

UNIVERSIDAD DEL AZUAY



**FACULTAD DE FILOSOFÍA, LETRAS Y CIENCIAS DE
LA EDUCACIÓN**

ESCUELA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA

**“EL SÍNDROME DEPRESIVO EN LAS
INTERNAS SENTENCIADAS RECLUIDAS EN
EL CENTRO DE REHABILITACIÓN SOCIAL
FEMENINO DE CUENCA”**

**Tesis previa a la obtención del título
de Licenciada en Psicología Clínica**

AUTORA: Paola Vanessa Duque Espinoza

DIRECTORA : Psc. Cl. Yolanda Dávila Pontón

CUENCA - ECUADOR 2006

**A mis padres Gustavo y Melba,
y a mis hermanas Gaby y Sandy.**

AGRADECIMIENTO

A lo largo de la vida encontramos aciertos y desaciertos que marcan nuestra existencia, y las personas con las que contamos en esos momentos son indispensables para la superación de los problemas que se nos puedan presentar.

Por eso dedico y agradezco la realización de este trabajo a las cuatro personas más importantes de mi vida, aquellas que han estado a mi lado incondicionalmente, que jamás me han abandonado y que me han guiado hacia un camino profesional lleno de valores humanos, de servicio a los demás y de orgullo por nuestra sociedad: **Gustavo y Melba**, mis padres, mi fortaleza, quienes con su infinito amor, paciencia y sabiduría han estado a mi lado durante este proyecto, apoyándome y animándome para lograr mi objetivo; y a **Gaby y Sandy**, mis hermanas, mis tesoros, quienes con su paciencia y comprensión no me permitieron rendirme en ningún momento y confiaron en mí motivándome a realizar mi más grande sueño.

También quiero dedicar este trabajo a todas las mujeres recluidas en el Centro de Rehabilitación Social Femenino de Cuenca, porque con su colaboración no sólo me permitieron realizar esta investigación, sino que me enseñaron una lección de vida que la mayoría de gente, al estar lejos de ese mundo, no logra entender.

Agradezco a Dios, por haberme dado paciencia en mis momentos fáciles y fuerza en los ratos difíciles de mi vida; y por haberme iluminado para realizar este trabajo y poder entender la difícil vida de muchas personas de nuestro alrededor.

A mi familia, por su apoyo cotidiano e incondicional.

A los doctores Mateo Ríos y Arturo Andrade, por su desinteresada ayuda y colaboración para la ejecución de este proyecto.

A la Psicóloga Clínica Yolanda Dávila Pontón, por su guía profesional para este trabajo.

INDICE

▲ ABSTRACT	VII
▲ INTRODUCCIÓN	IX

MARCO TEÓRICO

1. LA DEPRESIÓN	1
1.1. Definición	1
1.2. Síntomas	3
1.3. Causas	5
1.4. Tipos	7
1.5. Curso Clínico	10
1.6. Diagnóstico y Diagnóstico Diferencial	11
1.7. Teorías Explicativas sobre la Depresión	15
1.7.1. Teorías Psicodinámicas de los Trastornos Depresivos	15
1.7.2. Teorías Conductuales de los Trastornos Depresivos	15
1.7.3. Teorías Cognitivas de los Trastornos Depresivos	16
1.7.4. Teorías Biológicas de los Trastornos Depresivos	17
2. LA TERAPIA COGNITIVA-CONDUCTUAL COMO TRATAMIENTO PARA LA DEPRESIÓN	18
2.1. Definición de la Terapia Cognitiva-Conductual	18
2.2. Características de la Terapia Cognitiva-Conductual	19
2.3. El Modelo Cognitivo de la Depresión	20
2.3.1. La Triada Cognitiva	20
2.3.2. Los Esquemas	21
2.3.3. Los Errores Cognitivos	22
2.4. Descripción de la aplicación de la Terapia Cognitiva-Conductual	24
2.4.1. Aplicación de las Técnicas Cognitivas-Conductuales	25
2.5. Formularios y Tablas de Autoayuda	29
3. LA DEPRESIÓN EN LOS CENTROS DE REHABILITACIÓN SOCIAL	35
3.1. Definición de Centro de Rehabilitación Social	35
3.2. Causas de Depresión en un Centro de Rehabilitación Social	36
3.3. Como prevenir la depresión dentro de un Centro de Rehabilitación Social	38
4. PLAN TERAPÉUTICO PARA LA RECUPERACIÓN DE LA SALUD MENTAL EN LAS MUJERES DIAGNOSTICADAS SÍNDROME DEPRESIVO	40

MARCO INVESTIGATIVO

5. ESTUDIO DEL SÍNDROME DEPRESIVO EN LAS INERNAS DEL CENTRO DE REHABILITACIÓN SOCIAL FEMENINO DE CUENCA	46
5.1. Conocimiento general del Centro de Rehabilitación Social Femenino de Cuenca	46
5.2. Metodología	62
5.2.1. Criterios para el establecimiento de las muestras	62
5.2.2. Criterios para la utilización de las herramientas para la recolección de datos	62
5.3. Resultados de la investigación	63
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	73
▲ BIBLIOGRAFÍA	75
▲ ANEXOS	

RESUMEN

Varios estudios a nivel mundial muestran que la prevalencia de Síndrome Depresivo en personas privadas de su libertad constituye el principal problema de salud pública en centros carcelarios, llegando a determinarse que el porcentaje de depresión en estas personas alcanza al 15 % del total de reclusos sentenciados.

Estos datos deberían ser similares en nuestro País, hipótesis que motivó la realización del presente trabajo investigativo, en el cual se estudian 28 mujeres (internas sentenciadas) del Centro de Rehabilitación Social Femenino de Cuenca, en el período comprendido entre abril y septiembre del año 2005, con el fin de determinar en ellas la prevalencia de Síndrome Depresivo, mediante la aplicación del Test de Depresión de Beck y un cuestionario para determinar etiología depresiva basado en los Criterios Diagnósticos del DSMIV.

Del Universo (28=100%) se determinó que 13 de las internas (46,43%) presentaban Síndrome Depresivo, de ellas 6 que corresponde al (21,43%) presentaron Depresión Leve, y las 7 restantes (25%) presentaron Depresión Moderada.

La frecuencia de depresión por edades correspondió a 1 menor de 25 años (7,69%); 7 de entre 26 y 40 años (53,85%); 4 de entre 41 y 55 años (30,77%) y 1 mayor de 56 años (7,69%).

De las 13 internas depresivas 5 (38,56%) eran solteras; 4 (30,77%) eran casadas; 3 (23,98%) vivían en unión libre y 1 (7,69%) era separada.

La frecuencia de depresión según años de reclusión mostró que 11 de ellas (84,62%) estaban recluidas 8 años o más.

El número de hijos no mostró datos influyentes para el diagnóstico de Síndrome Depresivo.

ABSTRACT

Several studies at world level show that the prevalence of Depressive Syndrome in private people of their freedom constitutes the main problem of public health in prison centres, ending up being determined that the depression percentage in these people reaches to 15 % of the total of sentenced prisoners.

These data should be similar in our country, hypothesis that motivated the realization of the present investigative work, in which 28 women were studied (sentenced inmates) of the Cuenca's Social Rehabilitation Center of Women, in a period of time between April and September, 2005, in order to determine the prevalence of the Depressive Syndrome, through the application of the Beck Depression Test and a questionnaire to determine depressive etiology based on the Diagnosis Criteria of DSMIV.

Of the test group (28=100%)it has been determined that 13 of the internals (46,43%) showed Depressive Syndrome and 6 of them (21,43%) showed Low Depression, and the other 7 (25%) showed Moderate Depression.

The depression rate by age corresponded to: 1 under 25 years of age (7,69%); 7 between the ages of 26 and 40 years (53,85%); 4 between the ages of 41 and 55 years (30,77%) and 1 older than 56 years of age (7,69 %).

From the 13 depressed inmates 5 (38,56%) were single ; 4 (30,77%) were married; 3 (23,98%) were living in an open relationship and 1 (7,69%) was separated.

The depression rate following years of imprisonment showed that 11 of them (84,62%) were confined for 8 years or more.

The number of children the prisoners have doesn't prove to be an important fact for the Depressive Syndrome diagnosis.

INTRODUCCIÓN

Uno de los trastornos que se presenta con mayor frecuencia en las personas reclusas en un Centro de Rehabilitación Social es la Depresión, trastorno que frena y dificulta el desarrollo de sus vidas.¹

La Depresión puede presentarse como consecuencia de los diferentes problemas y dificultades que les toca atravesar tanto dentro como fuera del Centro en el que se encuentran reclusas

Según estudios realizados en 12 países industrializados, una de cada siete reclusas, más de un millón de personas en el estudio realizado, padecen Depresión Profunda que puede conducir al suicidio². Dados los limitados recursos de la mayoría de las prisiones, es casi imposible que aquellas enfermas depresivas reciban atención profesional apropiada.

La mayoría de las veces tendemos a ignorar las emociones y los sentimientos de las personas que atraviesan momentos difíciles, olvidándonos de las graves consecuencias que estos problemas pueden desencadenar; en tal virtud, he planteado como necesario tema de estudio e investigación “El Trastorno Depresivo en las Internas Sentenciadas Reclusas en el Centro de Rehabilitación Social Femenino de Cuenca”, y emitir las respectivas recomendaciones que posibiliten brindar soluciones adecuadas que permitan recuperar la estabilidad emocional y psíquica en las personas afectadas.

Los objetivos planteados en esta investigación están encaminados a determinar las características del Síndrome Depresivo en las Internas Sentenciadas en el Centro de Rehabilitación Social Femenino de Cuenca en el período abril-septiembre de 2005, a determinar la Prevalencia del Síndrome Depresivo en las internas sentenciadas en el Centro de Rehabilitación y establecer las causas del Síndrome Depresivo en las mujeres que presenten dicha patología. Además se estructurará un plan terapéutico para la recuperación de la salud mental en las mujeres afectadas.

