

Universidad de Palermo
Facultad de Ciencias Sociales

Trabajo Final Integrador

“Tratamiento Cognitivo Conductual y Tratamiento desde la Psicología Positiva de un caso de Trastorno Depresivo Mayor”

Autor: Bettenhauser, Antonela

Tutor: Ramos Mejía, Gabriela

Fecha de Entrega: 26 de Junio de 2013

INDICE TEMATICO

1. Introducción

2. Objetivos		4	
2.1 Objetivo General		4	
2.2 Objetivos Específicos		4	
3. Marco Teórico		5	
3.1 Trastorno Depresivo		5	
3.1.1 Diagnostico y Clasificación		5	
3.1.2 Teorías Psicológicas de la Depresión		6	
3.1.3 Causas		7	
3.1.4 Duelo y Depresión		9	
3.1.5 Prevalencia del Trastorno Depresivo		10	
3.1.6 Psicofármacos		11	
3.2 Terapia Cognitivo-Conductual	12		
3.2.1 Terapia Cognitiva y Depresión		12	
3.2.2 Modelo Cognitivo de la depresión		15	
3.2.3 Particularidades de la Terapia Cognitiva		16	
3.2.4 Tratamiento		18	
3.3 Psicología Positiva	20		
3.3.1 Psicología Positiva y Depresión		20	
3.3.2 Particularidades de la Psicología Positiva		21	
3.3.3 Tratamiento		24	
3.3.4 Psicología Positiva y Duelo		26	
4. Metodología		27	
4.1 Participantes		27	
4.2 Instrumentos		28	
4.3 Procedimiento		29	
4.4 Tipo de Estudio	29		
5. Desarrollo		30	
5.1 Presentación del caso	30		
5.1.1 Antecedentes	30		
5.1.2 Sintomatología y Motivo de Consulta	31	5.2	
Terapia Cognitiva Conductual	33	5.3	
Aportes de la Psicología Positiva	36	5.4	
Evolución	38		
6. Conclusiones		40	
7. Referencias Bibliográficas		44	
8. Anexos		49	

1. INTRODUCCION

El presente trabajo pertenece a la “Práctica Profesional e Integración V” la cual se realizó en una Fundación dedicada a la terapia en niños abordada desde el marco cognitivista (en adelante ETCI) de Capital Federal, Buenos Aires, con una duración de 280 horas, realizadas desde agosto a diciembre 2012. Entre las actividades cumplidas en el lugar, se encontraban la realización de diferentes cursos y jornadas dictados en el lugar, la participación en reuniones de equipo y supervisiones tanto internas como externas, la participación en el grupo de habilidades sociales, y lecturas y traducciones de textos proporcionados por la coordinadora de la pasantía.

La idea para la realización del actual trabajo surgió por un interés propio sobre las formas de abordar un trastorno depresivo mayor como consecuencia de un duelo; y por otro lado un interés de dos grandes terapias combinadas para lograr un tratamiento eficaz, la Terapia Cognitiva y la Psicología Positiva.

El siguiente trabajo aborda la descripción de un caso de una mujer adulta con diagnóstico de Trastorno Depresivo Mayor proporcionado por la Licenciada en Psicología del equipo terapéutico de la Fundación . En el mismo se informa sobre los procedimientos de abordaje terapéutico cognitivo-conductual para la recuperación del Trastorno Depresivo Mayor presentado en la paciente; y el procedimiento utilizado desde el abordaje de la Psicología Positiva para la superación del duelo y la culpa. En el abordaje psicoterapéutico se implementaron intervenciones cognitivo comportamentales para la depresión, trabajando con sus pensamientos automáticos y modalidades de afrontamiento disfuncionales e intervenciones desde la Psicología Positiva para mantener un estado de ánimo óptimo y un mejor funcionamiento global de la paciente.

2. OBJETIVOS

2.1 Objetivo General

- Describir un caso de una mujer adulta con Trastorno Depresivo Mayor y su tratamiento desde la Terapia Cognitivo Conductual y los aportes de la Psicología Positiva.

2.2 Objetivos Específicos

- Describir la sintomatología del caso y el motivo de consulta establecida en las primeras entrevistas por la paciente.
- Describir el abordaje de la Terapia Cognitivo Conductual trabajado desde los pensamientos automáticos, la activación conductual y las modalidades de afrontamiento disfuncionales para el Trastorno Depresivo Mayor de la paciente.
- Describir los aportes de la Psicología Positiva para el tratamiento de la paciente en los sentimientos de Duelo y Culpa.

- Describir como se utilizaron los aportes de la Psicología Positiva para el mantenimiento de efectos terapéuticos a largo plazo: el mejoramiento en el estado de ánimo y el mejor funcionamiento global de la persona.

3. MARCO TEÓRICO

3.1 TRASTORNO DEPRESIVO

3.1.1 Diagnostico y Clasificación

El trastorno Depresivo Mayor engloba varios tipos de depresión, por un lado la depresión mayor, o trastorno depresivo mayor, este consiste en la aparición de síntomas que cambian la actitud de la persona hacia su entorno, impidiendo o alterando las actividades laborales/académicas y sociales (American Psychiatric Association, 2000).

La distimia, otra de las tipificaciones de este trastorno, es una forma crónica de depresión en la cual las personas son muy pesimistas y negativas, pero a diferencia del trastorno anterior, estos continúan sus actividades laborales/académicas y sociales (American Psychiatric Association, 2000).

En otras ocasiones, la depresión forma parte de otro trastorno del estado de ánimo, el Trastorno Bipolar. En estos casos la persona experimenta periodos de depresión, alternados con periodos de bienestar excesivo, en los cuales siente mucha energía e hiperactividad (American Psychiatric Association, 2000).

Para reconocer el Trastorno Depresivo Mayor, el Manual Diagnostico y Estadístico de los Trastornos Mentales (2000) establece una serie de síntomas que experimentan la mayoría de las personas que padecen este trastorno:

1. Estado de ánimo depresivo la mayor parte del día (por ejemplo se siente triste y vacío).
2. Disminución o pérdida de interés en actividades que antes de disfrutaban.
3. Pérdida importante de peso o aumento del mismo, sin hacer régimen.
4. Insomnio o hipersomnias casi cada día.
5. Agitación o enlentecimiento psicomotor casi cada día.
6. Fatiga o pérdida de energía.
7. Sentimientos de inutilidad o de culpa excesivos.
8. Disminución de la capacidad de para pensar o concentrarse, o indecisión.
9. Pensamientos recurrentes de muerte, ideación suicida recurrente sin un plan específico o una tentativa de suicidio o un plan específico para suicidarse.

Estos síntomas provocan malestar clínicamente significativo o deterioro social, o laboral, interviniendo en la vida cotidiana de la persona y no se debe a medicamentos o enfermedades. Los síntomas no se deben a efectos fisiológicos directos de una sustancia o una enfermedad médica (American Psychiatric Association, 2000).

El trastorno depresivo mayor deberá diferenciarse de episodios depresivos con sintomatología parcial desencadenados por estrés psicosocial, deberán ser diagnosticados como trastornos adaptativos con estado de ánimo depresivo. Ante un duelo, se pueden presentar síntomas para el diagnóstico de trastorno depresivo mayor, sin embargo en estos casos el diagnóstico solo se realizara si los síntomas persisten por más de dos meses o generan un deterioro funcional importante, ideación suicida o síntomas psicóticos (American Psychiatric Association, 2000).

3.1.2 Teorías Psicológicas de la Depresión

En la actualidad, existen una amplia cantidad de teorías psicológicas para explicar el Trastorno Depresivo Mayor. Las teorías cognitivas hacen énfasis en las percepciones erróneas, de uno mismo y del entorno, que pueden dar lugar a un trastorno depresivo. La investigación se apoya en que los sujetos depresivos tienen una tendencia a valorar negativamente, afectando así a un amplio rango de procesos cognitivos. Este estilo cognitivo tiene una relación recíproca con las respuestas afectivas y motivacionales que se relacionan con la depresión (Vázquez, Muñoz & Becoña, 2000).

La premisa básica de la teoría cognitiva de Beck, es que en las personas depresivas existiría una distorsión o sesgo sistemático en el procesamiento de la información. Estos sesgos distorsionados, son valorados excesivamente por las personas depresivas, los consideran globales e irreversibles, dando lugar a la tríada cognitiva negativa: una visión negativa del Yo, del mundo y del futuro (Sanz & Vázquez, 1995).

Por otro lado se encuentra la teoría de la depresión por desesperanza. Esta teoría sostiene que este tipo de depresión aparecería en aquellos individuos que experimentan desesperanza cuando les ocurre un suceso vital negativo (Sanz & Vázquez, 1995).

Seligman postuló que la pérdida de control del ambiente es causa más que suficiente para la aparición de un trastorno depresivo, tales pérdidas son ocasionadas por una historia de fracasos en el manejo de situaciones, y/o una historia de reforzamientos sobre una base no contingente que no haya permitido al sujeto aprender las aptitudes para controlar el ambiente (Sanz & Vázquez, 1995).

Seligman (1975; como se cita en Vázquez, Muñoz & Becoña, 2000) hipotetizó que la depresión se produce cuando el sujeto no es capaz de discriminar la relación entre su comportamiento y las consecuencias que le siguen ya sean positivas o negativas, como consecuencia de esto se producía lo que Seligman denominó *Indefensión Aprendida*. Esto se refiere al estado de pasividad, y otras actitudes que se generan en el sujeto cuando se ha expuesto a un proceso en el que no existe contingencia entre la conducta y las consecuencias de la misma.

3.1.3 Causas

Son múltiples los factores que pueden causar un trastorno depresivo, estos factores, ya sean ambientales, evolutivos o interpersonales, modifican las pautas de neurotransmisión entre los hemisferios cerebrales y el sistema límbico, y alteran de esta manera los circuitos cerebrales de recompensa y castigo. El principal sustrato neuroquímico de este trastorno es una desregulación de los neurotransmisores noradrenalina y serotonina (Gonzales de Rivera & Monterrey, 1995).

Una de las causas posibles de la depresión es atribuida al factor genético, ya que algún tipo de depresión puede ser heredada. El factor hereditario es especialmente importante en las depresiones psicóticas. En especial, acerca de las causas genéticas, una depresión endógena se basa de manera exclusiva en factores orgánicos, presumiblemente hereditarios, que se manifiestan mediante alteraciones bioquímicas del organismo (American Psychiatric Association, 2000).

Por otro lado, las causas psicológicas son un factor determinante en los tipos de depresiones reactivas, las cuales están muy relacionadas con el término distimia; ya que en las distimias, los factores emocionales desempeñan un papel predominante, presentándose desde los primeros años de vida determinados rasgos de personalidad tan arraigados en el modo de ser del individuo que se aprenden a través de la estrecha relación y la dependencia respecto de los miembros de la familia. La pérdida de un ser querido puede llegar a hacer sentir diferentes estados de ánimo en el transcurso del período de duelo, los cuales son: la negación al principio, al perder a alguien y desesperación; depresión; ira contra el objeto perdido y finalmente aceptación. El ser humano está tan relacionado con su medio ambiente que le rodea que en ocasiones cuando éste sufre algún cambio importante, de igual forma repercute en el estado de ánimo del hombre (Calderón, 1998).

