

**UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS**

**“LA IMPORTANCIA DE LA TERAPIA RACIONAL
EMOTIVA “TRE” EN PACIENTES CON DEPRESIÓN
EN EL HOSPITAL NACIONAL REGIONAL DE
ESCUINTLA.**

IRIS ALCIRA MALDONADO ECHEVERRIA.

Guatemala, 10 de Octubre del año 2,005.

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS

**“LA IMPORTANCIA DE LA TERAPIA RACIONAL
EMOTIVA, “TRE” EN PACIENTES CON DEPRESION EN EL
HOSPITAL NACIONAL REGIONAL DE ESCUINTLA”.**

**INFORME FINAL DE INVESTIGACIÓN
PRESENTADO AL HONORABLE CONSEJO DIRECTIVO
DE LA ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS**

POR:

IRIS ALCIRA MALDONADO ECHEVERRIA.

PREVIO A OPTAR EL TITULO DE:

PSICÓLOGA

EN EL GRADO ACADEMICO DE:

LICENCIATURA

Guatemala, 10 DE Octubre del año 2005.

CONSEJO DIRECTIVO

Licenciado Riquelmi Gasparico Barrientos
DIRECTOR ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLOGICAS

Licenciada Blanca Leonor Peralta Yanes.
SECRETARIA a. i. ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLOGICAS

Licenciada María Lourdes González Monzón
Licenciada Liliana Del Rosario Alvarez de García
REPRESENTANTES DEL CLAUSTRO DE CATEDRATICOS
ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLOGICAS

Licenciado Evodio Juber Orozco Edelman
REPRESENTANTE DE LOS PROFESIONALES EGRESADOS
DE LA ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLOGICAS

Estudiante Elsy Maricruz Barillas Divas
Estudiante José Carlos Argueta Gaitán
REPRESENTANTES ESTUDIANTILES

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS
DE GUATEMALA



ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS
CENTRO UNIVERSITARIO METROPOLITANO -CUM-

9a. Avenida 9-45, Zona 11 Edificio "A"
TEL.: 485-1910 FAX: 485-1913 y 14
e-mail: usacpsic@usac.edu.gt

c.c. Control Académico
CIEPs.
Archivo
REG. 234-2005
CODIPs. 1554-2005

**De Orden de Impresión Informe Final
de Investigación**

10 de octubre de 2005

Estudiante
Iris Alcira Maldonado Echeverría
Escuela de Ciencias Psicológicas
Edificio

Estudiante Maldonado:

Para su conocimiento y efectos consiguientes, transcribo a usted el Punto DÉCIMO SEXTO (16°), del Acta SESENTA Y DOS GUIÓN DOS MIL CINCO (62-2005), de la sesión del Consejo Directivo del 07 de octubre de 2005, que copiado literalmente dice:

"DÉCIMO SEXTO: El Consejo Directivo conoció el expediente que contiene el Informe Final de Investigación titulado: "LA IMPORTANCIA DE LA TERAPIA RACIONAL EMOTIVA, "TRE" EN PACIENTES CON DEPRESIÓN EN EL HOSPITAL NACIONAL DE ESCUINTLA", de la Carrera de Licenciatura en Psicología, realizado por:

IRIS ALCIRA MALDONADO ECHEVERRÍA

CARNET No. 2000-16645

El presente trabajo fue asesorado durante su desarrollo por la Licenciada Blanca Rubí Mazariegos de Medina y revisado por el Licenciado Marco Antonio García Enríquez. Con base en lo anterior, el Consejo Directivo **AUTORIZA LA IMPRESIÓN** del informe final para los trámites correspondientes de graduación, los que deberán estar de acuerdo con el Instructivo para la Elaboración de Investigación o Tesis, con fines de graduación profesional."

Atentamente,

"ID Y ENSEÑAD A TODOS"

Licenciada Blanca Leonor Feralta Yanes
SECRETARIA a.i.



/Gladys

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS
DE GUATEMALA



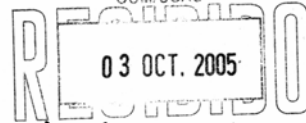
ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLOGICAS
CENTRO UNIVERSITARIO METROPOLITANO -CUM-
9. Avenida 9-45, Zona 11 Edificio "A"
TEL.: 2485-1910 FAX: 2485-1913 y 14
e-mail: psic@usac.edu.gt

CIEPs. 124-2005
REG. 234-2005

Guatemala, 30 de septiembre de 2005

INFORME FINAL

Escuela de Ciencias Psicológicas
Recepción e Información
CUM/USAC



Firma: Mr hora: 17:30 Registro: 23405

SEÑORES
CONSEJO DIRECTIVO
ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLOGICAS
EDIFICIO

SEÑORES CONSEJO DIRECTIVO:

Me dirijo a ustedes para informarles que el Licenciado Marco Antonio García Enríquez, ha procedido a la revisión y aprobación del INFORME FINAL DE INVESTIGACION, titulado:

**“LA IMPORTANCIA DE LA TERAPIA RACIONAL EMOTIVA, “TRE” EN
PACIENTES CON DEPRESIÓN EN EL HOSPITAL NACIONAL DE
ESCUINTLA”**

ESTUDIANTE:

CARNÉ No

Iris Alcira Maldonado Echeverría

200016645

CARRERA: Licenciatura en Psicología

Agradeceré se sirvan continuar con los trámites correspondientes para obtener ORDEN DE IMPRESIÓN.

Atentamente,

"ID Y ENSEÑAD A TODOS"

LICENCIADA MAYRA LUNA DE ALVAREZ
COORDINADORA

CENTRO DE INVESTIGACIONES EN PSICOLOGIA -CIEPs.- "Mayra Gutiérrez"

c.c. Revisor/a
Archivo

MLDA/edr



UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS
DE GUATEMALA



ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLOGICAS
CENTRO UNIVERSITARIO METROPOLITANO -CUM-
9ª Avenida 9-45, Zona 11 Edificio "A"
TEL.: 2485-1910 FAX: 2485-1913 y 14
e-mail: psic@uacg.edu.gt

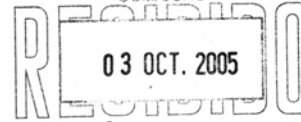
CIEPs. 125-2005

Guatemala, 30 de septiembre de 2005

LICENCIADA
MAYRA LUNA DE ÁLVAREZ, COORDINADORA
CENTRO DE INVESTIGACIONES EN PSICOLOGIA
CIEPs. "MAYRA GUTIÉRREZ"
ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS

LICENCIADA DE ÁLVAREZ:

Escuela de Ciencias Psicológicas
Recepción e Información
CUM/USAC



Firma: *MARCO ANTONIO GARCIA ENRIQUEZ* hora: 17:30 registro: 23405

De manera atenta me dirijo a usted para informarle que he procedido a la revisión del **INFORME FINAL DE INVESTIGACION**, titulado:

**"LA IMPORTANCIA DE LA TERAPIA RACIONAL EMOTIVA, "TRE" EN
PACIENTES CON DEPRESIÓN EN EL HOSPITAL NACIONAL DE
ESCUINTLA"**

ESTUDIANTE:

CARNÉ No.

Iris Alcira Maldonado Echeverría

200016645

CARRERA: Licenciatura en Psicología

Por considerar que el trabajo cumple con los requisitos establecidos por el Centro de Investigaciones en Psicología, emito **DICTAMEN FAVORABLE**, y solicito continuar con los trámites respectivos.

Atentamente,

"ID Y ENSEÑAD A TODOS"

MARCO ANTONIO GARCIA ENRIQUEZ
LICENCIADO MARCO ANTONIO GARCIA ENRÍQUEZ
DOCENTE REVISOR

c.c.: Archivo
Docente Revisor/a

MAGE/edr



Guatemala, Agosto 25 del año 2,005.

Licenciada
Mayra Luna de Alvarez
Universidad de San Carlos de Guatemala
Centro Universitario Metropolitano "CUM"
Escuela de Ciencias Psicológicas
Departamento de Tesis, "CIEPs"
Presente.

Estimada Licenciada Luna de Alvarez:

Después de las asesorías requeridas, apruebo el **INFORME FINAL** de la Tesis de Licenciatura en Psicología, titulada: **"La importancia de la Terapia Racional Emotiva "TRE", en pacientes con depresión en el Hospital Nacional Regional del Municipio y Departamento de Escuintla"**. Estudio efectuado por la estudiante IRIS ALCIRA MALDONADO ECHEVERRIA, Carné No.200016645.

Esperando sus noticias para continuar con los trámites para fines de graduación, quedo de usted muy atentamente,


Licda. BLANCA RUBI MAZARIEGOS DE MEDINA.
Colegiado No.4,105.

Blanca Rubi Mazariegos de Medina
LICDA. PSICÓLOGA
Colegiado No. 4105

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS
DE GUATEMALA



ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLOGICAS
CENTRO UNIVERSITARIO METROPOLITANO -CUM-

9a. Avenida 9-45, Zona 11 Edificio "A"
TEL.: 485-1910 FAX: 485-1913 y 14
e-mail: usacpsic@usac.edu.gt

cc: Control Académico
CIEPs.
Archivo
Reg.234-2005

CODIPs. 1248-2005

De aprobación de proyecto de Investigación

26 de julio de 2005

Estudiante

Iris Alcira Maldonado Echeverría
Escuela de Ciencias Psicológicas
Edificio

Estudiante Maldonado Echeverría:

Transcribo a usted el Punto DÉCIMO CUARTO (14º) del Acta CUARENTA Y CUATRO GUIÓN DOS MIL CINCO (44-2005) de la sesión celebrada por el Consejo Directivo el 21 de julio de 2005, que literalmente dice:

"DÉCIMO CUARTO: El Consejo Directivo conoció el expediente que contiene el Proyecto de Investigación, titulado: "LA IMPORTANCIA DE LA TERAPIA RACIONAL EMOTIVA, "TRE" EN PACIENTES CON DEPRESIÓN EN EL HOSPITAL NACIONAL REGIONAL DE ESCUINTLA", de la Carrera: Licenciatura en Psicología, presentado por:

IRIS ALCIRA MALDONADO ECHEVERRÍA

CARNÉ No. 2000-16645

El Consejo Directivo considerando que el proyecto en referencia satisface los requisitos metodológicos exigidos por el Centro de Investigaciones en Psicología -CIEPs.-, resuelve **APROBAR SU REALIZACIÓN** y nombrar como asesora a la Licenciada Blanca Rubí Mazariegos de Medina y como revisor al Licenciado Marco Antonio García Enríquez."

Atentamente,

"ID Y ENSEÑAD A TODOS"

Licenciada Blanca Leonor Peralta Yanes
SECRETARIA a.i.



/Gladys

P A D R I N O S:

Ingeniero Agrónomo EFRAIN MEDINA GUERRA.

Colegiado No.724.

Licenciada BLANCA RUBI MAZARIEGOS DE MEDINA

Colegiada No.4,105.

DEDICATORIA:

A DIOS: Por su acompañamiento diario.

A MI PATRIA GUATEMALA: Porque es una tierra bella, y la amo.

A LA UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS: Por abrirme sus puertas y brindarme el conocimiento.

A MI MISMA: Por mi perseverancia.

A MI FAMILIA: Que siempre me dan el espacio, amor y soporte necesario para obtener mis logros. Especialmente a mi madre y mi hijo.

A MIS AMIGOS/AS: Por su fraternidad, concordia, fidelidad y amor.

A CADA UNO DE MIS CATEDRATICOS: Gratitud, porque además de su enseñanza, me brindaron su inspiración, su ánimo, su estímulo para yo, obtener este grado académico.

A TODAS LAS PERSONAS, que de una u otra manera, me dieron su apoyo, tiempo, y colaboración para llevar a cabo este estudio.

AGRADECIMIENTOS.

- A la Universidad de San Carlos de Guatemala, específicamente a la Escuela de Ciencias Psicológicas, por la entrega continua de conocimientos que tuve la dicha de recibir en sus aulas.
- A la Licda. Blanca Rubi Mazariegos de Medina, por su invaluable ayuda y motivación para el éxito de este estudio investigativo.
- Al Lic. Marco Antonio García Enriquez que generosamente revisó continuamente mi trabajo.
- A la Licda. Ninette Mejía de Muñoz por su constante apoyo.
- A todos los catedráticos de la Licenciatura que me brindaron los conocimientos de esta maravillosa carrera; enseñanzas que no se borrarán y que en cambio, brillarán para la eternidad.
- Muy especialmente a los Doctores: Oscar Canek y Byron Aquino, Director y Subdirector, respectivamente; del Hospital Nacional Regional del Municipio y Departamento de Escuintla, por la oportunidad que me brindaron de trabajar con pacientes de dicha institución.
- Mucho más especial, mi inmenso agradecimiento a todos y cada uno de los pacientes con quienes implementé la Terapia Racional Emotiva, ya que ellos fueron la parte esencial del presente estudio.
- A todo el personal del Hospital Nacional Regional de Escuintla que me brindaron su colaboración.

“La felicidad es un perfume
que no puedes derramar sobre los demás
sin que algunas gotas caigan sobre ti mismo”

(Emerson).



Este cartel, que forma parte de una campaña para informar al público sobre la necesidad de buscar tratamiento para la depresión, ilustra una reacción común ante las cualidades irritantes del comportamiento deprimido.



	Página
PROLOGO.....	05
CAPITULO I.	
1. 1. INTRODUCCIÓN.....	07
1. 2. MARCO TEORICO.....	10
1.2.1. Definición de la Depresión.....	10
1.2.2. Causas generadoras de la depresión.....	14
1.2.3. Características de la depresión.....	16
1.2.4. Tipos de depresión.....	20
1.2.4.1. Enfermedad Maníaco depresiva.....	22
1.2.4.2. Depresión y angustia.....	22
1.2.4.3. Depresión con síntomas físicos.....	23
1.2.4.4. Depresión con síntomas Biológicos invertidos.....	23
1.2.4.5. Depresión breve y recurrente.....	23
1.2.4.6. Problemas de adaptación.....	23
1.2.4.7. Depresión crónica y distimia.....	24
1.2.4.8. Depresión y esquizofrenia.....	24
1.2.4.9. Depresión y abuso de bebidas alcohólicas.....	24
1.2.4.10.Trastornos afectivos por cambios estacionales.....	24
1.2.4.11. Depresión en las mujeres.....	24
1.2.4.12. Depresión en niños y adolescentes.....	24
1.2.4.13. Depresión en los ancianos o personas de la 3ra. Edad....	25
1.2.5. Depresión y suicidio.....	25
1.2.6. Antecedentes históricos de la depresión.....	26
1.2.7. La depresión en pacientes del Hospital Nacional Regional de Escuintla.....	28
1.2.8. Influencia del contexto ambiental y socio-económico en pa- cientes con depresión en el Hosp.Nac.Reg. de Escuintla.....	28
1.2.9. Antecedentes históricos de la Psicología en el H.N.R. de E.....	29
1.2.10.Definición de Terapia Racional Emotiva “TRE”.....	30
1.2.11.La depresión y la Psicoterapia Racional Emotiva. “TRE”.....	44

1.2.12.Cómo se enfoca la depresión en la Psicología.....	48
1.2.13.Psicoterapia individual con la Terapia Racional Emotiva.....	48
1.2.14.Psicoterapia grupal con la Terapia Racional Emotiva.....	51
1.2.15.La Terapia Racional Emotiva “TRE” y su relación con teorías Fundamentalistas como el Psicoanálisis, Psicología Humanis- ta, Psicología Cognitiva-Conductual.....	52
1.2.16.La Terapia Racional Emotiva “TRE” como indicación para Instituciones de salud comunitaria.....	54
1.2.17.Premisas.....	55
1.2.18.Hipótesis.....	58
1.2.19.Variables.....	58
1.2.20.Indicadores.....	58
CAPITULO II.	
2.1. Técnicas, Instrumentos y/o Procedimientos.....	59
CAPITULO III.	
3.1 Presentación, Análisis e Interpretación de Resultados.....	61
3.1.1. Casos.....	62
3.1.1.1.Caso Uno.....	62
3.1.1.2.Caso Dos.....	65
3.1.1.3. Análisis de casos.....	69
CAPITULO IV.	
4.1. Conclusiones.....	70
4.2. Recomendaciones.....	71
4.2.1. Para la población objeto de estudio.....	71
4.2.2. Para la Institución.....	71
4.2.3. Para la Escuela de Ciencias Psicológicas.....	71
Bibliografía.....	72
Anexos.....	74

PRÓLOGO.

El presente estudio se realizó con el objetivo de que el paciente con depresión del Hospital Nacional Regional de Escuintla, restableciera su equilibrio biopsicosocial mediante un tratamiento breve, preciso y activo con la Terapia Racional Emotiva, "TRE", brindándole apoyo, tratamiento psicológico y propiciando en el paciente la acción para romper con su estado pasivo y melancólico, no sin antes, identificar los factores precipitantes de su depresión para que el abordamiento con la TRE, sea mas eficaz.

No puedo dejar de reconocer la enorme aportación que se llevó a cabo en el Hospital Nacional Regional del Municipio y Departamento de Escuintla, con la implementación de la TERAPIA RACIONAL EMOTIVA "TRE", en enfermos con depresión.

El resultado rápido, fue sólo una de las muchas características de esta terapia y que por la naturaleza de la institución en donde asistí a los pacientes, que era uno de mis objetivos, (muchas demandas) requería de la Terapia Racional Emotiva "TRE", para que su restablecimiento fuera rápido y efectivo.

La Terapia Racional Emotiva "TRE", es una Psicoterapia realista, directiva-activa, que se acomoda perfectamente al ritmo de la vida actual. Para los pacientes con depresión y tratados en este estudio, específicamente en el Hospital Nacional Regional de Escuintla, fue una buena oportunidad ya que en un corto tratamiento pudieron cambiar esos sentimientos, emociones, conductas, etc., irracionales a racionales, que es en lo que se fundamenta esta terapia.

Los pacientes que frecuentemente acudían al hospital por decaimiento, por insomnios frecuentes, por intentos suicidas, malestares estomacales, etc. fueron

tratados con la “TRE” y encontraron sus conflictos psicológicos que desencadenaban estos síntomas; lo cual fue beneficioso para el hospital también.