¹ www.nodo50.org/carceles/vita.htm

² www.cimacnoticias.com/noticias/03ago/s03082607.html

Se toma como universo todas las reclusas sentenciadas y que se encuentran recluidas en el Centro Rehabilitación Social Femenino de Cuenca en el período comprendido entre abril y septiembre de 2005.

A todas ellas se aplicó el Test de Depresión de Beck y se discriminaron a las que tuvieron positividad para depresión en el instrumento investigativo aplicado.

A estas se les aplicó un cuestionario basado en los criterios del DSM-IV para determinar causas de su estado depresivo, clasificando a las reclusas deprimidas según grado de depresión, edad, estado civil y tiempo de sentencia.

Se tabularon los datos y se realizó tablas y gráficos de cada uno de los ítems investigados.

1. LA DEPRESIÓN



Cualquier persona puede atravesar por períodos de tristeza, soledad o aflicción, a menudo como reacción ante los acontecimientos cotidianos, ya se trate de un contratiempo o una pérdida, y nuestras reacciones ante ello pueden afectar nuestra paz interior. Los sentimientos dolorosos que acompañan a estos acontecimientos son normalmente apropiados, necesarios y transitorios, y pueden incluso significar una oportunidad de crecimiento personal.¹ Pero, cuando estos sentimientos duran semanas o incluso meses, impidiendo que volvamos a adoptar una visión sana de la realidad, es posible que nos hallemos ante un estado de depresión. La gravedad, la duración y la presencia de otros síntomas son los factores que distinguen la tristeza normal de un síndrome depresivo.

1.1. DEFINICIÓN:

Todos experimentamos infelicidad, a menudo como resultado de un cambio, que obedece a un contratiempo o de una pérdida, o simplemente como dijo Freud, de "misericordia cotidiana". El trastorno depresivo es una enfermedad que afecta el organismo, el ánimo y la manera de pensar, la forma en que una persona come y duerme; afecta cómo uno se valora a sí mismo (autoestima) y la forma en que uno piensa. Altera los

¹ www.depression.org

sentimientos, la salud física, la vida social, laboral y la relación familiar de la persona que sufre de esta patología. Un trastorno depresivo no es lo mismo que un estado pasajero de tristeza o desánimo.²

Nunca dos personas se deprimen exactamente de la misma manera. Muchas de ellas tienen solamente algunos de los síntomas, y estos varían en su severidad y duración. Los síntomas ocurren en episodios de tiempo limitado y pueden estar presentes durante períodos largos si no se busca tratamiento.

El hecho de tener algunos síntomas depresivos no significa que la persona está deprimida clínicamente. Por ejemplo, no es raro que las personas que han perdido un ser querido se sientan tristes, impotentes y pierdan interés en las actividades cotidianas. Solamente cuando estos síntomas persisten por un tiempo más allá de lo usual (seis meses) es que hay razón para sospechar que el luto se ha convertido en una enfermedad depresiva.

Igualmente el estrés de ser despedido de su trabajo, problemas financieros, laborales, sociales o familiares pueden ocasionar irritabilidad y hacer que la persona "se sienta triste". Hasta cierto punto, tales sentimientos son simplemente parte de la experiencia humana pero, cuando esos sentimientos aumentan en su duración e intensidad y la persona no es capaz de funcionar normalmente, lo que parecía un asunto de humor temporal puede haberse convertido en una enfermedad clínica.

Esta enfermedad no se presenta como una culpa de la persona que la padece, no indica debilidad personal, sino que es una enfermedad médica que puede afectar a cualquier persona. La depresión es una enfermedad en la cual la persona afectada no puede liberarse a voluntad, ya que el depresivo está enfermo de SU VOLUNTAD. Los familiares y amigos le piden "tener fuerza de voluntad" lo que tortura al paciente depresivo, pues la enfermedad se caracteriza por ausencia de la misma (no pueden, no es que no quieran). Se les recomienda realizar actividades recreacionales como ir de vacaciones y dedicar su tiempo libre a alguna actividad que sea de su agrado, sin darse cuenta que el paciente depresivo llevará su enfermedad a todas partes a donde vaya.

² www.mailxmail.com/curso/vida/depresion/capitulo5.htm

Las personas que padecen de un trastorno depresivo no pueden decir simplemente "basta, me voy a poner bien" porque esto no depende de su simple voluntad.

Según estudios realizados³, se ha determinado que la depresión es la causa del 75% del total de hospitalizaciones psiquiátricas y que, a lo largo de un año dado, un 15% de los adultos entre 18 y 74 años puede sufrir síntomas depresivos de alguna consideración.

Sin tratamiento, los síntomas pueden durar semanas, meses e incluso años. Sin embargo, la mayoría de las personas que padecen de depresión pueden mejorar con un tratamiento adecuado.

1.2. SÍNTOMAS:

El cuadro que presenta una persona deprimida puede ser muy variado en cuanto a sus síntomas y a su evolución. En algunos casos puede tratarse de formas episódicas y en otros de una presentación de los síntomas de modo continuo y permanente; también puede variar en su gravedad. Algunas veces se trata de estados leves y en otras puede incluso existir ideas o intentos de suicidio.

Uno de los principales síntomas presente en un individuo deprimido es el verse a sí mismo como "un perdedor", como una persona inadaptada y destinada a la frustración, la soledad, la humillación, la carencia de amor y sobre todo el fracaso.

Cualquier persona deprimida puede presentar un conjunto de signos y síntomas que se pueden reducir a cinco grandes núcleos⁴:

- 1. Síntomas Anímicos:** La tristeza es el síntoma anímico por excelencia en la depresión. Está presente en prácticamente todos los deprimidos. Los sentimientos de tristeza, abatimiento, pesadumbre, infelicidad, etc. son los más habituales, pero los que predominan son la irritabilidad, sensación de vacío o nerviosismo.

³ BECK, Aarón; et.al; "Terapia Cognitiva de la Depresión"; pg: 11.

⁴ BELLOCH, Amparo; et.al; "Manual de Psicopatología"; pgs: 308, 309.

En algunos casos de depresiones graves el paciente puede negar el sentir tristeza y es normal que digan que se les hace imposible llorar.

2. **Síntomas motivacionales y conductuales:** Dentro de estos encontramos la anhedonia, en la cual el sujeto se torna apático, no tiene ganas de nada (ni siquiera de vivir), presenta cansancio injustificado, a veces con variaciones durante el día y las personas afectadas suelen sentirse más fatigadas por la mañana que por la tarde; presentan pérdida del placer sexual que puede llevar a la impotencia en el hombre o a la frigidez en la mujer; también disminuye y tiende a desaparecer el agrado en el trabajo, en el deporte y en otras actividades que anteriormente le eran gratificantes.
3. **Síntomas Cognitivos:** La memoria, la atención y la concentración pueden llegar a resentirse drásticamente, incapacitando el desempeño de las tareas cotidianas. El paciente puede estar quieto, de manos cruzadas, o explotar en violentas crisis de angustia o en ataques de llanto por motivos insignificantes. Le resulta difícil tomar decisiones y disminuye su rendimiento en el trabajo. El contenido de las cogniciones de una persona deprimida también está afectada: la valoración que hace una persona de sí mismo, de su entorno y de su futuro es negativa, siente con exceso la carga de una culpa inexistente. Presentan una preocupación exagerada por la muerte y alimentan sentimientos autodestructivos.
4. **Síntomas Físicos:** Se presentan alteraciones del sueño; generalmente al paciente le cuesta conciliar el sueño y además se despierta temprano y de mal humor. En algunos casos, que constituyen minoría, puede presentarse la hipersomnia (exceso de horas de sueño). Otros síntomas comunes son la fatiga, modificaciones del apetito y del peso: la mayoría de los pacientes pierde el apetito y en consecuencia provoca la disminución de peso; disminuye la actividad y el apetito sexual, y en varones puede acompañarse de problemas para la erección.

También suele presentarse molestias corporales difusas como cefalea, dolor de espalda, náusea, vómito, estreñimiento, etc. En varios casos el paciente imagina tener enfermedades de todo tipo, pudiendo incluso llegar hasta la hipocondría.

5. **Síntomas Interpersonales:** Una importante característica de las personas deprimidas es el deterioro de las relaciones con los demás. Estos pacientes generalmente sufren el rechazo de las personas de su entorno y esto hace que se aíslen aún más.

1.3: CAUSAS:

Un trastorno depresivo es multicausal. Dentro de las principales causas de la depresión encontramos: factores exógenos, es decir, aquellos que se encuentran presentes en los ambientes familiar, social, y laboral en que se desenvuelve el individuo; y factores endógenos que son aquellos presentes en el individuo mismo, como por ejemplo: problemas genéticos, disminución de neurotransmisores o cambios químicos a nivel cerebral, condiciones hereditarias, etc.

Factores Exógenos:

- ▲ **Estresores Ambientales y Otros Estresores:** Una pérdida significativa, relaciones dificultosas, problemas económicos o cambios importantes en la vida pueden ser desencadenantes de un trastorno depresivo.
- ▲ **Enfermedades o uso de sustancias:** A veces, el comienzo de la depresión se asocia con enfermedad física aguda o crónica ajenas a la voluntad de la persona afectada. Además, algunas formas de abuso de sustancias como medicamentos, drogas o alcohol es otra causa para la presencia de depresión.
- ▲ **Otros factores psicológicos y sociales:** Las personas con ciertas características como pensamientos pesimistas, baja autoestima, poco control en su vida, tendencia a preocuparse excesivamente, o que estén envueltas en constante estrés

o problemas familiares, sociales o laborales tienen más probabilidad de desarrollar depresión. La forma de crianza o las expectativas del rol sexual pueden contribuir al desarrollo de esas características. Parece que los patrones de pensamiento negativo se desarrollan típicamente durante la niñez o la adolescencia. Algunos expertos⁵ proponen que la crianza tradicional de las niñas puede ser un factor que determina la alta tasa de depresión en las mujeres.