En estudios realizados por Calderón (1998), se menciona que la población fue aumentando, exigiendo a las generaciones futuras nuevas necesidades de *modernización* lo cual implica de alguna forma modificar el medio ambiente y es por esto que el autor afirma que, en la medida en que el hombre modifica el medio ambiente, disminuye la calidad de su

vida; si fuese tomada en consideración esta idea habría menos problemas a nivel general que se le presentan al hombre, especialmente trastornos depresivos a causa de estos factores ecológicos que influyen de manera anímica y significativa en el ser humano.

Finalmente para los seres humanos los vínculos afectivos son muy importantes y en consecuencia se puede ocasionar una depresión al sentir la destrucción de estos; puede tomar dos formas, estas según Calderón (1998) son la depresión de salida y la depresión de entrada, en donde las depresiones de salidas son una defunción de un ser querido, una separación de divorcio, etc., mientras que las depresiones de entradas son consideradas como el ingreso de una persona al espacio vital o interpersonal del individuo cuando se siente invadido el lugar en donde se relaciona; esto es que ciertos tipos de situación cotidiana están estrechamente relacionados con el trastorno depresivo.

3.1.4 Duelo y Depresión

Según el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (2000), el diagnóstico de duelo puede ser utilizado cuando el foco de atención clínico es la reacción de la persona ante la muerte de un ser querido. La persona podría presentar síntomas característicos del trastorno de depresión mayor en respuesta a su experiencia de pérdida, por ejemplo: insomnio, tristeza, problemas alimenticios y/o pérdida de peso. Únicamente se establece un diagnóstico de depresión mayor, si la persona mantiene los síntomas depresivos dos meses después del duelo.

Por lo general, las personas en duelo consideran que su estado de ánimo depresivo es normal, pero la manifestación e intensidad de los síntomas varía significativamente dependiendo del entorno cultural y de las creencias religiosas, por lo que es indispensable que el psicólogo evalúe detenidamente estos ámbitos (American Psychiatric Association, 2000).

A fin de diferenciar el trastorno de depresión mayor del trastorno de duelo, el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (2000) propone los siguientes criterios para identificar el duelo complicado:

1) Culpa por las cosas (más que por las acciones) recibidas o no recibidas en el momento en que la persona querida murió.

2) Los pensamientos y deseos de haber muerto junto a la persona querida son más fuertes que las ganas de vivir.

3) La persona se siente inútil, y presenta una preocupación excesiva.

4) Hay una disminución notoria de la rapidez y capacidad psicomotora.

5) Hay un deterioro severo y prolongado en las funciones de la persona.

6) Alucinaciones distintas a la experiencia de escuchar una voz o ver imágenes de la persona que murió.

En el espacio dedicado al duelo en el DSM IV, no se mencionan los criterios diagnósticos para diferenciar una reacción de duelo normal de una reacción complicada (Worden, 2009).

Según Worden (2009), es indispensable que se incluya un diagnóstico formal de duelo en el DSM-V, y añade que si bien el duelo complicado guarda gran relación con la ansiedad, la depresión y el trauma, estos tienen elementos característicos, que requieren de un diagnóstico específico.

3.1.5 Prevalencia del Trastorno Depresivo

Hace más una década, Breton (1998) encontró que de cada 3 pacientes hospitalizados a causa de depresión mayor y distimia, 2 son mujeres, la mayoría de ellas están casadas; esto llega a suponer que por el ritmo de vida que llevan son más susceptibles a los trastornos depresivos; existente en el hombre que es del 3.1 por ciento, mucho menos de la mitad y que por lo menos el 6 por ciento de las mujeres y el 3 por ciento de los

hombres han experimentado un episodio de depresión grave suficiente como para requerir hospitalización. A pesar de esto no hay que olvidar que el hombre también presenta episodios depresivos en su vida en algunas ocasiones debido a los factores sociales.

Se ha dicho en diversas investigaciones, que una posible razón de las presentaciones depresivas en el hombre podría ser debido al cambio de papeles que interpretan las mujeres, los hombres se sienten menos seguros de lo suyo porque antes él podía considerarse como el jefe de la familia y principal proveedor de la misma, y la creciente negativa de las mujeres a quedarse en casa en calidad de subordinadas ha puesto en cuestionamiento el papel del hombre en la familia. En relación con estadísticas a nivel mundial se ha confirmado que la depresión se presenta en un 3 a 5 por ciento de la población mundial (Breton, 1998).

La Organización Mundial de la Salud hace diez años comunicó que la prevalencia de los trastornos depresivos en la población general es de 154012 casos, de los cuales el 62% son mujeres (95023 casos). Los trastornos depresivos son responsables de un total de 13349 defunciones al año, agrupándose en el periodo de vida adulta entre los 45 a 59 años de edad (Moreno & Medina-Mora, 2008).

La depresión es una enfermedad crónica recurrente que afecta la vida familiar y reduce la capacidad de adaptación social. Se estima que entre 60 y 80% de las personas con depresión pueden ser tratadas mediante terapia breve y el uso de antidepresivos. (Moreno & Medina-Mora, 2008).

Sin embargo se calcula que de 100 pacientes depresivos, solo 17 serán tratados. Por otro lado, existe un 66% de respuesta promedio de antidepresivos, un 33% de remisión y el abandono de los tratamientos alcanza alrededor del 50% (Vázquez, 2007).

Actualmente se calcula que 450 millones de personas en el mundo padecen alguna forma de trastorno mental, que les genera sufrimiento e incapacidad. Aproximadamente 350 millones de ellos sufren depresión (OMS, 2012).

Este trastorno es ya la principal causa de invalidez en el mundo, siendo 350 millones de personas las que padecen esta enfermedad, y se estima que para el año 2020 será la segunda causa de baja laboral en los países desarrollados (Vázquez, 2007).

3.1.6 Psicofármacos

Los antidepresivos han demostrado ser eficaces en un 70% (antidepresivos tricíclicos e inhibidores de la monoaminooxidasa); los nuevos antidepresivos (IRSS, duales y otros) han demostrado ser más eficaces. Se puede decir que cada nuevo antidepresivo agrega más herramientas para el tratamiento de la depresión, permitiendo la adecuación del antidepresivo según la tolerancia del paciente. La depresión es un trastorno recurrente y, por lo que, en la farmacoterapia también se es pensada como un trastorno crónico. Numerosos estudios demostraron la necesidad de mantener, luego de la remisión completa de los síntomas, un nivel antidepresivo continuo por un periodo mínimo de 12 meses para disminuir el riesgo de recaída (Jufe, 2001).

Los antidepresivos tricíclicos, así como los inhibidores de la enzima monoaminooxidasa (IMAO) han demostrados ser efectivos para este trastorno. La creencia que sostiene que los inhibidores selectivos de la receptación de serotonina (ISRSs) son menos efectivos para el tratamiento de la depresión mayor no se condice con los resultados de diferentes estudios publicados, estos apoyan el uso de los ISRSs para cuadros más graves, entre ellos: fluoxetina, paroxetina, fluvoxamina, sertralina y escitalopram. Aunque debe aclararse que en varios de los estudios realizados las dosis promedio alcanzadas son superiores a las habituales (Vázquez, 2007).

Algunos estudios sostienen que entre el 75 al 90% de las personas que padecen o padecieron depresión mayor, volverá a presentar al menos otro cuadro depresivo en el futuro, convirtiéndose por tanto este trastorno en una patología de elevada recurrencia. Se ha calculado que luego de un primer episodio depresivo mayor, el riesgo de sufrir un segundo episodio es del 50 al 60%, si se han sufrido dos episodios, el riesgo de padecer un tercer episodio es del 75%, y aquellos que han tenido tres episodios anteriores, tienen la probabilidad de 90% de padecer un cuarto episodio (Vázquez, 2007).

Para prevenir la aparición de un nuevo episodio depresivo, se recomienda seguir una etapa de mantenimiento de manera prolongada (1 a 3 años), sobre todo para los pacientes con mayor riesgo de recurrencia (American Psychiatric Association, 2000).

3.2 TERAPIA COGNITIVO-CONDUCTUAL

3.2.1 Terapia Cognitiva y Depresión

La OMS (2012) afirma que hay tratamientos eficaces para la depresión. Las opciones terapéuticas recomendadas para la depresión consisten por un lado en un apoyo psicosocial básico combinado con psicofármacos y psicoterapia, tales como la terapia cognitivo-conductual. Estas resultan ser eficaces para el tratamiento del trastorno depresivo mayor grave o moderado.

La terapia cognitiva para la depresión, sostiene que los pensamientos automáticos y el procesamiento de la información desfigurada no tienen forzosamente un estatus causal sino mas bien contribuyente, en el sentido que aumentan la probabilidad futura de ocurrencia de los síntomas pero que no son necesarios ni suficientes para que el trastorno haga su aparición (Riso, 2006).

Beck, en el modelo cognitivo sobre la depresión, planteó que la depresión estaba ocasionada por eventos estresantes que activaban esquemas cognitivos depresogénicos subyacentes. Estos, a su vez, producían sesgos o distorsiones cognitivas determinadas, como la sobre generalización, el filtro mental, la personalización, etc. En la terapia, con la ayuda del terapeuta, el paciente podía llegar a percibir sus reglas tácitas de funcionamiento y, con esfuerzo y práctica, podía ir logrando su “construcción” depresiva de los eventos. Este planteamiento convertía a las actitudes disfuncionales, es decir, a los contenidos cognitivos o el qué del pensamiento, en el objetivo central del tratamiento. Por ejemplo, la persona deprimida que se dice a sí misma: “no sirvo para nada”. Esta frase, así como los sentimientos de incompetencia que la acompañan, debían ser observados y registrados por el paciente en el momento en que ocurrían, de forma que después pudiera, en la sesión,

analizar la situación en profundidad con el terapeuta y llegar a descubrir, por medio del análisis y la reflexión, sus propias reglas implícitas de funcionamiento (Beck, Rush, Shaw & Emery, 1979).

En el inicio de la depresión, se encuentra lo que se denomina *activación conductual*, esta es consecuencia de un acontecimiento desencadenante que, de forma repentina o progresiva, aparta de la vida del sujeto reforzadores importantes. Aunque se registra la posible influencia de factores genéticos, biológicos u otros en la génesis del cuadro, el modelo enfatiza el papel de las pérdidas vitales como elicitadores, al menos, de algunas depresiones (Dimidjian, Martell, Addis & Herman-Dunn, 2008).