Personalmente encontré que la Terapia Racional Emotiva “TRE” , es una terapia que da la oportunidad de ver resultados satisfactorios en corto tiempo; pues nuestra población (especialmente en el área rural), aún desconoce los beneficios de la Psicología, por lo tanto un restablecimiento a corto plazo es sumamente beneficioso y asisten a sus sesiones por los cambios que van experimentando y discutiendo para no seguir teniendo consecuencias conductuales indeseables.

CAPITULO I

1. 1. INTRODUCCIÓN.

La implementación de la Terapia Racional Emotiva, (TRE), en pacientes con depresión en el Hospital Nacional Regional de Escuintla fue en razón a que ésta es una psicoterapia que utiliza de forma breve, activa y directa; técnicas para el abordamiento de esta enfermedad.

La depresión es una palabra que se utiliza con frecuencia en todo ámbito, de hecho se ha asociado a muchos significados que pueden aplicarse a casi cualquier forma de angustia, leve o grave. Sin embargo, la depresión en los pacientes del Hospital Nacional Regional de Escuintla, no es simplemente un hecho asociado a problemas simples como se pudiera dar en personas de clase media; dicen tener depresión para sumarse a una enfermedad de moda; en los pacientes de dicho hospital, es realmente una enfermedad que si se agrava, puede convertirse en un diagnóstico más difícil de distinguir y que puede ser tan discapacitante como un ACV (accidente cerebro vascular) un paro cardíaco o ser un peldaño hacia el suicidio; sobre todo en esta población donde intervienen muchos factores, como la pobreza, la heterogeneidad, lo amenazante de la problemática biológica, psicológica y social, etc., pueden desencadenar una depresión y los síntomas los solapan con estados de ansiedad u otros trastornos.

El objetivo principal de esta investigación fue comprobar si la Terapia Racional Emotiva TRE, cumplía con la rehabilitación de las personas que sufren la depresión en dicho hospital, implementando una psicoterapia con efectos positivos y breves, basándose en el hombre que es un ser tan racional como irracional. Con la TRE, se buscó el cambio de ideas y creencias irracionales por ideas y creencias lógicas y racionales, esto mediante una intervención altamente directiva, clara y precisa. Es por eso que se buscó su incursión en ámbitos como:

necesidades afectivas en pacientes con diferentes diagnósticos físicos, fisiológicos, psicológicos, sociales, económicos, etc., planteando posibilidades de superación en lo que les aquejaba; pero lo más importante, tomar en cuenta la triada, persona – sufrimiento y racionalidad o lógica, abordando al individuo de forma individual, en familia, en grupo, matrimonio, pareja, etc.

La experiencia que se obtuvo al implementar la Terapia Racional Emotiva, (TRE), fue satisfactoria. Se aplicó a diez casos, de los cuales se escogieron dos al azar como parte de la descripción del producto final de este trabajo.

Estos casos están comprendidos entre las edades de 22 y 37 años de edad, pertenecientes uno al sexo masculino y el otro femenino, los pacientes residen en el área rural del municipio de Escuintla, son de escasos recursos económicos, baja escolaridad y vulnerabilidad social, e intrafamiliar.

Estos casos mostraron depresión grave con ideas suicidas. En el proceso del abordamiento con la TRE, salieron a relucir las ideas y creencias irracionales de los pacientes, reflejando sus sentimientos internos, manifestándolos con tristeza, apatía y deseos de morir, mostrando en algunas sesiones miedo, pero de manera esquiva, reconociendo algunos mecanismos de defensa, como la racionalización pero de manera irracional, para manejar su incertidumbre, angustia y ansiedad.

Los factores desencadenantes de su depresión, fueron múltiples, pero los más influyentes; lo económico, la pérdida de afecto, la pérdida de funcionalidad, el rechazo social y familiar, etc., por lo que además de cambiar sus creencias e ideas irracionales, se motivó a los pacientes a la utilización de creer de manera racional y lógica y que asimilen el proceso de cambio a sus problemas.

Los pacientes refirieron haber comprendido el uso de los pasos ABC de la TRE y ser capaces de utilizarlos para hacer cambios fundamentales en sus creencias o ideas irracionales.

El discutir sus creencias irracionales semana a semana, sesión tras sesión, dio los efectos esperados; los pacientes se relajaron y se sintieron cómodos por la atención puesta en ellos y la novedad de hacer algo tan novedoso que ellos mismos pueden cambiar sus ideas o creencias irracionales por abordar procesos de racionalización y hacer cosas que cada vez son más fáciles de renunciar a sus mecanismos de defensa.

Los sentimientos de cólera, frustración, tristeza, miedo; se manifestaron en las sesiones a consecuencia de la forma directiva y activa de la terapia, pero estos sentimientos no fueron respuestas específicas a nivel psicopatológico.

Durante la aplicación de la terapia, los pacientes refieren sentirse bien, en ocasiones un poco confundidos por las contradicciones a sus creencias o ideas irracionales.

.

Con la persuasión, como elemento importante y esencial para el cambio y que es parte de la terapia "TRE", los pacientes se educaron emocionalmente.

Finalmente la depresión, se interrumpe rápidamente cuando el paciente emplea y adopta creencias de discusión y reto, que es una de las tareas que se siembran en el individuo, y que es lo que se busca lograr en estos pacientes

1.2. MARCO TEORICO.

1.2.1. DEFINICIÓN DE LA DEPRESIÓN:

El término depresión, en el campo de la mente humana, presenta gran diversidad de usos. Designa tanto, un breve momento de tristeza, como una enfermedad mental. Por lo que no debemos sorprendernos al no encontrar en la medicina definiciones claras y objetivas. En lo psíquico resulta más reacio. Sin embargo, la Psiquiatría se ha esforzado para definir diferentes estados mentales patológicos de los seres humanos. La expresión “depresión Nerviosas”, apareció en textos médicos ingleses y franceses en el siglo XVII y con ella se denominaban los estados de tristeza e inhibición de carácter neurótico para diferenciarlos de los estados melancólicos de carácter psicótico. Hoy día, la palabra depresión engloba todos los estados de tristeza patológica que antes se denominaba melancolía. En lo cotidiano, la palabra depresión sirve para nombrar cualquier tipo de tristeza, hasta cualquier trastorno mental. Tiene un valor casi socializante. Decir: “fulano”, el pobre, tiene una “depresión nerviosa” cuando lo que tiene fulano, podría ser esquizofrenia paranoide. Lo primero hace más admisible socialmente su situación.

Depresión, es una de las pocas palabras que usadas por la Psiquiatría, en la calle no se emplean para agraviar, como lo son otras palabras de patología mentales, como: psicótico, maníaco, histérico, psicópata, etc., hasta los años 90, nadie contaba que tenía una depresión; ahora todo el mundo conoce a alguien que la padece o la ha padecido. El auge de la confesión de la depresión no es nuevo. La melancolía también tuvo su fama y su moda durante el Renacimiento, y que representaba un rasgo de sensibilidad o genialidad. Con la aparición de los antidepresivos en los años 50, la depresión no se declara, se confiesa, pues estos medicamentos tienen

influencia de importancia en la depresión, no sólo por su capacidad para modificar sus síntomas, sino para ocultar sus causas. Diremos entonces, que Depresión es un síndrome (conjunto de síntomas que suelen darse agrupados y que pueden depender de diferentes causas) que presenta las características de: fatiga fácil y duradera físicamente, intelectualmente, hay un desinterés generalizado por las cosas, inhibición física y psíquica, humor triste, falta de interés por la vida, trastornos de la alimentación, del sueño, de la sexualidad, ideas de suicidio y una conciencia dolorosa por estar en ese estado.

Por experiencia propia conocemos a alguna persona que ha tenido o está teniendo una depresión, y que hay medicamentos, (antidepresivos) con los cuales se puede tratar. Todo esto del conocimiento cotidiano; porque nadie se interesa en datos más especializados que le aburren o no entienden; sin embargo como este estado de ánimo, bajo el término de depresión se ha puesto a la orden del día, nos informamos más, sea voluntariamente o si lo escuchamos inadvertidamente. Somos como esponjas, lo cual nos ayuda a tener conocimiento de cosas que al cabo del tiempo son importantes en nuestra vida; y sin darnos cuenta creemos en la ciencia.

El discurso sobre la depresión proviene de datos científicos ciertos, pero que de lo científico a lo real existe un gran trecho. Sabemos que la depresión es una enfermedad mental muy frecuente en nuestros tiempos, que se trata con medicamentos y que tiene un origen orgánico y probablemente genético, cotejando esta información común, con datos científicos, comprobaremos que la depresión ya era frecuente en otros tiempos (aunque se considere como nueva patología) y que además de tratarse con antidepresivos, también se trata con otros métodos.

Por muy raro que parezca, la depresión en el hombre, equivale a la hibernación (algo así como un estado de “Espera”, mientras el tiempo mejora

con la llegada de la primavera) en los animales. Su utilidad, consiste en permanecer la mayor parte del tiempo, quieto; para aumentar con esto, las posibilidades de sobrevivir al duro invierno. Estar deprimido es como estar hibernando, disminuye el deseo natural de salir, de comer, de hacer el amor, de emprender cualquier tarea nueva y por lo tanto riesgosa. Entramos en un estado de depresión:

- Cuando se muere un ser querido,
- Cuando nos divorciamos y el dolor de la separación es todavía muy grande,
- Cuando nos mantienen encerrados en una celda,
- Cuando perdemos la esperanza y renunciamos a nuestros anhelos y aspiraciones.

Sin embargo lo más común es cuando nuestras expectativas en la vida son muy altas y difíciles de alcanzar, por lo que dejamos de vivir en el presente para vivir en el mañana y de esta forma nosotros mismos nos ponemos en un estado de “espera”. “Mientras me vuelvo rico”, “Mientras me quede viuda”, “mientras logre un mejor trabajo” (“mientras deje de ser gusano y me vuelva mariposa”).

Todos deberíamos de admitir que a veces nuestros sentimientos y emociones varían o que esto tiene relación con las circunstancias que nos rodean diariamente y que las cosas no sólo no resultan adversas cuando no salen bien, sino también cuando andamos con el ánimo por los suelos. Cuando se nos pide opinar acerca del carácter de amigos, inconscientemente, tendemos a describir los estados de ánimo que les son característicos; a menudo empleamos palabras como: tranquilo, malhumorado, voluble, angustiado, melancólico, irritable y muchas cosas más. La descripción de los estados de ánimo es una de las principales características de la música, artes visuales, poesía y demás géneros literarios donde se encuentran descripciones de emociones y estados de ánimo. Estos son parte importante de nuestra existencia. Los altibajos de nuestro estado de ánimo han atraído mucho el interés de Médicos y Psiquiatras ya que estos

cambios, cuando son exagerados, afectan la capacidad de la persona para llevar una vida normal, por lo que se ha llegado a considerar a la depresión como una forma de padecimiento que ocupa un lugar importante al lado de otras enfermedades psiquiátricas.

La depresión, a diferencia de lo que sentimos cuando nos encontramos simplemente desalentados, tiene síntomas que la consideran una enfermedad y son los siguientes:

- “Fuerte abatimiento y llanto, falta de respuesta a las circunstancias existentes y desacuerdo con ellas.
- Otros cambios en el estado de ánimo, entre ellos: tensión, irritabilidad y angustia,
- Insomnio (suele ser característico despertarse en la madrugada).
- Disminución del apetito, pérdida de peso y estreñimiento.
- Falta de energía y cansancio o falta de resistencia.
- Pérdida del deseo sexual.
- Pérdida de la capacidad de concentración y de la memoria.
- Sentimientos de poca estimación de si mismo, culpabilidad e indefensión.
- Ideas de suicidio.”¹

También ha llegado a evidenciarse que la depresión es en extremo frecuente.

El paciente deprimido ve el mundo excesivamente pesimista y desesperanzado y a menudo se consideran responsables de su estado y se juzgan a si mismos con dureza.

Todas estas preocupaciones pueden llevar a la persona deprimida a desear liberarse de una situación vergonzosa o torturante y piensa en poner fin a

¹ Merson, Stephen, M.D. “Depresión”. Edit.Norma. Bogotá,Colomb.1,96. Pag.11.

su vida, lo que hace que la conducta suicida y el peligro de cometer actos autodestructivos se vuelvan realidad.

“Una persona deprimida no es un “enfermo mental”, lo que es muy bueno tomar en cuenta es que, si nos encontramos en un círculo vicioso del cual no podemos salir, ¡es categóricamente importante pedir ayuda!”²

1.2.2. Causas Generadoras de la depresión.

Ningún académico de la salud mental actualizado, dirá que existen causas biológicas en la depresión, tampoco afirmará que sean genéticas. Sin embargo cuando hay que explicar a sus pacientes, algunas veces se toman hipótesis de todo tipo, pero en realidad son noticias o sospechas vagas y poco confirmadas y que cuando se transmiten en público se vuelve rumor y como vivimos en un mundo que cultiva masivamente el rumor, al ámbito público está plagado de personas que viven de él, del rumor, (famosos, periodistas, abogados, médicos, etc.). Qué duda cabe de que las ideas que mejor se transmiten por medio del rumor son aquellas falsas y que no se pueden demostrar, por lo tanto, no está fuera de estos parámetros la propagación de la creencia de que tenga un origen genético la depresión; pero hay un fenómeno en particular, que da alas a la existencia de la depresión endógena. Según algunos estudios y la práctica clínica cotidiana de muchos psiquiatras, los antidepresivos son muy poco eficaces cuando se le administran a alguien con cuadro depresivo por causa de la muerte de un ser querido (duelo) y que si a esta misma persona se le administra el antidepresivo sin este acontecimiento cercano, sería eficaz el medicamento. Es en casos como este, que el Psiquiatra tiende a creer que la ineficacia de los antidepresivos ante el duelo es una prueba irrefutable de que la depresión endógena existe, causada por algo orgánico, por una disfunción probablemente genética. Es decir: si un día alguien amanece llorando y no encuentra el menor placer en las cosas y no existe ningún acontecimiento de

² Asturias O., Ingrid. “CLICK” Psicología fácil. Edic.Expresa, Guatemala.1998. Pag.116.

la vida real que lo explique (una muerte, abandono o despido, etc.), esto es una depresión endógena. Diremos entonces, que el sujeto que conoce qué le causa la depresión, no da lugar a la eficacia del antidepresivo y por el contrario, quien ha olvidado qué perdió y cuándo, y a quién no le interese saberlo, recibe la ayuda de los antidepresivos.

La depresión nos acompaña desde siempre, no importa donde esté ni que edad tenga, el ser humano no encuentra un buen motivo para justificar que otro siente pena y miedo. Nos acompañan por un extremo la euforia y por el otro, la tristeza; y en medio, la excitación, la alegría, el optimismo, el enfado, la pereza, la nostalgia, etc.,y todos los matices afectivos que permita el lenguaje.

La depresión en nuestros días rara vez depende de la naturaleza. Esta, generalmente tiene una motivación interna, y podemos caer en un verdadero círculo vicioso, ya que la persona deprimida, no tendrá la energía que necesita para cambiar su entorno, y éste no cambiará solo. Una persona puede estar deprimida por encontrarse demasiado aislada, pero su misma depresión le roba la energía necesaria para ponerse en contacto con alguien más. Ejemplo: Alguien puede sentirse sola, pero no se atreve a visitar a su mejor amiga porque no quiere que la vea así, además no quiere arreglarse para salir y porque se siente mal.

Algo que no debemos olvidar es que todas las personas tenemos la posibilidad de deprimirnos. La depresión no es una enfermedad sino más bien un "estado". También debemos tomar muy en cuenta que, si nos encontramos en un círculo vicioso del cual no podemos salir, es categóricamente importante pedir ayuda.

A nivel bioquímico, muchos especialistas coinciden en que, la depresión ocasiona un desequilibrio en ciertas sustancias cerebrales (como la serotonina y la noradrenalina), y éstas influyen en el estado de ánimo y la conducta de las

personas. La depresión por causa de una muerte, divorcio, despido laboral, o cualquier cambio sustancial en nuestra vida, es normal y generalmente, la mejor cura es su aceptación y....el tiempo.

1.2.3. Características de la depresión.

La depresión está incluida en la clasificación de los trastornos del estado de ánimo que tienen como característica principal una alteración del humor. Pueden ser: episodios afectivos, estados de ánimo, y episodios afectivos más recientes o el curso de los episodios recidivantes.

Los trastornos del estado de ánimo están divididos en trastornos depresivos, trastornos bipolares y trastornos basados en la etiología. Los depresivos se diferencian de los bipolares porque no hay historia previa. El trastorno depresivo mayor se caracteriza por uno o más episodios depresivos mayores.

El trastorno depresivo no especificado es cuando no cumple los criterios de un trastorno depresivo mayor.

“Criterios para el episodio depresivo mayor:

A: Presencia de cinco (o más) de los siguientes síntomas durante un período de 2 semanas, que representan un cambio respecto a la actividad previa; uno de los síntomas debe ser (1) estado de ánimo deprimido o (2) pérdida de interés o de la capacidad para el placer.

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

(1) Estado de ánimo deprimido la mayor parte del día, casi cada día según lo indica el propio sujeto (p.ej.: se siente triste o vacío) o la observación realizada por otros (p.ej., llanto)

Nota: En los niños y adolescentes el estado de ánimo puede ser irritable.