Factores Endógenos:

- ▲ **Factores genéticos:** Existe mayor riesgo a desarrollar depresión cuando hay historial familiar de la enfermedad, lo que indica que se puede haber heredado una vulnerabilidad biológica; sin embargo, no en todos los casos en donde existe un historial familiar se desarrolla la enfermedad. Además, existen personas que pueden sufrir depresión y no tienen miembros de la familia con la enfermedad; esto quiere decir que factores adicionales, como la bioquímica, estresores ambientales y otros factores psicosociales tienen que ver con el inicio de la depresión.
- ▲ **Factores Bioquímicos:** La bioquímica del cerebro es un factor significativo en los trastornos depresivos. Las personas con depresión experimentan la desregulación de ciertas sustancias químicas del cerebro llamadas neurotransmisores. Los que dejan de funcionar apropiadamente durante la presencia de un trastorno depresivo son la noradrenalina, la serotonina y la dopamina. Lo que aún no se conoce es si los problemas bioquímicos de la depresión son de origen genético o si son secundarios al estrés, trauma, enfermedad física o alguna otra condición ambiental.
- ▲ **Anomalías Hormonales:** Es muy probable que las hormonas femeninas (estrógenos y progesterona) tengan significancia en la depresión. Los niveles anormales de determinadas hormonas de stress y del crecimiento también contribuyen a la aparición de la enfermedad.

⁵ www.omh.state.ny.us/omhweb/spansite/speak/speakwomen.htm

1.4: TIPOS:

Dentro de la clasificación de los Trastornos Depresivos del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSMIV)⁶, encontramos:

- ▲ **Trastorno Depresivo Mayor:** Curso clínico caracterizado por uno o más episodios depresivos mayores. (Episodio Depresivo Mayor: período de al menos dos semanas durante el que hay un estado de ánimo deprimido o una pérdida de interés o placer en casi todas las actividades).

Dentro de los Trastornos Depresivos Mayores tenemos:

- 1) Trastorno Depresivo Mayor Episodio Único,
- 2) Trastorno Depresivo Mayor Recidivante.

Para diagnosticar un Trastorno Depresivo Mayor Episodio Único el sujeto debe cumplir con los siguientes criterios:

- B. Presencia de un único episodio depresivo mayor.
- C. 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.
- A. Nunca se ha producido un episodio maníaco^{*}, un episodio mixto^{**} o un episodio hipomaniaco^{***}

Para diagnosticar un Trastorno Depresivo Mayor Recidivante el sujeto debe cumplir con los siguientes criterios:

⁶ COMITÉ ELABORADOR DEL DSMIV; “Manual Diagnóstico y Estadístico de las Enfermedades Mentales”; pgs: 345, 352, 357.

^{*} Estado de ánimo anormal y persistentemente elevado, expansivo o irritable, que dura al menos 1 mes.

^{**} Se cumplen los criterios tanto para un episodio maníaco como para un episodio depresivo mayor casi cada día durante al menos una semana.

^{***} Estado de ánimo persistentemente elevado, expansivo o irritable, que dura al menos 4 días y que es claramente diferente del estado de ánimo habitual.

- A. Presencia de 2 o más episodios depresivos mayores.
 - B. Los episodios depresivos mayores no se explican 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.
- ▲ **Trastorno Distímico:** Estado de ánimo crónicamente deprimido que está presente la mayor parte del día de la mayoría de los días durante al menos 2 años.

Para diagnosticar un Trastorno Distímico el sujeto debe cumplir con los siguientes criterios:

- A. Estado de ánimo deprimido durante prácticamente todo el día, y más días presente que ausente, durante al menos dos años.
- B. Presencia de al menos 3 o más de los siguientes síntomas que acompañan ese estado de ánimo:
 - 1. Baja autoestima, baja autoconfianza o sentimientos de inadecuación.
 - 2. Pesimismo, desesperación o desesperanza.
 - 3. Pérdida generalizada de placer o interés.
 - 4. Aislamiento social.
 - 5. Fatiga o cansancio crónicos.
 - 6. Sentimientos de culpa o de repaso del pasado.
 - 7. Sensación de irritabilidad o ira excesiva.
 - 8. Eficacia general disminuida.
 - 9. Problemas de concentración, memoria o indecisión.
- C. Durante esos dos años, no ha habido un período de más de 2 meses libre de los síntomas de A y de B.
- D. En los 2 primeros años del trastorno no hubo un episodio depresivo mayor, del modo que el trastorno no puede considerarse un trastorno depresivo mayor crónico o en remisión parcial.

- E. Nunca ha habido un episodio maníaco, un episodio mixto o un episodio hipomaniaco y nunca se ha cumplido los criterios para el trastorno ciclotímico.
 - F. La alteración no aparece exclusivamente en el transcurso de un trastorno psicótico crónico, como son la esquizofrenia o el trastorno delirante.
 - G. Los síntomas no son debidos a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (droga, o un medicamento) o a enfermedad médica (hipotiroidismo).
 - H. Los síntomas causan un malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.
- ^ **Trastorno Depresivo no Especificado:** Este trastorno no cumple con las características de los anteriores.

Los ejemplos del trastorno depresivo no especificado incluyen:

- A. Trastorno Disfórico Premenstrual: los síntomas (p. ej. estado de ánimo acusadamente deprimido, ansiedad importante, marcada labilidad afectiva, pérdida de interés en las actividades) se presentaron con regularidad durante la última semana de la fase luteínica (y remitieron a los pocos días del inicio de las menstruaciones) en la mayoría de los ciclos menstruales del último año. Estos síntomas tienen que ser de la suficiente gravedad como para interferir notablemente en el trabajo, los estudios o las actividades habituales y estar completamente ausentes durante al menos una semana después de las menstruaciones.
- B. Trastorno Depresivo Menor: episodios de al menos dos semanas de síntomas depresivos, pero con menos de los 5 ítems exigidos para un trastorno depresivo mayor.
- C. Trastorno Depresivo Breve Recidivante: episodios depresivos con una duración de 2 días a 2 semanas que se presentan al menos una vez al mes durante 12 meses.
- D. Trastorno depresivo pospsicótico en la esquizofrenia: un episodio depresivo mayor que se presenta durante la fase residual en la esquizofrenia.

- E. Un episodio depresivo mayor superpuesto a un trastorno delirante, a un trastorno psicótico no especificado o a la fase activa de la esquizofrenia.
- F. Casos en los que el clínico ha llegado a la conclusión de que hay un trastorno depresivo, pero es incapaz de determinar si es primario, debido a enfermedad médica o inducido por sustancias.

1.5: CURSO CLÍNICO:

Según el DSMIV⁷ el Trastorno Depresivo Mayor puede empezar a cualquier edad, y la edad promedio de inicio es la mitad de la primera década. Aproximadamente el 50-60% de los sujetos con un trastorno depresivo mayor, episodio único, pueden desarrollar un segundo episodio. Los sujetos que han tenido un segundo episodio tienen un 70% de posibilidades de tener un tercero, y los sujetos que han tenido un tercero tienen un 90% de posibilidades de tener un cuarto. Los episodios depresivos mayores pueden desaparecer completamente en aproximadamente dos terceras partes de los casos, y no hacerlo o hacerlo parcialmente en un tercio de los casos.

Algunos sujetos presentan un trastorno distímico previo al inicio del trastorno depresivo mayor, episodio único. Este tipo de personas presentan mas episodios depresivos mayores y el tiempo de recuperación es mayor.

Después de un año de diagnosticar un trastorno depresivo mayor, el 40% de los sujetos presentan aún síntomas graves como para cumplir los criterios de un episodio depresivo mayor, y el 20% siguen teniendo algunos síntomas con criterios insuficientes para determinar un trastorno depresivo mayor, y un 40% de los sujetos no presentan alteración en el estado de ánimo.

⁷ COMITÉ ELABORADOR DEL DSMIV; “Manual Diagnóstico y Estadístico de las Enfermedades Mentales”; pgs: 348, 349.

1.6: DIAGNÓSTICO Y DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:

Diagnóstico:

Para poder diagnosticar un Trastorno Depresivo, como en cualquier otra patología médica, se requiere de la utilización de una historia clínica para juntar la información diagnóstica necesaria. Para la depresión, la historia clínica puede ser ampliada. Por ejemplo, si el especialista que está evaluando a un paciente percibe algún síntoma o rasgo característico de un Trastorno Depresivo que le lleve a sospechar la presencia del mismo, podrá realizar un interrogatorio más profundo sobre la situación vital del paciente, incluyendo el concepto de vida e intentos de suicidio. Así también se debe precisar desde cuándo el paciente comienza a sentirse diferente, qué desencadenó dicho cambio, etc.

Un mecanismo muy fiable y de fácil aplicación que permite detectar la presencia de depresión y su gravedad, es el *TEST DE DEPRESIÓN DE BECK (BECK DEPRESSION INVENTORY)*. Beck afirma que en los trastornos emocionales existe una distorsión sistemática en el procesamiento de la información; de este modo la perturbación emocional depende del potencial de los individuos para percibir negativamente el ambiente y los acontecimientos que les rodean.⁸

El Test de Depresión de Beck, es un cuestionario de selección múltiple que consta de 21 preguntas las mismas que tienen 4 opciones de respuestas con un puntaje para cada una de ellas.

La escala va de 0 a 63 puntos. La puntuación total se obtiene sumando los valores correspondientes a cada una de las respuestas marcadas por el sujeto. Dependiendo de la cantidad adquirida, se establecerá el grado de depresión.