Sin embargo, lo más significativo se produce cuando empieza a funcionar un control aversivo: al deprimirse la persona se aparta de su entorno habitual y rompe con rutinas que estaban presentes en su vida. Esta manera de operar es normal pues, en muchas ocasiones, contactar con las actividades previas comporta dolor o incomodidad (por ejemplo, es difícil volver a relacionarse tras sufrir una enfermedad grave, tras la desaparición de un ser querido o la pérdida del mismo, la pérdida de un trabajo, etc., sobre todo si esos contactos sociales favorecen el recuerdo), así que el sujeto decide no afrontarlas, ya que en general, no se siente con fuerzas para hacerlo; sin embargo, como consecuencia de esto, surgen los problemas conductuales secundarios, pues al actuar así es imposible asociarse de nuevo en contacto con aspectos vitales que llevarían a una mejora del estado de ánimo. La resistencia de esta situación influye, además, en una pérdida continua de la capacidad para resolver problemas. Por último, según se pasa más tiempo en esta dinámica de evitación, es esperable que cada vez se torne más difícil enfrentarse a las cosas renunciadas hace meses y cueste más contrarrestar la inercia de la pasividad ya adquirida (Dimidjian et al., 2008).

La perpetuación de este estado se correspondería al mantenimiento de unas conductas que, si bien suponen un cierto calmante a corto plazo, impiden romper la dinámica que sujeta a la persona a una vida pobre en reforzamiento positivo. Es en este sentido en el que se afirma que las conductas depresivas están bajo un paradigma de reforzamiento negativo (Dimidjian et al., 2008).

Teasdale, Segal y Williams (1995) han propuesto una teoría basada en la interacción de diferentes subsistemas cognitivos, para poder explicar los mecanismos que crean y mantienen la depresión. Según esta teoría, en el mantenimiento de la depresión, hay dos subsistemas interactuando, el cognitivo y el sensorial. El primero, el cognitivo, es el motor principal en la configuración del engranaje depresivo, ya que de él depende la asignación de significado. En la persona deprimida, el procesamiento de información con contenidos depresivos y negativos domina la interacción entre los dos subsistemas. Por un lado, los esquemas cognitivos depresogénicos generan significados negativos específicos, tales como atribuciones de los fracasos a aspectos internos y globales de la persona, inadecuaciones globales del carácter, un futuro desesperanzado, etc. Éstos, a su vez, retroalimentan los esquemas depresogénicos, generando otros muy similares, de forma que el ciclo se iría manteniendo, dando lugar a un bucle cognitivo de mantenimiento.

Por otro lado, existiría también un bucle sensorial que opera a través del feedback sensorial de los efectos de la depresión en el cuerpo. El feedback sensorial viene generado por las consecuencias corporales (físicas) del estado de depresión, que se han experimentado en situaciones anteriores, por ejemplo experiencias tempranas de pérdida. De este modo, el feedback sensorial, en conjunción con las contribuciones del bucle cognitivo, retroalimenta aún más los esquemas depresogénicos, formando así engranajes depresivos con propiedades auto-perpetuadoras (Teasdale, et al., 1995).

3.2.2 Modelo Cognitivo de la Depresión

Beck, et al. (1979), postulan tres conceptualizaciones para explicar la esencia psicológica de la depresión: En primer lugar la *triada cognitiva*, seguido de los *esquemas* y finalmente los *errores de información*.

La triada cognitiva implica tres patrones en la visión idiosincrática del individuo: de sí mismo, su futuro y sus experiencias.

A. Visión negativa acerca de sí mismo. El paciente tiende a subestimarse y se critica con auto atribuciones negativas.

B. Interpretación negativa de sus experiencias. Tiene una visión del mundo caracterizada por obstáculos insuperables y demandas exageradas. Se siente fracasado y frustrado.

C. Visión negativa acerca del futuro. Anticipa que sus dificultades y sufrimientos actuales continuarán indefinidamente.

Los síntomas del trastorno depresivo estarían ligados en gran medida a patrones del pensamiento (Beck et al., 1979).

El concepto de esquema explica por qué mantiene el paciente depresivo actitudes que lo hacen sufrir y son contraproducentes en contra de evidencias de factores positivos en su vida. Las situaciones están compuestas por un amplio conjunto de estímulos. Los individuos atienden selectivamente a estímulos específicos, los combinan y conceptualizan las situaciones. Es lo que llamamos el sesgo de cada uno, determinada consistencia en la respuesta. El término esquema designa a ciertos patrones cognitivos relativamente estables que constituyen la base de la regularidad de las interpretaciones acerca de un determinado conjunto de situaciones. Los esquemas determinan como un individuo estructura distintas experiencias. Puede un esquema permanecer inactivo durante un largo tiempo y ser activado en situaciones específicas. En las depresiones más leves, el paciente mantiene cierta objetividad al contemplar sus pensamientos negativos. En las depresiones más graves, el pensamiento está cada vez más dominado por ideas negativas, repetitivas, y puede encontrar difícil concentrarse en otros estímulos externos (trabajo, deportes, relación familiar, etc.) (Beck et al., 1979).

La depresión sería el resultado de la acción combinada de varios factores, incluyendo cogniciones negativas, eventos estresantes, vulnerabilidades predisponentes, alta tasa de refuerzos negativos y baja tasa de refuerzos positivos. El modelo multifactorial de la depresión propone que son múltiples los factores que conducen hacia la depresión, lo que implicaría que la persona cuenta con varios caminos para su recuperación, mediante el tratamiento de uno o más factores etiológicos. El modelo no requiere necesariamente que los tratamientos apunten a los mismos factores etiológicos que condujeron al

desencadenamiento de la depresión, es decir, que no es necesario conocer la causa específica para encontrar el tratamiento adecuado. (Lewinsohn et. al, 1985, como se cita en Clarke & De Bar).

3.2.3 Particularidades de la Terapia Cognitiva

La perspectiva cognitiva es un modelo de diátesis-estrés: es decir, los eventos de la vida, los pensamientos, las conductas y los estados de ánimo están unidos entre sí de manera recíproca. Las cogniciones, las conductas y los estados de ánimo tiene funciones de retroalimentación y de alimentación hacia adelante en un complicado proceso de procesamiento de información, de regulación conductual y de motivación (Caballo, 2007).

La noción central de la Terapia Cognitiva radica en que los pensamientos erróneos e irracionales identifican a las personas que padecen de desordenes psicológicos, y que el efecto de estos pensamientos erróneos maniobra de manera negativa en el estado emocional de las personas. El objetivo principal de la terapia fue modificar estos pensamientos, y en efecto, los sistemas de creencias que se encuentran asociados, en la ideología de que dicha modificación y la sustitución por otros modos de pensar se reducirán a un mejoramiento de las condiciones de las personas perturbadas (Fernández Álvarez, 1992).

Según Caballo (2007), las personas interpretan sus experiencias de forma sistemáticamente sesgadas. Con el fin de situar las experiencias a lo largo de una dimensión notable, se ignoran frecuentemente otras características dimensionales en ese momento. Se han identificado una serie de errores de procesamiento resultantes, que son cometidos frecuentemente por personas deprimidas.

Beck et al. (1979), postulan los errores de procesamiento de la información. El paciente depresivo cree en la validez de sus conceptos depresivos que se manifiestan en errores sistemáticos. Los errores en el procesamiento de la información reciben el nombre de distorsión cognitiva. Básicamente serían errores cognitivos. El autor identifica los siguientes:

- Inferencia Arbitraria: Se refiere al proceso de adelantar una determinada conclusión, sin una evidencia que la apoye o cuando la evidencia es contradictoria.
- Abstracción Selectiva: Consiste en centrarse y valorizar un detalle extraído fuera de contexto, ignorando otras características más relevantes de la situación, y valorando toda la experiencia en base a ese detalle.
- Sobregeneralización: Se refiere al proceso de elaborar una conclusión general a partir de uno o varios hechos aislados y de aplicar esta a situaciones que no se relacionan entre sí.
- Maximización y Minimización: Se evalúan los acontecimientos otorgándole un peso exagerado o minimizando en base a la evidencia real.
- Personalización: Se refiere a la tendencia de la persona a atribuir acontecimientos externos como propios, sin que exista evidencia para esto.
- Pensamiento Dicotómico o Polarización: Se refiere a la tendencia de clasificar las experiencias en una o dos categorías opuestas y exageradas, saltándose la evidencia de hechos intermedios.
- Razonamiento Emocional: Justificar la idea por las emociones.
- Etiquetamiento: Suponer que los errores o las fallas cometidas indican la forma de ser alguien.

Cada uno de estos representa la aplicación inapropiada de esquemas existentes, sin la adaptación a los aspectos únicos de la experiencia que traería respuestas conductuales y emocionales más adaptativas (Caballo, 2007).

3.2.4 Tratamiento

Bajo este modelo, se comienza por la intervención de los errores o de las distorsiones cognitivas que elabora el propio paciente y que desencadenan actitudes, emociones y comportamientos que lo desequilibran emocionalmente, generando así la presencia de trastornos del estado de ánimo y de la personalidad. Las cuatro principales características que debe tener la Terapia Cognitiva para ayudar al paciente, se hallan en que éste deberá ser directivo y estructurado, de tiempo limitado y activo. La primera característica, menciona que el proceso debe de ser directivo, debido a que debe tener un

objetivo de intervención, el cual será atendido mediante la organización que le dé el terapeuta en las sesiones, con la finalidad de atender las necesidades del paciente mediante el empleo de técnicas y estrategias que permitirán el cumplimiento del objetivo de la terapia. Así también, deberá ser estructurado en función del objetivo terapéutico que declare el paciente; con base en esto, el terapeuta estructurará la terapia de acuerdo al tiempo, técnicas y estrategias que empleará para que el paciente participe activamente en la reestructuración de sus cogniciones y comportamientos. La segunda característica enunciada, manifiesta el tiempo limitado que deberá poseer el proceso de intervención; durante éste, el terapeuta debe formular estrategias encaminadas a cumplir con el objetivo terapéutico (Beck et al., 1979).

Por último hace referencia a que dentro de la intervención, la relación existente entre paciente y terapeuta debe de ser activa; es decir que el terapeuta se encontrará en continua actividad e interacción especialmente con el paciente, fungiendo un papel de guía a lo largo de las sesiones de intervención. Al igual que la participación activa del paciente, pues es de considerar que es la persona indicada para reformular las cogniciones existentes (Beck et al., 1979).

Otra característica, se refiere a la atención oportuna de los síntomas objetivos que presenta el paciente a la hora de la terapia; a partir de éstos se busca la identificación de aquellas cogniciones que fortalecen a los síntomas presentados y se someten a evaluación lógica y empírica para fortalecer o debilitar a los mismos. A partir de este procedimiento, se procede a modificar la conducta, con el objetivo de erradicar los pensamientos que fortalecen al surgimiento de aquellos comportamientos que dan origen a la presencia de trastornos (Gavino, 2002).

Beck et al. (1979), formulan dos conceptos que son clave en la terapia cognitiva: *Empirismo Colaborativo y Autoterapia ampliada*.

En el empirismo Colaborativo, la terapia es concebida como una co-construcción respecto a los objetivos y métodos a emplear. Se espera del terapeuta una actitud activa basada en la aceptación, empatía y autenticidad.

