con su manera de ser, sus mecanismos adaptativos o de defensa, el momento por el cual atraviesa, en fin, su circunstancia vital. Representa simultáneamente una realización distorsionada de deseos reprimidos y el castigo por esto.

RESUMEN

Los auto esquemas depresivos¹ pueden ser concebidos como una especie de "base de datos" sobre la que los individuos construyen su identidad, cuya marca de contraste característica es la negatividad.

Según el modelo de Beck², los auto esquemas se hallan activados de un modo casi permanente en la depresión, lo que entre otras cosas facilita no solo la visión negativa de uno mismo, sino además, la interpretación predominantemente negativa de las propias experiencias (pasadas, presentes y futuras), así como la recuperación de información negativa, congruente con el contenido nuclear del auto esquema.

Es claro entonces, según el texto de Riso³, que al igual que los esquemas, los auto esquemas buscan mantener su consistencia, ignorando aquella información que es contradictoria con la visión de sí mismo o desarrollando patrones electivos de recuerdo y estrategias conductuales de mantenimiento como son las conductas suicidas. La conceptualización del caso clínico y el establecimiento cognitivo del perfil de los pacientes con trastornos mentales, incrementa las posibilidades de identificación de creencias y esquemas nucleares contribuyendo al éxito terapéutico; por tal razón, es imprescindible que exista una fuerte amalgama entre el sustrato teórico del modelo y la experiencia clínica del psicólogo. Bootzin (1985), Winfrey y Golfried (1986) citados por Riso enfatizan en el hecho de que, el auto esquema es una estructura que determina la estrecha relación entre cognición, afecto y conducta, es el punto de unión del procesamiento afectivo y cognitivo. Todo esto muestra, que el concepto de esquema y auto esquema son sumamente importantes, no solo para la población depresiva en si, sino para una gran cantidad de trastornos.

¹ BECK, Aaron T. RUSH, A. Jhon. SHAW, Brian F. y EMERY, G. Cognitive Therapy of Depression (Terapia Cognitiva de la Depresión). Año de edición 1983. New York: Guilford Press (Trad. Esp. en Bilbao: Desclée de Brower, 1983). Librería Paidós.

² *Ibíd.*

³ RISO, Walter. Depresión: avances recientes en cognición y procesamiento de la información. Ediciones Graficas Ltda. Medellín Colombia 1992. Pág. 9 y 29

ABSTRACT

The depressive self-schema can be conceived as a sort of "database" on which individuals construct their identity, which is characteristic hallmark of negativity.

According to Beck's model, the self-schema are activated in an almost permanent depression, which inter alia facilitates not only the negative view of oneself, but also predominantly negative interpretation of their own experiences (past, present and future) as well as negative information retrieval, consistent with the core content of the self schema.

Clearly then, in the words of Riso, who like the schemes, seek to maintain their self schema consistency, ignoring information that contradicts the view of himself or elective developing patterns of remembering and maintaining behavioral strategies such as suicidal behavior. The clinical case conceptualization and establishment of the cognitive profile of patients with mental disorders increases the chances of identifying beliefs and nuclear patterns contributing to therapeutic success, and for that reason it is imperative that there is a strong theoretical amalgam between the substrate model and clinical experience of the psychologist. Bootzin (1985), Winfrey and Golfried (1986) cited by Riso emphasize the fact that the self-schema is a structure that determines the close relationship between cognition, affect and behavior, is the point of attachment of affective and cognitive processing. All this shows that the concept of self-schema and schema are extremely important, not only for depressive population itself, if not for a large number of disorders.

INTRODUCCIÓN

Se estipula que en el 2020, la gente va a morir más por enfermedades mentales que por padecimientos infecciosos⁴. Según estudios realizados en el país, que no distan de la realidad de Medellín, cuatro de cada diez colombianos han sufrido algún tipo de trastorno o enfermedad mental. A ello se suma, que la edad de inicio para el consumo de sustancias psicoactivas, alcohol y cigarrillo, ha disminuido en un promedio de 12 años y medio.

El 1,6 por ciento de la población padece de trastorno bipolar, el 5 por ciento distimia (depresión permanente), 4 de 100 niños el síndrome de hiperactividad y el 17 por ciento de la población femenina está en riesgo de padecer bulimia⁵. Todos estos trastornos, están asociados a la violencia intrafamiliar, el abuso sexual y por supuesto a la adicción a sustancias psicoactivas legales e ilegales. Los problemas mentales, no sólo los padecen los adultos sino que, hay una gran prevalencia entre los niños y los jóvenes.

La depresión, la ideación suicida y el intento de suicidio, son temas que aparecen cada vez más a edades tempranas, se advierte que está relacionado con los cambios y conflictos familiares, puesto que los problemas de violencia han desintegrado el núcleo familiar y la presencia única de la figura materna es preocupante.

Por lo anteriormente observado, se hace necesario que el psicólogo clínico cuente con modelos que le permitan tener la opción de intervenir tanto en un nivel terciario como en la prevención del trastorno depresivo, creando en los pacientes estilos de afrontamiento cognitivos, emocionales y comportamentales que redunden en una mejor calidad de vida. No sólo se trata de lidiar con la enfermedad psicológica, sino ampliar los horizontes de salud⁶.

La conceptualización del caso clínico y el establecimiento cognitivo del perfil de los pacientes con trastornos mentales, incrementa las posibilidades de éxito terapéutico, y por tal razón es imprescindible que exista una fuerte amalgama

⁴ Organización Mundial de la Salud O M S. disponible en línea <http://www.who.int/es/>. Consultado el día 5 de Junio de 2010.

⁵ *Ibíd.*

⁶ RISO, Walter. *Terapia Cognitiva, Fundamentos Teóricos y Conceptualización del Caso Clínico*. Primera edición: abril del 2006 Editorial norma. Bogotá 2006. Pág. 52

entre el sustrato teórico del modelo y la experiencia clínica del psicólogo. El trabajo de grado que aquí se presenta, pretende determinar el perfil cognitivo de un paciente con veinticuatro años de edad, diagnosticado con trastorno depresivo mayor, hospitalizado en la ESE Hospital Mental de Antioquia.

1. PRESENTACIÓN DEL TRABAJO DE GRADO

PERFIL COGNITIVO DE UN PACIENTE DIAGNOSTICADO CON TRASTORNO DEPRESIVO MAYOR, HOSPITALIZADO EN LA ESE HOSPITAL MENTAL DE ANTIOQUIA

1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La psicología se ha interesado por diferentes aspectos relacionados con el origen, causas, síntomas, clasificación y tratamiento de la Depresión, patología que ha sido considerada central en las teorías de la conducta y en los análisis de la cognición. Uno de los primeros psicólogos cognitivos en estudiar la Depresión fue Aarón Beck, él evidenciaba constantemente que las *“personas depresivas sufrían más por las percepciones que tenían de los eventos que por estos mismos”*⁷, constantemente aludían a sus pérdidas y fracasos, maximizando los aspectos negativos de las situaciones y minimizando lo positivo, es decir, distorsionaban los acontecimientos para asimilarlos a su esquema depresivo.

Otro psicólogo cognitivo es Rubén Ardila⁸ él ha afirmado que todos los seres humanos atraviesan por periodos depresivos a lo largo de su vida, la mayor parte de los casos no llegan a obstaculizar en forma importante su funcionamiento vital y no alcanzan el rotulo de “patológico” o de “anormales”. Sin embargo, la Depresión puede ser parte de una serie recurrente de episodios que en ocasiones contribuyen a problemas que van, desde la disforia o el malestar leve que deteriora el funcionamiento del individuo, hasta deseos y acciones que tienen como objetivo final la muerte causada por el propio individuo. En general, la psicología cognitiva con su terapia ha mostrado no sólo interés por dicho trastorno, sino que ha sido eficaz con su tratamiento, al realizar una *“terapia breve más profunda y duradera”*⁹.

La terapia cognitiva planteada por Aarón Beck¹⁰ (1967), se desarrolló de forma específica en respuesta a la necesidad de tratamiento de la Depresión, lo que llevó a que la eficacia de dicha terapia fuera profundizada en sus aplicaciones a

⁷ BECK, J. Terapia Cognitiva: conceptos básicos y profundización. Editorial GEDISA EDITORIA; Librería Paidós, 1995, pagina 14. .

⁸ RISO, Op.cit., p.9

⁹ ELLIS, Albert. UNA TERAPIA BREVE MÁS PROFUNDA Y DURADERA. Enfoque teórico de la terapia racional emotivo- conductual. Editorial Paidós Iberica. España, 1999.

¹⁰ ARON, T. Beck- A. John Rush- Brian F. Shaw- GARY Rmery. Terapia Cognitiva de la Depresión. Editorial Desclee De Brouwer. Doceava edición.2000. Pág. 12.

ésta patología. A partir de esto, el enfoque cognitivo, la conceptualización y el tratamiento de la depresión empiezan con la observación de los procesos, las estructuras y los productos cognitivos comunes que parecen mediar y modelar todos los casos de Depresión.

La perspectiva cognitiva, aporta un modelo de diátesis-estrés¹¹, donde los acontecimientos de la vida, los pensamientos, las conductas y los estados de ánimo están íntimamente unidos de manera recíproca, realizando funciones de retroalimentación y funciones hacia adelante en el complejo procesamiento de la información, la regulación conductual y la motivación. Sumado a esto, la perspectiva cognitiva, involucra los primeros sucesos y aprendizajes de la vida en la creación de patrones de procesamiento de la información denominados esquemas. Éstos, pueden predisponer a las personas a vulnerabilidades específicas emocionales y mantener dichos problemas una vez que se han iniciado los patrones conductuales, cognitivos y del estado de ánimo.

Cuando dichos esquemas son aplicados a cada persona, se les denomina auto esquemas, La Casa Pilar y Villuendas Dolores¹² citan a Markus (1977), quien los define como *“generalizaciones cognitivas acerca de uno mismo, derivadas de experiencias pasadas, que organizan y guían el procesamiento de la información relacionada con uno mismo contenida en la experiencia social de un individuo”*.

En concordancia con lo anterior, Beck en su texto: *Terapia Cognitiva de la Depresión*¹³, postula que existen auto esquemas negativos en los sujetos depresivos, argumentando que, *“es de esperar que el material congruente y afín al contenido almacenado en el auto esquema sea mejor procesado que la información contradictoria, por lo tanto, si el auto esquema en los depresivos es negativo entonces la información negativa debería ser procesada de manera más completa y rápida”*.

¹¹ Consultado en la página web: http://es.wikipedia.org/Wiki/modelo_de_di%c3. Reformulado por el doctor Robert P. Liberman.

¹² LA CASA, Pilar. VILLUENDAS, Dolores. Acción y representación en el niño; interacción social y aprendizaje. Edición centro de publicaciones, secretaria general técnica. Ministerio Educación y Ciencia. 1988. Pág. 22.

¹³ Beck, T Op.cit., p.32

Paralelo a lo enunciado, Vicente Caballo en su Manual para el Tratamiento Cognitivo Conductual de los Trastornos Psicológicos¹⁴ cita a Lewinsohn, él sugiere que existen factores de vulnerabilidad para la Depresión, tales como: ser mujer, poseer una baja autoestima -uno de los auto esquemas propuestos por Aarón Beck- y tener pocas habilidades sociales centradas en la asertividad.

En efecto, los auto esquemas y la asertividad desde la teoría cognitiva, al parecer son determinantes en la construcción y mantenimiento de los trastornos mentales, especialmente los relacionados con el estado de ánimo; tal es el caso de la Depresión.

De otro lado, el estudio Nacional de Salud Mental en Colombia 2003¹⁵, indica que *“de las 10 primeras causas de enfermedad en mujeres entre 15 y 44 años para 1990, la primera, tanto en países desarrollados como en desarrollo, fue la Depresión Mayor Unipolar y de esas 10 primeras causas, 6 corresponden a trastornos mentales. En general, para el 2020 se estima que la depresión mayor será la segunda causa de carga de la enfermedad en el mundo, medida en años de vida ajustados por discapacidad, después de la enfermedad isquémica cardiaca”*.

Para el Hospital Mental De Antioquia – HOMO - la depresión es un asunto de gran preocupación, no sólo porque se presenta como una de las patologías más prevalentes, sino que está estrechamente relacionada con los altos índices de mortalidad como consecuencia del suicidio, como lo afirma el DSM IV¹⁶.

Como se planteó anteriormente, se ha escrito mucho acerca de la Depresión hasta aseverar incluso que es una patología que está en aumento. Efectivamente, es una responsabilidad de las instituciones y de los profesionales de la salud, asumir el compromiso de realizar estudios y acciones orientados a contrarrestar tal situación.

Tal es el caso del Hospital Mental de Antioquia, que desde su Centro de Investigaciones ejecuta estudios, a nivel nacional e internacional, del

¹⁴ CABALLO, Vicente. Manual para el Tratamiento Cognitivo-conductual de los Trastornos Psicológicos. Vol.: I Trastornos por Ansiedad sexuales afectivos y psicóticos. Siglo veintiuno Editores, S.A. España, 1997.pag 498.

¹⁵ Consultado en la página web: <http://www.homo.gov.co/html/inte.asp?sec=8&pag=1>. Noviembre 8 de 2009.

¹⁶ LOPEZ, Juan J. ALIÑO, Ipor. DSM-IV TR: Manual Diagnostico y Estadístico de los Trastornos Mentales. Texto revisado. Editorial MASSON, S.A. Barcelona (España) 2001, pág.415.

comportamiento humano y factores de riesgo para enfermedad mental; además, tiene programas de prevención y promoción a través de los cuales desarrolla acciones socio educativas de capacitaciones e intervenciones individuales y grupales con un diagnóstico del estado de salud mental en las áreas familiar, educativa, laboral y social.

Asimismo, la Institución Universitaria de Envigado – IUE - cuenta con el SIUNE sistema a través del cual promueve, especialmente para sus docentes y estudiantes, una cultura investigativa mediante la formación permanente del talento humano con pertinencia ética y social.

Expresado lo anterior y realizada una búsqueda exhaustiva de investigaciones que relacionarán depresión con auto esquemas y asertividad, se puede afirmar que solo dos investigaciones locales¹⁷ realizadas por estudiantes de la universidad San Buenaventura en el año 1994, agrupan los temas de depresión y auto esquemas, depresión y conductas asertivas, lo que deja ver que recientemente no se han realizado investigaciones al respecto y que hasta el momento ninguna de ellas integra los tres conceptos. Así mismo, más que un bache teórico, se evidencia un vacío a nivel investigativo.

Dicho vacío investigativo se convierte en una oportunidad para el HOMO, la IUE y las psicólogas en formación de tener la posibilidad de cualificarse a nivel ético, teórico y metodológico, durante el proceso en que se desarrolle esta investigación, en la cual se pretende realizar un perfil cognitivo, a través de la conceptualización cognitiva de un caso clínico de depresión mayor, tomando como referente el protocolo planteado por Riso¹⁸ y Beck¹⁹, donde se busca una descripción y análisis de los auto esquemas, autoimagen, auto eficacia, autoestima, auto concepto, y la asertividad.

¹⁷ BARRIOS, Z; FERNANDEZ, V; RESTREPO, R. Tesis de grado: “Aparición de Síntomas o Cuadros depresivos como consecuencia de la modificación de los autoesquemas en mujeres adolescentes primigestantes que participan en los programas de control prenatal en los Hospitales San Juan de Dios de los municipios del Carmen de Viboral y el retiro Antioquia”. Medellín. Universidad de San Buenaventura. 1994. 123p.

*GALVIS, R; MONTOYA, G; y MONSALVE, B. Tesis de grado: “Estudio descriptivo de la relación entre intento de suicidio y autoesquemas, niveles de ansiedad, depresión y conductas asertivas en cinco sujetos en la ciudad de Medellín”. Medellín. Universidad de San Buenaventura. 1994. 211p.

¹⁸ RISO, Op.cit., pag.12

¹⁹ BECK, T. Op. cit., Pág. 42

1.1.1 PREGUNTA PROBLEMATIZADORA

- ¿Cuál es el perfil cognitivo que presenta una mujer de 24 años de edad, diagnosticada con trastorno depresivo mayor, internada en la ESE Hospital Mental de Antioquia?

1.2 OBJETIVOS

1.2.1 OBJETIVO GENERAL

Determinar el perfil cognitivo que presenta un paciente con veinticuatro años de edad, diagnosticado con trastorno depresivo mayor, hospitalizado en la ESE Hospital Mental de Antioquia.

1.2.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS

- 1.2.2.1 Analizar el perfil cognitivo bajo el protocolo de conceptualización de caso clínico propuesto por Aaron Beck.
- 1.2.2.2 Describir la autoeficacia, autoimagen, auto concepto y autoestima en un paciente con veinticuatro años de edad, diagnosticado con trastorno depresivo mayor, hospitalizado en la ESE Hospital Mental de Antioquia.
- 1.2.2.3 Establecer la relación existente entre la autoimagen, auto concepto, autoestima, autoeficacia y la asertividad de un paciente con veinticuatro años de edad, diagnosticado con trastorno depresivo mayor, hospitalizado en la ESE Hospital Mental de Antioquia.

1.3 JUSTIFICACIÓN

Estudiar, cómo el ser humano procesa la información es una tarea apasionante. Comprender, de qué manera los distintos mecanismos cognitivos (creencias, pensamientos, atención, percepción, memoria, toma de decisiones, resolución de problemas) configuran la patología o el bienestar de los individuos, ha generado la creación de un paradigma consistente, sustentado científicamente y validado empíricamente, para intervenir terapéuticamente en diversos trastornos, prevenir las enfermedades psicológicas y fomentar estilos de vida saludables. A este modelo de formulación, se lo conoce como terapia cognitiva²⁰. Desde esta perspectiva, podemos considerar al terapeuta cognoscitivo como un experto en software humano; es decir, un experto en el sistema de procesamiento de la información que desarrolla el cerebro, y que incluye tanto información cognitiva como afectiva.

El presente trabajo investigativo: Perfil Cognitivo de un paciente de veinticuatro años de edad, diagnosticado con trastorno depresivo mayor, refiere una real importancia desde la construcción sistemática y estructurada, que se debe seguir en los procesos terapéuticos inherentes al abordaje cognitivo conductual.

Los problemas de la depresión, poseen una larga y respetable historia en psicología y psiquiatría, que la han considerado centrales para toda la teoría de la conducta humana y para todo análisis acerca de la mente, dado que se ha llegado a afirmar, que todos los seres humanos atraviesan por períodos depresivos a lo largo de la vida, aunque en la mayor parte de los casos no llegan a obstaculizar en forma importante su funcionamiento vital o no merecen el rótulo de “patológicos” o de “anormales”.

Dado lo anterior, se hace importante que como **estudiantes** optando al título de psicólogos, se delimite y comprenda el trastorno depresivo mayor presente en una mujer de veinticuatro años, que se encuentra hospitalizada en la ESE Hospital Mental de Antioquia. En este orden de ideas, se permitirá además, establecer la relación de los auto esquemas y la asertividad como factores cognitivos que pueden estar asociados con la aparición y mantenimiento de dicho trastorno mental. De esta forma, se abriría una visión integral de lo que resulta viable hacer desde la intervención, pero sobre todo, desde el completo conocimiento que amerita se tenga en cualquier caso relacionado con trastornos mentales.

²⁰ RISO. Op.cit, Pág. 9

Por otro lado, este proyecto es importante para la agencia **ESE Hospital Mental de Antioquia**, ya que abre las luces del conocimiento sobre el perfil cognitivo de pacientes con trastorno depresivo mayor, con el propósito de registrar aspectos cognitivos que están relacionados con componentes emocionales y conductuales en dicha patología, dejando abierto el camino que podría conducir a la elaboración de guías y protocolos de intervención que abarque la atención de la población, aportando de manera tangencial elementos que puedan favorecer la formulación del caso clínico y parte del quehacer terapéutico.

Finalmente, este proyecto de grado constituye un aporte para el **programa de Psicología**, ya que permite vincular actividades académicas al contexto real de las diferentes psicopatologías que hacen parte de la realidad psíquica, estrechando los lazos de reciprocidad entre la universidad y la sociedad en la medida en que los estudiantes contribuyan con base a los conocimientos adquiridos a la reconstrucción del tejido social, interviniendo las diferentes problemáticas propias de nuestra época como es la depresión, que aunque aparentan ser individuales, siempre van a tener repercusiones sociales.

1.4 DISEÑO METODOLOGICO

El diseño metodológico propuesto para este proyecto investigativo, ha señalado el camino que se debe seguir para alcanzar los objetivos de estudio, contestar los interrogantes, interpretar y comprender el fenómeno de estudio desde su contexto natural.

La investigación, se llevo a cabo desde un enfoque bimodal que combinó el análisis de caso único y la evaluación objetiva de los autoesquemas y la asertividad. Se utilizaron diferentes tipos de análisis para determinar el perfil cognitivo de una paciente con 24 años de edad diagnosticada con trastorno depresivo mayor: el índice de cumplimiento de categorías del protocolo de conceptualización de caso clínico según Aron Beck, la consistencia entre los puntos de cohorte que presenta el formato de evaluación de las pruebas psicológicas y los resultados de la paciente, y el análisis de la congruencia entre la conceptualización y el análisis del caso clínico.

Por otro lado, se realizo un análisis interpretativo. Éste visto, como aquel que pretende aumentar la comprensión acerca de un campo de conocimiento, el cual esta centrado en la búsqueda de sentido o significado de la problemática en cuestión, y no en la verdad absoluta si es que ésta pudiera ser en realidad conocida. También, se pretenden conocer las experiencias del individuo, sean individuales o grupales, con lo que se pretende identificar y explicar las características evidenciables desde la conceptualización del caso clínico y las pruebas psicológicas. El modelo empleado, es el fenomenológico-hermenéutico-explicativo. El tipo de estudio, es el diseño de caso único descriptivo; de acuerdo al tiempo es sincrónico; las técnicas de generación de información son la entrevista en profundidad, la observación y las pruebas objetivas. Se selecciono una mujer de 24 años con diagnostico de trastorno depresivo mayor, internada en el Hospital Mental del Municipio de Bello. Para realizar el plan de análisis de la información anteriormente expuesto se realizo el procedimiento a continuación:

Selección de textos, reelección de textos, identificación de ideas, conceptualización de ideas, descripción de la información recolectada en la entrevista, análisis de la información y su engranaje con las investigaciones previas acerca del tema; finalmente, interpretación de resultados en las pruebas objetivas.

1.4.1 TECNICAS E INSTRUMENTOS

Las pruebas que se describen a continuación son objetivas de papel y lápiz y de aplicación individual, que requieren aproximadamente de 40 minutos para su aplicación. Sus ítems están escritos en lenguaje cotidiano (para medir un amplio rango de población), y en tiempo presente (para poder medir cambios en los comportamientos de los sujetos). El género de las palabras, está tanto en femenino como en masculino para poder ser contestado tanto por hombres como por mujeres. Estas pruebas psicométricas son:

Cuestionario de auto esquemas C I E:

Fue diseñada y validada en Medellín (Colombia) por la Universidad San Buenaventura, a cargo del Psicólogo Diego Castellón. Esta prueba se encarga, de analizar la percepción del si mismo mediante la evaluación del auto concepto, autoimagen y autoestima. Consta de 19 ítems, los cuales deben ser respondidos con base en una escala likert, así: (1) Muy en desacuerdo, (2) Moderadamente en desacuerdo, (3) Ni de acuerdo, ni en desacuerdo, (4) Moderadamente de Acuerdo (5) Muy de Acuerdo.

Los baremos de referencia para la calificación del cuestionario de auto esquemas son los siguientes:

Para calificar auto concepto la media es 67.5, con una desviación de 12.3. En el caso de autoimagen la media es 43.9, y la desviación es de 7.2. Y para autoestima la media es de 65.5 y la desviación de 12.4.

Cuestionario de Auto eficacia (C. A. E.):

Fue desarrollada teniendo en cuenta los planteamientos de Albert Bandura sobre la Auto eficacia, la cual fue definida como la confianza y la convicción de que es posible alcanzar los resultados esperados. Fue estandarizada para nuestro país por Walter Riso en 1986 en el Centro de Estudios Avanzados en Psicología Cognitiva (C.E.A.P.C). Posterior a esto Bach, Gómez y Ramírez en 1989, la estandarizaron para otros países. Esta prueba, garantiza una confiabilidad del 85%, cuantificada por el método de Cronbach, y con una consistencia interna para cada ítem igual o superior a 0.45%. Consta de 23 ítems, construida con base en una escala Likert, y con opciones de respuesta de 1 a 5.

Los baremos de referencia para la calificación del cuestionario C. A. E., son los siguientes: la media es 93.26, con desviación estándar de 13.19. El límite superior es 106.46, y el límite inferior es 80.07. Si la persona obtiene un puntaje superior a 106.46, su nivel de Auto eficacia es alto. Si obtiene un puntaje entre 93.27 y 106.45, se dice que el nivel de Auto eficacia está en la media con tendencia a alta. Si obtiene un puntaje entre 93.26 y 80.08, se dice que el nivel de Auto eficacia está en la media con tendencia a bajo. Y si el puntaje es inferior a 80.07, se dice que tiene un nivel de Auto eficacia baja.

Rathus Modificado:

Fue creado por Rathus en 1973, y en 1986 fue validado y estandarizado para nuestro país en el Centro de Estudios Avanzados en Psicología Cognitiva (C.E.A.P.C). Este cuestionario, tiene como objetivo evaluar el grado de asertividad en oposición que presenta el individuo. Es un instrumento auto aplicable que consta de 18 ítems planteados en forma de afirmaciones, con posibilidad de respuesta tipo Likert de cinco opciones presentadas así: (0) Nada característico de mí, nada descriptivo, (1) Muy poco característico de mí, muy poco descriptivo, (2) Poco característico de mí, poco descriptivo, (3) Algo característico de mí, algo descriptivo, (4) Bastante característico de mí, bastante descriptivo, (5) Muy característico de mí, muy descriptivo.