El puntaje establecido para graduar el síndrome depresivo son los siguientes:

⁸ www.depression.org

NORMAL:	0 a 9
DEPRESIÓN LEVE:	10 a 18
DEPRESIÓN MODERADA:	19 a 29
DEPRESIÓN GRAVE:	30 a 40
DEPRESIÓN EXTREMA:	41 a 63

Este test puede ser aplicado de manera individual o colectiva y lleva pocos minutos contestarlo.

TEST DE DEPRESIÓN DE BECK

1.

1. No me siento triste.
2. Me siento triste.
3. Me siento siempre triste y no puedo salir de mi tristeza.
4. Estoy tan triste y infeliz que no puedo soportarlo.

2.

1. No me siento especialmente desanimado ante el futuro.
2. Me siento desanimado con respecto al futuro.
3. Siento que no tengo nada que esperar.
4. Siento que en el futuro no hay esperanza y que las cosas no pueden mejorar.

3.

1. No creo que sea un fracaso.
2. Creo que he fracasado mas que cualquier persona normal.
3. Al recordar mi vida pasada, todo lo que puedo ver es un montón de fracasos.
4. Creo que soy un fracaso absoluto como persona.

4.

1. Obtengo tanta satisfacción de las cosas como la que solía obtener antes.
2. No disfruto de las cosas de la manera en que solía hacerlo.
3. Ya no tengo verdadero satisfacción de nada.
4. Estoy insatisfecho o aburrido de todo.

5.

1. No me siento especialmente culpable.
2. No me siento culpable una buena parte del tiempo.
3. Me siento culpable casi siempre.
4. Me siento culpable siempre.

6.

1. No creo que este siendo castigado.
2. Creo que puedo ser castigado.
3. Espero ser castigado.
4. Creo que estoy siendo castigado.

7.

1. No me siento decepcionado de mí mismo.
2. Me he decepcionado a mí mismo.
3. Estoy disgustado conmigo mismo.
4. Me odio.

8.

1. No creo ser peor que los demás.
2. Me critico por mis debilidades o errores.
3. Me culpo siempre por mis errores.
4. Me culpo de todo lo malo que sucede.

9.

1. No pienso en matarme.
2. Pienso en matarme, pero no lo haría.
3. Me gustaría matarme.
4. Me mataría si tuviera la oportunidad.

10.

1. No lloro más de lo de costumbre.
2. Ahora lloro más de lo que lo solía hacer.

3. Ahora lloro todo el tiempo.
4. Solía poder llorar, pero ahora no puedo llorar aunque quiera.

Diagnóstico Diferencial:

La tristeza puede ser un síntoma presente no sólo en un Trastorno Depresivo sino también en diferentes cuadros clínicos. Por lo tanto, la presencia de este síntoma debe diagnosticarse de manera diferencial con los siguientes trastornos:

- ▲ Trastorno Bipolar: En el cual se presentan episodios de manía y depresión.
- ▲ Trastorno del estado de ánimo debido a una enfermedad médica: la alteración en el estado de ánimo es consecuencia de un efecto fisiológico directo de una enfermedad médica específica.
- ▲ Trastorno del estado de ánimo inducido por sustancias: una sustancia está etiológicamente ligada a la alteración del estado de ánimo.
- ▲ Trastorno Distímico: Se diferencia del trastorno depresivo en la gravedad, cronicidad y persistencia, ya que la depresión anímica en la está presente casi todo el día, casi todos los días, con una duración de 2 años; el trastorno depresivo debe tener las mismas características pero con una duración de 2 semanas.
- ▲ Trastorno Esquizoafectivo: difiere del trastorno depresivo porque en el primero existen ideas delirantes y alucinaciones.
- ▲ Trastorno adaptativo con estado de ánimo depresivo: Surge desencadenado por un estrés claramente identificable que ha dado lugar en las últimas semanas. El estado de ánimo depresivo desaparece bien por desaparecer el suceso desencadenante, o porque el paciente alcanza un nivel adaptativo en su funcionamiento.

- ▲ **Duelo:** Se trata de una reacción normal frente a una pérdida afectiva importante. A veces pueden aparecer síntomas semejantes a la depresión mayor, principalmente ideas de culpa, ideas de muerte, más como deseo de reunirse con la persona fallecida que como deseo de quitarse la vida. Si esta sintomatología se prolonga un tiempo superior a seis meses o alcanza una intensidad marcada se considera que se ha complicado con depresión y se debe tratársela como tal.

1.7: TEORÍAS EXPLICATIVAS SOBRE LA DEPRESIÓN:

Dentro de las principales teorías que intentan explicar la presencia de la depresión tenemos:

1.7.1: TEORIAS PSICODINÁMICAS DE LOS TRASTORNOS DEPRESIVOS:

Según Freud ⁹ un trastorno depresivo se presenta por la “pérdida del objeto amado”. La tristeza y la incapacidad de sobreponerse ante esa pérdida se vuelve hacia nuestro yo, es decir hacia nuestro interior, y se exterioriza mediante la presencia de síntomas (sobre todo de autorreproches) y características que determinan un trastorno depresivo.

1.7.2: TEORÍAS CONDUCTUALES DE LOS TRASTORNOS DEPRESIVOS:

La depresión se debe a una falta de refuerzos que hace que el que la padece no actúe.

Debido a la inactividad por la que se atraviesa durante un trastorno depresivo, el deprimido no encuentra refuerzos en la sociedad y en consecuencia la depresión se intensifica.

⁹ BELLOCH, Amparo; et.al; “Manual de Psicopatología”; pgs: 343, 344, 345, 346.

El tratamiento ante este problema consistiría en una programación de actividades que comienzan a dar como resultado para el sujeto, los refuerzos positivos que necesita.

Una vez dados estos refuerzos, se obtendrá una realimentación positiva.

1.7.3: TEORÍAS COGNITIVAS DE LOS TRASTORNOS DEPRESIVOS:

J. TEORIAS DEL PROCESAMIENTO DE LA INFORMACION:

1. Teoría de Beck:

Aarón Beck ¹⁰, uno de los grandes investigadores de la Teoría Cognitiva de la Depresión, sostiene que dicho trastorno se presenta como resultado de pensamientos inadecuados o distorsionados. Tras un acontecimiento doloroso de la vida como una pérdida, un fracaso, etc. es frecuente la aparición de sentimientos de tristeza o abatimiento, pero los individuos deprimidos tienden a “maximizar” estos acontecimientos negativos, los valoran excesivamente, mostrando lo que se conoce como *LA TRIADA COGNITIVA NEGATIVA* * : una visión negativa del yo, del mundo y del futuro.

El tratamiento dentro de esta teoría consiste en detectar los pensamientos automáticos negativos de los sujetos, analizarlos y cambiarlos racionalmente, para de esta manera lograr una normalización del nivel cognitivo.

K. TEORÍA COGNITIVO-SOCIALES:

1. La Teoría de la Indefensión Aprendida:

Hace referencia a la incapacidad para poder resolver algún problema. Esta teoría está asociada con la teoría de la desesperanza. En dicha teoría el problema es la pérdida de la esperanza de conseguir los refuerzos que queremos o necesitamos para poder resolver problemas cotidianos.

¹⁰ BELLOCH, Amparo; et.al; pgs: 348, 349, 350, 351, 352, 353, 354.

* Se ampliará información sobre “La Triada Cognitiva Negativa” en el Capítulo II.

1.7.4: TEORÍA BIOLÓGICA DE LOS TRASTORNOS DEPRESIVOS:

Según esta teoría, la depresión está originada por un desequilibrio a nivel químico, específicamente de los neurotransmisores. Cuando una persona está deprimida presenta este desequilibrio y cuando se ingiere la medicación adecuada, los neurotransmisores se equilibran y el estado de ánimo cambia.

Como hemos podido ver en este capítulo la depresión es un problema mucho más grave de lo que la mayoría de las personas piensa. No se puede hablar de una sola causa por la que se desarrolla un síndrome depresivo, sino más bien que la aparición de esta enfermedad es multicausal, en la que son determinantes los factores “biosicosociales” en los que la persona se desenvuelve.

2. LA TERAPIA COGNITIVA- CONDUCTUAL COMO TRATAMIENTO PARA LA DEPRESIÓN

Cuando una persona está deprimida los errores cognitivos que empieza a albergar en su cerebro no les permite avanzar en su desarrollo personal, convenciéndoles que tienen pocas o nulas alternativas para enfrentar las dificultades que atraviesa. Este capítulo tiene como finalidad re-educar al paciente para que sea él mismo el encargado de identificar aquellos pensamientos erróneos, y con las diferentes alternativas a exponerse logre superarlos y eliminarlos.