Por otro lado la Autoterapia ampliada, en donde se anima al paciente a realizar tareas entre sesión y sesión como un componente integral y vital del tratamiento. Resulta más fácil conseguir que los cambios sean duraderos cuando el paciente participa activamente en experiencias fuera de la consulta.

Además es más probable que continúe aplicando las distintas técnicas y habilidades que ha aprendido durante la terapia. Una de las tareas prototípicas de la terapia cognitiva es la de Registros Escritos. Estos suelen ayudar a los pacientes a recordar situaciones relevantes de la semana que sin los mismos pueden pasar por alto o ser olvidados rápidamente. Estos registros pueden tener distintos formatos: autobiografía; registro de situaciones, emociones, cogniciones, conductas, etc. La programación de actividades que resultan agradables y la de aquellas que incrementan sensaciones de dominio son muy útiles con pacientes depresivos. Es importante que el terapeuta sea creativo en el diseño de estas tareas y sea hábil en el manejo del registro de las mismas en las sesiones (Beck et al., 1979).

El rol del terapeuta cognitivo conductual presenta una postura activa, cumpliendo diversas funciones: por un lado el diagnosticador, implica valorar múltiples fuentes de información para poder realizar una síntesis propia de la situación; el consultor, consiste en una modalidad de trabajo colaborativo con el paciente en la búsqueda de soluciones; finalmente el entrenador, que sería aquel que provee de ciertas estrategias para aprender determinadas habilidades para poder así afrontar las situaciones conflictivas (Kendall, 2000, como se cita en Bunge, Gomar & Madil, 2011).

En todo tratamiento cognitivo, uno de los pasos iniciales consiste en orientar al paciente en la detección de los autodiálogos e imágenes disfuncionales que se suscitan en las situaciones problemáticas. Para que el paciente participe activamente del tratamiento e incorpore la metodología colaborativa del trabajo, debe ser psicoeducado y entrenado en el reconocimiento de los nexos entre los factores más importantes que mantienen el trastorno. Este paso, es la psicoeducación, esto sería darle una breve explicación al paciente acerca del trastorno (causas, frecuencia, síntomas), y el tratamiento (alternativas, criterios para elegir uno u

otro, aspectos básicos, técnicas específicas, duración). Esto es de suma importancia para desarrollar una sólida relación terapéutica (Bunge et al., 2011).

Según Bunge et al. (2011), en la terapia cognitiva conductual, el paso siguiente incluye la reestructuración cognitiva, es decir, la identificación de pensamientos disfuncionales en su auto-cuestionamiento, promoviendo así alternativas más flexibles y adaptativas. En las fases finales del tratamiento se realiza un trabajo para la prevención de recaídas, consiste en repasar las distintas estrategias que fueron utilizadas y que dieron resultado a lo largo de la terapia en la resolución de los conflictos. Se anticipa la posible aparición de estresores significativos y se fomenta una actitud autónoma de afrontamiento (Bunge et al., 2011).

3.3 PSICOLOGÍA POSITIVA

3.3.1 Psicología Positiva y Depresión

Las terapias de orientación conductual, cognitivo conductual y la terapia interpersonal son las que han demostrado mayor eficacia en el tratamiento de la depresión, mediante estudios científicamente comprobables (Pérez & García, 2001). No obstante, recientemente se está estudiando una nueva alternativa, una investigación de Seligman, Rashid y Parks (2006), plantea la existencia de un tratamiento diseñado desde la Psicología Positiva, el cual puede ser tan o incluso más eficiente que los tratamientos tradicionales para pacientes con depresión. Esta terapia se basa en la búsqueda del bienestar psicológico, lo que hace unos años no era una temática de estudio.

La terapia a través de la psicología positiva para pacientes con depresión tiene un enfoque procedente de la felicidad y el optimismo, exige a las personas a pensar en forma positiva y no centrarse en las patologías, como se hace tradicionalmente en psicología (Myers, 2000). Asimismo, la psicología positiva propone un cambio de mirada frente a las enfermedades, buscando el bienestar e incrementando las emociones positivas. De esta manera, se busca enseñar al paciente con el objetivo de hacer este cambio permanente,

transformando el estilo cognitivo de las personas y de este modo, disminuir las probabilidades de recaídas, las cuales son frecuentes en este trastorno (Vera, 2006).

Existen emociones que están establecidas por los pensamientos que se tienen de experiencias pasadas. Entre las emociones positivas relacionadas con el pasado, se encuentran la satisfacción, la complacencia, la realización personal, el orgullo y la serenidad (Seligman et al., 2006).

En las emociones sobre el pasado es fundamental la interpretación y el pensamiento que la persona tiene de éste, ya que guía a la emoción. Las personas al recordar sucesos pasados de sus vidas crean una emoción, que es anticipada por un pensamiento y que según ésta, la emoción será negativa o positiva (Seligman, 2003).

Seligman (1983) destaca la sensación de desamparo como causa de la depresión. La persona se enfrenta a situaciones y eventos negativos que los percibe como no controlables, que no los puede manejar, se siente indefenso, desamparado, se vuelve pasivo y se deprime. La psicología positiva busca el cambio de las pautas de pensamientos negativos e inadecuados, que generan emociones depresivas, por otros pensamientos más adaptativos y realistas. Cuando cambia la forma negativa de pensar, cambia en forma significativa el ánimo y la persona supera la depresión.

3.3.2 Particularidades de la Psicología Positiva

Seligman en 1998, en un discurso como presidente de la American Psychological Association, señaló como una de las directrices básicas el ir hacia una psicología más positiva. La idea base de la Psicología Positiva es la siguiente: aun cuando la desaparición de los trastornos psicológicos trae aparejado un alivio para el sufrimiento humano, no implica un mayor bienestar psicológico. Si bien esta línea de pensamiento no es nueva, el aporte de la psicología positiva consistió en situar estas ideas en una presentación de investigación, intervención y formación profesional con una orientación común (Castro Solano, 2010).

La Psicología Positiva, definida como el estudio científico del funcionamiento humano óptimo, se plantea tres objetivos principales:

1) complementar al enfoque tradicional, aportando conocimientos sobre las experiencias positivas, los rasgos individuales positivos y las instituciones positivas,

2) promover el interés por el fortalecimiento de las cualidades positivas y el desarrollo de potencialidades, e

3) identificar, medir y promover el bienestar en individuos, grupos y sociedades (Seligman, 2003).

El objetivo principal de la Psicología Positiva es comprender y facilitar el logro de el bienestar subjetivo (Seligman, 2003). Busca alcanzar tales propósitos a través del desarrollo de virtudes y fortalezas y de la promoción de sensaciones y estados positivos de alegría, optimismo, esperanza, fe, confianza, entusiasmo y serenidad personal (Carr, 2007).

Se pueden ordenar las áreas de conocimiento o interés de la psicología positiva en función de las categorías propuestas por Seligman (2003) en su Modelo de las tres vías; el mismo distingue entre la vida placentera (emociones positivas sobre pasado, presente y futuro), la vida comprometida (puesta en práctica de fortalezas personales) y la vida significativa (desarrollo del sentido vital y objetivos que van más allá de uno mismo).

Una variable fundamental para el estudio de la vida placentera es la del bienestar subjetivo (Seligman, 2003). El mismo consiste en la evaluación cognitiva y emocional que las personas realizan de sus vidas (Diener, 2000). Una persona experimenta abundante bienestar subjetivo si siente muchas emociones placenteras, pocas displacenteras y se encuentra satisfecho con su vida. Hay una cantidad de elementos que componen al bienestar subjetivo: la satisfacción con la vida, el afecto positivo (experimentar muchas emociones agradables y estados de ánimo placenteros) y el afecto negativo (experimentar pocas emociones desagradables y estados de ánimo displacenteros (Diener, 2000).

Bradburn y Caplovitz (como se cita en Diener, 2000) encontraron que las emociones positivas y las emociones negativas no constituyen los dos polos de un mismo continuum,

sino que varían de modo independiente y con frecuencia correlacionan con distintas variables. Se trata de dos variables independientes, que correlacionan parcialmente y pueden superponerse. Por otro lado, utilizaron la expresión línea de base hedónica para referirse al fenómeno de habituación por el que las personas regresan, luego de experimentar los efectos positivos o negativos de algún evento sobre su afectividad, a sus niveles estándar de afecto positivo y negativo.

La frecuencia con que una persona experimenta emociones agradables es un mejor predictor de bienestar que la intensidad de éstas (Diener, Sandvik, & Pavot, 1991). Sentir emociones agradables la mayor parte del tiempo y sólo infrecuentemente experimentar emociones desagradables, incluso si las emociones agradables tienen una leve intensidad, es suficiente para reportar altos niveles de bienestar (Diener et al., 1991).

En el estudio de la vida comprometida, la psicología positiva ha mostrado un gran interés por el carácter, identificado por Seligman y Csikszentmihalyi (2000) como uno de los pilares del campo. El carácter se refiere a aspectos de la personalidad que poseen un valor moral, no es simplemente la ausencia de rasgos desadaptativos, sino un conjunto de rasgos positivos que pueden estar presentes en mayor o menor medida (Seligman & Csikszentmihalyi, 2000).

Para Seligman (2003), los caminos que permiten alcanzar una vida plena son: la vía que tiende al desarrollo y al aumento de las emociones positivas en la vida cotidiana, poniendo atención al momento presente. Al mismo tiempo, focaliza en el pasado para cultivar el perdón y la gratitud, mientras que una mirada al futuro posibilita el desarrollo del optimismo y la esperanza; la vía del compromiso puede alcanzarse a través del *fluir* de la energía (*flow*) que -aunque exija trabajo y esfuerzo-, se logra realizando actividades significativas y placenteras para cada sujeto; y por último la vía que conduce al logro de una vida con sentido o *meaningful life*, a partir del uso de las fortalezas personales, poniéndolas a favor de los demás (Castro Solano, 2010). De este modo, se pueden desarrollar las potencialidades y capacidades personales y sociales que posibilitaran con el tiempo alcanzar una convivencia comunitaria responsable. Si bien cualquiera de estas tres

vías permiten alcanzar una vida plena, quienes empleen las tres de manera unida, lograrán estados de mayor satisfacción personal (Peterson, 2006).

3.3.3 Tratamiento

La psicología clásica a diferencia de la psicología positiva, busca resolver aquello que no funcione bien, gran parte de la terapia está destinada a eliminar el problema, el trastorno (Castro Solano, 2010).

La psicología positiva, aporta a la psicoterapia una serie de parajes para explorar en el paciente, ya sea, lo que disfruta más, las cosas que hace bien, las experiencias más satisfactorias, las relaciones más significativas, quienes lo apoyan, quienes lo enriquecen, cuáles son sus fortalezas más importantes, en que contextos se manifiestan, cuáles son sus valores más importantes, como juega la espiritualidad en su vida, como ha logrado o intentado superar las adversidades vividas, cual es su definición de felicidad y como ha variado a través de su vida (Tarragona Sáez, 2010).