- (2) Disminución acusada del interés o de la capacidad para el placer en todas o casi todas las actividades, la mayor parte del día, casi cada día (según refiere el propio sujeto u observan los demás).
 - (3) Pérdida importante de peso sin hacer régimen o aumento de peso (p.ej., un cambio de más del 5% del peso corporal en 1 mes), o pérdida o aumento del apetito casi cada día. Nota: En niños hay que valorar el fracaso en lograr los aumentos de peso esperables.
 - (4) Insomnio o hipersomnia casi cada día.
 - (5) Agitación o enlentecimiento psicomotores casi cada día (observable por los demás, no meras sensaciones de inquietud o de estar enlentecido).
 - (6) Fatiga o pérdida de energía casi cada día.
 - (7) Sentimientos de inutilidad o de culpa excesivos o inapropiados (que pueden ser delirantes) casi cada día (no los simples autorreproches o culpabilidad por el hecho de estar enfermo).
 - (8) Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o indecisión, casi cada día, (ya sea una atribución subjetiva o una observación ajena).
 - (9) Pensamientos recurrentes de muerte (no solo temor a la muerte), ideación suicida recurrente sin un plan específico o una tentativa de suicidio o un plan específico para suicidarse.
- B. Los síntomas no cumplen los criterios para un episodio mixto.
- C. Los síntomas provocan malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

- D. Los síntomas no son debidos a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p.ej.: una droga, un medicamento) o una enfermedad médica (p.ej., hipotiroidismo).
- E. Los síntomas no se explican mejor por la presencia de un duelo (p.ej., después de la pérdida de un ser querido), los síntomas persisten durante más de dos meses o se caracterizan por una acusada incapacidad funcional, preocupaciones mórbidas de inutilidad, ideación suicida, síntomas psicóticos o enlentecimiento psicomotor.”³

La característica principal de un trastorno depresivo mayor es un curso clínico caracterizado por uno o más episodios depresivos mayores, sin historia de otro tipo de depresión. Para diagnosticarlo, no se toma en cuenta cualquier otro episodio de trastorno del estado de ánimo inducido por alguna sustancia, ni los trastornos del estado de ánimo por una enfermedad médica. Algunas veces no se distingue un episodio único con síntomas fluctuantes de dos episodios independientes.

Este trastorno tiene especificaciones como: Leve, moderado, grave sin síntomas psicóticos, grave con síntomas psicóticos, en remisión parcial, en remisión total, crónico. Con síntomas catatónicos, con síntomas melancólicos, con síntomas atípicos. De inicio en el postparto.

El trastorno depresivo mayor, episodio único, se caracteriza por:

- A. “Presencia de un único episodio depresivo mayor.
- B. El episodio depresivo mayor no se explica mejor por la presencia de un trastorno esquizoafectivo y no está superpuesto a una esquizofrenia, un trastorno esquizofreniforme, un trastorno delirante o un trastorno psicótico no especificado.

C. Nunca se ha producido un episodio maníaco, un episodio mixto o un episodio hipomaniaco. NOTA: Esta exclusión no es aplicable si todos los episodios similares a la manía, a los episodios mixtos o a la hipomanía son inducidos por sustancias o por tratamiento o si se deben a los efectos fisiológicos directos de una enfermedad médica.

Codificar el estado del episodio actual o más reciente:

- .0 leve
- .1 Moderado
- .2 Grave sin síntomas psicóticos
- .3 grave con síntomas psicóticos
- .4 En remisión parcial / en remisión total.
- .5 No especificado.

Especificar (para el episodio actual o para el más reciente).

Crónico

Con síntomas catatónicos

Con síntomas melancólicos

Con síntomas atípicos

De inicio en el postparto.”⁴

¿Cómo establecer la diferencia en lo que es una depresión “normal”, previsible y lo que, por el contrario es “anormal” o patológica?. Es cuestión de opiniones, porque si adoptamos un enfoque pragmático, el médico basará su opinión en el hecho de que las personas buscan ayuda o dejan de ir al trabajo. O si simplemente consideran la depresión como un estado de ánimo que durará unos cuantos días. La gravedad de la depresión y el tiempo que ésta dura son los

⁴ Ibid.. DSM-IV. Pag.351.

criterios que con mayor frecuencia se emplean para determinar que tipo de depresión se considera enfermedad; aunque hay depresiones menos crónicas que aunque menos graves, también son causa de incapacidad.

Desde el punto de vista del que hace el diagnóstico, algunos estados depresivos presentan características diferentes de los estados de ánimo habituales, donde hay poca duda de que sea una enfermedad. Sin embargo, un estado de ánimo puede considerarse anormal no por tener características cualitativamente diferentes, sino que más bien parece estar fuera de contexto, en el sentido de que no es a consecuencia de determinados acontecimientos o circunstancias, o incluso porque persiste por más tiempo del esperado (como un duelo). La enfermedad de la depresión es un buen ejemplo de cómo pueden darse distintas experiencias personales para describir un estado que se presenta con frecuencia, que es anormal y que puede responder a tratamientos médicos o de otro tipo.

“Para diagnosticar una depresión, se requiere que por lo menos durante dos semanas el paciente experimente una alteración constante de su estado de ánimo, una pérdida de interés y de capacidad para disfrutar de las cosas y una tendencia a sentirse fatigado todo el tiempo, al igual que reunir dos o más de las siguientes siete características: concentración disminuida, menor autoestima, ideas de falta de mérito propio o de culpabilidad, pensamientos que llevan a hacerse daño a si mismo o que conducen al suicidio, menos sueño y menos apetito”⁵

2.2.4. Tipos de Depresión.

En ocasiones la depresión puede considerarse una enfermedad en si misma, pero en otras ocasiones puede ser un aspecto de otra enfermedad, a lo mejor más grave, o de naturaleza psicológica, (enfermedad física, problemas alimentarios, alcoholismo, etc.). Desde el punto de vista psiquiátrico, los

⁵ Op.Cit. Stephen Merson. Pag.26.

síntomas que se observan en la persona deprimida, son de tal gravedad que autorizan a llamarles enfermas. Las mujeres son dos veces más propensas que los hombres a experimentar una depresión (o al menos a admitir que la experimentan). La depresión es, sin duda, la forma más común de problema psicológico que deben enfrentar y tratar los médicos. La depresión tiene muchas características en común con las enfermedades mentales y se la considera como una de éstas. La depresión puede ser grave y causar incapacidad, pero con mayor frecuencia es sólo un estado temporal que dura semanas o meses.

Tanto los médicos como los pacientes están de acuerdo en que entre los síntomas de la depresión se incluye una alteración sostenida y generalizada del estado de ánimo, tristeza o melancolía morbosa, llanto y preocupación, acompañados de un cambio característico y constante de los patrones de pensamiento sobre temas de desesperanza, de culpabilidad, autodesprecio y autodestrucción. Otros síntomas de la depresión pueden ser las alteraciones de las funciones o ritmos corporales (somáticos o biológicos) y son particularmente notablemente en formas graves de depresión..

El efecto en nuestro pensamiento también se observa con cambios, tales como: cambios de conducta que son fácilmente detectados por familiares y amigos.

La depresión puede adoptar gran variedad de apariencias y generalmente comprende diferentes trastornos. También puede presentarse junto con ciertas enfermedades o como consecuencia de ellas, (ej.: enfermedad de Parkinson, el desequilibrio hormonal, los efectos de drogas psicoactivas y terapéuticas, el VIH-Sida, etc.) Pueden producir síntomas difíciles de distinguir de la depresión; y que también pueden darse en el contexto de enfermedades psiquiátricas, generalmente consideradas más graves que la depresión, como la esquizofrenia y demencia. En estos casos los psiquiatras consideran que la depresión es

secundaria respecto a la enfermedad más “importante” y por consiguiente, el tratamiento se dirige contra ésta última con la esperanza de que la depresión desaparezca al mismo tiempo que los otros síntomas.

A la ENFERMEDAD PURAMENTE DEPRESIVA, los médicos la llaman “depresión grave”, “depresión clínica” o “enfermedad depresiva”. Melancolía y depresión psicótica. Los pacientes creen que padecen una enfermedad incurable e interpretan otros síntomas de la depresión (pérdida de peso o estreñimiento, por ejemplo) como prueba de ello. Consideran que los demás los ven inútiles y despreciables, atormentándose en creer que lo merecen y es un justo castigo. Todo esto puede causar en el paciente deprimido, alucinaciones o imaginar que oye voces de desprecio, que lo insultan o amenazan, inclusive lo incitan a suicidarse. Estas personas fácilmente pueden empezar a aceptar que están enfermas, riesgo de caer en autoabandono, que las conducen a dejar de comer, o beber, descuidar su higiene personal, encontrándose al borde del suicidio, probablemente requieran de hospitalización y muchas veces hacerlo a la fuerza, por su propio bien.

En otros casos, la depresión es debilitante y constituye una enfermedad mortal; recuperarse de ella, es regularmente demorado e incompleto.

2.2.4.1. ENFERMEDAD MANIACO-DEPRESIVA. En muchos aspectos, la manía es el reflejo invertido de la depresión, durante ciertos períodos, los pacientes se muestran excesivamente alegres, comunicativos, confiados en sus ideas y llenos de energía y entusiasmo, y a estas personas se les denomina Maníaco – depresivas o trastorno bipolar, tienden a ser un mal de familia y es grave y recurrente. A veces puede ser perjudicial para la vida en el hogar, los negocios, etc. Con frecuencia se hace necesaria la hospitalización. Se trata a los pacientes con medicamentos para controlar los síntomas de la enfermedad y para protegerla contra la recurrencia.

2.2.4.2. DEPRESION Y AUNGUSTIA: La angustia es un síntoma común de la enfermedad depresiva y de otros trastornos, puede manifestarse como síntoma psíquico, como físico. Entre los psíquicos están: el temor, ataques de pánico, preocupación y tendencia a evitar situaciones que, provocan miedo (fobias). Entre los efectos físicos: dificultades respiratorias, palpitaciones, sudoración, temblores y sensación de tensión corporal. No es raro que estos síntomas se presenten en personas deprimidas y con frecuencia pueden ser los más sobresalientes.

2.2.4.3. DEPRESIÓN Y SINTOMAS FISICOS. Muchos rasgos de la depresión son de naturaleza física. Muchos síntomas como: dolores, pérdida de peso, estreñimiento, fatiga, falta de apetito, pueden ser difícil de diagnosticar depresión u otra enfermedad. Se requiere de otras pruebas por si existe otro tipo de enfermedad. En las formas más graves de depresión, no sólo se presentan muchos síntomas físicos, (pesadez, estreñimiento), sino que las personas se preocupan más por su estado físico y pueden llegar a pensar que se encuentran enfermas cuando en realidad no lo están, a veces al punto de caer en serio autoengaño.

2.2.4.4. DEPRESIÓN CON SINTOMAS BIOLÓGICOS INVERTIDOS. Las formas más comunes de depresión, se caracterizan por disminución general del nivel de la actividad, lo que puede manifestarse como falta de apetito, pérdida del sueño o reducción de sus actividades. Paradójicamente algunos pacientes deprimidos experimentan inversión del patrón habitual (duermen más, comen mejor), por lo que la enfermedad puede pasar inadvertida para el médico, quien no reconoce los síntomas, razón por la que el tratamiento puede retardarse o no darse.

2.2.4.5. DEPRESION BREVE Y RECURRENTE. Aunque el tiempo no sea suficiente para diagnosticar la depresión, si acarrear con el tiempo problemas significativos pues estas personas sufren cambios en su estado de ánimo durante unos días.

2.2.4.6. PROBLEMAS DE ADAPTACIÓN. Todos conocemos la sensación de hallarnos deprimidos, la que puede estar acompañada por falta de interés en la comida, apatía, que viene después de una importante desilusión (no pasar un examen, dejar de obtener un ascenso, el caso de muerte de un ser querido o la ruptura de una relación). Lo que nos afecta, causándonos ese estado de ánimo, muy semejante al que se da en la depresión. Los psiquiatras la denominan: Reacción al estrés, para distinguirla de la depresión.

2.2.4.7. DEPRESION CRONICA Y DISTIMIA. Los síntomas se presentan de forma prolongada que interfieren en la vida cotidiana. Los pacientes están desmotivados, falta de entusiasmo y poca posibilidad de disfrutar de las cosas.

2.2.4.8. DEPRESIÓN Y ESQUIZOFRENIA. Los pacientes con esquizofrenia durante la evolución de su enfermedad, presentan síntomas depresivos y otros que tienen depresión como secuela de su enfermedad.

2.2.4.9. DEPRESIÓN Y ABUSO DE BEBIDAS ALCOHOLICAS. El alcohol a largo plazo actúa como depresivo y horas después de haberlo ingerido nos sentimos cansados, perezosos y soñolientos.

2.2.4.10. TRASTORNOS AFECTIVOS POR CAMBIOS ESTACIONALES. La depresión varía con las estaciones del año. El grupo pequeño que padece esta depresión, se le ha acuñado la expresión de “Trastornos afectivos por cambios estacionales”.

2.2.4.11. DEPRESION EN LAS MUJERES. Se ha observado que las mujeres son quienes más sufren de depresión, a lo mejor sea por razones inherentes a su constitución, por desventaja social o por todos los cambios naturales en su desarrollo (menstruación, embarazo, tristeza post-parto, menopausia, etc.)

2.2.4.12. DEPRESION EN NIÑOS Y ADOLESCENTES. Es rara en los niños, pero la que se presenta es por una amplia variedad de problemas infantiles, (vida de mucha tensión causada por maltrato o por presión del trabajo escolar). En los adolescentes es aún más rara, aunque las que se presentan son similares a las depresiones de los adultos.

2.2.4.13. DEPRESION EN LOS ANCIANOS O PERSONAS DE LA TERCERA EDAD. La depresión aumenta con la edad, porque las enfermedades físicas son más comunes o por tantos cambios que se sufren en esta edad. También las pérdidas, como de categoría, posición social, de la salud, de oportunidades, de amigos, etc. A esta edad se presentan formas poco comunes de depresión, aunque la más común, la llaman los médicos “Seudodemencia” que simula un problema de memoria y que puede confundirse con la demencia.

2.2.5. Depresión y suicidio.

“En ocasiones, el suicidio parece ser el único escape para la persona solitaria y deprimida” (Charles Gatewood).⁶

Lo mismo que una muerte prematura, la muerte por suicidio es una tragedia. No hace mucho, el suicidio era ilegal y se creyó que con eso algunas personas desistieran de suicidarse. Antiguamente el suicidio era un acto antisocial y cuando se pensaba que era obra del demonio se le privaba hasta de recibir los sacramentos.

La conducta suicida se relaciona con varias enfermedades psiquiátricas y la depresión a lo mejor es la más común. La asociación del suicidio con la depresión es importante no solo por este motivo sino también porque es mucho lo que se puede hacer por las personas deprimidas. Lo que no ocurre en los casos de

6. Nathan, Peter & Sandra L.Harris. “Psicopatología y Sociedad” Edit.Trillas, México, 1983. Pag.230-

afecciones crónicas más duraderas que también se asocian con el suicidio, como el alcoholismo y los trastornos de la personalidad.

La consumación del suicidio se relaciona con características personales. Entre ellas hay factores que no se pueden cambiar, ejemplo: el sexo (intentan el suicidio más hombres que mujeres), la edad (el suicidio aumenta con la edad), la clase social y la existencia de una anterior conducta suicida. Cuando llegamos a sentirnos abrumados por sentimientos de desesperación, casi todos abrigamos ideas de autodestrucción. En la mayoría de las personas de las ideas suicidas, son momentáneas y desaparecen antes de ponerlas en práctica. Pero si persisten, como puede pasar con alguien que sufra de depresión, éste puede planear e intentar el suicidio. En la mayoría de los casos, las ideas de suicidio son temporales, sin embargo durante este período transitorio, el paciente puede provocarse serias heridas, incluso la muerte.

El suicidio, que como se sabe, se asocia a menudo con la enfermedad de la depresión, continúa en algunos países ocupando lugares preponderantes, como causa de muerte entre los hombres.

2.2.6. Antecedentes históricos de la Depresión.

Podemos ilustrar la psicosis afectiva con descripciones por hombres que han experimentado esta enfermedad con total intensidad. Ejemplo: el novelista ruso Fedor Dostoievski y el reformador norteamericano Clifford Beers. La depresión de Dostoievski era irreversible. Intensamente psicótico en ocasiones, siempre fue doloroso y con frecuencia debilitante. A pesar de todo, escribió lo que muchos creen, la prosa más distinguida del siglo XIX. Su trabajo incluye “Crimen y Castigo” y los “Hermanos Karamasov”. Aunque él describió los horrores de su depresión a través de un personaje de ficción; en apuntes del subsuelo, parece claro que estaba relatando con esto el dolor físico y la desesperación abatida que acompañaron a su propia depresión crónica.

Beers. Reintegró y activó el movimiento norteamericano de higiene mental debido a su depresión. A lo que podemos concluir, que estas vidas productivas de Dostoievski y la de Beers, es que la depresión no siempre anula una vida.

Un punto de vista clásico acerca de la depresión, es el de Karl Abraham, uno de los primeros seguidores de Freud, se identifica más estrechamente con el punto de vista Psicoanalítico "Clásico" de la depresión. En 1911, Abraham comparó las depresiones con la aflicción normal. Concluyó que la depresión y aflicción derivan de una pérdida; pero, mientras que la persona normal afligida se preocupa por la pérdida de un amigo o pariente, la persona deprimida se encuentra abrumada por los sentimientos de culpa que se asocian con dicha pérdida. Abraham creyó que la persona deprimida vuelve contra si misma la hostilidad inconsciente que siente hacia la persona perdida.

Un punto de vista neofreudiano, Sandor Rado, concluyó que las personas predispuestas a la depresión tienen necesidades narcisistas muy fuertes (necesidades de satisfacción personal), debido en parte a que no desarrollan seguridad sobre su sentido de autoconsideración durante los primeros años decisivos de la vida. Cuando sufren una pérdida, reaccionan con ira la cual en última instancia se revierte internamente a medida que el ego (el cual incorporó el objeto querido "introyectado" y ahora perdido) es "castigado por el superego. Melanie Klein, creyó que la raíz de la depresión se encuentra en la naturaleza de la relación madre-hijo durante el primer año de vida del niño. Cuando esta relación es insatisfactoria, el bebé reacciona ante la frustración y ausencia de gratificación con cólera y con fantasías de "Actuación" sádica en el medio ambiente. El niño crece sintiéndose desvalido, triste, culpable y lleno de remordimiento acerca de las circunstancias de su vida. De acuerdo con Klein, las madres que no proporcionan amor incondicional a sus hijos, pueden ocasionar que el niño desarrolle un potencial de depresión grave.