Los baremos de referencia para la calificación del inventario Rathus Modificado son los siguientes: la media es de 53, la desviación mínima es de 40 y la desviación máxima es de 66. Si la persona obtiene resultados por encima de 66 su nivel de asertividad en oposición es alto. Si por el contrario, la puntuación obtenida es inferior a 40 se dice que el nivel de asertividad en oposición es bajo. Si la puntuación obtenida se encuentra entre de 52 y 65, se dice que el nivel de asertividad en oposición está en la media con una tendencia a la alta. Si por el contrario, el puntaje está entre 52 y 41 se podría decir que el nivel de asertividad en oposición está en la media con tendencia a la baja.

El protocolo de formulación de caso único:

El protocolo de formulación de caso único utilizado en la investigación es el propuesto por Aron Beck²¹, y se define como un método directivo, centrado en la investigación de informaciones concretas, específicas y pertinentes, donde el individuo es la mejor o la única fuente de información sobre su propia experiencia,

²¹ BECK, Aarón T. RUSH, A. Jhon. SHAW, Brian F. y EMERY, G. Cognitive Therapy of Depression (Terapia cognitiva de la depresión). Año de edición 1983. New York: Guilford Press (Trad. Esp. en Bilbao: Desclée de Brower, 1983). Librería Paidós.

sus relaciones interpersonales, sus emociones y pensamientos. Este instrumento entonces, es útil ya que permite explorar la historia personal y los datos observacionales informales de la persona. El protocolo consta de:

Datos generales: identificación del paciente, contiene datos generales como nombre, apellidos, edad, escolaridad, ocupación, número de identificación que corresponde al número de historia clínica.

Tratamientos psicológicos anteriores: Procesos de intervención previos bien sea por el mismo motivo o por otro, debiéndose especificar la época de la intervención, el origen de la demanda y los logros alcanzados.

Datos Médicos: Historia de enfermedades relevantes padecidas, accidentes, tratamientos prolongados, intervenciones quirúrgicas o consumo de drogas farmacológicas.

Motivo de consulta, *el cual contiene:*

- **Origen de la remisión:** descripción si la paciente viene por voluntad propia, por remisión profesional o institucional o si viene por sugerencia de alguien cercano a él.
- **Queja de la paciente:** descripción textual del motivo expuesto por la paciente, escribiendo la frase clave que encierra la queja. Los pacientes generalmente plantean el motivo de consulta en términos sintomáticos, de disfuncionalidad o de perturbación. El terapeuta debe buscar explicitar en términos cognitivo-conductuales la queja de la paciente.
- **Demanda:** Se refiere a las expectativas que plantea el paciente con respecto al proceso que se inicia. Es muy importante porque la demanda orienta el encuadre.

Diagnóstico Multiaxial: Definición hipotética del caso de acuerdo con los criterios del DSM-IV. Se plantea la hipótesis o impresión diagnóstica del caso basada en la información obtenida en el proceso de evaluación. Ubica la formulación en términos psicopatológicos, de manera que sean comprensivas las hipótesis formuladas.

Se debe realizar siguiendo los criterios multiaxiales propuestos por los manuales psicopatológicos de la APA (DSM). El diagnóstico se plantea en los siguientes ejes:

- Eje I: Trastornos clínicos.
- Eje II: Trastornos de personalidad y retardo mental.
- Eje III: Enfermedades médicas relacionadas.
- Eje IV: Problemas psicosociales y ambientales.
- Eje V: Evaluación de la actividad global.

Análisis descriptivo: Estudio sintomático y evolución de los síntomas (crisis actual).

- **¿Cómo comienza a gestarse la crisis actual?** (tiempo cero): Factores personales y ambientales asociados a la aparición de la crisis actual. Se espera que no sea de un periodo superior a seis meses por la estabilidad de un episodio de perturbación emocional o psicológica.

- **¿Cómo evolucionan los síntomas?:** Descripción del proceso de evolución percibido en el sujeto a partir de la aparición de los síntomas actuales. Definir estrategias de afrontamiento desarrolladas por el paciente y los resultados de las mismas.

- **Consecuencias personales y/o ambientales:** Nivel de afectación que implica la crisis para el desempeño de las actividades cotidianas del paciente, para su estabilidad emocional, sus relaciones interpersonales y otras áreas de influencia del caso.

- **Qué piensa del problema:** Descripción del auto - percepción del problema por parte del paciente, grado de conciencia que tiene de la situación, expectativas de superación del caso y asunción de compromisos personales frente al mismo.

Técnicas de evaluación: Pruebas o test aplicados, acompañados de los respectivos puntajes obtenidos presentados bien sea de manera descriptiva o gráfica. Se deben explicar en forma sucinta los datos obtenidos, sin necesidad de hacerse análisis profundos en este ítem. Otras estrategias de recolección de información son: registros, monitoreo, auto formatos, cuestionarios, entre otras. También debe presentarse un comentario general que contextualice los datos, sin necesidad de explicaciones interpretativas profundas.

Condiciones de vida y análisis ambiental.

- **Factores predisponentes** (transitorios y estables): variables personales asociadas con la vulnerabilidad al trastorno o a los síntomas, que se presentan de manera estable o difícilmente modificable (como una malformación genética, un rasgo definido u otros) o de manera transitoria o de poca estabilidad (como el estado económico, una situación afectiva determinada, entre otras).
- **Factores de riesgo:** Variables del ambiente que se asocian a la aparición o mantenimiento de los síntomas o del trastorno. Son factores externos, que hacen parte del entorno en el que coexiste el sujeto.
- **Factores de protección:** Variables estables que permiten al sujeto tener un apoyo o herramienta frente a los contenidos esquemáticos desadaptativos. Incluye factores como rasgos estables, metas definidas, características globales positivas, entre otras.

Análisis disposicional / motivacional: Variables transitorias que definen las motivaciones, expectativas y disposiciones específicas del sujeto en el momento determinado de la intervención. Tiene que ver con sus gustos, hobbies, pasatiempos, entretenimientos, y demás aspectos que le llaman la atención al paciente.

Análisis histórico:

Historia del problema (crisis anteriores): Episodios anteriores relacionados con el problema actual. Se debe señalar la etiología, evolución y mantenimiento de los síntomas, de manera que se observe la historia clara del problema. No tienen que ser antecedentes de manifestación similar a la crisis actual, pero si de la misma naturaleza.

Historia personal relevante: Aspectos de la anamnesis que se consideran relevantes para el caso. Tiene que ver con experiencias tempranas, áreas vitales del sujeto, experiencias de impacto, relaciones interpersonales, desempeño en diversos ámbitos, y demás datos que, según el caso, se consideren de importancia para la comprensión actual de los síntomas.

Estudio genético biológico: Patrones familiares asociados con el cuadro patológico. Se tiene en cuenta hasta el segundo orden de consanguinidad, incluyendo padres, hijos, hermanos, tíos y abuelos.

Análisis estructural:

En la formulación cognitiva se privilegia el análisis estructural en tanto da cuenta del estilo de procesamiento de la información cognitivo-afectivo-comportamental, o dicho de otra forma, al Perfil Cognitivo en relación a la especificidad de contenido de la alteración en cada trastorno. Puede ser analizado en función de su perfil particular. Este análisis define la estructura cognitivo-afectiva-comportamental en términos de su predisposición a actuar (vulnerabilidad).

- **Definición de esquemas nucleares:** El esquema nuclear, o creencia central, está referido a la auto percepción de si mismo, la percepción de la gente y el mundo, contiene información semántica y episódica.
- **Creencias intermedias:** Las creencias intermedias se derivan de la relación que el sujeto ha tenido con el contenido de los esquemas nucleares. Por lo general, se convierten en factores de perpetuación o mantenimiento de las creencias centrales en tanto afirman o desconfirman el contenido de éstas. Las creencias intermedias se definen a manera de actitudes, supuestos y reglas.
- **Estrategias compensatorias:** Las estrategias son formas de conducta programada destinadas a servir a metas biológicas, son conductas estereotipadas, altamente pautadas, favorables a la supervivencia individual y la reproducción. En los seres humanos, el término estrategias puede aplicarse tanto a conductas adaptadas como inadaptadas.
- **Emociones derivadas:** Consiste en la definición de los esquemas emocionales, que se manifiestan en estilos o tendencias afectivas en el sujeto. Las emociones primarias no son objeto de atención clínica, mientras que las secundarias y terciarias sí, por el contenido de elaboración cognitiva implicado en ellas.

Análisis funcional: Se presenta la relación gráfica entre las situaciones estímulares, antecedentes asociados con la aparición de las manifestaciones sintomáticas, los pensamientos automáticos derivados, las reacciones

(emocionales, fisiológicas y conductuales) y las consecuencias que recibe el sujeto (modificaciones en el ambiente producto de las respuestas emitidas). El análisis funcional, permite establecer patrones característicos en las situaciones elicitoras, naturaleza y características de los pensamientos automáticos, características de las reacciones del sujeto y variables contingenciales asociadas como mantenedores o reforzadores de las respuestas.

Análisis informacional complejo: Análisis general de la información (conclusiones del caso,). Juicio clínico en el que se plantean conclusiones derivadas de la información.

Análisis Nomotético: Explicación conceptual del caso en términos psicopatológicos o con base en teorías psicológicas que lo sustenten. Se basa en criterios preestablecidos a manera de leyes generales que soportan conceptualmente los planteamientos hechos. Se puede recurrir a posturas teóricas cognitivas de la psicopatología o del aprendizaje, entre otras.

Análisis Idiográfico: Descripción del caso en términos subjetivos, es decir, explicación de los planteamientos hechos en la formulación que dan cuenta de la vivencia del sujeto de los síntomas o del caso en general, planteando la etiología, la evolución y afectación del caso de acuerdo con la experiencia particular del paciente.

Blancos y metas terapéuticas

- **Blancos terapéuticos:** Son los elementos de la unidad informacional que se pretende modificar. Pueden plantearse a manera de esquemas maladaptativos, errores en el procesamiento de la información, pensamientos disfuncionales, emociones inconvenientes o conductas que resultan desadaptativas.
- **Metas terapéuticas:** Se refieren a los resultados esperados o expectativas frente al proceso. Se plantean como logros que se presentan como alternativos para los elementos descritos en como blancos terapéuticos.

Diseño terapéutico: La selección del tratamiento más eficaz para el caso se establece en función de estadios clínicos que siguen un protocolo estandarizado y riguroso de laboratorio que garantiza su validez interna. Igualmente, se recurre a la experiencia y juicio del clínico para establecer cuáles son los procedimientos

más indicados para el caso.

Estrategias de mantenimiento de los logros obtenidos: planteamiento de estrategias de seguimiento que permiten definir la estabilidad de los logros obtenidos a partir de la intervención.

1.5 PRESUPUESTO

Tabla 1

PRESUPUESTO GLOBAL DEL TRABAJO DE GRADO				
RUBROS	FUENTES			TOTAL
	Estudiantes	I U E	Externa	
Personal	\$1.500.000	\$1.344.000	\$ 0	\$2.844.000
Material y suministros	\$1.095.000	\$0	\$0	\$1.095.000
Salidas de campo	\$350.000	\$0	\$0	\$350.000
Bibliografía	\$217.200	\$0	\$0	\$217.200
Equipos	\$978.000	\$0	\$0	\$978.000
Publicaciones	\$123.700	\$0	\$0	\$123.700
TOTAL				\$5.607.900

Tabla 2

DESCRIPCIÓN DE LOS GASTOS DE PERSONAL						
Nombre de estudiante	Función en el trabajo	Dedicación horas/ semana	FUENTES			TOTAL
			Estudiante	IUE	Ext	
Lina María Correa Morales	Investigadora 1	16 horas semanales	\$0	\$0	\$0	\$0
Oneyda Montiel Gelis	Investigadora 2	16 horas semanales	\$0	\$0	\$0	\$0
Asesor interno	Docente	1 hora Semanal (48 horas en total)	\$0	28.000	\$0	1.344.000
Asesores externos	2 Doctores psicólogos cognitivos	2 semanas	1.500.000	\$0	\$0	1.500.00
TOTAL						\$2.844.000

Tabla 3

DESCRIPCION DE MATERIALES Y SUMINISTROS				
Material	FUENTES			TOTAL
	Estudiantes	I U E	Externa	
Papelería	\$75.000	\$0	\$0	\$75.000
Transporte	\$350.000	\$0	\$0	\$350.000
Alimentación	\$460.000	\$0	\$0	\$460.000
Fotocopias	\$80.000	\$0	\$0	\$80.000
Impresión	\$130.000	\$0	\$0	\$130.000
TOTAL				\$1.095.000

Tabla 4

DESCRIPCION DE LAS SALIDAS DE CAMPO				
Descripción de las salidas de campo	FUENTES			TOTAL
	Estudiantes	I U E	Externa	
Bibliotecas	\$90.000	\$0	\$0	\$90.000
HOMO	\$210.000	\$0	\$0	\$210.000
Sitios de asesoría	\$50.000	\$0	\$0	\$50.000
TOTAL				\$350.000

Tabla 5

DESCRIPCION BIBLIOGRAFICA				
Descripción bibliográfica	FUENTES			TOTAL
	Estudiantes	I U E	Externa	
Textos	\$21.700	\$0	\$0	\$21.700
Revistas	\$22.500	\$0	\$0	\$22.500
Libros	\$128.000	\$0	\$0	\$128.000
Diccionario	\$45.000	\$0	\$0	\$45.000
TOTAL				\$217.200

Tabla 6

DESCRIPCION DE EQUIPOS				
Descripción de equipos	FUENTES			TOTAL
	Estudiantes	I U E	Externa	
Memoria USB	\$78.000	\$0	\$0	\$78.000
Portátil	\$900.000	\$0	\$0	\$900.000
TOTAL				\$978.000

Tabla 7

DESCRIPCION DE PUBLICACIONES				
Descripción de publicaciones	FUENTES			TOTAL
	Estudiantes	I U E	Externa	
Anteproyecto	\$31.500	\$0	\$0	\$31.500
Avances	\$3.500	\$0	\$0	\$3.500
Proyecto primera entrega	\$40.700	\$0	\$0	\$40.700
Entrega final	\$48.000	\$0	\$0	\$48.000
TOTAL				\$123.700

1.6 CRONOGRAMA

Tabla 8: Diagrama de Gantt / Periodo I 2009

ACTIVIDADES.	FEB 28	MAR 01	MAR 15	ABL 01	ABL 15	MAY 01	MAY 15
Elección del tema para el trabajo de grado.	■	■					
Rastreo bibliográfico.	■	■					
Elaboración anteproyecto de grado.		■	■	■			
Estructuración del marco teórico para trabajo final.			■	■	■		
Elección de pruebas; CIE, CAE, y Rathus modificado.					■		
Realización de la justificación y terminación del marco referencial.					■	■	
Realización del cronograma y presupuesto.						■	

Ultimear detalles para la entrega y sustentación del anteproyecto de grado.															
Entrega final.															

Tabla 9: Diagrama de Gantt / Periodo II 2009

ACTIVIDADES.	AGO 28	AGO 01	SEPT 15	SEP 01	OCT 15	NOV 01	NOV 15
Encuadre del trabajo de grado con la nueva asesora, (Ángela Vargas).	■	■					
Visita a bibliotecas para ampliación y mejoramiento del marco teórico.	■	■					
Se inicio el trabajo de campo con la valoración psicológica de acuerdo con el protocolo de la ESE Hospital Mental de Antioquia al sujeto objeto de estudio.	■	■	■	■	■	■	■
Entrega de avances hasta la fecha a la asesora del trabajo de grado.	■	■	■	■	■	■	■

Tabla 10: Diagrama de Gantt / Periodo III 2010

ACTIVIDADES.	FEB.		MAR		MAR		ABR		ABR		MAY		JUN	
	2		01		15		01		15		01		15	
Recolección de la población que cumpla con los factores de inclusión.	█	█	█	█										
Encuadre del trabajo de grado con la nueva asesora,(Luz Ofelia Escobar).					█	█	█							
Cambios en la metodología empleada y modificación de algunas partes del trabajo.							█	█						
Realización de la conceptualización del caso, siguiendo el protocolo de Aaron Beck.								█	█	█				
Análisis de la información, que permitió el cumplimiento de los										█	█	█		

objetivos en la investigación.																
-----------------------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

2 MARCO DE REFERENCIA

2.1 ANTECEDENTES

Para la presente investigación, se realizó una búsqueda exhaustiva de información a través de diferentes fuentes bibliográficas, con el fin de identificar algunos referentes existentes sobre el tema abordado, que sirvieran de aporte, apoyo, punto de divergencia o convergencia con la investigación: Perfil cognitivo de un paciente de 24 años de edad que se encuentra internado en el Hospital Mental del municipio de Bello. De este modo, fueron muchos los trabajos investigativos encontrados en torno al tema de la depresión mayor, lo que refleja que hay un gran interés en el abordaje de dicha psicopatología, pero no de la relación de ésta con algunos factores cognitivos como los auto esquemas y la asertividad; en esta pesquisa se hallaron seis investigaciones que fueron consideradas relevantes por abordar uno o dos de los conceptos incluidos en el título del presente trabajo de grado.

En este orden de ideas, se citaron dos investigaciones internacionales, donde se relaciona depresión y auto esquemas, depresión y asertividad; sin embargo ninguna de las investigaciones encontradas a nivel internacional integra la depresión, los auto esquemas y la asertividad. Aun así, se consideró que las investigaciones tenían relevancia en el ámbito académico y clínico, en tanto pueden permear no sólo lo local sino lo nacional e internacional.

A nivel nacional, se encontró dos trabajos investigativos que relacionan la depresión con múltiples variables; uno de estos trabajos la relacionan con la narrativa que un grupo de adultos jóvenes diagnosticados con depresión mayor realiza de la misma; y el otro que relaciona los factores asociados a la depresión en la población Colombiana en los años 2001 y 2003. Dichos estudios son de los más recientes realizados en Colombia en los años 2001, 2003 Y 2004.

A nivel local, se encontraron dos investigaciones en la Universidad de San Buenaventura, realizadas en el año 1994. La primera, menciona la depresión, los auto esquemas y la asertividad, sin relacionar o integrar dichos conceptos, ya que el objetivo central era relacionarlos con el intento de suicidio; sumado a esto, se utilizó una población muy limitada (cinco personas) y con rango de edades bastante distantes (17 a 42 años). Y la segunda, alude a la aparición de síntomas depresivos con la modificación de los auto esquemas en jóvenes que presentaban su primer embarazo y asistían a control prenatal al Hospital San Juan de Dios.

2.1.1 INVESTIGACIONES INTERNACIONALES:

2.1.1.1

Rodríguez, Ángeles & Belloch. 2001, realizaron una investigación titulada: Depresión y auto esquemas depresivos en pacientes deprimidos y ansiosos. La investigación, concluyó que uno de los modelos psicológicos más influyentes para el estudio de los trastornos emocionales es el propuesto por Beck, quien propone que los auto esquemas de las personas deprimidas contienen generalizaciones de características predominantemente negativas sobre el sí mismo. La existencia de auto esquemas negativos en la depresión, se ha estudiado mediante procedimientos como la "Tarea de codificación autorreferente" (TCA) utilizando casi siempre poblaciones sub-clínicas y/o muestras control de personas normales.

2.1.1.2

Palau, Ballester, Morales & Riesco, plantearon una investigación titulada: Relación entre variables psicopatológicas y eficacia de un entrenamiento asertivo. Donde el objetivo principal era: comprobar si el diagnóstico de depresión o ansiedad influye en la eficacia del entrenamiento en técnicas de asertividad. Para lograr el objetivo en esta investigación, se utilizó la Escala de Asertividad de Gambrill y Richey (Gambrill y Richey, 1975), un cuestionario auto administrado que consta de 40 ítems referentes a diferentes situaciones interpersonales y que se compone de dos sub escalas que evalúan el grado de malestar subjetivo experimentado en dichas situaciones y la probabilidad de responder de manera asertiva ante la situación planteada, respectivamente. Dicho instrumento, se administró a todos los sujetos antes y después del entrenamiento.

Los criterios de inclusión en la muestra eran: ser mayor de 18 años, tener dificultades con la asertividad, y estar diagnosticado con trastorno afectivo o trastorno de ansiedad. Por trastorno afectivo, se ha entendido trastorno depresivo mayor y distimia, y como trastorno de ansiedad se incluye trastorno de pánico, trastorno de ansiedad generalizada, fobia simple y fobia social. Quedaban excluidos de la muestra, pacientes con dependencia alcohólica en el momento del estudio, y pacientes diagnosticados con trastorno mental grave.

Los resultados mostraron, que tanto los sujetos con diagnóstico de ansiedad como de depresión mejoraban de manera significativa en ambas medidas de asertividad.

Antes del tratamiento, los sujetos ansiosos mostraban un porcentaje de respuestas asertivas moderadamente más bajo que los depresivos. Sin embargo, al ver la relación entre tipo de diagnóstico y eficacia del EA, se observa que los sujetos ansiosos incrementan en mayor grado el porcentaje de respuestas asertivas tras el entrenamiento, mientras que la disminución en el grado de malestar subjetivo es igual para ambos grupos.

2.1.2 INVESTIGACIONES NACIONALES

2.1.2.1

Álvarez, Peñalosa y Barrera (2008), plantearon una investigación titulada: Narrativa prototipo de la depresión en un grupo de adultos jóvenes de Bucaramanga, Colombia. El presente estudio, tuvo como propósito establecer la identificación que un grupo de adultos jóvenes diagnosticados con depresión según el DSM-IV, hace con la narrativa prototipo de la depresión, en comparación con un grupo homólogo de sujetos diagnosticados no depresivos. Para lo cual, se aplicó el estadístico Ji cuadrado, para confirmar las hipótesis de identificación con la narrativa prototipo de la depresión en los sujetos depresivos y no depresivos, el cual con $p < 0.05$ y 2 Gl, fue 119,4, confirmatorio al ser superior al esperado. Se apoyó en la prueba Gamma con $\gamma = -0,89$, la cual muestra una correlación inversa considerable, indicando que existen diferencias de identificación con la narrativa en los dos grupos. La investigación concluye, que los sujetos depresivos se identifican con la narrativa y los no depresivos, lo cual señala que esta experiencia emocional seguiría una organización discursiva prototípica en su contenido, estructura y proceso.

2.1.3 INVESTIGACIONES LOCALES

2.1.3.1

Galvis, Montoya y Monsalve (1994), plantearon una investigación titulada: Estudio descriptivo de la relación entre intento de suicidio y auto esquemas, niveles de ansiedad, depresión y conductas asertivas en cinco sujetos en la ciudad de Medellín. El objetivo de la investigación fue: describir la relación existente entre reacciones o cuadros depresivos y ansiosos, deterioro de los auto esquemas y conductas asertivas en cinco sujetos con intento de suicidio. La metodología utilizada, estuvo enmarcada dentro del modelo de estudio, descriptivo, explicativo, en los resultados se evidenció en los cinco sujetos con intento de suicidio altos

niveles de depresión y ansiedad. Esta última, manifestada principalmente por los sistemas motor y cognoscitivo. De igual forma, presentaron bajos auto esquemas, principalmente el auto concepto y la autoestima siendo la menos alterada la autoimagen.

2.1.3.2

Barrios, Fernández y Restrepo (1994), realizaron una investigación titulada: Aparición de síntomas o cuadros depresivos como consecuencia de la modificación de los auto esquemas en mujeres adolescentes primigestantes que participan en los programas de control prenatal en los hospitales “San Juan De Dios” de los municipios del Retiro y el Carmen de Viboral. El propósito de la investigación fue: describir la aparición de síntomas o cuadros depresivos como consecuencia de la modificación de los auto esquemas en mujeres adolescentes primigestantes que participan en los programas de control prenatal en los hospitales “San Juan De Dios” de los municipios del Retiro y el Carmen de Viboral. Esta investigación fue de tipo descriptivo, descriptivo analítico; en el análisis de los resultados se observó que un gran número de mujeres presentaba síntomas característicos de la depresión, pero muy contados casos se consideraron como incapacitantes. Las características relevantes fueron llanto, aislamiento, alteraciones del sueño y de la alimentación y disminución de las actividades rutinarias.

Es importante anotar, que en todos los casos se reportó la aparición de síntomas depresivos pero no se consideran bases suficientes para asegurar que estos tengan que ver con la alteración sufrida en los auto esquemas, los cuales tendieron a modificarse de forma negativa, con una puntuación bajo el límite inferior; significando esto que el proceso gestacional y todo lo que esto implica, afectan la forma como estas madres se ven a sí misma en relación a su entorno. La conclusión del estudio, señala la existencia de una relación entre la disminución en los auto esquemas de madres adolescentes primigestantes durante su segundo trimestre de gestación y la aparición de síntomas depresivos, pero en ningún caso estas modificaciones llegaron a desencadenar depresión que requiera tratamiento psicológico o psiquiátrico.

Los auto esquemas, se ven más afectados negativamente (disminuido) durante el segundo trimestre de gestación, en la población objeto de estudio fueron la eficacia y la auto imagen.

Todo lo anterior, reafirma el vacío investigativo especialmente en el ámbito nacional y local que relacione la depresión, los auto esquemas y la asertividad, dándonos razones más que suficiente para considerar que los hallazgos del presente trabajo de grado pueden tener gran relevancia por la utilidad clínica y educativa no sólo para las psicólogas en formación al permitir un mejor y mayor manejo de los auto esquemas, asertividad, depresión y la relación que se establece entre ellos; sino para otros profesionales y estudiantes que estén interesados en abordar el tema y más importante aún, para dos grandes instituciones antioqueñas con proyección internacional como son el Hospital mental de Antioquia y la Institución Universitaria de Envigado que ha pretendido darle un enfoque clínico desde el área cognitiva.