2.1: DEFINICIÓN DE LA TERAPIA COGNITIVA- CONDUCTUAL:

La terapia cognitiva-conductual es un procedimiento activo, directivo, estructurado y de tiempo limitado que se utiliza para tratar distintas alteraciones psiquiátricas. Se basa en el supuesto teórico subyacente de que los efectos y la conducta de un individuo están determinados en gran medida por el modo que tiene dicho individuo de estructurar el mundo. Sus cogniciones (eventos verbales o gráficos en su corriente de conciencia) se basan en actitudes o supuestos esquemas desarrollados a partir de experiencias anteriores. La terapia cognitiva-conductual está encaminada a identificar y modificar las distorsiones cognitivas y falsas creencias que acompañan a experiencias pasadas. Lo que se intenta es que el paciente aprenda a resolver y buscar soluciones adecuadas a sus problemas los cuales creía insuperables, reestructurando sus pensamientos negativos y erróneos utilizando las técnicas que el terapeuta emplea durante las sesiones.¹¹

¹¹ BECK, Aarón; et.al; “Terapia Cognitiva de la Depresión”; pg: 13

2.2: CARACTERÍSTICAS DE LA TERAPIA COGNITIVA-CONDUCTUAL:

Dentro de las principales características de la Terapia Cognitiva-Conductual tenemos:

- ✦ La terapia se centra en la **interacción directa con el paciente**, es decir, la persona afectada está en continua actividad. El terapeuta estructura la terapia según un diseño específico que requiere la participación y colaboración del paciente, con la finalidad de organizar su pensamiento y su conducta para que pueda hacer frente a las exigencias de la vida cotidiana.¹² La relación terapeuta-paciente es de colaboración, el enfoque es didáctico, paciente y terapeuta se comprometen a trabajar con un objetivo común. Los pacientes pueden aportar sugerencias y participar en el diseño de las tareas para el hogar. En muchos casos se utiliza la **biblioterapia**, que consiste en que el terapeuta recomiende o facilite libros, folletos o apuntes acerca del problema para que el paciente se informe de lo que le sucede.
- ✦ **Fomenta la independencia del paciente:** se enfatiza en el aprendizaje, la modificación de conducta, las tareas de autoayuda y el entrenamiento de habilidades, de manera que sea el propio paciente quien aprenda a buscar las soluciones adecuadas a sus problemas a través del cambio cognitivo.
- ✦ Otra característica de la Terapia Cognitiva-Conductual **se centra en el “aquí-y-ahora”**. No presta casi ninguna atención a los hechos de la infancia, salvo que esta información pueda aclarar o precisar hechos actuales.
- ✦ **Está centrada en los síntomas y su resolución:** el objetivo de la terapia es aumentar o reducir conductas específicas, como por ejemplo ciertos sentimientos, pensamientos o interacciones disfuncionales. Se definen objetivos concretos a lograr y de esa forma es mucho más fácil evaluar o modificar los síntomas específicos y saber claramente lo que se quiere obtener o hacia adonde apunta la terapia. Al comienzo de cada sesión el terapeuta indaga acerca de los

¹² BECK, Aarón; et.al; “Terapia Cognitiva de la Depresión”; pg: 16

problemas en los que el paciente focalizó su trabajo y cuáles necesita resolver en ese momento. Al concluir la sesión, se pregunta al paciente si ha hecho algún progreso al respecto.¹³

- ▲ **Utiliza planes de tratamiento:** generalmente, la terapia utiliza planes específicos de tratamiento para cada problema, es decir, no se basa en un formato único para todas las sesiones. Durante cada consulta se revisan las tareas enviadas para la semana y se plantean las que se realizarán para la próxima cita.
- ▲ Generalmente la terapia consta de **15 ó 20 sesiones una vez a la semana;** no obstante, el tiempo y las sesiones semanales dependen del caso a tratar. A medida que el tratamiento avanza y se empieza a notar mejoría en el paciente, las sesiones suelen disminuir su frecuencia. No se debe olvidar la “terapia de apoyo” una vez finalizado el tratamiento.

2.3: EL MODELO COGNITIVO DE LA DEPRESIÓN:

Según Aarón Beck¹⁴ el modelo cognitivo postula tres conceptos específicos para explicar la depresión:

- 1) La triada cognitiva.**
- 2) Los esquemas.**
- 3) Los errores cognitivos (Errores en el procesamiento de la información).**

2.3.1: LA TRIADA COGNITIVA:

La triada cognitiva se caracteriza por tres variables. La persona deprimida tiene:

¹³ www.healthsystem.virginia.edu/UVAHealth/adult_women_sp/depress.cfm

¹⁴ BECK, Aarón; et.al; “Terapia Cognitiva de la Depresión”; pgs: 19, 20, 21, 22, 23.

- 1) Visión negativa de si misma;
- 2) Visión negativa de la experiencia;
- 3) Visión negativa del futuro.

1) Visión negativa de sí mismo:

El paciente se ve desgraciado, torpe, inútil, tiene baja autoestima, piensa que todas las experiencias negativas que le ocurren son por su culpa o por algún defecto propio y que por esos defectos nunca podrá alcanzar la tranquilidad y felicidad para llevar una vida sana y normal. Se autocritica de manera muy dura y tiende a subestimarse.

2) Visión negativa de la experiencia:

El individuo interpreta sus experiencias de una manera negativa; le parece que el mundo que le rodea le hace demandas exageradas y que siempre le presenta obstáculos que no le permiten alcanzar sus logros u objetivos. Piensa que todas las interacciones que tiene con su mundo sólo le traen derrotas y frustraciones.

3) Visión negativa del futuro:

El paciente deprimido es incapaz de plantearse o realizar planes a futuro, pues piensa que su tristeza y desgracia durarán indefinidamente y esto le impedirá lograr sus proyectos. Cuando piensa en plantearse una determinada tarea en un futuro, inevitablemente sus expectativas son de fracaso y derrota.

2.3.2: LOS ESQUEMAS:

Hacen referencia al por qué el paciente depresivo maneja de manera negativa y contraproducente los estímulos y experiencias sobre su vida, a pesar de que existan cosas positivas y adecuadas para llevar una buena calidad vital. Esto se da porque el individuo “capta” los estímulos de manera conveniente, los traduce a su manera y obviamente de forma negativa, siendo esto lo que afecta su desarrollo personal.

Mientras una persona deprimida maneja la información de esta manera, un individuo que no está deprimido lo hace de manera diferente, conceptualizando los estímulos que recibe positivamente.

2.3.3: LOS ERRORES COGNITIVOS:

Son aquellas creencias que un sujeto deprimido tiene arraigadas en su pensamiento y que no le permite evaluar sus vivencias positivamente, a pesar de que exista evidencia de lo contrario.

Los errores cognitivos más comunes e importantes son los siguientes:

- ♣ **Magnificación:** Ver todo con lentes de aumento. El sujeto da excesiva importancia a un acontecimiento de la que realmente tiene o la merece.
- ♣ **Minimización:** Un suceso o circunstancia se percibe bajo un prisma menor que el apropiado.
- ♣ **Abstracción Selectiva o Filtro Mental:** Consiste en extraer de contexto algún elemento y juzgar toda la situación en base a este, olvidando características importantes de la situación y sobrevalorando el elemento extraído.
- ♣ **Personalización:** El sujeto piensa que lo que ocurre a su alrededor es por su culpa o porque todo el mundo está en contra de él o le juzga sin que existan bases firmes para esta creencia.
- ♣ **Pensamiento Dicotómico:** “O es blanco, o es negro”. El sujeto tiende a clasificar sus experiencias en uno de estos dos extremos; para él, el gris no existe.
- ♣ **Inferencia Arbitraria:** El individuo suele llegar a conclusiones adelantadas sin contar con los datos o hechos que respalden dichas conclusiones, y cuando las

pruebas están disponibles resulta que la conclusión a la que la persona llegó era todo lo contrario a la evidencia.

A. Lectura de Mente: Es el “**don mágico**” de conocer lo que los otros están pensando sin tener comunicación verbal y termina adjudicando una intención negativa al otro.

B. El error del adivino: La persona prevé que las cosas resultarán mal y está convencido de que su predicción es un hecho establecido.

- ⤴ **Sobregeneralización:** Proceso en el que una persona, en función a una sola experiencia (que puede ser positiva o negativa) generaliza todas las experiencias adquiridas.
- ⤴ **Etiquetado y etiquetado erróneo:** El sujeto usa equivocaciones del pasado para definirse a sí mismo.
- ⤴ **Visión de túnel:** Consiste en ver sólo aquello que la persona quiere ver según su conveniencia.
- ⤴ **Explicación sesgada:** Este pensamiento se desarrolla durante momentos de conflicto. Existe en el individuo una suposición automática de que otra persona cercana a él tiene una razón para actuar.
- ⤴ **Enunciación “Debería”:** El sujeto trata de motivarse con “DEBERÍAS” y “NO DEBERÍAS”, como si las personas que le rodean tuvieran que castigarlo o culpabilizarlo antes de esperar que la persona realice algo. La consecuencia emocional de este pensamiento automático es la culpa.

Las personas deprimidas adquieren este tipo de pensamientos porque no está en capacidad de observar sus experiencias de manera diferente. Lo que se debe lograr es que dichos sujetos adquieran las herramientas necesarias para poder evaluar su mundo adecuadamente.

2.4: DESCRIPCIÓN DE LA APLICACIÓN DE LA TERAPIA COGNITIVA-CONDUCTUAL:

Como es de conocimiento general, un proceso psicoterapéutico comienza con el primer contacto del terapeuta con el paciente, estableciéndose la relación de empatía y cordialidad, sin olvidar los roles que cada individuo va a realizar durante la duración de la terapia; es decir, el terapeuta será “un profesional” encaminado a ayudar a solucionar el problema que aqueja al paciente y que le ha forzado a buscar ayuda especializada.

La apertura y recolección de datos importantes mediante la historia clínica, la precisión de ciertos pensamientos automáticos y el establecimiento de las técnicas a seguir durante el tratamiento, son pautas que quedan fijadas durante la entrevista inicial.

Otro punto importante que debe propiciarse en la primera entrevista es el definir los problemas que el paciente tiene y empezar a proponer soluciones a los mismos. Estos problemas pueden ser delimitados mediante la utilización del terapeuta de las siguientes preguntas¹⁵:

- ♣ ¿Qué conductas surgen como problemáticas?
- ♣ ¿Están relacionadas?
- ♣ ¿Cuándo se presentan?
- ♣ ¿Qué acontecimientos las influyen?
- ♣ ¿En qué situaciones se presentan?
- ♣ ¿Surgen como consecuencias de otras?

El terapeuta debe proporcionar cierto alivio a los síntomas que se presentan en la primera entrevista, ya que esto alivia y motiva al paciente a continuar con el tratamiento a establecerse.

¹⁵ GAVINO, Aurora; “Guía de ayuda al terapeuta Cognitivo-Conductual”; pgs: 40, 41.