Entre los puntos de vista contemporáneos, los teóricos dinámicos, han añadido comentarios, considerando como el primer factor etiológico de la depresión, como “desafíos del desarrollo” que la persona debe encarar y vencer, a fin de competir con los estreses de la vida que sufre un adulto normal. El no enfrentarse a estos desafíos puede dar lugar a formación de síntomas de rígidas defensas, o quizá depresión crónica. Un proyecto psicodinámico, el de Beck, comenzó poco después de que notó que cinco soldados que accidentalmente habían matado a un compañero, se habían convertido en psicóticos deprimidos y suicidas. Los cinco querían ser castigados por su acto, todos, excepto uno, habían intentado suicidarse. Asociando estas observaciones con los puntos de vista psicoanalíticos acerca de la depresión, se concluye que el rasgo central de la depresión es la “necesidad de sufrir”.

Algunos trabajadores de la salud mental creen ahora que los factores genéticos desempeñan funciones importantes en la etiología de las depresiones.

2.2.7. LA DEPRESIÓN EN PACIENTES DEL HOSPITAL NACIONAL REGIONAL DE ESCUINTLA.

Esta es bastante común en el Hospital, y por falta de conocimiento asisten a Emergencia porque somatizan la depresión. Hay pacientes recurrentes en hospitalización porque no pueden respirar, porque en el hospital sienten compañía, porque les atienden, porque no tienen apetito, porque han intentado suicidarse, se han envenenado, etc., etc., y cuando les escuchamos; su diagnóstico es: depresión por despido en el trabajo, por problemas intrafamiliares, por conflictos de pareja, pérdida de un embarazo, violación, por carencias en su vida diaria, pobreza, etc., etc.

2.2.8. Influencia del contexto ambiental y socio-económico en pacientes con depresión en el Hospital Nacional Regional de Escuintla.

La situación económica, política y social a nivel nacional, ha sufrido grandes cambios, los cuales han hecho mella en la población de clase media, la que actualmente casi no existe, esto es más notorio en los departamentos, y en el de Escuintla, hay muchos problemas de toda índole; generalmente la población que acude al hospital su educación no sobrepasa del sexto grado de primaria, con algunas excepciones; no tienen trabajo; todo esto ocasiona depresiones tan graves hasta el extremo de intentos de suicidio, alcoholismo, drogadicción, etc.

La pobreza ocasiona problemas intrafamiliares, de pareja, de estudio para sus hijos, de alimentación, vestido, vivienda, etc., resultado: depresión, intentos de terminar con su vida, etc.

2.2.9. Antecedentes históricos de la psicología en el Hospital Nacional Regional de Escuintla

Este Hospital empezó a funcionar como tal, el 6 de noviembre de 1,875, su reconstrucción empezó en Diciembre de 1,960. Y el traslado al actual edificio, Kilómetro 59.5 carretera a Taxisco, empezó a funcionar en el año de 1,980. Consta de cuatro niveles, con agua potable, energía eléctrica de emergencia y todas sus instalaciones indispensables para su funcionamiento. Actualmente está conceptualizado como un hospital de área, con etapas integradas de promoción, prevención, protección y recuperación de la salud. Sin embargo, en la práctica y por su complejidad de servicio, funciona como un Hospital Regional, cubriendo las grandes ramas de la medicina.

Su misión es garantizar la atención médica integral del paciente a través del fortalecimiento de los diferentes servicios y departamentos técnicos y administrativos, orientados a contribuir al mejoramiento de la atención de los usuarios.

Entre los muchos servicios que presta, está el de Psicología que lo cubre la Universidad de San Carlos de Guatemala con sus practicantes de la Licenciatura de Psicología: pues en el Hospital existe el servicio de Psiquiatría dos días a la semana pero no hay un Psicólogo de planta. Por lo que con este estudio pudiera fortalecerse la intención de establecer el servicio permanente de la Psicología en el Hospital Nacional Regional de Escuintla, para beneficio de la población escuintleca.

2.2.10. Definición de Terapia Racional Emotiva, “TRE”.

La Terapia Racional Emotiva, “TRE”, es una forma de psicoterapia relativamente sencilla, fácil de entender y bastante factible, muchos terapeutas trabajan duramente con ella. La TRE, fue creada a principios de 1,955, esencialmente con propósitos de eficiencia, porque los métodos psicoanalíticos utilizados hasta entonces eran tortuosos, en cambio con la TRE, este nuevo método filosófico – conductual de psicoterapia relativamente breve, se empezó a tener resultados positivos. La TRE, se encuentra ahora en el centro del muy difundido y crecientemente popular movimiento de terapia cognoscitiva conductual. La TRE, ha sido diseñada de manera específica para ser una forma de intervención psicológica que constituye un tratamiento de elección para intensos y profundamente arraigados sentimientos de ansiedad, depresión, inadaptación, hostilidad y baja tolerancia a la frustración, etc., etc. También puede ayudar apreciablemente a pacientes que tienen las más severas clases de perturbaciones y ayudar inmensamente a los individuos con alteraciones menos graves.

La TRE, puede ser utilizada para ayudar a que los pacientes superen sus sentimientos y conductas inapropiadas en un tiempo razonablemente breve, porque es un enfoque que por una parte, es amplio y múltiple, emplea varios métodos cognoscitivos, emotivos y conductuales en forma integrante; y por otra, es una terapia filosófica y teórica que pone de manifiesto las ideas esenciales creadoras de trastornos, que parecen ser la base de sus actos contraproducentes, lo que muestra claramente a esas personas, cómo fijar la atención en sus

filosofías negativas y cómo proceder a desarraigarlas. Es una terapia realista, que a nada compromete, así como directiva – activa. Su teoría y su práctica básicas, pueden aprenderse, por la mayoría de los profesionales, leyendo, interpretando las grabaciones de sesiones verdaderas. Su lenguaje es simple, sólo se emplean términos de uso corriente. Se le ha llamado método del “Sentido Común”. La TRE, está especialmente diseñada para tener eficacia terapéutica y estimula de modo particular la terapia de plazo relativamente corto.

La terapia racional emotiva llamada también terapia cognoscitiva conductual, no sólo ha demostrado considerable efectividad clínica, sino que está respaldada por gran cantidad de investigación experimental. Se está convirtiendo rápidamente en parte importante de la Psicoterapia científica moderna. Uno de sus rasgos humanos más valiosos, es la plena aceptación de si mismo. La aceptación propia a menudo la confunden con términos como: Confianza en si mismo, amor propio, autocomplacencia, egolatría y otras características que a veces significan casi lo contrario de la verdadera aceptación de uno mismo. Por tanto, la confianza en si mismo significa que está siempre determinado a aceptarse tal cual es, ya sea que actúe mal o bien o que gane o no la aprobación de la gente. La persona logra autoconfianza no por la realización de algo o teniendo éxito en el amor, sino por pura elección. Se acepta a si mismo, simplemente eligiendo hacerlo, no necesita razón especial para ello. Los terapeutas de la racional emotiva, hablan ahora de aceptación de uno mismo o autoelección. Podemos enseñar de modo justificable a decirse a si mismo (paciente), en primer lugar, estoy vivo. Esto es perfectamente evidente y observable. En segundo lugar, elijo permanecer vivo. ¿Por qué?, simplemente porque elijo hacerlo. En tercero, deseo, mientras esté vivo, vivir razonablemente feliz, con relativamente poco dolor y mucho placer, porque eso conducirá a que yo permanezca vivo y porque sencillamente me gusta ser dichoso, más que desdichado. Cuarto, déjenme ver cómo me las puedo arreglar para reducir mi dolor y aumentar mi placer a corto y a largo plazo. Los terapeutas de la TRE y de terapia cognoscitiva conductual, tienden a ver esta clase de plena aceptación de

la vida y la firme determinación de disfrutarla en el acto así como en el futuro, como una aceptación o elección propia. Las personas físicamente impedidas o enfermas, mejor harían en aceptarse ellas mismas, por lo común, tienen características y comportamiento que no quieren aceptar, como sus miembros mutilados o deformes, órganos digestivos con mal funcionamiento, alta presión sanguínea, etc. Por tanto, mejor sería que trabajaran intensamente para reducir o eliminar algunos de estos males, aunque es probable que no lo hagan si gastan su tiempo y su energía zahiriéndose a si mismos por tenerlos.

La forma en la que un terapeuta puede ayudar a sus pacientes a ser más aceptables y menos dados a perjudicarse, es enseñándoles la manera de hacer que sus necesidades inmoderadas se sometan a actuar debidamente y a obtener la aprobación de los demás. La TRE, contiene cinco puntos importantes:

- A Experiencia Activante.
- B Creencias
- C Consecuencia emocional
- D Discutirla
- E Respuesta a la discusión.

Uno de los principales principios de la TRE consiste en establecer cuáles son las creencias (o hipótesis) irracionales de la persona sobre si misma y sobre los demás, y discutir tales hipótesis si parecen producir escasas consecuencias emocionales y conductuales.

La TRE estimula a las personas a sentir emociones fuertes, apropiadas, tales como pena, pesadumbre, disgusto, molestia, espíritu de rebeldía y determinación a cambiar, cuando tienen mala salud u otras experiencias activantes desagradables. Cognoscitivamente, la TRE emplea la confrontación filosófica directa, muestra a los pacientes cómo se trastornan ellos mismos y no son trastornados por otros. Les indica, en forma fácilmente comprensible y realista, cómo poner de manifiesto, combatir y radicalmente desarraigar, las

principales fuentes de sus innecesarios pensamientos, emociones y comportamientos negativos y autodestructivos.

En la TRE, se adopta una actitud muy directa sobre la interpretación de los verbalismos y los comportamientos de los pacientes, a fin de que ellos puedan lograr una perspectiva de sus pensamientos y sus actos y sean capaces de usarla para hacer cambios fundamentales en algunos aspectos importantes de su funcionamiento, bueno o malo. El terapeuta se abstiene de hacer conexiones prolijas entre la historia anterior de sus pacientes (influencias del pasado) ya que una de las principales premisas de la TRE es que las personas no han sido hechas “neuróticas” o “psicóticas” por sus experiencias del pasado, sino que todo por sus propias actitudes irrealistas excesivamente exigentes hacia esas experiencias o por interpretaciones de las mismas. Se dedicará poco tiempo en desenterrar e interpretar el pasado de los pacientes, en cambio deberá interpretar las interpretaciones de ellos de tales acontecimientos. Al practicar la TRE, es probable que interprete material “inconsciente”, sin embargo, lo hará rápida y directamente, sin misticismo ni rituales confusos, y sin pretender que dicho material es excepcionalmente difícil de descubrir y encarar para las personas alteradas.

La interpretación de la relación de transferencia. Se supone que las relaciones de los pacientes con otras personas significativas en sus vidas, son más importantes que sus relaciones con el clínico. Si tienen una extrema necesidad de la aprobación de alguien, esto puede, por supuesto, incluir, incluso al terapeuta y, por consiguiente, su simpatía o su odio hacia éste quizá constituye una ilustración de esta necesidad subyacente. En tal caso, el terapeuta tendría que mostrarle sus irracionales creencias subyacentes que crean esta situación de “Transferencia”. Al indicar a los pacientes su racionalización, su actitud defensiva y lo inconsciente de su pensamiento es parte del proceso de mostrarles sus creencias irracionales y la forma de discutir las mismas. En la TRE, el terapeuta tiende a señalar a sus pacientes en forma bastante directa, y a menudo

rápidamente, sus irracionalidades básicas y específicas y a enseñarles y a estimularlos a abordar sus procesos de racionalización y de pensamiento evasivo, así como a obligarse ellos mismos, mediante asignaciones emotivas y de tareas, a realizar cosas que hagan cada vez más fácil para ellos renunciar a sus mecanismos de defensa contraproducentes. Para la interpretación del pasado, el presente y el futuro, en la TRE, el terapeuta puede demostrar a sus pacientes que ellos se hallan aferrados a sus ideas; que ellos causan en buena parte sus problemas reaccionando con exceso (o deficientemente) a su primer ambiente; y que prolongan tales alteraciones al persistir en sus tontas ideas y hacerlo respondiendo básicamente del mismo modo que lo hicieron con anterioridad. En la enseñanza e interpretación, en el TRE, el terapeuta interpreta, mientras enseña a sus pacientes, informalmente y en lenguaje sencillo, los principios general del método y la lógica científicos. Se enseña a los pacientes a aceptar las hipótesis o teorías pero no como “hechos”.

El terapeuta orientado en la TRE, tiende a interpretar los pensamientos, las emociones y los actos de sus pacientes en las siguientes formas:

- Hace sus interpretaciones de un modo activo-dirigido. Adopta una conjetura probable, al principio de la terapia, sobre cómo sus pacientes se están trastornando ellos mismos por creer ciegamente en una o varias ideas irracionales.
- Mostrarle a las personas trastornadas, desde la primera sesión, material del que propendan a no tener conocimientos y que incluso puedan haber reprimido.
- Podrá hacer interpretaciones filosóficas, directa y profundamente centradas desde la primera sesión, ya sea que haya logrado o no una cordial e intensa relación con sus pacientes.
- Nunca atacar o condenar a los pacientes, sino solo esforzarse por hacer que abandonen su propia condenación.
- Puede a menudo encontrar sumamente aconsejable ser bastante enérgico y vehemente acerca de algunas de sus propias interpretaciones.

En la TRE definimos los pensamientos racionales, los sentimientos apropiados y los comportamientos afectivos como aquellos que ayudan a la sobrevivencia y la felicidad de los humanos. La importancia de los valores en la TRE, sostiene que lo que llamamos personalidad consiste en gran parte en creencias, fundamentos o actitudes; que los hombres y las mujeres tienden a actuar saludablemente cuando tiene valores basados en la razón y la experiencia.

En la TRE, la cognición, la emoción y el comportamiento humanos son vistos como interrelacionados. Cuando pensamos, también sentimos y actuamos; cuando sentimos, simultáneamente pensamos y actuamos; y cuando actuamos, concomitantemente pensamos y sentimos.

La TRE adopta la terapia cognoscitiva – persuasiva o la educación emocional como uno de sus métodos esenciales, sin embargo, nunca es exclusivamente cognoscitiva y de manera invariable utiliza también varios procedimientos emotivos y conductuales.

La TRE, como otras formas efectivas de tratamiento psicológico, por lo común resulta en mejoramiento significativo aunque rara vez en una completa cura. Hay un número creciente de estudios experimentales y clínicos que muestran que las personas a quienes se enseña el empleo de métodos de la TRE y que realmente trabajan utilizándolos, no sólo tienden a perder sus síntomas sino también reducir sus inclinaciones a trastornarse ellos mismos sin necesidad.

La TRE, es a menudo un tratamiento muy efectivo a corto plazo, durante el cual puede mostrarse a los pacientes lo que están haciendo para trastornarse ellos mismos y, en algunos casos, los ayuda desde el principio a cambiar sus formas disfuncionales establecidas de mucho tiempo atrás. En consecuencia, uno de los más rápidos y eficaces métodos de la TRE, es mostrar a los pacientes

aunque en forma objetiva, no de censura que están lamentándose y que buena parte del dolor y de la incomodidad que se deriva de sus trastornos emocionales procede directamente de sus quejas. Si se les puede convencer de que exageran en sus quejas y de que en realidad no tienen por qué quejarse, se les ayudará mucho a superar su trastorno y con frecuencia se logrará esto en un tiempo notablemente breve.

Lo más importante es que aún podemos decir que casi todos los trastornos emocionales de los pacientes, sobre salud u otros problemas, quizá se remonten en buena parte al empleo, en un aspecto u otro, de su tonta creencia de que es terrible. Su angustia y su depresión tal vez se interrumpan rápidamente si se les ayuda a emplear y adoptar creencias de discusión y reto.

Las palabras emotivas como “Qué lástima”, están cargadas de filosofía, sean inmediata y dramáticamente efectivas para cambiar las ideas, la emoción y el comportamiento. Sin embargo tienen un efecto “emocional” directo que Eugene Gendlin llama significado *sentido*. La TRE, con frecuencia utiliza con sus pacientes y clientes, palabras y frases muy “fuertes”, sumamente expresivas e impregnadas de emoción, incluyendo groserías, éstas tienen significado mucho más fuerte y más sentido que sus sinónimos menos emocionales. El pensamiento y las imágenes positivos, proporcionan excelentes resultados debido a que también incluyen elementos filosóficos. A pesar de su frecuente eficacia, el pensamiento positivo y las imágenes del mismo signo tienen varias limitaciones diferentes. Tienden a disimular los conceptos de fracaso de los pacientes. No constituyen una técnica muy profundamente centrada o de reestructuración cognoscitiva, subrayan el éxito como medida de la valía humana, son paliativos más que curativos, porque cuando se utiliza el pensamiento o las imágenes positivos, uno todavía retiene la filosofía fundamental de que carecería de mérito alguno, si fracasara. Hay pocos eventos activantes potencialmente perturbadores a los que no pueda aplicarse con éxito la TRE.

Las personas que se representan vívidamente a si mismas tomando decisiones difíciles, aceptando riesgos reales, asistiendo a aburridas reuniones sociales, tratando vaciedades con su cónyuge y sus hijos y experimentando fracasos sexuales, al emplear la TRE, es posible que se adapten filosófica y emocionalmente a casi toda clase de dificultades que puedan presentarse. Por lo tanto, por todos los medios debe estimularse al paciente a convencerse, mediante el continuado uso de las imágenes racionales emotivas, de que pueden hacer muchas cosas que piensan no podría hacer y a tener sentimientos apropiados que creen están fuera de su alcance. Encontraré a menudo que es bueno hacerlos avanzar a lo largo de estos lineamientos, pero simultáneamente mostrarles que aún cuando fracasen, nunca son gente abominable sino sólo personas que hasta ahora no han tenido éxito.

Toda psicoterapia tiende a contener una gran dosis de sugestión, ya que los humanos creen en gran medida lo que desean creer más que la “verdad” empíricamente apoyada, y dan una fuerza enorme, y a menudo mágica, a un terapeuta impresionante, en particular si tienen grandes dotes de “personalidad”, encanto o carisma. Casi toda sugestión es efectiva en gran parte porque las personas la convierten en autosugestión y activamente aceptan lo que alguna “autoridad” les ha dicho que es verdad.