James Pawelski (2008, como se cita en Tarragona Sáez, 2010), define a las intervenciones positivas como un acto intencional, fundado en la evidencia, y diseñado para ampliar el bienestar en poblaciones no clínicas.

Entre las actividades que se realizan en el tratamiento con psicología positiva Castro Solano (2010) nombra alguna de ellas:

- Actividades para la mejora del estilo atribucional optimista, tiene como objetivo poder evaluar la situación desde otro punto de vista.
- Actividades dirigidas hacia la gratitud, consiste en una actividad familiar, donde se escriben agradecimientos hacia algún miembro de la familia.
- Actividades sobre las emociones positivas, se trata de traer por escrito actividades realizadas por la familia, y un registro de acciones y pensamientos que dan señal a que se está afrontando con éxito los conflictos.
- Actividades de saboreo y flow, incrementar las emociones positivas y estados de flow.

La gratitud es una potente herramienta que centra a los pacientes en los buenos recuerdos que tienen y que están asociados a personas significativas para ellos, aumentando el disfrute, la valoración y la satisfacción con la vida, incrementando la intensidad de dichos recuerdos impregnándolos de emociones positivas (Seligman et al., 2006), por ello es muy relevante incorporar ejercicios terapéuticos que incrementen esta emoción positiva (Seligman, 2003).

El perdón es otra herramienta para disminuir la intensidad o neutralizar las emociones negativas que acarrear los malos recuerdos (Oyen, Ludwig & Vander, 2001), ya que estos pensamientos dificultan la felicidad y la satisfacción, imposibilitando la serenidad y la paz. A través del perdón se logra cambiar esos pensamientos, bajar su intensidad y reescribir el pasado en una acción liberadora (Muñoz, Vinsonneau, Neto, Girard & Mollet, 2003).

Con el perdonar convertimos el pasado negativo volviéndolo más positivo. Mediante la gratitud ampliamos nuestro recuerdo de los buenos momentos vividos y en consecuencia, obtenemos bienestar al dar significado a las acciones recibidas (Castro Solano, 2010).

Para cambiar los pensamientos negativos y desarrollar el optimismo, se cambian las respuestas negativas de la persona por otras más positivas (Seligman, 2003). Para lograrlo se deberán utilizar cuatro formas para rebatir dichos pensamientos pesimistas, que la propia persona deberá ejecutar:

1. Evidencia: consiste en buscar pruebas reales que ayuden a la persona a darse cuenta de las distorsiones incorrectas y que desconfirmen el pensamiento pesimista.
2. Alternativas: Otra forma de rebatir las creencias negativas es la de buscar causas alternativas a lo sucedido y no quedarse con la actual, ya que en muchas oportunidades estas creencias negativas no tienen evidencia.
3. Implicaciones: Evitar el catastrofismo si la idea negativa es correcta, se debe buscar que implicaciones tiene realmente en la propia vida.

4. Utilidad: Buscar las diferentes formas que sirvan para cambiar una situación negativa (Seligman et al., 2006).

Magyar-Moe (2009, como se cita en Carrea & Mandil, 2011) propone un enfoque dirigido a la evaluación de cuatro frentes, se incluyen:

- Áreas de vulnerabilidad del paciente: déficit en habilidades sociales, déficits cognitivos, desregulación emocional, problemas de personalidad.
- Áreas de fortaleza: capacidad para la esperanza, capacidad para el perdón, la gratitud, el coraje, resiliencia, áreas de inteligencia, estabilidad emocional y características saludables de la personalidad.
- Déficits y fuerzas destructivas ambientales: condiciones de vivienda inseguras, características negativas del entorno, relaciones abusivas, exposición a discriminaciones.
- Fortalezas y recursos: condiciones de seguridad del entorno y comunidad, relaciones de apoyo, oportunidades para el éxito, empleo estable.

3.3.4 Psicología Positiva y Duelo

Seligman (2003), destaca el proceso de búsqueda de sentido como un medio para lograr una vida significativa (meaningful life) que permite alcanzar la felicidad. Tanto la religión como la espiritualidad son recursos que colaboran para el logro de tales objetivos.

La búsqueda del sentido alude a dos preguntas centrales: al sentido del suceso negativo en general, y al sentido del mismo para cada persona. Las situaciones pueden afectar a los individuos de muy diversas maneras, ante lo cual, éstos podrán plantearse si sienten interés, si el suceso que enfrentan debería interesarles, si se sienten implicados en la situación negativa que atraviesan, si sienten necesidad de actuar, si piensan que el suceso podría afectar sus objetivos, sus normas, las creencias sobre sí mismo y su entorno (Kreitler & Kreitler, 1976).

Pargament (1997), afirma que la religión influencia las creencias, los objetivos y las emociones, y busca nutrir la vida espiritual de cada persona. La espiritualidad se pregunta

por cuestiones fundamentales como el significado de la vida, que existe mucho más allá de lo que vemos o podemos comprender a través de nuestros sentidos.

Mientras que la mayoría de las personas se autodefine como religiosa y espiritual al mismo tiempo, una minoría se denomina espiritual, pero no religiosa, ya que concibe a la espiritualidad como una manera de oponerse a las religiones organizadas (Paloutzian & Park, 2005).

Cuando una persona enfrenta un hecho negativo como la pérdida de un ser querido, necesita replantearse la situación y focalizar en los aspectos positivos, de modo de poder hallar y atribuir sentidos y realizar cambios en su modo de vivir (Carr, 2007). Se debe destacar la importancia de cómo los individuos interpretan y se manejan con situaciones adversas, ya que resulta necesario tener en cuenta las fortalezas y las fragilidades del hombre como ser humano, como también las creencias con las que cuenta, ya que éstas pueden condicionar las posibilidades para llevar a cabo conductas de búsqueda activa en el duelo (Pargament, 1997).

4. METODOLOGIA

4.1 Participante

Para la realización del Trabajo Final Integrador, se tomó un caso de una mujer de 38 años con diagnóstico de Trastorno Depresivo Mayor, el cual fue proporcionado por la Licenciada en Psicología de la Fundación La paciente ingresó a consulta en diciembre de 2008, el motivo fue el proceso de duelo por el cual estaba atravesando, y además se encontraron ideaciones suicidas, sentimientos de culpa y enojo.

En el momento de la terapia y actualmente, la paciente vive sola, en un departamento en Capital Federal, Buenos Aires.

Cuando comenzó la terapia la paciente trabajaba como empleada de comercio en el barrio de Palermo. Actualmente la paciente trabaja en un hospital de la zona como enfermera.

La paciente proviene de un grupo familiar conflictivo, en la historia familiar se observa una cronicidad en su niñez- adolescencia de violencia física y psicológica, lo que genera una pobre red de apoyo para la paciente.

Por otro lado, otro de los participantes incluidos en el presente trabajo, es la Licenciada en Psicología de la Fundación quien llevo a cargo el caso de la paciente nombrada anteriormente. Dicha participante, fue quien proporcionó los datos más importantes de la paciente y de la terapia.

4.2 Instrumentos

- Historial clínico: el historial clínico relata la información más eficiente del caso, en el se destacan los siguientes ítems:
 - a. Diagnostico inicial de la paciente.
 - b. Historia clínica y familiar anterior.
 - c. Pensamientos automáticos iniciales.
 - d. La activación conductual.
 - e. Modalidades de afrontamiento disfuncionales iniciales.
 - f. Abordajes terapéuticos.

- Entrevista estructurada: la entrevista se realizó a la Licenciada que trabajó con el caso y llevo a cabo la terapia. Esta entrevista tuvo como fin destacar los aspectos más importantes del tratamiento y llevar a cabo los objetivos propuestos. En la entrevista, se relevó la siguiente información:
 - a. historia clínica (tratamientos realizados anteriormente, historia familiar de la paciente e individual antes del tratamiento), diagnostico, características individuales de la paciente (reacciones, actitudes, etc.),

- b. técnicas utilizadas (para el tratamiento y mantenimiento del mejor estado de ánimo a largo plazo y el mejor funcionamiento global de la paciente).

4.3 Procedimiento

Se realizaron 3 encuentros, distribuidos en el mes de noviembre y diciembre de 2012, con una duración de 1 hora por encuentro aproximadamente con la Licenciada en Psicología de la Fundación . La finalidad de dichos encuentros fue para la recolección de información a partir del historial clínico realizado por la Licenciada.

Al finalizar los encuentros se realizó una entrevista estructurada de manera presencial a la Licenciada, con el fin de complementar la información otorgada por el historial clínico. Una vez respondida la entrevista se anexó al Trabajo de Integración Final.

Cabe destacar que no se pudo tener acceso a la paciente debido a políticas profesionales de la Institución para mantener la privacidad de sus pacientes.

4.4 Tipo de estudio

Estudio descriptivo, análisis de caso único.

5. DESARROLLO

Con el motivo de desarrollar los objetivos determinados en el trabajo, se realizará la descripción del caso clínico a partir de los datos brindados por la terapeuta del Equipo de

Terapia Cognitivo Conductual para niños y adolescentes de la ciudad de Buenos Aires. La siguiente información fue rescatada del historial clínico otorgado por la terapeuta que llevó a cabo el tratamiento de la paciente y una entrevista estructurada con el fin de completar datos que no figuraban en el historial clínico y que eran necesarios para la realización del trabajo final integrador.

5.1 Presentación del caso

5.1.1 Antecedentes

La paciente a quien llamaremos F.K. llega a consulta a la edad de 38 años, con un recorrido de tratamientos anteriores. En el año 2004, la paciente comienza un tratamiento cognitivo conductual con un diagnóstico de Trastorno Depresivo Mayor, interrumpe este tratamiento y en el año 2007 retoma tratamiento farmacológico. En la evolución de su historia también surgen antecedentes de trastornos alimentarios, llegó a pesar 43 kilos y presentaba conductas compensatorias como ingesta de laxantes y diuréticos, e intermitentemente medidas restrictivas.

Se observa además, en su historia familiar, una cronicidad en su niñez y adolescencia de violencia física y psicológica. Existió ideación suicida y la paciente refiere que desde chica tiene la “idea de morir loca y joven”.

F.K. vive sola, nunca tuvo hijos y además comenta que a lo largo de su vida empezó varias carreras, pero nunca llegó a concretar ninguna. Seligman postuló que la pérdida del ambiente es causa más que suficiente para la aparición de un trastorno depresivo, tales pérdidas son ocasionadas por una serie de fracasos en el manejo de situaciones (Sanz & Vázquez, 1995). Esta información fue rescatada del historial clínico brindado por la terapeuta.

La primera entrevista de F.K. con la terapeuta se realiza en Diciembre del 2008, en la que relata sus últimas experiencias y por las cuales decide retomar terapia. Su motivo de consulta es la dificultad para atravesar el proceso de duelo generado por el fallecimiento de

su pareja en marzo de ese mismo año. Tomando a Sanz y Vázquez (1995), las personas depresivas serían aquellas que sufrieron de la pérdida de un objeto amado, por separación, muerte o rechazo.

