



**PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR  
FACULTAD DE PSICOLOGÍA**


### **DECLARACIÓN y AUTORIZACIÓN**

Nosotras: **PAMELA BETSABÉ CASTELLANOS SAIGUA, CC: 1720737053** y **CARLA FERNANDA ESTRELLA ARMENDÁRIZ, C.C: 1717315350**, autoras del trabajo de graduación intitulado: **“ANSIEDAD Y DEPRESION EN LAS INTERRELACIONES DE PAREJA”**, Estudio realizado en **25 parejas de padres de familia del Colegio Técnico Patrimonio de la Humanidad de la ciudad de Quito en mayo y junio del 2012**, previa a la obtención del título profesional de **PSICÓLOGA CLINICA**, en la Facultad de **Psicología**

1.- Declaramos tener pleno conocimiento de la obligación que tiene la Pontificia Universidad Católica del Ecuador, de conformidad con el artículo 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior, de entregar a la SENESCYT en formato digital una copia del referido trabajo de graduación para que sea integrado al Sistema Nacional de Información de la Educación Superior del Ecuador para su difusión pública respetando los derechos de autor.

2.- Autorizamos a la Pontificia Universidad Católica del Ecuador a difundir a través de sitio web de la Bilioteca de la PUCE, el referido trabajo de graduación, respetando las políticas de propiedad intelectual de Universidad.

Quito, octubre 2012

  
**PAMELA BETSABÉ CASTELLANOS SAIGUA**  
CC. 1720737053

  
**CARLA FERNANDA ESTRELLA ARMENDÁRIZ**  
CC: 17173153350

**PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATOLICA DEL ECUADOR  
FACULTAD DE PSICOLOGÍA**

**DISERTACIÓN PREVIA AL TÍTULO DE PSICÓLOGAS CLÍNICAS**

**ANSIEDAD Y DEPRESIÓN EN LAS INTERRELACIONES DE PAREJA.**

**Estudio realizado en 25 parejas de padres de familia del Colegio Técnico Patrimonio de la Humanidad, en mayo y junio del 2012 a partir de la Teoría Cognitiva de Aaron Beck y Albert Ellis**

**REALIZADO POR:**

**PAMELA BETSABÉ CASTELLANOS SAIGUA  
CARLA FERNANDA ESTRELLA ARMENDÁRIZ**

**DIRECTOR:**

**DR. CARLOS QUIROZ P.**

**QUITO, 2012**

A mis padres ejemplo de  
esfuerzo y dedicación,  
por todo su amor y apoyo.

*Betsabé*

A mis padres, Ramiro y  
Paulina, por el ejemplo,  
el amor incondicional y  
la infinita paciencia.

*Carla*

## **AGRADECIMIENTOS**

A todas aquellas personas que durante mi formación han aportado para que mi profesión se convierta en motor importante de mi vida. A mis padres constante ejemplo de amor incondicional, de esfuerzo y perseverancia. A mi hermano por ser el mejor amigo, y el mejor padre para mis hermosos sobrinos: Micaela y Sebastián. A ellos también por su cariño infinito. A Henry por tener las palabras y los detalles precisos en los momentos más difíciles, por su amor y su apoyo. A Carlita por la comprensión, el buen humor y la amistad que trasciende el tiempo.

Finalmente a mis estudiantes, que con su confianza, su espontaneidad y su cariño sincero inspiran cada acción y trabajo que realizamos juntos.

*Betsabé*

A Dios, por tantas Bendiciones recibidas.

A mis amados hijos: Joaquin y Amira, porque su sonrisa es mi fe, su mirada mi fuerza, y su felicidad es mi norte.

A mis padres, por ser el ejemplo de amor y comprensión más perfecto.

A Andrés, por el amor, el apoyo y sobre todo por haber creído en mi

A mi abuelita Suquita por la preocupación y el afecto.

A mi amiga desde el primer día, Betsa, por tantos buenos momentos y por haber logrado esto juntas.

Y a todas las personas que me han apoyado de una u otra forma, para llevar a cabo esta fase de mi vida.

*Carla*

Queremos además agradecer de manera especial al Dr. Carlos Quiroz por su paciencia, por las enseñanzas impartidas, por su exigencia, por su don de gente y por su apoyo para realizar este trabajo. Y a las Doctoras Natalia Quiroz y Carmen Illescas por su tiempo y señalamientos oportunos.

## INDICE

RESUMEN .....	III
INTRODUCCIÓN .....	IV
CAPÍTULO 1: LA PAREJA DESDE LA TEORÍA COGNITIVA.....	1
1.1 Breve reseña de la teoría cognitiva desde Aaron Beck y Albert Ellis.....	1
1.1.1 La terapia cognitiva desde Aaron Beck y Albert Ellis.....	2
1.1.2 La Terapia Cognitiva en este estudio .....	10
1.2 La pareja.....	11
1.2.1 Definición de pareja.....	11
1.2.2 La pareja en la historia .....	13
1.2.3 Modelos de pareja a través de la historia.....	17
1.2.4 Otras perspectivas de la pareja.....	19
1.2.5 Motivos para la elección de pareja .....	20
1.2.6 Ciclo de conformación de las parejas.....	22
1.2.7 Conformación del vínculo de pareja .....	25
1.3 Los modelos cognitivos en el estudio de las interrelaciones de la pareja .....	27
1.3.1 El Modelo de Ellis.....	27
1.3.2 El Modelo de Beck .....	28
1.4 El conflicto en la pareja.....	29
1.4.1 Tipos de Conflicto.....	30
1.4.2 Desencadenantes de conflicto .....	30
1.4.3 Conductas durante el conflicto .....	31
1.4.4 Pensamientos durante los conflictos .....	32
1.4.5 Solución de conflictos.....	33
1.4.6 Situación social del conflicto de pareja.....	33
CAPÍTULO 2: ANSIEDAD Y DEPRESIÓN DESDE LA TEORÍA COGNITIVA .....	35
2.1 Ansiedad.....	35
2.1.1 Definiciones.....	36
2.1.2 Ansiedad Versus Miedo .....	37
2.1.3 Factores que determinan el aparecimiento de ansiedad.....	38
2.1.4 Síntomas de la ansiedad.....	40

2.1.5 Tipos de Ansiedad.....	41
2.1.6 Respuesta Fisiológica del cuerpo frente a la ansiedad .....	41
2.1.7 Las creencias irracionales propuestas por Albert Ellis .....	43
2.1.8 El tratamiento de la ansiedad.....	47
2.1.9 La ansiedad en la teoría cognitiva.....	47
2.2 Depresión .....	49
2.2.1 Definiciones.....	49
2.2.2 Respuestas fisiológicas del cuerpo frente a la depresión.....	51
2.2.3 Estadísticas sobre la depresión .....	53
2.2.4 La depresión desde las corrientes psicológicas .....	55
2.2.5 La depresión desde la teoría cognitiva.....	57
CAPÍTULO 3: INVESTIGACIÓN DE CAMPO .....	61
3.1 Características de la población.....	61
3.2 Protocolo de aplicación para el estudio .....	62
3.2.1 Inventario de Ansiedad de Beck.....	62
3.2.2 Inventario de Depresión de Beck .....	65
CAPÍTULO 4: ANÁLISIS DE RESULTADOS .....	68
4.1 Datos finales .....	68
4.1.1 Análisis de resultados del Inventario de Ansiedad de Beck .....	68
4.1.2 Análisis de resultados del Inventario de Depresión de Beck.....	70
CONCLUSIONES.....	74
BIBLIOGRAFÍA .....	78
ANEXOS .....	82

## RESUMEN

La presente disertación surge de nuestro interés como estudiantes de psicología para abordar las interrelaciones de pareja y dentro de esta temática aproximarnos con un estudio específico hacia las condiciones de ansiedad y depresión que pueden influir para que se forme un conflicto o diversas connotaciones de crisis. Valoramos por tanto, la importancia que tiene tratar a las interrelaciones de pareja como núcleo de otras dinámicas sociales tales como la vida de familia y en general la dinámica interactiva de las diversas organizaciones de la sociedad actual..

Nos convoca el estudio e investigación teórica, desde el aporte de la Terapia Cognitiva, por tal razón, esta disertación consulta la teoría cognitiva, tomando como referencia principalmente los textos de: Aaron Beck y Albert Ellis, así como también las obras de otros autores que han investigado sobre la pareja, sus interacciones y el conflicto.

Esta disertación corresponde al tipo teórico- aplicado y tiene como finalidad fundamentar teóricamente como influirían la presencia de ansiedad y/o depresión en las interrelaciones de pareja.

El estudio de caso tiene como finalidad abordar la presencia del conflicto en las parejas a partir de la manifestación de ansiedad y depresión en una o ambas de las personas que conforman la misma; para este fin, aplicamos en las parejas, los Inventarios de Depresión y Ansiedad de A. Beck.

Para este fin, se ha seleccionado al Colegio Técnico Patrimonio de la Humanidad, de la ciudad de Quito. Dentro del cual, el Departamento de Orientación y Bienestar Estudiantil, a través del seguimiento que realiza nos refirió 25 parejas de padres de familia quienes atraviesan situaciones de conflicto moderado.

Cabe señalar que a través del estudio aplicado se pudo determinar que la presencia de ansiedad y depresión, en la experiencia habitual de las parejas, además de otros factores, hace que la aparición de conflictos sea más frecuente.

## INTRODUCCIÓN

Nuestro interés por el tema surgió a partir de la observación de dos factores, el aumento de la frecuencia en la disolución del vínculo de pareja, y la necesidad de que las personas cuenten con herramientas psicológicas que les permitan hacer frente a los conflictos que pueden surgir en la convivencia.

Por otra parte, en nuestro medio, hemos constatado la falta de estudios científicos o académicos, que profundicen el abordaje teórico sobre la presencia de cuadros de conflicto en las parejas y de los factores que lo generan. Cabe mencionar también que a lo largo de nuestra formación académica no se ha profundizado este espacio particular de abordaje psicológico.

En el plano profesional y laboral, la problemática del conflicto de pareja, requiere de una formación y entrenamiento efectivo en nuevas estrategias y enfoques interdisciplinarios para encontrar un sustento de teoría y práctica que nos permita como futuras psicólogas, poseer las competencias necesarias para atender y guiar a que las parejas guiar a que las parejas trabajen creativamente en nuevas formas de pensamientos, sentimientos y actitudes como herramientas valiosas con las que puedan hacer frente a los conflictos futuros.

Analizar a la pareja, en sus interrelaciones, nos conduciría a pensar y profundizar sobre la necesidad de trabajar desde la experiencia concreta y actualizante, para procurar soluciones que la fortalezcan desde cada uno de los integrantes y así preservar el núcleo de la familia y ayudar a que la convivencia de todos, sea más llevadera.

Dado que la depresión y la ansiedad son los trastornos del estado de ánimo más frecuentes en las personas, nos interesamos en realizar un trabajo sobre la posibilidad de que ambas, al estar presentes en uno o ambos miembros de la pareja, incidan directamente en la aparición de conflicto tenga conflicto.

Para ello, desarrollamos el estudio de caso, con parejas, que conviven juntos y cuyas edades oscilen entre 25 y 40 años. Las parejas pertenecen a los padres de familia del Colegio Técnico Patrimonio de la Humanidad. Este colegio está ubicado al norte de la ciudad de Quito y las familias pertenecen a una clase social “popular”.

Cabe destacar que el presente trabajo se lo realizó siguiendo ciertas fases de abordaje a partir de la teoría cognitiva. Se incluye la aplicación de una entrevista y dos inventarios, uno de ansiedad y otro de depresión. Finalmente, se procesa el estudio con una reflexión central; así la interrogante que originó nuestra disertación fue: ¿Son la ansiedad y la depresión factores que inciden en la presencia de conflicto en la pareja?

El objetivo general que guió esta disertación fue el abordar de manera descriptiva cómo influyen las condiciones de la experiencia interna además de ansiedad y depresión, para que se forme un conflicto en la pareja, para así, evidenciar si la presencia de ansiedad o depresión en el individuo, además de su historia personal y de las dificultades del diario vivir, influye en la aparición de conflicto.

Cada uno de los capítulos de esta disertación, se realizaron en base a los objetivos específicos, así, el capítulo uno, se centró en elaborar un contenido teórico sobre la pareja desde la perspectiva cognitiva en sus contextos de vida común y en cuanto a su estructuración, vinculando ambas nociones; en el capítulo dos se elaboró un marco teórico sobre la ansiedad y la depresión, desde el enfoque de la terapia cognitiva; en el capítulo tres se trabajó la parte aplicada, estableciendo un protocolo de aplicación para el trabajo de campo, que consistió en la aplicación de los Inventarios de depresión y ansiedad de Beck en las parejas seleccionadas, y en el capítulo cuatro se centró en analizar los resultados obtenidos en los Inventarios de ansiedad y depresión de Beck.

Esta disertación pretende ser una base teórica para entender que el o los trastornos que pueda sufrir una persona, inciden no solo en su vida personal, sino además en la vida de pareja y en otras interrelaciones sociales.

## **CAPÍTULO 1: LA PAREJA DESDE LA TEORÍA COGNITIVA**

La pareja es un tema que sin duda ha sido abordado por diferentes corrientes psicológicas, en este documento, se la abordará desde la perspectiva de la teoría cognitiva.

### **1.1 Breve reseña de la teoría cognitiva desde Aaron Beck y Albert Ellis**

Por su significado, cognición es “toda operación mental (pensamiento, abstracción, memoria, etc.) que intervenga en el procesamiento de la información, la adquisición de conocimiento y la planificación de cualquier actividad” (Casarrubios y García, 2002, p.48).

Según, Houdé (2009, p.36), Cognición es “el pensamiento, la inteligencia el sentido general, los conocimientos y las operaciones mentales de un individuo, cuyo órgano es el cerebro”.

Así, se podría afirmar que, lo cognitivo hace mención a los procesos intelectuales, y que las terapias cognitivas tienen como objeto de estudio, los procesos cognitivos.

Las cogniciones implican operaciones por las que se hacen modos de procesar o concebir la realidad, así como: pensar, sentir, juzgar. Las cogniciones están organizadas en esquemas mentales, que forman la trama sobre la que se apoya tanto la conducta como la orientación de las relaciones interpersonales. Es decir, la mente se constituye por una actividad procesal a través de la cual cada persona se autoorganiza al mismo tiempo que se constituye como un sujeto transformador de la realidad (Fernández-Álvarez, 2008).

El modelo cognitivo está interesado en el estudio de la mente. Para especificar se diría que la terapia cognitiva se centra específicamente en los pensamientos automáticos, las distorsiones cognitivas, el esquema nuclear, las emociones negativas y la problemática en general del paciente (Riso, 2009).

Para completar la explicación anterior, es necesario definir que es “mente”; sobre lo que Fernández-Álvarez (2003), señala:

“La mente es un sistema procesal que tiene la propiedad de permitirle al ser humano organizar su despliegue vital y sus conductas en la forma de una experiencia, lo que implica establecer su posición en el mundo por medio de una intensa y complejísima labor gnoseológica. El ser humano opera como un experto que investiga la realidad con el ánimo de encontrar la mejor manera de situarse en ella y llevar a cabo el cumplimiento de algún proyecto personal. En un sentido amplio, la mente es un órgano de conocimiento que se despliega frente a las cambiantes condiciones que rodean la existencia. Es así que la mente cumple una tarea eminentemente cognitiva (p.237).

La Teoría cognitiva, centra su atención en el estudio sobre la mente humana y los procesos relativos a ésta.

### **1.1.1 La terapia cognitiva desde Aaron Beck y Albert Ellis**

La terapia cognitiva, surgió como una evolución de la Teoría Conductista; principal forma de intervención en la Psicología Clínica de los años sesentas. (Caro, 2007). Nació en la costa este de los Estados Unidos, como una evolución de la Teoría Conductista; principal forma de intervención en la Psicología Clínica. Beck y Ellis fueron sus pioneros y en sus inicios estuvo asociada con las técnicas de modificación de conducta. Cuarenta años más tarde, el campo de la T.C. es un vasto y heterogéneo conjunto de procedimientos. (Riso, 2009).

Liotti y Reda, (1981, citados en Caro, 2007) proponen que la terapias cognitivas, se desarrollaron como un proceso dialéctico, en un movimiento que se alejaba de los excesos teóricos y las limitaciones prácticas del psicoanálisis clásico y del conductismo.

Beck y cols. (1979, citado en Caro, 2007), plantean que la terapia cognitiva (TC<sup>\*</sup>) es una terapia estructurada, con límite de tiempo y orientada al problema que pretende aliviar el malestar psicológico mediante la modificación de los esquemas disfuncionales (creencias) y del procesamiento de la información sesgado tal y como póstula el modelo cognitivo.

Según Caro (2007), se puede considerar a las terapias cognitivas como uno de los modelos psicológicos más firmemente asentados en la actualidad. Y que, además forman parte de un campo que interesa a muchos profesionales, y que además se puede abordar desde algunas vertientes.

La terapia cognitiva es un tipo de psicoterapia que se basa en un modelo de los trastornos psicológicos que defiende que la organización de la experiencia de las personas en términos de significados (Beck, 1967, 1976). Estos significados dan sentido a la vida y son propios para cada individuo.

Podría decirse que para la terapia Cognitiva, lo importante es la forma de pensar y actuar, mismas que están definidas por aspectos psicológicos bien diferenciados, como son: la cognición, el razonamiento y el comportamiento. Puesto que, el conocimiento determina nuestra manera de pensar, y éste a su vez condiciona la forma en la que actuamos.

#### **1.1.1.1 Objetivos de la Terapia Cognitiva**

Sería importante conocer los objetivos de la terapia, pues son estos los que marcan la efectividad de la misma. Y, son a partir de ellos, que se puede dar orden, sentido y hacer funcionar a la terapia. Así es que como la terapia cognitiva, tiene que ver directamente con la mente de la persona; su objetivo vendría a ser ayudar al paciente a tomar conciencia de que está haciendo interpretaciones equivocadas o exageradas y por ende negativas. Así, actuaría sobre los patrones de conducta erróneos con la intención de limitarlos y a su vez reforzar los patrones adecuados.

Las perturbaciones psicológicas, según el modelo cognitivo, se originan en distorsiones del pensamiento, que modifican el estado de ánimo y la conducta del paciente. Si sucede que el pensamiento es sometido a una *evaluación realista* producirían que esos estados mejoren.

Baringoltz (1988, en Caro 2007), afirma que la terapia cognitiva es *directiva*, en el sentido de que se dirige a definir objetivos claros. Objetivos que son planteados y trabajados conjuntamente por paciente y terapeuta. También propone que el objetivo principal, sería ayudar al paciente a manejarse mejor en la ejecución de su plan de vida.

También señala que, no se considera "curar" como la meta, ya que el límite entre lo sano y lo enfermo es difícil de definir; entonces, la terapia cognitiva se propone enseñar un modelo

para enfrentar problemas emocionales (depresión, miedos, dificultades sociales, etc.) que el paciente, pueda utilizarlo por sí mismo, y en indefinidas ocasiones, según lo necesite.

Esta terapia consiste por lo tanto en un proceso destinado a promover cambios en el sistema mental, siempre que su funcionamiento dé lugar a un padecimiento psicológico persistente, para el que las personas no encuentran un sentido en el mapa de su universo de significación personal.

Lo que pretende la terapia cognitiva, es dar cuenta de los aspectos *inobservables*; es decir, dar respuesta sobre los mecanismos responsables ocultos de la realidad. Dice Riso (2009), que la terapia cognitiva defiende la teorización y la utilización del método hipotético deductivo, como aspectos centrales de la actividad científica.

#### **1.1.1.2 Principios de la terapia cognitiva**

Beck (2001, Freeman y otros 2004, citado en Riso, 2009), propone que al menos existen 7 principios básicos en los que se fundamenta la Terapia Cognitiva, y que a continuación serán expuestos y explicados brevemente:

- Principio 1: “La TC se fundamenta en una conceptualización cognitiva del paciente y sus problemas” Propone que el terapeuta realice el estudio del paciente en tres niveles: a) las interacciones entre pensamientos automáticos y distorsiones cognitivas con las emociones, b) los autoesquemas implicados y las estrategias de autopercepción; y c) los esquemas de segundo orden o la visión del mundo del paciente y como se relaciona con las estructuras cognitivas. Proponen además que los tres niveles interactúan simultáneamente.

La TC se fundamenta no solo en principios psicológicos informacionales y además en ciencias afines –como biología, sociología, antropología-, pues se orienta a producir cambios cognitivos que afectarán a los aspectos emocionales y a los comportamientos motores.

- Principio 2: “La TC enfatiza la colaboración estrecha con el paciente” en la TC, hay una relación terapéutica muy estrecha, con el objetivo de superar problemas manifiestos y no manifiestos del paciente. En la TC, el paciente no es pasivo ni un oyente, sino que debe asumir una posición responsable y activa para propiciar los cambios.

- Principio 3: “Una parte importante de la TC está relacionada con planear y alcanzar objetivos y resolver problemas concretos” mediante la ayuda del terapeuta, el paciente logra identificar objetivos y hacer avances que le permitan llegar a los cambios. El tiempo que el terapeuta necesite para identificar los objetivos y desarrollar las estrategias a utilizar, dependerá de cada paciente y su trastorno.
- Principio 4: “La TC es educativa, tiene por objetivo enseñar al paciente a ser su propio terapeuta y pone énfasis en la prevención y en las recaídas” Señalan este punto como fundamental pues es una forma de ir más allá de los problemas en concreto del paciente, sino más bien enseñarle el origen y el desarrollo de sus esquemas negativos, como se disparan y como se autoperpetúan, y la forma en la que debe cambiar los pensamientos negativos para lograr así superar el mal. También se creería que este es un punto primordial, pues procura a que la cura del paciente no sea pasajera, sino que le permita tener los recursos necesarios para enfrentarse a futuras situaciones en las que puedan haber recaídas. “Una cosa es el alivio o los tratamientos paliativos y otra la verdadera cura, es decir, la modificación esquemática” (Hollon, 2003 citado en Riso, 2009)
- Principio 5: “La TC destaca tanto el presente como el pasado” Para lograr una verdadera modificación cognoscitiva es importante que se incluya el pasado, pues permitiría al paciente apropiarse de su caso, y conocer la razones por las que se conformó el problema. Muchas de las técnicas cognitivas se basan en reestructurar la información obtenida en experiencias del pasado.
- Principio 6: “Las sesiones de la TC son estructuradas, pero flexibles” El terapeuta tiende a armar una estructura de las sesiones que se van a trabajar, según el caso presentado, pero, no significa que dada la necesidad, no pueda modificarse. El terapeuta puede y debe en ciertos casos usar su imaginación e improvisación. Pero de todas formas sí existe una estructura básica de las sesiones.
- Principio 7: “La TC se sirve de una variedad de técnicas para cambiar el sistema de procesamiento de las pacientes” la TC puede recurrir a técnicas cognitivas para modificar comportamientos motores o a técnicas conductuales para modificar estructuras afectivas o cognitivas. “La meta de la TC es la modificación cognitiva del procesamiento de la información alterado en sus distintos niveles de complejidad”

Se esperaría que la fiel secuencia de estos principios, sean la razón por la que la terapia cognitiva es tan útil para ayudar a los clientes a cambiar sus esquemas mentales.

### **1.1.1.3 Aaron Beck y Albert Ellis**

Los autores más renombrados de la Terapia Cognitiva son: Albert Ellis y Aaron Beck. Albert Ellis, trabaja desde la “Reestructuración Cognitiva”, y fue fundador de la Terapia Racional Emotiva. Aaron Beck, desarrolla un proceso de Terapia Cognitiva o Terapia de Reestructuración Semántica. Ambos, se movilizan hacia posiciones integradoras en relación con otros modelos de los que inicialmente se mostraban bastante separados y promueven un abordaje dinámico para el ser humano, que al ser un ente tan complejo, necesita no de una, sino de varias perspectivas científicas para poder estudiarlo y comprenderlo.

Caro, (2007), hace una breve pero basta cronología sobre la terapia, desde estos autores. Así: Ellis, un psicólogo clínico, que fue entrenado de inicio como psicoanalista. Sin embargo, abandonó el psicoanálisis, para buscar una vía más rápida para ayudar a cambiar a los pacientes. Originalmente, su Terapia Racional (TR), se centró en capacitar a los pacientes para que reconozcan las distorsiones de sus pensamientos. En 1962, se convirtió en Terapia Racional Emotiva (TRE) y más recientemente en Terapia Emocional Emotiva. Una de las contribuciones más importantes de este autor, es la distinción entre creencias <racionales> y creencias <irracionales> (Dryden y Ellis, 1986, citado en Caro, 2007). Las creencias racionales son preferenciales y son útiles para ayudar a que el individuo obtenga lo que quiera; mientras que las creencias irracionales son de naturaleza más dogmática y absolutista y pueden evitar que el individuo consiga lo que quiere. Hay una asunción tácita de que las creencias racionales suponen menos afectos negativos que las creencias irracionales. (Caro, 2007).

Otro aporte importante de Ellis, fue el desarrollo del método A-B-C, utilizado posteriormente para el análisis y cambio cognitivo conductual.

Ellis argumentaba que la creencia (B), acerca de un acontecimiento (A), conduce a una consecuencia (C), en lugar de que se establezca una conexión directa A-C; entonces, se

podría cambiar C, si se cambia B, aún así que A no cambie. La teoría de Ellis es cognitiva, pues exige una nueva percepción de los sucesos.

El cambio conductual está al servicio del cambio cognitivo y el objetivo final es producir un profundo cambio filosófico más que un simple alivio del síntoma (Caro, 2007). La TRE asume que el individuo tiene la capacidad de cambiar sus pensamientos, aún frente a circunstancias adversas, y así mejorar la salud mental.

La terapia cognitiva es ahistórica, pues Ellis no creía necesario preguntar por sentimientos o pensamientos pasados; pues lo que es importante, es encontrar y combatir las creencias irracionales del momento actual. (Caro, 2007)

Por otra parte, y siguiendo con la reseña histórica presentada por Caro (2007): Aaron Beck, un psiquiatra que también fue formado como psicoanalista. Tras varias investigaciones sobre la depresión, le fue posible desarrollar el modelo cognitivo (triada) de la depresión, basado en las cogniciones negativas que tiene la persona sobre sí mismo (pensamientos negativos), sobre sí mismo, sobre el mundo y el futuro. Planteaba que en la depresión sucede un proceso cognitivo distorsionado. Y estas distorsiones son similares en concepto a las creencias irracionales de Ellis.

Beck propuso que para la terapia cognitiva es necesario que se identifiquen y se cambien los pensamientos automáticos, para este fin, Beck utilizaba la asociación/ descubrimiento guiado, entre otras intervenciones relacionadas.

Entonces, al igual que la TRE, parte de un proceso de identificación y corrección de las distorsiones cognitivas.

#### **1.1.1.4 La Relación Paciente- Terapeuta**

Se podría afirmar que toda psicoterapia, está marcada sin duda alguna, por la relación que existe entre el paciente –el que acude a solicitar ayuda a algún problema que lo aqueja-, y el terapeuta –la persona que se ha formado-.

Para la terapia cognitiva, el paciente adquiere un estatus de “experto”. Así lo señalan Ledley, Marx y Heimberg (2005, citado en Riso, 2009), cuando dicen que los clínicos son entrenados para ser expertos en comprender y tratar los problemas psicológicos, pero que a su vez, los pacientes son vistos como “expertos” en las dificultades particulares que ellos experimentan.

Esta razón justifica que a medida que la terapia avanza, el terapeuta va haciendo que el paciente se responsabilice de su proceso de cambio. Consideramos este aspecto primordial, ya que, ¿Quién mejor que la misma persona que sufre, para saber cómo cambiar la situación que lo aqueja?.

La terapia cognitiva hace especial énfasis en la participación activa y responsable del paciente, no como un simple oyente o receptor. Para la terapia cognitiva es importante y necesaria la retroalimentación que proporciona el paciente, para afirmar o modificar las hipótesis planteadas y hacer evaluaciones de la eficacia o no del tratamiento.

En cuanto al establecimiento de una buena alianza terapéutica, Beck (1993, citado en Riso, 2009), propone los siguientes parámetros:

“Las entrevistas deben estar planificadas para establecer: a) una relación de trabajo terapéutico, donde se incluya un buen rapport, b) un acuerdo en cuanto a objetivos y métodos de tratamiento, c) diálogos adecuados que proporcionen feedback tanto al paciente como al terapeuta sobre la comprensión y entendimiento futuros, los retrocesos de la terapia, el avance hacia la consecución de objetivos, etc” (p. 248)

Se consideraría oportuna esta aclaración de Beck, pues los tres aspectos que señala, son eminentemente necesarios para que la psicoterapia pueda proporcionar resultados eficaces. Así, un buen rapport facilitaría la sensación de confianza y bienestar al paciente durante la sesión; el acuerdo entre paciente y terapeuta permitiría establecer las pautas de los objetivos que quieran conseguirse; y el feedback, ciertamente proporcionaría información útil sobre el manejo progresivo del caso.

Además, Beck y Young (1985, citado en Riso, 2009) enfatizan la necesidad de que los terapeutas sean empáticos y cálidos, y que no se muestren como el “experto absoluto”, que critica o reprueba, sino que logren inspirar confianza en los pacientes. Podría decirse que

esta tendencia también ya adoptada por otras psicoterapias breves, es bastante beneficiosa, permite que el paciente se sienta cómodo y en un ambiente confortable, pues, ya de por sí trae un dolor consigo, y el saber que lo van a juzgar podría acrecentar sus niveles de ansiedad o deteriorar su estado psicológico.

Así también, se podría señalar que parte del proceso de entablar una buena relación cooperativa, implica trabajar junto con el paciente para fijar objetivos terapéuticos, determinar prioridades y acordar un orden del día para cada sesión.

El terapeuta cognitivo no es una especie de guía para que el conocimiento sea validado, sino más bien un acompañante en una búsqueda de nuevas y más viables formas de conocer. Se pasa, entonces, de una relación dialéctica dominada por el terapeuta a otra caracterizada por un balance epistemológico entre terapeuta y cliente. (Joyce-Moniz, 1985, citado en Caro, 2007).

Por otro lado Beck (1979, citado en Riso, 2009) señala que en la Terapia Cognitiva se consideran como necesarias, que el terapeuta posea tres competencias relacionales: Aceptación, Empatía y Autenticidad.

La aceptación comprende el interés que muestra el terapeuta hacia el cliente; éste no debe ser en extremo proteccionista o efusivo.; y es importante anotar que las muestras de interés que tenga el terapeuta van a ser interpretadas por el paciente. La empatía tiene que ver con la forma en la que el terapeuta entra al mundo de su paciente. Y la autenticidad versa sobre la franqueza que debe tener el terapeuta con el paciente.

Es necesario que el terapeuta obtenga un feedback sobre como el paciente está recibiendo estas tres habilidades del terapeuta; mismo que le permitirá hacer una evaluación objetiva de lo que debe mantener y lo que debe cambiar para llevar mejor la terapia.

Se comprobaría que la terapia cognitiva, es un enfoque diferente y distante de muchos de los enfoques tradicionales y más antiguos, como el psicoanálisis; puesto que la terapia cognitiva, da un rol protagónico al paciente, para que se dé el cambio. Además le asigna un papel de responsabilidad absoluta, asignándole participación en el planteamiento de objetivos y a la revisión de los cambios que van sucediendo.

### 1.1.2 La Terapia Cognitiva en este estudio

El tipo de terapia cognitiva en el que se basa el presente trabajo, especialmente aquella que ha sido denominada como los *modelos de reestructuración cognitiva*, propuesta por Beck y Ellis. Se evidenciaría conveniente utilizar la base teórica de la terapia cognitiva, por varias razones, entre ellas están: la actualidad de sus presupuestos, la enorme expansión del ámbito de aplicación, la manera en la que intentan explicar y entender al sujeto desde sus pensamientos, y como propone que cambiando la manera de pensar, se cambiarán por ende las acciones y las emociones.

Guerra (2004), plantea que el objetivo de la Terapia Cognitiva, es ayudar al paciente a encontrar los esquemas de pensamiento o creencias que se encuentren distorsionados. Pues, éstos hacen que se encuentre emocionalmente alterado. Entonces, sería necesario que se descubran los esquemas distorsionados que afecte a nivel individual y, si se trata de pareja, es necesario también que se investiguen los esquemas distorsionados que aquejen a la pareja.

Un contraste entre los esquemas distorsionados a nivel de uno, y luego de los dos, eso permitiría establecer los objetivos para trabajarlos en la terapia. Además, el mismo autor dice que la terapia cognitiva aporta soluciones rápidas y prácticas.

Además, dado que para este trabajo fueron escogidos dos de los síndromes más comunes en la práctica clínica, que son la depresión y la ansiedad como variables de la investigación; es necesario abarcar su estudio desde esta perspectiva, dado que la investigación cognitiva experimental en psicopatología ha girado tradicionalmente alrededor de estos problemas (Vásquez y Cameron, citado en Caro, 2007)

Otra razón, es que la TC es eficaz en el tratamiento de los dos síndromes antes mencionados. Caro (2007), dice que existen varios estudios, que afirman la eficacia de la TC en diferentes fases de la depresión y en trastornos de ansiedad.

Y, porque sin duda, la TC logra cambios prolongados en pro de mejorar la calidad de vida del paciente. En este sentido, se han encontrado indicios de que la mejoría sintomática que

produce la TC es el resultado de cambios en el pensamiento negativo y en las creencias disfuncionales.

## **1.2 La pareja**

Al igual que muchos otros conceptos, el término pareja ha ido sufriendo modificaciones a lo largo de la historia. Y, ha sido abordado por diferentes ciencias y desde distintos enfoques.

Desde el ámbito de la psicología, las diferentes teorías habrían intentado abordar este concepto, otorgando especial importancia a los procesos mentales e interacciones que se deben dar entre los miembros de una pareja para que esta llegue a conformarse y para que, o se mantenga o se disuelva el vínculo.

### **1.2.1 Definición de pareja**

A continuación se presentarán algunos conceptos que aportan características importantes para poder llegar a un concepto amplio y más preciso.

Lemaire (1986) define a la pareja de la siguiente manera: “La pareja debe considerarse, desde el punto de vista funcional, como un conjunto ritmado por alternancias de fases” haciendo referencia a aquellas características que definen los diferentes momentos en los que se va conformando una pareja como por ejemplo el primer encuentro, la instauración del vínculo amoroso, o los principales procesos que se viven en una crisis tomando en consideración que estos mismos fenómenos reaparecen en una forma menor y entremezclados unos con otros.

Es interesante anotar que la persistencia alternada de estos mismos procesos dan a la pareja este carácter estructurado de un conjunto pautado por fases sucesivas (Lemaire, 1986), es a través del paso de una a otra fase que la pareja va configurando su historia e incorporando a través de la misma la forma en que se relaciona y partir de la cual surgen también las distintas confrontaciones.

Por otra parte, Guerra(2003) dice que: ‘Podría entenderse a la pareja como la relación que establecen dos personas para compartir una determinada unión...esta unión es el resultado de un período de asentamiento en el cual los sujetos que se implican determinan una forma característica de enlace al que se le denomina vínculo’ le da un valor importante a que una pareja como tal no se conforma de un momento a otro, salvo casos excepcionales, sino que la característica de temporalidad es también importante ya que la unión es el resultado de las

intercambios que se susciten dentro de un tiempo que puede ser prolongado o no, pero que a partir del mismo puede conformarse el vínculo con todas las características que lo definen, de: afecto, interés económico, cultura o sexual.

Una de las características más importantes para la conformación de pareja es el vínculo amoroso cuya formación es paulatina y se da conforme la pareja comparte experiencias que le permiten encontrar puntos comunes de interés y vivencias que afiancen el deseo de estar juntos y conformar un vínculo más duradero.

Podríamos indicar también que el estar en una relación de pareja atribuye a la persona estabilidad en muchos ámbitos de su vida y le permite que socialmente se incorpore a nuevas experiencias y a formar parte de la adultez, así la pareja sería: “una experiencia adulta de intimidades” (Whitaker, 1998 citado en Ríos 2005), se puede estimar de forma general que se ha dado una decisión madura al elegir a una pareja.

Es también característico de una pareja el establecer proyectos comunes así Jubes (2008) define a la pareja:

“Dos personas procedentes de familias distintas, generalmente de diferente género, que deciden vincularse afectivamente para compartir un proyecto común, lo que incluye apoyarse y ofrecerse cosas importantes mutuamente, en un espacio propio que excluye a otros pero que interactúan con el entorno social”

A partir de este concepto, se entendería que el proceder de familias diferentes es importante especialmente dentro de la cultura occidental donde el tabú del incesto prohíbe a los sujetos relacionarse entre familiares directos. Menciona además una característica común en muchas parejas que es: la construcción de expectativas de futuro conjuntas y configurar un proyecto que les permita fortalecer el vínculo mismo que sirve para que la pareja se consolide como tal, sin embargo, es esta característica la que define a la pareja como tal y la diferencia de una relación eventual, ya que le da la posibilidad de mantener un compromiso más estable y prolongado. Finalmente, el autor menciona la importancia de un acuerdo de exclusividad y fidelidad que deben tener presente en las interacciones con su entorno social.

En virtud de los conceptos expuestos anteriormente, se podría definir a una pareja como, la unión de un hombre y una mujer, que, luego de una primera atracción, de establecer lazos

entre ellos, deciden establecer una relación basada en las características y en los valores que ambos convengan (tácitamente) desde su experiencia personal; además que compartan un espacio y un tiempo de vida juntos. Son dos personas, de distinto sexo, en un determinado momento, que presentan interrelaciones, y que poseen un proyecto en común.

Para esta disertación es importante señalar el tipo de pareja al cual se va a referir, que permita a los lectores, saber a qué tipo de pareja se hace referencia. Pues en la actualidad se podrían identificar varios tipos de pareja, las hay según el objetivo que persiguen (parejas de trabajo, parejas en los deportes, parejas sentimentales), y según los integrantes de la misma (parejas heterosexuales, homosexuales). En el presente documento, cuando se habla de pareja, se refiere a las parejas sentimentales (los une un sentimiento) y heterosexuales (hombre- mujer) que compartan un tiempo y un espacio de vida juntos. Sin por esto, dejar de hacer legítimos todos los tipos de pareja que podemos encontrar.

Se podría afirmar que la relación de pareja pretende ser un intercambio equitativo en donde cada miembro busca recibir en igual medida todo aquello que aporta; cada miembro trae consigo su propia historia, sus pensamientos, emociones y su forma de actuar, por lo tanto la realidad de la pareja se construye no solo de las interacciones del presente sino de la historia de cada uno y de la influencia e impacto que este tiene en la construcción de su proyecto futuro.

### **1.2.2 La pareja en la historia**

Para poder hablar de la pareja contemporánea, es necesario hacer un recorrido histórico de los más importantes sucesos en cuanto a la conformación de las parejas.

Para este fin, se eligió el texto “La historia de las relaciones de pareja” de *Gala Almazán Antón*, publicado en <http://ergopsicologos.wordpress.com/2012/05/24/la-historia-de-las-relaciones-de-pareja/>. En resumen, su artículo a continuación:

Nuestros primeros ancestros, cuando empezaron a poblar la superficie terrestre, vivían organizados en *comunidades*, pero, se presume que los conceptos de pareja, familia y fidelidad no existían todavía. La poligamia era común, es decir la relación de un macho con muchas hembras o una hembra con varios machos. Había también una competición sobre

cuál de los machos copulaba con más hembras. La distribución de los roles, era: las hembras cuidaban de las crías, y los machos se encargaban de la protección de las tribus. Posteriormente, cuando los antepasados empezaron a erguirse, las crías humanas se volvieron más frágiles al nacer, razón por la que se necesitó prestar una mayor atención al cuidado de los infantes para que puedan desarrollarse. El autor propone que fue así como se instauró el principio de la *monogamia*, puesto que al macho le empezó a interesar el quedarse con la hembra, para así juntos cuidar de la cría hasta que fuera más autosuficiente.

Luego también surgió el reparto de tareas, así los hombres iban de caza mientras que las mujeres recolectaban frutos y cuidaban a los niños. A este tiempo también se suma el apareamiento del lenguaje, lo que permitía la comunicación entre los individuos, permitiendo así que se cuenten todo lo que les sucedía.

Aproximadamente 10 000 años AC, aparecen los primeros poblados. Para esto, el hombre era ya agricultor y se dedicaba a criar animales. El autor propone que, con el deseo de transmitir la tierra a sus hijos, los hombres querían y debían asegurarse que los hijos eran realmente suyos. Con este fin, es que se crea la pareja, como *organización social*. A raíz de esto, surgió en Occidente (y luego en otras partes), la idea del reparto estricto de las labores entre hombres y mujeres, haciendo que ellas se ocuparan cada vez más de las labores domésticas.

En el último milenio AC, es que aparecen las civilizaciones guerreras. Entonces, en Grecia así como en Roma, el matrimonio era una obligación para los ciudadanos. El matrimonio era un *contrato familiar* que se cumpliría entre dos familias. El matrimonio griego era como una empresa, en la que se debía concretar un buen trato entre las dos familias. Era una conjunción de intereses, en la que cada cual aportaba lo que le faltaba al otro y la pareja conseguía sobrevivir en el seno de la comunidad. El padre entregaba a su hija, para que el esposo se convirtiera en el dueño de ella; y ella tenía la obligación de ser absolutamente fiel, condición que no cumplía el hombre. Ellos, tenían a las cortesanas y a las concubinas para el placer. Pero, con las esposas, mantenían una relación legítima, con la que buscaban cuidar el hogar y tener descendencia.

Más tarde, en la Edad Media, la Iglesia Cristiana dominaba, y empezó a normar las relaciones de pareja, así, instauró el principio de que el hombre tenía que casarse para toda

la vida, y que este vínculo no se podía romper, puesto que era un mandato divino. Entonces, por más problemas que tuviera la relación, ésta no podía romperse. Además de esto, la Iglesia impuso la fidelidad entre esposos, por tanto el adulterio era considerado un delito para hombres y mujeres. En cuanto a la sexualidad, el placer se asoció al pecado, y la pareja debía mantener relaciones íntimas, con el único propósito de concebir.

Hacia el Siglo XII, el amor empezó a idealizarse. Por ejemplo, Andrés el Capellán, que formaba parte de la corte de María de Francia, quien fuera Condesa de Champagne, (una de las grandes promotoras del amor cortés), escribió en su obra *De amore* una serie de 31 reglas sobre este asunto, entre ellas, una que mencionaba que no era el matrimonio una excusa para no amar. Es decir, que estar casado o casada no eximía de amar, a alguien distinto de la pareja. El amor, por tanto, se identificaba con el adulterio.

Más tarde, se dio importancia a conciliar el amor con el matrimonio, un amor puro, casto, caritativo, que nacía después del matrimonio. Se buscaba que este amor fuera equiparable al amor de Dios.

A finales del siglo XIX, en el continente Europeo, el Estado propuso una versión laica de las obligaciones y deberes que la Iglesia había impuesto por tanto tiempo. A la vez, en Francia, el Código Napoleónico, regulaba el matrimonio, diciendo que el hombre era la cabeza de la familia, y que tenía el poder. En cambio, la mujer era propiedad de su esposo, y su función era tener y cuidar de los hijos.

Hasta mediados del siglo XX, muchos jóvenes iniciaron sus experiencias sexuales en un burdel. Pero, las mujeres debían mantenerse vírgenes hasta el matrimonio. Aunque resulte paradójico, el Estado condenaba el adulterio, pero también regulaba los burdeles. El asunto del placer como tabú, era más un asunto que regía para las mujeres.

Si bien, hasta 1880 no se podía besar a alguien en la boca en público, pues era un atentado contra el pudor; avanzado el siglo XX aparecieron las primeras *demonstraciones públicas del sentimiento amoroso*. Para este entonces, los jóvenes vivían y trabajaban en las ciudades, lejos de sus familias, tomando las riendas de su vida. Empezaron entonces a desafiar las normas establecidas, criticando la ley, la tradición y los matrimonios arreglados. Es por esos momentos, cuando se empezó a hablar de *pareja* tal y como lo hacemos hoy en día.

En los años 40, después de la II Guerra Mundial, Europa buscaba que las familias procrearan más niños, así que existían leyes estrictas que promocionaban la maternidad y condenaban el aborto. La familia era lo más importante. Los hijos eran la razón de ser de las familias. Y se mantenía aquello de que el hombre proveía los recursos materiales, y la mujer se quedaba en la casa, al cuidado de los niños. Se esperaba que la mujer quedara embarazada al poco tiempo de casarse. Aún el divorcio era muy mal visto, y se mantenía la idea de que no había que divorciarse por los hijos.

A finales de los años 60, en Occidente, a la par de las revoluciones y protestas en contra del orden establecido; se hizo un pasaje de la noción de familia, a la noción de pareja. El ideal de pareja vino a ser, la unión de dos individuos que buscaban juntos su felicidad y desarrollo, y se atribuía mucha importancia al plano de la sexualidad.

Entonces, se dejó de considerar al placer como pecado. La libertad en todos sus sentidos era defendida. Muchas de las prácticas sexuales previamente perseguidas, prohibidas, reprobadas y calificadas de perversas, se convirtieron en prácticas lícitas.

Las feministas sentían que su lucha había tenido resultado. Se podía decidir sobre el placer y sobre la maternidad. Por otro lado también, el hombre fue perdiendo la autoridad histórica que tenía sobre la mujer. La mujer también podía ya trabajar sin la autorización de su marido. Desde ese momento, la pareja la conformarían un hombre y una mujer en condiciones iguales.

*Siguiendo a estos cambios, a partir de los años 70, apareció la posibilidad de divorciarse.* Estos cambios y revoluciones aún no han terminado, y, plantea la autora, que aún hay temas pendientes en cuanto a la pareja, a los hijos, en sí a la familia.

Este oportuno recorrido histórico, nos permite podernos situar en el aquí y ahora del concepto pareja. Nos da la oportunidad de entender como se ha ido formando la ideología tanto de hombres como mujeres debido a la carga cultural y de historia que cada uno viene teniendo.

Luego de trabajar este texto podemos tener una nueva perspectiva de lo que contemporáneamente llamamos pareja. Así, si pudiéramos hacer una revisión del mundo de hoy, en comparación al de hace algunas décadas, encontraríamos sin duda alguna millones

de diferencias. Una de ellas, es la manera en la que los conceptos van cambiando y adaptándose a las nuevas exigencias y situaciones de la vida; los cambios en política, economía y por supuesto la incidencia de los avances tecnológicos influyen en la evolución del pensamiento y por ende en el comportamiento humano. Lo es también la forma como las personas se unen y conforman la pareja. Todos sabemos, que el ser humano es un ser social. Y, desde la perspectiva que uno quiera analizar la historia, parecería ser que la formación de parejas es un elemento común, mismo que ha permitido la propagación de la humanidad.

### **1.2.3 Modelos de pareja a través de la historia**

Para complementar la información presentada en el punto anterior, a continuación se explicarán tres modelos de pareja siguiendo la línea histórica.

Se podría evidenciar que al igual que muchos otros, el concepto de pareja se ha ido modificando con la evolución del pensamiento y los cambios culturales. Jubes, señala una distinción en tres momentos distintos de la historia que son: pareja patriarcal, pareja moderna y pareja post moderna para señalar los cambios que este concepto ha evidenciado. A continuación se explicarán en detalle:

- a. Pareja patriarcal: Es aquella pareja de la época pre-moderna que se conformaba por los acuerdos de las familias. El hombre tenía el poder económico y era quien trabajaba por fuera de casa, mientras que la mujer ocupaba una posición jerárquica inferior; en lo que se refiere al vínculo de afecto en esta pareja era inicialmente limitado y se iba desarrollando con posterioridad. Casullo (2003) añade que: “en las circunstancias premodernas, había poco espacio para las preferencias, sentimientos o motivos personales. La elección de pareja se decía más bien por razones económicas, religiosas o ambas”
- b. Pareja moderna: Casullo (2003), señala que “el surgimiento de la modernidad en occidente introduce la valoración de la individuación, el des-prendimiento de las personas con respecto a sus vínculos históricamente desarrollados. Se van estructurando nuevas formas de pensar y actuar a nivel sub-jetivo”; conforme surgieron diversos cambios culturales e ideológicos se le otorgó a la mujer la posibilidad de ejercer otras actividades antes exclusivas de los hombres y de integrarse de una manera distinta en el plano económico y productivo de la sociedad

lo que introdujo por tanto cambios en la manera de relacionarse de las parejas ya que tanto hombres como mujeres podían ejercer nuevos roles.

- c. Pareja postmoderna: Como causa de los continuos cambios que se han dado a nivel social surge un nuevo modelo de pareja, cuya base se centra en el hedonismo, en la búsqueda del placer que no viene dado tan solo desde el ámbito sexual sino que busca encontrar un deleite en las actividades que realiza; en un estilo de vida que tiene como objetivo encontrar la mayor cantidad de comodidades para lo cual la llegada de los hijos ya no es un fin primordial y se puede postergar e incluso no llegar a darse; en lo que se refiere al vínculo este puede romperse sin ninguna dificultad ya que la separación está considerada como una posibilidad desde el mismo inicio de la relación; se ve ya no a la separación como un fracaso sino como un evento normal en el ciclo de vida.