2.2 MARCO TEORICO

En este marco teórico, si bien se mencionan distintos referentes teóricos, se sigue una línea preferentemente cognitiva, ya que ha sido una de las escuelas que más ha profundizado en el curso y desarrollo del trastorno depresivo mayor, el procesamiento de la información, los esquemas, auto esquemas y las habilidades sociales, entre ellas la asertividad. Del mismo modo, teóricos cognitivos han sido los encargados de crear, ahondar, validar y estandarizar, incluso para nuestro medio, las diferentes pruebas que se utilizaron en la presente investigación.

Comencemos por recordar, que en las dos últimas décadas el estudio psicológico de los trastornos emocionales y del estado de ánimo ha estado ligado de una manera crucial a la perspectiva cognitiva. Desde este enfoque, se han generado diversos modelos explicativos, cada uno de los cuales enfatiza el papel de algún grupo especial de variables cognitivas y/o comportamentales para explicar la génesis y/o el mantenimiento de estos trastornos.

Uno de los modelos más influyentes es sin duda el propuesto por Beck (Beck, 1976,1987, 1991; Beck y Emery, 1985; Beck, Rush, Shaw y Emery, 1979), donde el constructo psicológico de "esquema" ocupa un lugar central en este modelo. De ahí, que resulte conveniente detenernos un momento a fin de profundizar, a nivel teórico en los esquemas cognitivos, los auto esquemas, la asertividad y la relación que existe entre depresión y habilidades sociales, pero no sin antes, conceptualizar el termino depresión.

2.2.1 DEPRESION

A partir de los criterios diagnósticos que da el DSM IV "Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales"²², se habla de trastorno depresivo mayor cuando hay un cuadro clínico caracterizado por uno o más episodios depresivos mayores, sin historia de episodios maníacos, mixtos o hipomaniacos.

El DSM IV²³, afirma que el trastorno depresivo mayor está asociado a una mortalidad alta debido al suicidio, los cuales llegan al 15 %. Añade además, que

²² LOPEZ, Op.cit. pág. 412.

²³ *Ibíd.*, pág. 415

los pacientes diagnosticados con trastorno depresivo mayor padecen más dolor, más enfermedades físicas y tienen una peor actividad física, social y personal. Así mismo, señala que el trastorno depresivo mayor puede ir precedido por un trastorno distímico (en un 10% en estudios epidemiológicos y en un 15-25% en población clínica); con este dato han logrado estimar, que cada año aproximadamente el 10 % de los sujetos con un trastorno distímico iniciarán su primer episodio depresivo mayor. De ahí, la importancia de los hallazgos clínicos en una etapa temprana como vaticinadores profilácticos en el desarrollo de psicopatologías más complejas.

Entre tanto, el DSM- IV²⁴, señala que el trastorno depresivo mayor puede empezar a cualquier edad; sin embargo, se han encontrado con que la edad promedio de inicio es la mitad de la tercera década de la vida, algunos datos epidemiológicos citados allí, sugieren que la edad de inicio está disminuyendo entre las personas nacidas más recientemente. En este sentido, el DSM IV²⁵ reporta estudios que indican un amplio intervalo de valores para la proporción de la población adulta que padece el trastorno.

Según esto, el DSM IV²⁶ estima que el riesgo para el trastorno depresivo mayor a lo largo de la vida en las muestras de población general ha variado entre el 10 y el 25 % para las mujeres y entre el 5 y el 12 % para los hombres. De igual forma, la prevalencia puntual del trastorno depresivo mayor en adultos en muestras de población general ha variado entre el 5 y el 9 % para las mujeres y entre el 2 y el 3% para los hombres. Por otro lado, señala también, que la tasa de prevalencia para el trastorno depresivo mayor parece no estar relacionadas con la raza, el nivel de estudios o de ingresos económicos, ni con el estado civil.

2.2.2 ESQUEMAS COGNITIVOS

En términos generales, un esquema²⁷ puede ser concebido como una estructura de la memoria que contiene un conjunto organizado de conocimientos, o sea de información, que interactúa activamente con la información entrante, a través de procesos tales como, la dirección selectiva de la atención hacia aquellos elementos que son congruentes con la información almacenada, o dirigiendo los procesos de búsqueda y comparación con esa información.

²⁴ *Ibid.*

²⁵ *Ibid.*

²⁶ *Ibid.*

²⁷ BECK, T. Op.cit., pag.28

Walter Riso²⁸ menciona además, que el esquema funciona como una entidad organizacional cognitiva y estable, donde se almacena todo el conocimiento acerca de uno mismo y del mundo. Por ende, el esquema va a aportar las teorías e hipótesis que guían y orientan la búsqueda de información relevante, determinando como los estímulos ambientales recibidos o descodificados son organizados y estructurados.

Por lo tanto, los esquemas no solo son estructuras organizadas de datos, sino que también ejercen un papel activo en la selección, la adquisición, la organización, el almacenamiento y la recuperación de nueva información (Williams, Watts, MacLeod y Mathews (1988)²⁹. Según Riso³⁰ los esquemas facilitan el aprendizaje, el reconocimiento, la recuperación y la comprensión de la información. Sumado a esto, hacen que el procesamiento de la información y las estrategias de resolución de problemas que sean relevantes se lleven a cabo de manera más rápida, permiten llenar vacíos en la información y admiten que las predicciones y toma de decisiones se realicen dentro de un contexto de mayor confianza.

Los esquemas como plantean Beck y Freeman³¹ (1990), poseen unas cualidades estructurales adicionales como son, capacidad informacional (estrecha, limitada o poca), flexibilidad o rigidez (capacidad de modificación), densidad (relativa distinción o relieve en algún contenido específico) y nivel de activación o valencia (latente o hiperlatente). Por lo tanto, sería reduccionista considerar el esquema como una simple reserva pasiva donde se guarda determinada información.

Cuando el esquema es más global, sobre generalizado y absoluto, incluso más que otras creencias de uno mismo y de los otros, se habla de **Esquema Nuclear**³². Según Riso, para Beck los esquemas nucleares patológicos³³ tienen un componente más sensible del concepto del sí mismo o el "yo" (sentirse vulnerable, desvalido, no amable, incompetente, inútil) y la primitiva visión de otros (antipáticos, hostiles, desagradables). Beck (1987) y Clark, Beck y Alford (1999)³⁴ añaden, que el contenido ultimo del esquema nuclear patológico incluye dos factores básicos: la supervivencia (desvalido, incapaz) y el attachment (no sentirse querido o amado). Dichas creencias nucleares³⁵, van a operar fuera de la conciencia del individuo y frecuentemente no se verbalizan claramente, estas

²⁸ RISO, Op.cit. Pág. 22

²⁹ BECK, Op.cit. Pág.

³⁰ RISO, Op.cit., Pág. 26

³¹ *Ibid.* Pág. 22

³² RISO, Op.cit., pág. 92

³³ *Ibid.* Pág. 97

³⁴ *Ibid.* Pág. 98

³⁵ *Ibid.* Pág. 98

creencias disfuncionales son creencias condicionales que responden a determinadas experiencias o situaciones.

En este punto Riso³⁶ aclara, que en este modelo se prefiere el término esquema nuclear a creencia central o nuclear por dos razones. La primera, es que el concepto de esquemas es más amplio e integrador que el de creencia, ya que el esquema puede contener distintos tipos de información relacionados. En segundo lugar, por que explicaría mejor las estrategias de auto percepción o de auto confirmación esquemática. Es decir, el esquema nuclear no es una entidad estable y acomodada, sino que, influye activamente en el desarrollo de las creencias intermedias (trágica, compensatoria, imperativos, actitudes) y en la manera de procesar la información (sesgos confirmatorios).

Por otro lado, el esquema nuclear según lo afirma Riso³⁷, puede estar totalmente desactivado, activado o parcialmente activado. Dicha activación, puede verse como un continuo dependiendo de cómo intervienen los eventos estresantes, los procesos de recuperación de información de la memoria, el estado de ánimo o las variables de personalidad. En un trastorno del Eje I (DSM-IV) el esquema nuclear puede estar activado de manera discontinua, mientras que en los casos del Eje II, exceptuando retardo mental, puede estar activado de forma continua.

Cabe entonces señalar, que los esquemas según Riso³⁸ se desarrollan durante la vida del sujeto y su estructura interna se fortalece cuando información similar es repetidamente procesada y organizada internamente, es decir, almacenada en el mismo esquema. De esta forma, cuanto más se utilice un esquema mas se incrementara su fortaleza y cohesión interna, lo que lo hará más resistente al cambio en comparación con aquellos esquemas que son utilizados con menos frecuencia.

Por consiguiente, como se mencionó antes no se podría reducir el concepto de esquema a un simple reservorio pasivo que guarda una parte de la información, ya que cumple una función activa en el procesamiento de la nueva información, dirigiendo la información a estímulos relevantes y/o ignorando los input de escaso valor³⁹. Riso cita a Neisser⁴⁰ (1976) quien afirmaba que *“los esquemas no solamente contienen el plan, sino que también son ejecutores del plan”*. Gitomer y

³⁶ *Ibid.* Pág. 98

³⁷ *Ibid.*

³⁸ RISO, Op.cit., Pág.21

³⁹ *Ibid.* Pág. 22

⁴⁰ *Ibid.*

Pellegrino⁴¹ (1985) afirmaban que un esquema incluso, “*puede ser visto como un intento que los individuos hacen para imponer su propia realidad al mundo*”.

Walter Riso⁴² es enfático al señalar, que la función del esquema, es hacer que el procesamiento de información cognitiva sea más económica, permitiendo un menor gasto para el sistema y una mayor coherencia; de lo contrario el ser humano debería responder a cada estímulo como si fuera totalmente nuevo, no reconocería semejanzas y similitudes con otros eventos ya experimentados; es decir, la información que se procesa carecería de significado si no se analizara dentro de algún contexto permitido para su interpretación. Hollon y Kriss (1984) indican “*los esquemas ayudan a determinar qué información deberá ser atendida y cual ignorada*”⁴³. En este sentido, los esquemas influyen no solo en la atención sino en todo el proceso de descodificación, como la percepción, la clasificación y el almacenamiento de la información.

El esquemaⁱ entonces, como se indico antes, provee hipótesis que guían y orientan la búsqueda de la información intentando acomodar esta información en congruencia con la base de datos y tratando de confirmar dichas hipótesis. Sin embargo, el reducir la información percibida y recuperar solo aquellos datos “útiles” puede llevar a sesgos, estereotipos y errores en el procesamiento de la información, estas “negligencias” en el proceso de información están relacionadas con el principio de economía cognitiva, el cual busca mantener el conocimiento almacenado así la información sea evidentemente discrepante con las categorías establecidas. Se esperaría pues, que un esquema se modifique al recibir información contradictoria, a pesar de esto, los estudios en psicología social muestran que las personas tienden a “apegarse” a sus creencias y a ignorar la información que entra en conflicto con lo ya establecido en el esquema.

Riso⁴⁴ asegura, que el hecho de buscar evidencias para confirmar nuestras creencias no es lo preocupante, sino la manera “deshonesta” de hacerlo, el ser humano utiliza al menos dos estrategias para alterar los datos, distorsionando la información percibida (sesgos confirmatorios) o afectando el medio modificando el curso de los hechos (profecías auto realizadas).

Walter Riso⁴⁵ advierte, que los esquemas necesariamente no tienen contenidos “racionales” o correctos, ya que si los conceptos son erróneos las experiencias personales se van a organizar mas alrededor de vivencias negativas que positivas,

⁴¹ *Ibid.*

⁴² *Ibid.* Pág. 25

⁴³ *Ibid.* Pág. 25

⁴⁴ *Ibid.* Pág. 27

⁴⁵ *Ibid.*, pág.24

y si las teorías y creencias están estructuradas sobre hechos falsos, el esquema resultante será disfuncional, y por ende, los pensamientos y comportamientos resultantes tendrán un carácter mal adaptativo en la medida en que no están adecuados a la realidad objetiva.

A partir de lo anterior, la diferencia principal entre un grupo de personas depresivas y no depresivas según Riso⁴⁶, no reside tanto en la manera de procesar la información sino en el contenido esquemático, es decir, los depresivos distorsionan la información en un sentido pesimista o depresivo, los no depresivos lo harían en una dirección optimista o positiva.

Walter Riso⁴⁷ llega a otro punto en lo que respecta a los esquemas, y añade que éstos no solo organizan información externa sino interna, cuando el esquema es aplicado a uno mismo se le denomina **auto esquema**, Markus citado por Riso (1977), lo define como “*generalizaciones cognitivas acerca de uno mismo, derivadas de experiencias pasadas, que organizan y guían el procesamiento de la información relacionado con uno mismo contenida en la experiencia social de un individuo*”. El auto esquema entonces, va a influir de manera determinante en como procesamos la información auto referencial, la cual es procesada de manera diferente a aquella información acerca de otras personas.

2.2.3 AUTOESQUEMAS

La teoría cognitiva⁴⁸ asume que los autoesquemas no son simples unidades cognitivas, sino que son entidades complejas que incluyen información conductual, motivacional, fisiológica y afectiva respecto de uno mismo y el mundo. Por tal razón, la diferenciación yo - otros es vital para definir los subsistemas involucrados en la conformación de los autoesquemas.

Walter Riso⁴⁹ retoma los trabajos de Robert y Monroe (1994), los cuales permiten establecer algunos patrones de funcionamiento general de los auto esquemas, ellos aseguran:

- Algunos auto esquemas pueden representar la visión actual del yo y otros pueden referirse a una visión idealizada del mismo.

⁴⁶ *Ibíd.* Pág., 26

⁴⁷ *Ibíd.* Pág.29

⁴⁸ RISO, Op.cit., pág. 96

⁴⁹ *Ibíd.*

- Los auto esquemas pueden procesar información pasada, presente y/o futura, pero también pueden definir la orientación temporal.
- Los auto esquemas pueden brindar una visión de uno mismo positiva o negativa.
- De acuerdo con la información procesada los auto esquemas, pueden ser más rígidos o más flexibles.
- Los auto esquemas pueden tener una fuerte orientación interpersonal, e incluso la información almacenada y codificada puede referirse a un auto esquema relacional/social, donde el "yo" se compara constantemente con los otros.
- La consistencia interna de los auto esquemas tiende a mantenerse.

En consecuencia, los auto esquemas pueden contener información sobre el sí-mismo, y ser estructuras que determinan la estrecha relación entre cognición, afecto y conducta (Bootzin, 1985), o son considerados también, como el punto de unión del procesamiento afectivo y cognitivo (Winfrey y Golfried, 1986), es decir, la información de uno mismo puede asociarse tanto a lo que uno siente, como a lo que uno conoce de si mismo. Desde el marco de la teoría de Beck⁵⁰, los auto esquemas de las personas deprimidas contienen generalizaciones de características predominantemente negativas sobre el sí-mismo, que se han ido elaborando a partir de experiencias vitales de pérdida y fracaso (Beck, 1987).

En este punto, es significativa la importancia de que la expresión de ideas y pensamientos negativos acerca de uno mismo constituye uno de los elementos más característicos de la depresión, desde el punto de vista de las experiencias que relata el propio paciente. Los auto esquemas depresivos⁵¹ pueden ser concebidos como una especie de "base de datos" sobre la que los individuos construyen su identidad, cuya marca de contraste característica es la negatividad.

Según el modelo de Beck⁵², los auto esquemas se hallan activados de un modo casi permanente en la depresión, lo que entre otras cosas facilita no solo la visión negativa de uno mismo aquí y ahora, sino además, la interpretación predominantemente negativa de las propias experiencias (pasadas, presentes y futuras), así como la recuperación de información negativa, congruente con el contenido nuclear del auto esquema.

⁵⁰ BECK, Op.cit.

⁵¹ *Ibid*

⁵² *Ibid.*

Es claro entonces, según el texto de Riso⁵³, que al igual que en los esquemas, los auto esquemas buscan mantener su consistencia, ignorando aquella información que es contradictoria con la visión de sí mismo o desarrollando patrones electivos de recuerdo. Bootzin (1985), Winfrey y Golfried (1986) citados por Riso enfatizan en el hecho de que el auto esquema es una estructura que determina la estrecha relación entre cognición, afecto y conducta, es el punto de unión del procesamiento afectivo y cognitivo. Todo esto muestra, que el concepto de esquema y auto esquema son sumamente importantes, no solo para la población depresiva en si, sino para una gran cantidad de trastornos.

Beck⁵⁴ postulo incluso, la existencia de un auto esquema negativo en los sujetos depresivos, estilos atribucionales o vulnerabilidad de los modelos de predisposición cognitiva. Paralelo a esto, la psicología cognitiva contemporánea ha dirigido estudios con el fin de probar que el contenido esquemático afecta los distintos procesos y que existen diversos tipos de vulnerabilidad depresiva a nivel de auto esquemas. Es decir, si el material congruente y afín al contenido almacenado en el auto esquema es mejor procesado que la información contradictoria, los auto esquemas negativos de los depresivos tendrán un procesamiento más completo y rápido, ya que la información negativa es compatible con dicho auto esquema.

Todo lo anterior, apoya la idea de que los depresivos muestran un mejor procesamiento de la información negativa, mostrando un autoesquema de información negativa altamente consolidada, lo que hace que la información negativa sobre aspectos personales sea fácilmente procesada de manera más consistente y eficiente, contrario a esto, los no depresivos tenderían a manifestar la misma eficacia pero orientada a procesar información positiva.

Riso⁵⁵ señala, que cuando una persona se encuentra en un estado afectivo determinado se inclinara por recordar mejor aquella información que fue almacenada en estados emocionales similares. Es decir, si el autoesquema se encuentra en un estado negativo habrá mayor disposición a procesar información negativa con más facilidad y eficiencia, ya que es congruente con el contenido. A partir de acá, si se demuestra que el factor de afecto negativo altera el procesamiento de la información, entonces se estaría apoyando el hecho de que el auto esquema negativo (depresivo) influye sobre el recuerdo pasado.

⁵³ RISO, Op.cit., Pág. 29

⁵⁴ *Ibíd.* Pág. 30

⁵⁵ *Ibíd.* Pág. 34

Todo lo planteado hasta ahora, según Riso, muestra que la evidencia empírica apoya la idea de un auto esquema negativo en los depresivos, dicho auto esquema interviene activamente facilitando el procesamiento de la información compatible y dificultando la incompatible. Las investigaciones muestran, que cuando la información a descodificar es semántica⁵⁶ (conceptual), los depresivos muestran una mayor y mejor descodificación de la información negativa, manteniendo inalterada la información positiva. Si la información que va procesar el individuo es episódica⁵⁷ (vivencial-afectiva), la información positiva es distorsionada en los sujetos depresivos, en este caso la información negativa no sufre alteraciones. Y los estudios de recuperación de memoria personal⁵⁸ muestran, que en estado de ánimo negativo o depresivo, la información negativa parece estar consistentemente aumentada y la recuperación de la información positiva disminuida.

En este orden de ideas Riso⁵⁹ resalta otro aspecto importante encontrado en estas investigaciones, y es la posibilidad de relacionar las distorsiones con la severidad o el nivel de depresión, los datos recogidos allí sugieren que: *“los sujetos no depresivos tienden a distorsionar la información positivamente lo cual habla a favor de esquemas de alto contenido positivo u optimista, los sujetos que presentan depresiones moderadas o severas, desde un punto de vista clínico, distorsionan la información en un sentido negativo, lo cual apoya la idea de un predominio esquemático negativo y los individuos levemente deprimidos no*

⁵⁶ *Ibíd.* Pág. 30. Riso trae como referente a Derry y Kuiper, quienes realizaron estudios sobre información semántica en 1981. ellos estudiaron factores como, recuerdos de adjetivos auto referenciales: encontrando que los depresivos severos recuerdan mas adjetivos auto referenciales negativos que los no depresivos, también, muestran un mayor recuerdo de palabras displacenteras (MacDonal, 1984), los depresivos moderados muestran resultados mixtos (Kuiper y col. 1985). Tiempo de reacción: los sujetos depresivos tienden a mostrar mayor rapidez en procesar información negativo que los no depresivos, mientras estos procesaban más rápidamente información positiva (Kuiper y MacDonal, 1982), los depresivos moderados muestran resultados inconsistentes (MacDonal y Kuiper, 1984; MacDonal, Kuiper y Olinger, 1985). Duración del episodio depresivo: cuanta más duración tenga el episodio depresivo mayor consolidación y organización del contenido negativo en el autoesquema (Dabys y Unruch, 1981; Hammen, Miklowitz y Dyck, 1986). Situación éxito- fracaso: los depresivos activan más recuerdos positivos después de situaciones de éxito que los no depresivos (Ingram, Smith y Brehen, 1983). Estados de ánimo: en los depresivos los estados de tristeza inducen más recuerdos negativos que los no depresivos (Dyck, 1983, citado por Ingram 1986).

⁵⁷ *Ibíd.* Pág. 33. Riso trae como referente a Wenner y Rehm, quienes realizaron estudios sobre descodificación episódica en 1975, buscando ver qué tipo de distorsiones producen los sujetos depresivos cuando intentan recordar experiencias de refuerzo o castigo, administradas en condiciones de laboratorio, encontrando que cuando hay un refuerzo positivo los depresivos tienden a subestimar y minimizar los refuerzos positivos (Wener y Rehem, 1975; Craighead, 1977; Dennard y Hokanson, 1986. en al estado de ánimo encontraron que a mejor estado de ánimo mas recuerdos de feedback positivos (Mischel, 1973; Natale y Hantas, 1982; Ingram, 1984).

⁵⁸ *Ibíd.* Pág. 34: Riso cita a Lishman (1972), quien realizo estudios sobre la recuperación de memoria personal y encontró en sujetos deprimidos que éstos recuerdan mas tópicos negativos (Lishman, 1972) y se demora menos tiempo en recordar información negativa (Lishman, 1975). Cuando el afecto era inducido, encontraron que en presencia de un estado de ánimo negativo se incrementa el número de recuerdos negativos y disminuye el de recuerdos positivos Teasdale, Taylor y Fogarty 1980; Teasdale y Taylor, 1981; Clark y Teasdale, 1985).

⁵⁹ *Ibíd.* Pág. 38

tienden a distorsionar la información en ningún sentido especial lo cual hablaría a favor de un auto esquema de contenido mixto”.

Riso⁶⁰ cita autores como Alloy, Clements y Kolden (1985) que sostienen, que esta predisposición cognitiva o auto esquemas son una condición necesaria para detonar las depresiones, pero no son suficientes, ya que los esquemas operan en presencia de determinados eventos desencadenantes, dependiendo de qué tan vitales sean para el sujeto. Es decir, no se debe descartar de plano la posibilidad de que en ciertas depresiones la información negativa se dispare internamente por factores biológicos o incluso sociales.

En definitiva, según la formulación de Beck⁶¹, los auto esquemas depresivos constituyen una red muy organizada de información personal predominantemente negativa, además de un conjunto de reglas para evaluar las propias capacidades y valores personales (Segal y Swailow, 1994). Conceptualmente, Beck⁶² incluso los compara a rasgos de personalidad, lo que significa que son consistentes a lo largo de las situaciones y predisponen a ciertos estados episódicos de pensamiento depresivo.

En concordancia con lo anterior, Theodore Millon en su texto “Trastornos de la Personalidad: más allá del DSM -IV⁶³”, propone una comorbilidad de los trastornos/rasgos de personalidad y los trastornos del estado de ánimo; Millon cita a Beck, quien propone que la base de las personalidades depresivas es la indefensión y la desesperanza; postulando la presencia de esquemas irracionales subyacentes derivados de las experiencias tempranas del desarrollo, resaltando dos estilos de esquemas que están estrechamente relacionados con los estilos de personalidad. Millon reconoce, que aunque Beck no considera que esos dos esquemas cognitivos sean tipos de personalidad fija, uno de ellos puede dominar el funcionamiento cognitivo de un individuo hasta el punto de producir percepciones y respuestas emocionales exageradas que se logran mantener durante casi toda la vida.

El primer esquema fue denominado *sociotropía*⁶⁴, y está determinado por las creencias disfuncionales asociadas a la necesidad de amor y aprobación. Este esquema se refiere básicamente, a la inversión que hace la persona en el

⁶⁰ *Ibíd.*

⁶¹ *Ibíd.*

⁶² *Ibíd.*

⁶³ MILLON, Theodore. DAVIS D, Roger. Trastornos de la Personalidad: más allá del DSM -IV. Editorial MASSON, S.A. 2000. Barcelona (Madrid), paginas 301 – 336

⁶⁴ *Ibíd.*

intercambio positivo con otras personas, esto incluye deseos pasivos de recepción (aceptación, intimidad, entendimiento, apoyo, guía), deseos narcisistas (admiración, prestigio, status) y feedback: validación de creencias y comportamientos. El individuo, pasa a depender de estos “inputs” sociales para la gratificación, la motivación, la dirección y modificación de las ideas y el comportamiento, la motivación acá está centrada en recibir.

El segundo esquema de personalidad es el de *autonomía*⁶⁵, el cual está caracterizado por profundas creencias perfeccionistas. Este esquema se refiere, a la inversión que hace el sujeto en la preservación y el aumento de su independencia, movilidad y derechos personales como, la libertad de elección, acción y expresión; la protección de su área y la definición de sus límites. El sentido de bienestar acá, depende de la preservación de su integridad y la autonomía, la dirección de sus propias actividades y el alcance de objetivos significativos. La motivación en este grupo es “hacer”.

Partiendo de lo anterior, Walter Riso en su texto depresión⁶⁶ señala que las personas con depresión muestran altos estándares de sí mismos lo cual los lleva a generar auto evaluaciones negativas de sí mismas. Afirma además, que las personas muy motivadas hacia los logros personales y con patrones altos de ejecución, se muestran muy vulnerables a la posibilidad de cometer errores en las metas auto impuestas. Por lo general, las personas que se imponen metas altas también muestran una baja tolerancia a la frustración y una alta necesidad de control, esta imposibilidad en los logros va generando una discrepancia entre el “yo ideal y el yo real” cada vez mayor, que ha mostrado ser un factor importante en la construcción de auto esquemas negativos y en el desarrollo de sentimientos de inseguridad⁶⁷, desencadenando episodios recurrentes de depresión.