La paciente conoció a su pareja en febrero de 2007, en diciembre de 2007 es diagnosticado con cáncer de pulmón y metástasis en columna. Para los seres humanos, los vínculos afectivos son de gran importancia, y una destrucción de los mismos puede ocasionar depresión de salida, o depresión de entrada. La pérdida de un ser querido es lo que se conoce como la depresión de salida (Calderón, 1998).

F.K. acompañó a su pareja convirtiéndose en su cuidadora durante todo el proceso de internación hasta el fallecimiento de él. Refiere que la familia de su pareja era extremadamente compleja, existían enojos crónicos de su hermana hacia él. F.K. manifiesta mucha frustración cuando recuerda frases de su cuñada hacia su pareja como: “vos estás pagando por todo lo que hiciste”.

5.1.2 Sintomatología y motivo de consulta

Al llegar a la consulta sus soluciones intentadas hasta ese momento, fueron aferrarse a lo religioso y a la lectura de libros sobre la vida después de la muerte, para buscar respuesta acerca de si él (su pareja fallecida), estaba bien.

Sentía la necesidad de saber si él estaba enojado ya que los últimos días antes de morir, ella estaba muy cansada y él muy agresivo. La religión influencia las creencias, los objetivos y la emociones, y a su vez busca nutrir la vida espiritual de cada persona (Pargament, 1997).

El objetivo de la paciente en la terapia, tal como lo revela el historial clínico, estaba relacionado con atravesar el duelo y en sus palabras: “librarme de todas las culpas y enojos que tengo”. Estos síntomas expresados por la propia paciente muestran la presencia de algunos síntomas presentes en un duelo complicado, como lo establece el DSM-IV (2000), incluyen, la culpa excesiva y pensamientos y deseos de haber muerto junto a esa persona.

En una primera etapa del tratamiento, las intervenciones apuntaron a acompañar a F.K en su proceso de duelo y el monitoreo constante de aparición de sintomatología depresiva, aspecto esperable con sus previos episodios diagnosticados y sus tratamientos interrumpidos que conducen en consecuencia a una alta probabilidad de recurrencia. La depresión es un trastorno recurrente y es pensado como un trastorno crónico (Jufe, 2001).

Debido a que la paciente ya había sufrido dos veces en su historia Depresión, los riesgos de padecer otro episodio depresivo aumentan notablemente. Según Vázquez (2007), si se han sufrido dos episodios de Depresión Mayor, el riesgo a padecer un tercero es del 75%.

A partir de indicadores que hablaban de sintomatología depresiva, más allá del proceso de duelo, como la ideación suicida y su planeamiento (ya que comentó haber escrito una carta de despedida a su hermana), pérdida de apetito, sentimientos de culpa y pérdida de interés.

Según el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (2000), únicamente se establece un Trastorno de Depresión Mayor si la persona mantiene los síntomas depresivos dos meses después del duelo.

Los síntomas que se nombran en el DSM-IV (2000), para un trastorno depresivo mayor, principalmente la idea de suicidio y planeamiento del mismo, y las culpas y preocupaciones excesivas, se mantenían desde hacia nueve meses, o sea, desde la pérdida de la pareja de F.K.

Por esto se solicitó interconsulta con psiquiatría y fue medicada. Para prevenir la aparición de un nuevo episodio depresivo, la APA (2000), recomienda seguir una etapa de mantenimiento de manera prolongada, sobre todo en los pacientes con mayor riesgo de recurrencia.

5.2 Terapia Cognitivo Conductual

En el abordaje psicoterapéutico, se implementaron intervenciones cognitivo conductuales para la depresión, trabajando con sus pensamientos automáticos y modalidades de afrontamientos disfuncionales. Los pensamientos automáticos y sentimientos de incompetencia que los acompañan deben ser observados y registrados por el paciente en el momento en que ocurren durante la sesión, de forma tal, que ayuden a comprender y ser analizados junto con el terapeuta y así llegar a descubrir sus propias reglas implícitas de funcionamiento (Beck, Rush, Shaw & Emery, 1979).

En todo tratamiento cognitivo, uno de los pasos iniciales es el de orientar al paciente en la detección de autodiálogos e imágenes disfuncionales (Bunge, Gomar & Mandil, 2011).

Según Beck et. al (1979), bajo este modelo, se comienza por la intervención de las distorsiones cognitivas que elabora el propio paciente y que desencadenan actitudes y emociones que lo desequilibran emocionalmente, generando así un trastorno en el estado de ánimo.

En lo que concierne a la activación conductual, el trabajo al respecto implicaba tener en cuenta la etapa del duelo por la cual estaba atravesando y lo pertinente que era según el momento de duelo en que se encontraba trabajar en la activación conductual. En lo que concierne a la activación conductual, Dimidjian et. al (2008), plantea que esta es consecuencia de un acontecimiento desencadenante que de forma repentina o progresiva, aparta de la vida del sujeto reforzadores importantes. La persona al deprimirse se aparta de su entorno habitual y rompe con rutinas que antes estaban presentes en su vida. Esta manera de operar es normal, ya que, en muchas ocasiones, realizar estas actividades comporta el dolor, así que el sujeto decide no afrontarlas, ya que en general no siente fuerzas para hacerlo.

Tomando la triada cognitiva de Beck (1979), para explicar la esencia psicológica de la depresión, en el historial clínico se observan:

- Visión negativa de sí mismo: F.K. se siente culpable y presenta enojos hacia su propia persona.

- Interpretación negativa de sus experiencias: la paciente se siente frustrada por no poder concluir ninguna de sus carreras empezadas; además de ver como un hecho negativo la muerte de su pareja que no la deja continuar con su vida por la excesiva culpa que siente.
- Visión negativa acerca del futuro: supone que sus sentimientos y su estado de ánimo depresivo continuarán indefinidamente.

El objetivo principal de la terapia cognitiva es modificar estos pensamientos y en efecto los sistemas de creencias que se encuentran asociados a estos, en la ideología de que dicha modificación y la sustitución por otros modos de pensar generaran un mejoramiento de las condiciones del paciente (Fernández Álvarez, 1992).

De los errores de procesamiento establecidos por Beck et. al (1979), en la entrevista estructurada, la terapeuta identifica los siguientes:

- Inferencia Arbitraria: el hecho de adelantar conclusiones sin evidencias, F.K. supone que sus sentimientos de culpa y enojos y el sufrimiento que le genera no poder superar el duelo de su pareja van a continuar indefinidamente. Según la terapeuta estos sentimientos se expresaban en frases como: “me siento culpable por haberlo tratado mal los últimos días de su vida, es como una bronca que siento”; “esto va a seguirme toda la vida”.
- Maximización: F.K. le da un peso exagerado al hecho de no haber podido finalizar ninguna carrera en su vida. La terapeuta en la entrevista comenta que F.K. le daba un gran peso a su profesión no finalizada: “soy una inútil, y nunca voy a poder llegar a ser nada en esta vida”.
- Razonamiento Emocional: la paciente siente que su pareja estaba enojado con ella y a causa de esto se siente muy culpable.
- Etiquetamiento: F.K. se considera como una persona incapaz de realizar algo importante en su vida, este etiquetamiento lo realiza en base a que no pudo realizar ningún objetivo en su vida, que la paciente considera importante, como por ejemplo finalizar una carrera profesional: “soy una inútil”.

En la terapia con F.K, la terapeuta actuó de manera activa basada en la aceptación, empatía y autenticidad, esto es lo que Beck et. al (1979) denomina Empirismo Colaborativo. La terapia es concebida como una co-construcción respecto a los objetivos y métodos a emplear.

Por otro lado la Autoterapia ampliada, concepto descrito por Beck et. al (1979) refiere a la situación en que el paciente logra realizar tareas entre sesión y sesión como un componente integral y vital del tratamiento. Resulta más fácil conseguir que los cambios sean duraderos cuando el paciente participa activamente en experiencias fuera de consulta.

Beck et. al (1979) describe que una de las tareas de la Terapia Cognitiva más usada es la de Registros escritos, F.K en su tratamiento llevaba un registro de las situaciones y emociones sentidas a lo largo de la semana. Según la terapeuta, este registro constaba de un cuaderno, en el cual tenía escritos los siete días de la semana, en cada día la paciente anotaba sus emociones y sentimientos distinguidos y cuáles eran las situaciones que los generaban, ya fueran sentimientos placenteros o displacenteros, F.K. debía anotarlos. Uno de los sentimientos más positivos de la paciente, es decir, una de las situaciones que más placer le generaban eran cuando pintaba y cuando escribía el registro de estas emociones. La terapeuta recuerda, que los días que pintaba, sus sentimientos eran placenteros y positivos.

Finalmente se psicoeducó a F.K. acerca de lo esperable del proceso de duelo, normalizando emociones propias de la etapa que atravesaba y brindándosele material de lectura. Uno de los libros recomendados por la terapeuta y el mas aceptado por la paciente fue el libro de Raquel Levinstein, “Cuando alguien se va”, la terapeuta comenta que este libro ayudo mucho a la paciente F.K. a identificar qué etapa del duelo estaba atravesando, y a superar cada una de estas etapas de manera efectiva y saludable. Bunge et. al (2011), señalan que para que el paciente participe activamente del tratamiento e incorpore la metodología colaborativa del trabajo, debe ser psicoeducado y entrenado en el reconocimiento de los nexos entre los factores más importantes que mantienen el trastorno. La psicoeducación es darle al paciente una explicación acerca de su trastorno y los pasos del tratamiento.

5.3 Aportes de la Psicología Positiva

La terapia a través de la psicología positiva para pacientes con depresión tiene un enfoque procedente de la felicidad y el optimismo. Exige a la persona a pensar de forma positiva y no centrarse en patologías (Myers, 2000).

Se trabajó teniendo en cuenta los cuatro frentes propuestos por Magyar-Moe (2009) que incluyen:

- Áreas de vulnerabilidad de la paciente: episodios anteriores de trastorno depresivo mayor, comorbilidad con trastornos de la conducta alimentaria, ideación suicida y planeamiento.
- Áreas de fortalezas de la paciente: creatividad, resiliencia, perseverancia, curiosidad, amor por el saber.
- Déficits y fuerzas destructivas en el ambiente de la paciente: relación altamente disfuncional con su familia: padre alcohólico, hermanas desentendidas de la problemática de la paciente. Pobre red de apoyo familiar.
- Fortalezas y recursos presentes en el ambiente de la paciente: fuerte apoyo en su grupo de trabajo, dispuestos a acompañarla, se beneficiaba en relaciones con personas de menor edad, donde ella actuaba como protectora.

Seligman (2003), afirma que los caminos que permiten alcanzar una *vida plena*, son:

- a) *La vía que tiende al desarrollo* y aumento de las emociones positivas en la vida cotidiana poniendo atención al momento presente. La intervención principal en su labilidad emocional se basó en la normalización y aceptación de diversas emociones tales como el enojo y la culpa, acompañando esta aceptación del malestar con la promoción de experiencias emocionales positivas.