Los cambios a nivel económico y tecnológico influyen en cómo se constituye la pareja postmoderna lo que a su vez trae consigo la aparición de nuevas necesidades y también de nuevos conflictos. Las últimas décadas del siglo XX muestran un mundo que ofrece muchas decisiones y elecciones posibles (algunas simplemente ilusorias) así como un aumento del potencial de los conflictos de pareja. Los cambios referidos a los roles de la mujer, las denominadas nuevas biografías femeninas, conllevan también nuevos riesgos y dificultades para las relaciones románticas entre hombres y mujeres: las mujeres no tienen que desarrollar solo deseos y planes referidos a la familia sino también a su propia persona, a su rol ocupacional. Las expectativas y esperanzas que hombres y mujeres asocian con la palabra amor ya no coinciden en puntos importantes (Bernard, 1976 citado en Casullo, 2003)

La pareja actual emerge de la de ayer y prepara la del mañana, la pareja se libera poco a poco de los viejos condicionamientos, ya que debe ir acomodándose a un mundo que evoluciona aceleradamente, sin embargo contrario a lo que se podría creer y en tiempos de cambios frecuentes un requisito que mantiene a una pareja es el vínculo afectivo o lo que también se llama amor.

#### **1.2.4 Otras perspectivas de la pareja**

Es importante valorar como cada creencia le da una connotación distinta al tema de la pareja. Trataremos brevemente perspectivas desde las religiones de mayor influencia así como también en lo legal y social.

##### **1.2.4.1 La perspectiva religiosa**

- La religión Católica: propone que Dios creó al hombre y a la mujer para que sean pareja; así lo propuso el Papa Pablo VI, el acto conyugal es entendido como unitivo y procreador, ambos aspectos deben mantenerse para respetar la integridad y la totalidad de la entrega matrimonial, ya que el matrimonio es “uno con una para siempre, para darse totalmente cada vez que se entregan en una relación conyugal”.
- La religión Islámica propone que la pareja está fundada sobre la armonía preestablecida de los sexos y supone una complementariedad esencial entre lo masculino y lo femenino. Esta complementariedad armónica es creativa y procreativa. Para esta religión es importante que la mujer no haya tenido experiencias sexuales previas al matrimonio; mientras que no se da la misma prohibición para el hombre, pero si la obligatoriedad de mantener a su esposa e hijos, de ser su protector y de darles buen trato.
- El Hinduismo propone que la búsqueda de la pareja idónea, es un asunto que concierne a toda la familia, y se procura que exista atracción y comprensión entre ambos integrantes, así sea un asunto arreglado por las familias; por lo cual no es un acto individual sino más bien un acto social, ya que deben casarse dentro de la misma casta.
- La religión budista dice que el objetivo principal es obtener la ‘iluminación’ definida como un estado de dicha, comprensión y total armonía con el entorno todo esto principalmente a través de la meditación; tomando en cuenta esto las relaciones de pareja se basan en buscar primero el bienestar interior de cada individuo, el casamiento no es considerado ni un sacramento religioso ni un contrato legal, es sino una relación humana reconocida socialmente a través de la familia y los amigos; los monjes pueden bendecir la unión y se les augura felicidad para que vivan en comunión con el Dharma, eduquen a sus hijos y se ayuden mutuamente a practicar las enseñanzas del Buda.

Todavía hay un número considerable de parejas que establecen su unión conyugal en base a determinada religión, cada una de ellas tiene diferentes leyes y reglas que las parejas siguen, es un factor importante que influye en la manera en que la pareja se relaciona y que por ende debe ser tomada en consideración. Es importante para que una pareja pueda permanecer unida se manejen un similar código de valores y principios.

#### **1.2.4.2 La perspectiva jurídica**

Desde el aspecto jurídico, es pertinente señalar que la Constitución Política del Ecuador, en el artículo 38, habla de la pareja como sociedad conyugal de la siguiente manera:

“La unión estable y monogámica de un hombre y una mujer, libres de vínculo matrimonial con otra persona, que formen un hogar de hecho, por el lapso y bajo las condiciones y circunstancias que señale la ley, generará los mismos derechos y obligaciones que tienen las familias constituidas mediante matrimonio, inclusive en lo relativo a la presunción legal de paternidad, y a la sociedad conyugal.”

Es pertinente señalar que la sociedad conyugal posee en sí ciertos derechos y obligaciones ya que al constituirse como tal y permanecer unida por un largo período de tiempo hace que esta sea reconocida por la sociedad.

Podemos por lo tanto decir que el tema de pareja involucra a diversas áreas cuya interacción afecta directamente a los involucrados, ya que la cultura, época, religión o figura jurídica que la influya le da a la pareja parámetros para determinar varios aspectos en su relación.

#### **1.2.5 Motivos para la elección de pareja**

Para la conformación de la pareja entran en juego factores psicológicos y culturales. La sociedad es responsable en gran parte por los parámetros que los seres humanos siguen para buscar una pareja.

Los motivos que direccionan a la elección de pareja, según Stone (1990) son:

- La consolidación económica, social o política de la familia, de manera que el matrimonio es un contrato entre las familias para obtener beneficios mutuos.
- Lograr obtener cariño, compañía y amistad mediante un noviazgo largo.

- Desarrollar un vínculo sexual, a partir de la atracción física mutua, estimulada por la experiencia prematrimonial.
- Vivir un amor romántico, basado en la pasión.

Para Dicks (1967), en la elección de pareja, hay que tener en cuenta tres aspectos:

- El individuo con sus características personales
- Los factores socioculturales, que gravitan en torno a la pareja
- Los factores inconscientes con los vínculos de amor-odio.

Y es que, debido a que cada persona es única, serán también únicas las razones que lo motiven a decidirse por una u otra persona. La cultura y la sociedad, la gente del entorno, las características del medio son sin duda alguna, factores que influyen en la toma de esta decisión. Y, finalmente, las cogniciones propias de cada uno, basadas en su experiencia de vida y de relaciones previas.

Cervantes (2010), "Fortalezas y debilidades en la Relación de Pareja", plantea que según los investigadores sociales la atracción interpersonal se produce por algunos factores, como son:

- Similitud: las personas se unen a otras con intereses y valores culturales afines las investigaciones han demostrado que las variables como raza, religión, clase social, lugar de residencia, edad, nivel de escolarización, entre otros, son importantes en el momento de elegir pareja; y además que hay más probabilidades de que la pareja funcione cuando hay más similitudes entre estas variables.
- Proximidad: cuando existe una mínima distancia física y un contacto frecuente, hay mayor posibilidad de interactuar y conocer a una persona y por ende, saber cómo esa persona se va a conducir.
- Atractivo Físico: es uno de los factores que menos se ha estudiado. Puede ser que sea lo que primero une a dos personas, pero suele resultar pasajera, pues después deben intervenir otras variables que definirán el que ambas personas sigan juntos.
- Complementariedad de las necesidades: las personas suelen buscar a otro, que prometa (explícita o implícitamente) satisfacer las necesidades en la mayor medida posible.

- Semejanza actitudinal: se da una atracción interpersonal si se percibe al otro como parecido a uno mismo en valores, actitudes, intereses, etc. La autora dice que esto coincide con la teoría cognitiva, pues desde ella se entiende que la personalidad está formada también por creencias centrales o esquemas, desarrollados tempranamente desde experiencias personales o influenciadas por la sociedad, y se vuelven como la base para codificar y evaluar experiencias durante la vida.

Podría decirse que existen cientos de razones por las que el hombre y la mujer desean establecer una relación de pareja, como: deseo de encontrar la felicidad, miedo a la soledad, necesidad de cubrir ciertas faltas, deseo sexual, necesidad de afecto, entre otras. Es decir, las parejas se forman para suplir necesidades básicas, afectivas y sociales.

### **1.2.6 Ciclo de conformación de las parejas**

El ciclo de vida de las personas podría resumirse en nacer, crecer, reproducirse y morir. Para cumplir el tercer punto: reproducirse, el ser humano conforma parejas. Así tendríamos que, luego de haber pertenecido y compartido tiempo con una familia de origen, el ser humano busca una persona fuera de su círculo social. El individuo se relaciona desde su infancia en diferentes grupos sociales, como: grupos de escuela, grupos de juego, etc. Es así como encuentra a la otra persona.

Camacho (2004), en su texto “Fidelidad e Infidelidad en las relaciones de pareja”, indica que las parejas atraviesan por varias etapas a través de las cuales se va conformando el vínculo que acuerdan establecer.

A continuación, y basándonos en el mencionado texto, enumeraremos y explicaremos brevemente cada una de estas etapas.

#### **1.2.6.1 La búsqueda**

Es una etapa en la que las personas buscan establecer relaciones sociales y posteriormente afectivas con su entorno, empieza desde la niñez con los diferentes juegos e interacciones con sus pares y con los primeros vínculos de afecto entre amigos, posteriormente estos vínculos van variando.

La adolescencia, una época de profundos cambios donde los intereses se definen en función de una atracción afectiva, erótica y sexual, la energía se incrementa y se dirige hacia esta nueva posibilidad de potenciales compañeros, para lo cual se desarrollan habilidades sociales de conquista que permitirán encontrar una persona y establecer una relación. (Camacho, 2004)

### **1.2.6.2 El encuentro**

Es importante la motivación que tiene la persona a encontrar una persona que pueda satisfacer sus necesidades y deseos. A partir de la misma, se da una fase de enamoramiento en la que la dependencia por la otra persona aumenta, se pierden los límites individuales y hay un deseo de compartir con el otro, proyectos en común.

La persona objeto del enamoramiento aparece como única e insustituible. Mientras el deseo y la atracción están abiertos a multitud de objetos posibles, el sentimiento de enamoramiento tiene el carácter de exclusividad. Se pierden los límites individuales. El ser humano tiene esa libertad, inscrita en su libre albedrío, de elegir a la persona que será su pareja. Basado en el enamoramiento, sea éste o no una falsa ilusión. Decimos esto pues el enamoramiento es una percepción idealizada del otro, en la que, debido a la pasión y a la emoción del momento, se minimizan los defectos y se maximizan las virtudes del otro. (Camacho, 2004)

Cada pareja es única y su relación se construye de acuerdo con los comportamientos de ambos integrantes. Estos comportamientos obedecen a sus personalidades, necesidades y expectativas, y forman un vínculo que se convierte en un asunto único, especial, que no se puede comparar ni generalizar.

### **1.2.6.3 Inicio de la relación**

Luego de un acuerdo mutuo de la conformación de la pareja surgirán proyectos comunes que ambos buscarán alcanzar con el fin de consolidar el vínculo, se da paso a una etapa más realista ya que en la fase del enamoramiento se procura ver y resaltar las cualidades y minimizar los defectos, se da una idealización de la pareja.

Sin embargo después del primer momento del enamoramiento se da paso a una etapa en la que se conocen más profundamente y desde diferentes perspectivas. Existen algunas

personas que se resisten a afrontar esta etapa ya que pueden darse sentimientos de frustración, decepción o engaño.

#### **1.2.6.4 La convivencia**

En muchas sociedades después de un período de tiempo las parejas comienzan a vivir juntas y es a partir de esta experiencia donde muchos factores se ponen de manifiesto ya que cualidades como la paciencia, tolerancia, flexibilidad, cooperación, adaptabilidad son muy valoradas. Para las personas muy independientes esta etapa se puede vivir como una pérdida de autonomía, de espacios y sobretodo de libertad. Para aquellas personas inseguras el estar acompañados es muy gratificante. Es muy importante la convivencia en el sentido de poder conocer a la pareja en lo cotidiano; de esta manera Camacho (2004) añade:

“Respecto a la convivencia hay quienes la defienden y otros que son detractores de la misma sosteniendo que da paso a la monotonía y a la pérdida de pasión; la convivencia para muchas parejas es un momento casi obligado en su ciclo vital y puede ser una prueba determinante para demostrar la madurez de su vínculo afectivo”.

Es ahora más frecuente que las parejas primero establezcan un período de vida juntos, antes de decidirse a formalizar en otras instancias su relación. Parecería ser que las parejas prefieren tener una especie de periodo de prueba, por llamarlo de alguna manera, en el que se busque constatar si la relación va a poder o no funcionar a largo plazo.

#### **1.2.6.5 La proyección y la consecución de objetivos**

Las parejas en general comienzan a pensar en dos y construyen proyectos en común: viajes, una familia, la compra de una casa, envejecer juntos. Para que haya una evolución en la pareja es importante la construcción de objetivos en común. Estos no tienen que ser necesariamente realizables y realizados pero son importantes en el sentido que conducen a la pareja hacia la promesa de un futuro juntos.

Los proyectos de pareja a veces surgen de un proyecto individual que se vuelve un plan de ambos y en un objetivo de pareja; tener proyectos en común afianza el vínculo y facilita el

acercamiento. En muchas parejas los hijos cumplen esta función ya que ambos padres quieren el bienestar para ellos transformándose en su proyecto en común por el cual trabajan y que los mantiene unidos. (Camacho, 2004)

#### **1.2.6.6 Los compromisos legales y religiosos**

Es frecuente que en la evolución de una pareja llegue el momento de tomar un compromiso legal o religioso que le de otro estatuto a la relación; si bien hoy en día esto es cuestionado y muchas parejas simplemente conviven sin casarse, todavía socialmente existe una presión para que la gente formalice sus vínculos ya sea de forma legal o religiosa, incluso en las parejas homosexuales esto forma un factor importante tratando de obtener reconocimiento de sus uniones de hecho sea desde lo legal o religioso.

El casamiento le da un marco legal a la relación, ya no solo se trata de una cuestión privada entre dos personas, sino que ahora hay una instancia que regula la relación.

En el matrimonio civil quien regula ciertas instancias de la relación es el Estado; mientras que en lo religioso las diferentes religiones, congregaciones o cultos se encargan de dar apoyo a la pareja si así lo necesita. Con estas uniones tanto de tipo legal como religioso las parejas se comprometen a cumplir con los estamentos que estas les den así como también se hacen acreedores a otros beneficios. En caso de darse una separación ya no es una decisión de dos sino que hay un tercero que coacciona directa o indirectamente para que se mantengan unidos. (Camacho, 2004).

#### **1.2.7 Conformación del vínculo de pareja**

La formación de la pareja respondería a determinados modelos o paradigmas que se van repitiendo a través de las distintas generaciones, y que reflejan tendencias claras sujetas a pautas culturales, educativas y, en algunas circunstancias hasta étnicas; cada sujeto trae consigo un modelo mental que se refiere a lo que define y atribuye al concepto de pareja se debe tomar en consideración que en la conformación de una pareja el primer modelo de referencia es la pareja de los padres, es un modelo que define a los sujetos y los marca profundamente sin embargo forma parte de las decisiones particulares homologar a esa pareja o adoptar el modelo opuesto y nada determina que se siga o no el modelo parental sin

embargo sea cual fuese la opción escogida los padres funcionan como el modelo de pareja más elemental.

Hombres y mujeres tienen roles reales idealizados en las áreas de responsabilidad, afecto y poder, que provienen de sus experiencias infantiles. Se tiene entonces la impresión de que es el grupo familiar de origen el que orienta esta elección. No es que el casamiento se decida de manera autoritaria, por supuesto, pero hay presiones más sutiles que siguen desempeñando un papel. Así, según investigaciones realizadas, se llegaría a la conclusión de que las presiones del medio de origen siguen siendo muy vivas en lo que se refiere a la elección del cónyuge (Lemaire, 1986)

Cada persona posee por un lado un modelo de pareja idealizado que se fue creando a partir de las ideas de juventud y la pareja que se logró construir en el mundo real, asumir la diferencia entre ambos modelos genera en los sujetos dificultades y frustraciones al no haber alcanzado el ideal anhelado, pueden sentir que cedieron mucho de lo que buscaban y se fueron adaptando a la persona que encontraron.

Cuando buscamos vincularnos afectivamente con otro ser humano, cada uno intentará llevar para adelante la relación desde sus propios y determinados modelos; pensamos en una persona que debe ajustarse a ciertos moldes prefijados en nuestra mente y que posea las características que definimos como las deseadas en una persona. En cuanto una pareja decide conformarse se da lo que podría llamarse como un contrato virtual que da muestra de un compromiso emocional que no se formula por escrito ni queda documentado, pero que señala y determina lo que cada integrante debe dar y lo que debe recibir. (Lieberman, 1987)

En los últimos tiempos graves crisis económicas han afectado la economía mundial lo cual ha generado un cambio en los contratos tradicionales entre la pareja sobretodo en la parte económica. Adicionalmente, el contrato inicial que se da entre una pareja se puede ver modificado tanto por las circunstancias del entorno como: un viaje prolongado, pérdida del trabajo, cambio de lugar de residencia por motivos laborales; por lo tanto están propensos a que se produzcan cambios en las personas y en los acontecimientos que los afectan lo cual puede modificar el deseo de la pareja de seguir unida.

La relación de pareja pretende ser un intercambio equitativo donde cada miembro busca recibir en igual medida todo aquello que aporta; cada miembro trae consigo su propia

historia, sus pensamientos, emociones y su forma de actuar, por lo tanto la realidad de la pareja se construye no solo de las interacciones del presente sino de la historia de cada uno y de la influencia e impacto que este tiene en la construcción de su proyecto futuro. (Lieberman, 1987). Por lo tanto, una relación de pareja se construye siempre de dos mitades, que intentan de alguna manera llegar a ser uno, aunque sea idealmente.

### **1.3 Los modelos cognitivos en el estudio de las interrelaciones de la pareja**

En el Manual de Terapia Cognitiva, de J. Ruiz y J. Cano, en el capítulo 17, se mencionan dos modelos cognitivos de las disfunciones de la relación de pareja:

- El modelo de Ellis, propuesto en 1987 y el de Beck, propuesto en 1988.  
A continuación, se explicarán en detalle ambos:

#### **1.3.1 El Modelo de Ellis**

Este modelo hace la distinción entre insatisfacción de pareja (I.P) y perturbación de pareja. (P.P).

Se pueden desarrollar una serie de expectativas no reales sobre cómo tiene que funcionar la pareja, en uno o en los dos miembros de la pareja, y esto debido a que basan sus pensamientos en ciertas experiencias individuales, como pueden ser: modelos familiares, modelos sociales, historias de relaciones de parejas anteriores, etc. También puede suceder que cada uno intente llevar la relación basado únicamente en las características personales propias, sean o no compatibles con las del otro.

Todo lo anteriormente mencionado, produciría un resultado cognitivo-emocional de Deseos no satisfechos e Insatisfacción de pareja (I.P)

Dada esta insatisfacción en uno o ambos miembros de la pareja podría producirse una perturbación de la relación de pareja (P.P); esto se desarrollaría al valorar el estado de insatisfacción anterior de modo irracional.

Ambas creencias irracionales producirían un estado de perturbación de la pareja (P.P), así las dos creencias irracionales llevarían, a una respuesta emocional de ira intensa y conducta

aversiva hacia el otro miembro, la primera; y la segunda creencia irracional produciría una respuesta emocional de ansiedad o temor intenso y una conducta inhibida (no asertiva). Finalmente, se produciría el resultado de que la conducta de cada miembro produciría un feedback distorsionado cognitivamente por el otro en función de sus propias creencias irracionales.

### **1.3.2 El Modelo de Beck**

Este modelo fue presentado en 1988, para Beck la relación de pareja suele pasar por dos fases generales: Enamoramiento y Cotidianidad.

- El enamoramiento: en general, se refiere a una relación íntima sin apenas problemas prácticos, en la que se activan una serie de creencias y expectativas románticas (a los que denomina Mitos) Esta es una fase de Idealización de la relación.
- La cotidianidad: se refiere a que se produciría una frustración de expectativas y creencias románticas (Desilusión). En esta, irrumpirían una serie de problemas prácticos, como pueden ser los relativos a los hijos, finanzas, toma de decisiones, entre otros. En esta, se activaría el "Pacto matrimonial" (Perspectivas personales, supuestos personales o esquemas cognitivos latentes)

Estos esquemas cognitivos suelen girar en torno a dos contenidos temáticos: Interés afectivo y Valoración personal. Se habrían desarrollado a partir de modelos familiares (relaciones parentales) y otras experiencias (historia de pareja). Y mientras más egocéntricos sean, más disfunción generará.

La conducta de cada miembro de la pareja lo podría activar, y esa activación produciría una serie de distorsiones cognitivas que llevaría a una serie de círculos viciosos de estilos personales de relación inflexibles, sobretodo en tres áreas: comunicación, expresión afectiva y resolución de problemas

- **Objetivos Terapéuticos:**

En base a estos dos modelos, y con el trabajo con parejas, los objetivos que proponen los autores a realizar serían:

- Mantener una alianza de trabajo; es decir, que se procure que ambos cónyuges participen en el proceso. (También se podría trabajar con uno solo de ellos).
- Procurar que aumente el nivel de satisfacción de la relación, mediante la modificación de sus conductas de comunicación, de expresión afectiva y en cuanto a la resolución de problemas
- Lograr que ambos miembros, por una parte; concienticen la manera en la que se trastornan emocionalmente y perturban la relación, debido a que mantienen una serie de cogniciones disfuncionales, y por otra parte a que trabajen en la modificación de estas cogniciones. Ellis (1987) indica que si hay perturbación de pareja (P.P) debe de ser el primer foco de intervención, y no la insatisfacción; ya que difícilmente la pareja colaborará en aumentar el intercambio satisfactorio si antes no elimina su fuerte perturbación emocional. Beck (1988) en cierto modo indica lo mismo; si aparece una alta hostilidad en la pareja, este debe ser el primer foco de la terapia.

#### **1.4 El conflicto en la pareja**

Dada la experiencia clínica, y la literatura revisada, se podría señalar que un conflicto es la situación en la que se enfrentan dos o más sujetos quienes tienen intereses que se contraponen. Y, esta confrontación tiene como objetivo hacer daño o eliminar a la parte rival y obtener así los objetivos que motivaron a dicha confrontación.

Dentro del tema que concierne a esta disertación, “la pareja”, podría señalarse la necesidad de definir el término de conflicto. Pues, como se encuentra explicado anteriormente, los factores que inciden para la presencia de conflicto, suceden también dentro de la pareja, debido a la convivencia y a la constante exposición de intereses, creencias y opiniones del uno y del otro. Y, los conflictos no resueltos o que se han empeorado, podrían en determinadas ocasiones terminar en divorcio.

Los seres humanos, son por naturaleza seres sociales, y en forma permanente están interactuando, intercambiando opiniones, pensamientos y creencias con las personas que los rodean.

En esta interacción muchas veces los pensamientos y sentimientos de los demás difieren. Es decir, que habría conflicto cuando otra idea es diferente o incompatible con nuestras creencias.

Conflicto sería entonces, dos o más hipotéticas situaciones que son excluyentes: esto quiere decir que no pueden darse en forma simultánea. Por lo tanto, cuando surge un conflicto, se produce un enfrentamiento, una pelea, una lucha o una discusión, donde una de las partes intervinientes intenta imponerse a la otra.

Las teorías que existen sobre el conflicto, especialmente en el ámbito social permitirían entender la necesidad de establecer un cierto orden dentro de la sociedad, en la que todos sus miembros deben integrarse. Para esto deben desarrollarse políticas de consenso e instrumentarse acciones de coerción. Así también en la pareja, en la que es necesario establecer normas de acción, en la que ambos miembros cedan y también hagan respetar sus opiniones y posiciones.

#### **1.4.1 Tipos de Conflicto**

Existen muchos tipos de conflictos, una forma de clasificarlos es la siguiente: conflictos unilaterales y conflictos bilaterales. Un conflicto es unilateral cuando sólo una de las partes está en desacuerdo y bilateral cuando todas las partes esperan algo de la otra.

Pastor, X., (2005, Recuperado de <http://soberanamente.com/viviendo-entre-conflictos/>) refiere que existen cinco tipos de conflicto:

- Conflictos de relación y comunicación
- Conflictos de información
- Conflictos de intereses
- Conflictos de valores
- Conflictos de roles

#### **1.4.2 Desencadenantes de conflicto**

Ante situaciones de cambio o estresantes las parejas tienen una tendencia más fuerte de tener conflicto. Algunas situaciones que generan estrés dentro de la pareja, son por ejemplo:

- Enfermedades
- Problemas económicos
- La jubilación
- La paternidad o maternidad
- Síndrome del nido vacío

Estos hechos pueden ser causas para generar dificultades o malos entendidos en la pareja. Y, de no encontrar estrategias más adecuadas para su resolución, pueden ocasionar que los conflictos se vuelvan cada vez más profundos.

### **1.4.3 Conductas durante el conflicto**

Dentro de los conflictos que viven las parejas se presentan ciertas conductas, entre estas pueden ser:

- Reciprocidad negativa: surge cuando se da una comunicación de forma negativa, es decir cuando uno de los miembros de la pareja responde de forma hostil, el otro puede entonces hacerlo de la misma forma lo cual puede generar una situación de conflicto mayor que podría desencadenar en violencia.
- Se discute acerca de la propia relación: Una de las herramientas para mejorar problemas en la comunicación es la metacomunicación que se refiere a observar la manera en que se está dando la misma; ya que si una de las persona dice por ejemplo “no me escuchas”, que podría ser un mensaje verbal no agresivo que se acompañe de un componente no verbal agresivo como un tono fuerte de voz o expresiones de enojo, en general la respuesta de la otra persona es al componente no verbal agresivo lo que lleva a más discusiones. En los matrimonios sin problemas contestan a la metacomunicación y no al componente emocional. (Guerra, 2004).
- La mujer ataca y el hombre evita o calla: esta conducta se genera cuando ante una discusión el hombre se va o no contesta ante las respuestas muchas veces hostiles de la mujer ante lo cual la mujer incrementa su enojo; lo cual se da por las respuestas físicas más fuertes y negativas que se pueden dar por parte del hombre y soporta menos estas situaciones antes de reaccionar de forma agresiva.
- Los cuatro jinetes del Apocalipsis: García (2004), llama de esta manera a las conductas que empiezan con una crítica que lleva al desprecio lo cual puede

ocasionar una actitud defensiva constante; y se complementan con el cuarto que es la habilidad para no escuchar al otro o dejarlo hablar sin hacerle caso o hablarle tanto que no se le deja opinar. Estas conductas en ocasiones son formas que buscan las parejas para resolver sus conflictos sin embargo muchas veces lejos de ayudar estas conductas llevan a problemas mayores que generan la separación.

Cuando se tiene éxito en resolver el conflicto, la relación puede salir fortalecida, en estos casos el conflicto vivido por los hijos no es negativo para ellos, incluso puede ser una ocasión para aprender a ser asertivos (García, 2004).

#### **1.4.4 Pensamientos durante los conflictos**

Algunas ideas aparentemente normales pueden ser un foco de conflictos solamente por no ser conscientes de que lo que se piensa no es racional. Algunas de estas ideas son: Estar en desacuerdo es destructivo de la relación, los miembros de la pareja deben ser capaces de averiguar los deseos, pensamientos y emociones del otro, uno debe ser un compañero sexual perfecto del otro, los conflictos se deben a diferencias innatas asociadas al sexo.

Algunas de las ideas que presentan uno o ambos miembros de la pareja que puede ser normales y tener una lógica aceptable para la persona; pero, pueden ser un motivo de desacuerdo, puesto que el otro lo puede considerar como no racional ya que no es lo que el piensa. García (2004) señala que existen algunas creencias irracionales respecto a lo que el uno piensa del otro, y son:

- Estar en desacuerdo es destructivo de la relación
- Los miembros de la pareja deben ser capaces de averiguar los deseos, pensamientos y emociones del otro
- Uno debe ser un compañero sexual perfecto del otro
- Los conflictos se deben a diferencias innatas asociadas al sexo.

Al respecto, Ellis (1988) indica que las creencias irracionales están en la base de los conflictos.

Así, el individuo al insistir en creencias irracionales, va a incidir en que se presente un conflicto con su pareja, al no coincidir en sus pensamientos.

#### **1.4.5 Solución de conflictos**

Dentro de la terapia de pareja cognitivo- conductual, García (2004) señala que se realizan las siguientes intervenciones:

- Aumentar el intercambio de conductas positivas.
- Entrenamiento en habilidades de comunicación y resolución de problemas.
- Cambiar el patrón de reciprocidad negativa introduciendo conductas positivas frente a la negatividad.
- Cambios en las expectativas e ideas irracionales cuando es necesario.

De acuerdo a García (2004), la terapia cognitiva conductual clásica, que está clasificada como una terapia que muestra evidencia comprobada, indica que alrededor del 75% informan haber presentado una mejora en la satisfacción matrimonial; los resultados son siempre positivos, tal vez porque de no existir una intervención, los problemas se incrementan.

Así, señala también que “cuando se tiene en cuenta si la mejora afecta no solamente a la disminución del conflicto, sino a la mejora de la evaluación de la relación por parte de los dos miembros, los resultados no son tan espectaculares; revisando la literatura sobre la eficacia, llega a la conclusión de que, siendo estrictos, menos del 50% de las parejas que acuden a terapia cambian de un estado de estrés a un estado de armonía. Otro aspecto oscuro es la cantidad de recaídas que se contabilizan, entre el 30% y 50% de los que mejoran”

Es importante destacar la importancia que tiene el que las parejas sigan las recomendaciones a futuro que les haga el terapeuta, porque en ocasiones las parejas ven que existe una notable mejoría y se descuidan y vuelven a caer en los errores y conductas negativas que los llevaron a tener conflicto.

#### **1.4.6 Situación social del conflicto de pareja**

Se sabe que los medios de comunicación ejercen gran influencia sobre el pensamiento de las personas. En el tema de las parejas, no es la excepción. Así, García (2004), propone que los medios de comunicación transmiten un mensaje que parece indicar que la forma de vivir

mejor no es la pareja. Para ejemplificar, señala que mientras que en los años 70 el 70% de los hogares americanos los ocupaba un matrimonio actualmente solamente son el 50%.

Se dan parejas de hecho y formas de relación muy largas, siendo “novios” y viviendo cada uno en su casa, compartiendo solamente el tiempo libre, son formas que permiten relaciones con un menor compromiso.

García (2004), afirma que es la sociedad la que marca lo que la pareja quiere o que necesita. Dice también que hay que considerar la influencia de factores positivos como los avances de la mujer hacia la igualdad social con el hombre y su integración en el proceso productivo; y otros no tan positivos como la ideología hedonista, establecida para mantener un gran nivel de consumo, o la falta de apoyo social al desarrollo de la familia, que pone grandes dificultades laborales para el cuidado de los hijos, y que llevan a considerar tener descendencia como una carga insoportable, junto con otros elementos como las condiciones precarias de trabajo, que por una parte disuaden de establecer compromisos a largo plazo, como tener hijos o comprar un piso, y por otra establecen jornadas interminables que contribuyen de forma determinante a incrementar las barreras de comunicación en la pareja. Son todos factores sociales que configuran la forma de la pareja que se puede dar en nuestra sociedad.

Según el Diario “El Universo” (2011), se presenta un incremento en el número de divorcios y separaciones a nivel mundial. En el Ecuador, los divorcios aumentaron en un 69% en la última década, es decir, de alrededor de diez mil divorcios en el año 2000, a un promedio de dieciocho mil divorcios en el año 2010. Y a la par del incremento de esta cifra, hubo un decremento de 0,10% en los matrimonios, según datos del INEC-2010. Entonces, se podría concluir a la vez que es más común que las relaciones de pareja terminen en divorcios, también es más frecuente que las personas inmersas en una relación, no la formalicen, es decir la lleven al término del matrimonio.

Además de los obvios estados negativos en los que pueden caer ambos miembros de la pareja debido a estos conflictos, también es importante destacar el impacto social que podría presentarse como efecto de las crisis de la pareja. Impacto que se podría evidenciar en la salud, lo laboral, lo económico, y sobre todo en lo familiar. Es por esta razón, que se hace necesaria y urgente el tratamiento de los conflictos de pareja. Además de la intervención de

las ciencias de la salud y otras ciencias afines para intentar prevenir y/o remediar este actual padecimiento de la sociedad.

Se creería que un alto porcentaje de parejas en crisis visitan al psicólogo, siendo un motivo de consulta justo por detrás de la ansiedad y la depresión, en tal virtud; para poder crear protocolos de intervención en el asunto de las crisis de pareja, además de conocer que es una pareja, es importante conocer estas manifestaciones o factores de conflicto en el interior de su relación: La ansiedad y la depresión que puede experimentar una o ambas personas de la pareja.

Cabe destacar también, que no todas las parejas buscan ayuda ante una inminente separación, que tarde o temprano termina dándose. Sin embargo, para quienes tienen la valentía de admitir que necesitan ayuda, hay esperanza. Lo afirman los terapeutas de pareja: “de las parejas que acuden a terapia, un 60% suele superar la crisis”

## **CAPÍTULO 2: ANSIEDAD Y DEPRESIÓN DESDE LA TEORÍA COGNITIVA**

Existen perturbaciones de los estados emocionales que por ser muy fuertes alteran la vida cotidiana, estas perturbaciones son conocidas como *trastornos del estado de ánimo*. Entre ellos podemos nombrar algunos como: ansiedad, depresión, manía, bipolaridad, etc. (Feldman, 1997). En este capítulo abordaremos dos de estos trastornos: ansiedad y depresión.

### **2.1 Ansiedad**

Todas las personas podrían sufrir ansiedad frente al estrés a manera de un sentimiento de aprensión o de tensión; es decir, la ansiedad no es una reacción no necesariamente dañina, sino más bien útil para la vida diaria. No obstante, ciertas personas sufren ansiedad ante situaciones que no presentan razón o causa externa. La ansiedad que no se justifica externamente se considera un problema psicológico llamado *trastorno de ansiedad*. (Feldman, 1997).

Etimológicamente el término *ansiedad* viene del latín *anxietas*, que significa congoja o aflicción. Consiste en un estado de malestar psicofísico caracterizado por una sensación

de inquietud, intranquilidad, inseguridad o desasosiego que se experimenta como una amenaza inminente y de causa indefinida.

### 2.1.1 Definiciones

- Lazarus (1976, en Virues, 2005) propuso que la ansiedad es un fenómeno que se da en todas las personas y que, bajo condiciones normales, mejora el rendimiento y la adaptación al medio social, laboral o académico. Y que además tiene la importante función de movilizarnos frente a situaciones amenazantes o preocupantes de forma que hagamos lo necesario para evitar el riesgo, neutralizarlo, asumirlo o afrontarlo adecuadamente.
- Ellis (1998) dice que la ansiedad es un conjunto de sensaciones molestosas y de tendencias a la acción que le permiten darse cuenta de que ocurren o pueden ocurrir hechos desagradables, es decir, cosas que van en contra de sus deseos. Además, la ansiedad advierte lo que se tiene que hacer al respecto.
- Por su parte, Beck (1985) afirma que en la ansiedad la percepción del individuo es incorrecta, se basa en falsas premisas. Es decir, se tiene la idea de que el sujeto a lo largo de su desarrollo ha adquirido algunos esquemas cognitivos referentes a las amenazas que se activan en ciertas situaciones, esa activación provoca distorsiones cognitivas y pensamientos automáticos (en el nivel cognitivo), que produce reacciones en lo emocional (nivel conductual).
- Para Luengo (2003), la ansiedad es una respuesta desajustada ante un hecho o situación determinados que resulta de un sistema de creencias de tipo irracional que la persona posee y que va condicionando de continuo a lo largo de su vida. Este sistema de creencias de tipo irracional, sería comparable a las creencias irracionales propuestas por Ellis.
- Virues (2005), afirma que: "La ansiedad es una respuesta emocional que se presenta en el sujeto ante situaciones que percibe o interpreta como amenazantes o peligrosas, aunque en realidad no se pueden valorar como tal, esta manera de reaccionar de forma no adaptativa, hace que la ansiedad sea nociva porque es excesiva y frecuente".

Atendiendo a la multitud de disciplinas que han intentado abordar la cuestión de la ansiedad, González (1993) propone que se ha llegado a un acuerdo de un concepto de ansiedad,

valido desde los distintos ámbitos disciplinarios y teóricos, y es “como una forma de conducta compleja y multidimensional en la que existen componentes de respuesta fisiológicos, motores y subjetivo-cognitivos. Este patrón de conducta surge cuando un individuo se halla expuesto a estímulos interpretados como amenazantes, bien porque objetivamente lo sean, o porque él subjetivamente así lo vivencia”

A partir de estas definiciones, se concluiría que la ansiedad como un trastorno psicológico, es una respuesta tanto psicológica como física que incluye reacciones que provocan malestar al sujeto frente a una situación que se percibe como amenazante o dañina, lo sea o no en la realidad. Conjuntamente, la ansiedad se origina por creencias erradas que se han ido formando a lo largo de la vida del sujeto.

Es importante decir que, al igual que sucede con otros trastornos del estado de ánimo, cuando la ansiedad repercute negativamente en la salud, vida social, vida laboral y comportamiento general del adulto, necesita ser tratada por un profesional. Finalmente cabe señalar que de acuerdo al Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM-IV se conocen 12 categorías formales de trastornos de ansiedad (Stein y Hollander, 2004).

La ansiedad, entendida desde la teoría cognitiva, tendría que ver con los pensamientos irracionales que hacen que la persona sobredimensione la magnitud de un peligro que puede ser mínimo e incluso no existir.

### **2.1.2 Ansiedad Versus Miedo**

En ocasiones, el miedo es útil para reconocer situaciones de amenaza real, de peligro y nos permite prepararnos para afrontarlas. Cierta grado de ansiedad puede acompañar a ese miedo, pero la persona que sufre ansiedad excesiva o reacciones fóbicas no responde a la realidad de la situación. (Beck y Emery, 1985)

De la misma manera González (1993) plantea que la ansiedad es una respuesta ante situaciones de peligro y amenaza, y que además es una conducta que cumple una función adaptativa. Esta autora cataloga a la ansiedad como patológica cuando la continuidad de las respuestas o la excesiva intensidad de las mismas, no permite que se establezca el equilibrio entre el sujeto y los estímulos.

Burns (2006), afirma que la diferencia entre la ansiedad y el miedo saludable, radica en los pensamientos que los desencadenan; aunque ambos surgen como consecuencia de los éstos, así en el miedo los pensamientos no están distorsionados, sino que existe una percepción realista del peligro.

### **2.1.3 Factores que determinan el apareamiento de ansiedad**

Ellis (2000) señala, que si bien es cierto que las personas construyen en gran parte sus propios trastornos y pueden por tanto reconstruir sus cogniciones emociones y acciones (aunque con mucho esfuerzo), también considera que hay una tendencia biológica hacia dicha construcción, pues las personas nacen sugestionables y susceptibles de aprender y ser condicionadas.

La TREC (Terapia Racional Emotiva Conductual) plantea que desde que el niño nace, construye reacciones sanas frente a los problemas de la vida en especial frente a los peligros, así es como logra sobrevivir. No obstante, también suelen construir reacciones malsanas que pueden resultar perjudiciales, como sobre dimensionar los peligros o quedarse paralizado frente a los problemas (Ellis,2000).

Según Beck el problema psicológico central de los trastornos de ansiedad es una vulnerabilidad que surge de la tendencia del individuo a minimizar su capacidad para resolver problemas, así como exagerar el grado de amenaza en situaciones problemáticas. (Sarason & Sarason, 2006)

La ansiedad concretamente tiene su origen en muchos factores biológicos y sociales, y se puede por tanto controlar de varias maneras, tanto físicas como mentales así por ejemplo, cuando percibimos algo como un signo de peligro o de dificultad, nuestro cerebro se pone rápidamente haciendo que la amígdala mande señales al córtex prefrontal, el cual, a su vez, envía señales de nuevo a la amígdala, avisando de que estamos en un estado de preocupación, entonces gran parte del cuerpo se ve inmerso en toda una serie de circuitos bioquímicos (Ellis, 2000)

Por otro lado, el apareamiento de la ansiedad está relacionado a situaciones de estrés en las que la persona puede llegar a perder el control de sus actos o pensamientos. De acuerdo al enfoque de Burns (2006), la ansiedad es autogenerada, esto quiere decir que es

producida por el mismo sujeto, y es por tanto, él mismo quien tiene el poder para hacer que desaparezca. Ellis (2000), también coincide con este criterio y propone que siendo la persona quien genera su ansiedad –malsana-, tiene el poder de reducirla o hacerla desaparecer.

Existen tres factores que determinan el apareamiento de la ansiedad según Ellis (2000):

- El factor biológico, es decir, la necesidad de aparición de ansiedad para la supervivencia en especial en las condiciones de extremo peligro de antes.
- El entorno en el que vive el sujeto, es decir, las cosas y las personas que rodean y cómo influyen positiva o negativamente sobre el sujeto.
- El sujeto mismo, quien es el más importante para determinar si la ansiedad que se forme será sana o malsana.

Beck y cols. (1985, en Stein y Hollander, 2004) proponen que, dado a las diferencias individuales, un trastorno de ansiedad puede obedecer a una combinación singular de variables predisponentes y precipitantes. Hay cinco factores que pueden predisponer o establecer la vulnerabilidad y propensión a la ansiedad, estos son:

- Herencias genéticas
- Enfermedades somáticas
- Traumas psicológicos
- Ausencia de mecanismos de afrontamiento
- Pensamientos, creencias, supuestos y procesamiento cognitivo distorsionado.

Por otra parte, a partir del modelo médico, los enfoques biológicos han demostrado que los factores genéticos tienen alguna influencia en los trastornos de ansiedad. Además existen estudios que indican que ciertas deficiencias químicas en el cerebro parecen producir ciertas clases de ansiedad. Al contrario, quienes aplican el modelo conductual tienen otro enfoque que hace énfasis en los factores ambientales. Así, dicen que la ansiedad vendría a ser una respuesta que se aprende frente a situaciones que generan estrés (Feldman, 1997).

Por otra parte, para Moreno y Martín (2004), no existe una causa única que determine el apareamiento de la ansiedad, pero sí es posible que hayan personas que tengan más facilidad de sufrir crisis de ansiedad que otras. Por ejemplo, afirman que hay investigadores que han comprobado que los que tienen duplicado el material genético en el par 19, son más propensos a sufrir crisis de pánico. Algunos autores lo denominan vulnerabilidad física.

Según estos mismos autores se puede desarrollar vulnerabilidad psicológica a lo largo de la vida. Si la persona se ha acostumbrado a responder con temor frente a determinadas circunstancias elevará su nivel de tensión y se volverá más vulnerable. Asimismo tenemos la falsa información y comentarios que se transmiten de padres a hijos y de unos a otros. Es decir, muchas veces la información que poseemos, escasa o falsa, la utilizamos para hacer interpretaciones no verídicas que pueden parecer verosímiles. Así, estos tres factores: vulnerabilidad psíquica, vulnerabilidad física y falsa información, servirían como detonantes para una crisis de ansiedad. Además de un cuarto factor que sería el estrés.

Retomando el modelo cognitivo, éste propone que los trastornos de ansiedad se derivan de cogniciones imprecisas e inadecuadas sobre situaciones del mundo de la persona que se ve afectada. La teoría cognitiva asume que la raíz de un trastorno de ansiedad está en el pensamiento erróneo acerca del mundo.

Beck y Emery (1985, citado en Riso, 2009) plantean que si la persona llega a estar consciente de las propias reacciones físicas y emocionales ligadas a la ansiedad, puede ser que empiece a temer a esos síntomas incluso más que a la situación que los desencadena. Cuanto más se asusta o más rabia le da todo esto, más intensos se vuelven sus síntomas y así cae en la llamada espiral de la ansiedad que se auto-mantiene a sí misma y va en aumento (manteniendo y aumentando los síntomas físicos y emocionales).

#### **2.1.4 Síntomas de la ansiedad**

A pesar de que la ansiedad es un trastorno psicológico, presenta además manifestaciones o signos físicos. En el inventario de ansiedad, creado por Beck, se muestran los siguientes signos:

- Hormigueo o adormecimiento de extremidades
- Oleadas de calor o bochornos
- Debilidad y temblor en las piernas
- Incapaz de relajarme
- Temor a que sucediera lo peor
- Mareo o ligereza de cabeza
- Palpitaciones o aceleración cardíaca
- Falta de equilibrio
- Terror
- Nerviosismo
- Sensación de ahogo

- Temblor de mano
- Agitación
- Miedo a perder el control
- Dificultad para respirar
- Miedo a morir
- Asustado
- Indigestión o molestias abdominales
- Desmayos
- Enrojecimientos de la cara
- Sudoración (no causada por el calor).

### **2.1.5 Tipos de Ansiedad**

Para este apartado, se tomará en cuenta la clasificación de Ellis (2000), que propone que existen dos clases de ansiedad: la sana y la mal sana.

La ansiedad sana permite al ser humano estar en constante alerta, y de esta manera preservar la vida. Sin embargo, la mayoría de veces la ansiedad es del tipo malsana. Este tipo de ansiedad es dañina, se presenta en diferentes niveles y algunos de ellos pueden realmente llegar a ser destructivos, puesto que hace que el ser humano actúe sin precaución, pierda el control y quizás enfrentar mal los problemas con los que se encuentran.

La ansiedad sucedería cuando el sujeto desea algo pero ve que es posible que no lo obtenga, o también cuando aun no deseando que algo suceda, evidencia el peligro de que pueda pasar. Entonces, el ser humano siente ansiedad, porque tiene deseos, de lo contrario habría solo una sensación de indiferencia frente a lo que pueda o no pasar. El sentimiento de ansiedad es normal en las personas y ocurre frente a emociones nuevas o exigentes a las que la persona debe enfrentarse. Pero, cuando esas emociones se vuelven excesivas e incontrolables llegando a producir malestar, es cuando se convierte en un trastorno de ansiedad.

### **2.1.6 Respuesta Fisiológica del cuerpo frente a la ansiedad**

Además de la parte psicológica, la ansiedad cuál es la reacción física que se genera en la persona frente a una situación ansiógena, pues, la respuesta fisiológica, tiene que ver sin

duda alguna, con el proceso psicológico que sucede en la persona que sufre ansiedad. Así, según Moreno y Martín (2004), el cuerpo, por medio del sistema nervioso, hacen frente a una situación que genere ansiedad, de dos formas:

- La primera, es acelerando los procesos 'para poder huir'. Esta es una función del sistema simpático; es decir, cuando el cerebro ha procesado que la situación a la que se enfrenta genera ansiedad, la glándula encargada segrega adrenalina, y como consecuencia, el corazón se acelera, la sangre de la superficie de la piel se retira hacia los músculos, y la de la zona intestinal hacia las extremidades, la piel se enfría mediante la sudoración de las glándulas sudoríparas, y las pupilas se distienden para amplificar la visión. todos estos cambios tienen la función de que el individuo corra, salte, huya, es decir se ponga a salvo.
- La segunda, es paralizando los procesos 'cuyo extremo vendría a ser el desmayo', ésta es una función del sistema parasimpático, y, es una vía que ha desarrollado la evolución que se conoce como 'paralización', pues los animales no atacan a otro animal que esté "muerto", y la paralización también evita que la persona realice actos que la pongan en peligro, como por ejemplo una persona con vértigo puede llegar hasta a tirarse al suelo para no tener que cruzar un puente.

Resulta que el cuerpo tiene mucha influencia sobre la mente y sus reacciones de ansiedad, y viceversa. Determinados sentimientos intensos pueden traumatizar nuestra mente e incluso nuestro sistema inmunológico y provocar problemas físicos temporales y a veces permanentes que, a su vez, empeoran nuestras relaciones emocionales. Son, por tanto, muchas las posibilidades disfuncionales de que se forme un círculo vicioso casi infinito (Ellis, 2000)

Entonces, la ansiedad sería vivenciada de diferente manera e intensidad en las personas, pero los procesos fisiológicos son los mismos. Podría deducirse que lo que difiere, según la persona, es el procesamiento psicológico de la causa de la ansiedad. Entonces, así sea que dentro del cuerpo las reacciones sean muy similares, los procesos mentales van a variar según la historia y los recursos psicológicos personales del sujeto.

### **2.1.7 Las creencias irracionales propuestas por Albert Ellis**

Ellis (2000), plantea que los pensamientos tienen mucha importancia cuando se siente ansiedad, especialmente aquellos pensamientos que están ocurriendo justo antes de sentirnos mal. De hecho, en esos pensamientos iniciales está la clave de por qué las personas se sienten mal.

Ellis (2000) dice que por lo general, el cerebro y el sistema nervioso central funcionan bien, y la persona tiene la capacidad de elegir sus pensamientos, acciones y sentimientos; así que las creencias irracionales son pensamientos distorsionados, que surgen especialmente en casos de acontecimientos traumáticos inesperados, cuyo shock impide pensar con claridad. También afirma que teóricamente la persona está capacitada para modificar pensamientos emociones y conductas, pero es posible que se convenza de que no puede, y estará entonces a merced de que los pensamientos lo controlen. Luengo (2003) al respecto dice: "Este sistema de creencias propone al individuo una serie de formas de sentir y razonar los hechos de manera distorsionada. Es decir los malinterpreta- que le hace sentirse indefenso ante la dimensión o singularidad de la realidad".