2.4.1: APLICACIÓN DE LAS TÉCNICAS CONDUCTUALES Y COGNITIVAS:

La aplicación de las Técnicas Conductuales están encaminadas a centrar la atención terapéutica en la conducta observable del paciente y poder prescribir actividades dirigidas a transformar esas conductas; mientras que las Técnicas Cognitivas, como su nombre lo dice, están encaminadas a detectar aquellas cogniciones y pensamientos automáticos negativos y su re-educación para cambiar dichas cogniciones, para que de esta manera el paciente sea capaz de buscar alternativas y soluciones positivas a sus pensamientos automáticos.

Dentro de las Técnicas Conductuales y Cognitivas más utilizadas tenemos: ^{16,17}.

- ▲ **Programación Semanal de Actividades:** La mayoría de pacientes depresivos manifiestan una pesada y abrumadora cantidad de pensamientos negativos al verse física, mental y socialmente limitados a causa de la depresión; justifican su huída de la sociedad y de actividades cotidianas porque aseguran que carecen de sentido; piensan que son un estorbo para la sociedad e inútiles ante el cumplimiento de cualquier actividad.

La programación de actividades semanales tiene como finalidad el observar que a los pacientes deprimidos les cuesta mucho trabajo realizar las mismas actividades que antes les causaba gran placer hacerlas y que involucraban un mínimo esfuerzo, y que ahora ya no las pueden realizar pues han perdido el interés que les causaba esas actividades y las abandonan al encontrar una mínima dificultad. Tienden a maximizar sus dificultades y a minimizar sus facilidades.

El registro de actividades sirve para disminuir la inactividad y sentimientos de inutilidad que siente la persona deprimida. Anotar las actividades que tiene que realizar lo hace desviar su atención hacia otros intereses y destrezas, además que le permite reflexionar acerca de su capacidad funcional. (Ver Cuadro 1)

¹⁶ BECK, Aarón; et.al; “Terapia Cognitiva de la Depresión”; pgs: 113, 114, 115, 148, 149, 152, 153.

¹⁷ BURNS, David; “Sentirse Bien”; pgs: 73, 74, 75 , 85, 86, 87, 88, 110, 111, 116, 117, 165, 166, 167, 168, 169, 173, 174, 175, 176, 177.

- ▲ **Detección de Pensamientos Automáticos:** Consiste en la detección de aquellas cogniciones que acompañan a los acontecimientos de la vida diaria de una persona. Para lograr esto se debe indicar a la persona deprimida que debe aprender a detectar y registrar sus cogniciones inmediatamente después de que se presentan. El paciente ha de aprender a reconocer los pensamientos tal como se presentan, y puede anotarlas en un diario dichos sentimientos y las reacciones hacia los acontecimientos diarios. Lo que se intenta lograr con este método es que el paciente analiza sus pensamientos negativos y que intente encontrar diferentes respuestas. Cuando el paciente empieza a entender el origen de estos pensamientos puede empezar a cambiar las formas de enfrentarse a ellas. Conjuntamente, el paciente y el terapeuta, examinan y hablan sobre estas reacciones y pensamientos arraigados y automáticos.. Con el tiempo, estos ejercicios ayudan a infundir confianza y a la larga cambian el comportamiento. (Ver Cuadro 2)

- ▲ **Búsqueda de Soluciones Alternativas:** Hace referencia a la búsqueda de soluciones a los problemas que tiene el paciente y que antes los creía irresolubles. El paciente debe listar los problemas que cree son incapaces de lograr lo importante es que la persona sea capaz de aplicar determinadas técnicas para hacer frente al problema.(Ver Cuadro 3)

- ▲ **Hoja de predicción de placer:** Los pacientes deprimidos piensan que no tiene sentido hacer nada productivo si está sólo. Mediante esta hoja de Predicción de Placer descubrirá lo productivo y satisfactorio que puede ser realizar una actividad sin compañía. El sujeto registrará durante varias semanas una serie de actividades las cuales deberá realizar algunas solo y otras acompañado y pronosticará el grado de satisfacción que esa actividad le proporcionó. Se deberá anotar la Satisfacción Pronosticada antes de realizar la actividad y la Satisfacción Real luego de haber realizado la actividad: de esta manera el paciente podrá registrar cuando la Satisfacción Real superará a la Pronosticada y que esto sucede generalmente cuando las actividades las realiza solo. (Ver Cuadro 4)

- ▲ **Técnica TIC-TOC:** Generalmente las personas deprimidas no son capaces de iniciar una tarea porque sus pensamientos automáticos se interponen ante esto.

Esta técnica consiste en identificar los pensamientos que cruzan por la mente de la persona en el momento en que desea iniciar una tarea. Estas TIC (Task Interfering Cognitions= Cogniciones que interfieren las tareas) deberán ser reemplazadas por TOC (Task Oriented Cognitions= Cogniciones que orientan las tareas). Se utiliza la técnica de doble columna. (Ver Cuadro 5)

- ▲ **El análisis costos-beneficio de la irritación:** La irritación quizás es la emoción más difícil de modificar. La irritación es la consecuencia de lo que una persona percibe como algo injusto, y llenarnos de irritación sólo nos llevará a crear en nosotros deseos de venganza. El análisis costos-beneficio de la irritación ayudará a reflexionar sobre las ventajas y desventajas de sentirse irritado y de actuar de un modo negativo, y a saber si el resentimiento realmente es conveniente. Utilizando la técnica de la doble columna enlistar las ventajas y desventajas de la irritabilidad. También se puede anotar las consecuencias positivas que resultarían de la eliminación de la ira. (Ver Cuadro 6).

- ▲ **Pensamiento Acalorados – Pensamientos Fríos:** Está técnica se utiliza para anotar los “pensamientos acalorados” que pasan por la mente de la persona cuando está alterada. A continuación estos pensamientos acalorados serán reemplazados por pensamientos “fríos”, aquellos más objetivos, menos perturbadores y belicosos. Se utilizará la técnica de la doble columna. (Ver Cuadro 7).

- ▲ **Corrección de la reglas “debería”:** Puede que las personas deprimidas se amarguen y se aflijan porque mantienen una regla poco realista sobre las relaciones personales que le hace sentir como un fracasado: esta es “la regla del debería”: “Él debería amarme porque soy una persona fiel y sincera”. Cuando la persona siente que no está recibiendo lo que “debería” recibir lo interpreta como una confirmación de que no merece nada. Para disminuir estos pensamientos se pueden escribir los pensamientos erróneos y sustituir los “debería” con palabras más realistas como “que bonito sería si...” (Ver Cuadro 8)

- ▲ **La hoja del antiperfeccionismo:** Muchas veces las personas tienden a exigirse demasiado hasta el punto de querer llegar hasta el perfeccionismo, pero no se

dan cuenta que esta “obsesión” sólo no traerá mayor frustración ya que el perfeccionismo no será suficiente cuando este es el fin. ¿Cómo reducir este perfeccionismo?: elija una actividad y anote con qué efectividad o perfección la realizó, luego reflexione sobre cuánto ha disfrutado de la actividad y regístrela. Esto ayudará a romper la ilusoria conexión entre perfección y satisfacción. (Ver Cuadro 9).

- ▲ **Mejorar Autoestima mediante La Técnica de la Triple Columna:** Esta técnica puede aplicarse para reestructurar la manera de pensar que la persona tiene sobre sí mismo cuando ha cometido un error. El objetivo es reemplazar con pensamientos racionales más objetivos, las autocríticas muy duras e ilógicas que automáticamente inundan su mente cuando sucede un hecho negativo. Se la realiza de la siguiente manera: En una hoja se trazan tres columnas; titule la columna de la izquierda “Pensamientos automáticos (Autocrítica)”, la del medio “Distorsión Cognitiva” y la de la derecha “Respuesta racional (Autodefensa)”. En la columna de la izquierda anote todas las autocríticas dolorosas que se hace cuando se siente un inútil y se infravalora. Utilizando la lista de las distorsiones cognitivas identificar los errores de pensamiento en cada uno de sus pensamientos automáticos negativos y anotarlo en la columna del medio, y en la tercera columna anotar un pensamiento más racional y menos inquietante tratando de reconocer la verdad. (Ver Cuadro 10)

- ▲ **La flecha descendente¹⁸:** Es una técnica utilizada para estimar los resultados anticipados de pensamientos automáticos y así el sujeto puede evaluar si el desastre esperado tiene posibilidades de suceder. También se usa para identificar el supuesto subyacente de los pensamientos automáticos y descubrir los “miedos ocultos”. Se lleva a cabo identificando el pensamiento inicial, “Yo realmente me equivoqué” y se le pregunta a la persona, “¿Y qué si es así?”. (Ver Flecha Descendente)

¹⁸ DATTILIO, Frank; et.al; “Terapia Cognitiva de Parejas”; pgs: 61, 62.