Por otro lado, Vicente Caballo⁶⁸, afirma que las personas con depresión tienen pocas habilidades para relacionarse con los demás, es decir, los individuos deprimidos crean un entorno social negativo haciendo que los demás se impliquen de tal manera que se pierda el apoyo o, al menos, este sea ambiguo, provocando no solo relaciones de apoyo sino de hostilidad, reforzando el esquema de sociotropía.

⁶⁵ *Ibíd.*

⁶⁶ RISO Op.cit., Pág. 39

⁶⁷ *Ibíd.* Pág. 58. Riso cita a Becker, 1979; (Brucsh, Meyer y Chesser, 1987)

⁶⁸ CABALLO, Op.cit., Pág. 497

Se ha examinado hasta aquí los esquemas cognitivos y su relevancia en el proceso de la información no solo de los otros y el mundo sino, de nosotros mismos. Ahora, es importante examinar específicamente auto esquemas como, auto concepto, autoimagen, autoestima y auto eficacia.

2.2.3.1 AUTOCONCEPTO

Riso⁶⁹ señala que el auto concepto es un término que incluye los distintos auto esquemas y está más próximo al constructo de Esquema Nuclear, para la terapia cognitiva el termino auto concepto hace referencia a la representación interna del yo. El modelo cognitivo según Walter Riso⁷⁰ señala, que el contenido de los auto esquemas del sí mismo, es el que va a guiar las auto percepciones, auto evaluaciones y autoestima. Desde el punto de vista clínico, Riso añade, que el contenido del auto concepto se ha intentado organizar en dos categorías básicas de creencias: las asociadas con el desamparo (“estoy indefenso, yo soy débil”, soy vulnerable, soy fracasado, soy incompetente”) y las asociadas con la incapacidad de ser amado (“no soy querible, no soy atractivo, soy malo, van abandonarme, no soy deseable”).

Por lo tanto, en los individuos que sufren de depresión, hay una activación de los auto esquemas latentes de contenido negativo, los cuales los llevarán a tener una auto percepción extremadamente negativa o pesimista de si mismos (Dozois, 2002)⁷¹. En este punto Riso trae a diferentes autores, los cuales afirman que “*el contenido del auto concepto ha sido asociado al trastorno bipolar (Power, Jong y Lloid, 2002), a la capacidad de moderar estados emocionales (Donahue, Robins, Robert y John, 1993, Showers, 1992) y a los efectos protectores (autocomplejidad) sobre el impacto de eventos estresantes en la depresión (Salomón y Haaga, 2003)*”⁷².

Según algunos autores mencionados en el texto de Riso, el auto concepto no solo va a incluir los auto esquemas actuales “lo que somos, sino también los yo probable”, lo que podremos llegar a ser, lo que se conoce en psicología social como: los posibles yo o los yo que podamos proyectar.

⁶⁹ RISO, Op.cit., Pág., 103

⁷⁰ *Ibid.* pág. 102

⁷¹ *Ibid.* Pág. 103

⁷² *Ibid.*

En concordancia con la anterior, Higgins (1987)⁷³ propone la teoría de la auto discrepancia o la discrepancia del yo; donde sostiene que, el contenido esquemático por ser lo determinante del esquema nuclear, tiene una dinámica que relaciona los distintos niveles de aspiraciones y metas que construimos alrededor del yo. En esta medida, propone tres dominios del yo; *el yo real o actual*, que son los atributos que creemos poseer actualmente, “lo que soy en realidad” o “como me veo aquí mismo en el aquí y el ahora”. El *yo ideal*, que son los atributos que me gustaría poseer, “que y como me gustaría ser”; y el *yo obligado* que son los atributos que creo debo poseer, “que tengo la obligación de alcanzar”.

A partir de esto, postula que estas discrepancias entre el yo real y el yo obligado actúan como guías para el procesamiento de la información y de la conducta manifiesta, llegando incluso a generar consecuencias emocionales negativas. Esto permite pronosticar, que las personas que muestren discrepancia significativa o falta de correspondencia entre el yo ideal y el yo real pueden padecer tristeza y disforia, mientras la discrepancia entre el yo real y el yo obligado puede producir activación, ansiedad y agitación.

2.2.3.2 AUTOESTIMA

La función evaluadora según Riso⁷⁴, que caracteriza el auto concepto ha sido relacionada con el concepto de autoestima (Showers, 2000). Dicho concepto es considerado como un esquema, que si su contenido es negativo (baja autoestima) incrementa la vulnerabilidad a la depresión (Roberts y Monroe, 1994: Avela y Payne, 2003) afecta la sociabilidad, debilita el sistema inmunológico e impide el mantenimiento de emociones positivas, entre otras muchas consecuencias.

La autoestima entonces, se define según Marsh (1993)⁷⁵ como “*la auto evaluación de las cualidades que componen el concepto del yo. Es la parte del auto concepto que determina que tanto me quiero o que tanto me detesto*”. Riso considera, que la autoestima implica observaciones acerca de uno mismo en términos de bueno-malo, deseable-indeseable, amable-no amable. En concordancia con esto, las personas con una elevada autoestima se van percibir así mismas positivamente y van a lograr reconocer defectos y virtudes, sintiéndose más capaces y con más valía personal. Por el contrario, cuando hay una baja autoestima, el individuo tiende a generalizar los fracasos (Barón y Birny, 2000), logrando que no solo las

⁷³Ibíd. Pág. 104

⁷⁴Ibíd. Pág. 105.

⁷⁵Ibíd.

personas adultas sino también los niños, se centren mas en sus deficiencias que en sus cualidades.

Por otro lado, Riso⁷⁶ nos recuerda que la autoestima se vincula con las discrepancias que el auto concepto establece con su yo ideal (auto discrepancias). Para confirmar esto cita a Frenel, quien define la autoestima en términos de “representaciones genéricas del yo (esquemas)”, considerando la persona como un todo (Frenel, 1997). Según la autora, la baja autoestima sería un esquema nuclear con el cual un individuo llega a conclusiones negativas de sí mismo (“yo soy débil” “soy poco inteligente”). Dicha conclusión, se da a partir de una interacción entre el temperamento y las experiencias negativas tempranas.

Finalmente, Riso⁷⁷ apunta a que suele haber una tendencia a considerar que la variabilidad de la autoestima es más importante que la cantidad (alta o baja). Hayes, Harris y Carver (2004)⁷⁸ mediante investigaciones que han hecho, han podido concluir que *“la variabilidad de la autoestima más que el rasgo de autoestima, incrementa la vulnerabilidad de la depresión ante eventos estresantes, sobre todo en aquellas personas que han tenido historias de depresión”*. Además, Clark, Beck y Alford⁷⁹ afirman, que el mayor riesgo que existe para que los individuos sufran de depresión, es la reactividad de la autoestima producto de la poca capacidad de resiliencia ante eventos negativos.

2.2.3.3 AUTOEFICACIA

Walter Riso⁸⁰ cuando desarrolla el tema de auto eficacia menciona que es uno de los componentes del esquema nuclear y pertenece a otra faceta del pensamiento auto referencial. La auto eficacia entonces, se refiere a la evaluación que hace el individuo de sus capacidades personales. Riso añade, que para Bandura (1977) la auto eficacia es “una evaluación que realiza un individuo respecto a su capacidad para desempeñar una tarea, alcanzar una meta o superar un obstáculo”⁸¹, lo define exactamente como, *“los juicios de cada individuo sobre sus capacidades, con base a los cuales organizara y ejecutara sus actos de modo que le permitan alcanzar el rendimiento deseado. Por tanto, el concepto no hace referencia a los*

⁷⁶ *Ibíd.* Pág. 106

⁷⁷ *Ibíd.* pág. 107

⁷⁸ *Ibíd.*

⁷⁹ *Ibíd.*

⁸⁰ *Ibíd.* Pág. 107

⁸¹ *Ibíd.* Pág. 108

*recursos de que se disponga sino a la opinión que se tenga sobre lo que pueda hacer con ellos*⁸².

En síntesis, la auto eficacia representa la confianza que el individuo tiene de que será capaz de ejecutar exitosamente un comportamiento específico, esto va acompañado de auto verbalizaciones tales como, “soy capaz”. Esto hace que los sujetos ante retos personales se sientan más seguros, sean más persistentes ante los obstáculos, desarrollen menos ansiedad y menos depresión. Por ende, se podría afirmar según Riso⁸³, que la auto eficacia está relacionada con diferentes problemas clínicos como fobias, adicciones, depresión, habilidades sociales, asertividad, estrés, enfermedades médicas, control del dolor y competencias académicas y atléticas.

2.2.4 ASERTIVIDAD

El tema de la asertividad, según Gabriel Jaime Ramírez⁸⁴ tiene un lugar privilegiado en el campo de la psicología, debido a la aplicación que se logra con el entrenamiento asertivo no solo, en el mejoramiento de las diversas problemáticas que presentan los pacientes, como problemas de ansiedad, trastornos del estado de ánimo, relaciones de pareja, familiares y sociales; sino también, en la prevención de comportamientos sociales agresivos, impulsividad, entre otros.

Por lo tanto, la asertividad ha resultado relevante no solo en el campo psicológico, sino también, en otros campos como el de la administración y la negociación, e incluso se considera una herramienta útil en el abordaje de los procesos de rehabilitación institucional con diversas poblaciones, como bien lo ha afirmado Ramírez⁸⁵.

A pesar de estas utilidades, algunos autores reconocen que su “contextualización suele resultar problemática” (Ramírez⁸⁶), ya que generalmente hay una confusión entre asertividad y agresión, vista incluso en algunas conferencias que utilizan expresiones como “hay que ser más asertivos, es decir más agresivos frente a la

⁸² *Ibíd.*

⁸³ *Ibíd.*

⁸⁴ RAMIREZ, Gabriel Jaime. Entrenamiento Asertivo. Especialización en terapia cognitiva. Universidad de San Buenaventura. Facultad de Psicología Sec. Medellín 2006.

⁸⁵ *Ibíd.* Pág. 13

⁸⁶ *Ibíd.* Pág. 14

competencia⁸⁷". En el ámbito de la psicología, también se ha considerado a *"la asertividad como concepto que puede tornarse ambiguo dado que en no pocas ocasiones se asemeja al término habilidades sociales"*⁸⁸.

Ramírez retoma a Walter Riso (1988), para puntualizar que *"no hay acuerdo general entre los autores sobre qué cosa realmente es conducta asertiva, y es común que estas definiciones varíen de acuerdo a la predilección teórica del autor y del énfasis que se coloque en los distintos componentes de la conducta"*⁸⁹, lo problemático radica en que esta divergencia sigue vigente, dado que diariamente aparecen nuevos aportes que pretenden hacer un esbozo de definición que pueda considerarse tan "universal" que posibilite llegar a la unificación de dicho concepto.

Sumado a esto Riso⁹⁰ menciona, que hay tres factores básicos que dificultan una definición exacta de lo que es la asertividad, el primer factor son los paradigmas y contextualizaciones teóricas; el segundo, son las dimensiones o rangos de conducta; y el tercero es la efectividad de la conducta. Por ello, se tendrán en cuenta diferentes definiciones que permitan mayor claridad sobre dicho tema, en tanto se ha intentado hacer una integración conceptual de lo que es realmente la asertividad.

Fensterheim y Baer (1976), han definido al individuo asertivo como *"aquella persona que tiene una personalidad excitativa o activa, que define sus propios derechos y no presenta temores en su comportamiento"*⁹¹, incluso se ha planteado la asertividad, como una conducta que posibilita la disminución de la ansiedad al permitir defender los derechos propios. Estos autores señalan, que la libertad de expresión, la comunicación directa, adecuada, abierta y franca, la facilidad de comunicación con diferentes clases de personas y un comportamiento respetable donde haya una aceptación de las limitaciones, son algunas características básicas que posee la persona asertiva. Wolpe (1977), confirma que la conducta asertiva es *"la expresión adecuada dirigida a otras personas, de cualquier emoción que no sea la respuesta de ansiedad."*⁹²

Por otro lado, Albery y Emmons (1978) dan una definición más completa al decir que es *"la conducta que permite a una persona actuar con base a sus intereses más importantes, defenderse sin ansiedad, expresar cómodamente sentimientos*

⁸⁷ *Ibíd.*

⁸⁸ *Ibíd.* Pág. 14

⁸⁹ *Ibíd.*

⁹⁰ *Ibíd.* Pág.15

⁹¹ FENSTERHEIN, H. Y BAER, J. No diga sí cuando quiere decir no. Barcelona: Grijalbo, 1976. P. 510-511

⁹² WOLPE, J. La Práctica de la terapia de la conducta. México: Trillas, 1977 p. 183-184

honestos o ejercer los derechos personales, sin negar los derechos de los otros."⁹³ Lazarus (1966) por su parte la define como *"el aspecto de la libertad emocional que se relaciona con la capacidad de luchar por los propios derechos."*⁹⁴ Lange y Jakubowaki (1976), igualmente plantean que dicha conducta *"implica defender los derechos y expresar pensamientos y creencias en forma honesta, directa y apropiada, sin violentar los derechos de los demás. La base de la asertividad es la comunicación mutua, dar y recibir respeto"*.⁹⁵

Contrario a esto, la persona no asertiva muestra un déficit en el respeto por sus propias necesidades, y su meta es aplacar, pacificar y evadir conflictos, de ahí que Mac Donald (1978), defina la asertividad como *"la expresión abierta de las sugerencias (por medio de palabras y acciones) de una manera tal que haga que los otros lo tomen en cuenta."*⁹⁶ Rimm y Master (1980) la definen también como *"la conducta interpersonal que implica la honesta y relativamente expresión de sentimientos."*⁹⁷. Incluso, Libet y Lewishon (1973) la definen como *"la capacidad compleja de emitir conductas que son reforzadas positiva o negativamente, y de no emitir conductas que son castigadas."*⁹⁸

Existen otros autores que hacen una lectura de la asertividad desde otra perspectiva, la retoman como la habilidad de expresar los sentimientos, Rich y Schroeder (1976) la definen como *"la habilidad de buscar y mantener o mejorar el reforzamiento en una situación interpersonal a través de la expresión de sentimientos o deseos. Cuando esa expresión se arriesga a la pérdida de reforzamiento o incluye al castigo"*.⁹⁹ Por su parte, Carrobles (1979) la define como *"la habilidad de exponer en un momento determinado (personal o social), de manera apropiada y directa, creencias y sensaciones tanto positivas como negativas."*¹⁰⁰

Alberti y otros (1977) también la definen como *"el conjunto de conductas emitidas por una persona en un contexto interpersonal, que expresan los sentimientos,*

⁹³ ALBERTI, R. E. Y EMMONS, M. L. Your perfect right: A guide to assertive behavior. San Luis Obispo, California: Impact, 1978

⁹⁴ LAZARUS, A. Behavior rehearsal vs. Non-directive therapy vs. Advice in effecting behavior change, Behavior Research and Therapy, 1966. P. 209-212.

⁹⁵ LANGE y JAKUBOWAKI, P.A. Assertive Behavior and clinical problems of womwn. In: R. E. Alberti (ed), Assertiveness: Innovations, Applications, Issues. Sal Luis Obispo, California: Impac, 1976. P 415-417.

⁹⁶ Mc DONALD, L.L. Measuring assertion: A Model and method, behavior Therapy, 1978. P. 889.

⁹⁷ RIMN y MASTERS. Terapia de la conducta. México: Trillas, 1984. P. 506.

⁹⁸ LIBET y LEWISHON. Entrenamiento asertivo. Medellín: rayuela, 1988. P.607.

⁹⁹ RICH, A. R. y SCHROEDER, H.E. Research issues in assertiveness training. Psychological Bulletin, 1976. P. 1082

¹⁰⁰ CARROBLES COSTA DEL SUR, B. La práctica en la terapia de la conducta: teoría y métodos de aplicación para la práctica clínica. Madrid: Pablo Del Río, 1979. P. 508

actitudes, deseos, opiniones y derechos de esa persona de un modo directo, firme y honesto, respetando al mismo tiempo los sentimientos y actitudes, deseos, opiniones y derechos de otras personas".¹⁰¹ Otros autores como Walter Riso (1988) dan una definición que incluye aspectos relacionados con el procesamiento de información al decir "es aquella conducta que permite a la persona expresar adecuadamente (sin medir distorsiones cognitivas o ansiedad y combinando los componentes verbales y no verbales de la manera más efectiva posible) oposición (decir no, expresar desacuerdos, hacer y recibir críticas, defender derechos y expresar en general sentimientos negativos) y afecto (dar y recibir elogios, expresar sentimientos positivos en general) de acuerdo a sus intereses y objetivos, respetando el derecho de los otros e intentando alcanzar la meta propuesta."¹⁰²

Las diferentes definiciones de la conducta asertiva citadas anteriormente no se ven afectadas directamente por la clase de respuesta, esta conducta se mantiene independiente de la réplica u objeción que se reciba de la otra persona con quien se está siendo asertivo. En este punto, la mayoría de los autores están de acuerdo al considerar que el concepto de asertividad es multidimensional y puede incluir un rango alto de respuestas.

Hay que tener en cuenta, que la asertividad no es un "rasgo" de la persona, el individuo no se considera asertivo o "no asertivo", sino que un individuo se comporta asertivamente o no, en una variedad de situaciones. De este modo, la conducta asertiva tiene algunos componentes que al combinarse van a optimizar la efectividad de dicha conducta, estos son:

El contenido verbal, que abarca aspectos como duración de la conversación, contacto visual, sonrisas, movimientos de brazos y piernas, expresión facial y corporal, gestos y entonación. La importancia de estos elementos, se ha visto comprobada por algunas investigaciones referentes a la evaluación de habilidades sociales, las cuales muestran que se le da un mayor valor a los aspectos verbales (Roman y Bellack, 1980; Conger y Mc Fall, 1981; Trown, 1980).¹⁰³

¹⁰¹ ALBERTI Y Otros. A statement of "principles for ethical practice of assertive behavior training". In: R.E. Alerti (ed.), assertiveness: Innovations. Applications, Issues. San Luis Obispo, California. Impact, 1977. P. 683

¹⁰² RISO, Walter. Entrenamiento Asertivo. Aspectos conceptuales, evaluativos y de intervención. Medellín: Rayuela, 1988, p. 45

¹⁰³ BWLLACK, A.S. y Otros. Behavioral assessment of social skills. Research and practice training. New York: Plenum Press, 1980 p. 407

La conducta motora verbal y no verbal, las cuales permiten analizar la expresión del sujeto en dos subgrupos de componentes. Desde la conducta motora verbal, se puede analizar el contenido en sí, o sea, lo que el sujeto dice, piensa y siente (aspectos lingüísticos), dicho contenido define el tipo de respuesta expresando oposición, afecto o requerimiento. En segundo lugar, se puede analizar la entonación y el volumen de voz (componentes paralingüísticos). Y desde la conducta motora no verbal, se puede examinar indicadores como el contacto visual, la expresión facial y la expresión corporal.

Teniendo en cuenta lo anterior, el individuo que actúa asertivamente tiene características que lo distinguen, suele defenderse bien en sus relaciones interpersonales, está satisfecho con su vida social, tiene confianza en sí mismo para cambiar cuando necesite hacerlo, es expresivo, espontáneo, seguro y capaz de influir en los otros. Fundamentalmente ser asertivo, es darse cuenta sobre sí mismo, y del contexto que lo rodea; es tener la capacidad de mirar dentro para saber lo que se quiere antes de mirar alrededor, para ver lo que los demás quieren y esperan de una situación dada.

La conducta asertiva o socialmente hábil, engloba la expresión directa de los propios sentimientos, deseos, derechos legítimos y opiniones sin amenazar o castigar a los demás y sin violar los derechos de otras personas. La aserción implica también, respeto hacia uno mismo al expresar necesidades y defender los propios derechos y respeto hacia los derechos y necesidades de las otras personas. El individuo tiene que reconocer también, cuáles son sus responsabilidades en esa situación y qué consecuencias resultan de la expresión de sus sentimientos.

Contrario a esto, existen otras conductas que están polarizadas, en un extremo encontramos la conducta pasiva¹⁰⁴, que consiste en transgredir los derechos propios al no ser capaz de expresar abiertamente sentimientos, pensamientos y opiniones o al expresarlos de una manera auto derrotista, con disculpas, con falta de confianza, de tal modo que los demás puedan no hacer caso omiso a lo que se está pidiendo. En este punto cabe aclarar, que hay un límite respecto a la cantidad de frustración que un individuo puede almacenar dentro de sí mismo, y que el que recibe la conducta no asertiva también puede experimentar una variedad de consecuencias desfavorables, ya que tener que inferir constantemente lo que está realmente diciendo la otra persona o tener que leer sus pensamientos es una tarea difícil y abrumadora que puede dar lugar a sentimientos de frustración, molestia o incluso ira hacia la persona que se está comportando de forma no asertiva.

¹⁰⁴ RISO. Op.cit., Pág. 49

En el otro extremo encontramos la conducta agresiva¹⁰⁵, donde hay una defensa de los derechos personales y expresión de los pensamientos, sentimientos y opiniones pero, de una manera inapropiada e impositiva y que transgrede los derechos de las otras personas. La conducta agresiva en una situación, puede expresarse de manera directa o indirecta; la agresión verbal directa incluye ofensas verbales, insultos, amenazas y comentarios sarcásticos, hostiles o humillantes, rencorosos y murmuraciones maliciosas; la no verbal puede incluir gestos hostiles o amenazantes, como esgrimir el puño o las miradas intensas e incluso los ataques físicos, esta categoría abarca los gestos físicos realizados mientras la atención de la otra persona se dirige hacia otro lugar o actos físicos dirigidos hacia otras personas u objetos, las víctimas de las personas agresivas acaban sintiendo resentimiento y rechazo.

Hay que tener en cuenta, que el objetivo habitual de la agresión es la dominación de las otras personas, donde la victoria se asegura por medio de la humillación y la degradación, tratando en último término de que los demás se hagan más débiles y menos capaces de expresar y defender sus derechos y necesidades. La conducta agresiva, refleja a menudo una conducta ambiciosa que intenta conseguir los objetivos a cualquier precio, incluso si eso supone transgredir las normas éticas y vulnerar los derechos de los demás. Este tipo de conducta, trae consecuencias parciales favorables, como una expresión emocional satisfactoria, un sentimiento de poder y la consecución de los objetivos deseados. No obstante, pueden surgir sentimientos de culpa, una enérgica contra agresión directa en forma de un ataque verbal o físico por parte de los demás o una contra agresión indirecta bajo la forma de una réplica sarcástica o de una mirada desafiante, las consecuencias a largo plazo de este tipo de conductas son siempre negativas.

Riso (2002), señala que la conducta asertiva en oposición a las dos conductas antes mencionada, es una manera de discrepar desde una perspectiva razonable y razonada, defendiéndonos inteligentemente de las agresiones mismas del entorno. Sería pues según este autor una *“virtud que está justo en el punto medio como todas las virtudes de la existencia humana.”*¹⁰⁶

En concordancia con lo anterior, Caballo (1986, 1993) da una definición que abarca dimensiones particulares que incluso ya habían sido propuestas antes, pero que permanecían aisladas entre los diversos autores. De acuerdo con esto, Caballo afirma *“la conducta asertiva es un conjunto de comportamientos emitidos por un individuo por un contexto interpersonal que expresa los sentimientos, actitudes, deseos, opiniones o derechos de ese individuo de un modo adecuado a*

¹⁰⁵ *ibíd.* 51

¹⁰⁶ *Ibíd.* 21

*la situación, respetando esas conductas en los demás, y que generalmente resuelve los problemas inmediatos de la situación, mientras minimiza la probabilidad de futuros problemas*¹⁰⁷.

En síntesis y retomando a Ramírez¹⁰⁸, esta habilidad implica no solo respeto hacia uno mismo, al tener la capacidad de expresar necesidades y defender los derechos propios; sin amenazar, castigar, ni violar los derechos de los otros; sino también respeto hacia los derechos y necesidades de los demás. La asertividad respeta la puesta de límites sanos y claros, límites que están acorde con la integridad y el respeto al ser humano, que no comprometen la autoestima de la persona, y que permite establecer un balance entre el dejar hacer y el no permitir que se haga nada.

Ahora bien, teniendo en cuenta que la asertividad según lo esbozado hasta acá está relacionada con las habilidades sociales en tanto ambas, pertenecen al ámbito de la interacción social, resulta pertinente definir y diferenciar ambos conceptos. Las habilidades sociales entonces, van a implicar una amplia gama de comportamientos interpersonales que se adecuen a lo esperado por el medio; en cambio el concepto de asertividad, va mas dirigido *“aquellos comportamientos interpersonales cuya ejecución implica un cierto riesgo social”* (Abarca e Hidalgo, 1992, pág. 25).¹⁰⁹

Ramírez¹¹⁰ propone, que los individuos con déficit en habilidades sociales presentan consecuencias negativas que van a entorpecer la interrelación con otras personas y consigo mismas, ya que realizan autoevaluaciones pobres y distorsionadas; además, están más propensos a percibir selectivamente los aspectos negativos de una situación ya que presentan una consideración fragmentada de la realidad, dejando por fuera el contexto en el que se desenvuelve la conducta. Todo esto llevaría, a que el sujeto realizara atribuciones internas, globales y estables de fracaso, llevándolo a un sufrimiento continuo, lo cual pudiera desencadenar estados depresivos, sentimientos de culpa y una baja autoestima. Ramírez anota incluso, que esto puede llevar a la inhibición social, al aislamiento, la ansiedad, a dificultades en las relaciones familiares, de pareja, sociales y laborales y aun mayor consumo de drogas y alcohol.

¹⁰⁷ *Ibíd.* pag 18

¹⁰⁸ *Ibíd.* pág. 31

¹⁰⁹ *Ibíd.* pág.23

¹¹⁰ *Ibíd.* pág. 28

Por el contrario, se habla de personas competentes socialmente, cuando tienen la capacidad de reflexionar para definir correctamente sus problemas, postular varias alternativas a una situación conflictiva y detenerse a pensar en las consecuencias de cada una de ellas, para luego escoger la que más ventajas y menos inconvenientes tenga, identificando correctamente el objetivo de sus acciones y planificando los medios necesarios para llevar a cabo la solución escogida, siendo capaces de anticipar posibles obstáculos que puedan aparecer en esta realización¹¹¹.