Se podría decir que las creencias irracionales, impiden que el sujeto pueda optimizar su proceso de pensamiento, frente a situaciones que le generen estrés o malestar.

El pensamiento irracional es dogmático y poco funcional, el individuo se evalúa a sí mismo, a los demás y al mundo de una forma rígida. Los <<debo de>> o las exigencias absolutistas (Ellis y Becker, 1982, citado en Ellis y Lega, 1993) juegan un papel central en la perturbación psicológica del individuo, al generar emociones y comportamientos poco funcionales que interfieren con la obtención y el logro de metas personales.

Por su parte, Beck (1985, citado en Ruiz y Cano), también propone que existen las distorsiones cognitivas en el trastorno por ansiedad generalizada, y dice que son:

- Inferencia arbitraria-Visión catastrófica: que es en la anticipación o valoración catastrófica, pues no se basa en evidencias suficientes, acerca de ciertos peligros anticipados que se perciben como amenazantes por el sujeto.
- Maximización: Es el incremento de las probabilidades del riesgo de daño.

- Minimización: Es la percepción de que la habilidad para enfrentarse a las amenazas físicas y sociales, se ha disminuido.

Podemos comprobar que estas distorsiones cognitivas, coinciden con las creencias irracionales propuestas por Ellis, aunque con otro nombre.

Se podría llegar a identificar estas tres tendencias, en el individuo que sufre trastornos de ansiedad, al evaluar las situaciones que las generan y como se relacionan con las ideas irracionales creadas por sí mismo.

Uno de los puntos clave en la intervención psicoterapéutica de la Terapia Racional Emotiva es la utilización de algunas reglas del método científico para refutar y cambiar las ideas irracionales. (Ellis, 2000).

Por su parte, Luengo (2003), llama a estas creencias irracionales: distorsiones cognitivas, y afirma que no son producto de una reflexión ni siquiera son fácilmente verbalizables, acertadas o realistas, sino que obedecen a diálogos internos muchas veces poco inteligibles y que, en la mayoría de casos se adscriben a instancias inconscientes de la personalidad de ahí su perseverancia, su difícil erradicación y el estado de indefensión que plantean-

Por su parte, Moreno y Martín (2004), afirman que cuando la persona está con una crisis de ansiedad, su mente interpreta la realidad de forma errónea y dañina y al sentir cualquier sensación extraña automáticamente piensa que es algo dañino, peligroso, o simplemente mortal, –equivaldrían a las creencias irracionales propuestas por Ellis-. Y, al igual que Ellis, estos autores proponen que estos pensamientos automáticos se pueden modificar.

Moreno y Martín (2004), concuerdan con Ellis (2000), en la causa de los pensamientos automáticos, es decir que cada persona a lo largo de su vida, va teniendo una serie de experiencias directas y a través de lo que les ocurre a sus conocidos y familiares; sobre éstas, desarrolla esquemas sobre sí mismo, sobre el mundo y el futuro. Estos esquemas por lo general no son cuestionables, sino que se asumen como verdades absolutas a lo largo de la vida. Concordamos con esta proposición, puesto que muchas de las ideas erróneas de los adultos, suelen venir de información falsa o malentendida de la infancia, y esto, mediante la práctica y la costumbre, se vuelven paulatinamente verdades. La ansiedad puede originarse por este tipo de esquemas básicos, como por ejemplo “lo desconocido es peligroso”

Pero, lo que perjudicial de estos pensamientos irracionales, es lo que genera en el sujeto, que vendría a ser una imposibilidad de actuar y reaccionar como debería. Así, Beck (1985, citado en Ruiz y Cano) añade que en los trastornos por ansiedad, la activación cognitiva de los esquemas de amenaza, produciría una especie de "bypass cognitivo", es decir una especie de evitación, cortocircuito o dificultad para que opere el pensamiento racional del sujeto. Sucedería que el sistema primitivo de procesamiento de la información competiría con el sistema racional y evolucionado de procesamiento. Esta es la razón, continúa Beck, por la que sucede el "conflicto neurótico" entre la razón y la "irracionalidad" percibida por la persona en sus cogniciones.

#### **2.1.7.1 Métodos para disputar las creencias irracionales**

Ellis (2000) plantea que las creencias irracionales pueden ser disputadas mediante tres métodos, que serán expuestos y brevemente explicados a continuación:

##### **a. Método Realista o Empírico**

Se denomina así puesto que la principal razón de la inutilidad de las creencias irracionales, es que van en contra de la realidad social (Ellis, 1998). Las creencias irracionales no van acorde con los hechos que suceden en la vida, y si la persona persiste en ellos, podría ser que afecten a su vida.

El autor dice que la persona debe hacerse a sí mismo, preguntas que busquen encontrar hechos reales que evidencien la veracidad o no de la creencia. Así irá esclareciéndose que la persona no debe dar por sentado las cosas, en este caso, aquellas que sustenten sus creencias irracionales.

A veces, sobre una misma cuestión, pueden haber más de una creencia irracional, o creencias que se deriven de la principal, y es importante seguir este mismo proceso de auto preguntarse por las razones. Así, no solo disputará las falsas razones tras la principal sino también tras las secundarias.

Si la persona disputa sus creencias irracionales con la lógica, se llegará a dar cuenta que sus deseos no siempre tienen que ser satisfechos. De acuerdo a la TREC, las creencias irracionales son por lo general irrealistas y antiempíricas, y son susceptibles de disputa y transformación, siempre y cuando se las revise desde el realismo y sean también contrastadas con los hechos de la realidad propia y la de los demás. (Ellis, 2000)

#### b. Método Lógico

Las creencias irracionales, y las corolarias, no suelen ser lógicas. Si la persona quiere disputarlas y cambiarlas por una creencia racional, debe formularse cuestiones que busquen encontrar una respuesta basada en la Lógica. Y, si insiste en conseguir respuestas claras va a entender que ninguna o casi ninguna de sus ideas es lógica. A veces, cuando la persona no obtiene lo que quiere, puede sentirse frustrado, y empezar así una cadena de pensamientos ilógicos, como por ejemplo “si no consigo lo que quería, nunca conseguiré nada de lo que quiera, entonces la vida no vale la pena” llegando a conclusiones que ya no poseen nada de lógica.

#### c. Método Práctico y Pragmático

Esta vía sirve también para disputar las creencias irracionales, -sobre todo deberes e imposiciones absolutistas) .el autor propone que se debe desafiar a la creencia y enfrentarla pragmáticamente (por ejemplo “a que me va a llevar”).La forma pragmática de disputar las ideas es la verdadera clave de la TREC, para atacar la ansiedad desde la raíz. Pues, las creencias irracionales de que la persona debe conseguir todo lo que desea para ser feliz, o de lo contrario su vida será desgraciada, son las que afirman esto. Para ser razonable y productivo, debe el sujeto darse cuenta de que las creencias irracionales son patológicas y perjudiciales (Ellis, 2000)

El autor propone que los tres métodos deberían ser utilizados por igual, y con regularidad puesto que el ser humano tiende a desarrollar fácilmente creencias irracionales, y a permanecer en la comodidad de mantenerlas. Así que, es necesario que se las dispute insistentemente con los métodos propuestos (Ellis, 2000).

### **2.1.8 El tratamiento de la ansiedad**

Como se podría constatar en la experiencia clínica, y de acuerdo a la teoría, sucedería que el cliente, dentro de un tratamiento psicológico, por lo general atraviesa tres etapas: el deseo afirmado de acceder a la terapia, la ejecución de la misma y el objetivo de sentirse psicológicamente aliviado.

Luengo (2003), plantea que la ansiedad no es evidentemente lo mismo para quien la padece que para quien trata externamente de aliviarla. Esto quiere decir que los síntomas son vividos y relatados por una persona, pero que serán comprendidos y objetivados por otra. Creemos que en este punto es necesario señalar la importancia de la empatía que debe mostrar el terapeuta por el sufrimiento del paciente, para que pueda entender cómo ha afectado a la vida del paciente, los síntomas ansiógenos.

Luengo (2003) establece que si bien es cierto que no se posee una solución eficaz y global de este trastorno, al estilo de lo que propone la medicina tradicional, pero que si es posible una reducción significativa o una erradicación propia para cada individuo a menudo difícil pero siempre posible. Acotaríamos aquí que lo importante es hacer entender al cliente en que consiste su trastorno, y comprometerlo con el proceso de cambio.

La terapia cognitiva propone que para erradicar la ansiedad, lo efectivo es el ayudar al cliente a cambiar su manera de pensar; y trabajar en conjunto con él, para que pueda lograr tener otro tipo de pensamientos –positivos-

### **2.1.9 La ansiedad en la teoría cognitiva**

Según la perspectiva de Stein y Hollander (2004), el modelo cognitivo de la ansiedad representa, en principio, un medio fiable y útil para fomentar la comprensión del fenómeno de la ansiedad.

Para Burns (2006), el modelo cognitivo se basa en tres ideas sencillas:

1. Usted se siente tal como piensa
2. Cuando está angustiado, se está engañando a sí mismo. La ansiedad es consecuencia de pensamientos distorsionados, ilógicos. Es una estafa mental
3. Cuando cambie su manera de pensar, podrá cambiar su manera de sentirse

Además añade que la ansiedad es consecuencia de los pensamientos o cogniciones; pues los pensamientos que fluyen por la mente, tienen el poder de producir emociones fuertes, ya sean negativas o positivas.

De la investigación sobre la terapia cognitiva se podría decir, que ésta se basa en la idea de que cada tipo de pensamiento o cognición, produce un tipo determinado de sentimiento.

Cuando la persona empieza a sentirse angustiada, sus pensamientos y sentimientos negativos comienzan a reforzarse unos a otros, en un círculo vicioso. Los pensamientos catastróficos producen sentimientos de ansiedad y de miedo, y estos sentimientos desencadenan más pensamientos negativos.

Según Sarason y Sarason (2006), existe considerable evidencia de que la terapia cognitiva es eficaz para tratar trastornos de ansiedad. Y además de estos autores, hay muchos otros que también afirman de lo útil que resulta esta terapia. (Caro, 2007)

La manera en la que se trata la ansiedad, de acuerdo a la terapia cognitiva es buscar cambiar los pensamientos o cogniciones distorsionadas, de manera que puedan ayudar al cliente a que pueda enfrentar de mejor manera los problemas de su vida.

#### **2.1.9.1 La ansiedad en la terapia cognitiva de Beck**

También Beck afirma que la manera de tratar la ansiedad en el cliente, es la erradicación de los pensamientos distorsionados.

La terapia cognitiva de Beck normalmente consta de 5 a 20 sesiones. En una primera parte, se invierte una cantidad mínima de tiempo recopilando información sobre los antecedentes, buscando las causas originales de la ansiedad. La mayor parte de la terapia está orientada hacia la solución de los problemas que presenta el paciente. Es importante que el terapeuta lo aliente a que hable de manera abierta sobre sus miedos y preocupaciones, además, de que debe mostrar empatía por la ansiedad del paciente. En esta terapia, se utiliza el método socrático, para ayudar al paciente a estar consciente de sus pensamientos, analizarlos para encontrar distorsiones cognitivas y sustituirlos con pensamientos más realistas. (Sarason y Sarason, 2006)

Según Beck y Emery (1985, citado en Riso, 2009), la terapia cognitiva puede ayudar en los casos de ansiedad, de la siguiente forma:

- Permite descubrir que los pensamientos e imágenes ansiógenas interfieren con la habilidad de comportarse como se deseaba
- Ayuda a reconocer los errores de pensamiento sobre qué sucedería si se decide a actuar como de verdad deseaba hacerlo
- Enseña a utilizar la capacidad de razonar y de observar las situaciones que causan ansiedad.

Plantean también que cuando el sujeto pueda ir eliminando las distorsiones e inadecuaciones de pensamiento, podrá desarrollar formas nuevas de manejar las situaciones que antes eran ansiógenas, con eficacia y serenidad. (Beck y Emery, 1985, citado en Riso, 2009). Podría decirse que en la medida en la que sea correcta la determinación de las distorsiones cognitivas, ahí se evidenciaría la eficacia del tratamiento.

## **2.2 Depresión**

Los cambios en los estados de ánimo en los sujetos son frecuentes y pueden variar drásticamente de un momento a otro de acuerdo a las circunstancias que rigen el entorno del sujeto, un acontecimiento específico puede causar en el individuo un estado de gran alegría o de profunda tristeza esto de acuerdo a la interpretación que cada persona hace de la realidad en la que se encuentra, sin embargo cuando un estado de ánimo extremo se prolonga por un tiempo extenso puede identificarse al mismo como un trastorno del estado de ánimo es decir: Perturbaciones afectivas lo bastante severas como para interferir con la vida normal. (Feldman, 1997); de tal manera que estas no permiten al sujeto realizar las actividades de su cotidianidad y generan un cambio en su desempeño académico, laboral y en sus relaciones sociales.

### **2.2.1 Definiciones**

La depresión clínica se define como una condición en la cual se presenta un estado de ánimo depresivo persistente o una pérdida de interés junto con otros signos físicos y mentales destacados, tales como dificultades del sueño, reducción del apetito, disminución de la concentración, así como sentimientos de desesperanza y falta de valía. (Segal Z., Williams M., Teasdale, 2006). Por lo tanto la depresión presenta tanto signos en el ámbito emocional como físico que juntos llevan a diagnosticar este trastorno.

La depresión se define también como un 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 en las esferas somática y cognitiva. Las primeras incluyen trastornos del apetito, que pueden resultar en pérdida o ganancia del peso corporal, trastornos del sueño (insomnio o hipersomnia), trastornos psicomotores (hiperquinesia o bradiquinesia), y fatiga y pérdida de energía. (Consuegra, N., 2010)

La depresión no se refiere en sí a la tristeza que se origina en las dificultades de la cotidianidad ya que éstas se pueden considerar como parte del diario vivir, por lo tanto ante una situación de pérdida como puede ser la muerte de un ser querido, un despido del trabajo o la finalización de una relación se podría esperar que los sujetos entren en un estado de ánimo relacionado a la tristeza, sin embargo este se caracteriza por ser transitorio; no así en la depresión que se caracteriza por un estado más severo y de mayor duración.

Al sufrir de depresión se podrían sentir muchos de los signos que se evidencian en una situación de tristeza sin embargo la severidad de los mismos es mucho mayor, pudiendo las personas sentirse devaluadas, inútiles, sin valor, solas, y sin esperanzas ante el futuro. Y tales sentimientos pueden continuar durante meses o incluso años. Las personas con depresión grave pueden sufrir irrupciones incontrolables de llanto y perturbaciones del sueño. La profundidad de este comportamiento y el lapso que dura son las características distintivas de la depresión mayor. (Feldman, 1997).

La depresión es en gran medida una respuesta al desamparo aprendido, un estado en el que las personas perciben y al final aprenden que no hay escapatoria del estrés ni posibilidad de afrontarlo. Como consecuencia abandonan la batalla contra el estrés y se rinden ante él, lo que produce la depresión (Perterson, Maier y Seligman, 1993, citado en Feldman, 1997); es así que las personas, tras varios intentos fallidos, creen que no pueden mejorar sus habilidades pues temen fallar una próxima vez. Situación que es más compleja si ocurre durante la infancia ya que al trasladarse a la adultez la persona pensará que no puede controlar su entorno impidiéndole alcanzar otras metas.

La semiología de la depresión está dominada por la asociación de un humor depresivo y de una desaceleración psicomotriz. La culpabilidad, la desesperanza, la visión pesimista de la

existencia y los signos somáticos (insomnio, astenia, modificaciones en más o en menos del apetito y del peso) completan el cuadro clínico y están en proporciones variables de un sujeto a otro. (Diccionario Akal de Psicología; 1998), es decir que se mostraría con un enlentecimiento de la persona tanto en sus reacciones como en su gestualidad mostrándose una reducción y empobrecimiento de la mímica, se podría pensar que se trata de una respuesta a la expresión de una pérdida.

La depresión es raramente observada por sí misma. El problema adicional más frecuente es la ansiedad. Por ejemplo, la probabilidad de que una persona depresiva sufra un ataque de pánico es 19 veces mayor que la de alguien no depresivo. (Segal Z., Williams M. y Teasdale, 2006) por lo tanto podemos observar que ambos trastornos presentan una importante correlación pudiendo anteceder un estado ansioso a uno de tipo depresivo o un estado depresivo ir acompañado de un ataque de pánico.

### **2.2.2 Respuestas fisiológicas del cuerpo frente a la depresión**

Dentro de los síntomas a través de los cuales se identifica el estado depresivo se pueden considerar los que se relacionan con las siguientes áreas:

- Estado de ánimo: sentirse triste, melancólico, preocupado, irritable.
- El pensamiento: pensamientos negativos, dificultades en la concentración, ideas de suicidio, delirios, alucinaciones
- La conducta: llantos, aislamiento social, conducta suicida, conducta dependiente.
- Lo somático o físico: trastornos del sueño, fatiga, aumento o disminución del apetito, pérdida o aumento de peso, disminución del apetito sexual.

Para considerar que alguien atraviesa un episodio depresivo mayor, primero ha de manifestar uno de los dos síntomas centrales de los estados depresivos: la tristeza o la pérdida del interés por todo, y la anhedonia (dificultad o incapacidad para sentir placer o disfrutar) (Casarrubios y García, 2002), además se deberá determinar si la persona cumple con los síntomas de la enfermedad, la tríada de expresión de la depresión: somática, emocional y psíquica.

Algunos pacientes parecen tener una forma “pura” de depresión sin relación alguna con síntomas físicos. Pero la mayoría de los pacientes deprimidos presentan una depresión

relacionada de alguna manera con padecimientos físicos. Este es el motivo por el cual suelen consultar a un médico de atención primaria.

El Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM-IV expone las características básicas del episodio depresivo mayor de esta forma:

1. Durante al menos 2 SEMANAS, presencia casi diaria de al menos CINCO de los siguientes síntomas, incluyendo el 1) o el 2) *necesariamente*.
  - Estado de ánimo deprimido.
  - Disminución del placer o interés en cualquier actividad.
  - Aumento o disminución de peso/apetito.
  - Insomnio o hipersomnio.
  - Agitación o enlentecimiento psicomotor.
  - Fatiga o pérdida de energía.
  - Sentimientos excesivos de inutilidad o culpa.
  - Problemas de concentración o toma de decisiones.
  - Ideas recurrentes de muerte o suicidio.
2. Interferencia de los síntomas con el funcionamiento cotidiano.
3. No debido a medicamentos, drogas o una condición médica general (p.ej. hipotiroidismo).
4. No asociado a la pérdida de un ser querido ocurrida hace menos de 2 meses (excepto en casos de marcado deterioro en el funcionamiento)

La presencia de estos síntomas y de su criterio diferencial de otros trastornos sirve de ayuda para poder identificar y diagnosticar como tal a la depresión mayor.

Los tipos de depresión que se podrían encontrar son:

- Trastorno depresivo mayor, episodio único o recidivante: también conocida como depresión unipolar o depresión clínica se da en el paciente que tiene uno o más episodios depresivos mayores, si el episodio es único, el diagnóstico es trastorno depresivo mayor de episodio único, mientras si ha habido más de un episodio, se diagnostica trastorno depresivo mayor recurrente. Al llamarla depresión unipolar está busca diferenciarse a la depresión bipolar o trastorno maníaco-depresivo, e indica que el estado de ánimo se mantiene en un solo polo emocional, sin existencia de períodos de manía.

- Trastorno distímico: es un trastorno afectivo de carácter depresivo crónico caracterizado por la baja autoestima y aparición de un estado de ánimo melancólico, triste y apesadumbrado, pero que no cumple con todos los patrones diagnósticos de la depresión. Se cree que su origen es de tipo genético-hereditario y que en su desarrollo influirían factores psicosociales como el desarraigo, la falta de estímulos y premios en la infancia, entre otras causas. (Brody, 1995)
- Trastorno adaptativo con estado de ánimo depresivo o mixto (ansiedad y ánimo depresivo): también llamada depresión reactiva, se manifiesta cuando esta se da por un acontecimiento vital estresante y no se prolonga por más de los tres meses siguientes a su aparición. Se habla de depresión reactiva cuando el cuadro es más grave de lo esperable o tiene mayor repercusión funcional de la que cabría esperar para ese factor estresante. Debe existir, entonces, un criterio de "desproporción" para su diagnóstico. Se caracteriza además por una combinación de ansiedad y depresión.
- Trastorno depresivo no especificado: se clasifica de esta manera a aquella situación en la que se manifiestan algunos síntomas depresivos sin embargo no los suficientes para que correspondan a ninguno de los anteriormente explicados. Esta situación puede darse cuando existe un solapamiento de síntomas depresivos con un trastorno por ansiedad (síndrome ansioso-depresivo), en el contexto de un trastorno disfórico premenstrual o en cuadros de trastorno depresivo post-psicótico (residual) en la esquizofrenia.

### **2.2.3 Estadísticas sobre la depresión**

La depresión mayor es una de las formas más comunes del trastorno del estado de ánimo. Entre 14 y 15 millones de personas en Estados Unidos sufren de depresión mayor y, en algún momento, entre 6 y 10% de la población estadounidense estará clínicamente deprimida. Casi una de cada cinco personas en Estados Unidos experimenta depresión mayor en algún momento de su vida. El costo que trae consigo la depresión para la sociedad se aproxima a los cincuenta mil millones de dólares al año (McGrath et. al., 1990; Greenberg et. al., 1993a, 1993b; Cronkite, 1994; Rich, 1997 citado en Feldman, 1997).

En base a los datos de los hospitales y los estudios comunitarios, dicho trastorno del ánimo se encuentra entre las condiciones psiquiátricas más prevalentes. Datos epidemiológicos obtenidos de aproximadamente 14.000 pacientes encuestados en seis países europeos, plantean que el 17% de la población informó haber experimentado depresión durante los seis meses anteriores, la depresión mayor afecta al % 6,9 de la población y la depresión menor al 1,8%, el restante 8,3% de los sujetos se quejaba de experimentar síntomas depresivos, pero no consideraban que interfirieran en gran medida con su trabajo o sus relaciones sociales. (Segal Z., Williams M., Teasdale, 2006)

Las mujeres tienen el doble de probabilidades de sufrir depresión mayor en comparación con los hombres, y una cuarta parte de ellas tiene la posibilidad de experimentar una depresión mayor en algún momento de sus vidas. Además, aunque nadie está bastante seguro de la causa, el índice de depresión está en aumento en todo el mundo. Los resultados de entrevistas profundas realizadas en Estados Unidos, Puerto Rico, Taiwan, Líbano, Canadá, Italia, Alemania y Francia indican que la frecuencia de la depresión ha aumentado de manera significativa sobre las cifras previas en todas las regiones. De hecho, en algunos países, la probabilidad de que los individuos sufrirán de depresión mayor en algún momento de su vida es tres veces más que en las generaciones anteriores. Además, la gente está presentando depresión mayor en edades cada vez más tempranas (Weissman et al., 1992; Compas, Ey y Grant, 1993 citado en Feldman 1997)

- Mayor incidencia de la depresión en las mujeres

Las distintas teorías que explican la depresión no han podido ofrecer una respuesta completa a una pregunta evasiva que confunde a los investigadores del porqué la frecuencia de los casos de depresión en las mujeres duplica la de los hombres, una explicación señala que el estrés que experimentan las mujeres en determinados momentos de sus vidas puede ser mayor que el experimentado por los hombres: por ejemplo, cuando las mujeres tienen que ganarse la vida y ser la fuente principal de atención de sus hijos al mismo tiempo. Además, las mujeres están expuestas a mayores riesgos de abusos físicos y sexuales; por lo general tienen salarios inferiores a los de los hombres y afirman sentirse más insatisfechas en sus matrimonios que los hombres (McGrath et.al., 1990; Strickland, 1992; Nolen-Hoeksema y Girgus, 1994; Brems, 1995; Nolen-Hoeksema, 1995 citado en Feldman, 1997).

El contexto social en el que viven las mujeres y el rol que desempeñan, además de las situaciones de sexismo que pueden sufrir son factores que inciden también en su conducta. Otros factores a considerar son los diferentes momentos de cambio en la vida de la mujer ocasionados por la influencia de las hormonas como son los generados en: el ciclo menstrual, el embarazo, el aborto, el periodo de posparto, la pre menopausia y la menopausia. Las hormonas sexuales femeninas (estrógenos y progesterona), debido a una existencia de menores niveles de estrógenos, parecen desempeñar por tanto un cierto papel en la etiopatogenia de la depresión. (American Journal of Geriatric Psychiatry. 1997)

En nuestro país, la situación es similar. Para Matovelle (2004), en el Ecuador la incidencia de la depresión es elevada. Dice también que se calcula que un 1,5 millones de personas en el país sufren de este estado de ánimo, y los niños (entre 5 y 11 años), jóvenes (14 y 20 años) y personas de la tercera edad son los más vulnerables en la actualidad.

#### **2.2.4 La depresión desde las corrientes psicológicas**

Uno de los trastornos del estado de ánimo que ha sido fuente de investigación y consideración desde diferentes enfoques es la depresión; a continuación se explicarán algunos señalamientos que diversas corrientes hacen sobre este trastorno para posteriormente enfocarse en aquel que detalla la teoría cognitiva que es la teoría que sustenta esta disertación.

Desde la teoría psicoanalítica el estado depresivo se define de la siguiente manera:

“(...) los enfoques psicoanalíticos conciben la depresión como el resultado de sentimientos de pérdida (real o potencial) o de ira dirigida hacia uno mismo. En algún enfoque psicoanalítico se considera que la depresión es producida por la pérdida o amenaza de pérdida de un progenitor en la vida temprana. En otras perspectivas psicoanalíticas se piensa que las personas se sienten responsables de cosas malas que le han pasado y dirigen su ira hacia su interior” (Feldman, 1997)

Como es característica en la teoría psicoanalítica le otorga un lugar privilegiado a la historia infantil en la cual se puede atribuir estados depresivos de la adultez a la relación con el progenitor en el sentido de pérdida del mismo o la posibilidad que las cosas que les suceden

sean por su entera responsabilidad, con ideas de inferioridad sobre sí mismos, con evaluación constante, con un alto temor a la crítica y a perder la aprobación de otros; a partir de estas ideas el psicoanálisis sugiere que la depresión puede clasificarse en: anaclítica (dependiente) e introyectiva (autocrítica).

Por otra parte un enfoque biológico de la conducta pone énfasis en los procesos bioquímicos que rigen la conducta y que centran muchos de sus señalamientos en la manera en que los neurotransmisores actúan sobre nuestro organismo:

“(...) la depresión mayor puede tener raíces genéticas y bioquímicas (...) Además, parece que varios neurotransmisores tienen que ver en la depresión. Por ejemplo, las alteraciones en el funcionamiento de la serotonina y la norepinefrina en el cerebro se relacionan con el trastorno” (Cooper, Bloom y Roth, 1991; Horton y Katona, 1991; Jacobs, 1994 citado en Feldman, 1997)

Para explicar con detalle cómo actúan estos químicos en el cerebro se debe decir que estos mensajeros químicos o neurotransmisores están presentes en el funcionamiento del sistema límbico el cual se ve involucrado en las emociones que experimentan las personas para lo cual los nervios de este sistema utilizan serotonina, noradrenalina y dopamina, algunos científicos indican que en la depresión puede haber deficiencia en una o más de estas sustancias biogénicas, en tanto que la manía (estado de extrema euforia o júbilo) puede deberse a un exceso de uno o varios de estos componentes. (Burns, 1999)

Es importante tomar en cuenta el factor biológico como causa fundamental, aunque no único, de los cambios en los estados de ánimo. La deficiencia de serotonina puede llegar a provocar una alteración en el funcionamiento de nuestro cerebro; este neurotransmisor regula: el sueño, el apetito, la energía, el estado de alerta y el estado de ánimo y al desgastarse ante situaciones de estrés consigue que también se disminuya la capacidad de reemplazarlo y es ahí donde aparece el estado depresivo

Burns, (1999), sostiene que:

“Dentro de esta teoría biológica una de las interrogantes que sostiene es determinar si los cambios que se observan en el cerebro son la causa de la depresión, o son en cambio su consecuencia; nuestros cerebros cambian de una

forma bastante radical cuando existen sentimientos de felicidad, enfado o miedo. El separar la causa del efecto es uno de los retos más intrincados que se les presenta a los investigadores de la depresión.” (p.47)

No se puede asegurar que las causas de la depresión son solo biológicas ya que el ambiente al igual que en otros aspectos de la vida afectiva de los sujetos también es determinante en sus conductas por lo tanto es importante la combinación de psicofármacos y psicoterapia para la mejoría del paciente.

### **2.2.5 La depresión desde la teoría cognitiva**

Beck propuso la terapia cognitiva abordaje estructurado y limitado en el tiempo para el tratamiento de la depresión. Beck había observado la frecuencia con que los temas de pérdida, fracaso, inadecuación y rechazo caracterizaban el pensamiento de sus pacientes depresivos (Segal Z., Williams M., Teasdale, 2006); es así que Beck le da un lugar fundamental a aquellos pensamientos negativos que acompañan al cuadro depresivo para lo cual centra su ayuda en cambiar los mismos. El propio pensamiento negativo causa la depresión. Además, incluso aunque tal pensamiento no constituyera la causa primera de un episodio, ciertamente lo mantendría una vez iniciado. Para la teoría cognitiva es fundamental la manera en cómo se concibe la problemática del paciente de tal modo que ve un vínculo entre los sentimientos, pensamientos y conductas que integran un trastorno emocional determinado. (Segal Z., Williams M., Teasdale, 2006)

Beck (1983), distinguía dos tipos de depresión: el sociotrópico (socialmente dependiente) y el autónomo.

El tipo sociotrópico según Beck se refiere a la implicación personal en el intercambio positivo con los demás incluyendo deseos pasivos-receptivos (aceptación, intimidad, comprensión, apoyo, guía).

Los individuos altamente sociotrópicos están particularmente preocupados por la posibilidad de ser desaprobados por los otros y a menudo intentan agradarlos y mantener sus apegos (Robins y Block, 1988), es más probable que la depresión se produzca en estos individuos como respuesta a la percepción de pérdida o rechazo en las relaciones sociales.

El tipo autónomo según Beck (1983), se refiere a la:

“Implicación de la persona en preservar e incrementar su independencia, movilidad y derechos personales; libertad de elección, acción y expresión; protección de su terreno (...) y alcance de objetivos significativos. Un individuo autónomamente deprimido está impregnado del tema de la derrota o el fracaso, culpándose continuamente por no alcanzar sus estándares y siendo especialmente autocrítico por haber faltado a sus obligaciones. Los individuos altamente autónomos, orientados a los logros, están preocupados por la posibilidad del fracaso personal y a menudo intentan maximizar su control sobre el entorno para reducir la probabilidad de fallo y crítica. La depresión se produce con mayor frecuencia en estos individuos como respuesta a la percepción de un fracaso.”

Beck ha propuesto que las cogniciones equívocas de las personas subyacen a sus sentimientos depresivos. De manera específica, su teoría cognitiva de la depresión sostiene que los individuos que la padecen suelen concebirse a sí mismos como perdedores culpándose siempre de lo que sale mal. Al ponerse en el lado negativo de las situaciones se sienten ineptos e incapaces de actuar en forma constructiva para modificar su ambiente. En suma, sus cogniciones negativas los llevan a padecer sentimientos depresivos (Sacco y Beck, 1995; Wright y Beck, 1996).

El modelo cognitivo de la depresión plantea que la principal alteración en la depresión radica en que en los trastornos emocionales existe una distorsión o sesgo sistemático en el procesamiento de la información” (Roca, 1990). Durante la depresión están activados una serie de esquemas (formas de percibir la realidad que incluyen creencias y emociones) y se realiza un sesgo de los sucesos que implican una pérdida o privación y la persona hace una interpretación de la realidad donde sitúa a esta como negativa y desfavorecedora (Roca, 1990). Al utilizar estos esquemas le dan una valoración aumentada y pesimista, los consideran globales, frecuentes e irreversibles; mostrando lo que se conoce como la triada cognitiva negativa, misma que hace referencia a la apreciación que el individuo tiene en forma pesimista del: “yo, del mundo y del futuro” (Roca, 1990)

Este procesamiento cognitivo distorsionado conduce a los síntomas afectivos, conductuales, motivacionales y fisiológicos que caracterizan tales síndromes psicopatológicos (Roca, 1990) y que hace que el sujeto deba hacer un quiebre con su cotidianidad y que afecta evidentemente las interacciones del individuo con su entorno ya que al no conseguir relacionarse efectivamente en los espacios a los que habitualmente acude se crean conflictos adicionales en sus relaciones sociales y en el desempeño que se espera de él en cuanto a sus responsabilidades laborales, familiares, etc.

Estos esquemas suelen adquirirse en la infancia, pero pueden permanecer latentes (inactivos) y activarse cuando el sujeto se encuentra con situaciones estresantes similares a aquellas en que se formaron; pueden haberse configurado a partir de experiencias en la niñez en las que el sujeto atravesó por pérdidas o separaciones con altos estados de ansiedad o ante situaciones que hicieron que tenga una baja valoración de sí mismo. Estos esquemas activados durante la depresión llegan a ser predominantes favoreciendo (filtrando) la percepción y el recuerdo de los estímulos congruentes con ellos. Por eso la persona deprimida está convencida que las cosas son tan terribles como las ve. (Roca, 1990)

La modalidad depresiva, conjunto de esquemas relacionados con la depresión, presenta una serie de distorsiones sistemáticas en el procesamiento de la información, entre los que se destacan:

- Sobregeneralización
- Pensamiento dicotómico
- Inferencias arbitrarias
- Magnificación- minimización
- Abstracción selectiva
- Personalización

Estos sesgos sistemáticos en el procesamiento de la información, junto a la triada cognitiva producen las alteraciones en el procesamiento de la información que se manifiestan en la depresión. Las conductas de la persona en depresión están dadas de acuerdo a la forma en la que el depresivo interpreta la realidad. El paradigma personal del depresivo le lleva a tener una visión distorsionada de sí mismo y del mundo.

### 2.2.5.1 Tratamiento desde la teoría cognitiva

Los objetivos que se persiguen al abordar la depresión desde la terapia cognitiva son:

- Aprender a evaluar las situaciones relevantes de forma realista.
- Aprender a atender a todos los datos existentes en esas situaciones.
- Aprender a formular explicaciones racionales alternativas para el resultado de las interacciones. (García, 2004)

Estos objetivos deberían llevarse a cabo por el paciente, pero siempre con una guía cercana del terapeuta cognitivo.

En las primeras fases del tratamiento se suelen emplear técnicas conductuales a fin de acercarse al nivel de funcionamiento que tenía el paciente antes de la depresión. Conseguido esto se van utilizando un mayor número de técnicas cognitivas que requieren un razonamiento abstracto y que van a servir como acceso a la organización cognitiva del paciente, para buscar distorsiones cognitivas base en los pensamientos negativos y automáticos.

Entre las técnicas conductuales se podrían indicar: la programación de actividades y asignación de tareas graduales, la práctica cognitiva y el entrenamiento asertivo. En las técnicas cognitivas destacamos en entrenamiento en observación y registro de cogniciones, demostrar al paciente la relación entre cognición, afecto y conducta, etc. (García J., 2011)

Lo que resulta evidente es que los investigadores no han descubierto soluciones definitivas para el problema de la depresión, por lo que existen múltiples explicaciones alternativas. Lo más probable es que los trastornos del estado de ánimo son provocados por una compleja interacción de diversos factores. No obstante, al igual que sucede con la ansiedad, es necesario destacar que la terapia cognitiva

## **CAPÍTULO 3: INVESTIGACIÓN DE CAMPO**

### **3.1 Características de la población**

La muestra corresponde a 25 parejas heterosexuales, padres de familia del Colegio Técnico “Patrimonio de la Humanidad”, de la ciudad de Quito. Presentan un nivel económico: medio-bajo y son de clase “popular”. La edad del grupo oscila entre los 25 y 40 años. Todas las parejas viven juntas y han sido previamente seleccionadas por el psicólogo responsable del DOBE de la Institución tomando en consideración que presenten un nivel de conflicto moderado.

- Características Socio-Demográficas de la población en estudio

Las características sociodemográficas de los individuos, como su edad, sexo, estado conyugal, color de la piel, nivel educacional, zona de residencia y participación en la actividad económica, condicionan su conducta frente a los conflictos que pueden presentarse dentro de la pareja y en la forma en cómo la solucionen.

A continuación se describen los principales rasgos sociodemográficos de la población de muestra, tomados de las respuestas por ellos mismo entregados en las Entrevistas Individuales que fueron aplicadas.

- Edad actual y Género: Por definición, todas las personas que participaron en Investigación tenían entre 25 y 40 años y pertenecían a ambos sexos.
- Estado conyugal: Es notable la significación del matrimonio como forma de convivencia. En el momento de la encuesta, cerca del 70 por ciento de las personas se encuentran casados. El 24% de la muestra, manifestó que viven en unión libre. Esto permite notar, como este estado civil, ha ganado terreno en los últimos años.
- Raza: La mayoría de las personas son mestizos. Habiendo también una minoría de personas negras.

- Nivel educacional: Las personas que conforman las parejas, tienen como promedio un nivel de escolaridad bajo, que fluctúa entre primaria (completa) y secundaria (incompleta). Habiendo un porcentaje mínimo de personas que han asistido a la universidad.
- Participación en la actividad económica: La participación en la actividad económica por sexos, es similar. Apenas hay una minoría de mujeres que se dedican al quehacer doméstico. Siendo, en casi todos los casos, la presencia de dos aportes económicos al hogar. También cabe destacar que hay algunos casos en que las mujeres trabajan desde la casa o en empleos de tiempo parcial o de tipo informal.

### **3.2 Protocolo de aplicación para el estudio**

Para esta investigación, se aplicaron los Inventarios de Ansiedad y de Depresión de Beck. Se tomó en consideración que los mismos poseen una gran aceptación y validación dentro del campo de la psicología y que corresponden a la teoría que respalda esta disertación.

El protocolo que se siguió para realizar la parte práctica de la Investigación, es el siguiente:

1. Entrevista Individual
2. Entrevista de Pareja
3. Breve Charla Introductoria para contextualizar el tema “Ansiedad y Depresión”
4. Aplicación del Inventario de Ansiedad
5. Aplicación del Inventario de Depresión
6. Devolución de la Información y Retroalimentación (Se realiza luego de el análisis de los resultados de los inventarios y las entrevistas)

- **Inventarios Aplicados:**

A continuación se expondrán de manera general algunas características y consideraciones con respecto los Inventarios aplicados:

#### **3.2.1 Inventario de Ansiedad de Beck**

El Inventario de Depresión de Beck (BDI) es uno de los instrumentos más usados para la valoración de síntomas depresivos en adultos y adolescentes. Beck definió depresión como un estado anormal del organismo manifestado por signos y síntomas de ánimo subjetivo bajo, actitudes nihilistas y pesimistas, pérdida de la espontaneidad y signos vegetativos específicos. El instrumento se diseñó para valorar este estado y fue derivado de observaciones clínicas y descripciones de síntomas frecuentes en pacientes psiquiátricos con depresión e infrecuentes en pacientes sin depresión. Aunque fue diseñado para población de pacientes, y no para tamizaje, ha sido utilizado ampliamente para este propósito.

### **3.2.1.1 Descripción**

El Inventario de Ansiedad de Beck, está compuesto por 21 ítems, que describen diversos síntomas de ansiedad relacionados con las manifestaciones físicas de la misma, según los criterios diagnósticos del DSM-IV. No existe punto de corte aceptado para distinguir entre población normal y ansiedad, ni entre depresión y ansiedad, lo que limita su uso, no obstante, los aspectos que mide la prueba han demostrado ser sensibles al cambio tras el tratamiento, por lo que es un instrumento útil para valorar los síntomas somáticos de ansiedad, tanto en desórdenes de ansiedad como en cuadros depresivos, posterior al tratamiento. (González, F. 2007)

### **3.2.1.2 Aplicación**

El paciente debe leer cada uno de los enunciados cuidadosamente y elegir para cada uno la opción que mejor describe la forma como se ha venido sintiendo en las últimas dos semanas, incluyendo el día de hoy. Debe encerrar en un círculo el número del enunciado que escogió. Si encuentra más de un enunciado que lo identifique, marque cada uno de ellos. El paciente debe leer todos los enunciados antes de elegir su respuesta.

### **3.2.1.3 Interpretación**

Se suma el puntaje dado en cada ítem y se obtiene el total. El mayor puntaje en cada una de las 21 preguntas es de 3. El puntaje total más alto posible es 63. El puntaje menor para toda la prueba es de cero. Se suma solo un puntaje por cada ítem, el mayor si se marcó más de uno.

Calificación: Cada ítem se puntúa de 0 a 3, de la siguiente manera:

0 = en absoluto

1 = Levemente, no me molesta mucho

2 = Moderadamente, fue muy desagradable, pero podía soportarlo

3 = Severamente, casi no podía soportarlo

La puntuación total es la suma de todos los ítems (si en alguna ocasión se eligen 2 respuestas se considerará sólo la de mayor puntuación).

Los puntos de corte sugeridos para interpretar el resultado obtenido son los siguientes:

00–21 Ansiedad muy baja

22–35 Ansiedad moderada

más de 36 Ansiedad severa

La puntuación media en pacientes con ansiedad es 25,7 (DE 11,4)

Se propone punto de corte para distinguir trastorno de pánico los 26 puntos. Sujetos sin patología obtiene una puntuación media de 13,4 con una DE 8,9

#### **3.2.1.4 Propiedades psicométricas**

- **Fiabilidad:** Posee una elevada consistencia interna (12) (alfa de Cronbach de 0,90 a 0,94). La correlación de los ítems con la puntuación total oscila entre 0,30 y 0,71. La fiabilidad test-retest tras una semana es de 0,67 a 0,93 y tras 7 semanas de 0,62.
- **Validez:** Tiene buena correlación con otras medidas de ansiedad en distintos tipos de poblaciones (jóvenes, ancianos, pacientes psiquiátricos, población general). Los coeficientes de correlación (r) con la Escala de ansiedad de Hamilton es de 0,51, con el Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado de 0,47 a 0,58 y con la Subescala de Ansiedad del SCL-90R de 0,81. Por otra parte los coeficientes de correlación con escalas que valoran depresión, también son elevados. Con el Inventario de Depresión de Beck de 0,61 y con la Subescala de Depresión del SCL-90R de 0,62.

### 3.2.2 Inventario de Depresión de Beck

Los autores de este inventario son Beck AT, Ward CH, Mendelson M, Mock J y Erbauhg J., lleva su nombre por ser elaborado por Beck y sus colegas, fue elaborado en 1961 con el fin de hacer una evaluación objetiva de las manifestaciones de la depresión. Este inventario se constituyó, con la intención de evaluar la gravedad (intensidad sintomática) de la depresión.

Su fundamentación teórica es el enfoque cognitivo de la depresión, que considera que este trastorno tiene manifestaciones conductuales, afectivas, cognitivas y somáticas. De acuerdo a esta perspectiva teórica, las manifestaciones afectivas y conductuales son el resultado de cogniciones de carácter depresivo que se basan, a su vez, en creencias irracionales, de ahí la fuerte carga en síntomas cognitivos del inventario. El Inventario de Depresión de Beck se ha popularizado para evaluar la depresión, dada su bien demostrada confiabilidad y validez y es uno de los instrumentos más utilizados. (Beck AT, Ward CH, Mendelson M, Mock J y Erbauhg J., 1961; Beck AT, Steer RA y Garbin ME, 1988).

Algunos autores señalan que puede hablarse de depresión cuando el paciente obtiene puntuaciones superiores a 9 (Rodin, 1991); superior a 13 (Salkind, 1989) o mayor que 17 (Moffick, 1986).

Por lo tanto, se pensaría que la utilidad diagnóstica del BDI consiste en tres aspectos:

- Permite identificar la naturaleza de los síntomas depresivos más importantes que tiene el paciente.
- En los casos de puntuaciones altas (depresión moderada y media) puede indicar la presencia de una depresión clínica, que deberá ser corroborada con otros procedimientos diagnósticos, ya que hay consenso de que el BDI no permite identificar trastornos como la depresión mayor o la distimia (Beck AT, Steer RA y Garbin ME, 1988).
- Evaluaría los efectos de los tratamientos, ya que la prueba puede aplicarse varias veces al mismo sujeto. De hecho, el propio Beck ilustra estudios de casos en que se utilizan aplicaciones sucesivas del BDI para evaluar los efectos de su terapia cognitiva (Beck, 1989)

### **3.2.2.1 Descripción**

Es un cuestionario autoaplicado de 21 ítems que evalúa un amplio espectro de síntomas depresivos. Se sistematizan 4 alternativas de respuesta para cada ítem, que evalúan la gravedad / intensidad del síntoma y que se presentan igualmente ordenadas de menor a mayor gravedad. El marco temporal hace referencia al momento actual y a la semana previa. Su contenido enfatiza más en el componente cognitivo de la depresión, ya que los síntomas de esta esfera representan en torno al 50% de la puntuación total del cuestionario, siendo los síntomas de tipo somático/vegetativo el segundo bloque de mayor peso; de los 21 ítems, 15 hacen referencia a síntomas psicológicos-cognitivos, y los 6 restantes a síntomas somáticos vegetativos.

Los psicometristas con experiencias en la aplicación del BDI reportan que, de manera heteroaplicada, puede generar reacciones emocionales intensas (llanto, tristeza) en personas que aunque no necesariamente tengan una depresión clínica, están confrontando situaciones estresantes o pérdidas. (González, F. 2007)

### **3.2.2.2 Aplicación**

La persona debe escoger, para cada ítem, la alternativa de respuesta que mejor refleje su situación durante el momento actual y la última semana. La puntuación total se obtiene sumando los valores de las frases seleccionadas, que van de 0 a 3.

### **3.2.2.3 Interpretación**

El rango de la puntuación obtenida es de 0-63 puntos. Como otros instrumentos de evaluación de síntomas, su objetivo es cuantificar la sintomatología, no proporcionar un diagnóstico (Kendall PC, Hollon SD, Beck, 1987)

Kendall PC, Hollon SD, Beck AT (1987) nos indica que los puntos de corte usualmente aceptados para graduar la intensidad/ severidad son los siguientes:

No depresión:	0-9 puntos
Depresión leve:	10-18 puntos
Depresión moderada:	19-29 puntos
Depresión grave:	> 30 puntos

#### **3.2.2.4 Propiedades psicométricas**

- **Fiabilidad:** Sus índices psicométricos han sido estudiados de manera casi exhaustiva, mostrando una buena consistencia interna (alfa de Crombach 0.76-0.95) La fiabilidad test oscila alrededor de  $r = 0.8$ , pero su estudio ha presentado dificultades metodológicas, recomendándose en estos casos variaciones a lo largo del día en su administración. (Beck,1988)
- **Validez:** Muestra una correlación con otras escalas. En pacientes psiquiátricos se han encontrado valores entre 0.55 y 0.96 (media 0.72) y en sujetos no psiquiátricos entre 0.55 y 0.73 (media 0.6). Las puntuaciones obtenidas en cada uno de los ítems se pueden reflejar en un perfil que permite visualizar las dimensiones más afectadas.

## **CAPÍTULO 4: ANÁLISIS DE RESULTADOS**

### **4.1 Datos finales**

Así como se propuso en uno de los objetivos de la disertación se hizo el análisis interpretativo de los resultados de los Inventarios de Ansiedad y Depresión de Beck; se realizó el análisis y los gráficos estadísticos correspondientes para una mejor interpretación de la información obtenida.

#### **4.1.1 Análisis de resultados del Inventario de Ansiedad de Beck**

A continuación se presenta un análisis de los ítems cuyos resultados son los más relevantes dentro del grupo de estudio. Las tablas y los gráficos estadísticos, se encuentran en los anexos como también el análisis detallado de todas las preguntas.

- **Pregunta N°2: Oleadas de calor o bochornos (Ver tabla 2 y gráfico 2)**

El 56% escogió la opción “Nada”, el 40% “ligeramente sin molestias significativas”, el 4% “Moderadamente muy desagradable pero soportable” y un 0% “Muy desagradable pero soportable”.

Dentro de los signos físicos las oleadas de calor o bochornos son respuestas fisiológicas que se presentan ante situaciones que generan ansiedad, a nivel biológico el cuerpo libera adrenalina y noradrenalina en la sangre lo cual aumenta el flujo de sangre, situación que genera un cambio en la temperatura corporal. Un porcentaje importante, 40% del grupo de estudio dice presentar el signo “ligeramente, pero sin molestias significativas”; cabe indicar que algunas personas pueden presentar este signo debido a que bordean los 40 años y por lo tanto están cercanos a la menopausia y andropausia; sin embargo este signo se relaciona directamente como respuesta ante situaciones emocionales de alta intensidad que pueden generar perturbaciones tales como la ansiedad.