Las personas que se han sentido deprimidas, paralizadas y casi pandémicamente angustiadas, a veces utilizan el pensamiento positivo o la autosugestión beneficiosas para convencerse de que pueden hacer bien las tareas más diversas y disfrutar a pesar de las muchas adversidades.

La distracción también es parte de la psicoterapia, aunque algunos que utilizan esta forma de tratamiento, no parecen estar conscientes de cómo y por qué la están empleando.

Aunque muchos métodos de distracción, como la relajación, el yoga y los deportes, parecen físicos, realmente son muy cognoscitivos, ya que, de acuerdo con la teoría de la TRE, nosotros mismos nos angustiamos, nos deprimimos o nos hacemos hostiles, al enfocarnos o concentrarnos en alguna idea horripilante, Ej.: “Sería horrible que fracasara en la práctica que voy a dar mañana”. Sin embargo, todas estas y otras muchas distracciones a menudo funcionan debido a que mientras estamos practicándolas, nos concentramos en lo que hacemos y, debido a esto ya la forma limitada en que nuestras mentes trabajan por lo general, no podemos simultáneamente concentrarnos en lo terribles que pueden ser las cosas. Aunque tiene sus limitaciones:

- 1) nuestras ideas desagradables pueden no ser enteramente destructivas.
- 2) Las distracciones cognoscitivas pueden ser una forma de negación, si con frecuencia recurrimos a ellas, quizá expulsemos de la conciencia las ansiedades, las hostilidades y otras ideas negativas y nos quedemos sin tener contacto con ellas.
- 3). La distracción normalmente sólo dura cierto tiempo, puesto que, al dejar de concentrarnos en actividades físicas, en fantasías placenteras, en meditación o en lo que quiera que sea, todavía nos quedamos, por lo general, con los mismos problemas básicos que teníamos.

Muchos problemas emocionales tienen que ver con la poca tolerancia a la frustración o con la molesta ansiedad. Las personas tienen un temor racional de la enfermedad, la incapacidad y los procedimientos médicos y luego lo exageran en un conjunto muy irracional de temores. Les desagrada, como es natural, la incomodidad y la posible muerte, creando en ellos graves sentimientos de nerviosidad, ansiedad, angustia o depresión, y se sienten tan desmesuradamente molestos sobre tales síntomas de trastorno que con frecuencia se alteran más por los síntomas, que por los problemas médicos originales.

La TRE, también ha subrayado el empleo del humor y la intención paradójica en psicoterapia. Si las personas tienden a no ser sólo serias sino

exageradamente serias sobre sus deseos y frustraciones, un método para ayudarlas a superar esto es reducir al absurdo, de un modo humorístico.

La TRE, adopta un punto de vista muy disciplinado y orientado al trabajo, ya que, de modo bastante peculiar, la mayoría de los humanos es mejor que trabajen para ser felices. Por lo tanto, el objetivo de la TRE, es ser todo lo eficaz que sea posible. Entonces, de un modo no perfeccionista, utilizando los diversos métodos de la TRE y de terapia de comportamiento cognoscitivo, no será necesariamente el terapeuta más destacado del mundo, pero a menudo, si persiste, puede ser extraordinariamente bueno, sólo hay que demostrar que nada tienen que perder intentando aceptarse a si mismos y cambiar su comportamiento disfuncional.

Esta teoría sostiene que las personas directamente no reaccionan emocional o conductualmente ante los acontecimientos que encuentran en su vida, más bien, las personas causan sus propias reacciones según la forma en que interpretan o valoran los acontecimientos que experimentan.

Albert Ellis explica plenamente estas creencias y muestra por qué cada una de ellas es claramente absurda y contraproducente. También puede utilizarse (la TRE), como un instrumento de auto ayuda, para lo cual engloba el descubrimiento de las creencias irracionales, o el método diagnóstico y la penosa utilización de los procedimientos lógico-empíricos de la investigación científica: preguntando, debatiendo, poniendo en duda y discutiendo las creencias irracionales. La finalidad de este proceso es inducir a la persona a que reconozca lo absurdo de sus creencias, a que las abandone y a que adopte otras nuevas y más apropiadas.

A diferencia de la mayoría de los demás sistemas de psicoterapia, incluyendo el sistema psicoanalítico, por una parte, y el sistema behaviorista clásico, por otra, la TRE, no comienza admitiendo que las personas casi completamente se ven condicionadas o aprenden de otros la manera de

trastornarse a si mismas. Acepta que casi todo lo que las personas hacen comporta importantes elementos aprendidos. Tenemos una tendencia más fuerte innata o biológica, por ejemplo: a caminar sobre el suelo que (como hacen los monos), a columpiarse por los árboles. Sin embargo, aprendemos, con las provechosas enseñanzas de los demás y nuestra propia experiencia, la forma de caminar mejor, más rápidamente, más erguidamente o a mayor distancia. De una forma innata tendemos a mamar de los pechos de nuestras madres y más tarde a tomar alimentos no líquidos. Pero también aprendemos a mamar más fuerte y mejor, y aprendemos a comer una enorme variedad de alimentos que raramente tomaríamos en nuestros primeros años de vida.

De esta manera, la herencia biológica y las tendencias a aprender por nosotros mismos y por los demás se combinan para hacernos seres humanos y para proporcionarnos nuestros fines y satisfacciones principales, tales como nuestras necesidades básicas de permanecer vivos y haciendo que estemos felices y satisfechos de muchas maneras mientras vivimos.

A causa de nuestras tendencias innatas y adquiridas, nosotros en gran manera (aunque no exclusivamente), controlamos nuestros propios destinos y especialmente los emocionales. Lo hacemos así por nuestros valores básicos y creencias. Y en la TRE, lo podemos colocar de la forma siguiente: En el punto A (experiencia activadora o Acontecimiento Actividad) ocurre algo. Por ejemplo: tu tienes un buen empleo y quedas despedido. En el punto C, surge una consecuencia emocional y/o conductual con la que tu reaccionas ante lo que ocurre en el punto A y te sientes bastante deprimido, quedándote en casa la mayor parte del tiempo y evitas salir y buscar otro empleo equivalente o mejor. La consecuencia emocional y conductual, sigue casi inmediata y directamente después de tener lugar la experiencia activadora (A), tu (y otros), erróneamente tienden a pensar que A causa C. y tú (y ellos), equivocadamente concluyen así: “Yo perdí este empleo tan bueno y eso, mi pérdida, me ha deprimido y me hizo evitar buscar otro nuevo” La TRE, efectivamente afirma que esta conclusión no

se sigue necesariamente y representa lo que llamamos un paso en falso. Pues lo que realmente ocurrió incluía A y C, pero la C, no provenía automáticamente de A sino de B, su creencia sobre A. ¿Qué creencia?, pues la muy clara y evidente, “me gustaba el empleo que tenía, y porque me gustaba, no quería perderlo, y porque no lo quería perder, considero su pérdida como mala, desafortunada o perjudicial”. Si tú solamente deseas o quieres el empleo, en el punto B, tu creencia o idea o valoración de A, consistiría en “¿Qué importa si conservo este empleo o no?” y C, (tu consecuencia emocional) sería la indiferencia o inercia. No sería lo mismo si tú deseas con desesperación ese trabajo. Por tanto la teoría de la TRE, afirma claramente, que las experiencias activadoras en A, como la pérdida de un empleo, no hacen que tengas consecuencias emocionales en C, con sentimientos de depresión, desesperación y pánico y no te lleven a las consecuencias conductuales tales como la inercia y la evasión. Más bien, tú eres el factor principal que produce tus propias consecuencias, en C, al creer firmemente ciertas cosas en B, tu sistema de creencias innatamente predispuesto y aprendido o adquirido. Entonces estas creencias, podrían fácilmente inclinarte tú mismo hacia la desesperación y la depresión con tanto horror, que probablemente tendrías que salir y suicidarte. Con pensamientos como estos, incluso si conservas tu empleo hasta que mueras en él, puedes deprimirte completamente aunque no tengas problema alguno.

No todas las creencias irracionales incluyen “un debería” o un “Tengo qué”. Algunas de ellas consisten simplemente en afirmaciones no empíricas o irreales. Casi siempre, las creencias irracionales no solamente brotan de tu tendencia humana a ver el mundo algo deformado y a hacer afirmaciones antiempíricas o irreales acerca de lo que te ha ocurrido o te ocurrirá probablemente, sino de tus afirmaciones exigentes e imperativas acerca de “te debería ocurrir” o “es preciso que te ocurra” de tal forma que puedes conseguir absoluta y necesariamente lo que deseas.

Las principales irracionalidades humanas, tienen sus raíces biológicas y brotan de la naturaleza fundamental del ser humano. Muchas de las personas que las siguen ciegamente, van en contra de lo que dicen sus padres, compañeros o medios de comunicación social.

A pesar de todo, no ceden. Incluso, las personas que parecen menos aquejadas de pensamientos y comportamientos irracionales, en ciertos momentos vuelven a ellos y a veces seriamente. Por ejemplo: un terapeuta que enseña objetiva y desapasionadamente a sus clientes cómo comportarse más racionalmente, puede, si alguien se resiste tercamente, actuar con cierta irracionalidad y despacharle de malos modos de su sesión terapéutica. En casos como éste, las condiciones ambientales a veces producen comportamientos estúpidos en personas normalmente sanas. Pero estas personas obviamente reaccionan ante estas circunstancias porque tienen alguna disposición básica para salirse de las casillas en condiciones extrañas de tensión nerviosa y probablemente esa disposición básica posee elementos innatos.

Distinguir, consiste en que halles las diferencias claras que hay entre lo que quieres y lo que necesitas, tus deseos y tus demandas (o imperativos), tus ideas racionales e irracionales. Este proceso consiste en mostrarte a ti mismo tanto los aspectos buenos como los malos de tu comportamiento, fijándote en la diferencia entre los resultados indeseables e “insoportables” de tu vida, dándote cuenta de que los inconvenientes no llegan a ser horrores, diferenciando entre las conclusiones lógicas sobre tu vida y las ilógicas, discerniendo otras varias clases de inconsistencias y contradicciones en tus pensamientos y comportamientos cuando debates contigo mismo las creencias irracionales que has descubierto en el proceso de la TRE.

Definir, es cuando de alguna forma definimos los términos y concluimos con más definiciones pero más refinadas y más claras.

Discusión, Consiste en varias clases de reestructuras cognitivas, incluyendo la averiguación de tus irracionalidades, el debate contra ellas, la

distinción entre el pensamiento lógico e ilógico y la definición y redefinición semántica que te ayuda a detener la supra-generalización y mantenerte más cerca de la realidad. Al discutir tus creencias irracionales que te hacen y te mantienen perturbado emocionalmente en el punto D en los A-B-C-D-E- de la TRE, finalmente llegas a dominar estas creencias y si lo haces con suficiente frecuencia; rara ves volverás a tenerlas. La discusión, es el principal enfoque terapéutico de la TRE, es un enfoque muy poderoso si te decides a utilizarlo.

El resultado final de la TRE consiste en que consigas un nuevo efecto (E) o filosofía que te capacite a pensar semiautomáticamente sobre ti mismo, sobre los demás y sobre el mundo de una forma más sensata en el futuro. La teoría de la TRE, tiene algo más que la utilización de los A-B-C- y los D-E-. La TRE, recalca firmemente los métodos emotivo-evocativos de terapia (tales como la imaginación racional emotiva, ejercicios para atacar la vergüenza y la forma en que los terapeutas dan a sus clientes una estima positiva incondicional o la plena aceptación no condenatoria); e insiste en una gran variedad de tareas conductuales para hacerlas individualmente (ejercicios orientados a la acción y a la insensibilización en vivo), pues esta teoría, mientras refuerza los componentes cognitivos en la perturbación humana y en el cambio de personalidad, también afirma que las personas se agarren firme, enérgica y dramáticamente a sus ideas y comportamientos. Y para que los cambios sean reales y duraderos, sería mejor por tanto, que trabajaran firme, enérgica y emotivamente en modificar su conducta perturbada.

La Teoría de la TRE, también recalca la tendencia humana a la habituación. Si te permites a ti mismo faltar a tu deber en el trabajo, tiendes a habituarte a ello por la repetición y la práctica. Pero si te dices a ti mismo, muchas veces y con gran fuerza, que quedas clasificado como un sinvergüenza y un inútil por faltar al deber y ser tú mismo la causa de que pierdes los empleos, te habitúas a creer fácilmente y a asirte permanentemente a esta creencia mágica. Por lo tanto, la teoría y la práctica de la TRE, afirma contundentemente, que solamente

practicando sus A-B-C- y sus D-E-, muchísimas veces y de una forma emotiva y orientada a la acción, probablemente permitirá deshacer las creencias irracionales y mantenerlas controladas permanentemente. De hecho, la teoría de la TRE, postula la tendencia a pensar irracionalmente, a manifestar emociones de forma inapropiada y a actuar con ciertas perturbaciones que tienen una base biológica fuerte y un componente importante de aprendizaje; por eso parece muy improbable que siempre se comporte como una persona completamente racional y no de forma auto-destructiva. Sin embargo, si se aprende realmente bien los ABC. de la TRE y los refuerza con una acción conductual vigorosa, permanente y emotiva, puede llegar sorprendentemente lejos en esta encantadora dirección.

“El terapeuta TRE, es altamente directivo, claro y preciso en sus intervenciones. Su papel es cambiar las ideas y creencias irracionales por ideas y creencias lógicas y racionales. La terapia se convierte en una verdadera reeducación. El primer paso es mostrar al cliente su falta de lógica y cómo ha llegado así a la desadaptación que presente”⁷

2.2.11. La depresión y la Psicoterapia Racional Emotiva. TRE.

Conocer los mecanismos mediante los cuales se deprime una persona ayuda a encontrar tratamientos eficaces y también ayudan a la prevención de la depresión e identificar a aquellas personas que más riesgos corren de sufrir esta enfermedad. Como la gravedad y naturaleza de una depresión puede ser variada en los factores que intervienen en su aparición; el campo de la salud recibe contribuciones de muchas ramas de la ciencia y del pensamiento (La Psicología, Sociología, Medicina, etc.) Los factores de vulnerabilidad se dan más en algunas personas que en otras, ante los acontecimientos vitales adversos. Entre estas razones puede incluirse, la herencia, el carácter, la constitución física, la personalidad, la red de apoyo social o familiar con que cuenta y la situación

⁷ Prada, Rafael “Escuelas Psicológicas y Psicoterapéuticas”. Edit.San Pablo.Colombia.1.998. Pag.171.

económica. Muchos de los factores de vulnerabilidad tienen que ver; sobre todo con el entorno social de las personas.

Tanto la psicoterapia psicoanalítica, como la terapia conductual y la TRE, se utilizan con pacientes gravemente deprimidos, pero el tratamiento simple más efectivo para este estado parece ser de carácter somático. Los enfoques conductuales y de la TRE, sobre la depresión, son recientes, consideran que la depresión es el resultado de reforzadores inadecuados o insuficientes. En términos operantes, esto significa que los pacientes deprimidos probablemente tienen un repertorio conductual debilitado. Están bajo un programa de extinción, su conducta nunca es seguida por consecuencias reforzantes. También sugieren que existe otro factor etiológico, “pérdida general de la afectividad del reforzador”, que pueden ser de dos maneras: A) Hechos bioquímicos o neurofisiológicos que ocurren en la cabeza, y B). Perturbación o interrupción de la cadena habitual de hechos reforzantes.

Actualmente, se debe andar con cuidado porque los medios curativos se usan según los ideales del momento. Generalmente se explican las cosas por lo orgánico, por el cuerpo; cualquier cosa, menos considerar que nuestro ánimo tiene que ver con nuestra vida de relación. Encontramos entonces, que se utilizan medios terapéuticos con aires de dogma científico, sin saber ni sobre qué cambios biológicos se actúa, ni qué cambios biológicos se producen con la actuación.

Las modas terapéuticas han variado a lo largo de la historia y el empirismo ha permitido avances reales pero también da retoños ridículos cuando no monstruosos. En el ámbito de las enfermedades mentales, la historia de los métodos terapéuticos va de lo pintoresco a lo brutal; apoyándose en las ideas de cada época desde métodos más bien incómodos, hasta el más directo castigo corporal. A un médico de la antigüedad se le ocurrió ponerle a los melancólicos un casco de plomo para hacerlos conscientes de que si tenían cabeza y no la tenían vacía; y a veces lo portaban por prescripción médica. Otro, pensó que los

síntomas melancólicos eran por el exceso de eyaculaciones nocturnas y les pareció adecuado aplicar cataplasmas en los genitales del paciente, para evitarlas. Otros más siniestros, lo hacían con castigos corporales y de sufrimiento. Aún así, no alcanzaron en la antigüedad el grado que superó el futuro.

En la Edad Media, la enfermedad mental se estigmatizaba como pecado, incluida la melancolía, era signo del abandono de Dios, como cualquier otra forma de locura. Los tratamientos en aquellos tiempos eran de carácter de penitencias, de castigo redentor, del que hoy aún no se libra. También se les multaba y encarcelaba.

El Renacimiento le dio un vuelco a la apreciación moral de la melancolía; se le dio el rasgo de la genialidad, tanto que los filósofos renacentistas encontraron gran interés en la melancolía. Entendieron ésta como un signo de sensibilidad extrema, aproximándose a lo divino. A veces simulaban o imitaban al melancólico para indicar que estaban dotados para el arte, lo cual producía cierto agrado ver la holgazanería, flojedad y mucha comodidad. Sin embargo para curarlo de su tristeza se ha acompañado de tratamiento que causaban daño físico. Actualmente no quedan restos de esas actitudes. A nadie se le ocurriría proponer hacerle daño a un paciente deprimido, ni para purgar sus pecados ni para distraerlo de sus preocupaciones. Hoy en día se usa la Terapia electroconvulsiva (TEC), el electrochoque de antaño. Un cambio de nombre para designar las terapéuticas físicas. Podemos ponernos las pilas químicas (antidepresivos) o recargarnos el cerebro con una descarga eléctrica.