2.4: FORMULARIOS Y TABLAS DE AUTOAYUDA:

Cuadro 1:

Registro Semanal de Actividades

	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado	Domingo
9 - 10	Ir al spa	Ir a la escuela	Ir al museo	Arreglar la casa	Arreglar la casa	Arreglar la casa	Ir a misa
10 - 11	Ir al spa	Arreglar la casa	Ir al museo	Arreglar la casa	Arreglar la casa	Arreglar la casa	Pasear
11 - 12	Cita con el Dr.	Arreglar la casa	Arreglar la casa	Salir con amiga	Ver Tv.	Salir de compras	Pasear
12 - 1	Preparar almuerzo	Preparar almuerzo	Preparar almuerzo	Preparar almuerzo	Preparar almuerzo	Preparar almuerzo	Preparar almuerzo
1 - 2	Almorzar	Almorzar	Almorzar	Almorzar	Almorzar	Almorzar	Almorzar
2 - 3	Arreglar cocina	Arreglar cocina	Arreglar cocina	Arreglar cocina	Arreglar cocina	Arreglar cocina	Arreglar cocina
3 - 4	Ver TV	Siesta	Ver TV	Siesta	Ver Tv.	Visitar mamá	Pasear
4 - 5	Pasear	Salir con amiga	Pasear	Hacer ejercicios	Ir a nadar	Visitar mamá	Pasear
5 - 6	Preparar merienda	Preparar merienda	Preparar merienda	Preparar merienda	Preparar merienda	Preparar merienda	Preparar merienda
6 - 7	Merendar	Merendar	Merendar	Merendar	Merendar	Merendar	Merendar
7 - 8	Arreglar cocina	Arreglar cocina	Arreglar cocina	Arreglar cocina	Arreglar cocina	Arreglar cocina	Arreglar cocina
8 - 12	Leer, ver Tv., dormir	Ir al cine, dormir	Llamar mamá	Ver película	Llamar mamá	Leer, dormir	Planchar, dormir

Cuadro 2:***Registro de Pensamientos Inadecuados***

Situación	Sentimientos	Cogniciones	Otras interpretaciones posibles
Poco después de que me hubieran dado de alta en el hospital, asistí a una fiesta, Jim me preguntó: cómo te encuentras?	Ansiedad Miedo	Jim piensa que soy un caso perdido. Realmente debo tener muy mal aspecto para que él se preocupe.	Se preocupa porque verdaderamente le importo. Se ha dado cuenta de que tengo mejor aspecto que antes de ir al hospital y quiere saber si me siento mejor.

Cuadro 3:***Registro de Búsqueda de Soluciones Alternativas***

Problema	Alternativa
Si mi esposo me deja no podré hacerme cargos de las cuentas del banco	Averiguaré si existe algún cursillo Buscaré un trabajo para adquirir experiencia
Si él se va no podré seguir estudiando porque no tengo quien cuide a los Niños	Intentaré pedir ayuda a mi madre Buscaré una niñera

Cuadro 4:*Hoja de Predicción del Placer*

Fecha	Actividad para lograr satisfacción	¿Con quién la realizó?	Satisfacción pronosticada	Satisfacción Real
02/08/1979	Lectura (1 hora)	Sólo	50%	60%
03/08/1979	Cena + bar con Ben	Ben	80%	90%
04/08/1979	Fiesta de Susan	Sólo	80%	85%
05/08/1979	Casa de Nancy	Nancy Joelle	75%	85%
07/08/1979	Jogging	Sólo	60%	90%

Cuadro 5:

Técnica TIC - TOC

TIC (Cogniciones que interfieren en las tareas)	TOC (Cogniciones orientadas hacia las tareas)
Ama de casa: Nunca podré tener el garaje despejado. Durante años se ha ido acumulando chatarra allí.	Generalización excesiva, Pensamiento todo o nada. Limpia un poquito para que quede comenzada la tarea, no hay ninguna razón para no tener que hacerlo hoy.
Empleado de banco: Mi trabajo no es muy importante ni interesante.	Descalificación de lo positivo. Puede parecerme rutinario a mí, pero es muy importante para las personas que viene al banco. Cuando no estoy deprimido, puede resultar muy agradable. Hay mucha gente que realiza trabajos rutinarios pero no por eso son seres humanos sin importancia. Tal vez podría hacer algo más interesante en mi tiempo libre.
Estudiante: Escribir esta monografía no tiene sentido. El tema es aburrido.	Pensamiento todo o nada. Haz un trabajo corriente. No tiene que ser una obra de arte. Podría aprender algo y me hará sentir mejor el hecho de terminarlo.

Cuadro 6:

El análisis costos-beneficios de la irritación

Ventajas de mi irritación	Desventajas de mi irritación
1.- Me hace sentir bien	1.- Estropearé mi relación con Jhon aún Más
2.- Tengo derecho a salirme de mis casillas si quiero	2.- Me sentiré a menudo culpable y enfadada conmigo misma después de salirme de mis casillas.
3.- Le demostraré que no soporto que se aprovechen de mí	3.- Mi irritación nos impide a los dos corregir el problema que la ha provocado. Impide resolver y nos desvía de la cuestión que deberíamos abordar.
4.- Aún cuando no consiga lo que quiero, por lo menos podré tener la satisfacción de desquitarme. Podré hacer que se sienta violento y herido como yo. Entonces tendré que comportarme mejor.	4.- En un momento estoy bien y al siguiente estoy mal. Mi irritabilidad hace que Jhon y las demás personas que me tratan nunca sepan que esperar.
	5.- Podría convertir a mis hijos en neuróticos.
	6.- Jhon puede abandonarme si se cansa de mis críticas y protestas.
	7.- Los sentimientos desagradables que genero me hacen sentir desdichada.

Consecuencias positivas que resultarían de la eliminación de la cólera:

- 1.- La gente me apreciará más, desearán estar más cerca de mí.
- 2.- Podré controlar mejor mis emociones
- 3.- Me sentiré mejor conmigo misma
- 4.- Me considerarán una persona positiva, práctica que no juzga a nadie.
- 5.- Me comportaré más a menudo como un adulto y no como un niño.
- 6.- Influiré más en la gente utilizando más negativas firmes que berrinches y exigencias.
- 7.- Mis hijos, mi marido y mi familia me respetarán más.

Cuadro 7:

Pensamientos Acalorados – Pensamientos Fríos

Pensamientos Acalorados	Pensamientos Fríos
¡Cómo se atreve a no escucharme!	Es fácil. No está obligado a hacerlo todo a mi manera. Además escuchando, pero se pone a la defensiva porque yo le estoy presionando mucho
Sandy miente. Dice que está trabajando pero no es verdad. Espera la ayuda de Gaby.	Está en su naturaleza mentir, ser perezosa y utilizar a la gente cuando se trata de hacer un trabajo para la escuela. Detesta trabajar. Ese es su problema.
¡No lo soporto!	Sí puedo, es algo temporal. He aguantado cosas peores.
Soy una chiquilla, merezco sentirme culpable.	Tengo derecho a ser inmadura a veces. No soy perfecta y no tengo porque serlo. No es necesario sentirme culpable. No sirve para nada.

Cuadro 8:

Corrección de las reglas “debería”

Regla debería contraproducente	Versión Corregida
Si soy atenta con alguien, esa persona debería apreciarlo.	Sería agradable que la gente apreciara siempre las cosas, pero esto no es realista. A menudo lo harán, pero no siempre.
Los extraños deberían tratarme con cortesía.	La mayoría de los extraños me tratarán con cortesía si yo no actúo como si estuviera siempre a punto de discutir. A veces algún energúmeno actuará ofensivamente. ¿Por qué dejar que esto me moleste? La vida es demasiado corta como para desperdiciar el tiempo pensando en los detalles negativos.
Si trabajo arduamente para conseguir algo, debería lograrlo.	Es ridículo. No tengo ninguna garantía de que siempre vaya a tener éxito en todo. No soy perfecta y no tengo porque serlo.

Cuadro 9:

La hoja del antiperfeccionismo

Actividad	Anote con que efectividad realizó esto entre 0% y el 100	Anote que satisfacción obtuvo entre el 0% y el 100%
Arreglar una cañería rota en la cocina.	20% (Tardé mucho y cometí muchos errores).	99% (¡Lo hice!).
Dictar una conferencia para una clase de medicina.	98% (Recibí una ovación).	50% (Generalmente recibo una ovación, pero no estoy del todo conforme con mi actuación).
Corregir el borrador de mi último trabajo durante una hora.	75% (Corregí muchos errores y perfeccioné las oraciones).	15% (Continué diciéndome que no era el trabajo definitivo y me sentí bastante frustrado).

Cuadro 10:***Técnica de la Triple Columna***

Pensamiento Automático (Autocrítica)	Distorsión Cognitiva	Respuesta Racional (Autodefensa)
1. Nunca hago nada bien	1. Generalización Excesiva	1. Hago muchas cosas bien
2. Esto demuestra lo idiota que soy	2. Etiquetación	2. Vamos, no soy un "idiota"
3. Siempre llego tarde	3. Generalización Excesiva	3. No llego siempre tarde. Es ridículo. Piensa cuantas veces has llegado puntualmente. Si llego tarde más a menudo de lo que quisiera, trabajaré sobre este tema y crearé un método para ser más puntual.
4. Todos me mirarán con desdén	4. Lectura del pensamiento Generalización Excesiva Pensamiento todo-nada Error del adivino	4. Alguien puede decepcionarse si llego tarde pero por eso no va a terminarse el mundo. Tal vez la reunión no empiece puntualmente.
5. Haré el ridículo	5. Etiquetación Error del adivino	5. Ídem. Tampoco voy a hacer el ridículo. Puedo quedar en ridículo si llego tarde, pero eso no quiere decir que sea un ridículo. Todo el mundo llega tarde alguna vez.

Flecha Descendente:

Es la tercera vez en dos meses que dejo la cuenta al descubierto



Sólo un idiota puede hacer un disparate así



Hará que Jhon me vea como un idiota



De todos modos, ¿Qué puede esperar de alguien como yo?



Cuando se de cuenta me deja.

Los pensamientos negativos pueden terminar con la vida de una persona. Es de vital importancia siempre estar atentos a las señales y pensamientos que una persona depresiva emite ya que estos son claves para empezar la recuperación del paciente; se los debe tratar con la importancia emocional que los mismos tienen para el sujeto y no ignorarlos o quitarles valor ya que los psicólogos serán los encargados de reestructurar dichas cogniciones para que no sean tan dolorosas e incómodas.