Al mismo tiempo, el tratamiento con Psicología Positiva se focaliza en el pasado, promoviendo la gratitud y el perdón, mientras que una mirada al futuro posibilita la

esperanza (Seligman, 2003). Para ello una de las intervenciones llevadas a cabo fue el ejercicio del perdón, concentrándose en los enojos de la familia del fallecido y con ella misma. F.K. escribía cartas a cada uno de los miembros de la familia con quienes sentía enojo, de esta manera cuando estuvo preparada, se sintió segura y quiso por cuenta propia enviar las cartas, y al recibir una respuesta positiva de la otra parte sintió un gran alivio y sus enojos hacia el resto de los familiares y hacia sí misma, disminuyeron notablemente.

La gratitud es una herramienta que centra a los pacientes en los buenos recuerdos que tienen y que están asociados a personas significativas para ellos aumentando el disfrute, la valoración y la satisfacción con la vida (Seligman et. al, 2006).

La paciente trabajó con esta herramienta, en donde a través de escritos, le agradeció a su pareja por los momentos y aprendizajes vividos.

Otra de las tareas de F.K. dirigidas al pasado, expuestas en la entrevista a la terapeuta, fue la realización del “cofre de recuerdos”, en donde reunió fotos, poemas, canciones favoritas y gustos personales, para tener recuerdos del pasado positivos. En las emociones sobre el pasado es fundamental la interpretación y el pensamiento que la persona tiene de este, ya que guía a la emoción. La persona al recordar sucesos pasados de sus vidas, crean una emoción, que es anticipada por un pensamiento y según este pensamiento, la emoción será negativa o positiva (Seligman, 2003).

- b) La *vía del compromiso* que puede alcanzarse a través del fluir de la energía (flow) que se logra realizando actividades significativas y placenteras para cada sujeto.

Se realizaron diferentes actividades para evaluar cuáles eran sus experiencias de flow. La paciente refirió experimentar las emociones que caracterizan las experiencias flow, al momento de cumplir con tareas de escritura. Así pudo identificar que de esta manera se podía conectar desde un lugar positivo con su historia. Además, en la búsqueda de cuáles eran los momentos en los que experimentaba estas emociones positivas, surgieron intereses tales como pintar, cantar y ayudar a los más necesitados. Todas estas prácticas, fueron posteriormente actividades incentivadas a realizarse por parte de la paciente.

Carr (2007) considera que cuando una persona enfrenta un hecho negativo como la pérdida de un ser querido, debe replantearse la situación y focalizar en los aspectos positivos, de modo que pueda hallar y atribuir sentidos y realizar cambios en su modo de vivir.

- c) Finalmente la vía que conduce a una *vida con sentido* (meaningful life) a partir del uso de fortalezas personales poniéndolas a favor de los demás.

La paciente comenzó con un trabajo de reflexión teniendo en cuenta su curiosidad por el saber, se le asignó post educación acerca del bienestar y sus tres vías de acceso, la tarea de investigar acerca de las fortalezas humanas.

Kreitler y Kreitler (1976), consideran que la búsqueda de sentido alude por un lado al sentido del suceso negativo en general, y por otro lado, al sentido del mismo para cada persona. Las situaciones pueden afectar de diferentes maneras a cada individuo, ante lo cual, podrán plantearse si sienten interés, si el suceso que enfrentan debería interesarle, si se sienten implicados en la situación negativa que atraviesan, si sienten necesidad de actuar, si piensan que este suceso podría afectar sus normas, sus objetivos, sus creencias y su entorno.

5.4 Evolución

Pargament (1997), considera de gran importancia conocer la forma en que los individuos interpretan y manejan las situaciones adversas, ya que es necesario tener en cuenta cuales son las fortalezas y las fragilidades del paciente, como también las creencias con las que cuenta, ya que estas pueden condicionar las posibilidades para llevar a cabo conductas de búsqueda activa en el duelo.

Cerca del año de terapia de F.K. con la terapeuta, se realizó un balance del tratamiento, donde se destacaron los propios recursos de la paciente. La paciente como fruto de consecutivas tareas terapéuticas publicó un libro junto con la colaboración de una escritora.

Otro de los propios recursos destacados en el tratamiento fue haberse dado el tiempo suficiente en cada etapa del duelo, para afrontar el malestar y tolerarlo, se permitió a si misma recibir ayuda por parte de sus hermanas.

Con el tiempo F.K. comenzó a tomar clases de canto y de pintura. Actualmente sigue tomando antidepresivos y continua su tratamiento con la terapeuta. La terapeuta agregó además que, junto con el psiquiatra de F.K., se comenzó a bajar la dosis del antidepresivo gradualmente.

Luego de cuatro años F.K. mantuvo un buen estado de ánimo, a través de las actividades flow, pudo concretar varios de sus objetivos propuestos, retomó la carrera de enfermería que había abandonado, y logro recibirse.

Actualmente la terapeuta relata que existe un notable mejoramiento en cuanto a su funcionamiento global y estado de ánimo. La terapeuta destaca que la escritura del libro le ayudó mucho a superar el duelo de su pareja, además del registro escrito que la paciente realizaba con sus emociones y sentimientos a lo largo del tratamiento; de esta manera la terapeuta afirma que esto la ayudó a conectarse más con sus emociones y a permitir expresarlas de manera más positiva. Retomando a Beck et. al (1979), menciona que el registro escrito suele ayudar a los pacientes a recordar situaciones relevantes de la semana que sin los mismos pueden pasar por alto o ser olvidados rápidamente.

La terapeuta destaca en F.K. la posibilidad de generar proyectos y ayudar a los demás, luego de la escritura de su libro, F.K. está realizando un segundo libro donde plantea recursos para el afrontamiento del duelo, basado en su experiencia personal de superación.

Finalmente, cabe destacar que F.K. se encuentra actualmente como colaboradora en un grupo de ayuda para personas que sufrieron pérdidas afectivas, compartiendo sus logros, contando su experiencia y brindando apoyo a las personas que están pasando por un duelo.

6. CONCLUSIONES

La realización del presente trabajo, surgió en primer lugar por un interés propio sobre el trastorno depresivo mayor como consecuencia de un duelo, y por otro lado por la curiosidad de conocer las formas de tratamiento que pueden llegar a ser efectivas para dicho trastorno.

Para Calderón (1998), la pérdida de un ser querido genera diferentes estados de ánimo en el transcurso del periodo de duelo, los cuales son la negación, la depresión, la ira y finalmente la aceptación. Los vínculos humanos son muy importantes para los seres humanos, y la destrucción de estos puede generar depresión.

En la actualidad el trastorno depresivo es la mayor causa de invalidez en el mundo, siendo 350 millones de personas en el mundo que la padecen y se estima que en siete años será la segunda causa de baja laboral en los países subdesarrollados (Vázquez, 2007).

Es importante poder realizar un tratamiento adecuado para la depresión, por un lado un tratamiento con psicofármacos que ayudan a mejorar el estado anímico de la persona con trastorno depresivo y a disminuir el riesgo de suicidio, y por otro lado la terapia psicológica. Ambos han demostrado ser altamente efectivos para poder tratar la depresión.

Según Vázquez (2007), se calcula que de 100 pacientes con depresión, solo 17 recibirán tratamiento, y lo que es un dato aun más alarmante, estudios demuestran que la tasa de abandono de los tratamientos varía alrededor del 50%.

El modelo cognitivo para explicar la esencia psicológica de la depresión descrita por Beck (1979), incluye la triada cognitiva (la interpretación negativa de la persona hacia sí mismo, su ambiente y su futuro), los esquemas y finalmente los errores de procesamiento.

Es por esto que la terapia cognitiva comienza con la intervención de estos errores y distorsiones cognitivas que el paciente elabora y desencadenan actitudes que lo desequilibran emocionalmente generando así trastornos en el estado de ánimo (Beck et. al 1979).

En el trabajo realizado se puede observar que la intervención sobre los errores cognitivos y de procesamiento que presentaba la paciente fue de gran importancia ya que sus sentimientos negativos y sus formas de enfrentar las situaciones problemáticas de su vida generaban un estado de ánimo depresivo y sus formas para tratar estas situaciones no daban resultados positivos. En todo tratamiento cognitivo, uno de los pasos principales es orientar al paciente a la detección de los autodiálogos e imágenes disfuncionales que se suscitan en las situaciones problemáticas (Bunge, Gomar & Mandil 2011).

Otro tipo de intervención cognitiva utilizada con la paciente F.K. es la psicoeducación. Esta se realiza dando una explicación al paciente sobre su trastorno, las causas y los síntomas, y el tratamiento a realizarse, desde los aspectos más básicos, hasta la duración y objetivos esperables, esto genera una mayor alianza terapéutica (Bunge, Gomar & Mandil 2011).

Finalmente, la psicología positiva se focaliza en el presente, pero a su vez en el pasado y el futuro (Seligman, 2003)

Para Seligman (2003), los caminos que permiten alcanzar una vida plena son: desde el presente, una tendencia al desarrollo y a la incrementación de emociones positivas; desde el pasado, para promover el perdón y la gratitud; y desde el futuro posibilitando el desarrollo del optimismo y la esperanza.

Se ha visto desde la bibliografía y el trabajo realizado, que tanto el trabajo con la gratitud como con el perdón, son herramientas muy potentes que conciernen a una mirada positiva hacia el pasado. El perdón busca neutralizar o disminuir las emociones negativas que acarrear los malos recuerdos; mientras que la gratitud se centra en los buenos recuerdos que tiene el paciente, aumentando el disfrute y la valoración de la vida (Seligman et. al, 2003).

La terapia a través de la psicología positiva para pacientes con depresión tiene un enfoque proveniente de la felicidad y el optimismo, motiva a las personas a pensar de manera más positiva y no centrarse en patologías (Myers, 2000).

Se considera que dentro de las limitaciones que acontecieron en este trabajo, una de ellas fue el hecho de contar con un historial clínico muy pobre, esto se debe a que la terapeuta se manejó muy poco con notas y escritos de avances significativos de la paciente. Esto es, al parecer, algo que debería estar incluido en cada sesión, ya que de esta manera se puede llevar un registro específico de cada uno de los avances y logros de la paciente, y a su vez puede ayudar al mejoramiento de futuras terapias. A razón de esto, fue necesaria la entrevista estructurada con la terapeuta, ya que había etapas del tratamiento que no constataban en el historial clínico.

Por otro lado, otra de las limitaciones que ocurrieron en la realización del trabajo final integrador, y la más importante, fue la imposibilidad de observar algunas de las sesiones de la terapeuta con la paciente. Esto hubiese complementado el trabajo, pero debido a políticas de la institución, no se permitió mantener una observación participante en las sesiones terapéuticas de F.K.

La realización del presente trabajo fue muy enriquecedora, principalmente por la combinación de dos importantes terapias que resultaron demostrar ser efectivas para el trastorno depresivo mayor por duelo. Los aportes de la psicología positiva optimizan el tratamiento y promueven el bienestar, centrándose en los pensamientos positivos y en las fortalezas de cada persona.