Creemos que la depresión es una enfermedad moderna, producto de nuestros tiempos y forma de vida. Pero esto es un mal entendido múltiple. Primero, por moderna, se diría que es una enfermedad nueva, (de hace veinte o treinta años, a lo mucho) los jóvenes podrían llegar a pensar que Freud o Kraepelin cuando escribieron sobre la melancolía o la depresión se referían a otra cosa. Lo único que apareció entre los siglos XVII o XIX, fue la palabra

Depresión que vino a desplazar en la Segunda Mitad del siglo XX al término melancolía. Pero esto no basta para considerar que la depresión apareció con la modernidad. Tendríamos que preguntarnos de que hablaba Hipócrates, cuando describía los síntomas dependientes de la bilis negra, la angustia, tristeza, el abatimiento moral, el desánimo, la dificultad para dormir, la irritabilidad, el desasosiego, el miedo prolongado. Definitivamente, la depresión, no es una enfermedad moderna.

La historia de la depresión es la historia del ser humano, quizás se entiende por moderna por el hecho de que actualmente hay más casos. Si de esto se tratara, encontraríamos que porque algo es numeroso se volvió otra cosa; si es esta la razón, nos preguntaríamos: ¿Desde cuándo pasamos lista a los tristes?, y en base a las estadísticas, diríamos que hay más depresiones desde que nos hemos puesto a contarlas, y si al contarlas, han sido modificadas por el observador, que por lo regular modifica el fenómeno observado y no sólo lo modifica sino a veces mete la mano en el asunto?. Y es el caso que la Estadística empezó a contabilizar como depresión, las depresiones de pacientes ingresados en hospitales y tratados con medicamentos.

La depresión es frecuente en nuestro tiempo, confirmación que hace la Organización Mundial de la Salud (OMS). Se dice que de cada cuatro seres humanos, uno está deprimido, pero hay datos suficientes para confirmar que los trastornos del ánimo han acompañado al ser humano a lo largo de la historia.

Hoy en día, es la forma de abordar la depresión, lo moderno, y que su cuadro clínico presenta un elemento claro que la hace siniestramente coherente con nuestros tiempos; en la depresión no hay futuro, el deprimido vive en una especie de fin de su tiempo.

En sentido general, podríamos decir que la depresión es una enfermedad, una dolencia; pero en sentido médico, las cosas no están tan claras. Lo que hoy

se diagnóstica como depresión y se trata como una enfermedad, no corresponde a una entidad clínica consistente.

La referencia diagnóstica para Psiquiatras y Psicólogos se encuentra en las Clasificaciones Internacionales; en el DSM-IV, establecido en Estados Unidos de América y de uso habitual en el resto de los países. El DSM-IV, describe agrupaciones de síntomas, por lo que no habla de enfermedad sino que emplea el término “Trastorno”, pero esto no impide que en la calle y en la consulta se considere una enfermedad.

Actualmente se cuenta con terapias tan asombrosas, que los Hospitales para enfermos mentales han quedado bastante vacíos desde que se empezaron a usar en los años sesenta, pues la mayoría eran pacientes deprimidos.

2.2.12. ¿Cómo se enfoca la Depresión en la Psicología?

Se enfoca a través de la motivación interna, de las expectativas de vida del sujeto, por lo que deja de vivir y sentir placer; formando un círculo vicioso, y entonces, el sujeto deprimido no podrá cambiar su entorno. Se puede decir que es una enfermedad, o consecuencia de otra enfermedad, una dolencia, carencia en donde el ser humano no encuentra un buen motivo para justificar que otra sienta pena y miedo.

“La TRE, constituye un enfoque amplio del tratamiento psicológico, ya que especifica e intensamente emplea métodos emotivos y conductuales que ayudan a las personas a ver sus creencias irracionales, y esto las ayuda a discutir y desechar tales ideas”⁸

2.2.13. Psicoterapia individual con la Terapia Racional Emotiva “TRE”.

⁸ Ellis, Albert & Eliot Abrahms. “Terapia Racional emotiva.....”Edit.Pax,México 1,978. Pag.31.

La psicoterapia Racional Emotiva, de Albert Ellis, es intuición y comprensión.

Es un método que va más allá de la confianza de la lógica. Inicialmente, Albert Ellis, era asesor matrimonial que proporcionaba consejo directo a quienes lo consultaban. Ellis se volvió hacia el psicoanálisis ortodoxo para ayudar a sus clientes con problemas emocionales. Insatisfecho con este método, fue pasando gradualmente hacia un método cada vez más directivo, puesto que sabía aquello que molestaba a sus pacientes, no tenía objeto permanecer sentado esperando que aquellos desarrollaran su propia percepción de cual era el problema. Finalmente, Ellis llegó a considerar que podía enseñar a sus pacientes a cambiar su manera de pensar de modo que pudieran servirse de un enfoque racional de sus problemas.

Desde el punto de vista filosófico, el terapeuta racional –emotivo, hace determinados supuestos acerca de la naturaleza del hombre y de aquello que le hace desdichado o trastornado.

Primero, el sujeto se ve como un ser capaz de comportarse racional o irracionalmente. Cuando es racional, es eficaz y competente y se siente feliz. Aquello que designamos como trastorno emocional es el resultado de un pensar irracional e ilógico, Además, se considera que los pensamientos y las emociones están ligados unos a otros. En efecto, la emoción acompaña el pensamiento y éste es, de hecho, un pensamiento afectado e irracional. Tenemos pensamientos irracionales porque aprendimos cosas ilógicas de nuestros padres y de nuestro medio cultural o ambiental. La persona trastornada perpetúa su conducta ilógica tomando de modo continuo sus ideas irracionales internamente. Y entonces por esta autoestimulación, la conducta desordenada y las emociones trastornadas nunca se extinguen. También por esta razón es que descubrir y comprender los orígenes del trastorno no bastan para cambiar la conducta.

Los trastornos emocionales persistentes no son causados por circunstancias internas; se producen porque percibimos y sentimos los acontecimientos externos negativamente y luego incorporamos estas actitudes ilógicas en frases internalizadas que formamos respectivamente.

Los objetivos de la terapia racional emotiva, TRE, consisten en reorganizar las percepciones y el pensamiento de tal forma, que se introduzca en ellos la lógica, y que lo que era irracional pueda convertirse en racional. El terapeuta tratará de mostrar al paciente de qué modo sus autoverbalizaciones han producido su trastorno emocional, cuán ilógicas éstas son y cómo enderezar su pensamiento para hacerlo más lógico y dejar así, de asociarlo a emociones negativas. Ellis identifica cierto número de valores culturales irracionales en la sociedad occidental que conducen inevitablemente a trastornos behavioriales. Por ejemplo, cree que la mayoría de la gente considera como esencial el ser queridos y aprobados por prácticamente todos aquellos que los rodean. Otro ejemplo: sería el de la idea de que, para ser de algún valor, la persona ha de ser perfectamente competente. Otros ejemplos comprenden las ideas de que algunas personas son inherentemente malas y deberían castigarse, de que si las cosas no son tal como quisiéramos que fueran, esto constituye una grave catástrofe, y que todo problema tiene una solución perfecta. La terapia racional emotiva, TRE, procede en cuatro pasos:

1. Se le enseña al paciente que es ilógico y se emprenden esfuerzos para mostrarle de qué modo llegó a serlo. Además, se señala la relación entre ideas irracionales y su infelicidad emocional.
2. El terapeuta racional emotivo, muestra al paciente que su trastorno persiste no porque algo le haya sucedido tempranamente en la vida, sino porque sigue actualmente pensando de modo ilógico.
3. Este paso comprende, ayudar al paciente a desprenderse de su pensamiento ilógico.
4. Finalmente, el terapeuta va más allá de su preocupación por las ideas ilógicas concretas del paciente y aborda las ideas irracionales generales

que caracterizan a la sociedad. El terapeuta expresa una filosofía racional de la vida, de modo que el paciente pueda quedar inmune contra el volver a caer víctima, más adelante, del modo de pensar irracional.

La técnica terapéutica es, en el tratamiento racional emotivo, muy activa y se parece mucho a la enseñanza. Una vez completada la etapa de tratamiento, el asesor trata muy francamente de reeducar al paciente. Le muestra cuán ilógico es su trastorno, de qué modo cayó víctima en el pasado, del pensamiento ilógico y cómo está el mismo causando sus problemas, por seguir pensando ilógicamente.

Manifiestamente, el terapeuta sirve como una fuerza contrarrestante de los pensamientos autodestructores del cliente, los contradice y expone aquello que constituyen ideas y supersticiones ilógicas. Además, estimula e inclusive impulsa al paciente a emprender determinadas actividades susceptibles de conducir a contradicciones de los pensamientos ilógicos que ocasionaron sus problemas.

2.2.14. Psicoterapia grupal con la Terapia Racional Emotiva, TRE.

En la TRE, también se trabaja terapia de grupo y competencia, se hace mucha discusión cognoscitiva y de resolución de problemas, pero los miembros también llevan a cargo tareas de toma de riesgos, ataque de la vergüenza, autorrevelación, desempeño de papel y otros ejercicios emotivo – conductuales para ayudarse a comprender que lo que ellos consideran un comportamiento “vergonzoso” y “terrible” en realidad es solo “poco afortunado” e “inconveniente”.

La TRE, además de utilizarse como terapia individual, de familia, matrimonial, con adolescentes y niños, también se utiliza en psicoterapia grupal. Generalmente es una terapia breve y directiva. Necesita un cierto nivel intelectual y de verbalización para ser aplicada eficazmente, y en casos de personas desconectadas de la realidad (autistas, psicóticos graves, etc.,) no es útil. Ha sido criticada por considerársele antihumanista, mecanicista, demasiado directiva y superintelectualista; pero no hay que negar que para personas con trastornos

leves o como terapia preventiva, ha sido de mucha utilidad, y algunos psicólogos, como de la talla de Eysenck (1,964), la han alabado.

Por tanto, a pesar de la controversia, si las terapias modernas son de la elección del terapeuta, la TEC, aún parece ser el “Tratamiento de elección” para pacientes con psicosis depresivas que no han respondido a los medicamentos antidepresivos. Durante los pasados años, también se han empleado con éxito los antidepresivos, los compuestos tricíclicos y los inhibidores de la monoaminoxidasa.

1.2.15. La Terapia Racional Emotiva, TRE, y su relación con teorías fundamentalistas como el Psicoanálisis, Psicología Humanista, Psicología cognitiva –conductual.

Albert Ellis nació en 1913, estudió psicología en varias universidades y recibió su doctorado en la Universidad de Columbia, USA. Inicialmente se interesó mucho por el psicoanálisis y trabajó en varios hospitales, enseñando en las Universidades de Rutgers y Nueva York; sin embargo su mayor tiempo lo ha dedicado a la práctica y en ella ha elaborado su propio método, ecléctico en muchos aspectos, pero muy original en cuanto a su enfoque racionalista.

Los conceptos fundamentales de su enfoque los podemos encontrar en Freud, Allport, Frankl, Rogers, Horney, Maslow, Neoconductistas, pero la manera como Ellis ha integrado sus ideas, ha dado a la terapia racional emotiva TRE, un toque muy personal. Los supuestos esenciales de Ellis son los siguientes:

- El hombre es tanto un ser racional como irracional.
- La conducta neurótica y desadaptada es el resultado de un pensamiento irracional e ilógico

- El pensamiento irracional comienza en el primer aprendizaje irracional que la cultura y los padres dan al individuo.
- Como el ser humano es un animal verbal, los trastornos y desadaptaciones psíquicas se siguen manteniendo a través de verbalizaciones internas y pensamientos ilógicos.
- Un trastorno emocional se mantiene no tanto por las circunstancias externas en si, sino por la actitud y percepción del individuo ante esas circunstancias y porque las interioriza verbalizándolas.
- Los pensamientos y emociones negativas se deben contrarrestar a través de la reorganización de las percepciones. Lo que era ilógico e irracional volverlo lógico y racional.

Ellis ha identificado 11 ideas o valores que en nuestra cultura son irracionales y fuentes de neurosis.

1. Es esencial que la gente de nuestro grupo o comunidad, en casi su totalidad, nos quiera y nos apruebe.
2. Debemos ser totalmente competentes, oportunos y eficaces en todos los aspectos.
3. Algunas personas son malas intrínsecamente, ante ellas debemos apartarnos y buscar que sean castigadas.
4. Las cosas deberían ser como nosotros quisiéramos que fuesen, de lo contrario es una calamidad.
5. La infelicidad tiene causas externas y nosotros de ninguna manera podemos controlarla.
6. Debemos evitar en lo posible las cosas peligrosas, de riesgo, o que nos puedan causar miedo.
7. Más fácil es huir de la responsabilidad que enfrentarla.
8. Hay personas fuertes y débiles, éstas deben depender de las primeras.
9. Nuestro comportamiento depende de nuestro pasado, estamos definitivamente anclados a él.
10. Debemos preocuparnos al máximo por los problemas de los demás.

11. Para cada problema hay una solución ideal y debemos alcanzarla, de lo contrario la situación es catastrófica.⁹

“Hasta el propio Sigmund Freud, que estaba muy interesado en explorar profundamente el pasado de las personas y en conectarlas interpretativamente con sus alteraciones presentes, comprobó que el oro del psicoanálisis está casi invariablemente mezclado con la escoria de la sugestión, y así lo señaló claramente. Pudo haber señalado asimismo, que toda la psicoterapia tiende a contener una gran dosis de sugestión, ya que los humanos creen en gran medida lo que desean creer más bien que la “verdad”, empíricamente apoyada, y dan una fuerza enorme, y a menudo mágica, a un terapeuta impresionante, en particular si tienen grandes dotes de “personalidad”, encanto o carisma. Además, una vez que toman en serio las sugerencias del terapeuta, aun cuando sean bastante erróneas o dolorosas, suelen adoptarlas autosugestivamente”¹⁰

1.2.16 La Terapia Racional Emotiva “TRE”, como indicación para Instituciones de salud comunitaria.

La contribución de la Psicología, en este caso, a la medicina, es de importancia capital la Terapia Racional Emotiva,, porque para comprender el diagnóstico y el tratamiento de la enfermedad, que tienen un componente psicológico, no solo psicosomático, sino también el temor, la angustia, el desamparo y el pánico, que pueden traducirse en términos físicos o simplemente, hacer las enfermedades físicas peores o más difíciles de tratar. Y es en este punto en donde la forma breve, y efectiva del abordaje de la depresión con la TRE, es de suma importancia en los centros o instituciones con alta incidencia de pacientes porque se atienden en mayor número, pues muchos de ellos no regresan a varias sesiones por lo que la TRE, sería como la piedra angular en la ayuda o soporte psicoterapéutico en el ámbito comunitario..

1.2.17. PREMISAS,

⁹ Op.Cit. Rafael Prada.Pags. .170-171.

¹⁰ Op.Cit. Albert Ellis & Elliot Abrahms. Pag. 179.

- 1.2.17.1. “Para diagnosticar una depresión, se requiere que por lo menos durante dos semanas el paciente experimente una alteración constante de su estado de ánimo, una pérdida de interés y de capacidad para disfrutar de las cosas y una tendencia a sentirse fatigado todo el tiempo, al igual que reunir dos o más de las siguientes siete características: concentración disminuida, menor autoestima, ideas de falta de mérito propio o de culpabilidad, pensamientos que llevan a hacerse daño a si mismo o que conducen al suicidio, menos sueño y menos apetito.” --Merson, Stephen, M.D.
- 1.2.17.2. “Los sentimientos de angustia extrema y el experimentar lo que parecen ser estados de ánimo insoportables, y que constituyen fuente de continua pena, empujan a una persona a intentar suicidarse aunque sea tan sólo como un medio para encontrar la paz. Las personas que piensan en el suicidio hablan de ello como si se tratara de irse a dormir. Ideas de completa inutilidad, de desesperación y de total pesimismo son peligrosas, al igual que también lo es el sentirse personalmente responsable, culpable, perverso y merecedor de un castigo” ---Merson, Stephen M.D.
- 1.2.17.3. “Cualesquiera que sean el tratamiento y las estrategias preventivas necesarias, es importante que el paciente no se sienta inhibido en sus futuras actividades. La gran mayoría de las personas que sufren un episodio de depresión se recuperan del todo y están en condiciones de volver a la normalidad, por lo cual no deberían sentir nunca que tienen que limitar o reducir sus actividades o aspiraciones, pues las más de las veces no es necesario hacerlo” –Merson, Stephen. M.D.
- 1.2.17.4. “Depresión, en el campo de la mente humana, presenta una gran diversidad de usos. En el uso corriente, designa tanto un breve momento de tristeza como una enfermedad mental. Estamos un poco o muy “depres” en algún momento del día sin saber muy bien por qué, y al rato se nos pasa sin habernos instruido más al respecto. La cosa puede no mejorar tan deprisa, los días pueden convertirse en semanas y, si no lo hacemos nosotros, alguien podrá pensar que tenemos una depresión. Llega entonces el momento de definir médicamente la depresión” –Calvillo Samada, Francisco