- **Pregunta 6: Mareo o ligereza de la cabeza (Ver tabla 6 y gráfico 6)**

El 40% escogió la opción “Nada”, el 38% “ligeramente sin molestias significativas”, el 20% “Moderadamente muy desagradable pero soportable” y un 2% “Muy desagradable pero soportable”.

El 38% de personas del grupo de estudio refieren la presencia del signo sin molestias significativas, cabe señalar que algunas veces este es asociado con otros padecimientos y no siempre con el estado ansioso. Cuando los mareos se relacionan con ansiedad estos se distinguen debido a que este mareo no es ocasionado por el vértigo.

En relación a otros signos físicos de la ansiedad se puede notar que son percibidos en mayor porcentaje; podría ser porque este signo puede interferir en la rutina del sujeto y llamar más la atención del mismo y de su estado de salud.

- **Pregunta 10: Nerviosismo (Ver tabla 10 y gráfico 10)**

El 46% escogió la opción “Nada”, el 38% “ligeramente sin molestias significativas”, el 16% “Moderadamente muy desagradable pero soportable” y un 0% “Muy desagradable pero soportable”.

El nerviosismo es un signo característico del estado ansioso y un estado de desequilibrio leve del sistema nervioso, relacionado también con dificultades tales como: irritabilidad, poca atención e intranquilidad motora; se vincula además con ideas sobredimensionadas de un peligro y una inadecuada percepción de poder hacer frente a situaciones amenazantes. El 38% del grupo de estudio señala que siente el mismo “ligeramente, sin molestias significativas”, al ser un signo representativo del estado ansioso es un factor que comprueba la presencia de diferentes grados de ansiedad en el grupo de estudio.

- **Pregunta 18: Indigestión y molestias abdominales (Ver tabla 18 y gráfico 18)**

El 48% escogió la opción “Nada”, el 38% “ligeramente sin molestias significativas”, el 14% “Moderadamente muy desagradable pero soportable” y un 0% “Muy desagradable pero soportable”.

La relación de la ansiedad y de las molestias abdominales es muy cercana, quizá porque el aparato digestivo esta inervado por numerosos nervios y ganglios nerviosos. En el grupo de estudio, el 38% señala presentar el signo “ligeramente sin molestias significativas” lo que

indica que es también un signo físico recurrente del estado ansioso y de perturbaciones relacionadas a situaciones de nervios o estrés.

#### **4.1.2 Análisis de resultados del Inventario de Depresión de Beck**

A continuación se presenta un análisis de los ítems cuyos resultados son los más relevantes dentro del grupo de estudio. Las tablas y los gráficos estadísticos, se encuentran en los anexos como también el análisis detallado de todas las preguntas.

- **Pregunta 1 (Ver Tabla 22 y Gráfico 22)**

El 50% de la muestra, responde que “no me siento triste”. El 20% de los hombres y el 22% de las mujeres respondieron “me siento triste”. Y un 8%, dividido en 4% para cada género respondió “me siento triste todo el tiempo”.

La tristeza es un indicio de la depresión. Puede empezar como una tristeza, y si no es solucionada, puede llegar a ser depresión. La mitad de la población manifiesta tener sentimientos de tristeza, aunque no llegan a ser del tipo de que no se puedan soportar.

- **Pregunta 4 (Ver Tabla 25 y Gráfico 25)**

El 48% de la población escogió la opción “obtengo tanto placer como siempre de las cosas que me gustan”. El 40% escogió la opción “No disfruto tanto de las cosas como antes”. El 12% escogió la opción “obtengo muy poco placer de las cosas que solía disfrutar”.

La depresión se caracteriza por la pérdida de interés en las cosas y en las personas. En la población, varias personas afirman ya no disfrutar tanto de las cosas como antes, siendo mayor la cantidad de mujeres.

- **Pregunta 5 (Ver Tabla 26 y Gráfico 26)**

El 54% escogió la opción “me siento culpable con respecto a muchas de las cosas que he hecho”. El 40% de la muestra escogió la opción “no me siento particularmente culpable”. Y el 6% escogió la opción “me siento culpable casi todo el tiempo”

Los sentimientos de culpabilidad están ligados a los sentimientos de desvalorización. Y la persona puede sentir culpa, así sea por errores o desaciertos pequeños. La mayoría de hombres y mujeres afirman tener sentimientos de culpabilidad.

- **Pregunta 8 (Ver Tabla 29 y Gráfico 29)**

El 56% de la población escogió la opción “no me critico ni me culpo más de lo usual”. El 18% escogió la opción “soy más crítico de mí mismo de lo que solía ser”. El 22% escogió la opción “me critico por todas mis faltas y errores”. El 4% escogió la opción “me culpo por todo lo malo que sucede”

La autocrítica es una característica de las personas deprimidas, pues debido a los pensamientos negativos que presentan, son bastante duros consigo mismos. Según lo que manifiestan, hay un grupo grande de personas que son autocríticas, y hay también quienes se critican de manera muy negativa. Las pocas personas que se autocritican, pueden que lo hagan por otras causas, como son: haber tenido padres muy duros, porque atraviesan situaciones muy difíciles, o porque efectivamente se encuentran deprimidos.

- **Pregunta 10 (Ver Tabla 31 y Gráfico 31)**

El 54% de la población eligió la opción “no lloro más de lo usual”, el 24% eligió “ahora lloro más que antes”, el 12% eligió “ahora lloro por cualquier cosa”, y el 10% eligió “siento ganas de llorar pero no puedo”

El llanto incontrolable es otra manifestación de la depresión, obviamente cuando no ha habido ningún episodio que lo provoque. Según lo que manifiestan, hay muchas personas que presentan episodios de llanto. Siendo mayor el número de hombres que de mujeres. Además, hay hombres que admiten querer hacerlo, pero que no pueden. El llanto suele ser un indicio de un cuadro de depresión.

- **Pregunta 11 (Ver Tabla 32 y Gráfico 32)**

El 52% eligió la opción “no me siento más inquieto de lo habitual”, el 28% eligió “me siento más inquieto o tenso de lo habitual”, el 12% “estoy tan inquieto o agotado que tengo que estar moviéndome o haciendo algo constantemente” y el 8% “estoy tan inquieto o agitado que me cuesta trabajo quedarme quieto”

En la depresión, otro signo físico que se presenta, según el DSM- IV, es la agitación o enlentecimiento psicomotores casi todos los días. Según lo que dicen, gran parte de la población se muestra inquieta o agitada. Siendo mayor el número de mujeres que así lo

afirman. Aunque la mayoría no refiere la presencia de esta manifestación. La agitación motora puede denotar preocupación también, así que debido al estrés que manifiesta tener la población, este signo podría deberse a eso.

- **Pregunta 13 (Ver Tabla 34 y Gráfico 35)**

El 56% eligió la opción “puedo tomar decisiones casi tan bien como siempre”, el 30% eligió “me resulta más difícil tomar decisiones que antes”, el 10% “me cuesta tomar cualquier decisión” y el 4% “ahora tengo mucha mayor dificultad para tomar decisiones que antes”

La indecisión es otra característica de la persona deprimida. Su mente no se encuentra lo suficientemente lúcida para tomar decisiones con claridad. Según lo que dicen, hay un grupo similar en número de hombres y mujeres, que afirman tener dificultad para tomar decisiones. Sin embargo, la mayoría de la población, no refiere dificultad en la toma de sus decisiones.

- **Pregunta 15 (Ver Tabla 36 y Gráfico 36)**

El 48% eligió la opción “tengo menos energía de la que solía tener”, el 46% eligió la opción “tengo tanta energía como antes”, el 6% “no tengo suficiente energía para hacer gran cosa”.

A pesar de que la depresión tiene que ver sobre todo con los pensamientos negativos, es decir la parte mental, también se manifiesta en algunos signos físicos. Así, la falta de energía o la fatiga, pueden suceder como acompañantes de la depresión. Según lo que dicen, similar número de hombres y de mujeres afirman sufrir alguna disminución en su energía para hacer las cosas. Es la mayoría de la gente la que refiere que sienten menos energía, sin embargo, también puede deberse a que ya son adultos y que por lo general, con el paso de los años, la energía corporal puede disminuir.

- **Pregunta 16 (Ver Tabla 37 y Gráfico 37)**

El 44% eligió la opción “no he experimentado ningún cambio en mi patrón de sueño”, el 20% eligió la opción “duermo menos de lo usual”, el 18% eligió “me despierto 1 ó 2 horas más temprano y no puedo volver a dormir”, el 10% eligió la opción “duermo más de lo usual”, el 6% eligió “duermo la mayor parte del día” y el 2% eligió “duermo mucho menos de lo usual”.

Los estudios demuestran que los cambios en el patrón de sueño más comunes, son los que tienen que ver con el insomnio, luego aquellos que tienen que ver con la dificultad de conciliar el sueño, y finalmente serían aquellos en los que la persona duerme más de lo habitual, incluso durante el día. Según lo que dicen, la mayoría de las personas sufren algún

trastorno en el patrón de sueño; siendo mayor los relacionados a la disminución de horas de sueño. Por lo general, las personas atribuyen estas alteraciones del sueño al estrés y a las múltiples preocupaciones, y no es conocido, que la depresión también puede producir insomnio o hipersomnía.

- **Pregunta 18 (Ver Tabla 39 y Gráfico 39)**

El 36% eligió la opción “no he tenido ningún cambio en mi apetito”, el 24% eligió la opción “mi apetito es menor de lo usual”, el 20% eligió “tengo ganas de comer todo el tiempo”, el 10% eligió “mi apetito es mayor de lo usual”, el 6% eligió la opción “mi apetito es mucho menor que antes” y el 4% eligió la opción “no tengo nada de apetito”

Otro de los criterios del DSM-IV, es la pérdida importante de peso sin hacer régimen o aumento de peso. Por lo general, en los estados depresivos, el apetito disminuye y el sujeto tiene que esforzarse por comer; no obstante también hay casos en los que las personas pueden aumentar el apetito, con apetencia por ciertas sustancias como los dulces y otros hidratos de carbono. Las personas en esta población afirman haber sufrido algún cambio en su apetito; siendo el aumento de apetito, el cambio más significativo; comportamiento que también es frecuente en los casos de ansiedad.

- **Pregunta 19 (Ver Tabla 40 y Gráfico 40)**

El 46% eligió la opción “no puedo concentrarme tan bien como siempre”, el 40% eligió la opción “puedo concentrarme tan bien como siempre”, el 12% eligió la opción “me resulta difícil concentrarme en algo durante mucho tiempo”, y el 2% eligió la opción “no tengo nada de apetito”

Las actividades del pensamiento, como pensamiento, memoria, y concentración, también se pueden ver severamente afectadas por la depresión; pues el estado de ánimo hace que la mente se enfoque en las situaciones que el individuo considera como negativas, y haciendo que deje de prestar atención a otros aspectos de la vida, aparecen distracciones y pérdida de memoria. De hecho, la falta de concentración es uno de los criterios del DSM-IVTR para la depresión mayor. La mayoría de la población refiere tener problemas para concentrarse.

## CONCLUSIONES

- a. En el 44% de las parejas, ambos miembros presentaron ansiedad (moderada, severa) y/o depresión (moderada, grave) y además manifestaron tener algún nivel de conflicto. Entonces, la ansiedad y la depresión influirían en que las parejas fueran más propensas a desarrollar conflictos. Según Ellis, las personas que presentan perturbaciones emocionales, sufren una alteración en sus esquemas cognitivos, como son las ideas irracionales o pensamientos negativistas, de tal manera que dificulta pensar y actuar de manera adecuada dentro de la relación de pareja.
- b. El aporte científico de la terapia cognitiva resultó útil para comprender y abordar los problemas de pareja. Los autores consultados explican que los episodios o trastornos de ansiedad y/o depresión mejoran debido a que se orienta a producir cambios en los sistemas mentales, en relación a los esquemas que tienen de sí mismos y de su entorno. Además, pudimos comprender que la utilización de estrategias, como la reestructuración cognitiva; facilitaría que las parejas comprendan mejor sus interrelaciones.
- c. Este estudio, desarrollado como una aplicación controlada desde un enfoque teórico de los instrumentos aplicados, permitió una experiencia interdisciplinaria que a su vez fortaleció una construcción interesante de herramientas mentales para que las parejas puedan modificar el modo de interpretación y valoración subjetiva y también afrontar futuros problemas con una modificación esquemática de sus pensamientos y por ende de su conducta.
- d. En el proceso de estudio, se evidenció la necesidad de que las personas busquen ayuda profesional psicológica, en lugar de solo asistencia médica, debido a que se comprueba que los signos físicos de la ansiedad y depresión, no suelen ser identificados directamente como indicadores de un trastorno emocional, sino más bien se tratan aisladamente como signos de enfermedades o malestares físicos.
- e. En cuanto a los signos de un trastorno frente al otro, las parejas del estudio refieren sentir más signos relativos a la depresión que a la ansiedad. Así, las personas manifiestan la presencia significativa de solo 4 de 21 signos en el Inventario de

Ansiedad, mientras que en el Inventario de Depresión manifiestan la presencia de 11 de 21 signos. Esto podría deberse a que los signos de ansiedad serían vivenciados más como de la cotidianidad relacionado con el estar alerta frente a condiciones adversas. Además que los estudios sostienen que la depresión se presenta con más frecuencia que la ansiedad.

- f. Los signos evidenciados más relevantes del grupo de estudio en el Inventario de Ansiedad son: oleadas de calor o bochornos, mareo o ligereza de la cabeza, nerviosismo e indigestión y molestias abdominales. Mientras que en el Inventario de Depresión son los relacionados a: tristeza, placer, culpabilidad, autocrítica, llanto, estar inquieto o agotado, dificultad para tomar decisiones, disminución de la energía, cambios en patrón de sueño, cambios en el apetito, dificultad para concentrarse. Poniéndose de manifiesto aquellos que se refieren a la ansiedad como sin molestias significativas mientras que los de depresión aparecen como relevantes.
- g. Los cambios en los roles y las dinámicas dentro de la pareja han permitido que el ejercicio de poder y la dominancia de la relación sea un asunto que ya no corresponde solamente al hombre; sino que, dependiendo de la pareja y el escenario se presenta dominio o poder del uno sobre el otro y viceversa, debido a que las estructuras cognitivas cambian de acuerdo a la situación que atraviesa la pareja.
- h. Tanto los hombres como las mujeres que presentaron algún nivel de depresión también mostraron uno o varios signos de ansiedad, por lo tanto se comprueba que ambos son trastornos que se correlacionan, pues, en ocasiones los hechos que viven los sujetos implican situaciones de amenaza y pérdida a la vez, lo que lleva a la activación de los dos sistemas, tanto de alerta (ansiedad) como de conservación de energía (depresión) con diferentes posibilidades de combinación.
- i. El 88% de la muestra presenta un nivel de ansiedad baja lo que coincidiría con la afirmación de Ellis que sostiene que todas las personas necesitan un cierto nivel de ansiedad necesario para la supervivencia (ansiedad sana). El 8% de casos de ansiedad se dan en el grupo de hombres. Los pocos casos de ansiedad severa corresponden al grupo de mujeres, que sería el 4%.

- j. El 62% de la muestra presenta depresión, mientras que el 12% presenta ansiedad; en tal virtud los casos de depresión son mayores que los casos de ansiedad; y de las 12 personas que presentan depresión (moderada, grave), el 67% pertenece al grupo de mujeres, lo cual coincide con las estadísticas que indican que en general la incidencia es mayor en este género.

## RECOMENDACIONES

- a. Es importante que para la aplicación de los inventarios en estudios que versen sobre parejas se establezca un espacio individual para cada sujeto de tal manera que pueda expresar con libertad su sentir y su malestar así como la apreciación personal respecto al conflicto, para poder encontrar puntos coincidentes o divergentes.
- b. La Facultad de Psicología de la PUCE debería implementar dentro del pensum de estudios, asignaturas que contemplen a la teoría cognitiva y sus aplicaciones, para procurar una formación más completa de los estudiantes; tomando en consideración el auge y la utilidad de estos aportes científicos y su correlación con las neurociencias.
- c. Es estratégico que los centros educativos desarrollen programas dirigidos a padres de familia, que promuevan el cuidado de la salud mental de ellos y sus familias; y que además conozcan de lugares a los cuales remitirlos en caso de ayuda individual
- d. Los psicólogos encargados del DOBE y los profesionales vinculados, deben tener conocimiento en el tema de parejas ya que, al ser uno de los pocos lugares a los que el núcleo parental acude de forma recurrente, ellos pueden ser los más indicados para derivar los casos graves de pareja a profesionales que los puedan atender.
- e. Es necesario que las parejas que presentan conflictos por perturbaciones emocionales como la ansiedad o depresión, acudan a lugares en los que se les brinde ayuda profesional en terapia cognitiva, ya que hemos visto la utilidad y la practicidad de las estrategias que emplea en el tratamiento de las distorsiones cognitivas y por ende de la reestructuración del aprendizaje a través de la organización y reorganización de sus maneras de pensar, sentir y actuar.

## BIBLIOGRAFÍA

- **Referencias bibliográficas**

Beck, A. (2000). *Terapia cognitiva de las drogodependencias*. Barcelona: Descleé de Brouwer.

Beck A. (2005). *El trastorno bipolar*. Barcelona: Paidós- Ibérica

Burns. D. (1999). *Guía de antidepresivos de Sentirse Bien*. Barcelona: Editorial Paidós

Burns, D. (2006). *Adiós Ansiedad: cómo superar la timidez, los miedos y las fobias*. Barcelona: Editorial Paidós

Caro, I. (1997). *Manual de psicoterapias cognitivas: estado de la cuestión y procesos terapéuticos*. Barcelona: Editorial Paidós.

Casarrubios, M. & García, J., (2002). *Diccionario de Psicología*. Madrid: Miletto Ediciones

Conde V. & Franch JI. (1984). *Escalas de evaluación comportamental para la cuantificación de la sintomatología de los trastornos angustiosos y depresivos*. Madrid: Upjohn Farmaquímica.

Consuegra, N. (2010). *Diccionario de Psicología*. Bogotá: Ecoe Ediciones

*Diccionario Akal de Psicología*. (1998) Madrid: Akal Ediciones

Ellis, A. & Harper R. (1962). *Psicoterapia Racional Emotiva*. México: Herrero Hermanos Sucesores

Ellis, A. (1999). *Una terapia breve más profunda y duradera*. Barcelona: Paidós

Ellis, A. (2000). *Como controlar la ansiedad antes de que le controle a usted*. Barcelona: Editorial Paidós.

Ellis, A. & Grieger R. (2003). *Manual de Terapia Racional- Emotiva*. Bilbao: Descleé de Brouwer.

Ellis, A. (2006). *Usted puede ser feliz terapia racional emotiva conductual para superar la ansiedad y la depresión*. Barcelona: Editorial Paidós.

Frojan M. (2006). *Tratando depresión. Guía de actuación para tratamiento psicológico*. Madrid: Pirámide

Houdé, O. (2009). *Las cien palabras de la psicología: Breve Diccionario Introductorio*. Madrid: Editorial Popular

Lemaire J. (1986) *Terapias de Pareja*. Buenos Aires: Editorial Amorrortu

Luengo, D. (2003). *Vencer la ansiedad una guía práctica para pacientes y terapeutas*. Barcelona: Editorial Paidós.

Riso, W. (2006). *Terapia Cognitiva: Fundamentos teóricos y conceptualización del caso clínico*. Bogotá: Editorial Norma

Riso, W. (2009). *Terapia cognitiva: fundamentos teóricos y conceptualización del caso clínico*. Barcelona: Editorial Paidós.

Sarason I. & Sarason B. (2006) *Psicopatología: Psicología anormal: el problema de la conducta inadaptada*. México: Pearson Educación

Segal Z., Williams J. & Teasdale J. (2006). *Terapia de la depresión basada en la consciencia plena. Un nuevo abordaje para la prevención de las recaídas*. Bilbao: Descleé de Brouwer.

Stein D. & Hollander E. (2004). *Tratado de los trastornos de ansiedad*. Valencia: Ars Médica.

Yankura, J. & Dryden, W. (2000). *Terapia conductual Racional emotiva (REBT) Casos ilustrativos*. Bilbao: Descleé de Brouwer.

- **Referencias de internet**

Baringoltz, S. (1988) recuperado de: <http://www.redsistemica.com.ar/baringoltz.htm>. Fecha de acceso: 25 de abril de 2012

Diccionario de psicología. (1998) Recuperado de: [http://www.psicoactiva.com/diccio/diccio\\_a.htm](http://www.psicoactiva.com/diccio/diccio_a.htm). Fecha de acceso: 23 de abril de 2012

García, J. (2004) recuperado de: <http://www.cop.es/colegiados/M-00451/Pareja.htm>. Fecha de acceso: 22 de abril de 2012

García, J. (2010) recuperado de: <http://www.cop.es/colegiados/M-00451/DEPRE.htm>. Fecha de acceso: 5 de mayo de 2012

Gómez, B. (2005) recuperado de: [http://www.revistadeapra.org.ar/pdf/\\_Gomez.pdf](http://www.revistadeapra.org.ar/pdf/_Gomez.pdf). Fecha de acceso: 27 de abril de 2012

González, F. (2007). Instrumentos de evaluación psicológica. Recuperado en: <http://www.psicologiacientifica.com/bv/psicologia-69-1-estudio-sobre-ansiedad.html#>. Fecha de acceso: 14 de Julio de 2012

Guerra, G. (2004) recuperado de: <http://www.incocr.org/biblioteca/0009.PDF>. Fecha de acceso: 7 de mayo de 2012

Roca (1990) recuperado de: <http://www.cop.es/colegiados/PV00520/depresion6.pdf>. Fecha de acceso: 14 de mayo de 2012

Ruiz J. & Cano J. (2006) recuperado en: <http://www.psicologia-online.com/ESMUbada/Libros/Manual/manual17.htm>. Fecha de acceso: 12 de mayo de 2012

González, F. Instrumentos de evaluación psicológica. Ecmec: La Habana: 2007

González (1993) Recuperado en: <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=122467>  
Fecha de acceso: 26 de Mayo

Lega L. & Ellis, A. (1993) Recuperado de: <http://www.behavioralpsycho.com/PDFespanol/1993/num1/Como%20aplicar%20algunas.pdf>. Fecha de acceso: 18 de mayo de 2012

Martínez (2007). Recuperado en: <http://enrike45.wordpress.com/2007/10/13/la-nueva-psicologia-los-trastornos-de-ansiedad/>. Fecha de acceso: 27 de Mayo de 2012

Matovelle, Gonzalo (2004). *Cuando una persona se deprime está muerto en vida*. Recuperado de: <http://www.hoy.com.ec/noticias-ecuador/cuando-una-persona-se-deprime-esta-muerto-en-vida-194221.html>. Fecha de acceso: 9 de septiembre de 2012.

Roca, E. Recuperado de: <http://www.cop.es/colegiados/PV00520/terapiacognitiva11.pdf> del libro *Anxiety disorders and phobias* de Beck y emery, 1985). Fecha de acceso: 4 de agosto de 2012

Virues,R. (2005) Recuperado de: <http://www.psicologiacientifica.com/bv/psicologia-69-1-estudio-sobre-ansiedad.html#>. Fecha de acceso: 26 de junio de 2012

### **Referencias más utilizadas:**

Beck, A. (2012). *Terapia cognitiva para transtornos de ansiedad*. Barcelona: Descleé de Brouwer.

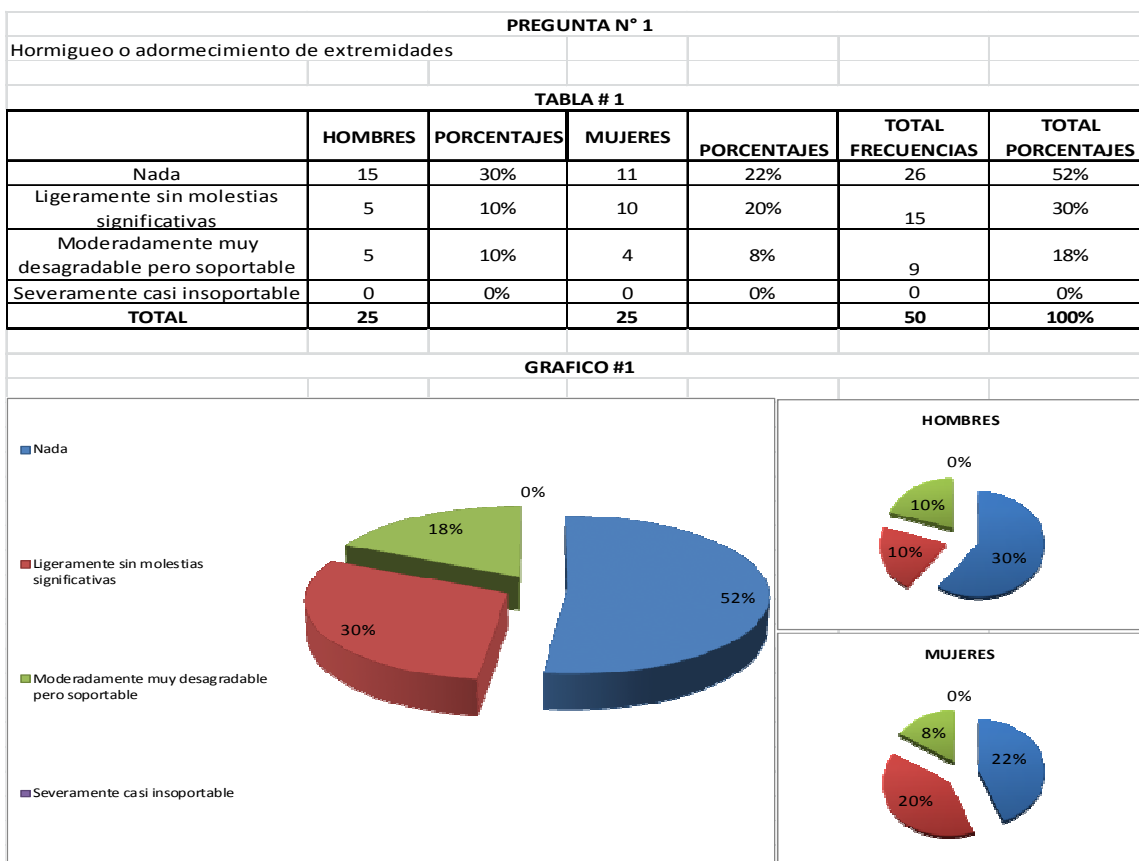
Ellis, A. (2000). *Como controlar la ansiedad antes de que le controle a usted*. Barcelona: Editorial Paidós.

Ellis, A. & Grieger R. (2003). *Manual de Terapia Racional- Emotiva*. Bilbao: Descleé de Brouwer.

# **ANEXOS**

## ANEXO 1

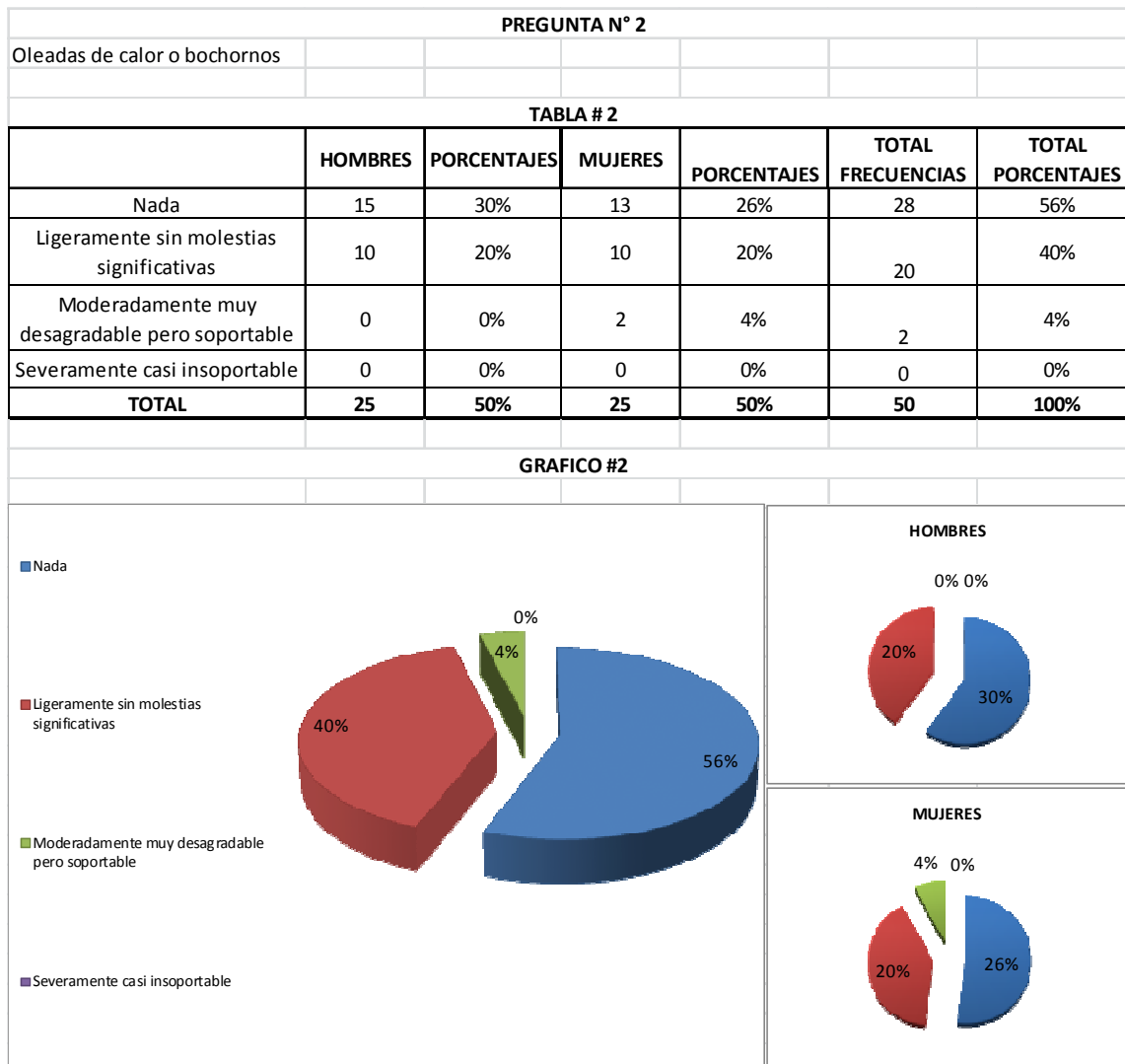
### ANALISIS GRAFICO DE LAS RESPUESTAS DEL INVENTARIO DE ANSIEDAD DE BECK



- **Pregunta 1: Hormigueo o adormecimiento de extremidades (Ver tabla y gráfico 1)**

El 52% escogió la opción “Nada”, el 30% “ligeramente sin molestias significativas”, el 18% “Moderadamente muy desagradable pero soportable” y un 0% “Muy desagradable pero soportable”.

Como signo de la ansiedad el hormigueo también conocido como parestesia, es una sensación anormal de los sentidos, se da como una sensación de adormecimiento de extremidades. Muchas personas pueden confundir este signo con dificultades en la circulación sanguínea en lugar de atribuirlo al estrés. Así en la población la mayoría no refiere la presencia del mismo y un porcentaje importante dice sentirlo ligeramente por lo tanto no es un signo relevante en el grupo.

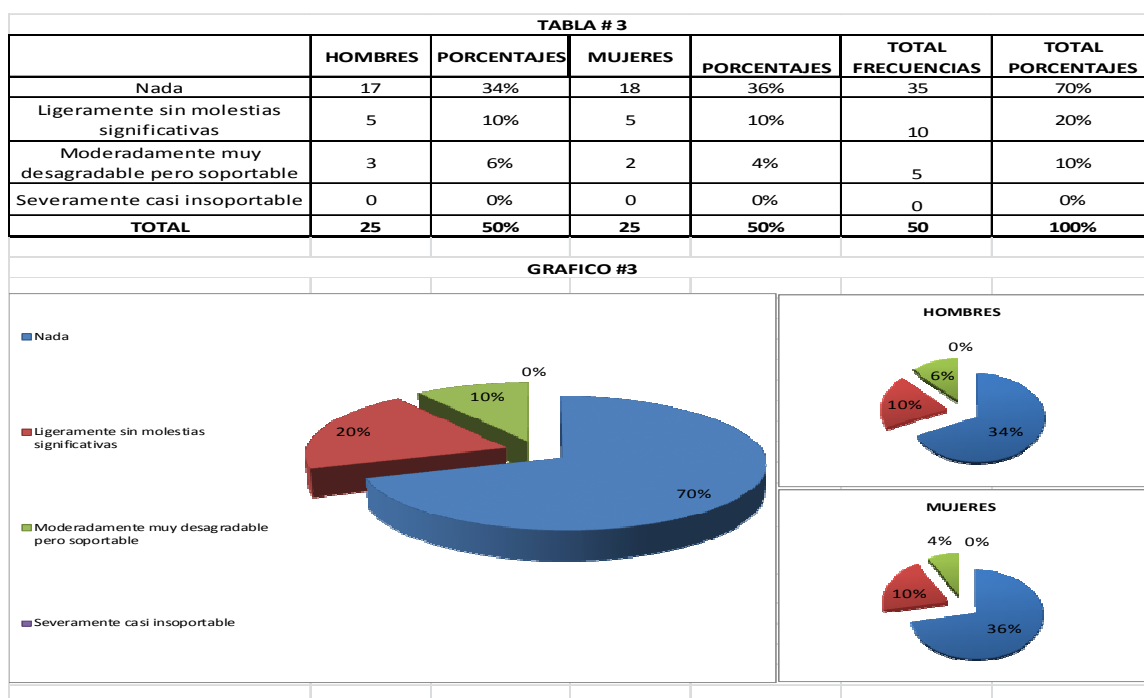


- **Pregunta N°2: Oleadas de calor o bochornos (Ver tabla 2 y gráfico 2)**

El 56% escogió la opción “Nada”, el 40% “ligeramente sin molestias significativas”, el 4% “Moderadamente muy desagradable pero soportable” y un 0% “Muy desagradable pero soportable”.

Dentro de las evidencias físicas de la ansiedad las oleadas de calor o bochornos son respuestas fisiológicas que aparecen ante situaciones emocionales de alta intensidad y usualmente se acompañan de sudoración; la población de estudio respondió de forma

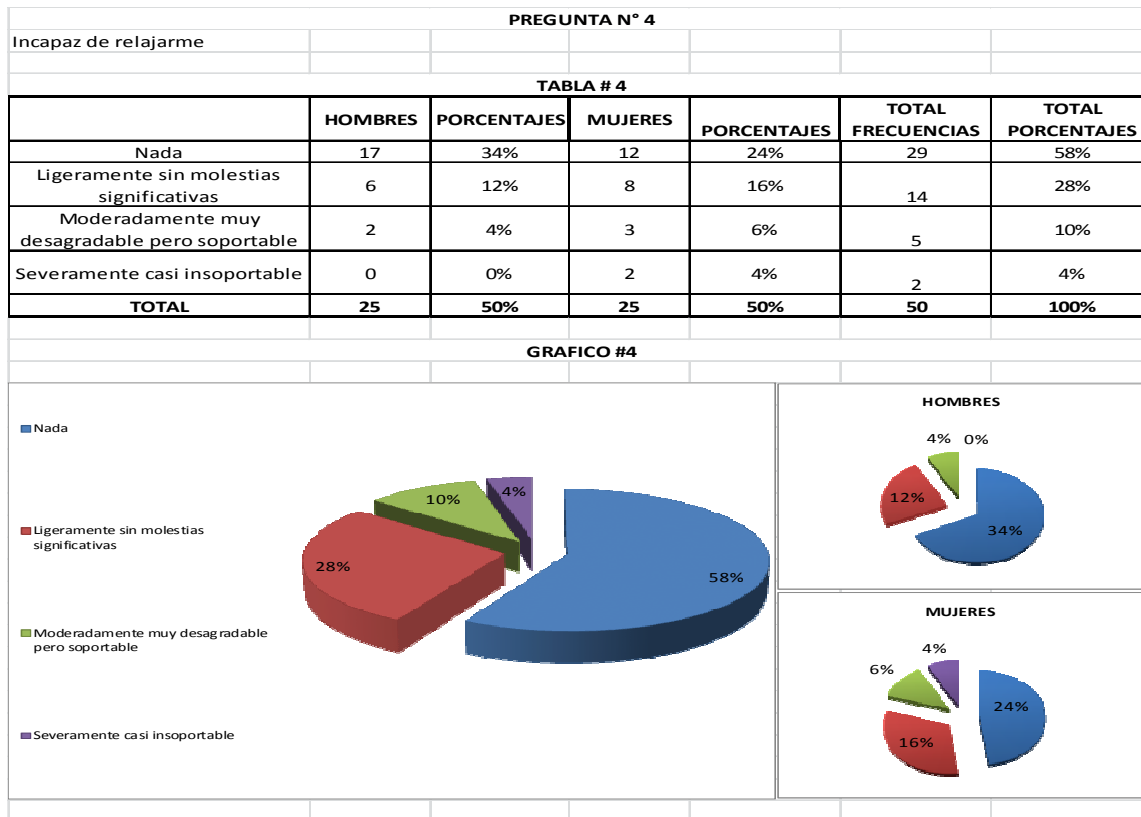
predominante que no presentaba este signo, a pesar de ello un porcentaje importante de la muestra indica que lo siente de forma ligera. Cabe indicar que algunas personas de la población pueden presentar este signo debido a que como bordean los 40 años están cercanos a la menopausia y andropausia.



- **Pregunta 3: Debilidad y temblor de las piernas (Ver tabla 3 y gráfico 3)**

El 70% escogió la opción “Nada”, el 20% “ligeramente sin molestias significativas”, el 10% “Moderadamente muy desagradable pero soportable” y un 0% “Muy desagradable pero soportable”.

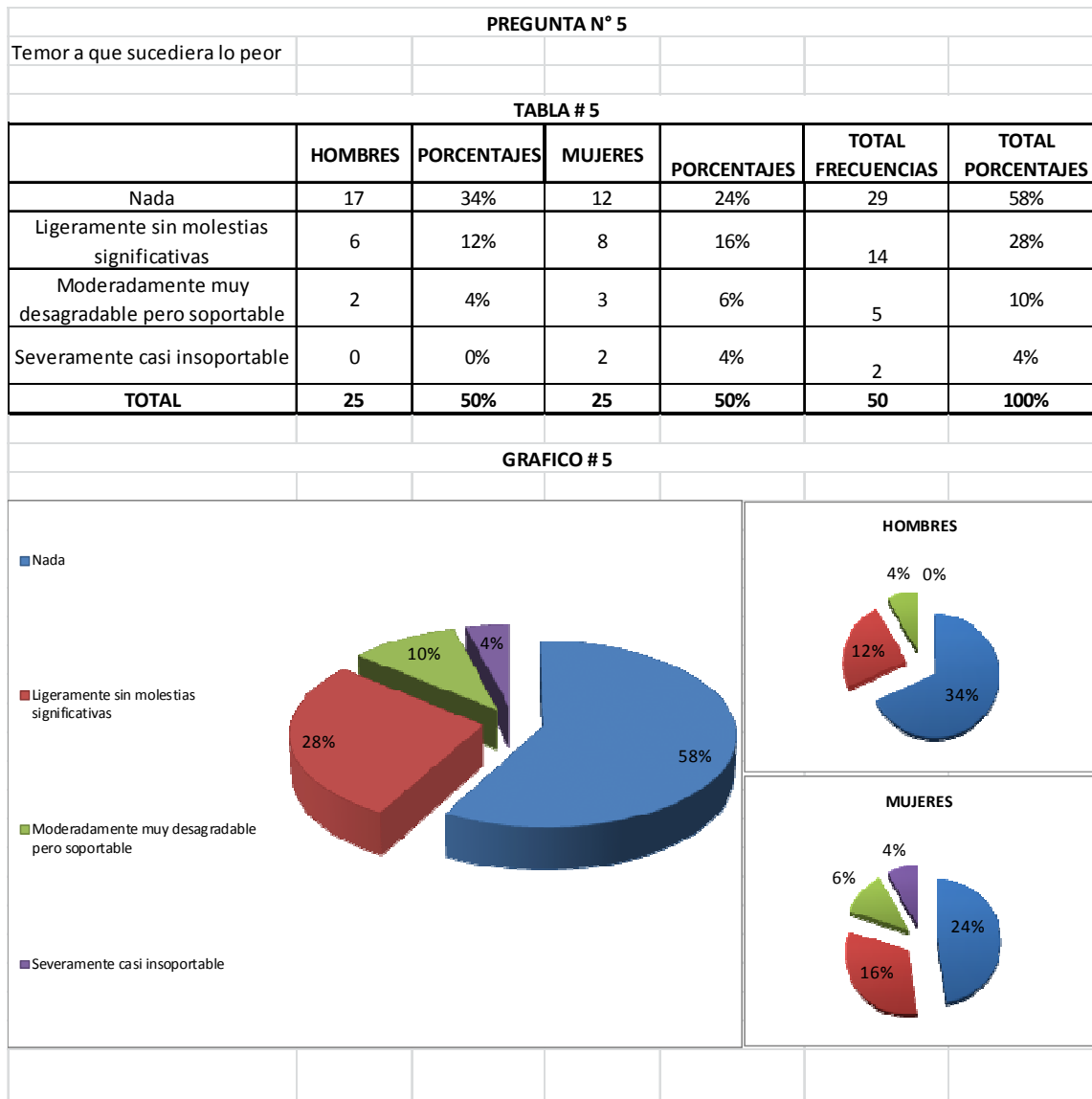
Por lo general el temblor afecta a los dedos de las manos o las manos, aunque en situaciones de ansiedad puede suceder también en las piernas. La debilidad general puede ser causada por fatiga, somnolencia, postración, síncope (desmayo), malestar como también ansiedad. Dentro del grupo de estudio no existe una evidencia significativa del signo



- **Pregunta 4: Incapaz de relajarme (Ver tabla 4 y gráfico 4)**

El 58% escogió la opción “Nada”, el 28% “ligeramente sin molestias significativas”, el 10% “Moderadamente muy desagradable pero soportable” y un 4% “Muy desagradable pero soportable”.

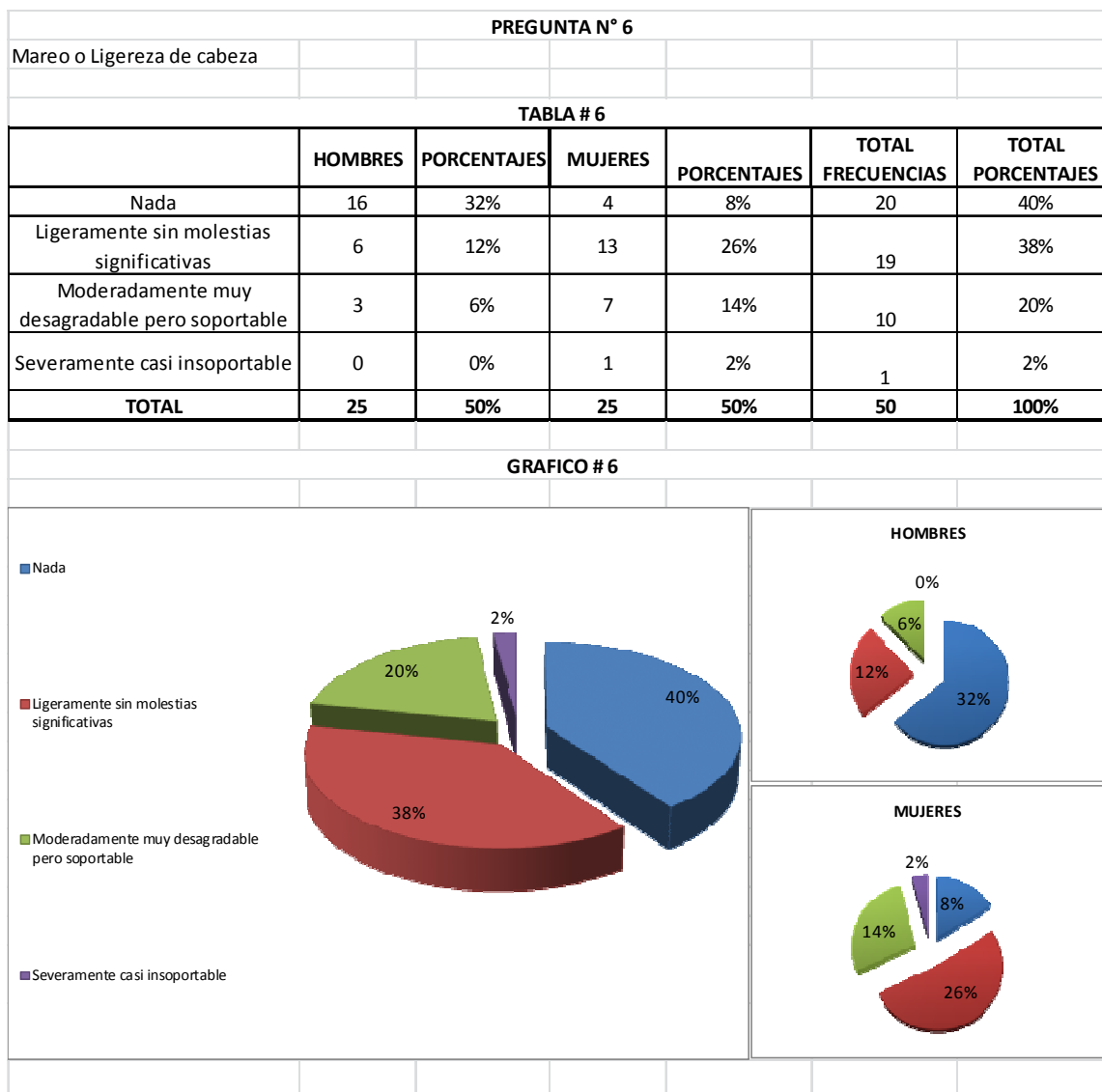
Las personas que sufren trastornos de ansiedad tienden a vivir con muchas preocupaciones y tensiones incluso cuando no hay factores de causa mayor que provoquen este estado, se angustian excesivamente por diversos problemas de la vida diaria; este ítem hace referencia no a un signo físico sino más bien a los esquemas mentales que rige el pensamiento de una persona ansiosa y de un impedimento en su posibilidad de afrontar las dificultades cotidianas de una manera más relajada; dentro de nuestra población no es un signo que se refiera como relevante.



- **Pregunta 5: Temor a que sucediera lo peor (Ver tabla 5 y gráfico 5)**

El 58% escogió la opción “Nada”, el 28% “ligeramente sin molestias significativas”, el 10% “Moderadamente muy desagradable pero soportable” y un 4% “Muy desagradable pero soportable”.