De las conclusiones expuestas anteriormente, se desprenden claramente dos importantes líneas de trabajo:

1. Por un lado y se considera que la más importante, los aportes significativos de la Psicología Positiva en casos de depresión mayor y superación de un duelo, basándose en sus fortalezas y emociones positivas, utilizando estas a su favor, para generar posibilidades de un futuro optimo para los pacientes con dicho trastorno.
2. Por otro lado, la necesidad de una terapia cognitiva conductual para el trastorno depresivo mayor. La terapia resulta de gran utilidad para estos

pacientes, ya que a través de ésta, las personas logran reconocer sus patrones y esquemas disfuncionales que mantienen el trastorno.

Estas líneas de trabajo en su conjunto presentan una importante línea de trabajo futura que debería ser considerada para el tratamiento del trastorno depresivo mayor.

A modo de cierre, y como opinión personal, se puede decir que la combinación de la terapia cognitiva, junto con aspectos de la terapia con Psicología Positiva no solo fue muy efectiva en el caso de la paciente F.K. sino que también lo sería en un futuro con pacientes que presenten trastorno depresivo mayor.

Ambas terapias, han demostrado ser altamente efectivas por separado, y a mi parecer, al combinarse es de parecer que la respuesta del paciente fue más positiva frente a la superación de un duelo. Los psicofármacos, la Terapia Cognitiva Conductual y la Psicología Positiva ayudaron de manera efectiva a la paciente F.K. para la superación del Trastorno Depresivo Mayor por duelo, la terapeuta logro un tratamiento para que pudiera no solo superar y enfrentar el duelo sino para mejorar a futuro, y para utilizar sus experiencias de manera positiva en el futuro

7. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-IV-TR*. American Psychiatric Publishing, Incorporated.
- Bradburn, N. & Caplovitz, D. (1965). Reports of happiness. En Diener E. (Eds.). *Subjective well-being*. (pp. 35-36). Illinois: American Psychologist.
- Beck, A.T., Rush, A.J., Shaw, B.F. & Emery, G. (1979). *Cognitive therapy of depression*. New York: Guilford Press. Recuperado de <http://books.google.es/books?id=L09cRS0xWj0C&printsec=frontcover&hl=es#v=onepage&q&f=false>
- Beck, A., Rush, A., Shaw, B. & Emery, G. (1993). *Terapia Cognitiva de la depresión*. Bilbao: Desclée de Brower.
- Breton, S. (1998). *La depresión*. México: Planeta.
- Bunge, E., Gomar, M. & Mandil, J. (2011). *Terapia Cognitiva con Niños y Adolescentes. Aportes Técnicos*. Buenos Aires: Akadia.
- Caballo, V. (2007). *Manual para el tratamiento cognitivo-conductual de los trastornos psicológicos, vol.1*. Madrid: Siglo XXI de España Editores.
- Calderón, N. (1998). *Depresión, sufrimiento y liberación*. México: Edamex.
- Carr, A. (2007). *Psicología Positiva. La ciencia de la felicidad*. Barcelona: Paidós.
- Carrea G. & Mandil J. (2011). Aportes de la Psicología Positiva a la Terapia Cognitiva Infanto Juvenil. *Psiencia. Revista latinoamericana de ciencia psicológica* 3 (1) 40-56. doi: 10.58723.1.31. Recuperado de <http://www.psiencia.org/index.php/psiencia/article/view/72/108>.
- Castro Solano, A. (2010). *Fundamentos de la Psicología Positiva*. Buenos Aires: Paidós.

- Clarke, G. & De Bar, L. (2010). Tratamiento Cognitivo Comportamental grupal para adolescentes con depresión. En M. Gomar, J. Mandil & E. Bunge (Eds.), *Manual de Terapia Cognitiva Comportamental con niños y adolescentes* (pp. 343-364). Buenos Aires: Polemos.
- Diener, E., Sandvik, E., & Pavot, W. (1991). Happiness is frequency, not the intensity of positive versus negative affect. En F. Strack, M. Argyle & Schwarz (Eds.). *Subjective well-being: An interdisciplinary perspective*. (pp. 119-139). New York: Pergamon. Recuperado de <http://psycnet.apa.org/index.cfm?fa=buy.optionToBuy&uid=2005-15687-001>
- Diener, E. (2000). Subjective well-being. *American psychologist*, 55, 34-43.
- Dimidjian, S., Martell, C. R., Addis, M. E. & Herman-Dunn, R. (2008). Behavioral Activation for Depression. En D. H. Barlow (Ed.), *Clinical Handbook of Psychological Disorders. A step-by-step treatment manual (4ª ed.)* (pp. 328-364). Nueva York: Guilford Press.
- Fernández Álvarez, H (1992). Fundamentos de un modelo integrativo en psicoterapia: *La Psicología Cognitiva y la Psicoterapia*. Buenos Aires: Paidós.
- Gavino, A. (2002). *Guía de ayuda al terapeuta cognitivo-conductual*. 2ª Ed. España: Ediciones Pirámide.
- González de Rivera, J., & Monterrey A. (1995). Psicobiología de la Depresión. En A. Belloch (Ed.), *Manual de Psicopatología* (pp. 380-397). Madrid: McGraw-Hill.
- Jufe, G. (2001). *Psicofarmacología práctica*. Buenos Aires: Polemos.
- Kreitler, H. & Kreitler, S. (1976) *Cognitive orientación and behavior*. New York: Springer.
- Moreno Coutiño, A. & Medina-Mora, M. (2008). Tabaquismo y Depresión. *Salud Mental*. 31, pp. 409-415. Recuperado de <http://www.inprf-cd.org.mx/pdf/sm3105/sm3105409.pdf>

Muñoz, M., Vinsonneau, G., Neto, E. Girard, M., & Mullet, M. (2003). Forgiveness and Satisfaction with Life. *Journal of Happiness Studies*, 3, 323-335. Recuperado de <http://link.springer.com/article/10.1023%2FA%3A1026251630478?LI=true#page-1>

Myers, D. (2000). The funds, friends and faith of happy people. *American Psychologist*, 1, 56-67.

Organización Mundial de la Salud (2012). “La Depresión”. Recuperado de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs369/es/>

Oyen, C, Ludwig, T., & Vander, K. (2001). Granting forgiveness or harboring grudges: Implications for emotion, physiology and health. *Psychological Science*, 2, 117-123. Recuperado de <http://data.psych.udel.edu/rsimons/PSYC467/Witvliet%20et%20al.,%202001.pdf>

Paloutzian, R. F. & Park, C.L. (2005). *Handbook of the Psychology of Religion and Spirituality*. New York. London: Guilford Press. Recuperado de http://books.google.es/books?id=mGscSLMA_P4C&printsec=frontcover&dq=Handbook+of+the+Psychology+of+Religion+and+Spirituality&hl=es&sa=X&ei=BTGDUZv5ApHW9ATNjYGQAQ&ved=0CDUQ6AEwAA#v=onepage&q=Handbook%20of%20the%20Psychology%20of%20Religion%20and%20Spirituality&f=false

Pargament, K. I. (1997). *Psychology of Religion and Coping. Theory, research and practice*. New York-London: The Guilford Press. Recuperado de http://books.google.es/books?hl=es&lr=&id=Vn5XObcpnd4C&oi=fnd&pg=PA1&dq=Psychology+of+Religion+and+Coping.Theory,+research+and+practice.&ots=eQgA5M9Lmf&sig=_pp2_MEm-SjahLCwne2zMgQ-QGE#v=onepage&q=Psychology%20of%20Religion%20and%20Coping.Theory%20%20research%20and%20practice.&f=false

- Pérez, M., & García, J. (2001). Tratamientos eficaces para la depresión. *Psicothema*. 13, 3, pp. 493-510. Recuperado de <http://156.35.33.98/reunido/index.php/PST/article/view/7902/7766>
- Peterson, C. (2006). *A primer in Positive Psychology*. Nueva York: Oxford University Press. Recuperado de <http://books.google.es/books?id=fUPBDc4HU0oC&printsec=frontcover&dq=A+primer+in+Positive+Psychology&hl=es&sa=X&ei=BTKDUdzCI4L68QSDroDgCw&ved=0CDIQ6AEwAA#v=onepage&q=A%20primer%20in%20Positive%20Psychology&f=false>
- Riso, W. (2006). *Terapia Cognitiva: Fundamentos teóricos y conceptualización del caso clínico*. Bogotá: Grupo Editorial Norma.
- Sanz J. & Vázquez C. (1995). Trastornos del Estado de Ánimo: Teorías Psicológicas. En A. Belloch (Ed.), *Manual de Psicopatología* (pp. 342-376). Madrid: McGraw-Hill.
- Seligman, M. (1983). Learned helplessness. E. Levitt, B. Lubin y J. Brooks (eds.) *Depression: Concepts, controversies, and some new facts (2nd. ed.)* (pp. 64-72). Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Seligman, M. & Csikszentmihalyi, M. (2000). Positive psychology: An introduction. *American Psychologist*, 55, pp. 5-14.
- Seligman, M. (2003). *La auténtica felicidad*. Barcelona: Bailén.
- Seligman, M., Steen, T., Park, N. & Peterson, C. (2006). Positive Psychology progress: Empirical validation of interventions. *American Psychologist*, 60 (5): 410-421.
- Seligman, M., Rashid, T., & Parks, A. (2006). Positive Psychotherapy. *American Psychologist* 61,774-788.
- Tarragona Sáez, M. (2010). Psicología Positiva y Psicoterapia. En A. Castro Solano (Ed.) *Fundamentos de la Psicología Positiva* (pp. 183-206). Buenos Aires: Páidos.

- Teasdale, J.D., Segal, Z.V., & Williams, J.M.G. (1995) How does cognitive therapy prevent depressive relapse and why should attentional control (mindfulness) training help? *Behaviour Research and therapy*, 33, 25-39. Recuperado de <http://brainimaging.waisman.wisc.edu/~perlman/0903-EmoPaper/TeasdaleSegalACT1995.pdf>
- Vázquez, G. (2007). *Trastornos del Estado de Ánimo. Depresión y Bipolaridad*. Buenos Aires: Polemos
- Vázquez, F.L., Muñoz, R.F. & Becoña, E. (2000). *Depresión: diagnóstico, modelos teóricos y tratamiento a finales del siglo XX*. *Psicología Conductual*, 8, 3, 2000, 417-449. Recuperado de <http://www.behavioralpsycho.com/PDFespanol/2000/art02.3.08.pdf>
- Vera, B. (2006). Psicología Positiva: una nueva forma de entender la psicología. *Papeles del psicólogo*, 27 (1) 3-8. Recuperado de <http://www.papelesdelpsicologo.es/english/1279.pdf>
- Worden, W. (2009). *Grief counseling and grief therapy: a handbook for the mental health practitioner*. New York, NY: Springer Publishing Company.

ANEXOS