En consecuencia, el ser competente socialmente como se ha mencionado anteriormente, implica ser asertivo, es decir, saber defender los derechos propios sin maltratar los de los demás. Esto conlleva a su vez, ser empático, poder ponerse en el lugar de los demás y comprender los distintos puntos de vista, así como poseer y articular en el momento preciso las distintas habilidades que requiera la situación. Algunos autores, refieren en cuanto al objetivo de la comunicación asertiva que *“lo que queremos son personas que digan lo que piensan, sin perder el respeto a los que piensan de otra manera; personas que no se hagan fuertes con los débiles y débiles con los fuertes, sino que mantengan siempre una fortaleza serena ante la incoherencia, la inmadurez y el egoísmo de otros”*¹¹².

En síntesis Ramírez Tobon¹¹³, llega a la conclusión de que no hay una manera única de ser asertivo, sino más bien, que existe un conglomerado de distintas estrategias que se pueden utilizar en diversas situaciones, cuya base es el respeto a sí mismo y a las demás personas. De forma simplista el autor antes mencionado la define como *“una posición ética frente a la propia existencia”*¹¹⁴

Así mismo, Ramírez afirma que la asertividad implica dos vías paralelas, un aprendizaje de la comunicación con uno mismo, un conocimiento claro de las propias condiciones sean positivas o negativas y la adquisición de seguridad suficiente para mejorar el concepto que tenemos de nosotros mismos, el cual es básico para trazar límites en la interacción con el mundo.

¹¹¹ DE LA PEÑA, V. HERNANDEZ, E. RODRIGUEZ, F. J. Comportamiento Asertivo y Adaptación Social: adaptación de una escala de Comportamiento Asertivo (CABS) para escolares de enseñanza primaria (6-12 años). Facultad de psicología, Universidad de Oviedo.

Tomado de:

[http://www.deciencias.net/convivir/1.documentacion/D.habilidades/25.Escala_comp_asertivo\(CABS\).pdf](http://www.deciencias.net/convivir/1.documentacion/D.habilidades/25.Escala_comp_asertivo(CABS).pdf). Fecha de consulta 15 de noviembre de 2009.

¹¹² *Ibíd.*, pág. 2

¹¹³ RAMÍREZ, Op.cit., Pág. 21

¹¹⁴ *Ibíd.*

Como cualquier otra habilidad humana¹¹⁵, la asertividad es susceptible de aprenderse, entrenarse y mejorarse. Esto se consigue mediante las técnicas denominadas, entrenamiento asertivo o entrenamiento de habilidades sociales. Las habilidades sociales y más concretamente la asertividad, son destrezas básicas para nuestro desenvolvimiento en la vida diaria, en tanto que las personas tenemos intereses y formas de ver el mundo distintos, por lo cual el conflicto interpersonal está a la orden del día. Cuando estas habilidades no están lo suficientemente desarrolladas o se emplean de forma equivocada surge la frustración, la insatisfacción y el conflicto con las otras personas.

2.2.5 ASERTIVIDAD Y DEPRESION

Son varias las investigaciones que se han dedicado a estudiar la relación existente entre asertividad y psicopatología, la mayoría de los cuales se han centrado en depresión y ansiedad. Respecto a las alteraciones del estado de ánimo, en la mayor parte de los estudios se constata que las personas deprimidas son menos asertivas (Libet y Lewinsohn, 1973; Hayman y Cope, 1980; Hersen et al., 1995)¹¹⁶, especialmente a la hora de expresar su desacuerdo y pedir cambios en el comportamiento de los demás (Chan, 1993). Además, se ha visto que la relación entre las dos variables podría estar mediatizada por el apoyo social y el nivel de autoestima del sujeto (Walker, 1998)¹¹⁷.

En cuanto a la ansiedad,¹¹⁸ son varios los trabajos que han encontrado que las personas con altos niveles de ansiedad son menos asertivas (Anderson, 1997; Granger et al., 1995). Durante años anteriores, se han utilizado dos modelos para explicar la relación entre ansiedad y el déficit en asertividad. El primero de ellos fue propuesto por Wolpe en 1969, basado en la inhibición de respuesta, que se explicaría por el hecho de que la elevada ansiedad actuaría como un mecanismo inhibitorio impidiendo la ejecución por parte del sujeto de respuestas asertivas, lo cual daría lugar a un creciente déficit en este tipo de comportamientos; según este modelo, ansiedad y asertividad serían dos respuestas incompatibles.

El otro modelo, se basa en la hipótesis de que los sujetos con una elevada ansiedad social no podrían ejecutar respuestas asertivas porque carecerían de

¹¹⁵ *Ibíd.* pág. 26

¹¹⁶ PALAU, N. BALLESTER M. MORALES, M. RIESCO, N. Relación entre variables psicopatológicas y eficacia de un entrenamiento en asertividad. Cuadernos de Medicina Psicosomática y Psiquiatría de Enlace. Barcelona. 2005/2006. Artículo tomado de <http://www.editorialmedica.com/archivos/cuadernos/Cuad-76-77-Trabajo6.pdf>. Fecha de consulta 15 de noviembre de 2009.

¹¹⁷ *Ibíd.* Pág. 66

¹¹⁸ *Ibíd.*

este tipo de comportamientos dentro de su repertorio conductual; en este caso, los sujetos ansiosos deberían aprender previamente las conductas asertivas para poder luego ejecutarlas de manera adecuada.

Estos investigadores Españoles¹¹⁹ afirman que *“ambos modelos se han ido abandonando porque presentarían ciertas limitaciones al reducir los déficit de asertividad de los sujetos ansiosos a un solo factor y dejar de lado otros, como los cognitivos cuya importancia en el inicio y mantenimiento de los déficit de asertividad en sujetos ansiosos ha sido claramente demostrado por varias investigaciones (Halford y Foddy, 1982; Beidel, Turner y Dancu, 1985).*

La mayoría de los trabajos de investigación¹²⁰ que han estudiado la relación entre ansiedad y déficit de asertividad, han encontrado que hay un alto número de personas con una elevada ansiedad social”. Daly por su parte, (1978)¹²¹ encontró que este tipo de personas presentaban diferencias respecto a las menos ansiosas socialmente en la ejecución de conductas asertivas, dichas diferencias se reflejaban más que todo en el habla y el contacto visual. A su vez, estudios¹²² realizados paralelamente han demostrado que cuando los pacientes con fobia social mejoran en sus comportamientos asertivos, se disminuye progresivamente el grado de ansiedad sobre todo en aquellas situaciones sociales que en su momento eran temidas o evitadas (Salaberria y Echeburúa, 1995).

Por otro lado, existen diversas investigaciones¹²³ que coinciden en afirmar que resulta benéfico trabajar en el entrenamiento asertivo, ya que éste puede ser eficaz para mejorar el grado de asertividad de los sujetos (Rathus, 1972; Brown y Carmichael, 1992; Al-Kubairy y Jassim, 1994); así como para disminuir la sintomatología ansiosa y depresiva (Sánchez, Lewinsohn y Larso, 1980). Sin embargo, hay cierta controversia, como lo afirman Palau, N. Ballester M. Morales, M. Riesco en su tesis¹²⁴, respecto a la disminución de la sintomatología ansiosa y depresiva, ya que son varios los trabajos donde no se ha encontrado una evidencia clara de que este tipo de entrenamiento disminuya la sintomatología depresiva (Hayman y Cope, 1980; Robles et al., 2002). Pero si puede haber acuerdo, en cuanto a la incidencia de este tipo de entrenamiento sobre la sintomatología ansiosa. En relación a este punto, estudios como el de Wehr y Kauffman (1987) encontraron que la aplicación del entrenamiento asertivo produce

¹¹⁹ *Ibíd.* Pág. 67

¹²⁰ *ibíd.*

¹²¹ *Ibíd.*

¹²² *Ibíd.*

¹²³ *Ibíd.*

¹²⁴ *Ibíd.*

una disminución significativa en el grado de ansiedad de los sujetos altamente ansiosos¹²⁵.

Los autores de dicha tesis, reconocen incluso que son pocos los estudios que se han dedicado a investigar si las variables psicopatológicas están relacionadas de algún modo con el grado de mejoría en la asertividad después de dicho entrenamiento asertivo. Los pocos trabajos¹²⁶ sobre el tema aportan resultados que no dejan respuestas claras y satisfactorias, ya que mientras algunos como el de Aschen (1997) quien demostró que el entrenamiento en asertividad es eficaz independientemente del diagnóstico del sujeto; otros como el de Martín, Riesco, Tresserra y Valdés (1991) encontraron que ciertos tipos de trastornos de personalidad no se benefician de la misma manera con este tipo de entrenamiento asertivo.

Por otro lado, es pertinente tener en cuenta otros modelos explicativos bajo los cuales se pueda analizar la depresión, uno de ellos es el modelo multifactorial propuesto por Lewinsohn (1985)¹²⁷, el cual postula que la depresión no solo está relacionada con la ansiedad sino que, puede darse dentro del contexto persona-ambiente, lo que implicaría una interacción continua y recíproca entre las variables de la persona y del ambiente. Este modelo, supone la existencia de *vulnerabilidades* (características de la persona que aumenta la probabilidad de llegar a deprimirse, como las cogniciones depresotípicas, vivir en ambientes estresantes y conflictivos) e *inmunidades* (características de las personas como el afrontamiento eficaz, las habilidades sociales, la asertividad, la implicación en actividades agradables, la autoestima elevada) factores que reducen la posibilidad de llegar a deprimirse.

Coyne citado por Vicente Caballo¹²⁸, apoya lo anterior al decir que la depresión es una respuesta a las perturbaciones del contexto social del individuo, de esta forma sugirió, que la depresión se mantiene por medio de las respuestas negativas de otras personas significativas a la conducta sintomática del sujeto deprimido. Afirmando además, que los individuos deprimidos crean un entorno social negativo haciendo que los demás se impliquen de tal manera que se pierda el apoyo o, al menos, este sea ambiguo, provocando no solo relaciones de apoyo sino de hostilidad.

¹²⁵ *Ibíd.* Pág. 68

¹²⁶ *Ibíd.*

¹²⁷ CABALLO, Op.cit., Pág., 497.

¹²⁸ *Ibíd.*, pág.495

En este sentido, Vicente caballo¹²⁹ muestra además, que los clínicos y los investigadores de orientación conductual, han evaluado aspectos del ambiente y de la interacción persona – ambiente, que pueden relacionarse con el inicio o mantenimiento de la depresión, para esto han incluido una exploración de factores tales como las habilidades sociales del individuo deprimido, la conducta de los demás con los que el paciente deprimido interactúa y las actividades y reforzadores disponibles para la persona deprimida. En este punto, Caballo cita a Becker y Heimberg (1985), quienes al estar de acuerdo con lo anterior, proponen que en la entrevista clínica se deben aplicar pruebas de representación de papeles estandarizadas, como el test conductual de asertividad (*Behavioral assertiveness test, BAT; Eisler et al., 1975*), que pueden servir para incrementar las situaciones propuestas por el paciente.

A partir de esto, la mayoría de los enfoques conductuales implican un entrenamiento diseñado para remediar distintos déficit de habilidades y de la actuación de los pacientes deprimidos, como lo es el entrenamiento en habilidades sociales y el entrenamiento en asertividad.

Teniendo en cuenta lo anterior y los hallazgos consistentes acerca de las escasas habilidades sociales de las personas deprimidas (Gotlib, 1982; Libet y Lewinsohn 1973; Youngren y Lewinsohn 1980), Vicente Caballo¹³⁰ trae como referente a Bellack y sus colaboradores quienes han demostrado la eficacia de la terapia en habilidades sociales en el tratamiento de la depresión, afirmando incluso, que el entrenamiento en habilidades sociales para los pacientes depresivos es más eficaz que la medicación psicotrópica y que la psicoterapia de orientación introspectiva, los beneficios obtenidos por los pacientes que eran entrenados en habilidades sociales se mantenían aun por seis meses.

En concordancia con lo anterior, Caballo cita a McLean (1976-1981)¹³¹, quien al considerar que la depresión es el resultado de la pérdida de control percibida por parte de los individuos sobre su ambiente interpersonal, se centra en un enfoque similar para el tratamiento de la depresión, que tiene como eje el entrenamiento de las habilidades sociales, modelando la comunicación, la interacción social, la asertividad, la toma de decisiones y el autocontrol cognitivo. McLean y Hakstian (1979) evaluaron la eficacia de este tratamiento conductual con 178 pacientes ambulatorios con depresión unipolar, asignados al azar a cuatro tipos de tratamiento: terapia de conducta, psicoterapia “tradicional” de orientación introspectiva, entrenamiento en relajación y amitriptilina.

¹²⁹ *Ibíd.*, pág.499.

¹³⁰ *Ibíd.* Pág. 513

¹³¹ *Ibid.*

En un seguimiento de dos años, los datos que presentan McLean y Hakstian (1990), indican que la terapia de conducta fue superior a los otros tratamientos y el patrón de resultados se mantuvo estable. A lo largo de un periodo de 27 meses de seguimiento, se encontró que los pacientes con terapia de conducta habían mejorado significativamente su estado de ánimo, eran más activos socialmente y más productivos personalmente que los pacientes de las otras condiciones de tratamiento.

2.3 MARCO CONCEPTUAL

Alopsíquica: Conocimiento de las cosas que nos rodean, de las acciones, los hechos.

Amitriptilina: es un medicamento antidepresivo de la clase de tricíclicos, cristalino de color blanco, inodoro, con cierto sabor a regaliz, soluble en agua y usualmente presentado en forma de tabletas.

Anormalidad: es una característica definida en forma subjetiva, se asigna a aquellas personas que poseen condiciones raras o disfuncionales. Definir si una persona es normal o anormal es un tema difícil en el campo de la psicología de la anomalía.

Asertividad: es aquel estilo de comunicación abierto a las opiniones ajenas, dándoles la misma importancia que a las propias, planteando con seguridad y confianza lo que se quiere, aceptando que la postura de los demás no tiene que coincidir con la propia.

Autocontrol: indica el dominio que una persona puede tener de sus reacciones, sentimientos e impulsos a través de una determinación voluntaria para poder hacerlos surgir o crecer, mantener o someter según su libre decisión.

Comorbilidad: es un término médico, y que se refiere a dos conceptos o patologías. La presencia de uno o más trastornos además de la enfermedad o trastorno primario.

Comportamiento: es la manera de proceder que tienen las personas u organismos, en relación con su entorno o mundo de estímulos.

Conceptualización: La conceptualización es una perspectiva abstracta y simplificada del conocimiento que tenemos del "mundo", y que por cualquier razón queremos representar.

Conducta: Manera que tiene de reaccionar un organismo cuando ocurre alguna alteración en su medio ambiente que le afecta, o dentro de su organismo.

Disforia: se caracteriza generalmente como una emoción desagradable o molesta, como la tristeza, ansiedad, irritabilidad o inquietud

Distorsión: la diferencia entre señal que entra a un equipo o sistema y la señal de salida del mismo. Por tanto, puede definirse como la "deformación" que sufre una señal tras su paso por un sistema.

Estrés: es una reacción fisiológica del organismo en el que entran en juego diversos mecanismos de defensa para afrontar una situación que se percibe como amenazante o de demanda incrementada.

Estructuras: sistema de conceptos coherentes enlazados, cuyo objetivo es precisar la esencia del objeto de estudio.

Malestar: sensación de molestia, enfermedad o falta de bienestar que puede ser originado por algún tipo de enfermedad o problemas de índole personal tanto en lo privado como en lo laboral.

Motivación: son los estímulos que mueven a la persona a realizar determinadas acciones y persistir en ellas para su culminación. Este término está relacionado con voluntad e interés.

Paradigmas: es un modelo o patrón en cualquier disciplina científica u otro contexto epistemológico.

Patología: se encarga del estudio de las enfermedades en su más amplia aceptación como procesos anormales de causas conocidas o desconocidas.

Percepción: es un proceso nervioso superior que permite al organismo, a través de los sentidos, recibir, elaborar e interpretar la información proveniente de su entorno.

Personalidad: es un constructo psicológico, con el que nos referimos a un conjunto dinámico de características de una persona. También es conocida, como un conjunto de características físicas, sociales y genéticas que determinan a un individuo y lo hacen único.

Procesos: es un conjunto de actividades o eventos que se realizan o suceden con un fin determinado. Este término tiene significados diferentes según la rama de la ciencia o la técnica en que se utilice.

Psiquiatría: es la especialidad médica dedicada al estudio de la mente con el objetivo de prevenir, evaluar, diagnosticar, tratar y rehabilitar a las personas con trastornos mentales y desviaciones de lo óptimo.

Resiliencia: se refiere a la capacidad de los sujetos para sobreponerse a períodos de dolor emocional. Cuando un sujeto o grupo animal es capaz de hacerlo, se dice que tiene resiliencia adecuada, y puede sobreponerse a contratiempos o incluso resultar fortalecido por los mismos.

Retroalimentación: es un mecanismo muy importante que aumenta el valor de algunas reglas de actuación y disminuye el valor de otras.

Sentimiento: es el resultado de una emoción, a través del cual, el consciente tiene acceso al estado anímico propio.

Síntomas: Indicación de que una persona tiene una afección o una enfermedad. Algunos ejemplos de síntomas son el dolor de cabeza, la fiebre, la fatiga, las náuseas, los vómitos y el dolor.

Suicidio: es el acto de quitarse la propia vida.

Terapia cognitiva: es una terapia psicológica basada en los fundamentos de la psicología cognitiva. Para la psicología cognitiva, los problemas mentales y emocionales tienen origen en procesos psicológicos no observables exteriormente, denominados por la Terapia de Conducta.

Vulnerabilidad: es una medida de cuán susceptible es un bien expuesto a ser afectado por un fenómeno perturbador.

2.4 MARCO LEGAL

El estado Colombiano en la actualidad, cuenta con la Política Nacional de Salud Mental, acogida mediante resolución No 02358/98, que define la salud mental como: *“La capacidad que tienen las personas y los grupos de estas para interactuar entre sí y con el medio en el cual viven. Agrega que es un modo de promover el bienestar subjetivo, el desarrollo y uso óptimo de las potencialidades psicológicas de carácter cognitivo, afectivas y relacionales, dirigidas al cumplimiento de metas individuales y colectivas, en concordancia con la justicia y el bien común”*.

En esta resolución, se integran los factores condicionantes de carácter biológico, ambiental, comportamental, social, político, económico, cultural y el nivel de salud, medido por la estructura de morbilidad, mortalidad y discapacidad específica por grupo etario y género ajustado a criterios de priorización como la magnitud, vulnerabilidad y trascendencia de los diferentes fenómenos que determinan el estado de salud de la población. Sin embargo, por las limitaciones de diferente índole que han afectado su real implementación, esta política se encuentra en fase de reformulación.

En general, el instrumento jurídico más importante que regula la intervención en la salud mental es la Constitución Política de Colombia en sus diferentes artículos relacionados con la salud de la población, particularmente el Artículo 13, donde se señala que el estado protegerá especialmente a aquellas personas que por su condición mental, o, física se encuentren en circunstancias de debilidad manifiesta.

De igual forma, en el Artículo 47 se dispone que el Estado adelantara políticas de prevención, rehabilitación e integración social para los disminuidos psíquicos, a quienes brindara la atención especializada que requieran. En el inciso final del Artículo 68, se establece la necesidad de erradicar el analfabetismo garantizando el acceso a la educación adecuada de las personas con limitaciones mentales.

Para el caso que nos ocupa en este trabajo de grado, en consonancia con lo anterior y en conformidad con lo dispuesto por la Ordenanza 17 del 2 de diciembre de 1994, La Empresa Social del Estado Hospital Mental de Antioquia, es una entidad con categoría especial de entidad pública descentralizada del orden departamental, dotada de personería jurídica, patrimonio propio y autonomía

administrativa, sometida al régimen jurídico previsto en el capítulo VII, Título II, Libro Primero del Decreto Ley 1298 del 22 de junio de 1994.

La cual tiene como objeto, la prestación de servicios de salud mental, entendida como un servicio público a cargo del Estado y como parte integrante del Sistema de Seguridad Social en Salud. En consecuencia, prestan los servicios correspondientes al plan obligatorio de salud, prevención de las enfermedades y educación de la comunidad. Igualmente, actúan como centro de investigación, adiestramiento y formación del personal requerido por el sector salud, para lo cual coordinan acciones con otras entidades públicas y privadas.

2.5 MARCO GEOGRAFICO

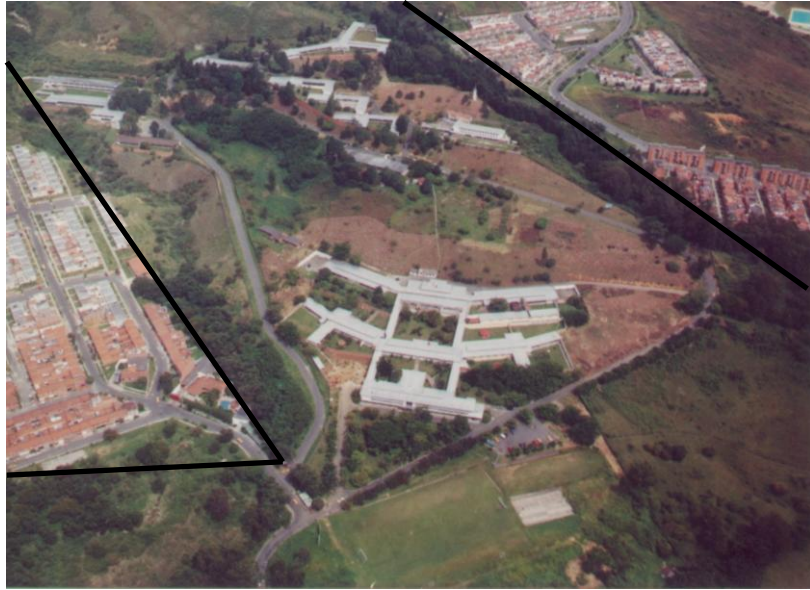


Foto 1 Hospital Mental de Antioquia

Sede Principal

Calle 38 No. 55 – 310 Bello–Antioquia
PBX 4527474

Sede Ambulatoria Medellín

C. Comercial Almacentro Local 246
PBX 2326500

WEB: www.homo.gov.co

E-MAIL: esehomo@epm.net.co

Línea de Atención

018000 417 474

2.6 MARCO HISTORICO

2.6.1 Empresa Social del Estado Hospital Mental de Antioquia (1878 – 2010)

El 13 de abril de 1878 mediante acuerdo de la misma fecha, la Corporación Municipal de Medellín dispuso la creación de un "Hospital para locos" que comenzó a funcionar en diferentes casas alquiladas del municipio de Medellín.

El 27 de Julio de 1888 mediante ordenanza No. 24 de la misma fecha, se denominó "Manicomio Departamental" y se dispuso la construcción de un edificio en el alto de Bermejil el cual logró albergar 1.236 "asilados".

En cuanto al manejo de los pacientes psiquiátricos se distingue cuatro períodos:

- 1920 a 1937. Utilización de tratamientos de aislamiento en jaulas, grillos, esposas, sacos de fuerza. Arsénico, bismuto, mercurio. Malarioterapia. Piretoterapia, Hipnóticos y sedantes.
- 1938 a 1949. Iguales métodos que el primer período pero con la introducción a la terapia convulsivante por cardiazol intravenosa en 1938 y electro choques en 1944.
- 1950 a 1955. Época de transformación donde se intensificaron y perfeccionaron los tratamientos anteriores y se iniciaron los nuevos métodos de insulinoterapia, narcosis prolongada, laborterapia, meloterapia, neumoterapia, psicoterapia, psicocirugía, se intensifica la organización en materia estadística y trabajo social y se introducen nuevos medios de diagnóstico, electroencefalografía, radiología y psicodiagnóstico de Rorschach.
- 1955 en adelante. Se inicio con el trato humano al paciente y el mejoramiento continuo por el conocimiento y capacitación del personal, adecuación de la infraestructura y tecnología, incorporación de equipos terapéuticos y profesionales del área social, los cuales permitieron que la Institución cumpla su función real como lo es la hospitalización, dejando de lado la idea de que es simplemente una Institución asilar donde el paciente permanece durante meses o años si es del caso, mirando al paciente como un todo, el cual tiene derechos y deberes y por lo tanto puede y debe convivir con su familia y disfrutar de su sociedad que lo rodea

En 1958 el "Hospital Mental de Antioquia", se trasladó para el Municipio de Bello generando una modernización de la atención.

El Hospital Mental de Antioquia fue denominado establecimiento público del orden Departamental con autonomía administrativa, patrimonio propio y presupuesto descentralizado mediante la ordenanza 12 de diciembre de 1970. En el año de 1994 se transformó en Empresa Social del Estado, mediante la ordenanza número 17 del 02 de diciembre de 1994.

En el año 2005, obtuvo la certificación de calidad bajo la norma ISO 9001 versión 2000 después de la evaluación y aprobación con respecto a la norma internacional por la empresa certificadora Icontec.

En mayo de 2006 abrió una nueva sede de atención ambulatoria en Medellín ubicada en el Centro Comercial Almacentro local 246 para la prestación de servicios de consulta externa en psiquiatría general, psiquiatría infantil, neurología, psicología, neuropsicología y terapia grupal para pacientes con trastornos psiquiátricos, terapia de apoyo para pacientes y sus familias y programas de prevención de la enfermedad y promoción de la salud mental para grupos, empresas e instituciones. Así mismo, esta nueva sede presta servicio farmacéutico especializado en psiquiatría con venta al público en general.

En diciembre del año 2007 la E.S.E. Hospital Mental de Antioquia certifica sus procesos del sistema integrado de gestión en la norma técnica colombiana de gestión pública 1000, convirtiéndose en el primer Hospital público certificado en dicha norma.