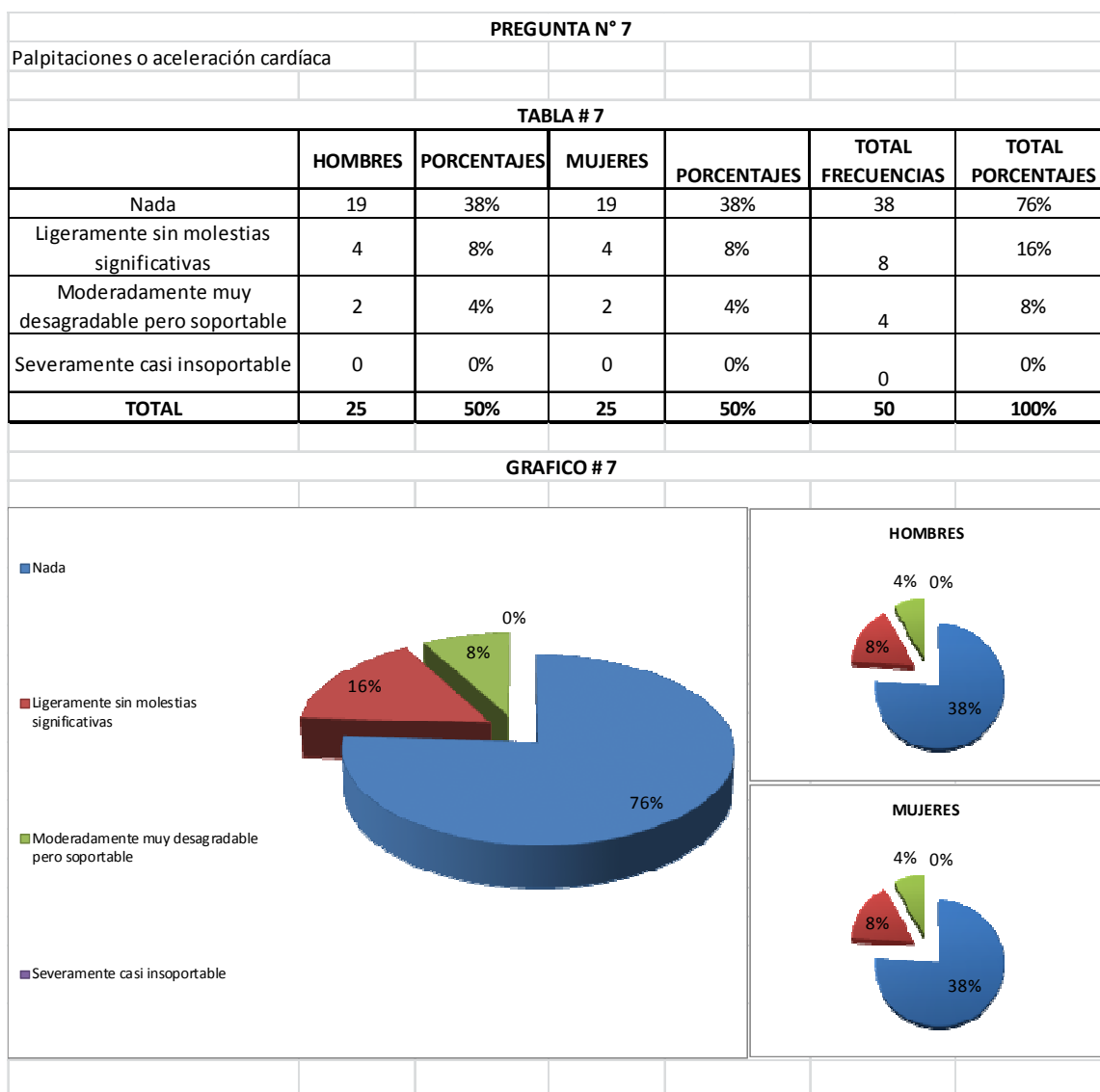
Otro de los esquemas mentales que acompaña al estado ansioso es el temor a que suceda lo peor o esta predisposición negativista de la realidad del sujeto. Es una característica importante del estado ansioso que dentro de la población no se presenta.



- **Pregunta 6: Mareo o ligereza de la cabeza (Ver tabla 6 y gráfico 6)**

El 40% escogió la opción “Nada”, el 38% “ligeramente sin molestias significativas”, el 20% “Moderadamente muy desagradable pero soportable” y un 2% “Muy desagradable pero soportable”.

Los mareos incluyen ligereza de cabeza, vértigo y desequilibrio y como signo físico de la ansiedad dentro de la población observamos que un porcentaje importante indica que lo siente de manera ligera, cabe señalar que es un signo asociado con otros padecimientos y no siempre con el estado ansioso y que se percibe en mayor porcentaje que otros signos físicos de la ansiedad.

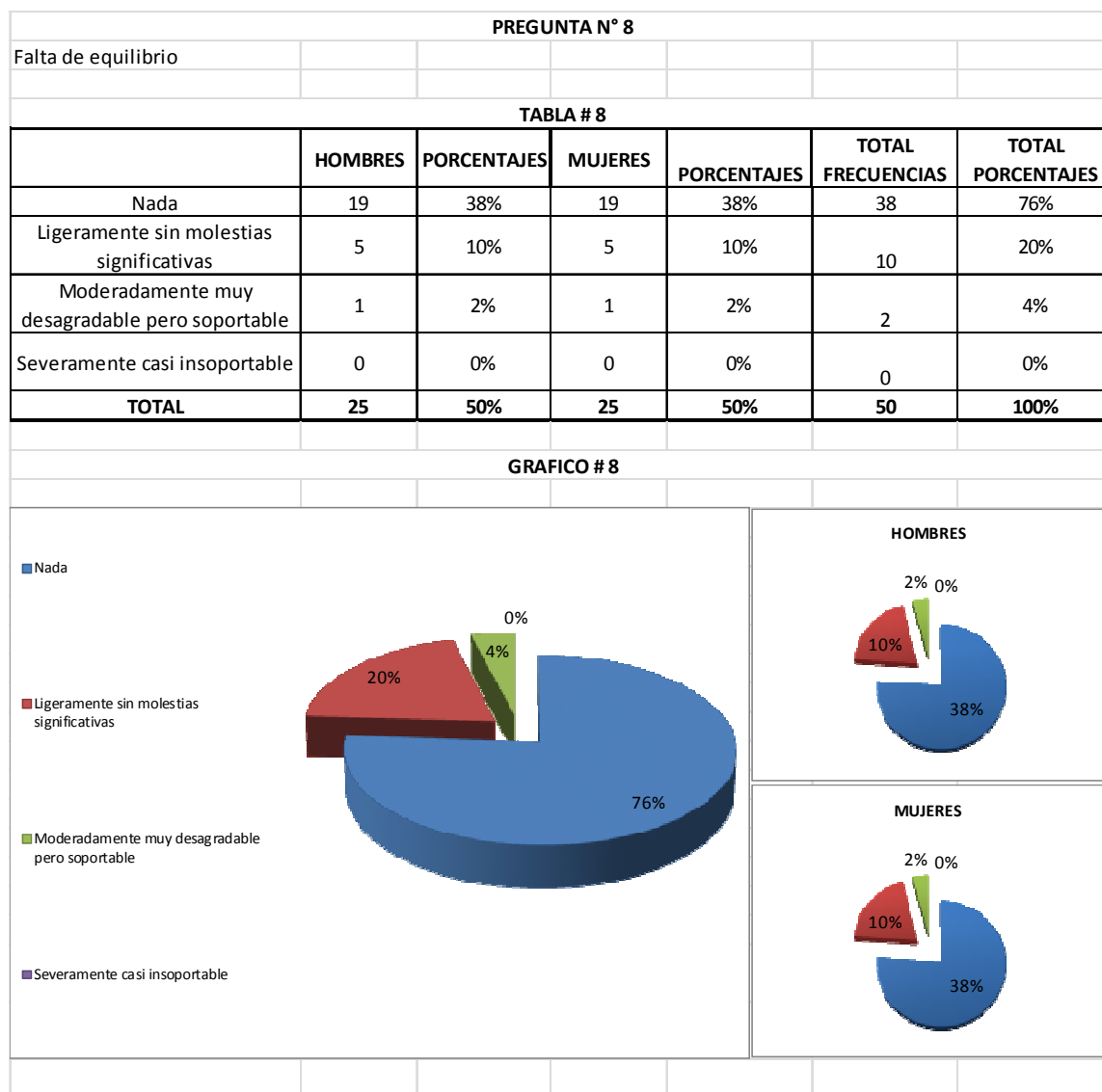


- **Pregunta 7: Palpitaciones o aceleración cardíaca**

El 76% escogió la opción “Nada” con un porcentaje equitativo entre hombres y mujeres, el 16% “ligeramente sin molestias significativas”, el 8% “Moderadamente muy desagradable pero soportable” y un 0% “Muy desagradable pero soportable”.

Las palpitaciones son la sensación que se da cuando se tiene conciencia del propio latido cardíaco, el corazón puede parecer latir más rápido o más fuerte de lo normal y estar relacionado a situaciones que generan preocupación o nerviosismo en el sujeto. Como signo ansioso la mayoría del grupo de estudio ha referido no presentarlo, sin embargo aunque en

un porcentaje menor una parte de la población siente este signo de una manera moderada y muy desagradable; este signo físico de la ansiedad es característico de la misma.

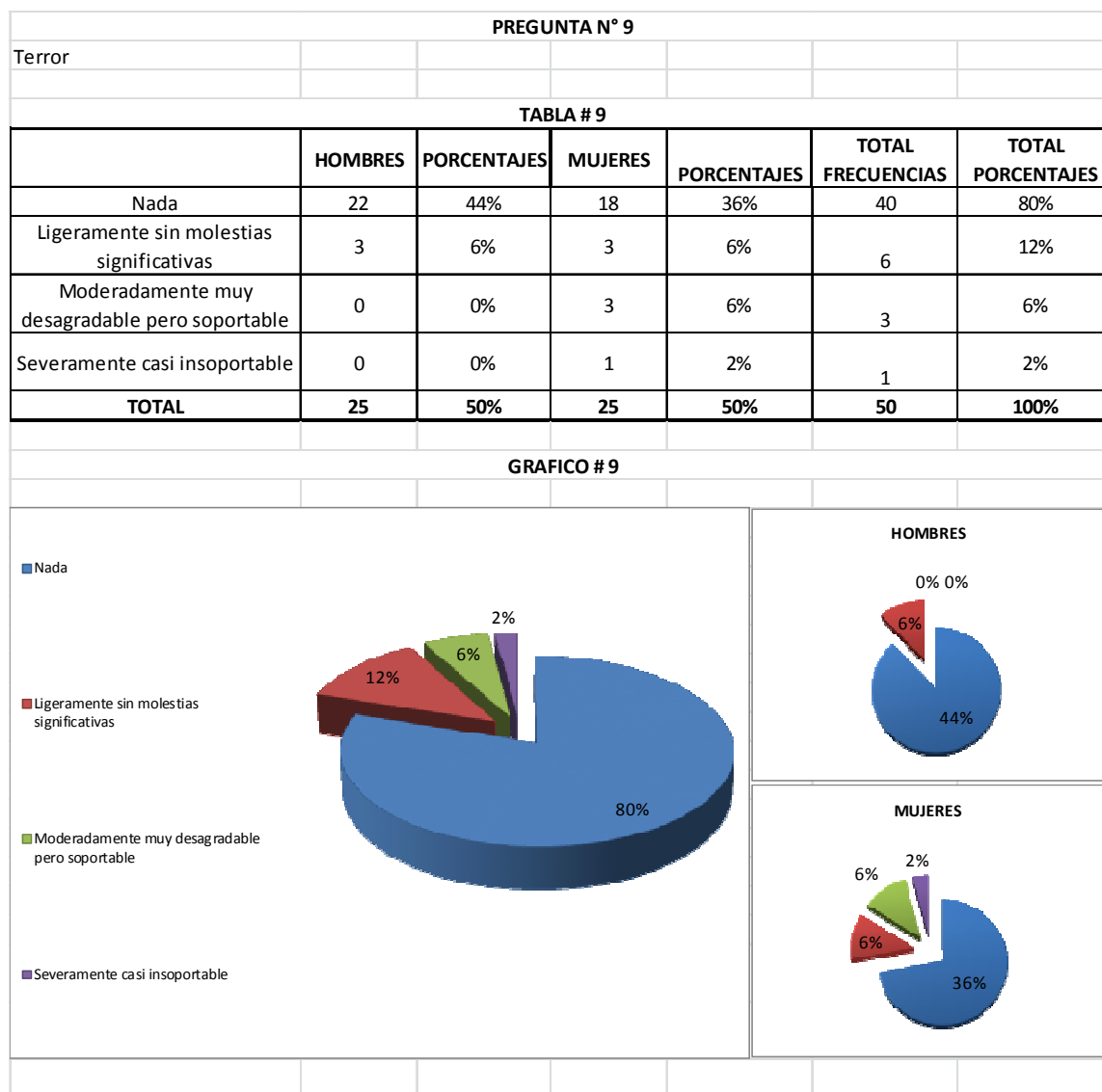


- **Pregunta 8: Falta de equilibrio**

El 76% escogió la opción “Nada”, el 20% “ligeramente sin molestias significativas”, el 4% “Moderadamente muy desagradable pero soportable” y un 0% “Muy desagradable pero soportable”.

En la falta de equilibrio puede haber una sensación de mareo, falta de estabilidad y sensación de que se va a dar un desmayo, observamos que en su mayoría es un signo que

la población refiere no sentirlo y que dentro del estudio no es un signo frecuente en el estado ansioso de este grupo de estudio.

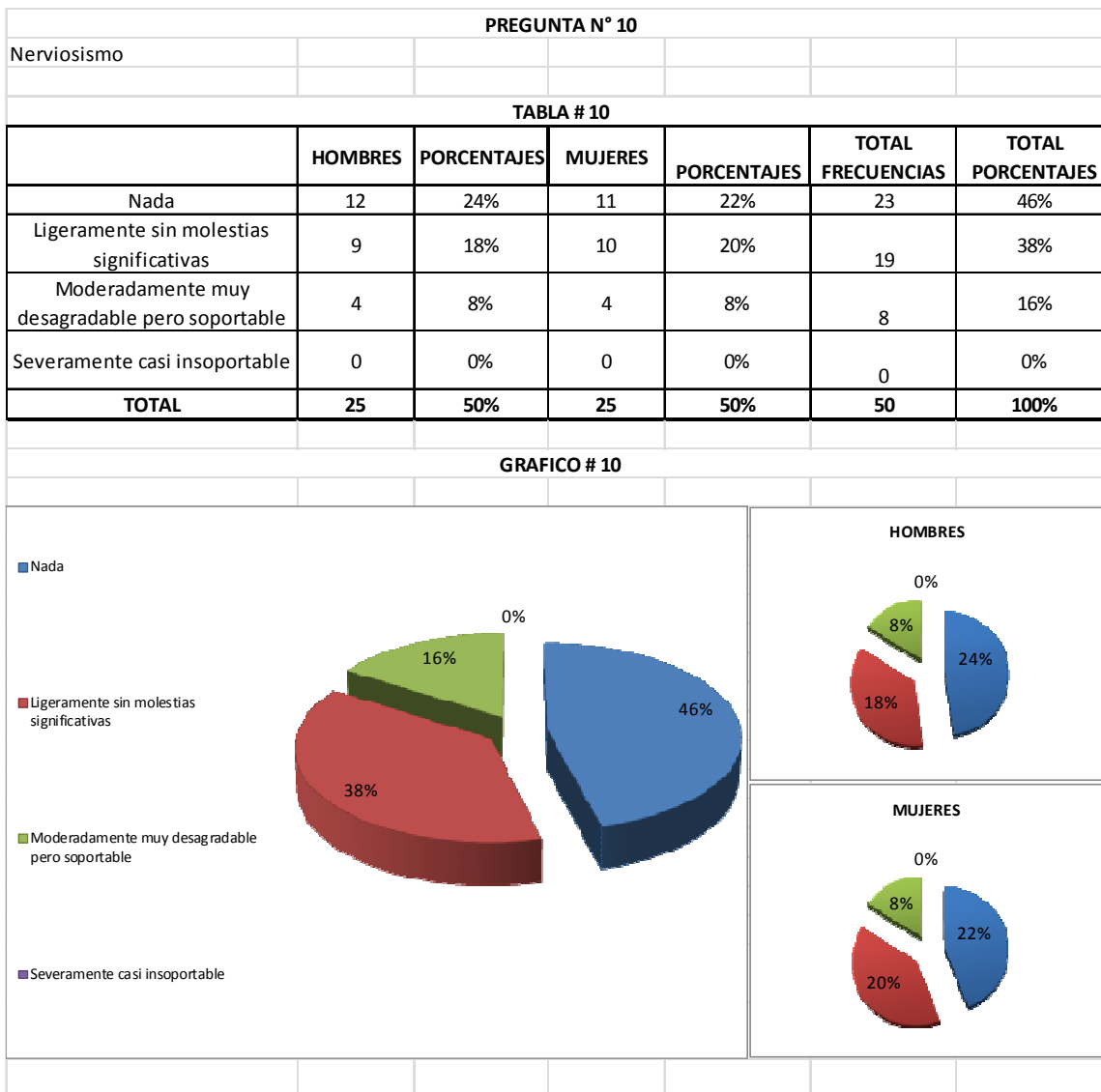


- **Pregunta 9: Terror**

El 80% escogió la opción “Nada”, el 12% “ligeramente sin molestias significativas”, el 6% “Moderadamente muy desagradable pero soportable” y un 2% “Muy desagradable pero soportable”.

El terror es una sensación de miedo muy intensa, puede generar sudoración fría, la parálisis del cuerpo y, en los casos más extremos, el fallecimiento por paro cardíaco. Como signo de

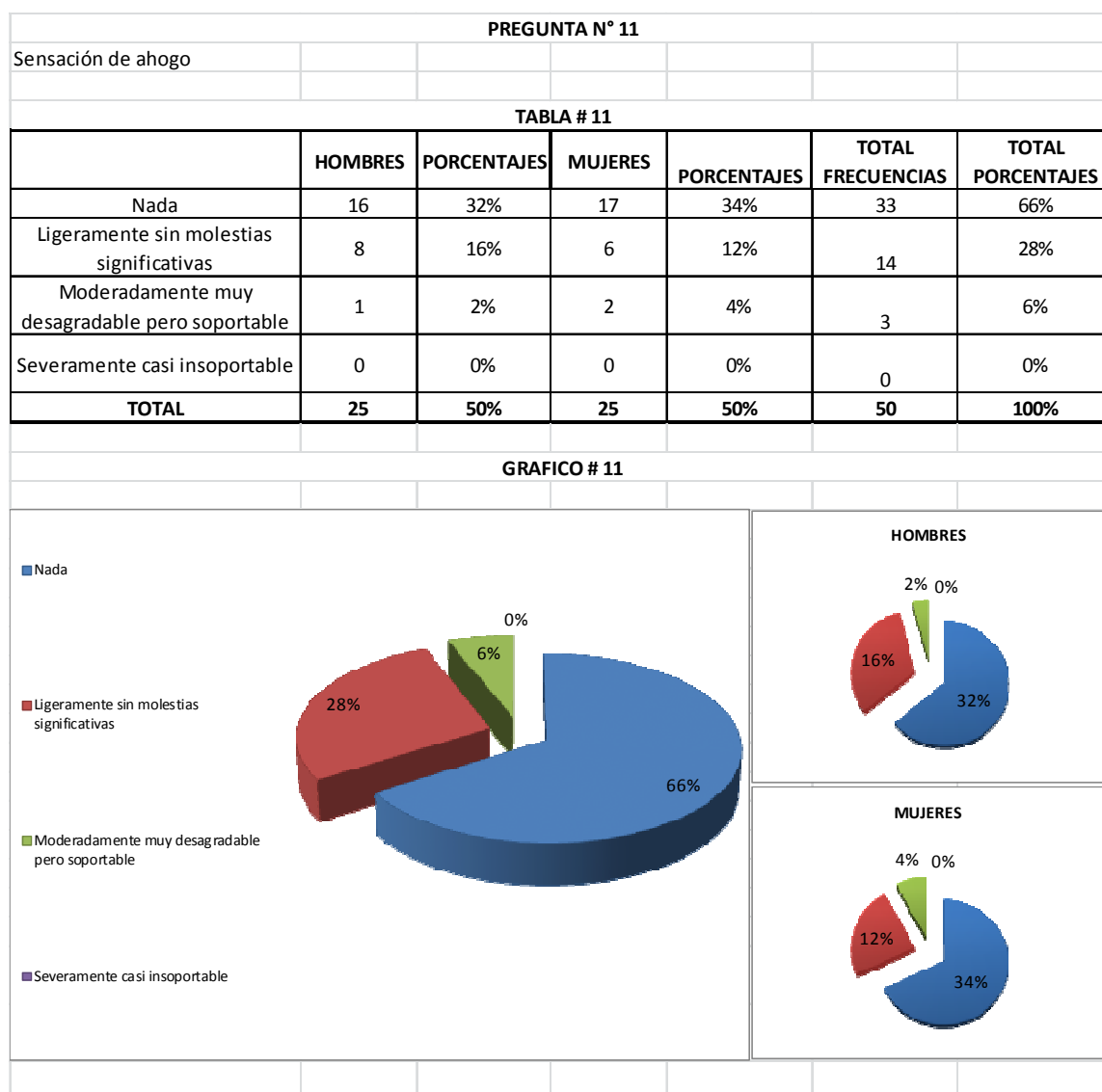
ansiedad se acompaña de ideas irracionales con respecto a la realidad; en porcentaje es un signo que el grupo de estudio dice en su mayoría que no está presente y un porcentaje inferior dice sentirlo de forma ligera y moderada y muy desagradable pero que puede soportar.



- **Pregunta 10: Nerviosismo**

El 46% escogió la opción “Nada”, el 38% “ligeramente sin molestias significativas”, el 16% “Moderadamente muy desagradable pero soportable” y un 0% “Muy desagradable pero soportable”.

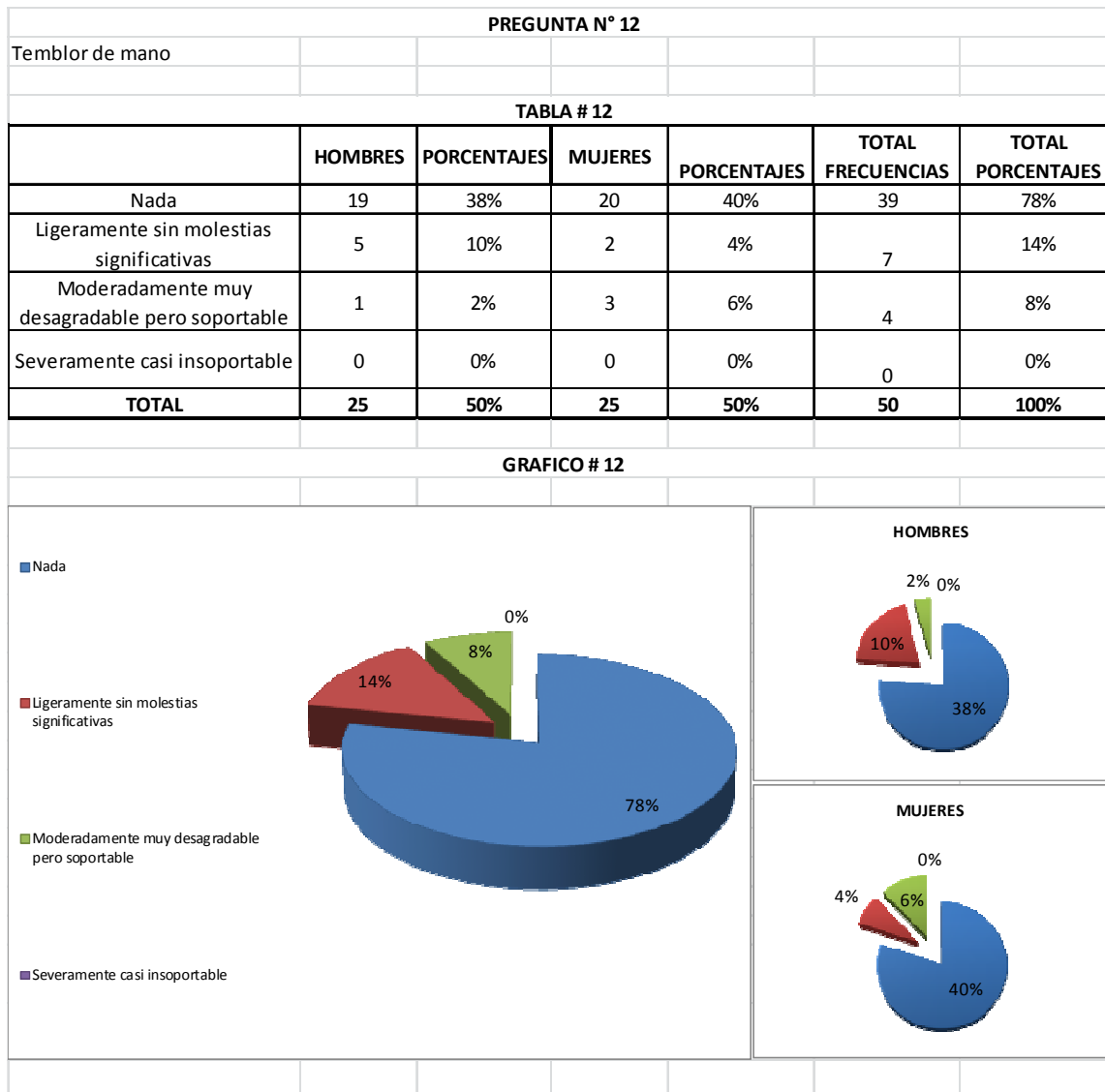
Podemos definir al nerviosismo como un estado de desequilibrio leve del sistema nervioso, con trastornos psíquicos de cierta intensidad (irritabilidad, poca atención, etc.) y orgánicos (intranquilidad motora, etc) y como un signo importante y característico del estado ansioso un porcentaje importante señala que siente el mismo de manera ligera, se debe tomar en consideración que otros signos y pensamientos se vinculan con el nerviosismo y que de mostrar el mismo este se acompaña de pensamientos y signos físicos característicos de la ansiedad tales como: ideas sobredimensionadas de un peligro y una inadecuada percepción de poder hacer frente a situaciones amenazantes.



- **Pregunta 11: Sensación de ahogo**

El 66% escogió la opción "Nada", el 28% "ligeramente sin molestias significativas", el 6% "Moderadamente muy desagradable pero soportable" y un 4% "Muy desagradable pero soportable".

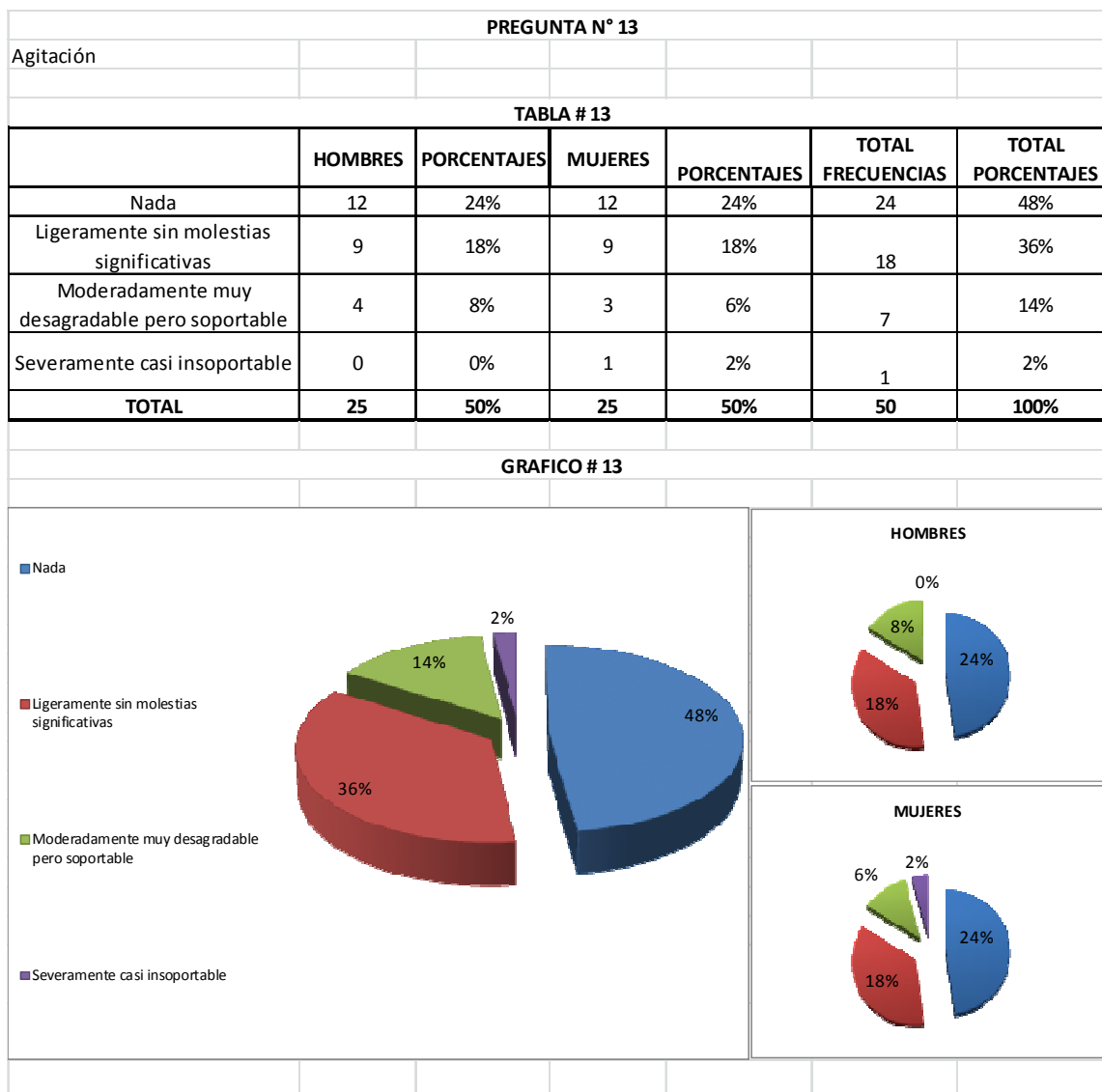
La sensación de ahogo se refiere a la percepción de la falta de aire causada por el exceso de calor o el enrarecimiento del aire con una sensación de opresión o fatiga en el pecho, siendo un signo que se acompaña de ideas de angustia con un grupo en porcentaje mayoritario en el grupo de estudio que refieren no tener esta sensación por lo que no es un signo que caracterice de forma representativa su estado de ansiedad.



- **Pregunta 12: Temblor de mano**

El 78% escogió la opción “Nada”, el 14% “ligeramente sin molestias significativas”, el 8% “Moderadamente muy desagradable pero soportable” y un 0% “Muy desagradable pero soportable”.

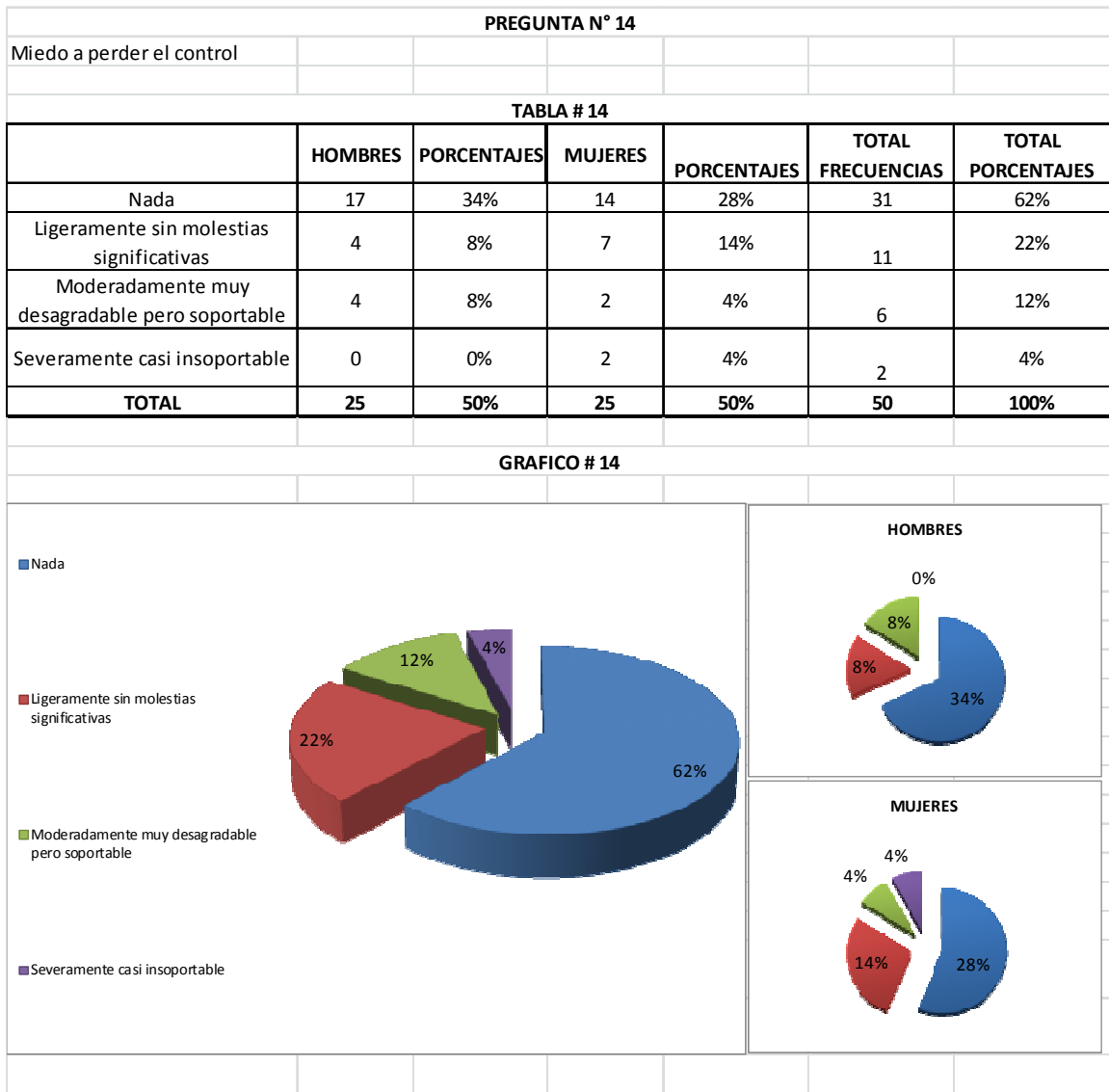
El temblor de mano se caracteriza por los movimientos involuntarios de esta extremidad y puede estar asociado con otras patologías y también con un estado de nerviosismo y ansiedad, en su mayoría las parejas no refieren este signo y un grupo inferior señala que lo siente de forma moderada y muy desagradable.



- **Pregunta 13: Agitación**

El 48% escogió la opción “Nada”, el 36% “ligeramente sin molestias significativas”, el 14% “Moderadamente muy desagradable pero soportable” y un 2% “Muy desagradable pero soportable”.

Podemos definir a la agitación como un estado desagradable de activación cerebral (emoción o excitación) extrema, aumento de la tensión e irritabilidad que al darse no por actividad física se presenta conjuntamente con otros signos y caracteriza el estado ansioso una muestra importante de la población refiere la presencia ligera y moderada del signo el cual indica un estado de ansiedad en este grupo de estudio.

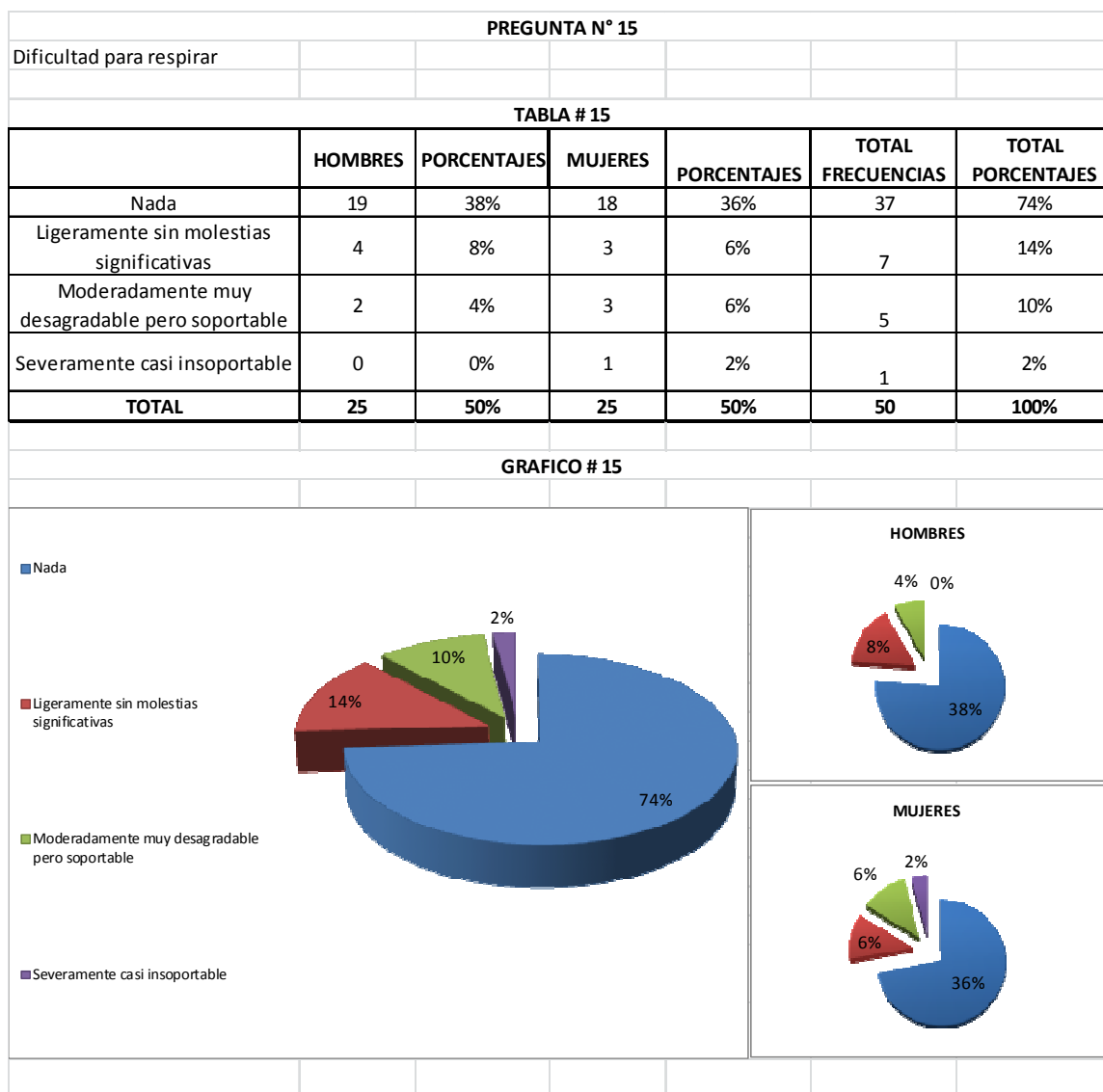


- **Pregunta 14: Miedo a perder el control**

El 62% escogió la opción “Nada”, el 22% “ligeramente sin molestias significativas”, el 12% “Moderadamente muy desagradable pero soportable” y un 4% “Muy desagradable pero soportable”.

El miedo a perder el control se puede entender como el miedo a perder la capacidad momentánea de inhibir conductas como gritar, correr, etc. y la idea de que el sujeto no puede evitar tener estas conductas, aunque en su mayoría el grupo indica que no cumple con este

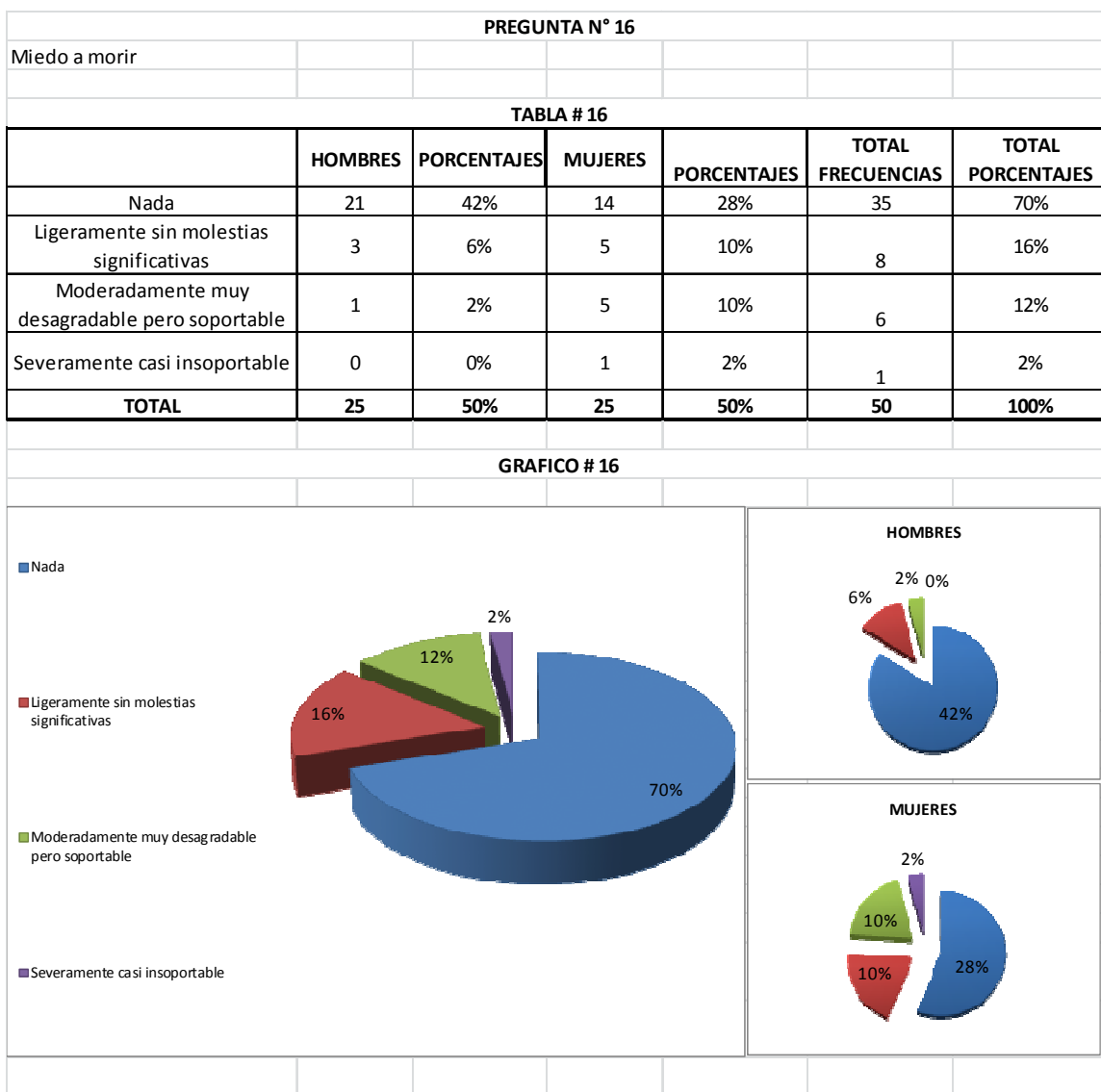
ítem hay un grupo menor pero significativo que refiere la presencia del mismo el cual puede generar dificultades en las interrelaciones sociales de este grupo al tener dificultad de controlar sus impulsos lo cual puede generar conflictos más graves.



- **Pregunta 15: Dificultad para respirar**

El 74% escogió la opción “Nada”, el 14% “ligeramente sin molestias significativas”, el 10% “Moderadamente muy desagradable pero soportable” y un 2% “Muy desagradable pero soportable”. La dificultad para respirar entendida como una sensación similar a la del ahogo

es otro de los signos que evalúa el inventario y que en su mayoría no se presenta en esta población como un signo significativo.

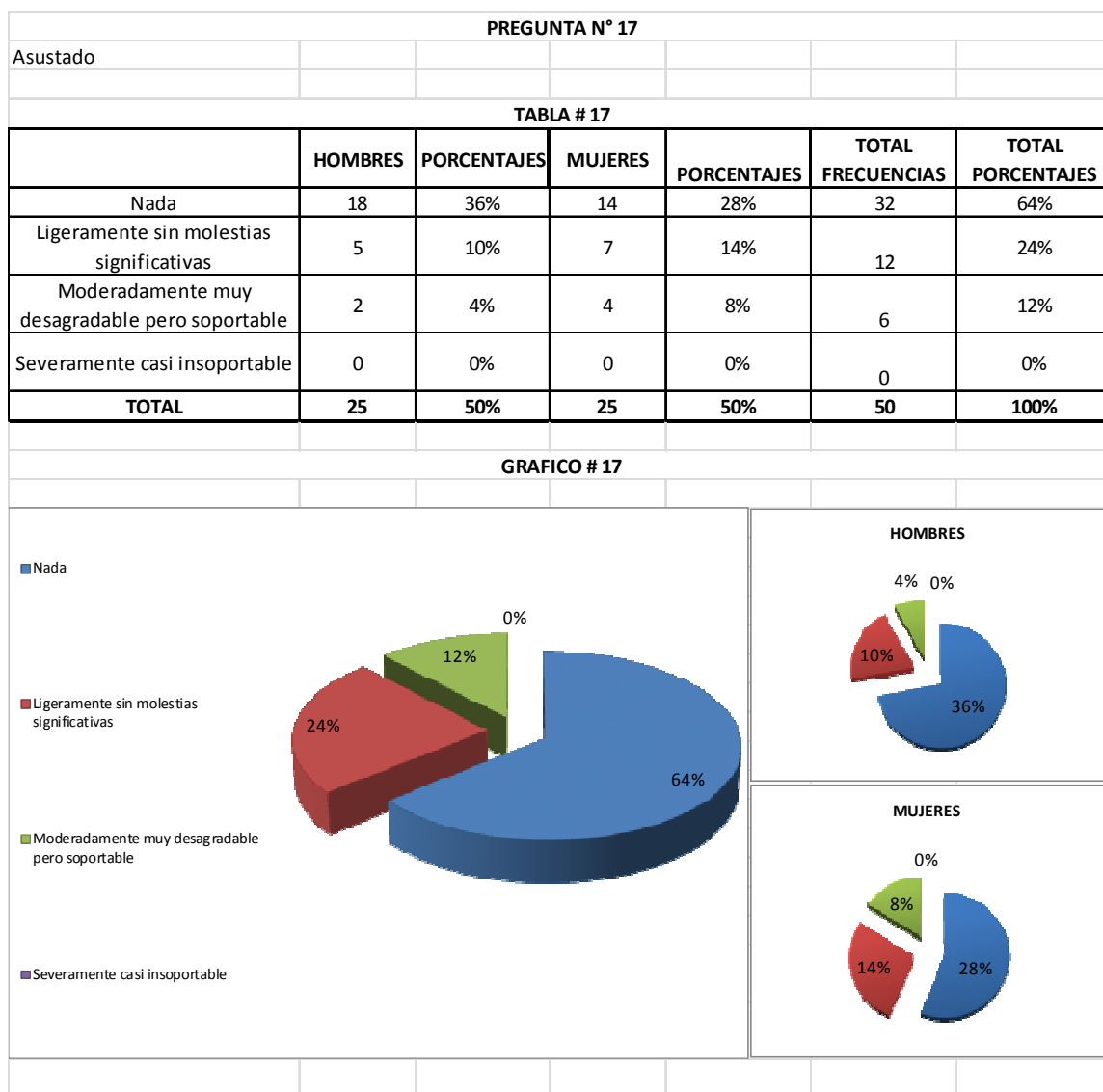


- **Pregunta 16: Miedo a morir**

El 70% escogió la opción “Nada”, el 16% “ligeramente sin molestias significativas”, el 12% “Moderadamente muy desagradable pero soportable” y un 2% “Muy desagradable pero soportable”.

El miedo a morir acompañado de los esquemas mentales que hacen referencia a este temor con continuas ideas sobre la muerte es otro de los síntomas que puede referir un paciente en

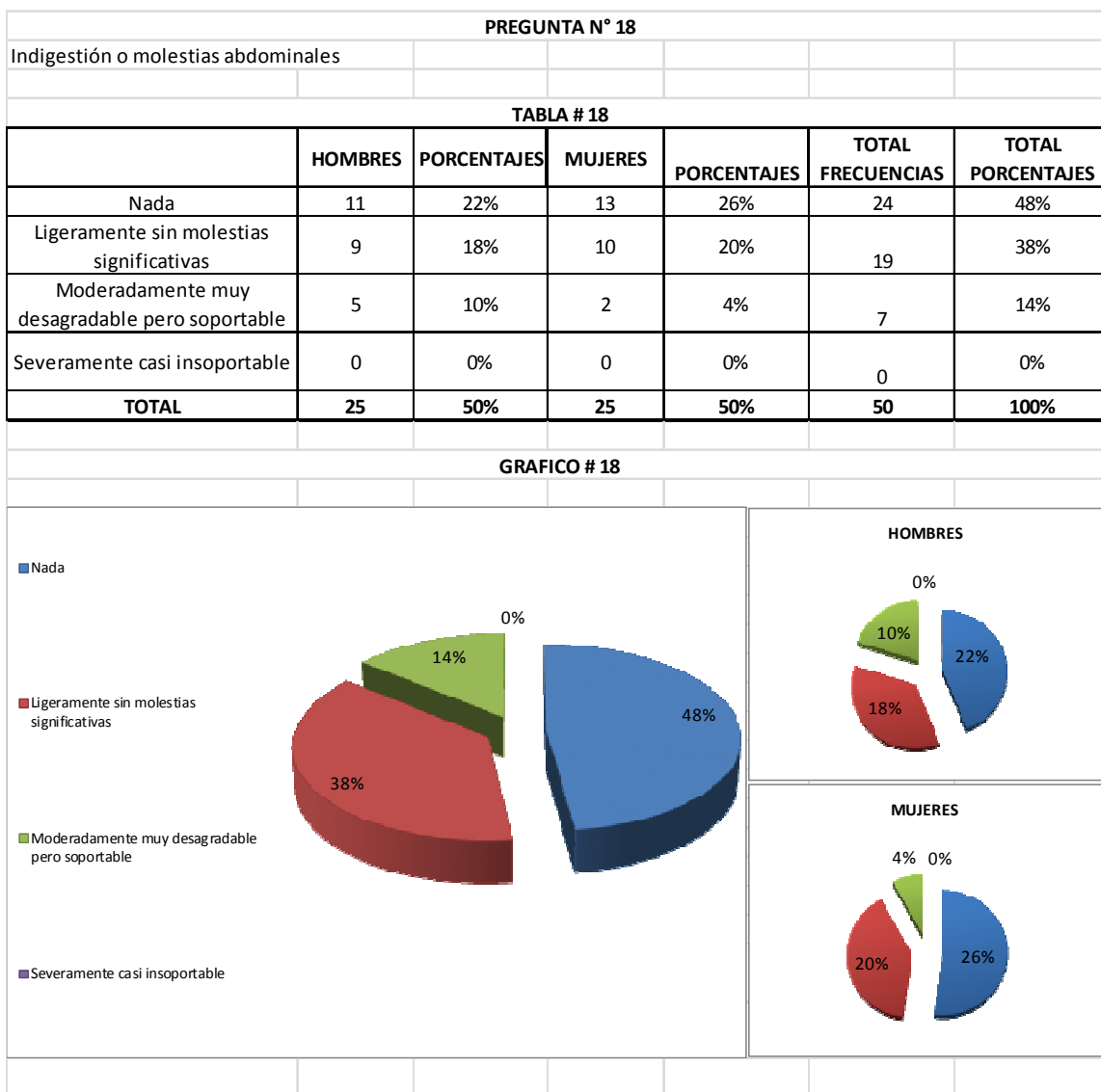
estado de ansiedad y que dentro de la población varia en sus porcentajes desde la no presencia en un porcentaje de forma mayoritaria hasta un porcentaje mínimo que indica que lo siente de forma que le es muy desagradable.