- 1.2.17.5. “La ideología científicista, en la que creemos sin darnos cuenta, considera que todos nuestros males radican en última instancia en nuestro cuerpo, en nuestro material genético. Se trata de una creencia muy potente. Aunque de manera evidente lo externo nos dañe (fumando, bebiendo, drogándonos, malcomiendo, etc.), existe la creencia de que nos daña porque tenemos un gen que nos predispone y empuja a ello (los genes del tabaquismo, del alcoholismo, de la adicción, de la bulimia, de la barriga cervecera)”. Calvillo Samada, Francisco.
- 1.2.17.6. . “Una persona deprimida no es un “enfermo mental”, lo que es muy bueno tomar en cuenta es que, si nos encontramos en un círculo vicioso del cual no podemos salir, ¡es categóricamente importante pedir ayuda!. Actualmente se cuenta con terapias tan asombrosas, que los hospitales para enfermos mentales han quedado bastante vacíos desde que se empezaron a usar en los años sesenta. Pues la mayoría eran pacientes deprimidos.” ---Asturias O., Ingrid
- 1.2.17.7. “El terapeuta TRE, es altamente directivo, claro y preciso en sus intervenciones. Su papel es cambiar las ideas y creencias irracionales por ideas y creencias lógicas y racionales. La terapia se convierte en una verdadera reeducación. El primer paso es mostrar al cliente su falta de lógica y cómo ha llegado así a la desadaptación que presenta.” --Prada, Rafael
- 1.2.17.8. “La TRE constituye un enfoque amplio del tratamiento psicológico, ya que específica e intensamente emplea métodos emotivos y conductuales que ayudan a las personas a ver sus creencias irracionales, y esto las ayuda a discutir y desechar tales ideas.” Ellis, Albert & Eliot Abrahms.
- 1.2.17.9. “Hasta el propio Sigmund Freud, que estaba muy interesado en explorar profundamente el pasado de las personas y en conectarlas interpretativamente con sus alteraciones presentes, comprobó que el oro del psicoanálisis está casi invariablemente mezclado con la escoria de la sugestión, y así lo señaló claramente. Pudo haber señalado asimismo, que toda la psicoterapia tiende a contener una gran dosis de sugestión, ya que los humanos creen en gran medida lo que desean creer más bien que la “verdad” empíricamente apoyada, y dan una fuerza enorme, y a menudo mágica, a un terapeuta impresionante, en

particular si tienen grandes dotes de “personalidad”, encanto o carisma. Además, una vez que toman en serio las sugerencias del terapeuta, aun cuando sean bastante erróneas o dolorosas, suelen adoptarlas autosugestivamente”. Ellis, Alberto & Eliot

1.2.17.10. “Cuando comencé por primera vez a practicar la terapia racional emotiva (RET), en el año 1,955 y pronuncié mi primera conferencia en la reunión anual de la Asociación Psicológica Americana en Chicago, el 31 de Agosto de 1956, la consideré como una teoría muy sencilla de la personalidad humana y de la práctica terapéutica. Yo pensaba principalmente en términos de lo que llamaba la teoría A-B-C- de la perturbación emocional, la condené plenamente, utilizando esta teoría, al mostrar muy rápidamente a mis clientes algunas de sus premisas irracionales fundamentales, cómo estas premisas inevitablemente (bien, casi inevitablemente) llevaban a sus perturbaciones “emocionales” y lo que ellos podrían pensar y hacer exactamente para cambiar sus disparatadas ideas y sus sentimientos inadecuados y de ese modo vencer sus síntomas “neuróticos”. Yo demostré lo acertado y equivocado de mi propuesta. Acertado, en el sentido que los terapeutas (y un poco más tarde, el público en general) pronto empezaron a reconocermé como uno de los verdaderos pioneros en los campos de la terapia cognitiva y de la cognitiva-conductual”..... Ellis, Albert

1.2.17.11. “En ocasiones, el suicidio parece ser el único escape para la persona solitaria y deprimida (Charles Gatewood).” Nathan, Peter E., & Sandra L. Harris.

1.2.18. HIPOTESIS.

La aplicación de la Terapia Racional Emotiva “TRE”, proporcionará resultados efectivos de restablecimiento de salud mental, a corto plazo en los pacientes con depresión en el Hospital Nacional Regional de Escuntla.

1.2.19. VARIABLES.

Variable Independiente: La que denota causa y que en este estudio fue: la aplicación de la Terapia Racional Emotiva “TRE”, en los pacientes con depresión.

Variable que puede ser manipulada y que frecuentemente se le llama “Tratamiento experimental” o sea que el grupo experimental recibió el tratamiento o estímulo.

Variable dependiente: Se conoce como el “efecto” de la variable independiente. Fue los resultados efectivos a corto plazo. Esta variable no se manipula. Y se obtuvo el producto o resultado después del abordamiento de la variable independiente.

1.2.20. INDICADORES.

Indicadores V. Independiente:

- Psicoterapia Moderna
- Psicoterapia efectiva
- Psicoterapia breve
- Psicoterapia de soporte
- Psicoterapia funcional
- Depresión
- Desesperanza
- Sedentario
- Falta de metas
- Actos suicidas
- Baja autoestima
- Abatimiento

Indicadores V. Dependiente:

- Procesos rápidos
- Técnicas efectivas.
- Estrategias específicas
- Solución de conflictos.
- Transformación conductual
- Afrontamiento inmediato
- Análisis
- Condiciones propicias
- Compromiso
- confianza
- Alivio
- Vida nueva.

CAPITULO II

TECNICAS e INSTRUMENTOS

Este diseño de investigación; después de una reflexión, se estableció que el trabajo adquiriría la categoría de casuística para lo que fueron escogidos pacientes que llegaron al Hospital Nacional Regional de Escuintla y que denotaban varios síntomas de depresión.

La muestra se constituyó de modo intencional, la cual se definió por participación voluntaria de las personas que quisieron colaborar con el estudio. Trabajé entonces, con una población de diez pacientes, de edades que oscilan entre 20 y 50 años, de condición socio-económica baja, escolaridad básica (leen y escriben), de grupo étnico diverso.

Este estudio se inició impartiendo una charla, cuyo propósito fundamental fue describir y explicar el beneficio de la implementación de la Terapia Racional Emotiva "TRE", corriente psicológica que ayudaría a enfrentar los conflictos cotidianos. El grupo en este momento fue mayor de diez pacientes, mostrando interés por la oportunidad de ser atendidos.

Después de la información, se procedió a hacer una evaluación en base a la Escala de Depresión de Hamilton, la cual consta de 21 reactivos de síntomas de la depresión y cada reactivo consiste en un grupo de cuatro afirmaciones, de las cuales una tiene que ser seleccionada en relación a la forma en la que se ha sentido el paciente en la última semana. Estas afirmaciones reflejan la severidad del malestar producido por los síntomas depresivos y se califican de 0 (mínimo) a 4 (severo). La puntuación total de la escala se obtiene sumando los 21 reactivos, siendo 0 la mínima puntuación y 64 la máxima a obtener.

La severidad de la depresión se categoriza de acuerdo a la siguiente puntuación:

De	0	á	9	=Ausencia o presencia mínima de síntomas depresivos.
De	10	á	16	=Depresión media.
De	17	á	29	=Depresión moderada
De	30	á	64	=Depresión severa.

Así mismo se aplicó una guía de la Terapia Racional Emotiva “TRE”, para conocer que metas tiene en ese momento el paciente.

Se utilizó la observación durante las sesiones para establecer la condición de la depresión.

Las entrevistas no estructuradas fueron el bastión en este estudio, el escuchar activamente al paciente afectado se pudo establecer en las sesiones la evolución de la depresión.

Haciendo preguntas exploratorias y generadoras, así como la discusión de sus creencias irracionales fue dándose el cambio a creencias racionales.

Durante las sesiones también se asignaron tareas específicas para el cambio de sus creencias irracionales.

CAPITULO III.

3.1. PRESENTACIÓN, ANALISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS.

Como se mencionó en el Capítulo II, la población fue de diez pacientes del Hospital Nacional Regional del Municipio y Departamento de Escuintla, muestra que se definió voluntariamente en el momento de exponer a través de una charla inicial el objeto de estudio y la aplicación de la Psicología a través de la Terapia Racional Emotiva “TRE”.

Para categorizar la depresión en cada uno de los pacientes, se les evaluó por medio de la Escala de Depresión de Hamilton, la cual determina a qué nivel está la depresión de la persona. Esta escala se pasó al inicio del tratamiento con la Terapia Racional Emotiva “TRE” y al final del mismo.

Las tablas siguientes, muestran el cambio de la depresión en el paciente, antes de ser tratado con la “TRE” y después del tratamiento.

A N T E S			IMPLEMENTACION TERAPIA RACIONAL EMOTIVA “TRE”	D E S P U E S		
PACIENTE	PUNTEO	DEPRESIÓN		PACIENTE	PUNTEO	DEPRESIÓN
01	62	SEVERA		01	04	Ausente
02	60	SEVERA		02	12	Media
03	59	SEVERA		03	14	Media
04	60	SEVERA		04	09	Leve
05	58	SEVERA		05	19	moderada
06	54	SEVERA		06	08	Ausente
07	54	SEVERA		07	07	Ausente
08	55	SEVERA		08	07	Ausente
09	50	SEVERA		09	02	Ausente
10	57	SEVERA		10	06	Ausente
<hr style="width: 20%; margin: 0 auto;"/> $569 = 56.9 = \bar{X}_1$ 57.				<hr style="width: 20%; margin: 0 auto;"/> $88 = 8.8 = \bar{X}_2$ 9.		

La media resultante de la depresión en los pacientes en la evaluación inicial o sea antes de recibir el tratamiento con la “TRE”, era de sumo riesgo, y la media resultante después del tratamiento, muestra un cambio favorable en el paciente.

3.1.1. CASOS.

A continuación se presenta dos de las sesiones llevadas a cabo con dos de los pacientes con depresión mayormente severa en las cuales se presentan sus creencias e ideas irracionales y la forma en que se abordó con la Terapia Racional Emotiva “TRE” para el proceso de cambio a ideas y creencias racionales.

3.1.1.1. CASO UNO:

El paciente es un varón de 22 años de edad que presenta diversos síntomas, miedo, tristeza, apatía, falta de apetito, no duerme, angustia, desesperación, todos estos síntomas de la depresión; esto a consecuencia de la amputación de su M.S.D. (miembro superior derecho). El paciente se siente inútil, siendo que el era derecho ahora su angustia es inmensa al no poder hacer nada con la mano izquierda, siente que nadie lo va a apreciar, a querer. Primero, discutí sus enormes temores de fracaso y sus sentimientos de poca estimación propia.

Nuestra segunda sesión fue de la siguiente manera:

Terapeuta: Usted parece sentirse muy temeroso de fracasar en su vida futura y tener éxito.

Paciente: Si, lo menos que puedo decir, es que tengo miedo porque no se que haré ya sin mi mano derecha.

Terapeuta: Miedo de no saber que hacer.....

Paciente: Si no puedo hacer nada, seré una persona inútil.

Terapeuta: Pruébelo

Paciente: ¿Qué lo pruebe?, acaso no se nota, que ya no tengo una mano, y la que me servía para hacer todo.

Terapeuta: Para mi no. Es cierto que usted ya no tiene su mano derecha y que usted esa era la que usaba para hacer muchas cosas, y que no es para saltar de alegría, pero; ¿en qué forma usted me prueba que ya no puede hacer nada en su vida?
Y que como persona, no es bueno?

Paciente: Sigo creyendo que eso no es cierto. ¿Haría cualquier cosa con mi mano izquierda, y me querrían igual si no tengo una mano?

Terapeuta: Probablemente no haría todo de igual manera que con su mano derecha, pero supongamos que no, vamos a suponer también que lo rechazan porque encuentran que usted no abraza a alguien fuertemente porque le hace falta una mano, sería entonces que usted doblemente no puede hacer algo; ¿cómo demuestra esto que usted es malo?.

Paciente: Pues prueba que no soy bueno para trabajar, ni siquiera para abrazar.

Terapeuta: Si, en cierta forma. Usted no es bueno para abrazar con dos brazos, dos manos, y no haría las cosas perfectamente con la mano izquierda. Entonces tendría dos malas características.

Paciente: Y no caigo bien por eso mismo.

Terapeuta: Correcto, en el caso que estamos suponiendo. Sin embargo, todo lo que estamos demostrando es que usted no haría las cosas tan bien como cuando tenía su mano derecha y que por lo tanto ahora necesita aprender y practicar con su mano izquierda, muchas cosas. Pero, piénselo, podría muy bien llegar a hacer muy bien todo lo que quiera con su mano izquierda y además usted tiene muchas más cualidades que puede demostrar, como confiabilidad, sinceridad, honestidad, etc.

Paciente: Pero no tendré mi mano derecha nuevamente.

Terapeuta: Cierto, sin embargo, ¿cómo prueba esto que todos lo rechazarán porque le falta una mano, o porque lo encuentran inútil? Algunas personas en realidad lo apreciarán mucho porque apreciarán el esfuerzo que usted hace utilizando una sola mano.

Paciente: ¡Que bueno fuera!

Terapeuta: Si, habrán muchas personas que lo aceptarán sin fijarse en que le falta la mano derecha, porque con todo, se sienten atraídos hacia usted por las cualidades que posee.

Paciente: ¿Quién diablos desea a un inválido?

Terapeuta: La mayoría de nosotros, en realidad, si estamos cuerdos. Puesto que todos somos sumamente imperfectos, nos sentimos felices de que nos acepten como somos. Sin embargo, vamos a suponer lo peor. Solo para demostrar lo equivocada que es su idea. Vamos a suponer que, debido a la falta de su mano derecha, todos lo rechazan siempre. ¿Sería usted por eso, una persona inútil?

Paciente: Bueno, no sería una gran persona.

Terapeuta: No, no sería un perfecto calígrafo. Pero, muchas personas, recuérdelo, no lo querrían si fuera ese calígrafo. La mayoría de esas personas, al menos en este tiempo, no desearían a un calígrafo, precisamente porque escribe bello y perfecto. De todos modos, se consideraría usted, un inútil?

Paciente: Bueno.....no, creo que no.

Terapeuta: Y ¿por qué no lo sería?

Paciente: Tal vez porque todavía tengo otras buenas cualidades. ¿Es allí adonde quiere llegar?

Terapeuta: Si, en parte. Usted tendría todavía otras buenas cualidades y si tuviera que calificarse, tenga por seguro que considerará todas las cualidades que tenga, no sólo el que ya no tenga su mano derecha.

Trabajando así las siguientes sesiones, iba revelando al paciente cómo sus suposiciones irracionales, lo conducían a sus problemas emocionales, incluyendo la depresión y los deseos de morir, su temor al fracaso, así como la forma en que podría cambiarlas. Le mostré que, en vez de que A causara C, su sistema de creencia en B lo creaba directamente. Primero, en B, tenía una creencia racional: “Me gustaría escribir bien con mi mano izquierda, pero puedo fracasar y decepcionarme, lo que para mi sería una desdicha. ¡Que molesto es experimentar un fracaso!” Si continuaba con esa idea racional, se encontraría, en C, apropiadamente interesado y algo cauteloso. Si trataba de hacer algo con la mano izquierda y practicarla y en verdad no lo lograra hacer, se sentiría triste, apenado y frustrado. Sin embargo, el problema real para el paciente consistía en sus creencias irracionales. “¡Qué terrible sería si no pudiera hacer nada con la mano izquierda!” No podría soportarlo. “¡Me demostraría que soy un perfecto inútil!”.

Cuando el paciente por fin logró acabar con sus creencias irracionales, le enseñé y expliqué lo que debe hacer para que aprenda a desear lo que los demás quieren saber y asegurarse de que ellos comprendan lo que el desea. Enseñarle que el principio con la ayuda del terapeuta y más tarde sin ella, descubrirá cuáles son tales creencias irracionales y, directa y eficazmente, combatir las y desecharlas.

3.1.1.2. CASO DOS:

Esta paciente es una señora casada, de 37 años de edad, con tres hijos varones; quien en un arranque de estrés, de desobediencia, (de parte del niño) le quemó las manos a su hijo de seis años, después de lo sucedido, se siente deprimida, sin deseos de comer, de hacer nada, duerme mucho, no atiende a sus hijos ni al esposo, tenía temor de que el esposo la sacara de la casa. siente que sus niños le huyen y ahora dice que para que va a vivir, que prefiere morir, en

cada sesión llora inconsolablemente. Mi intervención con la TRE, ha dado buenos resultados y expongo una de las sesiones que sostuve con ella.

Terapeuta: ¿Por qué sus niños no deben hacer las cosas de manera que usted encuentre que son perfectas?

Paciente: Creo.....bueno, en realidad supongo que no hay razón para que no deban hacerlo. Tal vez son tontos al hacerlo como ellos lo hacen. Quizás sería mucho mejor que lo hicieran de otra forma. Pero puedo comprobar que no las hacen en la forma que yo preferiría que lo hicieran.

Terapeuta: Correcto, ellos nunca tienen que actuar adecuadamente o bien, aún cuando fuera encantador que lo hicieran. ¿Y es realmente una lástima que los niños no hagan inmediatamente las cosas que usted quiere que hagan?

Paciente: No. Creo que realmente no lo es. Ellos también pueden jugar o hacer otra cosa. Si preferentemente atienden mis órdenes, puede ser que no jueguen o miren televisión.

Terapeuta: Muy bien. Me alegra que usted se dé cuenta de eso. Es probable que ellos no estén siendo incorrectos. Sin embargo, vamos a suponer por un momento que lo fueran y que estuviesen descuidando sus tareas escolares o domésticas que usted tiene establecidas, a quien favorecieran. ¿Dónde está la evidencia de que no deberían actuar incorrectamente sólo porque usted tiene deseos de que estén ocupados?

Paciente: Bueno, ¿no sería así?, ¿Es que no es su tarea, estudiar y ayudarme en casa?

Terapeuta: Supongamos que lo sea, ¿Existe alguna ley en el universo que diga que ellos deben, tienen que hacer su trabajo escolar o cumplir con sus tareas correctamente? ¿Se dio alguna vez esa ley?

Paciente: No. Ya entiendo lo que usted quiere decir. Claro que no existe esa ley. Pero yo quiero que así lo hagan.

Terapeuta: ¿Y adónde llegaría si siguiera usted queriendo que hagan cosas que usted quiere?

Paciente: Pues, sentiría mucha cólera y dolor, porque no van a hacerlas.

Terapeuta: Si. Usted tiene un gran dolor por lo que le hizo a su niño y ahora tendrá otro más, gratuito, creado imaginariamente, llamado ira. No es bueno, ¿verdad?

Paciente: No.

Terapeuta: Y suponiendo, una vez más, que los niños no le hacen caso, ¿dónde está lo terrible de esa clase de no hacer caso?

Paciente: ¿Acaso no es terrible verse una desobedecida cuando está dando una orden?

Terapeuta: Si, es difícil. Es realmente molesto. Pero, al verlo más terrible, ¿no está considerándolo totalmente molesto y más que molesto?

Paciente: Si, creo que así es.

Terapeuta: ¿Y es en realidad totalmente molesto, considerando que los niños tienen que jugar y que más tarde harán sus deberes escolares y a lo que usted les pide? Y ¿puede ser más que molesto, si ellos no la obedecen, como estamos suponiendo que lo hacen?