3 ASPECTOS TECNICOS

3.1 DESARROLLO DE LA METODOLOGÍA

3.1.1 *Conceptualización Cognitiva del Caso Clínico.*

Identificación

Datos Generales

Nombre: xxxxxxxxxxxxxxxxxxxx¹³²
Edad: 24 años.
Estado Civil: Casada, tres hijos
Escolaridad: 4º primaria
Vive con: Esposo, tres hijos

Tratamientos Anteriores:

Tratamiento por Psiquiatría y Psicología por intentos de suicidio previos. A nivel orgánico ha estado en tratamiento para la migraña.

Datos Médicos:

Episodios de migraña severa, no evidencia reacciones alérgicas ni intervenciones quirúrgicas. No reporta consumo de alcohol u otras sustancias psicoactivas.

Motivo de Consulta

Ingresa al servicio de urgencias del Hospital Mental de Antioquia, el 6 de noviembre de 2009, remitida del Hospital de San Andrés de Cuerquia, ama de casa, quien es acompañada por su cónyuge, tras realizar intento suicida por envenenamiento. “traté de suicidarme”

¹³² Es importante mencionar que el sujeto objeto de estudio de esta investigación es de sexo femenino, la identidad se mantendrá en estricta reserva, teniendo en cuenta el marco constitucional Colombiano que establece que todos los colombianos tenemos derecho a una intimidad y buen nombre, de igual forma, la ley 1090 que regula la profesión y el quehacer del psicólogo, establece el principio de confidencialidad, el cual es “inviolable”.

En la evaluación del estado actual durante la primera consulta, la paciente presenta sintomatología de 2 meses de evolución sin un desencadenante claro, consistente en ideas de muerte, irritabilidad, tristeza; “yo siempre me he sentido triste por ver tomar a mi esposo, me da tristeza y mal genio y no sé por qué”. La paciente relata que hace un mes tomó veneno “Guayaquil granulado”... “y no me funcionó, por eso compré algo más fuerte, Guayaquil liquido”.

Desde año inmediatamente anterior al tratamiento para la migraña, viene comiendo muy poco. Al comienzo perdió 12 Kilos, pero ahora los ha recuperado y no logra perderlos de nuevo (65 Kilos). Le pide a la familia que no la dejen sola porque tiene “malos pensamientos”. Lleva así un mes, aunque la tristeza la tiene desde el año pasado a raíz de los conflictos en la relación con el esposo. La tristeza actual la relaciona con el consumo de alcohol de la pareja. Reporta ideas de minusvalía e inferioridad, ánimo depresivo de forma recurrente sin síntomas psicóticos ni trastornos senso- perceptivos.

Impresión Clínica

Paciente con ideas de muerte recurrentes, con pensamientos y planes estructurados, anhedonia, irritabilidad, aislamiento social, tres intentos de suicidio.

Diagnóstico Multiaxial

EJE I	F33.x Trastorno Depresivo Mayor, recidivante 296.3x intentos de suicidios
EJE II	Z03.2 V71.09
EJE III	Episodios de migraña severa
EJE IV	Problemas relativos al grupo primario de apoyo: Aislamiento social, perturbación en el hogar por conflictos de pareja, abuso sexual.
EJE V	EAG: 50 ideación suicida, dificultades graves en la actividad social.

ANÁLISIS DESCRIPTIVO

Estudio Sintomático Actual y Evolución de los Síntomas

Tiempo Cero:

La paciente presenta tristeza, irritabilidad, disforia, ideación suicida desde hace dos meses aproximadamente, sin desencadenante claro. “yo siempre me he sentido triste de ver tomar a mi esposo, eso me da tristeza, y mantengo mal genio... y no sé por qué”. Esto también, relacionado frente a la imposibilidad de abrirse a establecer relaciones sociales tomando como causa principal el cuidado del esposo y el control de consumo de alcohol.

Condiciones de Vida y Análisis Ambiental

Factores Predisponentes Transitorios:

A nivel fisiológico, hay una activación simpática constante manifestada por una preocupación excesiva por el consumo de alcohol de su esposo, su peso corporal, y la posibilidad limitada de establecer relaciones sociales.

Algunas actividades, como los quehaceres de la casa le resultan poco importantes e insignificantes, resultándole difícil el control de la irascibilidad y la disforia, llevándola finalmente a un estado de desesperanza y por ende de tristeza.

A nivel psicológico, hay una activación transitoria de esquemas cognitivos afectivos como son “no sirvo para nada”, “soy de malas”, “poco atractiva”, “no le caigo bien a nadie”.

Factores Predisponentes Estables:

Se observa a nivel psicológico, una activación de esquemas mal adaptativos tempranos como son: Desamparo: vulnerabilidad al daño y al abandono; Impotencia: ineficiente, incapaz, incompetente, poco exitosa y de Minusvalía: no querible, poco atractiva.

A nivel biológico, el tener una obesidad moderada, aumenta su aprehensión por el cuidado de su figura y la hipervigilancia de su peso corporal con resultados frustrantes, pues no logra disminuir los kilos que considera subió hace varios meses.

Factores de Riesgo:

- Convivencia con la pareja con problemática alcohólica
- Posibilidad limitada de establecer relaciones sociales
- Distanciamiento en las relaciones familiares
- Intentos de suicidio previos
- Antecedentes de intento de suicidio en la familia

Factor De Protección:

- Tener hijos

ANÁLISIS DISPOSICIONAL/MOTIVACIONAL:

La paciente presenta tristeza, irritabilidad, disforia, anhedonia, sin representación de alguna actividad que logre disfrutar, ideación suicida, sin un desencadenante claro. “yo siempre me he sentido triste de ver tomar a mi esposo, eso me da tristeza, y mantengo mal genio.... y no sé por qué”. Esto también, relacionado frente a la imposibilidad de abrirse a establecer relaciones sociales tomando como causa principal el cuidado del esposo y el control de la bebida del mismo.

Algunas actividades como los quehaceres de la casa le resultan poco importantes e insignificantes, resultándole difícil el control de la irascibilidad y la disforia, llevándola finalmente a un estado de desesperanza y por ende de tristeza.

ANALISIS HISTORICO

Historia del Problema:

La paciente argumenta que ingirió un frasco de “Guayaquil”, traducido como matarratas, con el propósito de morirse debido a “yo siempre me he sentido triste de ver tomar a mi esposo, eso me da tristeza, y mantengo mal genio.... y no sé por qué”. Sintomatología de dos meses de evolución, consistente en: tristeza, irritabilidad e ideación suicida sin desencadenante claro.

Hace un mes aproximadamente, cometió el segundo intento consumiendo veneno, y hace un año el primero intentando clavarse un cuchillo. Hay que tener en cuenta, que por momentos la relación con su esposo es “cariñosa” al igual que con sus hijos, cuando esto pasa se siente más activa para realizar los quehaceres del hogar. Reporta ideas de minusvalía e inferioridad, ánimo depresivo de forma

recurrente sin síntomas psicóticos ni trastornos senso- perceptivos. Estuvo en tratamiento para la migraña y desde entonces come muy poco. Al comienzo perdió 12 kilos, pero ahora los ha recuperado y no logra perderlos de nuevo (65 kilos.). Le pide a la familia que no la dejen sola porque tiene “malos pensamientos”. Lleva un mes con episodios de tristeza a pesar de sentirla desde el año pasado a raíz de la relación “difícil” con su pareja. Ha tomado psicofármaco para la depresión durante varios meses de forma intermitente sin que haya sentido alivio alguno. El tratamiento ha sido prescrito por psiquiatra y médico general.

Historia Personal Relevante:

Tiene tres hijos, el primero lo tuvo a los 13 años, y todos son de distintos padres, las relaciones sentimentales que ha establecido han sido de convivencia y cortas “no sé que es un enamoramiento, animal que es uno”. Se fue de la casa de origen a los 13 años, y con su familia permanece aislada, con poco contacto y sin apoyo y soporte emocional por parte de estos. De inteligencia promedio, es impulsiva, agresiva, celosa, el esposo comenta que “una vez trató de quemar la casa, cortarle la cara al esposo y que es indiferente y agresiva con los niños”, los cuales tienen 10, 6 y 3 años.

El esposo refiere, que tienen relaciones difíciles ya que “ella tiene 2 o 3 días felices, cariñosa y activa, y los otros días esta triste, irritable, agresiva y voluble”, reporta además, que hace aproximadamente un año hizo su primer intento suicida al intentar “clavarse un cuchillo en el pecho” hecho que fue evitado por él.

El esposo asegura, que cada vez que ella va a realizar una conducta auto lesiva primero advierte lo que va hacer, motivo por el cual ha sido detenida a tiempo o ha sido llevada al hospital para recibir atención médica. El esposo es enfático al señalar, que tiene múltiples conflictos de pareja y que desde hace un año ha descuidado sus funciones maternas y hogareñas “Sandra es soez y violenta”.

Personalidad premórbida: alegre, le gusta hacer los quehaceres del hogar y ver televisión.

La paciente reporta, que hace aproximadamente 7 años viene presentando una cefalea frontal intensa y ftofobia que no cede con tratamiento farmacológico, por esta sintomatología esta diagnosticada con migraña. No reporta tratamientos previos con psicología ni psiquiatría. Sus padres, se separaron cuando ella tenía 2 años, vivió con la madrina la mayor parte de su infancia, quien cuidaba de ella y suplía sus necesidades básicas, ya que era acosada sexualmente por el padrastro.

Las siguientes, son verbalizaciones textuales de la paciente: “me da rabia que tome seguido, eso huele muy maluco,” “toma trago cuando está contento, él dice que es para refrescar los riñones”... “a mí se me mete que cuando está aburrido es conmigo, eso me desespera.” Reconoce que es impulsiva y que trata mal a sus hijos; “yo no quiero ser así, pero me desespero,” “estaba aburrida con mi esposo, él estaba durmiendo y yo prendí el televisor con volumen, luego me tomé el veneno Guayaquil.” Posterior a esto presentó vomito, diarrea y desaliento por lo que fue llevada al hospital de su pueblo y de allá fue remitida al Hospital Mental de Antioquia, “me dijeron que no me podían dejar ir con estas ideas... he pensado cambiar pero no sé como”.... “mi madrina no tenía tiempo para mí, yo parecía una loca, “me iba andar en los buses... mi mamá me visitaba pero ni siquiera me revisaba los cuadernos, no le importaba lo que yo hacía”, “yo iba a la casa de mi mamá y me encontraba con el padrastro, él me contaba unos cuentos y me decía que podíamos hacer lo mismo, yo le contaba a mi mamá lo que él me hacía y ella no me creía, dejó de vivir conmigo porque yo peleaba con mi padrastro”, “yo soy la mala con ellos, con mis hijos y el esposo, yo brego a cambiar y no soy capaz” “me falta cariño, que mi marido me dedique más tiempo”.

Sale de alta el 13 de noviembre de 2009, sin ideas de muerte y con citas por psiquiatría y psicología a las cuales hasta el día de hoy no ha asistido. Parcial insight.

ESTUDIO GENETICO BIOLOGICO

Antecedentes Familiares: abuela materna hipertensa, madre hipertensa. Hermano realizó intento suicida no efectivo, padre que pagó una condena en la cárcel por homicidio, con antecedentes de violencia, agresión e impulsividad. Tía materna con posible trastorno mental no identificado, pareja actual con síntomas de alcoholismo.

ANALISIS ESTRUCTURAL

<i>Esquema Nuclear:</i>	“Soy ineficaz”
Regla	“Tengo que cambiar mi situación”
Actitudes	“Es horrible ser esposa y madre”
Supuestos Condicionales	

Supuesto Positivo:	“Si consigo cambiar la situación estaré bien”
Supuesto Negativo:	“Si no consigo cambiar mi forma de ser, moriré.”
<i>Esquema Nuclear:</i>	“Soy de malas”
Regla:	“Debería morirme”
Actitudes	“Es terrible no tener todo lo que quiero”.
Supuestos Condicionales	
Supuesto Positivo	“Si consiguiera lo que quiero, sería feliz”
Supuesto Negativo:	“Si no consigo la felicidad, es que tengo mala suerte”
<i>Esquema Nuclear</i>	“Soy débil”
Regla	“Debería vivir sola”
Actitudes	“No soporto la idea de tener que vivir con un alcohólico”
Supuestos Condicionales	
Supuesto Positivo	“Si viviera sola sentiría que estoy viva”
Supuesto Negativo	“Si no vivo sola siento morir”
<i>Esquema Nuclear</i>	“No soy querible”
Regla	“Mi esposo y mis hijos deberían darme cariño”
Actitudes	“Es horrible que mi familia no me comprenda”
Supuestos Condicionales	
Supuesto Positivo:	“Si me quisieran entonces es porque soy buena”
Supuesto Negativo	“Si no tengo el cariño de ellos es porque no le caigo bien a nadie.”

ESTRATEGIAS COMPENSATORIAS

Evitación/ Escape

La paciente, utiliza a menudo conductas de impulsividad e intentos suicidas relacionado con el constante maltrato a los hijos reflejando de manera poco visible esquemas de debilidad, ineficiencia y culpabilidad. Por otra parte, puede interpretarse que las conductas de intento de suicidio con previo aviso tienen como finalidad la búsqueda inminente de influencia sobre las conductas de consumo de alcohol de su pareja. Finalmente, se evidencia una demanda sobre generalizada de cariño y amor a su familia, constituida por esposo e hijos, esto reflejado sobre la base de “yo no quiero ser así, pero me desespero”, conductas que podrían hacer caso a un sistema de seguridad de tipo escape, en las cuales huye de cada una de las situaciones que le producen malestar (consumo de alcohol de su pareja, sensación de abandono, pocas habilidades sociales, posición crítica de su imagen corporal, disminuida autoestima, sensación de soledad).

Emociones Derivadas

Impotencia, frustración, temor, disforia, tristeza, ansiedad, desesperanza y desmotivación a la vida, temor, angustia y sentimientos de desvaloración por sus continuos fracasos de cambiar su actual situación e intentos de morir.

ANÁLISIS FUNCIONAL

Situación 1:	“Mi esposo bebe licor”
Pensamiento Automático:	“El está triste”
Significado del Pensamiento A.:	“No soy suficiente”
Emoción:	Irritabilidad, impotencia, desespero
Comportamiento:	“Busco cortarle la cara”
Situación 2:	“Mi esposo está tomando y se queda dormido”

Pensamiento Automático:	“No le soy importante”
Significado del Pensamiento A.:	“No soy querible”
Emoción:	Irascibilidad, impulsividad, abatimiento
Comportamiento:	“Hago ruido con el televisor”
Situación 3:	“Discuto con mi esposo”
Pensamiento Automático:	“Mejor morirme, no aguanto más”
Significado del Pensamiento A.:	“Soy mala”
Emoción:	Impulsividad, Irascibilidad, desesperanza, abatimiento
Comportamiento:	“Aviso que me tomaré el veneno para ratas”

3.1.2 CONCEPTUALIZACIÓN DE LA PROBLEMÁTICA

De acuerdo a la teoría de Beck, la premisa básica en los trastornos depresivos es que existe una distorsión o sesgo sistemático en el procesamiento de la información. Tras un suceso vital que suponga una pérdida o un fracaso, es bastante frecuente la aparición de sentimientos de tristeza o abatimiento. Sin embargo, en las personas depresivas aparece un sesgo o distorsión en el procesamiento de los sucesos que implican una pérdida o privación. Los individuos depresivos, valoran excesivamente esos sucesos negativos, los consideran globales, frecuentes e irreversibles, mostrando lo que se conoce como triada cognitiva negativa: una visión negativa del yo, del mundo y del futuro. Esta triada, resulta de una amplificación de los sentimientos de tristeza y abatimiento, bien en su duración, en su frecuencia o en su intensidad, de forma que interfieren extraordinariamente con la capacidad adaptativa del individuo que los sufre. Este procesamiento cognitivo distorsionado o sesgado que aparece en la depresión, conduce según Beck, al resto de los síntomas afectivos, conductuales, motivacionales y fisiológicos que caracterizan al trastorno.

El cuadro que presenta una persona deprimida, puede ser muy variado en cuanto a sus síntomas pero en general, cualquier persona deprimida es probable que

presente un conjunto de signos y síntomas que se pueden reducir a cinco grandes núcleos (Vásquez, 1990c).

Síntomas afectivos o anímicos

La tristeza, es el síntoma anímico por excelencia de la depresión (Klerman, 1987). Además de estar presente en prácticamente todos los deprimidos, es la queja principal en aproximadamente la mitad de tales pacientes como es el caso de la paciente del caso clínico en mención quien reporta sentirse triste la mayor parte del tiempo y tener períodos de irascibilidad incontrolables, además de la desesperanza y las ideas de muerte.

Una forma de abordar los síntomas afectivos de la paciente, es empezar indagando el concepto que tiene ella de términos como “tristeza”, “la mayor parte del tiempo” y de acuerdo a ello empezar por explicarle la diferencia que existe con la depresión y aburrimiento. Es preciso al inicio de las sesiones, darle a conocer el modelo cognitivo y por ende la relación que existe entre Pensamiento---Emoción---Comportamiento, y desde allí plantear la causa de la sintomatología prescripta, anhedonia, irascibilidad frente a la demanda de afecto e intención de controlar el consumo de alcohol de su esposo; esto bajo la percepción y el significado sobrevalorado que le da a cada conclusión perceptiva sobre los acontecimientos mencionados.

Darle a conocer, que su irritabilidad es la resultante de aquello que percibe como incontrolable y salido de las manos con el agravante de la rumiación donde finalmente termina en un túnel sin salida para dar cabida a ideas de muerte ocasionales como única solución.

Síntomas Cognitivos

El rendimiento cognitivo de una persona deprimida está afectado. La memoria, la atención y la capacidad de concentración pueden llegar a resentirse drásticamente (Hartlage y cols.1993) incapacitando su desempeño en las tareas cotidianas. De igual manera la autocrítica (soy mala), la auto depreciación (no soy querible), la auto culpación (soy ineficaz) y la pérdida de autoestima suelen ser, por lo tanto, contenidos clave en las cogniciones del paciente de este trabajo de grado.

La valoración que hace una persona deprimida de sí misma, de su entorno y de su futuro suele ser negativa, lo cual lleva a que se perciban los problemas como abrumadores e insuperables y por ende a ideaciones suicidas como única solución (en la paciente se podrían interpretar estas ideaciones suicidas como “malos pensamientos” – ideas de muerte recurrentes).

Se considera, como forma de abordaje de los síntomas cognitivos la identificación, inicialmente por parte del terapeuta de los pensamientos automáticos (cognición). Esto con el fin, de darle a la paciente ejemplos de lo que estos son; se le dice que busque recordar situaciones específicas con el fin de que haya una activación del afecto, por ejemplo el consumo de alcohol de su esposo, y de diferentes emociones, y que son dichos pensamientos quienes alteran de forma continua su atención y concentración frente a diferentes situaciones.

Seguidamente, se le dice a la paciente que identifique la situación problema, los pensamientos automáticos que de allí surgen y la interpretación que ella da a dicha situación, donde se podrá dar cuenta que los sentimientos de tristeza son el resultado “real” de sus conclusiones. Finalmente, se busca comprobar y cuestionar la validez de los pensamientos automáticos planteados por la paciente mediante la confrontación verbal o la imaginación guiada (imágenes inducidas) esperando que se empiecen a generar interpretaciones más realistas y útiles.

Un ejercicio útil para lo anteriormente planteado, es el registro de pensamientos disfuncionales, donde se buscará identificar supuestos personales (positivos y negativos), creencias intermedias y cómo la paciente busca estrategias para justificar dichas creencias en determinados pensamientos automáticos.

Síntomas Conductuales y motivacionales

Uno de los aspectos subjetivos más dolorosos para las personas deprimidas, es el estado general de inhibición en que se hallan. En efecto la apatía, la indiferencia y, en definitiva, la anhedonia o disminución en la capacidad de disfrute, es junto con el estado de ánimo triste el síntoma principal de un estado deprimido (adinamia o, en muchos casos, el intento de suicidio). La inestabilidad a nivel de pareja, la poca motivación para salir de casa y el aislamiento son muestras claras de las dificultades presentadas por la paciente, creando al mismo tiempo una necesidad de compañía de su familia con el argumento de que no la dejen sola porque tiene “malos pensamientos”.

Una forma de abordar la sintomatología conductual en la paciente deprimida, es que tengan claridad sobre la relación que existe entre pensamientos, sentimientos y conducta, que la forma de comportarse obedece a una interpretación negativa que ella está dando a ciertos sucesos de su vida. Es llevarla a que haga esta relación a un episodio como la sensación de impotencia frente al consumo de alcohol de su pareja, el cual le produce irascibilidad y descontrol, lo cual puede resultar de un pensamiento como es “me quiero morir, no aguanto esto” y donde el resultado final es el intento de suicidio. Mediante ejercicios de imaginación o ejemplos de diferentes personas, se puede argumentar que: “Si empiezo a modificar pensamientos y creencias, se espera que mis conductas cambien, pero si continúo con las conductas presentadas refuerzo las creencias ya instauradas”.

De igual manera, se puede involucrar a la paciente en actividades que anteriormente le gustaba hacer, inicialmente dentro del hogar donde de forma paulatina, se amplíe el espectro de dichas actividades y que esto la lleve a conocer alternativas dentro de lo que es su comportamiento el cual evitará que las creencias se refuercen la mayor parte del tiempo.

Síntomas Fisiológicos

La aparición de cambios físicos, es habitual y suele ser uno de los motivos principales por los que se solicita la ayuda de un profesional (podría interpretarse que esto llevó a la paciente a consultar inicialmente con el médico general), y aunque no se reporta en el caso, se puede pensar que presenta problemas de sueño pues, argumenta que a pesar de querer tener más atención de su esposo, esto no le permite conciliar un sueño reparador. Otro síntoma físico común, y que puede verse en la paciente, es la pérdida de apetito con una característica adicional, y es que no contribuye a bajar de peso, por lo tanto es un síntoma que busca reforzar la mayor parte del tiempo.

Se debe ser claro en que, para la paciente la “rumiación”, el preocuparse la mayor parte del tiempo por algo incontrolable (consumo de bebida de su esposo), no la orientará hacia la solución de la problemática, sino que al contrario, esto la llevará a una desconcentración total y por ende a no estar tranquila ni siquiera cuando duerme, por lo tanto es normal que pueda presentar problemas en el sueño. Por otra parte, es importante recalcar que a pesar de su bajo apetito la solución del problema de obesidad no se resuelve. Todo esto podría llamarse cuestionamiento y validez de pensamientos automáticos.

Síntomas Interpersonales

Una importante característica de las personas deprimidas, es el deterioro en las relaciones con los demás. El interés por la gente disminuye y en ocasiones terminan siendo rechazadas por las personas que las rodean, lo que a su vez re actúa, aislándose más. (Beck, 1976)

Como se ha dicho anteriormente, en el abordaje de la sintomatología en general, es importante que la paciente tenga en cuenta que todo aquello que piensa de forma negativa frente a su problemática, ocasiona un comportamiento negativo el cual refuerza sus creencias. En este caso, podría ser: “me van a ver gorda y esto es terrible para mi, voy a ser objeto de rechazo de mi marido y me va a criticar...” esto lleva a no querer relacionarse de manera adecuada y por lo tanto tener la sensación de abandono y soledad. También se puede llevar a la paciente a hacer experimentos personales dirigidos a comprobar si ella es feliz con actividades ajenas a las muestras de afecto por parte de su pareja.

3.1.3 OBJETIVOS TERAPÉUTICOS

De acuerdo al modelo de Beck¹³³, los objetivos generales en el tratamiento de la depresión son:

1. Modificación de síntomas objetivos: Componentes cognitivos, afectivos, motivacionales, conductuales y fisiológicos que fueron descritos anteriormente.
2. Detección y modificación de los pensamientos automáticos como producto de las distorsiones cognitivas, mediante la imaginación y la activación del afecto.
3. Identificación de los supuestos personales y modificación de los mismos que están especificados en el análisis funcional.

3.1.4 METAS TERAPÉUTICAS

Como meta inicial, es necesario el establecimiento de una sólida alianza terapéutica en la cual la paciente encuentre un ambiente de seguridad y

¹³³ BECK, T. . Op.cit.

acompañamiento para así disminuir su temor de que la misma terapia sería un fracaso por sus propias características.

Motivar a la paciente, a que participe activamente en su proceso de reestructuración cognitiva enseñándole el modelo terapéutico cognitivo y haciendo énfasis en lo que significa empirismo colaborativo.

Detectar cuales son las principales situaciones elicitoras de tristeza procurando el cambio de sus pensamientos automáticos negativos por pensamientos funcionales alternativos.

Enseñar a controlar sus respuestas físicas y emocionales frente a situaciones elicitoras.

Entrenar a la paciente en habilidades sociales, para así facilitar su interacción con los demás y disminuir su retraimiento social.

Confrontar a la paciente, sobre sus preocupaciones acerca de su peso para que ella misma se responsabilice de su auto cuidado y se proponga a conseguir hábitos de vida más saludables.

Finalmente, lo que se pretende lograr es modificar la relación que la paciente establece con los demás y su entorno tratando de cambiar la percepción que tiene sobre sí misma y su desempeño.

3.1.5 PROCESO DE INTERVENCIÓN

La terapia cognitiva de la depresión, se basa en la teoría cognitiva de la depresión. Trabajando en el marco del modelo cognitivo, el terapeuta formula el método terapéutico de acuerdo con las necesidades específicas de un determinado paciente en un momento dado.