• **Pregunta 17: Asustado**

El 64% escogió la opción “Nada”, el 24% “ligeramente sin molestias significativas”, el 12% “Moderadamente muy desagradable pero soportable” y un 0% “Muy desagradable pero soportable”.

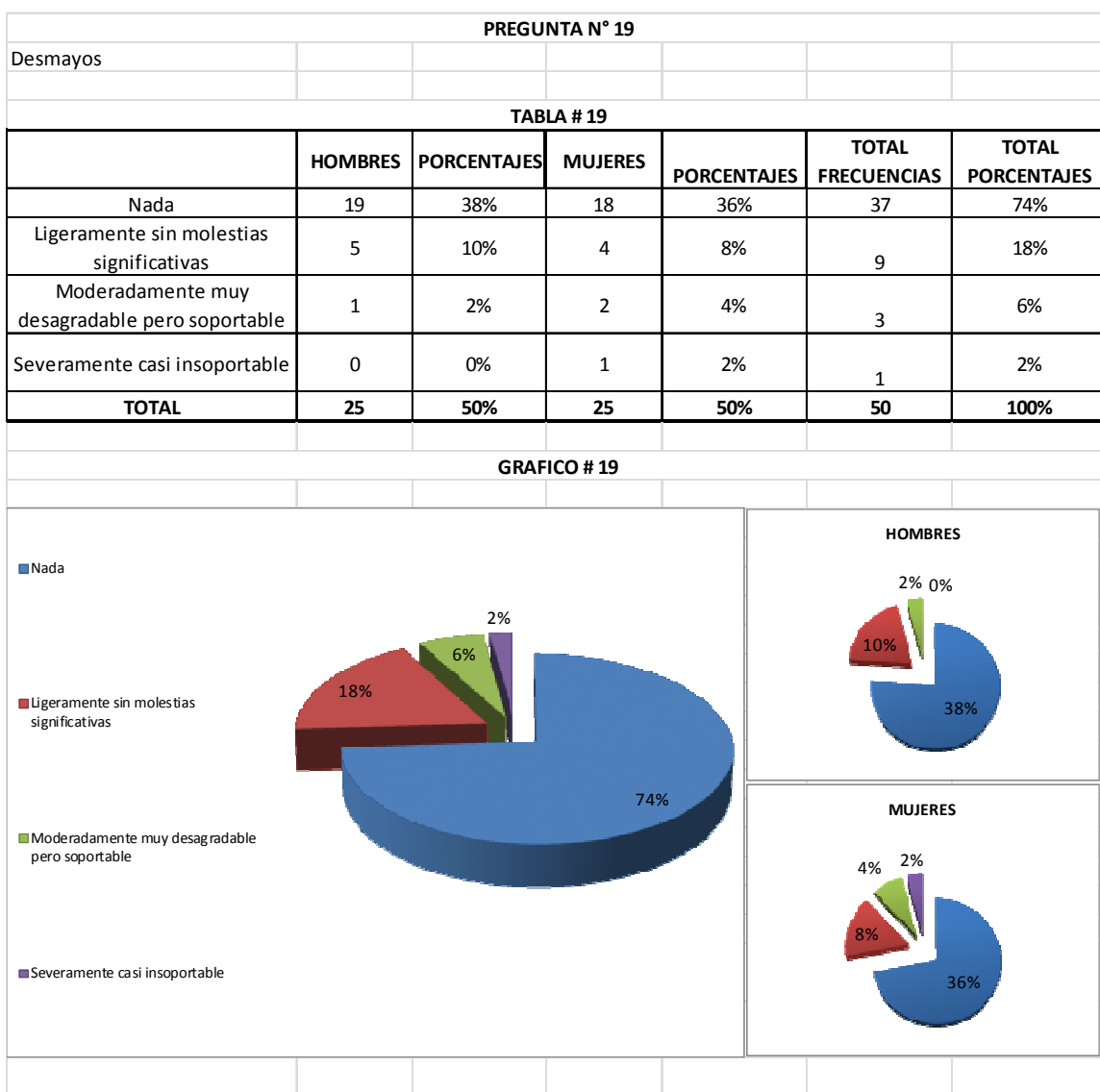
El estar asustado o temeroso de alguna situación en específica o en general del entorno sin ninguna causa aparente es una característica importante de la ansiedad y en el grupo un porcentaje considerable refiere sentirlo ligeramente aunque la mayoría reporta que no está presente; esta conducta se acompaña con ideas irracionales con respecto a la realidad



- **Pregunta 18: Indigestión y molestias abdominales**

El 48% escogió la opción “Nada”, el 38% “ligeramente sin molestias significativas”, el 14% “Moderadamente muy desagradable pero soportable” y un 0% “Muy desagradable pero soportable”.

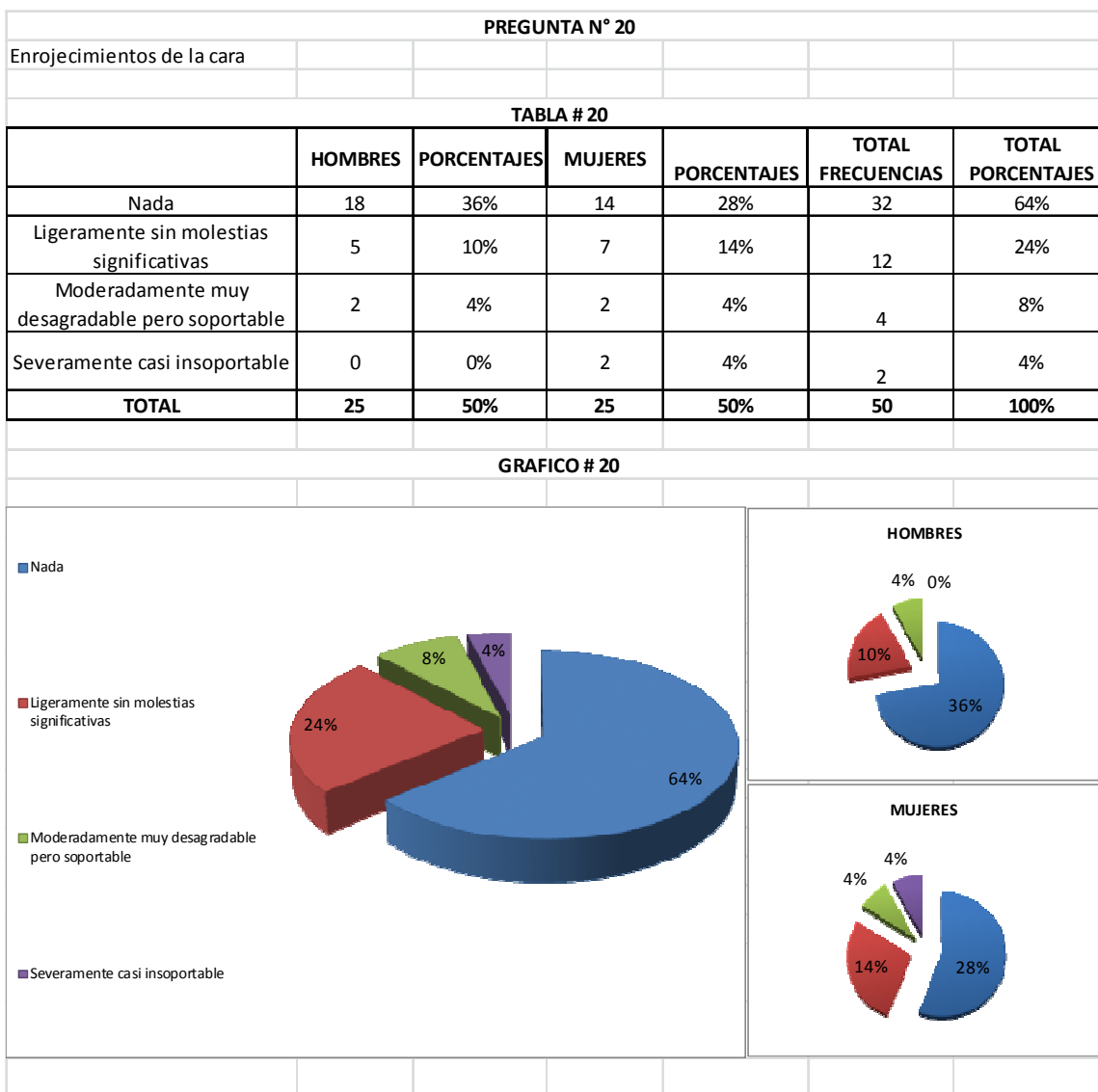
La dispepsia o indigestión es una sensación vaga de malestar en la parte superior del abdomen o el vientre durante o después de comer y se relaciona a un estado de ansiedad si está acompañado de otros signos y síntomas antes mencionados. Dentro de la población este signo se presenta en un porcentaje importante de forma ligera sin molestias lo que indica que es también un signo físico recurrente que se corrobora con la teoría que indica que un signo usual en la ansiedad son las molestias a nivel estomacal.



• **Pregunta 19: Desmayos**

El 74% escogió la opción “Nada”, el 18% “ligeramente sin molestias significativas”, el 6% “Moderadamente muy desagradable pero soportable” y un 2% “Muy desagradable pero soportable”.

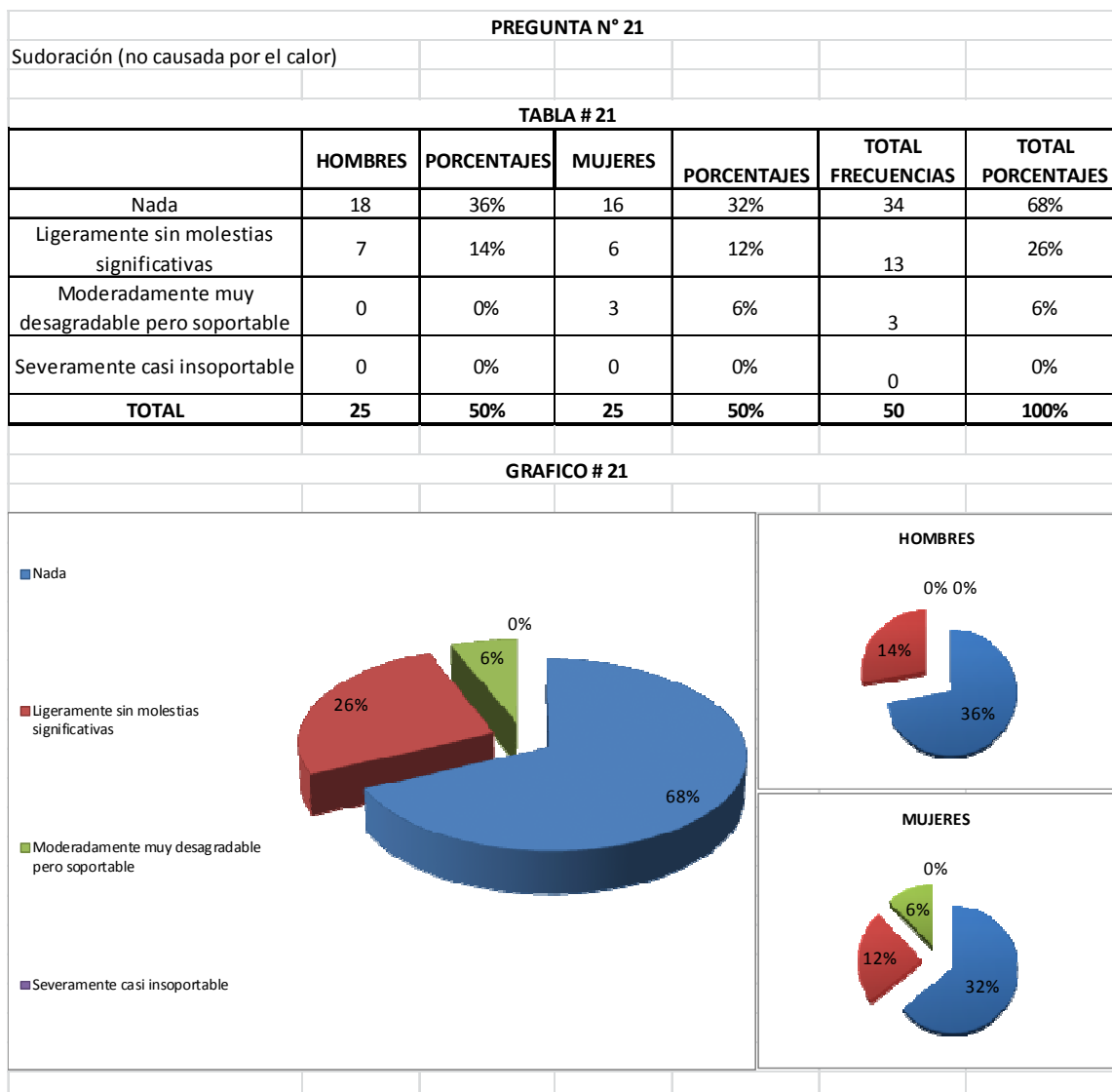
El desmayo o también llamado síncope es una breve pérdida del conocimiento debido a una disminución del flujo sanguíneo al cerebro. El episodio dura menos de un par de minutos y la persona se recupera de forma rápida y completa. Puede sentir mareo o **vértigo** antes de desmayarse. La mayoría de la población indica que no ha tenido desmayos. Sin embargo, se nota que aunque en menor cantidad, hay personas que si sufren de desmayos.



- **Pregunta 20: Enrojecimientos de la cara**

El 64% escogió la opción “Nada”, el 24% “ligeramente sin molestias significativas”, el 8% “Moderadamente muy desagradable pero soportable” y un 4% “Muy desagradable pero soportable”.

El enrojecimiento o rubor en la cara es resultado de la vasocompresión (encogimiento) de los capilares (pequeñas arterias) sanguíneos que irrigan las zonas de la cara, especialmente de las mejillas y las orejas y se dan ante situaciones que la persona siente bochorno o una situación que le causa gran impacto; este es un signo que en su mayoría no se presenta en esta población pero que un grupo menor dice si tener y que como signo físico de la ansiedad está presente en el grupo de estudio.



### Pregunta 21: Sudoración

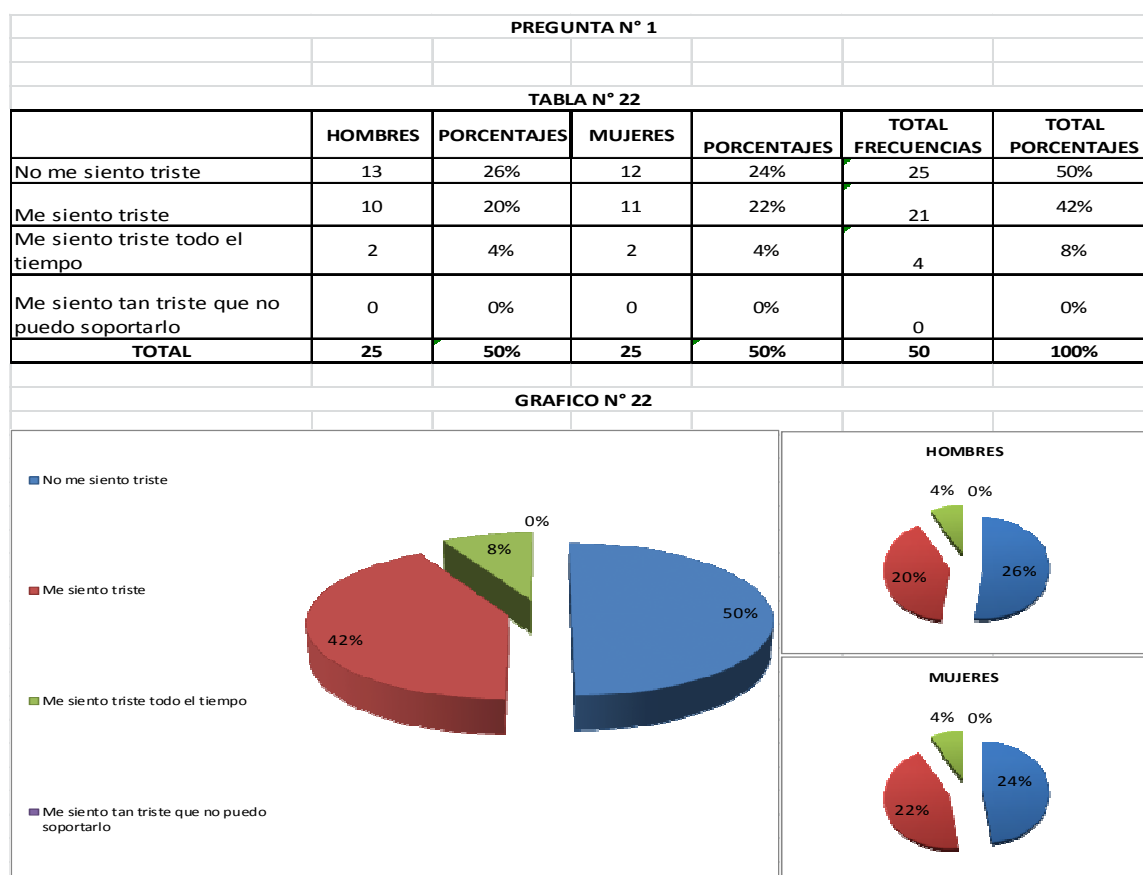
El 68% escogió la opción “Nada”, el 26% “ligeramente sin molestias significativas”, el 6% “Moderadamente muy desagradable pero soportable” y un 0% “Muy desagradable pero soportable”.

El sudor se presenta comúnmente debajo de los brazos, en los pies y en las palmas de las manos; como signo de la ansiedad este aparece no cuando hay calor sino como un signo fisiológico del trastorno y dentro de nuestra población un grupo inferior pero significativo señala sentirlo de forma ligera lo que indica que como comprobación física de la ansiedad este está presente.

## ANEXO 2

### *Análisis Gráficos de resultados del Inventario de Depresión de Beck*

A continuación analizaremos cada uno de los 21 ítems de acuerdo a los resultados arrojados por el grupo de estudio.



- **Pregunta 1**

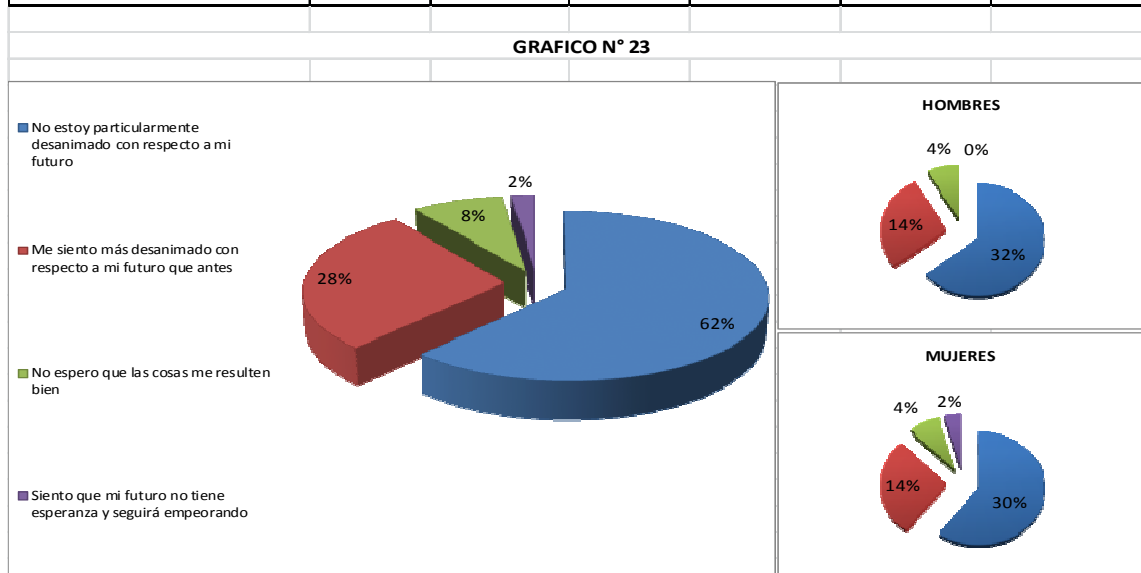
El 50% de la muestra, responde que “no me siento triste”. El 20% de los hombres y el 22% de las mujeres respondieron “me siento triste”. Y un 8%, dividido en 4% para cada género respondió “me siento triste todo el tiempo”.

La tristeza es un indicio de la depresión. Puede empezar como una tristeza, y si no es solucionada, puede llegar a ser depresión. La mitad de la población manifiesta tener sentimientos de tristeza, aunque no llegan a ser del tipo de que no se puedan soportar.

**PREGUNTA N° 2**

**TABLA N° 23**

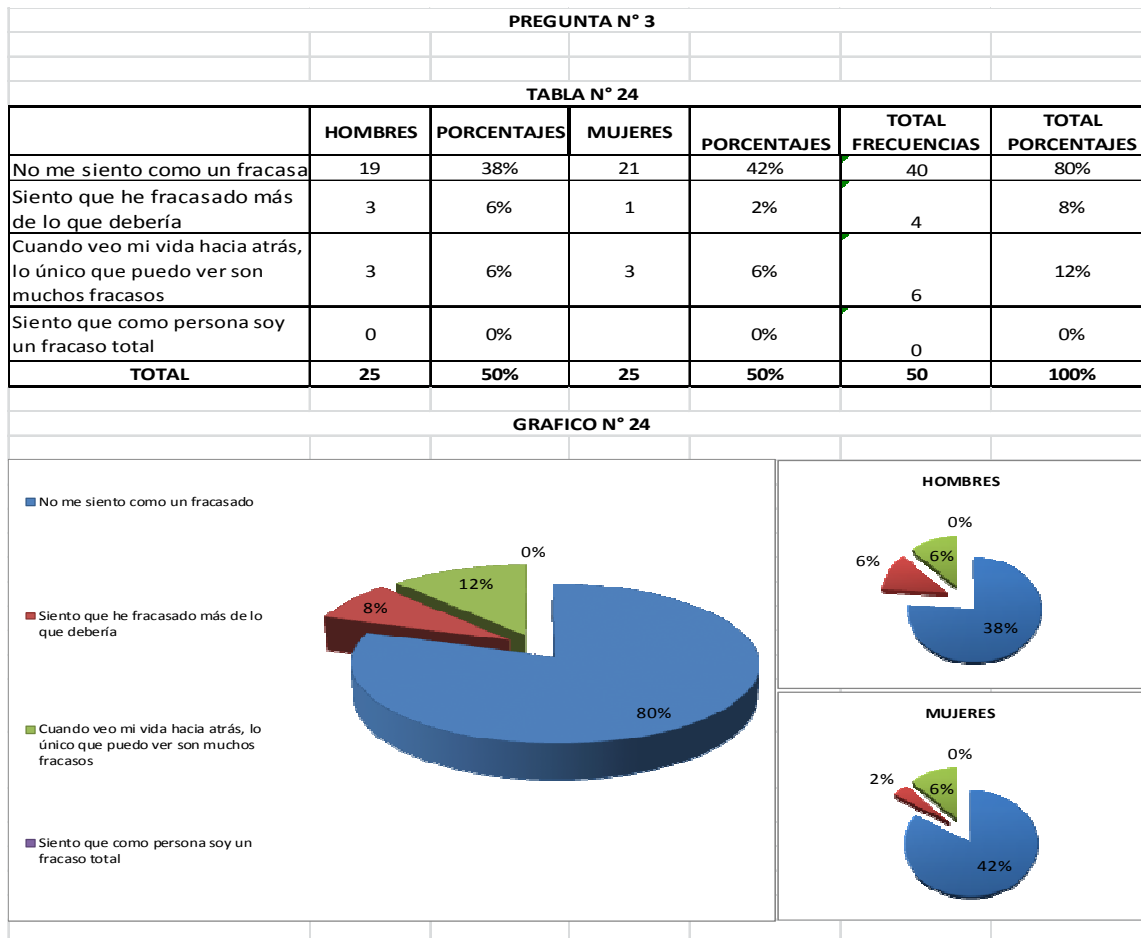
	HOMBRES	PORCENTAJES	MUJERES	PORCENTAJES	TOTAL FRECUENCIAS	TOTAL PORCENTAJES
No estoy particularmente desanimado con respecto a mi futuro	16	32%	15	30%	31	62%
Me siento más desanimado con respecto a mi futuro que antes	7	14%	7	14%	14	28%
No espero que las cosas me resulten bien	2	4%	2	4%	4	8%
Siento que mi futuro no tiene esperanza y seguirá empeorando		0%	1	2%	1	2%
<b>TOTAL</b>	<b>25</b>	<b>50%</b>	<b>25</b>	<b>50%</b>	<b>50</b>	<b>100%</b>



• **Pregunta 2**

El 62% de la muestra respondió “no estoy particularmente desanimado con respecto a mi futuro”. El 28% escogió la opción “me siento más desanimado con respecto a mi futuro que antes”. El 8% escogió la opción “no espero que las cosas me resulten bien”. Y apenas un 2% escogió la opción “siento que mi futuro no tiene esperanza y seguirá empeorando”.

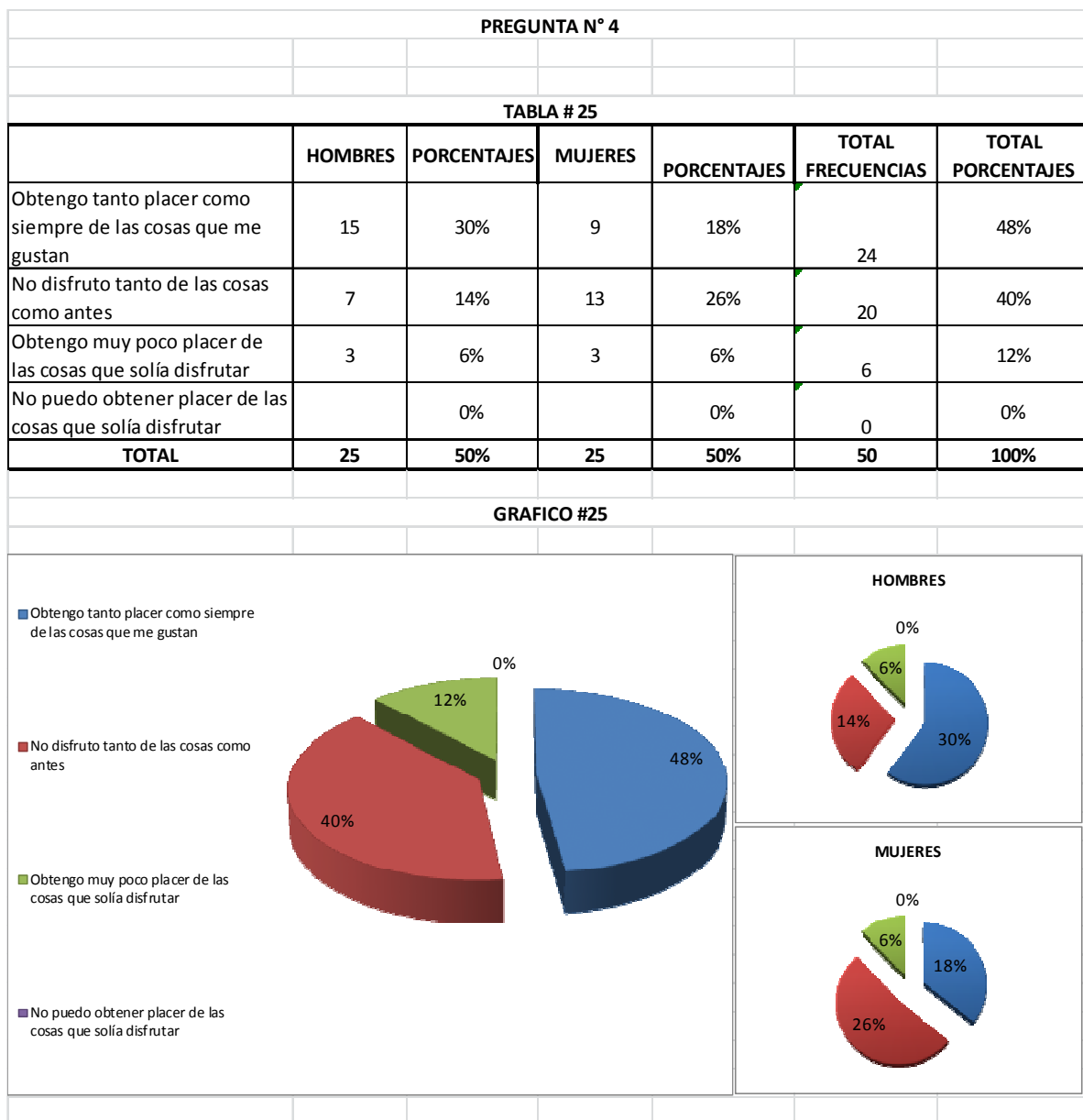
Los pensamientos negativos de la depresión tienen que ver consigo mismo, con el entorno y con la ideación del futuro. En esta población, si hay personas que se sienten desanimadas frente a lo que será el futuro. Lo que nos llevaría a pensar que este desánimo puede obedecer a que la persona tenga pensamientos negativos también sobre sí mismo.



• **Pregunta 3**

El 80% de la muestra dice “no me siento como un fracasado”. El 8% escogió la opción “siento que he fracasado más de lo que debería”. El 12% escogió la opción “cuando veo mi vida hacia atrás, lo único que puedo ver son muchos fracasos”.

Según lo que afirman, hay un porcentaje minoritario, aceptó que ve fracasos en su vida. Para la mayoría no hay sentimientos de fracaso. La sensación de fracaso se asocia al estado de descontento general que tiene la persona consigo mismo, pero en esta población no se demuestra este signo.



• **Pregunta 4**

El 48% de la población escogió la opción “obtengo tanto placer como siempre de las cosas que me gustan”. El 40% escogió la opción “No disfruto tanto de las cosas como antes”. El 12% escogió la opción “obtengo muy poco placer de las cosas que solía disfrutar”.

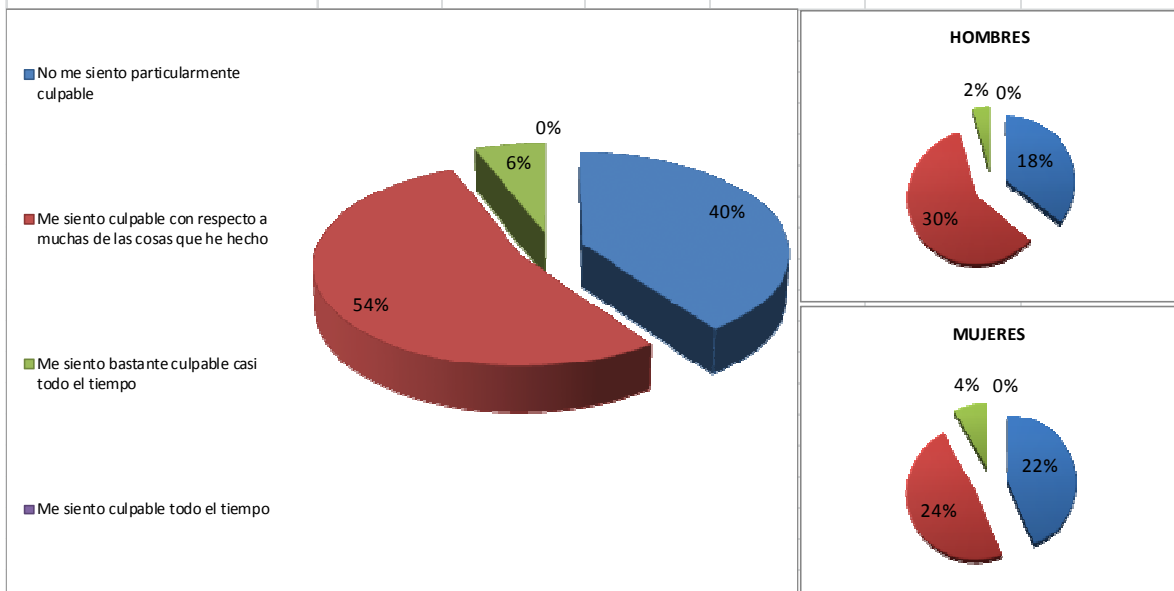
La depresión se caracteriza por la pérdida de interés en las cosas y en las personas. En la población, varias personas afirman ya no disfrutar tanto de las cosas como antes, siendo mayor la cantidad de mujeres.

PREGUNTA N° 5

TABLA # 26

	HOMBRES	PORCENTAJES	MUJERES	PORCENTAJES	TOTAL FRECUENCIAS	TOTAL PORCENTAJES
No me siento particularmente culpable	9	18%	11	22%	20	40%
Me siento culpable con respecto a muchas de las cosas que he hecho	15	30%	12	24%	27	54%
Me siento bastante culpable casi todo el tiempo	1	2%	2	4%	3	6%
Me siento culpable todo el tiempo		0%		0%	0	0%
<b>TOTAL</b>	<b>25</b>	<b>50%</b>	<b>25</b>	<b>50%</b>	<b>50</b>	<b>100%</b>

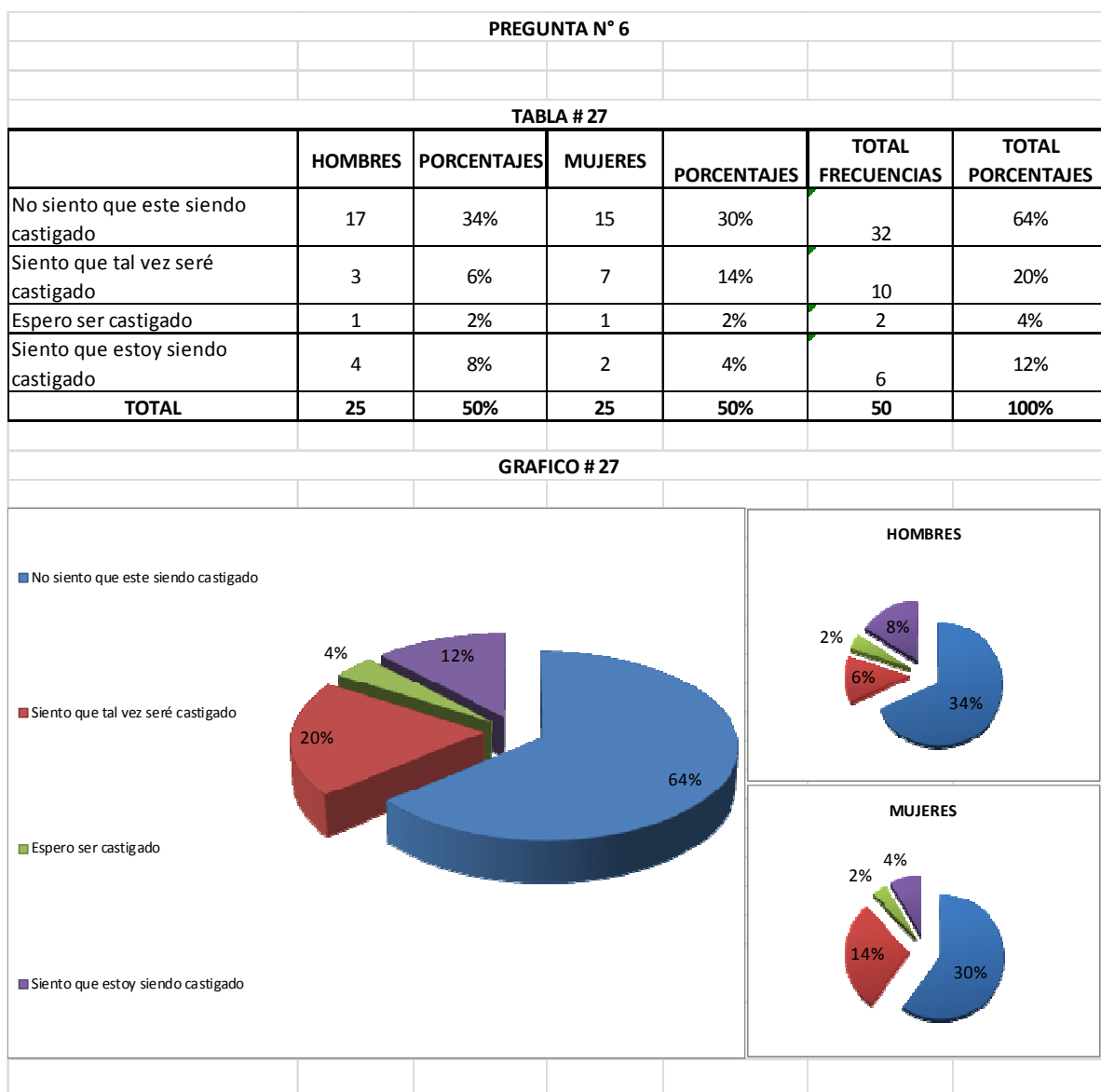
GRAFICO # 26



• **Pregunta 5**

El 54% escogió la opción “me siento culpable con respecto a muchas de las cosas que he hecho”. El 40% de la muestra escogió la opción “no me siento particularmente culpable”. Y el 6% escogió la opción “me siento culpable casi todo el tiempo”

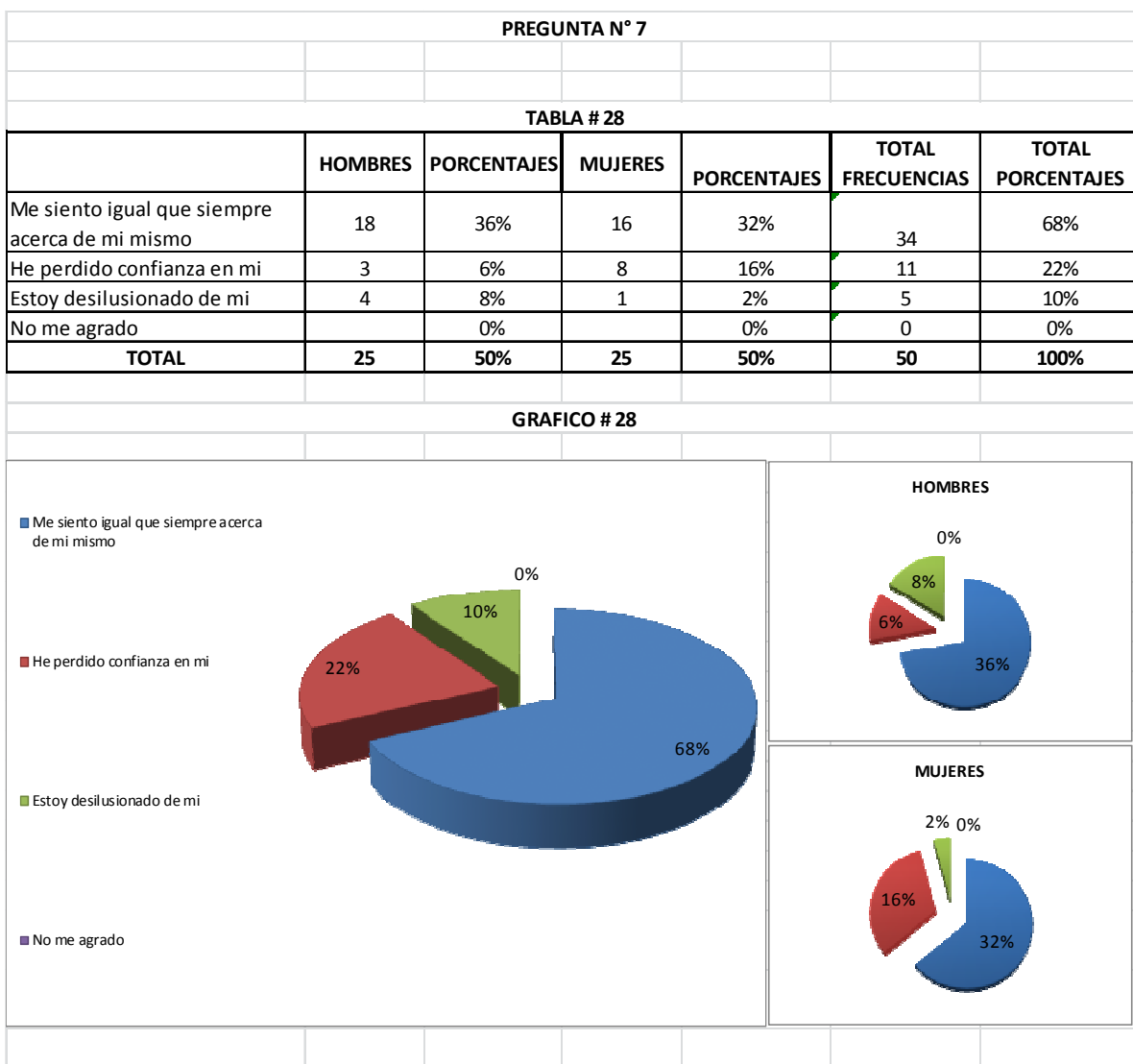
Los sentimientos de culpabilidad están ligados a los sentimientos de desvalorización. Y la persona puede sentir culpa, así sea por errores o desaciertos pequeños. La mayoría de hombres y mujeres afirman tener sentimientos de culpabilidad.



- **Pregunta 6**

El 64% eligió la opción “no siento que esté siendo castigado”. El 20%, eligió la opción “siento que tal vez seré castigado”. El 4% eligió la opción “espero ser castigado”. Y el 12% escogió la opción “siento que estoy siendo castigado”. Y el 4% escogió la opción “espero ser castigado”.

El temor a ser castigados demuestra la sensación de desvaloración de sí mismos. Según lo que dicen, un grupo grande de toda la población tiene sentimientos de ser castigados. Así, hay una mayor cantidad de hombres que siente que están siendo castigados. Y hay un grupo de mujeres que dicen esperar ser castigados. Es importante dar a notar que muchas personas de la población son muy creyentes en religiones, así que podría también deberse a esta situación el sentimiento de ser castigado.

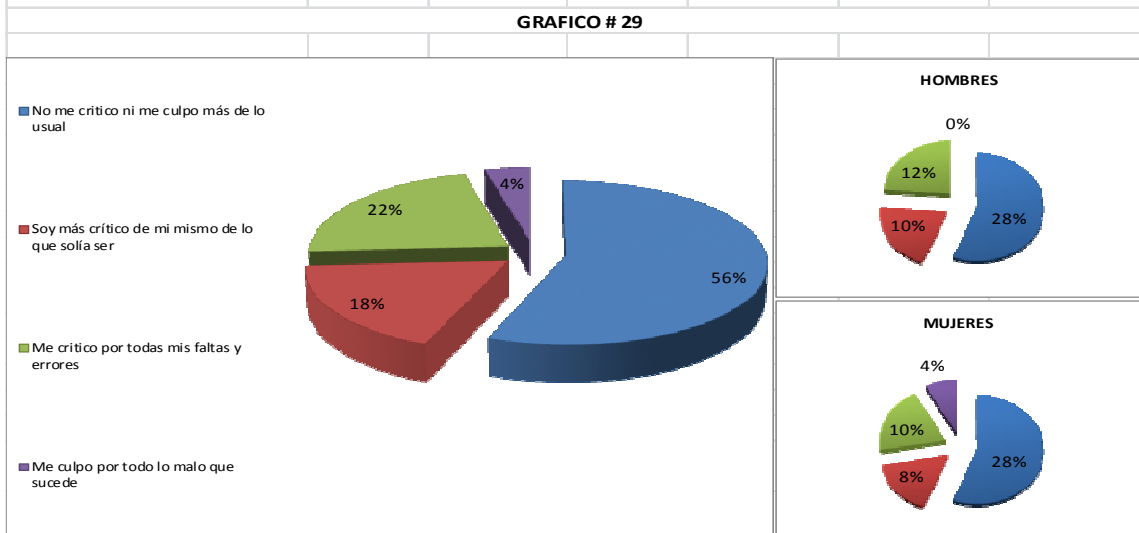


• **Pregunta 7**

El 68% de la población eligió la opción “me siento igual que siempre acerca de mí mismo”. El 22% eligió la opción “he perdido confianza en mí”. El 10% escogió la opción “estoy desilusionado”.

Muchos de los pensamientos negativos en las personas deprimidas tienen que ver consigo mismo. Según lo que manifiestan, hay un grupo grande de personas que sienten pérdida de confianza o desilusión. Así también hay un mayor número de mujeres que de hombres que afirman haber perdido la confianza en sí mismas.