Paciente: Bueno, no puedo comprender que no es totalmente molesto o injusto y, por supuesto, no es posible que sea todo molesto.

Terapeuta: Sin embargo, ¿no piensa usted en verdad, cuando se siente desobedecida, que es más del todo, sólo un poco molesto?

Paciente: Nunca he considerado el asunto de ese modo. Pero es probable que usted tenga razón. Lo creo así.

Terapeuta: Usted dice: “Cómo pueden tratarme en esa forma?”, Bueno, ¿cuál es la respuesta a esa pregunta?

Paciente: Creo que es: “Si, pueden”.

Terapeuta: Si, los niños pueden tratarla fácilmente a usted en forma indebida, injusta y desobediente. Esa es su naturaleza, y tendrían que esforzarse para ser de otro modo. ¿Comprende eso?

- Paciente: Lo comprendo, ahora que me lo está haciendo ver, pero usualmente cierro los ojos a esa realidad.
- Terapeuta: Si, y por eso, al cerrar los ojos la enfurecen. Usted, por último, dijo: “¡Que situación tan insoportable!” ¿En qué es esta situación con los niños insufrible o insoportable?
- Paciente: No lo es en un sentido. Es probable que no muera, aunque, por supuesto, si realmente me desobedecen siempre, si puedo morir de cólera.
- Terapeuta: No, usted no moriría por eso. Pero, independientemente de eso, ¿sería usted completamente feliz si esta situación continuara?. Porque cuando usted dice que es insoportable, hay fuertes implicaciones por las cuales no podría tener felicidad alguna en la vida si la misma continuara. ¿Es eso verdad?
- Paciente: No. Comprendo ahora que no lo es. De verdad, en varias ocasiones, cuando los niños tardan en venir, yo me hallo tan ocupada en otra cosa, que me olvidé de lo que les había pedido o dicho y hasta me sorprende cuando al fin vienen y me preguntan para que los quería. Así pues, creo que podría soportarlo.
- Terapeuta: Muy bien. Casi siempre podrá sufrir aquello que no le guste.....es tonto que piense que puede sufrirlo.
- Paciente: Entiendo lo que quiere decir. Creo que sería mejor que trabajara para meterme en la cabeza esa idea.

Esta señora en cada sesión ha comprendido que cuando existen cosas desagradables por la conducta de alguien hacia ella, existen básicamente tres elecciones sobre dicha situación sobre el comportamiento de sus niños:

1. Descubrir alguna forma de cambiarla o de hacerla más deseable.
2. Prescindir de la situación y todavía obtener buenos resultados.

3. Permanecer en la situación con sus ventajas e inconvenientes y aceptarlas de buen grado.

Aceptando y adoptando cualquiera de estas tres elecciones razonables, no hay excusa o razón para que ella se vuelva hostil y actuar tan drásticamente con los niños, (sus hijos)

3.1.1.3. ANALISIS DE CASOS.

Este análisis hace referencia a los aspectos que destacan en los casos de depresión en el Hospital Nacional Regional de Escuintla, después de abordarlos con la Terapia Racional Emotiva, TRE.

La experiencia que se obtuvo al implementar la TRE, en pacientes depresivos, fue satisfactoria. Se aplicó a diez casos, de los cuales se escogieron dos al azar como parte de la descripción del producto final de este trabajo y que se plasmaron dos de las sesiones de éstos anteriormente.

Se abordó a cada uno de los pacientes con ávido acercamiento, utilizando mucha comunicación para buscar el rapport y obtener resultados satisfactorios.

Los cambios que se fueron dando en los pacientes fue inmediato, cumplían con las tareas encomendadas. Las discusiones sobre sus creencias e ideas irracionales durante el tratamiento fueron determinantes para el restablecimiento del paciente.

CAPITULO IV.

4.1. CONCLUSIONES:

- En base a los resultados obtenidos en la realización de la presente investigación. Se acepta la hipótesis que textualmente dice: “La aplicación de la Terapia Racional Emotiva “TRE”, proporcionará resultados efectivos de restablecimiento mental, emocional o afectivo, a corto plazo, en los pacientes con depresión, en el Hospital Nacional Regional de Escuintla”
- Se obtuvo los beneficios esperados a través de una breve terapia con la Terapia Racional Emotiva, “TRE”.
- Se logró tener una vivencia particular en cuanto al abordamiento con esta psicoterapia, desde el momento de determinar con qué paciente la aplicaría; hasta el final.
- Se pudo observar a través del proceso, la respuesta positiva en el paciente después de manejar más racionalmente sus problemas y conflictos.
- Se logró que los pacientes mediante la terapia TRE, reconocieran el significado racional de las emociones y esto facilitara enfrentar su frustración, angustia y sobre todo la depresión.
- Se observó que el paciente deprimido, si asiste con regularidad a la breve terapia con la TRE, su proceso de equilibrio emocional es notorio y satisfactorio.

4.2. RECOMENDACIONES.

4.2.1. Para la población objeto de estudio:

- Los pacientes, ante el sufrimiento de tantos conflictos, su depresión se vuelve crónica y es entonces donde se debe aplicar la Terapia Racional Emotiva por su brevedad y eficacia.
- Es de suma importancia conducir al paciente con una terapia sencilla y breve, aún estando amenazado por una depresión grave, su restablecimiento será rápido y así vivir de forma equilibrada y feliz.
- Los profesionales de la Psicología, deberían dar más crédito a terapias que ayudan de forma rápida al enfermo mental,(Ej. La TRE) ya que hay terapias convencionales que hacen que el paciente se retire por lo largas que son y al retirarse, no restablecen su salud.

4.2.2. Para la Institución:

- En instituciones como en la que implementé esta terapia, (Hospital Nacional Regional de Escuintla,) deberían crear atención permanente psicológica (no sólo para estos estudios investigativos) e implementar este tipo de psicoterapias como la TRE., ya que por la cantidad de personas necesitadas de ayuda psicológica, da excelente respuesta a dicha demanda.

4.2.3. Para la Escuela de Ciencias Psicológicas.

- Recomendar a las autoridades de centros hospitalarios, como éste, de proveer el servicio psicoterapéutico indefinidamente para el beneficio de la salud integral de la comunidad.

B I B L I O G R A F I A.

- AMERICAN Psychiatric Association “DSM-IV” Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos mentales.
Editorial Masson, S.A., Barcelona, España, 1995. Pp.908.
- APIQUIÁN, Rogelio & Humberto Nicolini “Evaluación de la Psicopatología. Escalas en español.
Editorial Ciencia y Cultura Latinoamerica, S.A. de C.V.México, D.F. 2,000. Pp.212.
- ASTURIAS O., Ingrid “CLICK” Psicología fácil
Ediciones Expresaa, Guatemala, C.A., 1,998. Pp.310.
- CALVILLO Samada, Francisco “La depresión, entre mitos y rumores”.
Editorial Biblioteca Nueva, S.L., Madrid, España, 2003. Pp.140.
- ELLIS, Albert “Teoría y práctica de la Terapia Racinal Emotiva, “TRE”.
Julian Press y McGraw-Hill paperbacks, Nueva York, E.U.A., 1,977. Pp.310.
- ELLIS, Albert & Eliot Abrahms, “Terapia Racional Emotiva “TRE”. Mejor salud y superación personal afrontando nuestra realidad.
Editorial Pax, México, D.F., 1,978. Pp.280.
- FADIMAN, James & Robert Frager “Teorías de la personalidad” Cuarta Edición. Oxford University Press, México, S.A. de C.V. 2001. Pp.624.
- HERNANDEZ Sampieri, Roberto “Metodología de la Investigación”
3ra.Edición.
McGraw-Hill Interamericana, México D.F. 2003. Pp.706.
- MERSON, Stepen, “Depresión”. Guía práctica para entender y manejar esta enfermedad. Traducción: Humberto Aceves.
Editorial Norma, S.A. Bogotá, Colombia, 1996. Pp.120.
- NATHAN, Peter E., & Sandra L. Harris. “Psicopatología y Sociedad”
Editorial Trilla, México, D.F., 1,983. Pp.552.

- PRADA, Rafael “Escuelas Psicológicas y Psicoterapéuticas”
Editorial San Pablo, Santa Fé de Bogotá, Colombia, 1,998. Pp.222.
- TURNER, Trevor “Depresión más Ansiedad”. Guía práctica de Diagnóstico y Tratamiento.
Harcourt Health Communications, Londres, Reino Unido, 2001 Pp.30.
- ZAX, Melvin & Emory L. Cowen “Psicopatología” Segunda Edición.
Nueva Editorial Interamericana, S.A. de C.V. México, D.F. 1,983. Pp.453.

ANEXOS

ESCALA DE DEPRESIÓN DE HAMILTON.

Nombre: _____
Evaluador (a): _____
Fecha: _____
Evaluación: _____

Seleccione de cada reactivo la opción que mejor caracterice al enfermo en el momento de la evaluación.

1. ANIMO DEPRIMIDO

Triste, desesperanzado, desamparado, autodevaluado. (____)

0 = Ausente

1 = Estos estados de ánimo se mencionaron en el interrogatorio.

2 = Estos estados de ánimo se reportaron verbalmente en forma espontánea.

3 = Comunica estos estados de ánimo en forma "no verbal", es decir mediante expresiones faciales, actitudes, voz, tendencia al llanto, etc.

4 = Comunica prácticamente sólo estos estados de ánimo, en su comunicación espontánea verbal y no verbal.

2. SENTIMIENTOS DE CULPA

(____)

0 = Ausente

1 = Autorreproche, siente que ha defraudado a alguien

2 = Ideas de culpa sobre errores pasados. Piensa en ellos repetitivamente y con preocupación

3 = Piensa que la enfermedad actual es un castigo. Delirios de culpa.

4 = Escucha voces acusatorias que lo denuncian y/o experimente alucinaciones visuales amenazadoras.

3. SUICIDIO.

(____)

0 = Ausente

1 = Siente que no vale la pena vivir.

2 = Desea morir o tiene pensamientos en relación a su propia muerte.

3 = Idea o gestos suicidas.

4 = Intentos de suicidio.

4. INSOMNIO INICIAL

(____)

0 = Sin dificultad para conciliar el sueño.

1 = Se queja de dificultad ocasional para conciliar el sueño, (más de media hora)

2 = Se queja de dificultad para conciliar el sueño todas las noches.

5. INSOMNIO INTERMEDIO. (_____)

0 =Sin dificultad.

1 =Se queja de estar inquieto y perturbado durante la noche.

2 =Se despierta durante la noche y/o necesita levantarse de la cama (excepto para ir al baño).

6. INSOMNIO TERMINAL. (_____)

0 =Sin dificultad

1 =Se despierta durante la madrugada pero puede volver a dormirse.

2 =Incapaz de volverse a dormir si s despierta en la madrugada o se levanta de la cama.

7. TRABAJO Y ACTIVIDADES. (_____)

0 =Sin dificultad.

1 =Pensamientos y sentimientos de incapacidad, fatiga o debilidad relacionados con sus actividades, su trabajo o pasatiempos.

2 =Pérdida de interés en sus actividades, pasatiempos o trabajo, ya sea reportado directamente por el enfermo o deducido directamente mediante sus negligencias, indecisiones y/o titubeos (siente que tiene que hacer un gran esfuerzo para trabajar y/o desempeñar sus actividades).

3 =Disminución del tiempo que dedica a sus actividades o disminución en su productividad. En el hospital se califica con 3 si el enfermo no dedica - cuando menos 3 horas diarias a las actividades rutinarias de su servicio de internación, si las hay.

4 =Dejó de trabajar debido a su enfermedad actual. En el hospital se califica con 4 al enfermo que no participa en ninguna de las actividades de rutina si las hay.

8. RETARDO

Lentitud de pensamientos y/o palabra, dificultad para concentrarse, disminución de su actividad motora (_____)

0 =Ausente.

1 =Ligero retardo durante la entrevista.

2 =Obvio retardo durante la entrevista.

3 =Entrevista difícil debido al retardo.

4=Estupor completo.

9. AGITACIÓN. (____)

0 =Ninguna

1 =Jugueteo de objetos (papeles, cabellos, etc.) con las manos.

2 =Comerse las uñas, jalarse el cabello, morderse los labios, etc.

10. ANSIEDAD PSÍQUICA. (____)

0 =Ausente.

1 =Tensión subjetiva e irritabilidad.

2 =Preocupación por cosas triviales.

3 =Actitud aprehensiva aparente por su expresión.

4 =Expresa miedo o temor espontáneamente.

11. ANSIEDAD SOMÁTICA.

Equivalentes fisiológicas de la ansiedad.

Gastrointestinales: boca seca, gases, indigestión, diarrea, cólicos, ernetos.

Cardiovascular: palpitaciones, jaquecas.

Respiratorio: hiperventilación, suspiros.

Aumentos en la frecuencia urinaria, diaforesis.

(____)

0 =Ausente.

1 =Leve.

2 =Moderada.

3 =Severa

4 =Incapacitante.

12. SÍNTOMAS SOMÁTICOS GASTROINTESTINALES. (____)

0 =Ninguno.

1 =Pérdida de apetito, pero come sin la insistencia de sus familiares o del personal. Sensación de pesantez en el abdomen.

2 =Dificultad para comer, a pesar de la insistencia de sus familiares o del personal. Toma laxantes y otros medicamentos para síntomas gastrointestinales.

13. SÍNTOMAS SOMÁTICOS EN GENERAL. (____)

0 =Ninguno.

1 =Sensación de pesantez en miembros, espalda o cabeza. Dolores de espalda, de cabeza o musculares.

Pérdida de energía y fatiga.

2 =Todo síntoma físico específico se califica con 2.

14. SÍNTOMAS GENITALES (_____) *Pérdida de la libido, trastornos menstruales.*
- 0 =Ausente.
1 =Moderados.
2 =Severos.
15. HIPOCONDRIASIS. (_____) *0 =Ausente.
1 =Absorto en su propio cuerpo.
2 =Preocupación por su salud.
3 =Quejas frecuentes, peticiones de ayuda constantes, etc.
4 =Delirios hipocondríacos.*
16. PÉRDIDA DE PESO. (_____) *Complétese ya sea A o B.*
- A =Cuando se evalúa por historia (antes del tratamiento)
B =Cuando se evalúa semanalmente.
- A:
0 =Sin pérdida de peso.
1 =Probable pérdida de peso en relación a la enfermedad actual.
2 =Pérdida de peso definitiva según el paciente.
- B:
0 =Pérdida menor de 0.5 kg. De peso en la semana.
1 =Más de 0.5 kg.
2 =Más de 1 kg.
17. INTROSPECCIÓN. (_____) *0 =Reconoce que ha estado deprimido y enfermo.
1 =Reconoce su enfermedad pero la atribuye a otras causas como mala alimentación, al clima, exceso de trabajo, algún virus, etc.
2 =Niega estar enfermo.*

18. VARIACIONES DIURNAS. (_____)
Complétese a.m. o p.m., dependiendo si los síntomas son más severos en la mañana o en la tarde

A.M.
0 = Ausente.
1 = Moderada.
2 = Severa.

P.M.
0 = Ausente.
1 = Moderada.
2 = Severa.

19. DESPERSONALIZACIÓN Y DESREALIZACIÓN. (_____)
Sentimientos de irrealidad o ideas nihilistas.

0 =Ausentes.
1 =Leves.
2 =Moderados.
3 =Severos.
4 =Incapacitntes.

20. SÍNTOMAS PARANOIDES. (_____)

0=Ninguno.
1 =Sospechoso.
2 =Suspicaz.
3 =Ideas de referencia.
4 =Delirios de referencia y/o persecución.

21. SÍNTOMAS OBSESIVOS-COMPULSIVOS. (_____)

0 =Ausente.
1 =Moderados.
2 =Severos.

TOTAL..... (_____)

GUIA PARA PACIENTES TRATADOS CON TERAPIA RACIONAL EMOTIVA.

1. SEGUIMIENTO. ¿En qué nuevas METAS me gustaría trabajar ahora?

¿Qué nuevas ACCIONES específicas me gustaría emprender ahora?

2. ¿Cuánto tardó usted, después de sentir o de notar las CONSECUENCIAS emocionales indeseables (Cei) o las CONSECUENCIAS CONDUCTUALES INDESEABLES (Cci) de sus CREENCIAS irracionales (Ci), en buscar dichas Ci y DISCUTIRLAS? _____

¿Cuán vigorosamente las discutió? _____

Si no las discutió, ¿Por qué no lo hizo? _____

3. Enumere las ASIGNACIONES DE TAREAS específicas hechas por su terapeuta, por grupo o por usted mismo. _____

4. ¿Qué hizo realmente par cumplir las tareas? _____

5. ¿Cuántas veces ha trabajado usted realmente en sus tareas durante la última semana?

6. ¿Cuántas veces ha trabajado realmente en DISCUTIR sus CREENCIAS irracionales durante la última semana? _____

7. Indique las cosas que le gustaría discutir ahora con su terapeuta o con su Terapeuta o con su grupo. _____

RESUMEN.

Depresión es algo más que solo “Tristeza”, es una enfermedad que interfiere con la vida cotidiana, causando dolor y sufrimiento no solo al que la padece sino a los seres que le rodean.

Hoy en día, gracias a las investigaciones se sabe que la psicoterapia es eficaz para tratar la depresión.

En el Hospital Nacional Regional del Municipio y Departamento de Escuintla, acuden muchas personas que experimentan síntomas de depresión que sufren en algún momento de su vida y que exponiéndolos a su médico físico son referidos a Psicología en donde se aplica la psicoterapia y que en este estudio se trata con la Terapia Racional Emotiva “TRE” para que la persona tenga alivio rápido y efectivo en pocas sesiones.

La Terapia Racional Emotiva “TRE”, es una corriente psicoterapéutica relativamente moderna, basada en hacer cambios de pensamientos, sentimientos, conductas irracionales a racionales; es una terapia psicológica que da la oportunidad a la persona que está sufriendo de depresión, no caiga en síntomas crónicos tan graves, que la puedan llevar hasta el suicidio.