En las primeras sesiones, del presente caso es importante explorar los síntomas de la depresión, evaluar las ideas de suicidio y desesperanza, hacer una presentación del modelo cognitivo y con base en ello discutir la influencia de los pensamientos sobre la conducta haciendo referencias a comportamientos

específicos de la paciente. De igual manera, se debe establecer una relación terapéutica en una base sólida, genuina y empática donde la paciente encuentre seguridad y confianza. Desde esta primera sesión, se debe llevar un programa donde se busque evaluar el grado de actividad de la paciente y para obtener datos “objetivos” sobre su nivel de funcionamiento actual. Esto puede hacerse, mediante tareas a realizar en casa como es el diligenciamiento de cuestionarios (Escala de desesperanza HS- adultos o ST-DEP de Spielberger).

En próximas sesiones, se debe revisar existencia y persistencia de ideas de suicidio, síntomas de depresión, supervisar el programa de actividades para evitar posibles omisiones y distorsiones y comenzar a demostrar las relaciones entre pensamientos, conducta y afecto, con base en experiencias de la paciente. Al final de la sesión, se dejan las actividades a realizar en casa buscando que sean agradables y a las que pudiese enfrentarse adecuadamente sin dificultad por no poseer las habilidades necesarias (actividades de agrado y dominio).

En la tercera sesión, se deben revisar las actividades de “agrado y dominio”, continuar elicitando pensamientos relacionados con la tristeza, se deben identificar problemas relacionados como, disfunciones maritales o desordenes de la personalidad, haciendo énfasis en los factores históricos y de mantenimiento. Al final de la sesión, se dejan tareas de casa como el registrar las cogniciones durante periodos de tristeza, ansiedad e irritabilidad, con el objeto de hacer mas clara la relación entre pensamiento, afecto y conducta.

En las siguientes dos sesiones, se deben discutir las cogniciones planteadas por la paciente y que diesen lugar a efectos desagradables. El empirismo colaborativo, es algo a tener en cuenta en cada sesión ya que lleva al paciente a estar presente durante toda la elaboración de la conceptualización del caso.

En las siguientes tres sesiones, además de discutir las cogniciones se busca identificar los contenidos recurrentes o frecuentes en los pensamientos de la paciente. Las tareas a realizar en casa, son mas de tipo conductual como es el ejercicio siguiente: “evitar diálogo con la pareja en estado de embriaguez”, buscando establecer pautas de comunicación en estado sobrio.

Las sesiones siguientes, buscan que la paciente identifique errores cognitivos y proponga explicaciones alternativas a los “pensamientos automáticos” negativos, centrándose en las autocríticas, buscando evaluar los problemas de una forma realista, en lugar de auto criticarse.

Sesiones 12, 13, 14, 15, 16, 17: aquí el terapeuta busca que la paciente intente responder a los “quiero” en lugar de hacerlo a los “debo”. Se continúa trabajando sobre las autocríticas, centrándose en los supuestos subyacentes. En este momento, se espera que la paciente esté lista para evaluar la base de sus autocríticas y otras reacciones depresivas y suicidas. El terapeuta, busca identificar las actitudes y creencias de la paciente que pudiesen estar manteniendo la depresión. Se dejan tareas a realizar en casa, como hacer una lista de “deseos” prestando especial atención a objetivos futuros.

En las últimas sesiones, paciente y terapeuta se dedican a consolidar la mejoría conseguida. Un mes después, se hace seguimiento al proceso realizado y a detectar posibles recaídas.

3.2 CUMPLIMIENTO DE LOS OBJETIVOS PROPUESTOS

3.2.1 INSTRUMENTOS APLICADOS Y TABLA DE RESULTADOS

EVALUACIÓN PSICOLOGICA

Tabla 11 Resultados de la evaluación psicológica

EVALUACIÓN PSICOLOGICA										
Pruebas Administradas	Puntaje	Media	DS [→]	-3	-2	-1	0	1	2	
CUESTIONARIO DE AUTOEFICACIA C.A.E										
	77	93.26	13.19			X				
RATHUS MODIFICADO										
	61	53.49	13.4				X			
TEST DE AUTOESQUEMAS C.I.E										
AUTOCONCEPTO	58	67.5	12.3				X			
AUTOIMAGEN	38	43.9	7.2				X			
AUTOESTIMA	58	65.5	12.4				X			

4. ANALISIS DE RESULTADOS

La paciente, presenta un rendimiento dentro de lo esperado en el cuestionario de auto eficacia. Las ejecuciones que necesitan de la confianza y la convicción para alcanzar los objetivos trazados, están dentro de los límites normativos, lo que supone capacidad para mantener una meta a corto y largo plazo. No obstante, la entrevista como técnica informal de recolección de información, evidencia una paciente con alteraciones en el juicio valorativo, planeación, ejecución, secuenciación de objetivos y metas, este aspecto relevante desde la clínica, apoyan los resultados hallados en la investigación propuesta por Rodríguez, Ángeles y Belloch (2001), quienes sostienen que el componente de auto eficacia no refiere datos significativos, que pudiesen estar explicando el perfil de tipo cognitivo que posee una mujer de 24 años con depresión mayor, por otra parte las propiedades psicométricas de la prueba no muestran, características substanciales que denoten una diferencia prudente entre población clínica, subclínica y sin ninguna sintomatología. De igual forma, es importante mencionar el cuadro psicopatológico de la paciente, el cual se refiere a una depresión mayor recidivante, esta ultima variable pudo alterar la respuesta y el resultado en la prueba.

A nivel de la asertividad, no se evidencian alteraciones relacionadas con el componente cognitivo, emocional y conductual, que denote un déficit a este nivel según la prueba. Aspecto que refuta y cuestiona las tesis que sostienen que en la mayor parte de los estudios se constata que las personas deprimidas son menos asertivas (Libet y Lewinsohn, 1973; Hayman y Cope, 1980; Hersen et al., 1995), especialmente a la hora de expresar su desacuerdo y pedir cambios en el comportamiento de los otros (Chan, 1993). Además, se ha visto que la relación entre las dos variables podrían estar mediatizadas por el apoyo social y el nivel de autoestima del sujeto (Walker, 1998), y en este caso el nivel de autoestima esta sin alteraciones. Desde el componente clínico analítico, se evidencia una impulsividad en las respuestas, alteraciones a nivel de control inhibitorio cognitivo y conductual, aspecto que se explica muy bien con los episodios de descontrol de impulsos, notables en los intentos de suicidio, por otra parte este aspecto predisponen a la paciente a señalar su punto, independiente del pobre juicio social que haga de las situaciones, aspecto significativo desde la cognición social y los lóbulos frontales como factores inherentes al perfil cognitivo.

En la evaluación de los autos esquemas, no se visualizan datos significativos a nivel estadístico que mostraran alteraciones en esta esfera. Es así como se hace necesario puntualizar más en los datos que arroja el análisis contextual, situacional y de conceptualización, o sea toda la información clínica que subyace

al suministro de cualquier instrumento psicológico que puede alterarse para mostrar cualquier otro perfil por parte de la paciente, aspectos como la aquiescencia, la deseabilidad social entre otros, son factores incidentes en los resultados de los test psicológicos.

El análisis subyacente a la aplicación, denota una paciente con grandes dificultades en los auto esquemas, coherente con Riso donde cita autores como Alloy, Clements y Kolden (1985) que sostienen, que esta predisposición cognitiva o auto esquemas son una condición necesaria para detonar las depresiones, pero no son suficientes, ya que los esquemas operan en presencia de determinados eventos desencadenantes, dependiendo de qué tan vitales sean para el sujeto. Es decir, no se debe descartar de plano la posibilidad de que en ciertas depresiones la información negativa se dispare internamente por factores biológicos o incluso sociales. Situación que evidencia estar asociada a la condición de la paciente. Donde se muestra, que los auto esquemas en la paciente no son alterados incluso en crisis, más aun, son los eventos endógenos y exógenos los que gatillan brotes depresivos, con intentos de suicidio.

Los pensamientos automáticos reflejan negativismo, dependencia y deseo de seguir la vía de la menor dificultad. Considera que, cualquier requerimiento de su pareja es intrusivo y carente de importancia. Vacila de forma recurrente entre la idea de *“soy mala”* y la de *“yo brego a cambiar y no soy capaz, me falta cariño, que mi marido me dedique más tiempo”*. La paciente, hace una interpretación negativa de la mayoría de los acontecimientos, incluso cuando los hechos en sí, sean neutros. Supone que los demás, especialmente su familia, no le aprecian o que tratan de controlarla (vulnerable al control) *“necesito que mi marido me dedique más tiempo”*.

A nivel psicológico, hay una activación transitoria de esquemas cognitivos afectivos como son *“no sirvo para nada”, “soy de malas”, “poco atractiva”, “no le caigo bien a nadie”*.

El grupo de pacientes con trastorno depresivo mayor, suelen insistir en que las cosas tienen que ser de cierto modo y esos imperativos irrazonables resultan en una muy baja tolerancia a la frustración y a la incertidumbre, por eso pueden adoptar conductas como agredir al otro, intentar prender fuego a la casa o intentos suicidas.

Su autonomía, es simplemente la creencia de no deber someterse a las reglas del otro. La ve como el modo que tiene su esposo de frustrarle en los episodios de

consumo de licor. No le importa que también a los otros se les pida que sigan las reglas; sólo percibe la situación desde su propio marco de referencia, según el cual se le está tratando injustamente. *“odio que me mi esposo no me quiera como debería”, “no sé que es un enamoramiento, animal que es uno.”*

Experimenta de forma episódica dificultades para mostrarse enérgica, haciendo uso de estrategias agresivas y no asertivas: cree que el conflicto abierto es terrible y provocará desaprobación o incluso rechazo. Pero tampoco se afirma a sí misma: someterse a los requerimientos de los demás le disgusta profundamente. *“odio que no me den cariño...desearía estar muerta”, “estoy harta de sentirme impotente porque el estúpido de mi esposo obstaculiza mi felicidad”*

En parte, como resultado de sus pobres habilidades sociales, la paciente desarrolla un modo pesimista de ver su vida *“filtro de la negatividad”* que como característica de una persona deprimida, espera ser recompensada por la creencia de haber sufrido mucho: *“yo aviso cuando me voy a matar”*

La ira, puede expresarse en estallidos, pero es más probable que lo haga a través de medios de venganza, deseo del mal a otros y sabotaje. *“intento quemar la casa.”* Los estados afectivos negativos habituales son *la ira y la irritabilidad*: cree que es incomprendida y los demás no le aprecian como merece. Además *“se propone muchas metas, y logra pocas”, “brego.... pero no puedo”*. No advierte de qué modo su conducta y actitudes contribuyen a crearle problemas familiares, a permanecer aislada *“no sé que es un enamoramiento, animal que es uno”*; y hace que a los otros les sea difícil interactuar con ella: *“da por sentado el control de los demás y se opone a él con vehemencia”, “el ambiente es la causa de mi frustración”*.

Es importante anotar, que muchos de los pensamientos automáticos de la paciente, confirman su estado depresivo actual:

Síntomas afectivos: apatía, pérdida de la gratificación, adinamia.

Síntomas motivacionales: deseo de escapar (suicidio), de evitar incluso actividades cotidianas.

Síntomas cognitivos: distorsiones del pensamiento:

Pensamiento dicotómico: *“nada tiene solución...o me acomodo a la vida o me muero”.*

Catastrofización: *“mi vida es una pérdida de tiempo, lo que hago es una pérdida de tiempo”, “todo es absurdo, nada tiene solución”.*

Descalificación o desestimación de lo positivo: *“hago lo que mi esposo e hijos dicen”, “tenía tantas expectativas cuando me casé, pero eso no me hace mejor persona”.*

Inferencia arbitraria: *“yo nunca voy a lograr enamorarme, de otra persona, o si lo consigo, será lo mismo...alguien que tampoco valga la pena”.*

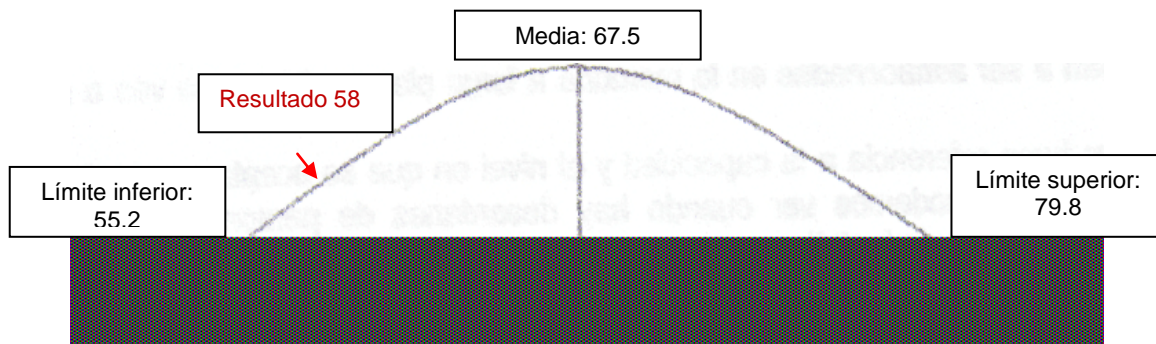
Sobregeneralización: *“odio que todos se rían de mí.”* Afirmaciones “debo” o “tengo”: *“debería importarme un rábano que se rían de mi...”, “debería saber resolver mis problemas sin la ayuda de nadie, debería saber cómo mejorar las cosas de mi esposo, debería haber hecho algo real e importante para mí en mi vida...”.*

Visión en túnel: la percepción de su valor propio, de su entorno y su futuro, están sesgadas negativamente a lo largo de todo su discurso.

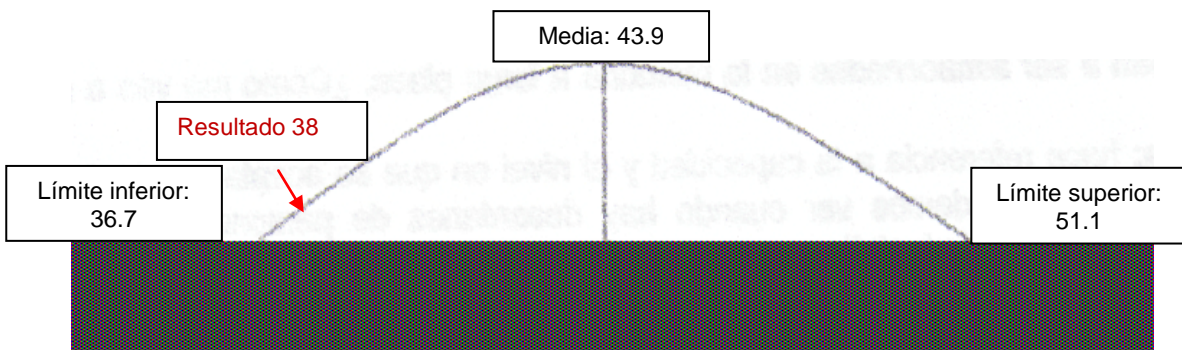
4.1 GRAFICAS

GRÁFICO DE INTERPRETACION

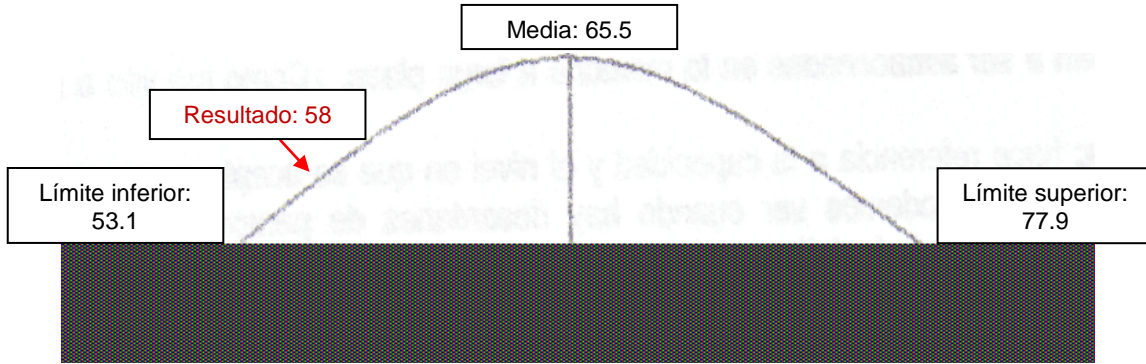
Grafica 1 Auto concepto:



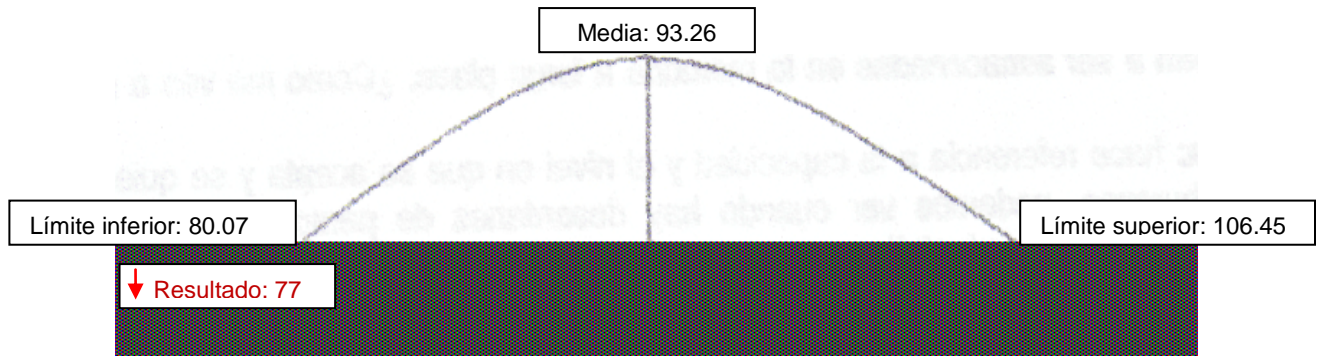
Grafica 2 Autoimagen:



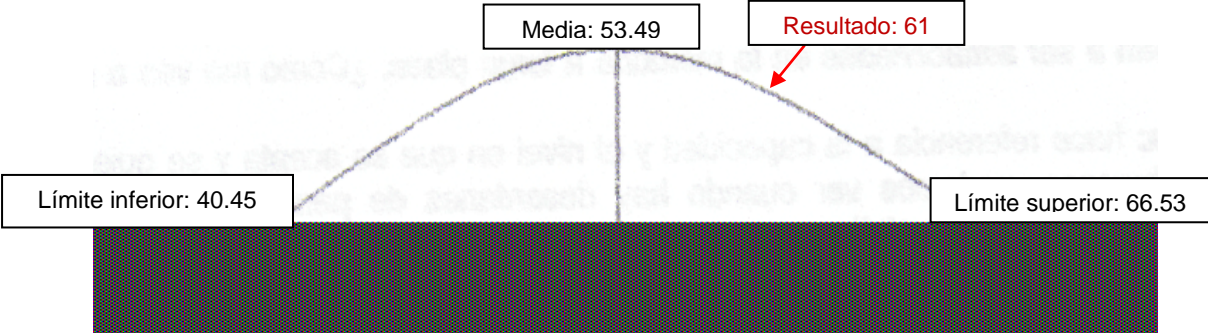
Grafica 3 Autoestima:



Grafica 4 Auto eficacia C A E



Grafica 5 Rathus modificado



5 CONCLUSIONES

La paciente, presenta en la actualidad compromisos emocionales y conductuales que se relacionan con niveles significativos de impertinencia, irritabilidad, labilidad emocional, falta de tacto, desinterés por situaciones ajenas y propias actuales, incapacidad para responder a estímulos inmediatos, falta de comprensión y remordimiento consecuente con conductas inapropiadas.

Los instrumentos psicológicos seleccionados para describir, correlacionar los auto esquemas y la asertividad no señala un perfil cognitivo afín con una depresión mayor recidivante, donde todos los instrumentos suministrados a la paciente, no alcanzan las desviaciones típicas que pudiesen explicar y señalar indicadores clínicos propios en la depresión mayor.

La conceptualización del caso clínico de una paciente con 24 años de edad, diagnosticada con depresión mayor, logra brindar información relevante, clara y coherente con la entidad nosológica y el perfil cognitivo. Del mismo modo, se logra una integración significativa de la información recolectada con la entrevista y las características del protocolo de análisis según Aaron Beck.

El estudio del caso clínico, permitió un análisis exhaustivo de la condición de la paciente, lo que refirió la construcción de un plan de tratamiento desde la psicoterapia cognitiva conductual.

La batería ecléctica de instrumentos psicológicos, no demuestra datos contundentes y relacionados con una depresión mayor.

No se evidencia en el caso clínico, una relación negativa o positiva de los auto esquemas y la asertividad, lo que permite tener en cuenta los puntos de las investigaciones previas en el tema, donde se sostiene que no necesariamente en el caso de la depresión mayor, la asertividad está afectada, dado los episodios de descontrol de impulsos evidenciados en los intentos de suicidio, dato relevante desde el punto de vista clínico y cognitivo.

Es así como también, los auto esquemas no son la clave, según lo muestra el análisis del caso y el resultado de los cuestionarios, para determinar un perfil cognitivo de la depresión mayor.

6 RECOMENDACIONES

Ampliar la muestra en futuras investigaciones, en aras de fortalecer y construir perfiles cognitivos acordes con la estadística descriptiva y correlacional, que aporte datos explicativos y predictivos acerca de la relación que pueda existir entre auto esquemas y asertividad en la depresión mayor.

Tener en cuenta el protocolo de conceptualización cognitiva, según el modelo propuesto por Aron Beck, previamente a la construcción de un plan de trabajo terapéutico desde el enfoque cognitivo conductual.

Fortalecer la entrevista clínica, con mayor número de sesiones identificando estilos de pensamientos idiosincrásicos, creencias y esquemas de los pacientes.

Ampliar protocolo de pruebas aplicadas, mejorando la lectura desde lo cognitivo conductual.

Hacer seguimiento al caso objeto de esta investigación, con el ánimo de optimizar procesos de intervención.

BIBLIOGRAFIA

BECK, Aarón T. RUSH, A. Jhon. SHAW, Brian F. y EMERY, G. Cognitive Therapy of Depression (Terapia cognitiva de la depresión). Año de edición 1983. New York: Guilford Press (Trad. esp. en Bilbao: Desclée de Brouwer, 1983). Librería Paidós.

BECK, Aaron. RUSH, John. SHAW, Brian. EMERY, Gary. Terapia cognitiva de la depresión. 16ª edición. Editorial Desclée De Brouwer, Bilbao 2005.

BON, N. Epilogo: La Adolescencia, ¿malestar o patología? En: Buendía J. Psicopatología en niños y adolescentes. Desarrollos actuales. Madrid: Ed. Pirámides, 1996.

BUENDIA J. Psicopatología en niños y adolescentes. Desarrollos actuales. Madrid: Ed. Pirámides, 1996.

CABALLO, Vicente. Manual para el tratamiento cognitivo – conductual de los trastornos psicológicos. Volumen 1: trastornos por ansiedad, sexuales, afectivos y psicóticos. Siglo XXI de España Editores, S.A. Madrid. 1997.

Caballo, Vicente. Manual para el tratamiento cognitivo – conductual de los trastornos psicológicos. Volumen 2: formulación clínica, medicina conductual y trastornos de relación. Siglo XXI de España Editores, S.A. Madrid. 1998.

CABALLO, Vicente. Manual para el Tratamiento Cognitivo-conductual de los Trastornos Psicológicos. Vol.: I Trastornos por Ansiedad sexuales afectivos y psicóticos. Siglo veintiuno Editores, S.A. España, 1997.

CAMERINI, Julio. Introducción a la terapia cognitiva. Teoría, aplicaciones y nuevos desarrollos. C.A.T.R.E.C, Buenos Aires, 2004.

COIE, DJ; WATT. NF; WEST, SG; HAWKINS, JD; ASARNOW, JR et al. The Science of prevention: A conceptual framework and some directions for a national research program. Am Psychol 1993.

COMPAS BE, HINDEN BR, Gerhardt C A. Adolescent development: Pathways and processes of risk and resilience. Annu Rev Psychol 1995.

CONSUEGRA ANAYA, Natalia. Diccionario de psicología. Segunda edición. Ed. Bogotá: Ecoe Ediciones, 2010.

FIERRO URRESTA, Marco. Semiología del psiquismo. Universidad del Rosario.

FLORENZANO, R. El Adolescente y sus Conductas de Riesgo. Santiago, Chile: Ediciones Universidad Católica de Chile, 1998.

FRANCES, Allen. ROSS, Ruth. D S M IV – TR. Estudio de casos. Guía clínica para el diagnóstico diferencial. Editorial MASSON, S.A, Barcelona España, 2002.

GABINA, Aurora. Técnicas de Terapia de Conducta. Editorial Martínez Roca, libros universitarios y profesionales. Barcelona, 1997.

GUMLEY Andrew. SCHWANNAUER, Matthias. Volver a la normalidad después de un trastorno psicótico. Un modelo cognitivo – relacional para la recuperación y la prevención de recaídas. Editorial Desclée De Brouwer, S.A, Bilbao 2008.

HAMEL, P. Características Sociales y Psicológicas de la adolescencia. En: Montenegro H, Guajardo H. Psiquiatría del niño y del adolescente. Santiago, Chile: Editorial Salvador, 1994.

HYMAN, Bruce M. PEDRICK, Cherry. Guía práctica del trastorno obsesivo compulsivo. Pistas para su liberación. Editorial Desclée De Brouwer, S.A, 2003.

KOHLBERG, L. Psicología del desarrollo Moral. Bilbao: Desclée De Brouwer, 1992.

LERMA, Héctor Daniel. Metodología de la Investigación. Propuesta anteproyecto y proyecto. Tercera edición-Bogotá: Ecoe Ediciones, 2004.

LOPEZ HERNANDEZ, Claudia. HILO Manual de Formación Cívica y Humanista. Alcaldía Mayor Santa Fe de Bogotá, Jóvenes Tejedores de Sociedad.

LOPEZ, Juan J. ALIÑO, Ipor. DSM-IV TR: Manual Diagnostico y Estadístico de los Trastornos Mentales. Texto revisado. Editorial MASSON, S.A. Barcelona (España) 2001

LOPEZ, Juan José. IBOR, Aliño. D. S. M IV - TR Breviario. Criterios Diagnósticos. Editorial MASSON, S.A, 2002.