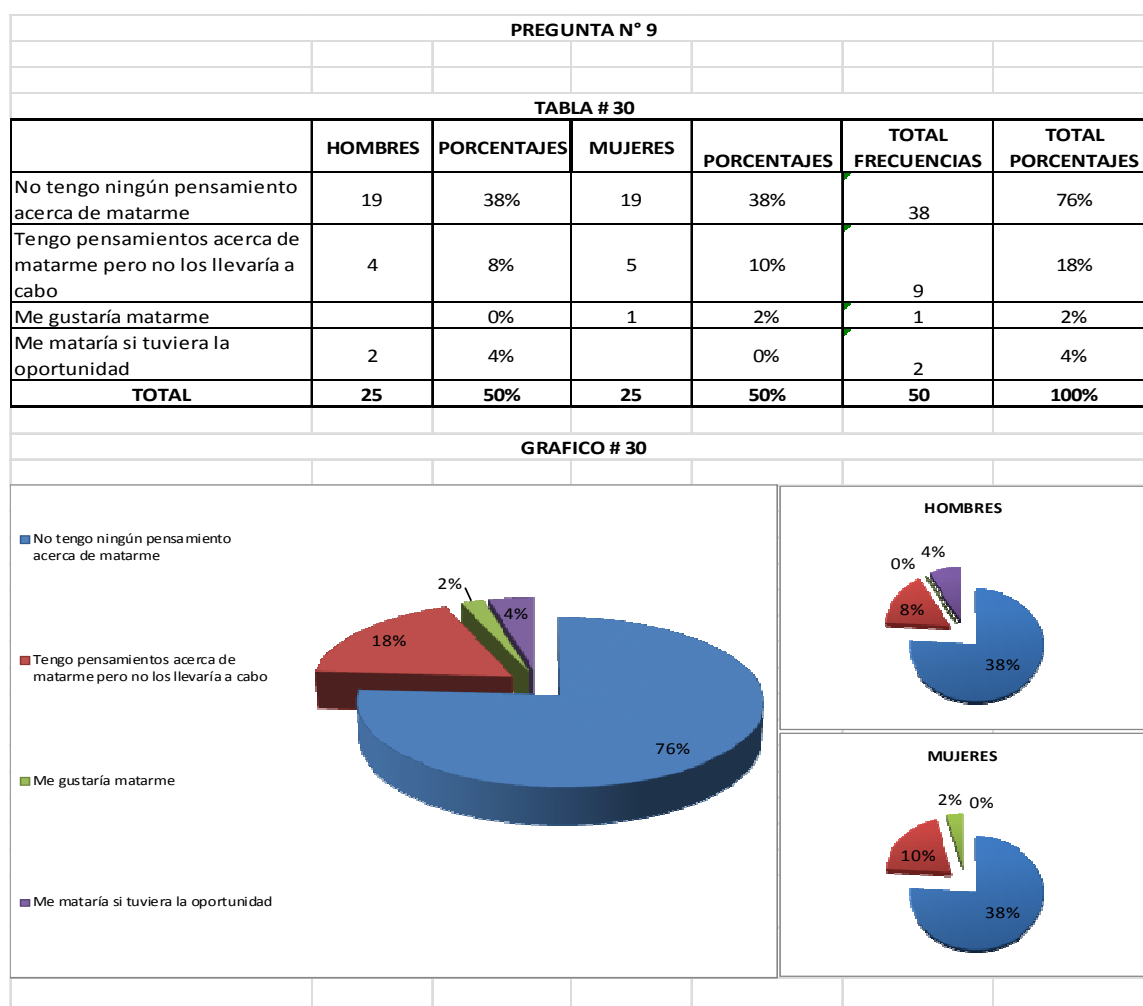
PREGUNTA N° 8						
TABLA # 29						
	HOMBRES	PORCENTAJES	MUJERES	PORCENTAJES	TOTAL FRECUENCIAS	TOTAL PORCENTAJES
No me critico ni me culpo más de lo usual	14	28%	14	28%	28	56%
Soy más crítico de mi mismo de lo que solía ser	5	10%	4	8%	9	18%
Me critico por todas mis faltas y errores	6	12%	5	10%	11	22%
Me culpo por todo lo malo que sucede		0%	2	4%	2	4%
<b>TOTAL</b>	<b>25</b>	<b>50%</b>	<b>25</b>	<b>50%</b>	<b>50</b>	<b>100%</b>



• **Pregunta 8**

El 56% de la población escogió la opción “no me critico ni me culpo más de lo usual”. El 18% escogió la opción “soy más crítico de mí mismo de lo que solía ser”. El 22% escogió la opción “me critico por todas mis faltas y errores”. El 4% escogió la opción “me culpo por todo lo malo que sucede”

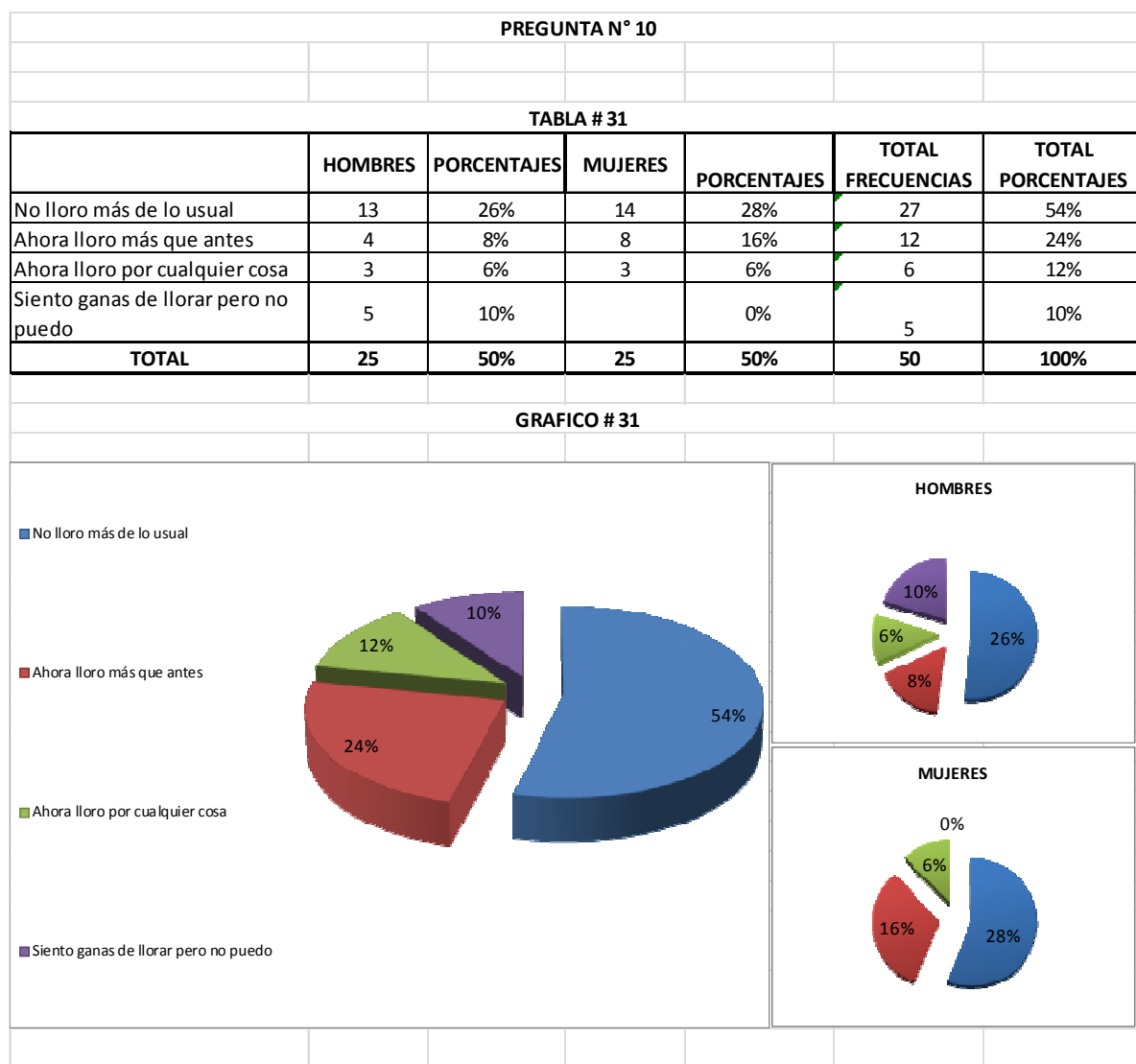
La autocrítica es una característica de las personas deprimidas, pues debido a los pensamientos negativos que presentan, son bastante duros consigo mismos. Según lo que manifiestan, hay un grupo grande de personas que son autocríticas, y hay también quienes se critican de manera muy negativa. Las pocas personas que se autocritican, pueden que lo hagan por otras causas, como son: haber tenido padres muy duros, porque atraviesan situaciones muy difíciles, o porque efectivamente se encuentran deprimidos.



• **Pregunta 9**

El 76% escogió la opción “no tengo ningún pensamiento acerca de matarme”. El 18% escogió la opción “tengo pensamientos acerca de matarme pero no los llevaría a cabo”. El 2% escogió la opción “me gustaría matarme” y el 4% escogió la opción “me mataría si tuviera la oportunidad”

Las ideas o planes suicidas, no son lo mismo que el temor a la muerte que pueden sentir por lo general las personas. Según lo que manifiestan, en la población sí existen ideas suicidas. Siendo ciertos hombres quienes manifiestan que podrían llevar a cabo estas ideas. Estas respuestas nos hacen pensar que a pesar de que hayan pocos casos de depresión, podrían tratarse de casos graves, en los que los sujetos puedan tomar acciones suicidas.



- **Pregunta 10**

El 54% de la población eligió la opción “no lloro más de lo usual”, el 24% eligió “ahora lloro más que antes”, el 12% eligió “ahora lloro por cualquier cosa”, y el 10% eligió “siento ganas de llorar pero no puedo”

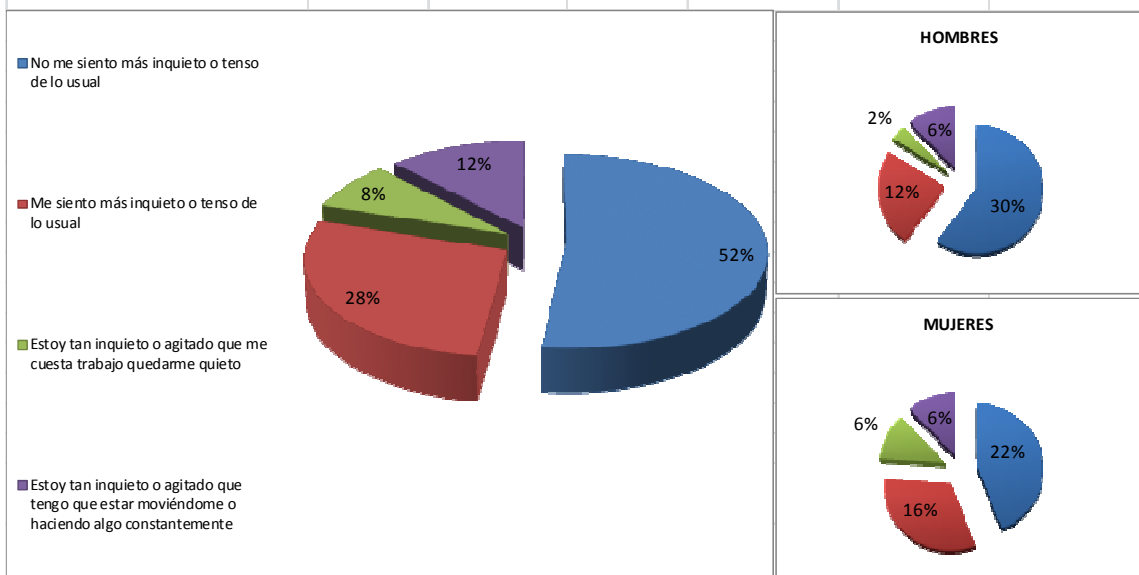
El llanto incontrolable es otra manifestación de la depresión, obviamente cuando no ha habido ningún episodio que lo provoque. Según lo que manifiestan, hay muchas personas que presentan episodios de llanto. Siendo mayor el número de hombres que de mujeres. Además, hay hombres que admiten querer hacerlo, pero que no pueden. El llanto suele ser un indicio de un cuadro de depresión.

PREGUNTA N° 11

TABLA # 32

	HOMBRES	PORCENTAJES	MUJERES	PORCENTAJES	TOTAL FRECUENCIAS	TOTAL PORCENTAJES
No me siento más inquieto o tenso de lo usual	15	30%	11	22%	26	52%
Me siento más inquieto o tenso de lo usual	6	12%	8	16%	14	28%
Estoy tan inquieto o agitado que me cuesta trabajo quedarme quieto	1	2%	3	6%	4	8%
Estoy tan inquieto o agitado que tengo que estar moviéndome o haciendo algo constantemente	3	6%	3	6%	6	12%
<b>TOTAL</b>	<b>25</b>	<b>50%</b>	<b>25</b>	<b>50%</b>	<b>50</b>	<b>100%</b>

GRAFICO # 32



• **Pregunta 11**

El 52% eligió la opción “no me siento más inquieto de lo habitual”, el 28% eligió “me siento más inquieto o tenso de lo habitual”, el 12% “estoy tan inquieto o agotado que tengo que estar moviéndome o haciendo algo constantemente” y el 8% “estoy tan inquieto o agitado que me cuesta trabajo quedarme quieto”

En la depresión, otro signo físico que se presenta, según el DSM- IV, es la agitación o enlentecimiento psicomotores casi todos los días. Según lo que dicen, gran parte de la

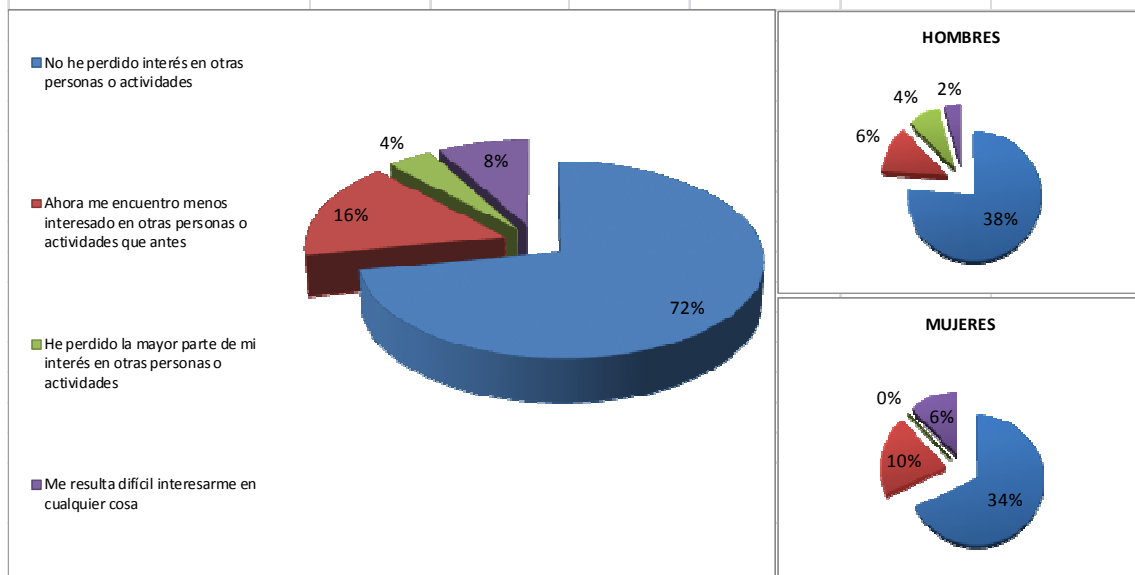
población se muestra inquieta o agitada. Siendo mayor el número de mujeres que así lo afirman. Aunque la mayoría no refiere la presencia de esta manifestación. La agitación motora puede denotar preocupación también, así que debido al estrés que manifiesta tener la población, este signo podría deberse a eso.

PREGUNTA N° 12

TABLA # 33

	HOMBRES	PORCENTAJES	MUJERES	PORCENTAJES	TOTAL FRECUENCIAS	TOTAL PORCENTAJES
No he perdido interés en otras personas o actividades	19	38%	17	34%	36	72%
Ahora me encuentro menos interesado en otras personas o actividades que antes	3	6%	5	10%	8	16%
He perdido la mayor parte de mi interés en otras personas o actividades	2	4%	0	0%	2	4%
Me resulta difícil interesarme en cualquier cosa	1	2%	3	6%	4	8%
<b>TOTAL</b>	<b>25</b>	<b>50%</b>	<b>25</b>	<b>50%</b>	<b>50</b>	<b>100%</b>

GRAFICO # 33



- **Pregunta 12**

El 72% eligió la opción “no he perdido interés en otras personas o actividades”, el 16% eligió “ahora me encuentro menos interesado en otras personas o actividades que antes”, el 8% “me resulta difícil interesarme en cualquier cosa” y el 4% “he perdido la mayor parte de mi interés en otras personas o actividades”. Sin embargo, también hay que tomar en cuenta que aunque pocas, hay personas que responden afirmativo a la pérdida de interés

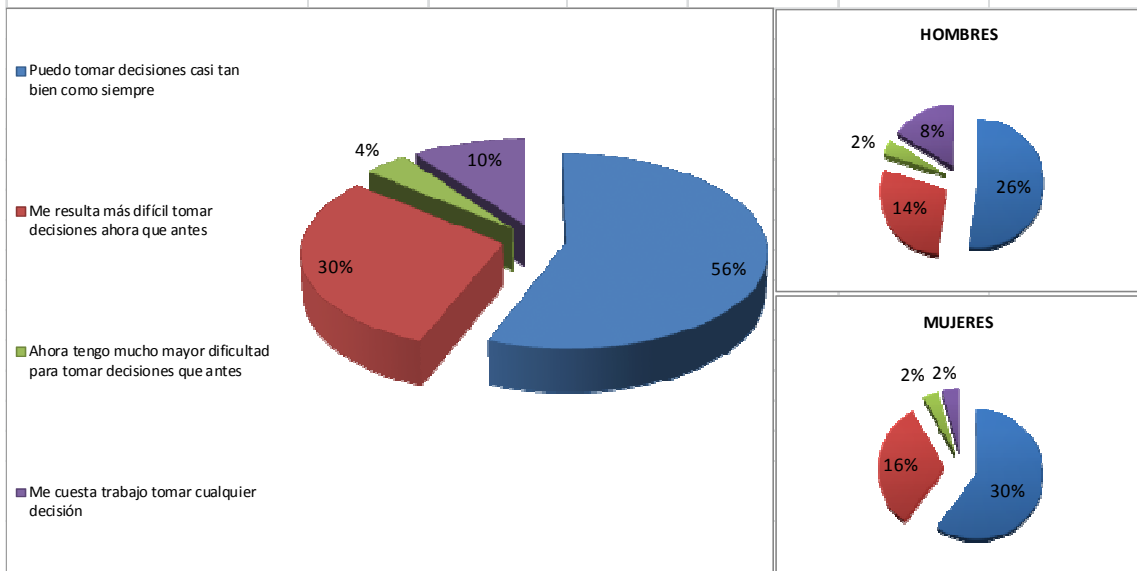
La pérdida de interés en otras personas o actividades, es la manera en la que muchos autores definen la depresión, así que el que la mayoría responda que no, es un signo que indica que la población no sufre depresión. Esta pérdida de interés es en todas o casi todas las actividades. Es una manera de expresar la pérdida de placer.

PREGUNTA N° 13

TABLA # 34

	HOMBRES	PORCENTAJES	MUJERES	PORCENTAJES	TOTAL FRECUENCIAS	TOTAL PORCENTAJES
Puedo tomar decisiones casi tan bien como siempre	13	26%	15	30%	28	56%
Me resulta más difícil tomar decisiones ahora que antes	7	14%	8	16%	15	30%
Ahora tengo mucho mayor dificultad para tomar decisiones que antes	1	2%	1	2%	2	4%
Me cuesta trabajo tomar cualquier decisión	4	8%	1	2%	5	10%
<b>TOTAL</b>	<b>25</b>	<b>50%</b>	<b>25</b>	<b>50%</b>	<b>50</b>	<b>100%</b>

GRAFICO # 34



• **Pregunta 13**

El 56% eligió la opción “puedo tomar decisiones casi tan bien como siempre”, el 30% eligió “me resulta más difícil tomar decisiones que antes”, el 10% “me cuesta tomar cualquier decisión” y el 4% “ahora tengo mucha mayor dificultad para tomar decisiones que antes”

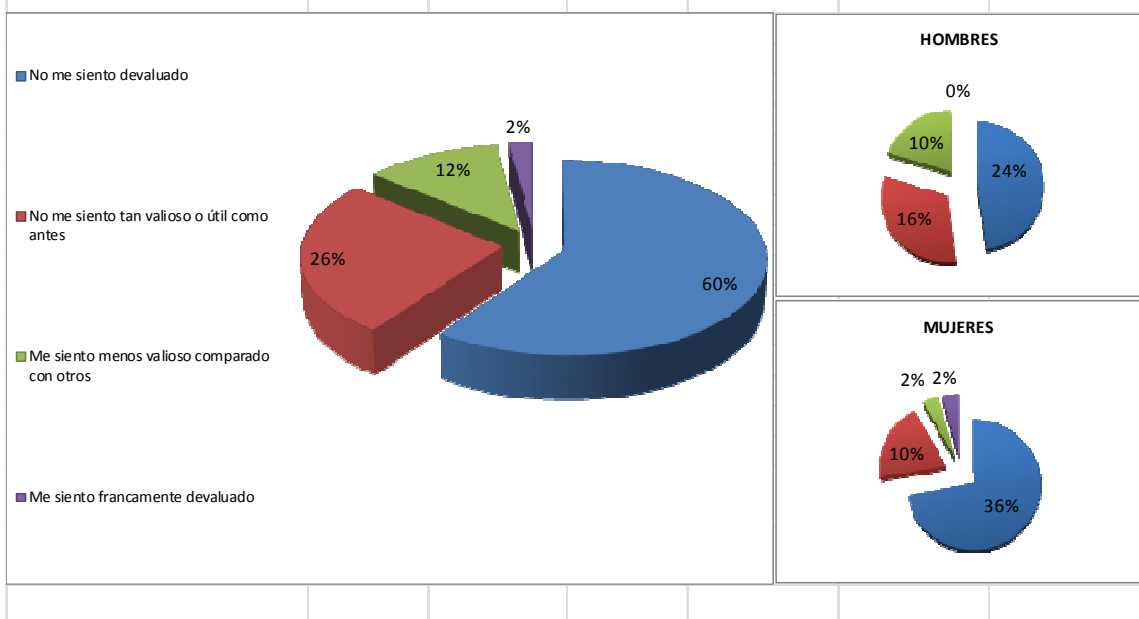
La indecisión es otra característica de la persona deprimida. Su mente no se encuentra lo suficientemente lúcida para tomar decisiones con claridad. Según lo que dicen, hay un grupo similar en número de hombres y mujeres, que afirman tener dificultad para tomar decisiones. Sin embargo, la mayoría de la población, no refiere dificultad en la toma de sus decisiones.

PREGUNTA N° 14

TABLA # 35

	HOMBRES	PORCENTAJES	MUJERES	PORCENTAJES	TOTAL FRECUENCIAS	TOTAL PORCENTAJES
No me siento devaluado	12	24%	18	36%	30	60%
No me siento tan valioso o útil como antes	8	16%	5	10%	13	26%
Me siento menos valioso comparado con otros	5	10%	1	2%	6	12%
Me siento francamente devaluado		0%	1	2%	1	2%
<b>TOTAL</b>	<b>25</b>	<b>50%</b>	<b>25</b>	<b>50%</b>	<b>50</b>	<b>100%</b>

GRAFICO # 35



• **Pregunta 14**

El 60% eligió la opción “no me siento devaluado”, el 26% eligió “no me siento tan valioso o útil como antes”, el 12% “me siento menos valioso comparado con otros” y el 2% “me siento francamente devaluado”

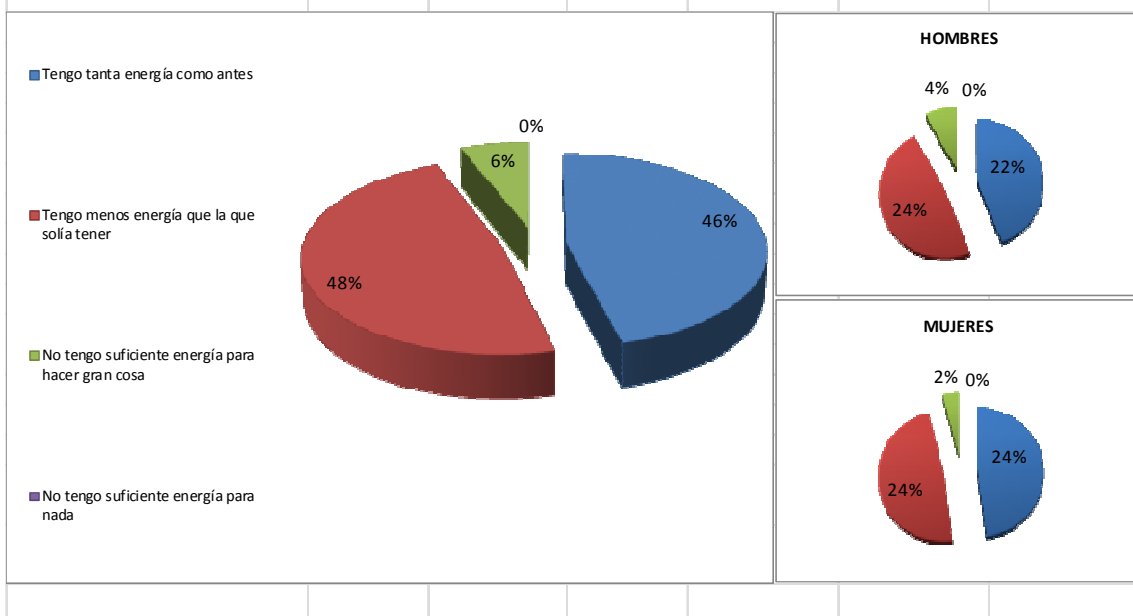
La baja autoestima, es sin duda una característica de la persona deprimida, pues la depresión tiene que ver con pensamientos negativos sobre uno mismo también. Suelen aparecer sentimientos de infravaloración, preocupación y de culpa, incluso por errores cometidos en el pasado. Según lo que afirman, los hombres muestran una mayor tendencia a sentirse devaluados que las mujeres. También se observa que hay una persona que dice sentirse “francamente devaluado”. Es importante tomar en cuenta que aunque las mujeres son las que tienen mayor tendencia a la depresión, son los hombres quienes dicen tener mayores sentimientos de auto devaluación.

PREGUNTA N° 15

TABLA # 36

	HOMBRES	PORCENTAJES	MUJERES	PORCENTAJES	TOTAL FRECUENCIAS	TOTAL PORCENTAJES
Tengo tanta energía como antes	11	22%	12	24%	23	46%
Tengo menos energía que la que solía tener	12	24%	12	24%	24	48%
No tengo suficiente energía para hacer gran cosa	2	4%	1	2%	3	6%
No tengo suficiente energía para nada		0%		0%	0	0%
<b>TOTAL</b>	<b>25</b>	<b>50%</b>	<b>25</b>	<b>50%</b>	<b>50</b>	<b>100%</b>

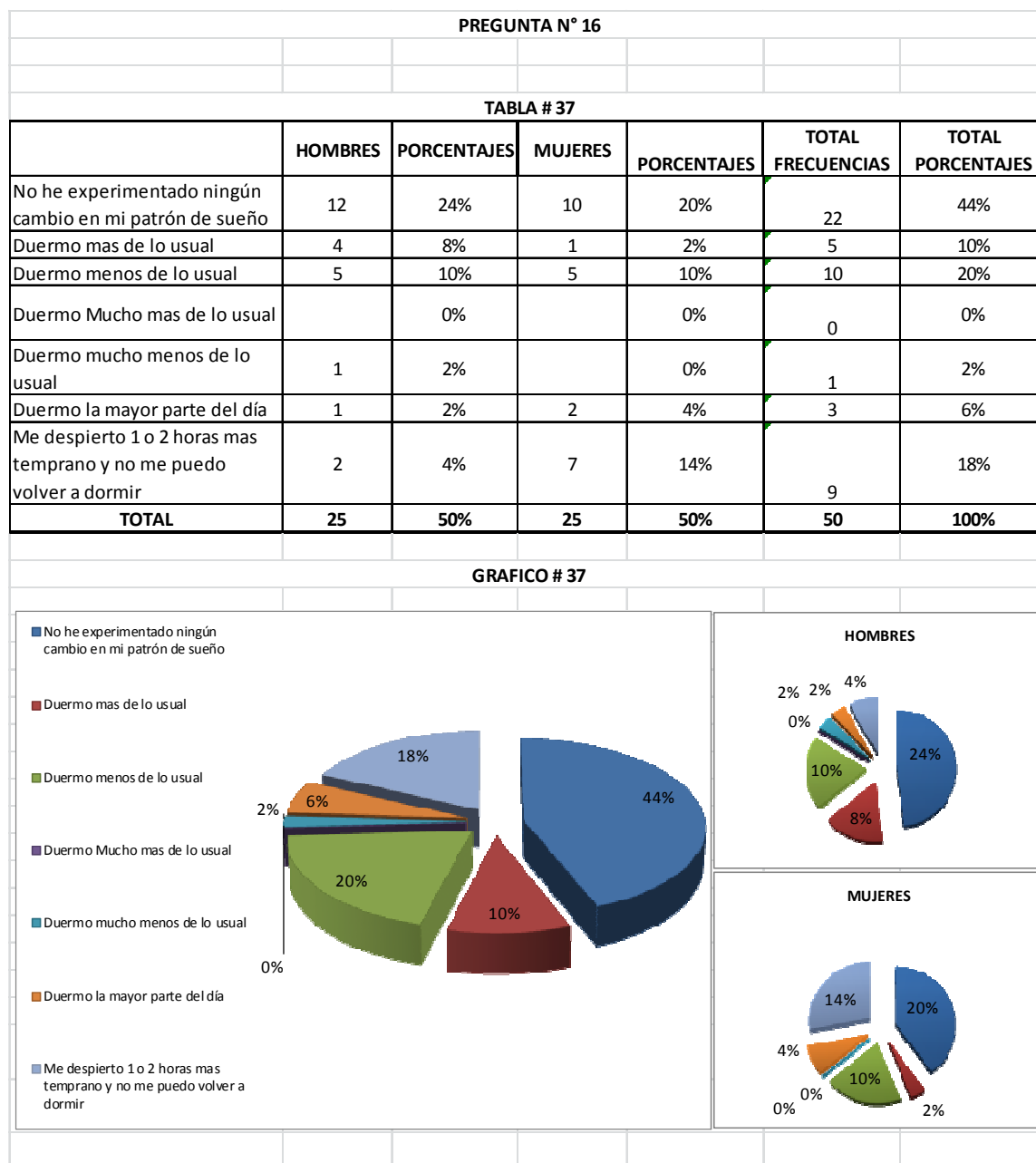
GRAFICO # 36



• **Pregunta 15**

El 48% eligió la opción “tengo menos energía de la que solía tener”, el 46% eligió la opción “tengo tanta energía como antes”, el 6% “no tengo suficiente energía para hacer gran cosa”. A pesar de que la depresión tiene que ver sobre todo con los pensamientos negativos, es decir la parte mental, también se manifiesta en algunos signos físicos. Así, la falta de energía o la fatiga, pueden suceder como acompañantes de la depresión. Según lo que dicen, similar número de hombres y de mujeres afirman sufrir alguna disminución en su energía para hacer las cosas. Es la mayoría de la gente la que refiere que sienten menos energía,

sin embargo, también puede deberse a que ya son adultos y que por lo general, con el paso de los años, la energía corporal puede disminuir.



• **Pregunta 16**

El 44% eligió la opción “no he experimentado ningún cambio en mi patrón de sueño”, el 20% eligió la opción “duermo menos de lo usual”, el 18% eligió “me despierto 1 ó 2 horas más

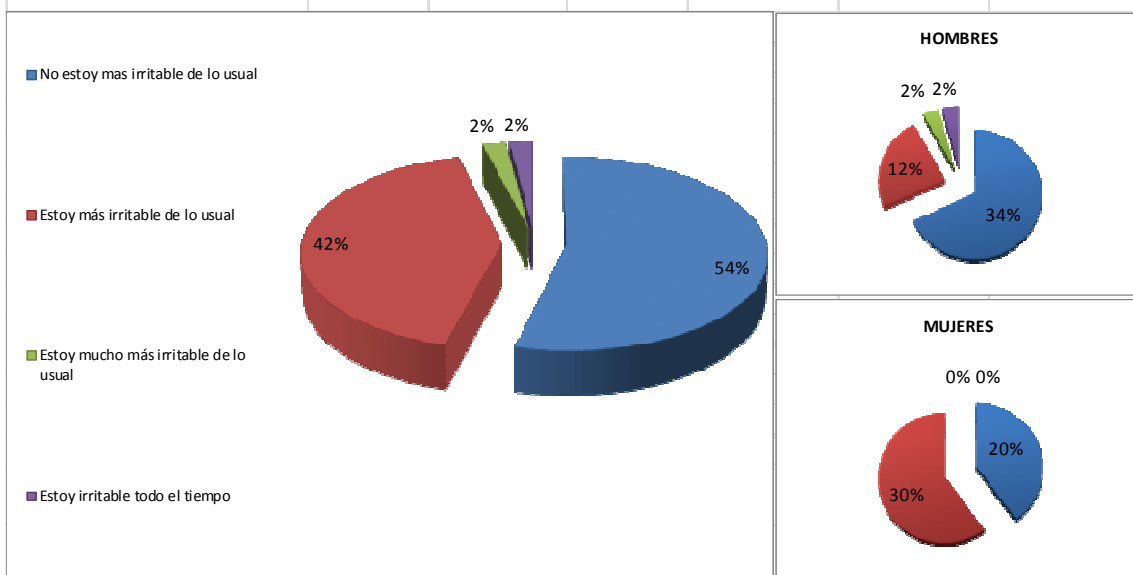
temprano y no puedo volver a dormir”, el 10% eligió la opción “duermo más de lo usual”, el 6% eligió “duermo la mayor parte del día” y el 2% eligió “duermo mucho menos de lo usual”. Los estudios demuestran que los cambios en el patrón de sueño más comunes, son los que tienen que ver con el insomnio, luego aquellos que tienen que ver con la dificultad de conciliar el sueño, y finalmente serían aquellos en los que la persona duerme más de lo habitual, incluso durante el día. Según lo que dicen, la mayoría de las personas sufren algún trastorno en el patrón de sueño; siendo mayor los relacionados a la disminución de horas de sueño. Por lo general, las personas atribuyen estas alteraciones del sueño al estrés y a las múltiples preocupaciones, y no es conocido, que la depresión también puede producir insomnio o hipersomnia.

PREGUNTA N° 17

TABLA # 38

	HOMBRES	PORCENTAJES	MUJERES	PORCENTAJES	TOTAL FRECUENCIAS	TOTAL PORCENTAJES
No estoy mas irritable de lo usual	17	34%	10	20%	27	54%
Estoy más irritable de lo usual	6	12%	15	30%	21	42%
Estoy mucho más irritable de lo usual	1	2%		0%	1	2%
Estoy irritable todo el tiempo	1	2%		0%	1	2%
<b>TOTAL</b>	<b>25</b>	<b>50%</b>	<b>25</b>	<b>50%</b>	<b>50</b>	<b>100%</b>

GRAFICO # 38

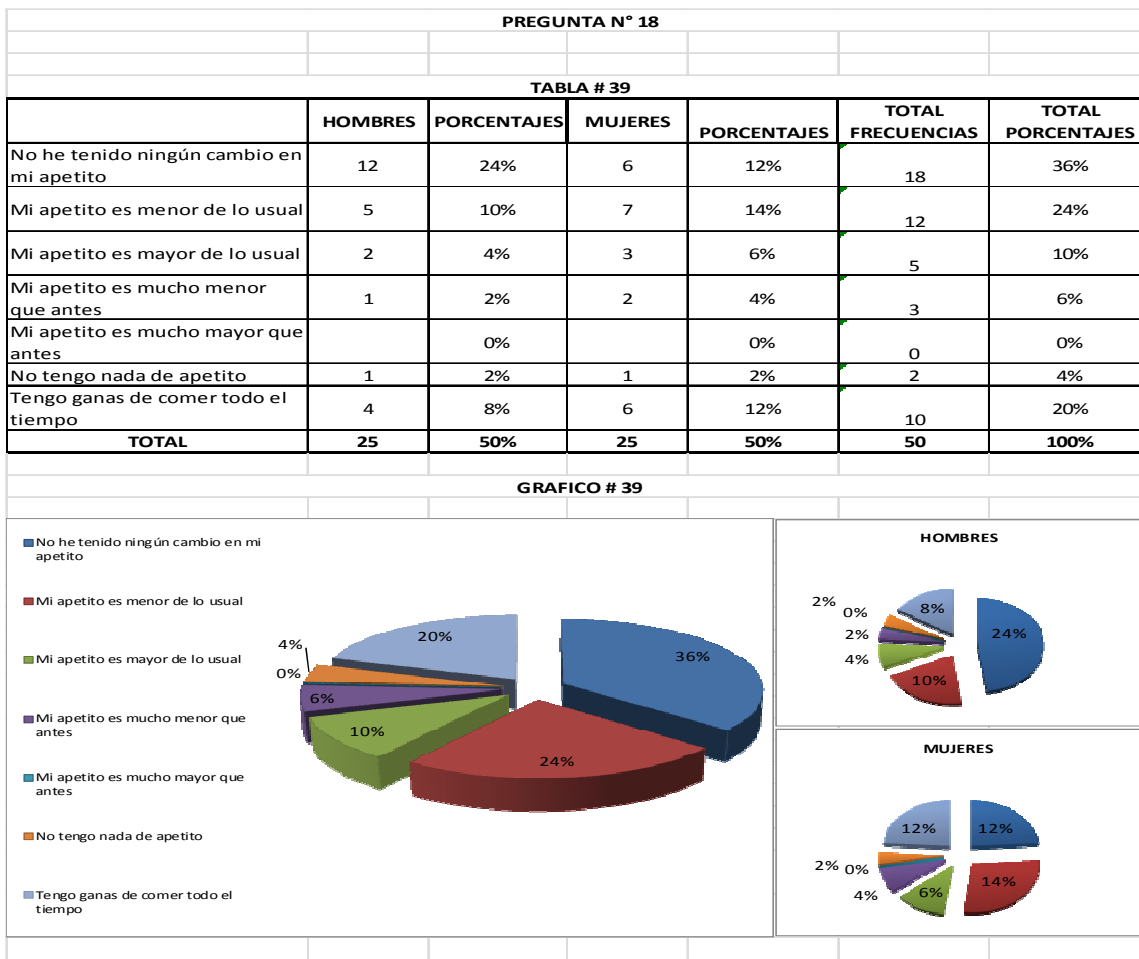


• **Pregunta 17**

El 54% eligió la opción “no estoy más irritable de lo usual”, el 42% eligió la opción “estoy más irritable de lo usual”, el 2% “estoy mucho más irritable de lo usual” y el 2% eligió la opción “estoy irritable todo el tiempo”

La ira y/o irritabilidad, son sentimientos fuertes que suelen ser destructivos, y suele deberse a que los pacientes dirigen una hostilidad hacia su interior. Muchos autores proponen que la ira en la depresión puede conducir a una serie de resultados negativos tales como una pobre evaluación por parte de los otros, disminución de la autoestima, conflictos interpersonales entre otros. En los casos, según lo que manifiestan, una gran parte de la población afirma

estar más o mucho más irritable de lo usual. Son las mujeres quienes se muestran más irritables que los hombres.

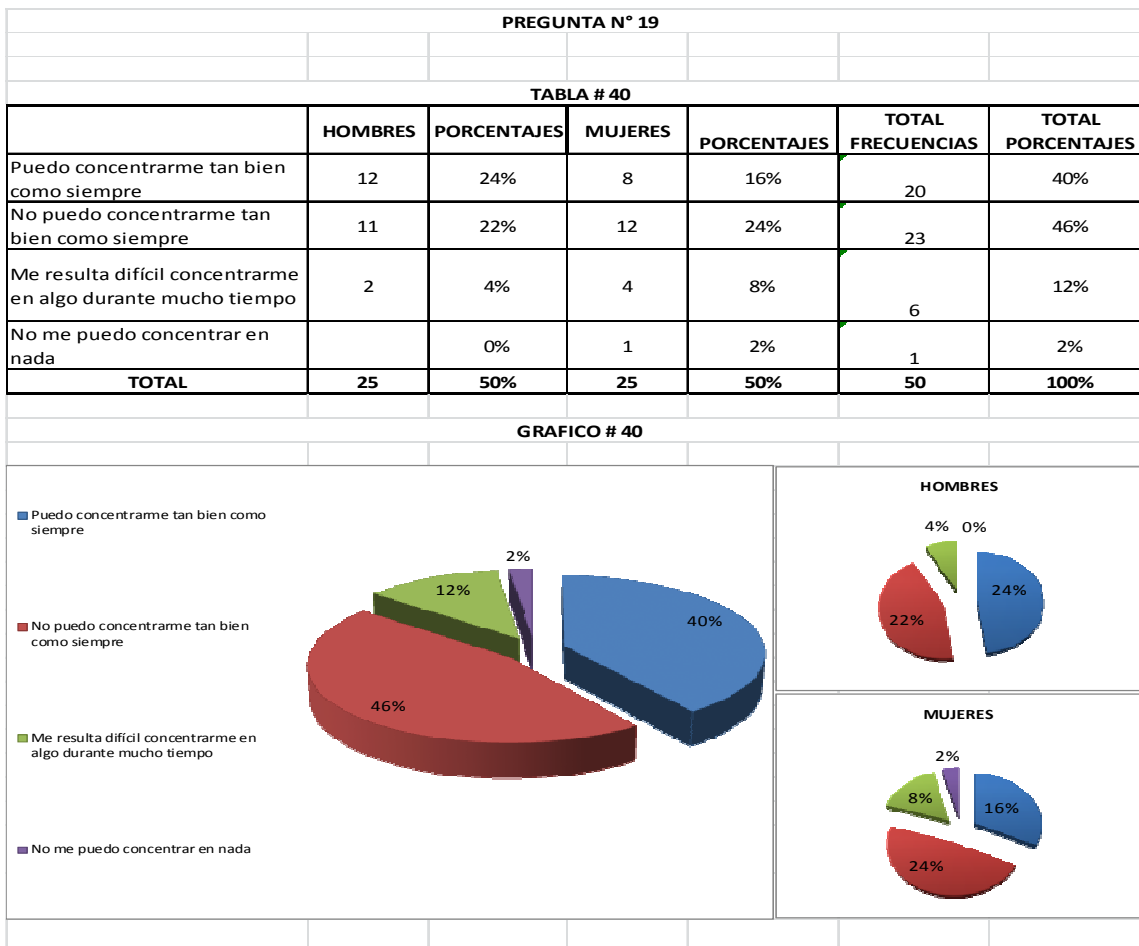


• **Pregunta 18**

El 36% eligió la opción “no he tenido ningún cambio en mi apetito”, el 24% eligió la opción “mi apetito es menor de lo usual”, el 20% eligió “tengo ganas de comer todo el tiempo”, el 10% eligió “mi apetito es mayor de lo usual”, el 6% eligió la opción “mi apetito es mucho menor que antes” y el 4% eligió la opción “no tengo nada de apetito”

Otro de los criterios del DSM-IV, es la pérdida importante de peso sin hacer régimen o aumento de peso. Por lo general, en los estados depresivos, el apetito disminuye y el sujeto tiene que esforzarse por comer; no obstante también hay casos en los que las personas pueden aumentar el apetito, con apetencia por ciertas sustancias como los dulces y otros hidratos de carbono. Las personas en esta población afirman haber sufrido algún cambio en

su apetito; siendo el aumento de apetito, el cambio más significativo; comportamiento que también es frecuente en los casos de ansiedad.

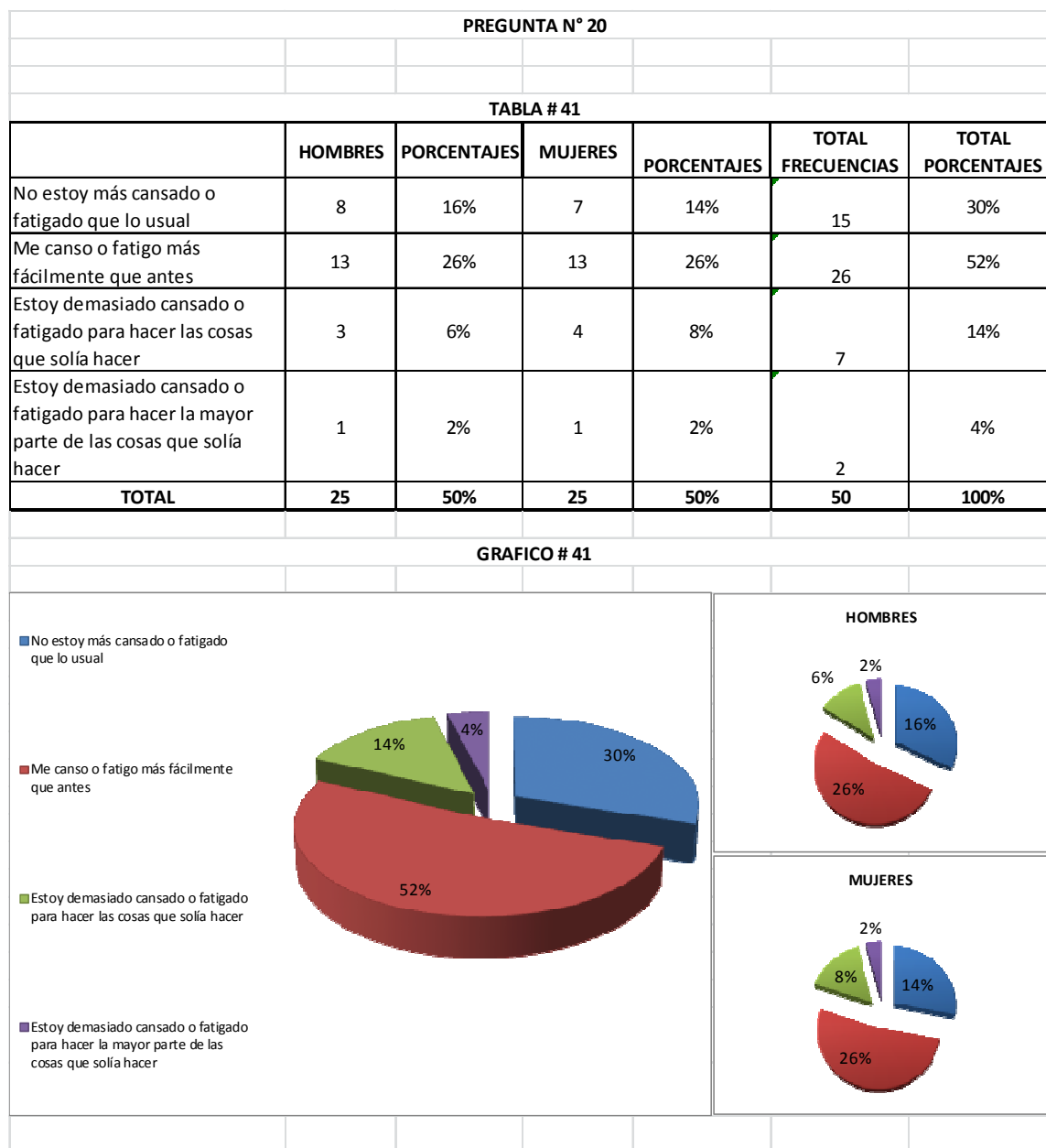


• **Pregunta 19**

El 46% eligió la opción “no puedo concentrarme tan bien como siempre”, el 40% eligió la opción “puedo concentrarme tan bien como siempre”, el 12% eligió la opción “me resulta difícil concentrarme en algo durante mucho tiempo”, y el 2% eligió la opción “no tengo nada de apetito”

Las actividades del pensamiento, como pensamiento, memoria, y concentración, también se pueden ver severamente afectadas por la depresión; pues el estado de ánimo hace que la mente se enfoque en las situaciones que el individuo considera como negativas, y haciendo que deje de prestar atención a otros aspectos de la vida, aparecen distracciones y pérdida

de memoria. De hecho, la falta de concentración es uno de los criterios del DSM-IVTR para la depresión mayor. La mayoría de la población refiere tener problemas para concentrarse.

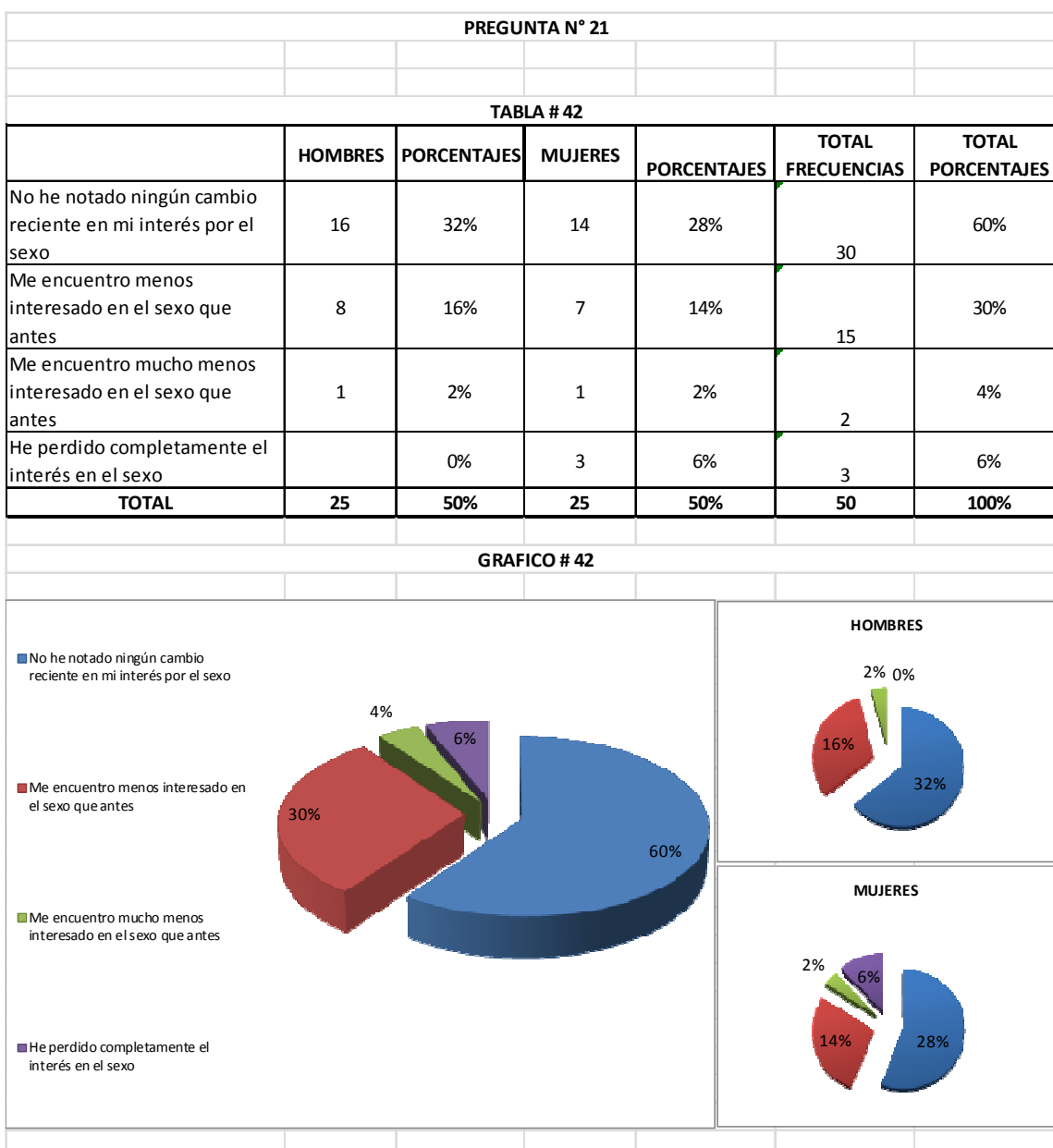


• **Pregunta 20**

El 52% eligió la opción “me canso o fatigo más fácilmente que antes”, el 30% eligió la opción “no estoy más cansado o fatigado que lo usual”, el 14% eligió la opción “estoy demasiado

cansado o fatigado para hacer las cosas que solía hacer” y el 4% eligió la opción “estoy demasiado cansado o fatigado para hacer la mayor parte de las cosas que solía hacer”.