MENDEZ, Francisco Xavier. El niño que no sonríe. Estrategias para superar la tristeza y la depresión infantil. Ediciones Pirámide.

MILLON, Theodore. DAVIS D, Roger. Trastornos de la Personalidad: más allá del DSM –IV. Editorial MASSON, S.A. 2000. Barcelona (Madrid),

RAMIREZ, Gabriel Jaime. Entrenamiento Asertivo. Especialización en terapia cognitiva. Universidad de San Buenaventura. Facultad de Psicología Sec. Medellín 2006.

OBST, Julio. Terapia cognitiva II. Edición actualizada. C.A.T.R.E.C, Buenos Aires, diciembre 2008

OFFORD, DR; BOYLE, MH; RACINE, YA. Epidemiology of behavioural and emotional disorders of adolescence: Implications for treatment, research and policy. En: MCMAHON, RJ; PETERS, RD. Behavior disrd adolescence. New York: plenum press, 1990.

PIAGET, J. La evolución entre la Adolescencia y la Adulta. En: Delval J. lectura de psicología del niño. 2. El desarrollo cognitivo y afectivo del niño y del adolescente. Madrid, Alianza Editorial, 1978.

RISO, Walter. Depresión: Avances recientes en cognición y procesamiento de la información. Ediciones Graficas Ltda. Medellín Colombia 1992.

RISO, Walter. Terapia Cognitiva, Fundamentos Teóricos y Conceptualización del Caso Clínico. Primera edición: abril del 2006 Editorial norma. Bogotá 2006.

SEMERARI, Antonio. Historia teorías y técnicas de la psicoterapia cognitiva. Ediciones Paidós Iberica S.A, Barcelona, 2002

TORO, Ricardo José. YEPES, Luis Eduardo. Fundamentos de medicina. Manual de psiquiatría. Tercera edición. Corporación para investigaciones biológicas. Medellín, Colombia 1997.

VALDIVIA, P. Mario. Psiquiatría del Adolescente. Editorial Mediterráneo Ltda. Santiago de Chile de 2006.

VARGAS, Laura. Técnicas Participativas para la Educación Popular. Editorial Alforja, Gobernación de Antioquia, Secretaria de desarrollo de la comunidad. 1984.

CIBERGRAFIA

DE LA PEÑA, V. HERNANDEZ, E. RODRIGUEZ, F. J. Comportamiento Asertivo y Adaptación Social: adaptación de una escala de Comportamiento Asertivo (CABS) para escolares de enseñanza primaria (6-12 años). Facultad de psicología, Universidad de Oviedo.

[http://www.deciencias.net/convivir/1.documentacion/D.habilidades/25.Escala_com_p_asertivo\(CABS\).pdf](http://www.deciencias.net/convivir/1.documentacion/D.habilidades/25.Escala_com_p_asertivo(CABS).pdf). Fecha de consulta 15 de noviembre de 2009.

PALAU, N. BALLESTER M. MORALES, M. RIESCO, N. Relación entre variables psicopatológicas y eficacia de un entrenamiento en asertividad. Cuadernos de Medicina Psicosomática y Psiquiatría de Enlace. Barcelona. 2005/2006. Artículo tomado de <http://www.editorialmedica.com/archivos/cuadernos/Cuad-76-77-Trabajo6.pdf>. Fecha 15 de noviembre de 2009.

LOPEZ, Juan J. ALIÑO, I por. DSM-IV TR: Manual Diagnostico y Estadístico de los Trastornos Mentales. Texto revisado. Editorial MASSON, S.A. Barcelona (España) 2001, <http://www.homo.gov.co/html/inte.asp?sec=8&pag=1>. Noviembre 8 de 2009.

Aumentan problemas de salud mental en Colombia. Colprensa, Bogotá Publicado el 28 de septiembre de 2008. www.elcomombiano.com Organización Mundial de la Salud O M S. disponible en línea <http://www.who.int/es/>. Consultado el día 5 de Junio de 2010

ANEXOS

Anexo A

Ficha Técnica del Cuestionario de Autoesquemas.

Anexo B

Ficha Técnica del Cuestionario de Auto eficacia.

Anexo C

Ficha técnica del cuestionario de Asertividad Rathus modificado

Anexo D

Consentimiento informado

Anexo E

Protocolo de procedimiento para la aplicación de pruebas psicométricas y valoración psicológica

Anexo F

Protocolo de Formulación de Caso Clínico

ANEXO A

FICHA TÉCNICA DEL CUESTIONARIO DE AUTOESQUEMAS

Nombre: C.I.E (cuestionario de autoesquema)

Autor: Diego Castellón, Universidad San Buenaventura

Aplicación: individual y colectiva

Tiempo de aplicación: 20 minutos

Edad: adolescencia en adelante

Evalúa: auto concepto, autoimagen, autoestima

Partes que lo conforman: cuestionario de 48 ítems en escala de Likert

Auto concepto: ítems 1 al 19 $X= 67,5$ $V = 12,3$

Autoimagen: ítems 20 al 31 $X= 43,9$ $V 7,2$

Autoestima: ítems 32 al 48 $\% = 6\&5$ $V12,4$

Autoesquemas: son las estructuras de cogniciones que contienen la información, las creencias, los valores, representaciones con un carácter personal, son quienes facilitan a la persona la interacción con el medio a través de la toma de decisiones y a la capacidad de adaptación de las situaciones nuevas.

Auto concepto: se refiere a como la persona aprende a generar una idea de sí misma frente a lo bueno y lo malo, teniendo como fundamento la influencia de la cultura y el desarrollo de sus relaciones interpersonales.

Autoimagen: se cree que es el ambiente inmediato en el que nos desarrollamos, es el responsable de la apariencia física la cual va a determinar el grado de aceptación y los episodios de interacción con otras personas. Luego todas estas percepciones e imágenes van a ser almacenadas en la memoria a largo plazo, ¿Cómo me veo a mí mismo?

Autoestima: hace referencia a la capacidad y el nivel en que se acepta y se quiere como ser humano, podemos ver cuando hay desordenes de personalidad como aparecen esquemas mal adaptativos, como la venganza, la duda y el daño.

ANEXO B

FICHA TÉCNICA DEL CUESTIONARIO DE AUTOEFICACIA

Nombre: C.A.E

Autor: Albert Bandura (teoría del aprendizaje social 1977)

Aplicación: individual y colectiva.

Tiempo de aplicación: 20 minutos.

Edad: adolescencia en adelante.

Evalúa: autoeficacia

Partes que lo conforman: cuestionario de 23 ítems en la escala de Likert.

- $X = 93.26$ $V = 13,19$

Se suman los puntajes por el valor que tiene cada uno y se invierten los asteriscos.

Auto eficacia: la auto eficacia se ha desarrollado a partir de la noción de control percibido o dominio que la persona ejerce sobre su conducta. En la teoría del aprendizaje social, se conceptualiza como el producto de las diversas fuentes de información surgidas de la experiencia directa e indirecta.

ANEXO C

FICHA TECNICA DEL CUESTIONARIO DE ASERTIVIDAD RATHUS MODIFICADO

Nombre: Rathus Modificado

Autor: Rathus, 1973. En 1986 fue validado y estandarizado para Colombia en el Centro de Estudios Avanzados en Psicología Cognitiva (C.E.A.P.C).

Aplicación: individual y colectiva.

Tiempo de aplicación: 30 minutos.

Edad: adolescencia en adelante.

Evalúa: el grado de asertividad en oposición que presenta el individuo.

Partes que lo conforman: consta de 18 ítems planteados en forma de afirmaciones, con posibilidad de respuesta tipo Likert de cinco opciones presentadas así: (0) Nada característico de mí, nada descriptivo, (1) Muy poco característico de mí, muy poco descriptivo, (2) Poco característico de mí, poco descriptivo, (3) Algo característico de mí, algo descriptivo, (4) Bastante característico de mí, bastante descriptivo, (5) Muy característico de mí, muy descriptivo.

Los baremos de referencia para la calificación del inventario Rathus Modificado son los siguientes: la media es de 53, la desviación mínima es de 40 y la desviación máxima es de 66. Si la persona obtiene resultados por encima de 66 su nivel de asertividad en oposición es alto. Si por el contrario, la puntuación obtenida es inferior a 40 se dice que el nivel de asertividad en oposición es bajo. Si la puntuación obtenida se encuentra entre de 52 y 65, se dice que el nivel de asertividad en oposición esta en la media con una tendencia a la alta. Si por el contrario, el puntaje esta entre 52 y 41 se podría decir que el nivel de asertividad en oposición esta en la media con tendencia a la baja.

ANEXO D

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Título de la Investigación:

Estudio descriptivo del perfil cognitivo que presenta un paciente de veinticuatro años de edad, diagnosticado con Trastorno depresivo mayor, hospitalizado en la ESE Hospital Mental de Antioquia.

Asesor (a) Universitario:

Cesar Jaramillo

Coordinadora del área de Psicología de la ESE Hospital Mental de Antioquia:

Dra. Natalia Ruiz Hernández
Psicóloga especialista en Psicología Jurídica y Forense

Coordinador del servicio de adolescentes de la ESE Hospital Mental de Antioquia:

Dr. Gabriel Jaime Álvarez.
Psiquiatra

Investigadoras:

Lina María Correa Morales
Oneyda Montiel Gelis

Objetivo:

Determinar el perfil cognitivo que presenta un paciente con veinticuatro años de edad, diagnosticado con trastorno depresivo mayor, hospitalizado en la ESE Hospital Mental de Antioquia.

Procedimientos:

Se aplicarán tres pruebas las cuales permitirán evaluar autoesquemas y nivel de asertividad presentes en la paciente de veinticuatro años, diagnosticada con trastorno depresivo mayor, hospitalizada en la ESE Hospital Mental. Para tal fin, se aplicará el cuestionario de autoesquemas C.I.E donde se evalúa autoconcepto, autoimagen y autoestima; el cuestionario C.A.E. que evalúa autoeficacia; y el inventario de asertividad en oposición Rathus modificado con el cual se mide asertividad.

Estas pruebas fueron seleccionadas puesto que permiten orientar la investigación, determinando información que se pretende hallar con dicho trabajo, y, por estar estandarizadas para nuestro país, se consideran que los datos son más precisos y confiables.

Si usted acepta participar en esta investigación, debe firmar el presente consentimiento informado que implica que usted ya lo leyó y el personal a cargo del estudio ha respondido a todas sus preguntas.

La participación en este estudio es estrictamente voluntaria.

Beneficios potenciales:

Al participar en este estudio usted estará ayudando a investigar los autoesquemas y la asertividad presentes en una paciente diagnosticada con trastorno depresivo mayor hospitalizada en la ESE Hospital Mental de Antioquia, pues se consideran que son factores que influyen en la forma como cada ser humano procesa la información.

La recolección de esta información, no solo tendrá fines evaluativos sino que permitirá indagar si son los responsables de detonar o mantener eventos psicopatológicos, lo que podría llevar a intervenciones más precisas.

Confidencialidad

Los registros del estudio que lo identifican a usted, se mantendrán confidenciales, según lo requiere la legislación. Usted acepta que el personal que está llevando a

cabo el estudio, usen y revelen su información de salud al Comité de Docencia e Investigación de la Institución Universitaria de Envigado, a los monitores del estudio y al personal de apoyo de la ESE Hospital Mental de Antioquia.

La información de salud incluye toda la información acerca de usted que sea recolectada durante el estudio de investigación, y la información consignada en la historia clínica que éste relacionada con el estudio de investigación.

La información de salud será acerca de usted, y será usada y revelada para fines académicos y estadísticos relacionados con la investigación. Su información podrá usarse para crear información que no lo identifique a usted. Los datos sin identificación podrán ser usados y dados a conocer por los investigadores de este estudio, incluso para otros fines de investigación. Sin embargo, usted no será identificado por su nombre ni por el documento de identidad, en ninguna publicación ni presentación resultante que utilice información acerca de usted.

AUTORIZACION

He leído y comprendo la información que antecede. He tenido la oportunidad de hacer preguntas y se me han respondido satisfactoriamente. Se me ha explicado todo el lenguaje técnico utilizado en la descripción de esta investigación. Firmo este formulario de consentimiento de forma voluntaria. Presto mi consentimiento y autorizo a que los investigadores tengan acceso a mi historia clínica en la medida necesaria para la revisión y recolección de datos para fines regulatorios o de investigación.

Al firmar este formulario de consentimiento, no he renunciado a ningún derecho legal que de todos modos me corresponde como sujeto de un estudio de investigación.

Paciente

(El paciente deberá firmar, anotar su nombre y la fecha de su puño y letra)

Nombre de la persona que explica y obtiene el consentimiento informado

Firma de la persona que explica y obtiene el consentimiento informado

ANEXO E

PROTOCOLO DE PROCEDIMIENTO PARA LA APLICACIÓN DE PRUEBAS PSICOMÉTRICAS Y VALORACIÓN PSICOLÓGICA:

Todos los pacientes serán evaluados de modo individual. Se realizará la valoración psiquiátrica por los especialistas de la unidad de adolescentes y la valoración psicológica por el psicólogo en formación practicante de la ESE Hospital Mental de Antioquia. Los pacientes que sean incluidos en el estudio, no podrán tener la coexistencia de más de un diagnóstico principal en el Eje I. y su único diagnóstico deberá ser Depresión Unipolar. Éste será dado por el psiquiatra bajo los criterios del CIE 10 y confirmado por el psicólogo de la unidad de adolescentes bajo los criterios del DSM IV TR: Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, lo que reducirá el margen de error en la impresión diagnóstica.

Luego, se descartarán los posibles criterios de exclusión (pacientes psicóticos, con retraso mental moderado a severo, que no se encuentren entre el rango de edad establecido para la investigación y que tengan comorbilidad con otros trastornos mentales). Posterior a esto, el paciente será informado sobre la posibilidad de participar voluntariamente en dicho estudio, donde se definirán los autoesquemas y los niveles de asertividad presentes en los adultos jóvenes.

Seguidamente, se leerá y se explicará el documento donde se encuentra el consentimiento informado y la autorización para la aplicación de dichas pruebas, allí se le comunicará al paciente el título de la investigación, el objetivo, el procedimiento a realizar, los beneficios potenciales y el principio de confidencialidad. Si da su consentimiento en el cual debe anotar su nombre, firmar y colocar la fecha con su puño letra, se procede a hacer la aplicación de las pruebas psicométricas, que serán leídas y explicadas para que el paciente no presente dificultades lectoras y/o de comprensión de los instrumentos psicométricos.

La aplicación de las pruebas psicométricas, la valoración psicológica y la investigación propiamente dicha, se realizarán bajo las siguientes condiciones:

- El acceso al Hospital Mental de Antioquia y a la población meta, específicamente a la unidad de adultos, se hará bajo la autorización formal de la subgerencia prestadora de servicios, el comité de ética, el Centro de Investigaciones del Hospital Mental de Antioquia, el coordinador de la unidad de adolescentes, y la coordinadora del área de psicología de dicha institución.

- La participación del la paciente es voluntaria.
- La valoración psicológica y la aplicación de las pruebas, será en forma individual, en el consultorio para atención médica y psicológica de la unidad de adolescentes, donde la co-investigadora leerá y explicara el consentimiento informado así como las pruebas psicométricas.
- La información será manejada bajo los principios legales de confidencialidad que rigen el quehacer del psicólogo profesional y en formación, consagrado en la ley 1090.
- Se colocara énfasis en las instrucciones y los ítems de la pruebas, así como, en las escalas Likert que dan las posibilidades de respuesta, solicitándole a los participantes contestar sinceramente y sin omisiones.
- El tiempo de aplicación es de 40 minutos aproximadamente.

Estas pruebas entonces, facilitaran no sólo la identificación de los autoesquemas sino también, la evaluación del nivel de asertividad de la paciente hospitalizada en la unidad del Hospital Mental de Antioquia. Lo que permitirá recoger, procesar y analizar información con respecto a los factores cognitivos que pueden estar asociados a la aparición de trastornos mentales en esta etapa específica del desarrollo humano.

ANEXO F

PROTOCOLO DE FORMULACION DE CASO CLINICO

El protocolo de formulación de caso único utilizado en la investigación es el propuesto por Aron Beck¹³⁴, y se define como un método directivo, centrado en la investigación de informaciones concretas, específicas y pertinentes, donde el individuo es la mejor o la única fuente de información sobre su propia experiencia, sus relaciones interpersonales, sus emociones y pensamientos. Este instrumento entonces, es útil ya que permite explorar la historia personal y los datos observacionales informales de la persona. El protocolo consta de:

Datos generales: identificación del paciente, contiene datos generales como nombre, apellidos, edad, escolaridad, ocupación, número de identificación que corresponde al número de historia clínica.

Tratamientos psicológicos anteriores: Procesos de intervención previos bien sea por el mismo motivo o por otro, debiéndose especificar la época de la intervención, el origen de la demanda y los logros alcanzados.

Datos Médicos: Historia de enfermedades relevantes padecidas, accidentes, tratamientos prolongados, intervenciones quirúrgicas o consumo de drogas farmacológicas.

Motivo de consulta, *el cual contiene:*

- **Origen de la remisión:** descripción si la paciente viene por voluntad propia, por remisión profesional o institucional o si viene por sugerencia de alguien cercano a él.
- **Queja de la paciente:** descripción textual del motivo expuesto por la paciente, escribiendo la frase clave que encierra la queja. Los pacientes generalmente plantean el motivo de consulta en términos sintomáticos, de disfuncionalidad o

¹³⁴ BECK, Aarón T. RUSH, A. Jhon. SHAW, Brian F. y EMERY, G. Cognitive Therapy of Depression (Terapia cognitiva de la depresión). Año de edición 1983. New York: Guilford Press (Trad. esp. en Bilbao: Desclée de Brower, 1983). Librería Paidós.

de perturbación. El terapeuta debe buscar explicitar en términos cognitivo-conductuales la queja de la paciente.

- **Demanda:** Se refiere a las expectativas que plantea el paciente con respecto al proceso que se inicia. Es muy importante porque la demanda orienta el encuadre.

Diagnóstico Multiaxial: Definición hipotética del caso de acuerdo con los criterios del DSM-IV. Se plantea la hipótesis o impresión diagnóstica del caso basada en la información obtenida en el proceso de evaluación. Ubica la formulación en términos psicopatológicos, de manera que sean comprensivas las hipótesis formuladas.

Se debe realizar siguiendo los criterios multiaxiales propuestos por los manuales psicopatológicos de la APA (DSM). El diagnóstico se plantea en los siguientes ejes:

Eje I: Trastornos clínicos.

Eje II: Trastornos de personalidad y retardo mental.

Eje III: Enfermedades médicas relacionadas.

Eje IV: Problemas psicosociales y ambientales.

Eje V: Evaluación de la actividad global.

Análisis descriptivo: Estudio sintomático y evolución de los síntomas (crisis actual).

- **¿Cómo comienza a gestarse la crisis actual?** (tiempo cero): Factores personales y ambientales asociados a la aparición de la crisis actual. Se espera que no sea de un periodo superior a seis meses por la estabilidad de un episodio de perturbación emocional o psicológica.

- **¿Cómo evolucionan los síntomas?:** Descripción del proceso de evolución percibido en el sujeto a partir de la aparición de los síntomas actuales. Definir estrategias de afrontamiento desarrolladas por el paciente y los resultados de las mismas.

- **Consecuencias personales y/o ambientales:** Nivel de afectación que implica la crisis para el desempeño de las actividades cotidianas del paciente, para su

estabilidad emocional, sus relaciones interpersonales y otras áreas de influencia del caso.

- **Qué piensa del problema:** Descripción del auto - percepción del problema por parte del paciente, grado de conciencia que tiene de la situación, expectativas de superación del caso y asunción de compromisos personales frente al mismo.

Técnicas de evaluación: *Pruebas aplicadas* test aplicados, acompañados de los respectivos puntajes obtenidos presentados bien sea de manera descriptiva o gráfica. Se deben explicar en forma sucinta los datos obtenidos, sin necesidad de hacerse análisis profundos en este ítem. Otras estrategias de recolección de información: registros, monitoreo, auto formatos, cuestionarios, entre otras. También debe presentarse un comentario general que contextualice los datos, sin necesidad de explicaciones interpretativas profundas.

Condiciones de vida y análisis ambiental.

- **Factores predisponentes** (transitorios y estables): variables personales asociadas con la vulnerabilidad al trastorno o a los síntomas, que se presentan de manera estable o difícilmente modificable (como una malformación genética, un rasgo definido u otros) o de manera transitoria o de poca estabilidad (como un estado económico, una situación afectiva determinada, entre otras).
- **Factores de riesgo:** Variables del ambiente que se asocian a la aparición o mantenimiento de los síntomas o del trastorno. Son factores externos, que hacen parte del entorno en el que coexiste el sujeto.
- **Factores de protección:** Variables estables que permiten al sujeto tener un apoyo o herramienta frente a los contenidos esquemáticos desadaptativos. Incluye factores como rasgos estables, metas definidas, características globales positivas, entre otras.

Análisis disposicional / motivacional: Variables transitorias que definen las motivaciones, expectativas y disposiciones específicas del sujeto en el momento determinado de la intervención. Tiene que ver con sus gustos, hobbies, pasatiempos, entretenciones, y demás aspectos que le llaman la atención al paciente.

Análisis histórico:

Historia del problema (crisis anteriores): Episodios anteriores relacionados con el problema actual. Se debe señalar la etiología, evolución y mantenimiento de los síntomas, de manera que se observe la historia clara del problema. No tienen que ser antecedentes de manifestación similar a la crisis actual, pero sí de la misma naturaleza.

Historia personal relevante: Aspectos de la anamnesis que se consideran relevantes para el caso. Tiene que ver con experiencias tempranas, áreas vitales del sujeto, experiencias de impacto, relaciones interpersonales, desempeño en diversos ámbitos, y demás datos que, según el caso, se consideren de importancia para la comprensión actual de los síntomas.

Estudio genético biológico: Patrones familiares asociados con el cuadro patológico. Se tiene en cuenta hasta el segundo orden de consanguinidad, incluyendo padres, hijos, hermanos, tíos y abuelos.

Análisis estructural:

En la formulación cognitiva se privilegia el análisis estructural en tanto da cuenta del estilo de procesamiento de la información cognitivo-afectivo-comportamental, o dicho de otra forma, al Perfil Cognitivo en relación a la especificidad de contenido de la alteración en cada trastorno. Puede ser analizado en función de su perfil particular. Este análisis define la estructura cognitivo-afectiva-comportamental en términos de su predisposición a actuar (vulnerabilidad).

- **Definición de esquemas nucleares:** El esquema nuclear, o creencia central, está referido a la auto percepción de sí mismo, la percepción de la gente y el mundo, contiene información semántica y episódica.
- **Creencias intermedias:** Las creencias intermedias se derivan de la relación que el sujeto ha tenido con el contenido de los esquemas nucleares. Por lo general se convierten en factores de perpetuación o mantenimiento de las creencias centrales en tanto afirman o desconfirman el contenido de éstas. Las creencias intermedias se definen a manera de actitudes, supuestos y reglas.

- **Estrategias compensatorias:** Las estrategias son formas de conducta programada destinadas a servir a metas biológicas, son conductas estereotipadas altamente pautadas favorables a la supervivencia individual y la reproducción. En los seres humanos el término estrategias puede aplicarse tanto a conductas adaptadas como inadaptadas.
- **Emociones derivadas:** Consiste en la definición de los esquemas emocionales, que se manifiestan en estilos o tendencias afectivas en el sujeto. Las emociones primarias no son objeto de atención clínica, mientras que las secundarias y terciarias sí, por el contenido de elaboración cognitiva implicado en ellas.

Análisis funcional: Se presenta la relación gráfica entre las situaciones estimulares, antecedentes asociados con la aparición de las manifestaciones sintomáticas, los pensamientos automáticos derivados, las reacciones (emocionales, fisiológicas y conductuales) y las consecuencias que recibe el sujeto (modificaciones en el ambiente producto de las respuestas emitidas). El análisis funcional permite establecer patrones característicos en las situaciones elicitoras, naturaleza y características de los pensamientos automáticos, características de las reacciones del sujeto y variables contingenciales asociadas como mantenedores o reforzadores de las respuestas.

Análisis informacional complejo: Análisis *general de la información (conclusiones del caso,)*. Juicio clínico en el que se plantean conclusiones derivadas de la información.

Análisis Nomotético: Explicación conceptual del caso en términos psicopatológicos o con base en teorías psicológicas que lo sustenten. Se basa en criterios preestablecidos a manera de leyes generales que soportan conceptualmente los planteamientos hechos. Se puede recurrir a posturas teóricas cognitivas, de la psicopatología o del aprendizaje, entre otras.

Análisis Idiográfico: Descripción del caso en términos subjetivos, es decir, explicación de los planteamientos hechos en la formulación que dan cuenta de la vivencia del sujeto de los síntomas o del caso en general, planteando la etiología, la evolución y afectación del caso de acuerdo con la experiencia particular del paciente.

Blancos y metas terapéuticas

- **Blancos terapéuticos:** Son los elementos de la unidad informacional que se pretende modificar. Pueden plantearse a manera de esquemas maladaptativos, errores en el procesamiento de la información, pensamientos disfuncionales, emociones inconvenientes o conductas que resultan desadaptativas.
- **Metas terapéuticas:** Se refieren a los resultados esperados o expectativas frente al proceso. Se plantean como logros que se presentan como alternativos para los elementos descritos en como blancos terapéuticos.

Diseño terapéutico: La selección del tratamiento más eficaz para el caso se establece en función de estadios clínicos que siguen un protocolo estandarizado y riguroso de laboratorio que garantiza su validez interna. Igualmente se recurre a la experiencia y juicio del clínico para establecer cuáles son los procedimientos más indicados para el caso.

Estrategias de mantenimiento de los logros obtenidos: planteamiento de estrategias de seguimiento que permiten definir la estabilidad de los logros obtenidos a partir de la intervención.