El cansancio físico, es un signo muy típico en los trastornos de depresión, pues el que está deprimido no tiene ganas ni interés en hacer las cosas, así que inconscientemente, ese desinterés se traduce como cansancio del cuerpo. Según manifiestan, la mayoría de la población se siente fatigada. En un número muy similar entre hombres y mujeres.



- **Pregunta No. 21**

El 60% eligió la opción “no he notado ningún cambio reciente en mi interés por el sexo”, el 30% eligió la opción “me encuentro menos interesado en el sexo que antes”, el 6% eligió la opción “he perdido completamente el interés en el sexo”, y el 4% eligió la opción “me encuentro mucho menos interesado en el sexo que antes”

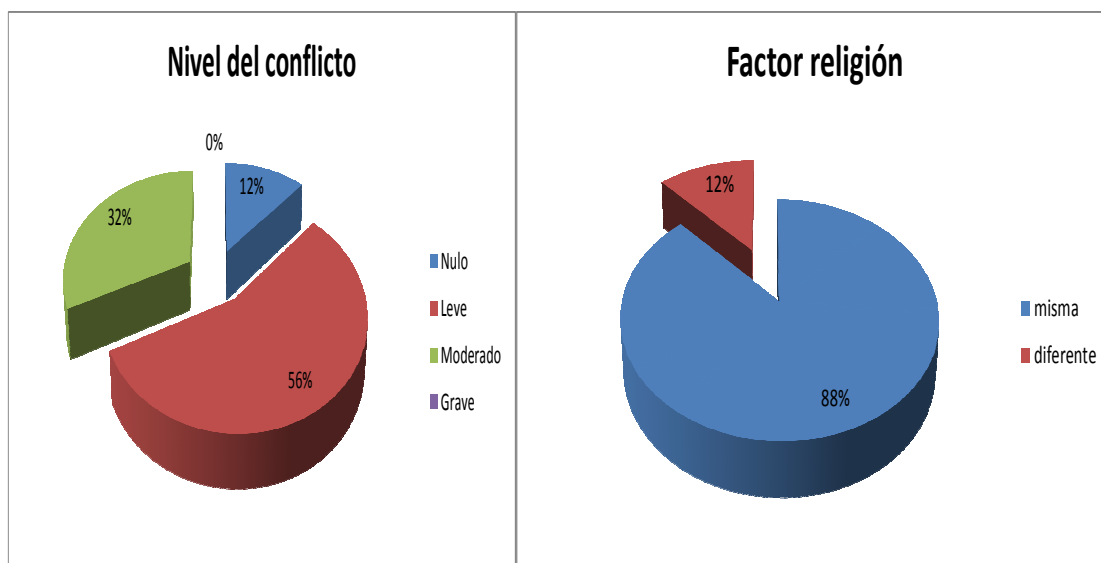
Por lo general, los trastornos del estado anímico hacen que la persona presente cambios en su conducta sexual. La falta de interés sexual, se podría explicar, dado que la persona deprimida muestra un desapego general por las personas y las cosas; así también dado que el área sexual es fundamentalmente interacción con otras personas se desafectiviza y se pierde interés por el sexo. En la población, no se muestra una pérdida de interés en el sexo, así que este no es un rasgo notorio.

### ANEXO 3

#### RESULTADOS DE LAS ENTREVISTAS

A continuación, se muestran, en porcentajes, las respuestas obtenidas en las entrevistas individuales a cada miembro de la pareja

Gráfico #43.

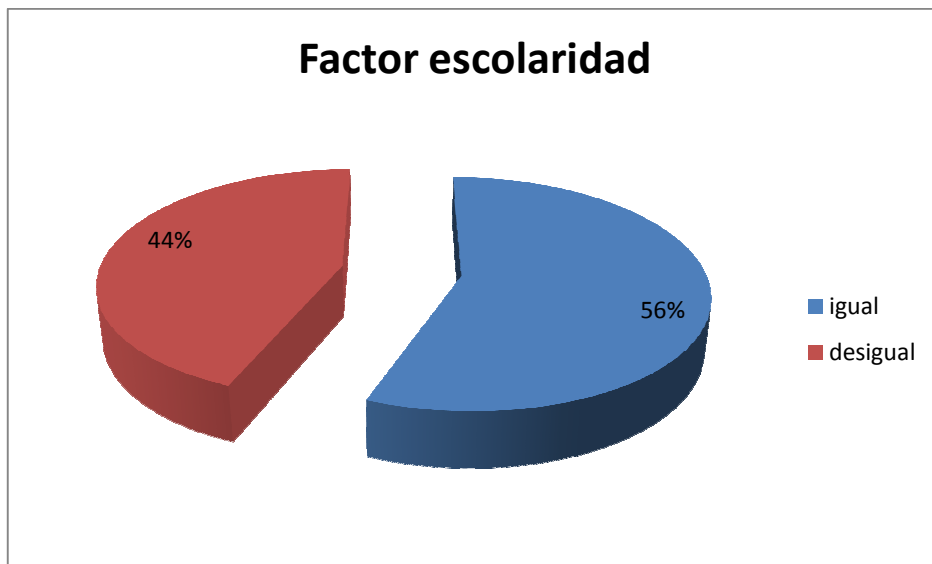


- **Análisis e Interpretación:**

En el 88% de las parejas profesan la misma religión, mientras que el 12% profesan diferente religión.

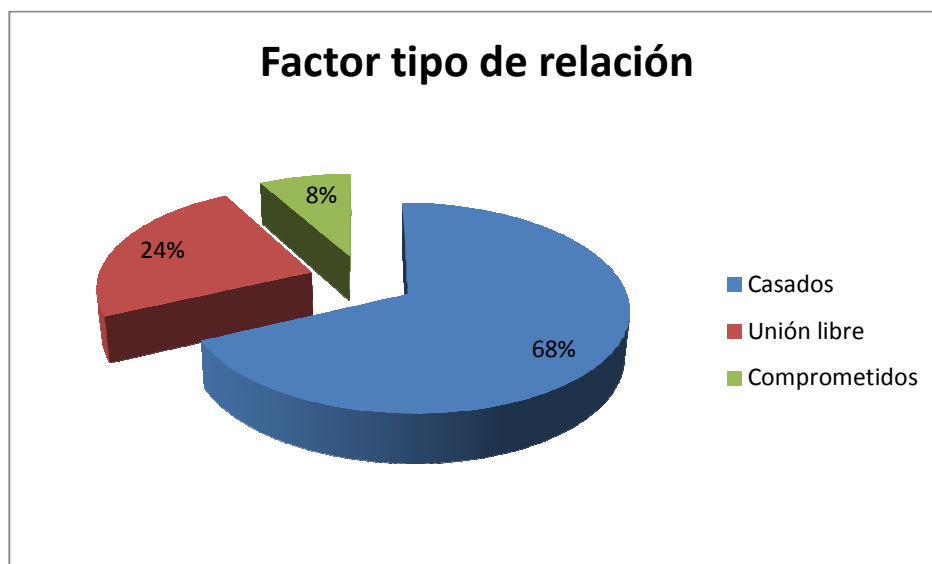
La coincidencia de religión dentro de la pareja, no parece ser un factor que se correlaciona con la presencia de conflicto en la misma.

Gráfico # 44



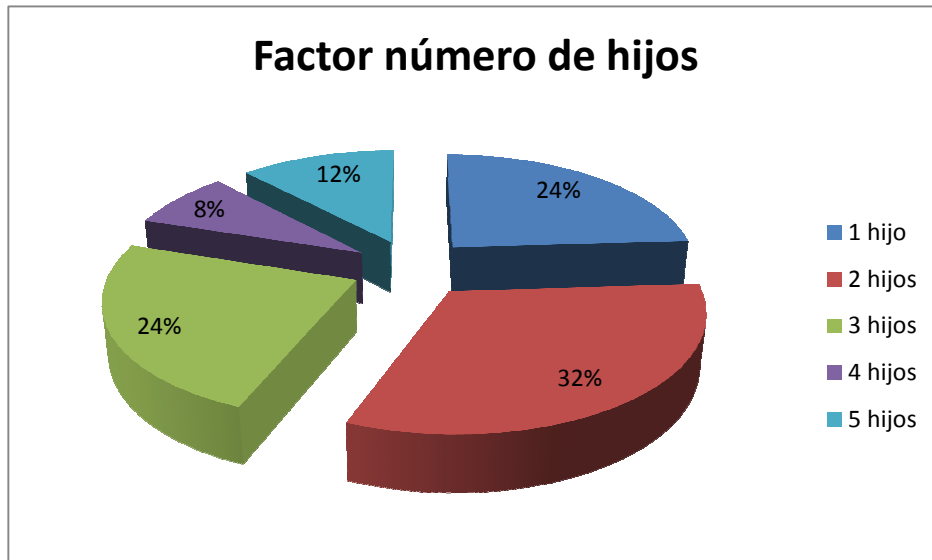
- El 56% de las parejas, tienen igual nivel de escolaridad, y el 44% tienen diferente nivel de escolaridad.

Gráfico #45



- El 68% de las parejas están casados, el 24% se encuentran en unión libre y el 8 % están comprometidos.

Gráfico # 46



- El 24% de las parejas tienen un hijo, el 32% tienen dos hijos, el 24% tiene tres hijos, el 8% tienen 4 hijos y el 12% tienen 5 hijos.

## ANEXO 4

### NIVEL DE CONFLICTO Y RESULTADOS DE ANSIEDAD Y DEPRESION EN LAS PAREJAS

**Tabla #43**

	Conflicto	Hombres		Mujeres	
		Nivel De Ansiedad	Nivel de Depresión	Nivel De Ansiedad	Nivel de Depresión
Pareja 1	Leve	Ansiedad Baja	No depresión	Ansiedad Baja	No Depresión
Pareja 2	Moderado	Ansiedad Baja	No depresión	<b>Ansiedad Severa</b>	<b>Depresión Grave</b>
Pareja 3	Leve	Ansiedad Baja	Depresión Leve	Ansiedad Baja	<b>Depresión Grave</b>
Pareja 4	Leve	Ansiedad Baja	No depresión	Ansiedad Baja	Depresión Leve
Pareja 5	Leve	Ansiedad Baja	No depresión	Ansiedad Baja	No Depresión
Pareja 6	Leve	Ansiedad Baja	Depresión Leve	Ansiedad Baja	Depresión Leve
Pareja 7	Leve	Ansiedad Baja	Depresión Leve	Ansiedad Baja	<b>Depresión Moderada</b>
Pareja 8	Leve	Ansiedad Baja	<b>Depresión Grave</b>	Ansiedad Baja	<b>Depresión Grave</b>
Pareja 9	Leve	Ansiedad Baja	No depresión	Ansiedad Baja	<b>Depresión Moderada</b>
Pareja 10	Leve	Ansiedad Baja	Depresión Leve	Ansiedad Baja	Depresión Leve
Pareja 11	Moderado	Ansiedad Baja	No depresión	Ansiedad Baja	No Depresión
Pareja 12	Moderado	<b>Ansiedad Moderada</b>	<b>Depresión Moderada</b>	Ansiedad Baja	No Depresión
Pareja 13	Moderado	<b>Ansiedad Moderada</b>	<b>Depresión Grave</b>	Ansiedad Baja	<b>Depresión Moderada</b>
Pareja 14	Leve	Ansiedad Baja	No depresión	Ansiedad Baja	<b>Depresión Moderada</b>
Pareja 15	Nulo	Ansiedad Baja	No depresión	Ansiedad Baja	Depresión Leve
Pareja 16	Nulo	Ansiedad Baja	No depresión	Ansiedad Baja	No Depresión
Pareja 17	Leve	Ansiedad Baja	Depresión Leve	Ansiedad Baja	Depresión Leve
Pareja 18	Nulo	Ansiedad Baja	No depresión	Ansiedad Baja	Depresión Leve
Pareja 19	Moderado	<b>Ansiedad Moderada</b>	Depresión Leve	Ansiedad Baja	Depresión Leve
Pareja 20	Moderado	Ansiedad Baja	Depresión Leve	Ansiedad Baja	Depresión Leve
Pareja 21	Moderado	Ansiedad Baja	<b>Depresión Moderada</b>	<b>Ansiedad Severa</b>	<b>Depresión Moderada</b>
Pareja 22	Leve	<b>Ansiedad Moderada</b>	Depresión Leve	Ansiedad Baja	Depresión Leve
Pareja 23	Leve	Ansiedad Baja	No depresión	Ansiedad Baja	Depresión Leve
Pareja 24	Moderado	Ansiedad Baja	No depresión	Ansiedad Baja	Depresión Leve
Pareja 25	Moderado	Ansiedad Baja	No depresión	Ansiedad Baja	No Depresión

#### **Análisis:**

La mayoría de las parejas (84%), aceptan tener conflicto en su pareja. Siendo el 36%, de parejas, que catalogan al conflicto como “moderado”. No hay ninguna pareja que catalogue al conflicto como “grave”.

Todas las parejas en las que uno o ambos miembros, presentan ansiedad y/o depresión, afirman tener conflicto.

El 24% de la población resultó tener depresión (moderada y grave). Siendo el 8% hombres, y el 16% mujeres.

El 20% de la población resultó tener depresión (moderada y grave). Siendo el 4% hombres, y el 16% mujeres. Este 4% corresponde a ansiedad severa.

## ANEXO 5

### Análisis de las parejas en las que uno o ambos de sus miembros presentan ansiedad (moderada o severa) y/o depresión (moderada o grave)

**Tabla # 44**

		Hombres		Mujeres	
		<b>Nivel De Ansiedad</b>	<b>Nivel de Depresión</b>	<b>Nivel De Ansiedad</b>	<b>Nivel de Depresión</b>
	<b>Conflicto</b>				
Pareja 2	<b>Moderado</b>	Ansiedad Baja	No depresión	<b>Ansiedad Severa</b>	<b>Depresión Grave</b>
Pareja 3	<b>Leve</b>	Ansiedad Baja	Depresión Leve	Ansiedad Baja	<b>Depresión Grave</b>
Pareja 7	<b>Leve</b>	Ansiedad Baja	Depresión Leve	Ansiedad Baja	<b>Depresión Moderada</b>
Pareja 8	<b>Leve</b>	Ansiedad Baja	<b>Depresión Grave</b>	Ansiedad Baja	<b>Depresión Grave</b>
Pareja 9	<b>Leve</b>	Ansiedad Baja	No depresión	Ansiedad Baja	<b>Depresión Moderada</b>
Pareja 12	<b>Moderado</b>	<b>Ansiedad Moderada</b>	<b>Depresión Moderada</b>	Ansiedad Baja	No Depresión
Pareja 13	<b>Moderado</b>	<b>Ansiedad Moderada</b>	<b>Depresión Grave</b>	Ansiedad Baja	<b>Depresión Moderada</b>
Pareja 14	<b>Leve</b>	Ansiedad Baja	No depresión	Ansiedad Baja	<b>Depresión Moderada</b>
Pareja 19	<b>Moderado</b>	<b>Ansiedad Moderada</b>	Depresión Leve	Ansiedad Baja	Depresión Leve
Pareja 21	<b>Moderado</b>	Ansiedad Baja	<b>Depresión Moderada</b>	<b>Ansiedad Severa</b>	<b>Depresión Moderada</b>
Pareja 22	<b>Leve</b>	<b>Ansiedad Moderada</b>	Depresión Leve	Ansiedad Baja	Depresión Leve

- Son once parejas de las 25 de la muestra, en las que uno o ambos miembros presentan niveles altos de ansiedad o depresión.
- De estas personas, 2 mujeres muestran ansiedad severa, y 4 hombres muestran ansiedad m moderada.
- De estas personas, 2 hombres y 3 mujeres muestran depresión grave; 2 hombres y 5 mujeres muestran depresión moderada

**ANEXO 6**  
**PAREJAS CUYOS MIEMBROS SUFREN ANSIEDAD Y/O DEPRESIÓN, EN**  
**CONTRASTE CON OTROS FACTORES**

**Tabla #45**

	Hombres		Mujeres		Tipo de Relación
	Nivel De Ansiedad	Nivel de Depresión	Nivel De Ansiedad	Nivel de Depresión	
Pareja 2	Ansiedad Baja	No depresión	<b>Ansiedad Severa</b>	<b>Depresión Grave</b>	Casados
Pareja 3	Ansiedad Baja	Depresión Leve	Ansiedad Baja	<b>Depresión Grave</b>	Casados
Pareja 7	Ansiedad Baja	Depresión Leve	Ansiedad Baja	<b>Depresión Moderada</b>	Casados
Pareja 8	Ansiedad Baja	<b>Depresión Grave</b>	Ansiedad Baja	<b>Depresión Grave</b>	Comprometidos
Pareja 9	Ansiedad Baja	No depresión	Ansiedad Baja	<b>Depresión Moderada</b>	Casados
Pareja 12	<b>Ansiedad Moderada</b>	<b>Depresión Moderada</b>	Ansiedad Baja	No Depresión	Casados
Pareja 13	<b>Ansiedad Moderada</b>	<b>Depresión Grave</b>	Ansiedad Baja	<b>Depresión Moderada</b>	Casados
Pareja 14	Ansiedad Baja	No depresión	Ansiedad Baja	<b>Depresión Moderada</b>	Casados
Pareja 19	<b>Ansiedad Moderada</b>	Depresión Leve	Ansiedad Baja	Depresión Leve	Unión Libre
Pareja 21	Ansiedad Baja	<b>Depresión Moderada</b>	<b>Ansiedad Severa</b>	<b>Depresión Moderada</b>	Casados
Pareja 22	<b>Ansiedad Moderada</b>	Depresión Leve	Ansiedad Baja	Depresión Leve	Casados

- De las 11 parejas que muestran ansiedad y/o depresión, 9 tienen el estado civil de “casados”. Y 1 parejas está “comprometida”, y la otra vive en “unión libre”

**Tabla #46**

	Hombres		Mujeres		# de Hijos
	Nivel De Ansiedad	Nivel de Depresión	Nivel De Ansiedad	Nivel de Depresión	
Pareja 2	Ansiedad Baja	No depresión	<b>Ansiedad Severa</b>	<b>Depresión Grave</b>	2
Pareja 3	Ansiedad Baja	Depresión Leve	Ansiedad Baja	<b>Depresión Grave</b>	4
Pareja 7	Ansiedad Baja	Depresión Leve	Ansiedad Baja	<b>Depresión Moderada</b>	5
Pareja 8	Ansiedad Baja	<b>Depresión Grave</b>	Ansiedad Baja	<b>Depresión Grave</b>	5
Pareja 9	Ansiedad Baja	No depresión	Ansiedad Baja	<b>Depresión Moderada</b>	3
Pareja 12	<b>Ansiedad Moderada</b>	<b>Depresión Moderada</b>	Ansiedad Baja	No Depresión	3
Pareja 13	<b>Ansiedad Moderada</b>	<b>Depresión Grave</b>	Ansiedad Baja	<b>Depresión Moderada</b>	1
Pareja 14	Ansiedad Baja	No depresión	Ansiedad Baja	<b>Depresión Moderada</b>	3
Pareja 19	<b>Ansiedad Moderada</b>	Depresión Leve	Ansiedad Baja	Depresión Leve	2
Pareja 21	Ansiedad Baja	<b>Depresión Moderada</b>	<b>Ansiedad Severa</b>	<b>Depresión Moderada</b>	2
Pareja 22	<b>Ansiedad Moderada</b>	Depresión Leve	Ansiedad Baja	Depresión Leve	4

- De las 11 parejas que muestran ansiedad y/o depresión, 7 tienen 3 o más hijos. Y 4 tienen dos hijos o menos.

**Tabla # 47**

	Hombres		Mujeres		
	Nivel De Ansiedad	Nivel de Depresión	Nivel De Ansiedad	Nivel de Depresión	Ingreso mayor que egreso
Pareja 2	Ansiedad Baja	No depresión	<b>Ansiedad Severa</b>	<b>Depresión Grave</b>	si
Pareja 3	Ansiedad Baja	Depresión Leve	Ansiedad Baja	<b>Depresión Grave</b>	si
Pareja 7	Ansiedad Baja	Depresión Leve	Ansiedad Baja	<b>Depresión Moderada</b>	no
Pareja 8	Ansiedad Baja	<b>Depresión Grave</b>	Ansiedad Baja	<b>Depresión Grave</b>	no
Pareja 9	Ansiedad Baja	No depresión	Ansiedad Baja	<b>Depresión Moderada</b>	no
Pareja 12	<b>Ansiedad Moderada</b>	<b>Depresión Moderada</b>	Ansiedad Baja	No Depresión	si
Pareja 13	<b>Ansiedad Moderada</b>	<b>Depresión Grave</b>	Ansiedad Baja	<b>Depresión Moderada</b>	no
Pareja 14	Ansiedad Baja	No depresión	Ansiedad Baja	<b>Depresión Moderada</b>	no
Pareja 19	<b>Ansiedad Moderada</b>	Depresión Leve	Ansiedad Baja	Depresión Leve	si
Pareja 21	Ansiedad Baja	<b>Depresión Moderada</b>	<b>Ansiedad Severa</b>	<b>Depresión Moderada</b>	no
Pareja 22	<b>Ansiedad Moderada</b>	Depresión Leve	Ansiedad Baja	Depresión Leve	si

- De las 11 parejas que muestran ansiedad y/o depresión, 6 parejas gastan más de lo que ganan, y 5 gastan menos de lo que ganan.

**ANEXO 7  
FORMATO DE ENTREVISTA**

<b>EVALUACIÓN CLÍNICA INICIAL DE LA PAREJA</b>			
<b>FICHA DE DATOS</b>			
Nombre:			
Sexo:	Edad:	Raza:	
Nivel de Escolaridad:			
Profesión:			
Religión:			
Cantidad Aproximada de Ingreso Económico:			
Cantidad Aproximada de Egreso Económico:			
Nombre:			
Sexo:	Edad:	Raza:	
Nivel de Escolaridad:			
Profesión:			
Religión:			
Cantidad Aproximada de Ingreso Económico:			
Cantidad Aproximada de Egreso Económico:			
<b>SOBRE LA PAREJA:</b>			
Comprometidos	Separados	Convivientes	
Casados	Divorciados		
<b>HIJOS DE LA PAREJA:</b>			
Edad	Sexo	Viven con ustedes	
La Pareja ha sufrido separaciones?			
Ha habido eventos de agresión verbal?			
Ha habido eventos de agresión física?			
Han requerido algún tipo de ayuda?			
de qué tipo? Psicológica, Legal, Familiar?			
<b>Marque con una x el grado de conflicto en la pareja</b>			
Nulo	Leve	Moderado	Alto

## ANEXO 8: INVENTARIOS INVENTARIO DE ANSIEDAD

### INVENTARIO

Nombre: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

A continuación se encuentra una lista de síntomas característicos de ansiedad. Por favor lea cuidadosamente cada reactivo de la lista. Indique el grado en que le haya molestado cada síntoma durante la **ÚLTIMA SEMANA, INCLUYENDO EL DÍA DE HOY**, colocando una "X" en el espacio correspondiente a la columna que se encuentra junto a cada síntoma.

	Nada	Ligeramente sin molestia significativa	Moderadamente muy desagradable pero soportable	Severamente casi insoportable
1- Hormigueo o adormecimiento de extremidades.				
2- Oleadas de calor o bochornos.				
3- Debilidad y temblor en las piernas.				
4- Incapaz de relajarme.				
5- Temor a que sucediera lo peor.				
6- Mareo o ligereza de cabeza				
7- Palpitaciones o aceleración cardíaca.				
8- Falta de equilibrio.				
9- Terror.				
10- Nerviosismo.				
11- Sensación de ahogo.				
12- Temblor de manos.				
13- Agitación.				
14- Miedo a perder el control.				
15- Dificultad para respirar.				
16- Miedo a morir.				
17- Asustado.				
18- Indigestión o molestias abdominales				
19- Desmayos.				
20- Enrojecimientos de la cara.				
21- Sudoración (no causada por el calor)				



INTERDISCIPLINAS COGNITIVO CONDUCTUALES

## INVENTARIO DE DEPRESIÓN

### INVENTARIO

Nombre: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Este cuestionario cuenta con 21 grupos de enunciados. Después de leer cuidadosamente los cuatro enunciados correspondientes a cada grupo, circule el número (0, 1, 2 ó 3), que se encuentre junto al enunciado de cada grupo que mejor describa la manera como usted se ha sentido durante LA ÚLTIMA SEMANA, INCLUYENDO EL DÍA DE HOY. Si considera que dentro de un mismo grupo de enunciados, varios pueden aplicársele de la misma manera, circule cada uno de ellos. Asegúrese de leer todos los enunciados de cada grupo antes de elegir una respuesta.

- 1 0. No me siento triste.  
1. Me siento triste.  
2. Me siento triste todo el tiempo.  
3. Me siento tan triste e infeliz que no puedo soportarlo.
- 2 0. No me encuentro particularmente desanimado con respecto a mi futuro.  
1. Me siento más desanimado con respecto a mi futuro que antes.  
2. No espero que las cosas me resulten bien.  
3. Siento que mi futuro no tiene esperanza y seguirá empeorando.
- 3 0. No me siento como un fracasado.  
1. Siento que he fracasado más de lo que debería.  
2. Cuando veo mi vida hacia atrás, lo único que puedo ver son muchos fracasos.  
3. Siento que como persona soy un fracaso total.
- 4 0. Obtengo tanto placer como siempre de las cosas que me gustan  
1. No disfruto tanto de las cosas como antes.  
2. Obtengo muy poco placer de las cosas que solía disfrutar.  
3. No puedo obtener ningún placer de las cosas que solía disfrutar.
- 5 0. No me siento particularmente culpable.  
1. Me siento culpable con respecto a muchas de las cosas que he hecho o debí de hacer.  
2. Me siento bastante culpable casi todo el tiempo.  
3. Me siento culpable todo el tiempo.
- 6 0. No siento que este siendo castigado.  
1. Siento que tal vez seré castigado.  
2. Espero ser castigado  
3. Siento que estoy siendo castigado.



INTERDISCIPLINAS COGNITIVO CONDUCTUALES

## INVENTARIO

- 7 0. Me siento igual que siempre acerca de mi mismo.  
1. He perdido confianza en mí.  
2. Estoy desilusionado de mí.  
3. No me agrado.
- 8 0. No me critico ni me culpo más de lo usual.  
1. Soy más crítico de mi mismo de lo que solía ser.  
2. Me critico por todas mis fallas y errores.  
3. Me culpo por todo lo malo que sucede.
- 9 0. No tengo ningún pensamiento acerca de matarme.  
1. Tengo pensamientos acerca de matarme, pero no los llevaría a cabo.  
2. Me gustaría matarme.  
3. Me mataría si tuviera la oportunidad.
- 10 0. No lloro más de lo usual.  
1. Ahora lloro más que antes.  
2. Ahora lloro por cualquier cosa.  
3. Siento ganas de llorar pero no puedo.
- 11 0. No me siento más inquieto o tenso que lo usual.  
1. Me siento más inquieto o tenso que lo usual.  
2. Estoy tan inquieto o agitado que me cuesta trabajo quedarme quieto.  
3. Estoy tan inquieto o agitado que tengo que estar moviéndome o haciendo algo constantemente.
- 12 0. No he perdido interés en otras personas o actividades.  
1. Ahora me encuentro menos interesado en otras personas o actividades que antes.  
2. He perdido la mayor parte de mi interés en otras personas o actividades.  
3. Me resulta difícil interesarme en cualquier cosa.
- 13 0. Puedo tomar decisiones casi tan bien como siempre.  
1. Me resulta más difícil tomar decisiones ahora que antes.  
2. Ahora tengo mucho mayor dificultad para tomar decisiones que antes.  
3. Me cuesta trabajo tomar cualquier decisión.
- 14 0. No me siento devaluado.  
1. No me siento tan valioso o útil como antes.  
2. Me siento menos valioso comparado con otros.  
3. Me siento francamente devaluado.



## INVENTARIO

- 15 0. Tengo tanta energía como siempre.  
1. Tengo menos energía de la que solía tener.  
2. No tengo suficiente energía para hacer gran cosa.  
3. No tengo suficiente energía para nada.
- 16 0. No he experimentado ningún cambio en mi patrón de sueño.  
-----  
1a. Duermo más de lo usual.  
1b. Duermo menos de lo usual.  
-----  
2a. Duermo mucho más de lo usual.  
2b. Duermo mucho menos de lo usual.  
-----  
3a. Duermo la mayor parte del día.  
3b. Me despierto 1 o 2 horas más temprano y no me puedo volver a dormir.
- 17 0. No estoy más irritable de lo usual.  
1. Estoy más irritable de lo usual.  
2. Estoy mucho más irritable de lo usual.  
3. Estoy irritable todo el tiempo.
- 18 0. No he sentido ningún cambio en mi apetito.  
-----  
1a. Mi apetito es menor de lo usual.  
1b. Mi apetito es mayor de lo usual.  
-----  
2a. Mi apetito es mucho menor que antes.  
2b. Mi apetito es mucho mayor que antes.  
-----  
3a. No tengo nada de apetito.  
3b. Tengo ganas de comer todo el tiempo.
- 19 0. Puedo concentrarme tan bien como siempre.  
1. No puedo concentrarme tan bien como siempre.  
2. Me resulta difícil concentrarme en algo durante mucho tiempo.  
3. No puedo concentrarme en nada.



## INVENTARIO

- 20 0. No estoy más cansado o fatigado que lo usual.  
1. Me canso o fatigo más fácilmente que antes.  
2. Estoy demasiado cansado o fatigado para hacer las cosas que solía hacer.  
3. Estoy demasiado cansado o fatigado para hacer la mayor parte de las cosas que solía hacer.
- 21 0. No he notado ningún cambio reciente en mi interés en el sexo.  
1. Me encuentro menos interesado en el sexo que antes.  
2. Me encuentro mucho menos interesado en el sexo ahora.  
3. He perdido completamente el interés en el sexo.

Puntuación Total: \_\_\_\_\_



INTERDISCIPLINAS COGNITIVO CONDUCTUALES

## ANEXO 9

### MODELOS DE ENTREVISTAS APLICADAS

EVALUACIÓN CLÍNICA INICIAL DE LA PAREJA			
FICHA DE DATOS			
Nombre:	A1		
Sexo:	M	Edad: 39	Raza: Mestiza
Nivel de Escolaridad:	Primaria		
Profesión:	Albañil		
Religión:	Evangélica		
Cantidad Aproximada de Ingreso Económico:	400 <sup>00</sup>		
Cantidad Aproximada de Egreso Económico:	420 <sup>00</sup>		
Nombre:	A2		
Sexo:	F	Edad: 32	Raza: Mestiza
Nivel de Escolaridad:	Primaria Incompleta		
Profesión:	Empleada Doméstica		
Religión:	Evangélica		
Cantidad Aproximada de Ingreso Económico:	200 <sup>00</sup>		
Cantidad Aproximada de Egreso Económico:	240 <sup>00</sup>		
SOBRE LA PAREJA:			
Comprometidos	<input type="checkbox"/>	Separados	<input type="checkbox"/>
Casados	<input checked="" type="checkbox"/>	Divorciados	<input type="checkbox"/>
HIJOS DE LA PAREJA:			
Edad	Sexo	Viven con ustedes	
14	F	Si	
8	M	Si	
6	M	Si	
1	F	Si	
La Pareja ha sufrido separaciones?			NO
Ha habido eventos de agresión verbal?			NO
Ha habido eventos de agresión física?			NO
Han requerido algún tipo de ayuda?			NO
de qué tipo? Psicológica, Legal, Familiar?			NO
Marque con una x el grado de conflicto en la pareja			
Nulo	Leve <input checked="" type="checkbox"/>	Moderado	Alto

EVALUACIÓN CLÍNICA INICIAL DE LA PAREJA			
FICHA DE DATOS			
Nombre:	J1		
Sexo:	M	Edad: 37	Raza: Mestizo
Nivel de Escolaridad:	Primaria		
Profesión:	Conserje		
Religión:	Cristiana		
Cantidad Aproximada de Ingreso Económico:	272 <sup>00</sup>		
Cantidad Aproximada de Egreso Económico:	272 <sup>00</sup>		
Nombre:	J2		
Sexo:	F	Edad: 34	Raza: Mestizo
Nivel de Escolaridad:	Primaria		
Profesión:	Conserje		
Religión:	Cristiana		
Cantidad Aproximada de Ingreso Económico:	200 <sup>00</sup>		
Cantidad Aproximada de Egreso Económico:	200 <sup>00</sup>		
SOBRE LA PAREJA:			
Comprometidos		Separados	Convivientes
Casados	X	Divorciados	
HIJOS DE LA PAREJA:			
Edad	Sexo	Viven con ustedes	
13	M	Si	
10	F	Si	
8	M	Si	
La Pareja ha sufrido separaciones?		NO	
Ha habido eventos de agresión verbal?		Si	
Ha habido eventos de agresión física?		Si	
Han requerido algún tipo de ayuda?		NO	
de qué tipo? Psicológica, Legal, Familiar?		NO	
Marque con una x el grado de conflicto en la pareja			
Nulo	Leve X	Moderado	Alto

EVALUACIÓN CLÍNICA INICIAL DE LA PAREJA			
FICHA DE DATOS			
Nombre:	L1		
Sexo:	M	Edad: 39	Raza: Mestiza
Nivel de Escolaridad:	Secundaria Completa		
Profesión:	Mensajero		
Religión:	Católica		
Cantidad Aproximada de Ingreso Económico:	500 <sup>00</sup>		
Cantidad Aproximada de Egreso Económico:	500 <sup>00</sup>		
Nombre:	L2		
Sexo:	F	Edad: 38	Raza: Mestiza
Nivel de Escolaridad:	Secundaria Completa		
Profesión:	Operadora Industrial		
Religión:	Católica		
Cantidad Aproximada de Ingreso Económico:	400 <sup>00</sup>		
Cantidad Aproximada de Egreso Económico:	280 <sup>00</sup>		
SOBRE LA PAREJA:			
Comprometidos		Separados	Convivientes
Casados	X	Divorciados	
HIJOS DE LA PAREJA:			
Edad	Sexo	Viven con ustedes	
19	F	Si	
22	M	Si	
12	F	Si	
La Pareja ha sufrido separaciones?			No
Ha habido eventos de agresión verbal?			Si
Ha habido eventos de agresión física?			No
Han requerido algún tipo de ayuda?			Si
de qué tipo? Psicológica, Legal, Familiar?			Psicológica
Marque con una x el grado de conflicto en la pareja			
Nulo	Leve	Moderado	Alto
		X	

## ANEXO 10

### DESCRIPCION COMPLETA DE LOS INVENTARIOS

- **Inventarios Aplicados:**

A continuación se expondrán de manera general algunas características y consideraciones con respecto los Inventarios aplicados:

- *Inventario de Ansiedad de Beck*

El Inventario de Depresión de Beck (BDI) es uno de los instrumentos más usados para la valoración de síntomas depresivos en adultos y adolescentes. La versión original se introdujo en 1961 por Beck, Ward, Mendelson, Mock y Erbaugh como una prueba autoadministrada; revisada en 1971 en el Centro de Terapia Cognitiva de la Universidad de Pennsylvania resultando en la versión BDI-IA. La versión revisada y la original tienen alta correlación. Beck definió depresión como un estado anormal del organismo manifestado por signos y síntomas de ánimo subjetivo bajo, actitudes nihilistas y pesimistas, pérdida de la espontaneidad y signos vegetativos específicos. El instrumento se diseñó para valorar este estado y fue derivado de observaciones clínicas y descripciones de síntomas frecuentes en pacientes psiquiátricos con depresión e infrecuentes en pacientes sin depresión. Aunque fue diseñado para población de pacientes, y no para tamizaje, ha sido utilizado ampliamente para este propósito.

Las ventajas de esta versión son una alta consistencia interna, alta validez de contenido, especificidad en la diferenciación de pacientes deprimidos y sanos, y su popularidad internacional. Ha sido validado para población de habla hispana en España y Argentina respectivamente con resultados satisfactorios. También fue validado en poblaciones de universitarios, adultos y adolescentes psiquiátricos ambulatorios. Moran y Lambert (1983) compararon el contenido de esta versión con el DSM-III y encontraron que solo cumplía con 6 de los 9 criterios. Esto llevó a una nueva revisión que resultó en el BDI-II. Cuatro ítems (pérdida de peso, dificultad para trabajar, cambio en la imagen corporal y preocupaciones somáticas) fueron eliminados y se incluyeron agitación, baja autoestima, dificultad para concentrarse y pérdida de energía. Se cambiaron dos ítems para mostrar tanto aumento como disminución en apetito y sueño. Fue desarrollada para ajustarse a los

síntomas correspondientes a los criterios diagnósticos de depresión listados en el DSM-IV. En esta versión los ítems no fueron seleccionados para reflejar ninguna teoría en particular de depresión, es más, ninguna definición de depresión se incluye en el manual del BDI-II.

#### *- Descripción*

El Inventario de Ansiedad de Beck, está compuesto por 21 ítems, que describen diversos síntomas de ansiedad relacionados con las manifestaciones físicas de la misma, según los criterios diagnósticos del DSM-IV. No existe punto de corte aceptado para distinguir entre población normal y ansiedad, ni entre depresión y ansiedad, lo que limita su uso, no obstante, los aspectos que mide la prueba han demostrado ser sensibles al cambio tras el tratamiento, por lo que es un instrumento útil para valorar los síntomas somáticos de ansiedad, tanto en desórdenes de ansiedad como en cuadros depresivos, posterior al tratamiento. (González, F. 2007)

La prueba fue validada en pacientes con trastornos de pánico, no debe considerarse una medida específica de ansiedad generalizada. Según los autores, el inventario debe ser utilizado acompañado por otros cuestionarios como el inventario de Depresión de Beck y las escalas de ansiedad y depresión de Hamilton. En un análisis comparativo realizado por Piotrowski, 1999, encontró es el tercer test más utilizado para valorar ansiedad.

La forma actual es el BDI-II: un instrumento autoadministrado de 21 ítems, que mide la severidad de la depresión en adultos y adolescentes mayores de 13 años. Cada ítem se califica en una escala de 4 puntos que va desde el 0 hasta el 3, al final se suman dando un total que puede estar entre 0 y 63. Tiene una duración aproximada de 10 minutos y se requiere de una escolaridad de 5to o 6to grado para entender apropiadamente las preguntas. Esta prueba tiene una buena sensibilidad (94%) y una especificidad moderada (92%) para el tamizaje de depresión en el cuidado primario, teniendo en cuenta como punto de corte para depresión 18 puntos.

#### *-Aplicación*

El cuestionario consta de 21 preguntas. El paciente debe leer cada uno de los enunciados cuidadosamente y elegir para cada uno la opción que mejor describe la forma como se ha venido sintiendo en las últimas dos semanas, incluyendo el día de hoy. Debe encerrar en un

círculo el número del enunciado que escogió. Si encuentra más de un enunciado que lo identifique, marque cada uno de ellos. El paciente debe leer todos los enunciados antes de elegir su respuesta.

*- Interpretación*

Se suma el puntaje dado en cada ítem y se obtiene el total. El mayor puntaje en cada una de las 21 preguntas es de 3, y el más alto posible es 63. El puntaje menor para toda la prueba es de cero. Se suma solo un puntaje por cada ítem, el mayor si se marcó más de uno.

Calificación: Cada ítem se puntúa de 0 a 3, de la siguiente manera:

0 = en absoluto

1 = Levemente, no me molesta mucho

2 = Moderadamente, fue muy desagradable, pero podía soportarlo

3 = Severamente, casi no podía soportarlo

La puntuación total es la suma de todos los ítems (si en alguna ocasión se eligen 2 respuestas se considerará sólo la de mayor puntuación).

El rango de la escala es de 0 a 63.

Los puntos de corte sugeridos para interpretar el resultado obtenido son los siguientes:

00–21 Ansiedad muy baja

22–35 Ansiedad moderada

más de 36 Ansiedad severa

La puntuación media en pacientes con ansiedad es 25,7 (DE 11,4)

Se propone punto de corte para distinguir trastorno de pánico los 26 puntos. Sujetos sin patología obtiene una puntuación media de 13,4 con una DE 8,9

*- Propiedades psicométricas*

- Fiabilidad

Posee una elevada consistencia interna (12) (alfa de Cronbach de 0,90 a 0,94). La correlación de los ítems con la puntuación total oscila entre 0,30 y 0,71. La fiabilidad test-retest tras una semana es de 0,67 a 0,93 y tras 7 semanas de 0,62.

- Validez

Tiene buena correlación con otras medidas de ansiedad en distintos tipos de poblaciones (jóvenes, ancianos, pacientes psiquiátricos, población general). Los coeficientes de correlación (r) con la Escala de ansiedad de Hamilton es de 0,51, con el Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado de 0,47 a 0,58 y con la Subescala de Ansiedad del SCL-90R de 0,81. Por otra parte los coeficientes de correlación con escalas que valoran depresión, también son elevados. Con el Inventario de Depresión de Beck de 0,61 y con la Subescala de Depresión del SCL-90R de 0,62.

#### *- Inventario de Depresión de Beck*

Los autores de este inventario son Beck AT, Ward CH, Mendelson M, Mock J y Erbauhg J., lleva su nombre por ser elaborado por Beck y sus colegas, fue elaborado en 1961 con el fin de hacer una evaluación objetiva de las manifestaciones de la depresión. Este inventario se constituyó, con la intención de evaluar la gravedad (intensidad sintomática) de la depresión.

Su fundamentación teórica es el enfoque cognitivo de la depresión, que considera que este trastorno tiene manifestaciones conductuales, afectivas, cognitivas y somáticas. De acuerdo a esta perspectiva teórica, las manifestaciones afectivas y conductuales son el resultado de cogniciones de carácter depresivo que se basan, a su vez, en creencias irracionales, de ahí la fuerte carga en síntomas cognitivos del inventario. El Inventario de Depresión de Beck se ha popularizado para evaluar la depresión, dada su bien demostrada confiabilidad y validez y es uno de los instrumentos más utilizados. (Beck AT, Ward CH, Mendelson M, Mock J y Erbauhg J., 1961; Beck AT, Steer RA y Garbin ME, 1988).

Fue desarrollado inicialmente como una escala heteroaplicada de 21 ítems conteniendo cada ítem varias fases autoevaluativas que el entrevistador leía al paciente para que éste seleccionase la que mejor se adaptase a su situación; sin embargo, con posterioridad su uso se ha generalizado como escala autoaplicada. Beck y cols.(1979) da a conocer una nueva

versión revisada de su inventario, adaptada y traducida al castellano por Vázquez y Sanz (1991), siendo ésta la más utilizada en la actualidad. (Conde, 1984)

#### - Descripción

Es un cuestionario autoaplicado de 21 ítems que evalúa un amplio espectro de síntomas depresivos. Se sistematizan 4 alternativas de respuesta para cada ítem, que evalúan la gravedad / intensidad del síntoma y que se presentan igualmente ordenadas de menor a mayor gravedad. El marco temporal hace referencia al momento actual y a la semana previa. Ni la numeración de las alternativas de respuesta, ni los enunciados de los distintos ítems deben aparecer en el formato de lectura del cuestionario, ya que al dar una connotación clínica objetiva a las frases pueden influir en la opción de respuesta del paciente. (Vázquez C, Sanz J, 1991)

Su contenido enfatiza más en el componente cognitivo de la depresión, ya que los síntomas de esta esfera representan en torno al 50% de la puntuación total del cuestionario, siendo los síntomas de tipo somático/vegetativo el segundo bloque de mayor peso; de los 21 ítems, 15 hacen referencia a síntomas psicológicos-cognitivos, y los 6 restantes a síntomas somáticos vegetativos. El inventario tiene una forma abreviada de 13 ítems, pero la que se ha popularizado en la asistencia y la investigación es la de 21 ítems.

El tiempo promedio de realización es de 20 minutos. Puede aplicarse también a manera de entrevista lo que incrementa el rango de sujetos que pueden ser evaluados. Con esta modalidad se ha aplicado con éxito en pacientes ancianos con deterioro cognitivo leve, enfermos crónicos, pacientes quirúrgicos, etc.

Los psicometristas con experiencias en la aplicación del BDI reportan que, de manera heteroaplicada, puede generar reacciones emocionales intensas (llanto, tristeza) en personas que aunque no necesariamente tengan una depresión clínica, están confrontando situaciones estresantes o pérdidas. (González, F. 2007)

#### -Aplicación

La persona debe escoger, para cada ítem, la alternativa de respuesta que mejor refleje su situación durante el momento actual y la última semana. La puntuación total se obtiene sumando los valores de las frases seleccionadas, que van de 0 a 3.

#### -Interpretación

El rango de la puntuación obtenida es de 0-63 puntos. Como otros instrumentos de evaluación de síntomas, su objetivo es cuantificar la sintomatología, no proporcionar un diagnóstico (Kendall PC, Hollon SD, Beck, 1987)

Kendall PC, Hollon SD, Beck AT (1987) nos indica que los puntos de corte usualmente aceptados para graduar la intensidad/ severidad son los siguientes:

No depresión:	0-9 puntos
Depresión leve:	10-18 puntos
Depresión moderada:	19-29 puntos
Depresión grave:	> 30 puntos

#### -Propiedades psicométricas

- Fiabilidad

Sus índices psicométricos han sido estudiados de manera casi exhaustiva, mostrando una buena consistencia interna (alfa de Crombach 0.76-0.95) La fiabilidad test oscila alrededor de  $r = 0.8$ , pero su estudio ha presentado dificultades metodológicas, recomendándose en estos casos variaciones a lo largo del día en su administración. (Beck,1988)

- Validez

Muestra una correlación con otras escalas.

En pacientes psiquiátricos se han encontrado valores entre 0.55 y 0.96 (media 0.72) y en sujetos no psiquiátricos entre 0.55 y 0.73 (media 0.6).

Su validez predictiva como instrumento diagnóstico de cribado ha sido recientemente estudiada en nuestro país en una amplia muestra de población general entre 18 y 64 años de edad, con buen rendimiento:

Sensibilidad del 100 %,

Especificidad del 99 %,

Valor predictivo positivo 0.72, y

Valor predictivo Negativo de 1 (punto de corte mayor-igual 13)

Las puntuaciones obtenidas en cada uno de los ítems se pueden reflejar en un perfil que permite visualizar las dimensiones más afectadas.

A pesar de las bondades de este instrumento, deben tenerse precauciones a la hora de su interpretación en pacientes con enfermedades crónicas y dolor, ya que ha sido cuestionada su utilidad para diagnosticar la depresión en pacientes con enfermedades crónicas (Martín, 2002). Hay escaso acuerdo con respecto a cuál debe ser el punto de corte apropiado para identificar depresión clínica en pacientes con enfermedades crónicas.

Algunos autores señalan que puede hablarse de depresión cuando el paciente obtiene puntuaciones superiores a 9 (Rodin, 1991); superior a 13 (Salkind, 1989) o mayor que 17 (Moffick, 1986).

Puede plantearse que las puntuaciones altas correspondientes al diagnóstico de depresión moderada y grave son de interés clínico, no así las que se corresponden con depresión leve (Martín, 2002). De hecho, Radloff (1977) encontró que alrededor del 20% de la población sana y el 70% de la población de pacientes psiquiátricos obtenían este diagnóstico en el BDI. Lugo y cols. (1996) en un grupo de sujetos cubanos supuestamente no deprimidos, encontraron que la Media de la puntuación era de 20.2 con una desviación típica de 7.07.

Por lo tanto, se pensaría que la utilidad diagnóstica del BDI consiste en tres aspectos:

- Porque permite identificar la naturaleza de los síntomas depresivos más importantes que tiene el paciente.
- En los casos de puntuaciones altas (depresión moderada y media) puede indicar la presencia de una depresión clínica, que deberá ser corroborada con otros procedimientos diagnósticos, ya que hay consenso de que el BDI no permite identificar trastornos como la depresión mayor o la distimia (Beck AT, Steer RA y Garbin ME, 1988).
- Porque permite evaluar los efectos de los tratamientos, ya que la prueba puede aplicarse varias veces al mismo sujeto. De hecho, el propio Beck ilustra estudios de

casos en que se utilizan aplicaciones sucesivas del BDI para evaluar los efectos de su terapia cognitiva (Beck, 1989)