3. LA DEPRESIÓN EN LOS CENTROS DE REHABILITACIÓN SOCIAL

Según un estudio de la revista médica británica “The Lancet”, “las prisiones de países industrializados alojan más enfermos mentales que los hospitales psiquiátricos, y es dudoso que los traten adecuadamente”, advirtió dicho estudio. Uno de cada siete reclusos y reclusas, más de un millón de personas en 12 países industrializados, padecen psicosis o depresión profunda que pueden conducir al suicidio, mientras uno de cada dos hombres y una de cada cinco mujeres sufren desórdenes de personalidad. Los autores de la investigación analizaron los antecedentes de 23.000 reclusos y reclusas de Australia, Canadá, Dinamarca, España, Estados Unidos, Finlandia, Gran Bretaña, Holanda, Irlanda, Noruega, Nueva Zelanda y Suecia, abarcando un periodo de tres décadas. La población carcelaria estudiada resultó “varias veces más proclive a la psicosis y la depresión, y casi 10 veces más predispuesta a la personalidad antisocial que la población general”. Este estudio reveló como dato importante el hecho de que ninguno de los casos de reclusos reportados (entre 20 y 25 presos políticos) tiene antecedentes de enfermedad psiquiátrica anterior, por lo que los síntomas surgieron como consecuencia de las severas condenas a que han sido sometidos y a un confinamiento brutal.¹⁹

3.1: DEFINICIÓN DE CENTRO DE REHABILITACIÓN SOCIAL:

Los Centro de Rehabilitación Social son instituciones creadas para mantener confinados a todos aquellos individuos que han violado alguna ley, es decir han cometido un delito. Por delito se entiende: “Culpa, crimen, violación de la ley. Acción u omisión voluntaria, castigada por la ley con pena grave”.²⁰

¹⁹ www.nodo50.org/carceles/vita.htm

²⁰ Diccionario Enciclopédico VOX, Lexis; Volumen 22; pg: 1687.

El fin de estas instituciones es mantener marginado al delincuente, mientras se le sentencia. La pena puede ser a mediano o largo plazo, dependiendo del delito cometido.²¹ Pero el único fin de los Centros de Rehabilitación Social no es sólo ese, sino también como su nombre lo dice “REHABILITAR” (Rehabilitación: 1: “Efecto de la cancelación de los antecedentes penales de un sujeto que ha cumplido condena, transcurrido el tiempo que marca la ley. Según los diferentes sistemas legales, puede darse automáticamente, o bien puede ser a petición del interesado”. 2: “Restablecimiento de la capacidad de rendimiento y de la salud del individuo afectado por una enfermedad o que ha sufrido un accidente, para que pueda llevar de nuevo una vida normal”)²² y proporcionar una vida diferente y “REHABILITADA” cuando la persona librada de su libertad se reintegre a la sociedad.

3.2: CAUSAS DE DEPRESIÓN DENTRO DE UN CENTRO DE REHABILITACIÓN SOCIAL:

Estar recluso en una cárcel es una situación que afecta terriblemente la vida familiar, social, individual, emocional y psíquica de cualquier persona que se encuentre bajo esa circunstancia. El tiempo de estancia en un Centro de Rehabilitación Social no es bajo las mejores condiciones; las internas no cuentan con todos los servicios y requerimientos necesarios para llevar una vida digna siendo estas condiciones las que causantes de que las Internas Recluidas en un Centro de Rehabilitación Social puedan presentar un Síndrome Depresivo.

Entre las principales causas de depresión dentro de un Centro de Rehabilitación Social tenemos:

- ✦ La alimentación e higiene son deficientes y estas carencias alimenticias pueden provocar muchas enfermedades que en un estado normal de nutrición no se darían. Este problema se agrava porque la asistencia médica es casi nula.

²¹ www.medilegis.com/BancoConocimiento/A/AM78AASaludPublica2/AM78AASaludPublica2.asp

²² Gran Enciclopedia Ilustrada Círculo; Volumen 10; pgs: 3447 ,3448.

- ⤴ La infraestructura del centro es muy reducida: no se cuenta con el espacio físico y recreacional necesario.
- ⤴ Poca o ninguna actividad dentro del Centro: las reclusas no se mantienen ocupadas, sin tener como “desfogar” su ansiedad o todas las energías negativas que acumulan al no realizar ninguna actividad productiva.
- ⤴ Malos tratos por parte de carceleros y presos comunes.
- ⤴ Aislamiento prolongado en celdas de castigo, sin iluminación, ventilación ni agua.
- ⤴ Privación de su libertad: mantienen poco o ningún contacto con sus familias produciéndose destrucción del núcleo familiar.
- ⤴ Otro problema es la situación económica: como la inmensa mayoría de ellas provienen de estratos sociales muy bajos, sus familias (en caso de tenerlas) no pueden aportar para su manutención. Dentro del Centro, la remuneración que reciben por esporádicos trabajos que realizan es escaso.
- ⤴ La discriminación social a la que estas personas están condenadas es marcada; las posibilidades de que su entorno acepte reincorporarles a un desenvolvimiento social normal es casi imposible; son fuertemente criticadas y expulsadas de la sociedad. Una vez que han cumplido su sentencia, supuestamente, están listas para integrarse nuevamente a la sociedad, pero esta le rechaza; no encuentran trabajo; les es difícil encontrar una familia, un hogar, amigos que las puedan ayudar a reintegrarse; siempre serán “ex presidiarias” y por lo tanto serán rechazadas por la sociedad.

Estos, entre otros factores presentes dentro de un Centro de Rehabilitación Social se constituyen en situaciones importantes que impiden que las internas carcelarias puedan tener una vida emocional estable, pudiendo presentar como consecuencia un Síndrome Depresivo.

En estudios psiquiátricos realizados en criminales se ha encontrado ciertas características comunes, siendo las más notables: dificultad para comunicarse, rebeldía contra los padres, escasa o nula identificación masculina o femenina, gran imaginación, sentimientos de insignificancia, deseos de venganza, frustración, factores exógenos o endógenos que pueden desencadenar depresión, separación paterna, madres solteras, gran diferencia de edades entre los padres, etc.; todo redundando en una gran soledad y abandono de la que son presas las mujeres internas en una cárcel.²³

3.3: COMO PREVENIR LA DEPRESIÓN DENTRO DE UN CENTRO DE REHABILITACIÓN SOCIAL:

Ciertas actividades claves deben incorporarse a la vida de una persona reclusa en un Centro de Rehabilitación Social, actividades que si son bien manejadas pueden ayudar a disminuir la aparición de un Síndrome Depresivo en dichas personas.

Estas actividades pueden ser, entre otras:

- ▲ Crear programas estructurados de atención psicológica: para este fin se debe contar con un psicólogo profesional que esté en capacidad de formar un programa de salud mental, con la finalidad de prevenir y/o curar trastornos mentales presentes en los reclusos.
- ▲ Desarrollar aspectos prácticos, tales como talleres donde se les enseñe el oficio de su preferencia (carpintería, soldadura, pintura, diseño gráfico, industria del vestido, diseño de modas, computación, etc.), mismos que si son adecuadamente guiados y explotados podrán convertirse en incentivos que les permitan inmiscuirse en el mundo laboral de una manera positiva.
- ▲ Desarrollar valores personales que comprendan: conocimiento de sí mismo, relaciones humanas, interacción con los demás, dominio de su carácter e impulsividad y conocimientos espirituales.
- ▲ Formación educativa básica y superior, con personal capacitado para este fin.

²³ listas.rcp.net.pe/pipermail/salud/2002-March/000216.htm

Cuando se trata de personas encarceladas existe riesgo de enfermedad, por lo que deberían tener trato especial para respetar el derecho a la salud, a la integridad física y a la vida que todos los ciudadanos tenemos. No basta con que la prisión sea visitada por un psicólogo o psiquiatra que observe y escuche a una persona durante una sesión; el profesional ha de centrarse en el ofrecimiento de toda la ayuda posible para superar los problemas que le hayan conducido al delito. Hace falta una adecuada y oportuna prevención de la enfermedad mental que la propia prisión provoca.

Es necesario hacer algo. Nos quejamos del crimen, de la delincuencia, de la falta de valores, pero ¿qué hacemos para evitarlo?

4. PLAN TERAPEÚTICO PARA LA RECUPERACIÓN DE LA SALUD MENTAL EN LAS MUJERES DIAGNOSTICADAS SÍNDROME DEPRESIVO

Uno de los objetivos por cumplir en esta investigación era el elaborar un Plan Terapéutico basado en la Terapia Cognitiva-Conductual con la finalidad de poderlo aplicar a los internas que así lo requieran.

El plan establecido es el que se anota a continuación.

VISIÓN GENERAL DE LAS SESIONES:²⁴

Una terapia psicológica comienza con el primer contacto con el paciente, ya sea este telefónico o en la consulta del terapeuta.

El terapeuta, en la primera sesión, intentará establecer una adecuada empatía y una relación relajada con el paciente, sin dejar de establecer claramente roles y límites. El establecimiento de la relación, la obtención de la información relevante y la explicación del fundamento teórico de la Terapia Cognitiva-Conductual, así como la aplicación de técnicas específicas pueden quedar determinadas ya desde la entrevista inicial. Es de vital importancia el tener establecido el grado de Depresión que sufre la persona. Para determinar esto se puede trabajar con el puntaje obtenido aplicando la Escala de Depresión de Beck. La aplicación de esta escala se llevará a cabo en todas las sesiones. Con estos datos, empiezan las sesiones propiamente dichas, que, como se indicó en el capítulo 2, consistirán en 15 o 20 sesiones.

²⁴ BECK, Aarón; et.al; “Terapia Cognitiva de la Depresión”; pgs: 87, 88, 101, 102, 103, 104, 105, 106, 107, 108, 109, 110.

SESIÓN 1:

- ⤴ Registrar resultado del Test de Depresión aplicado = ?
- ⤴ Plan (Agenda):
 - Explorar los síntomas de la depresión.
 - Evaluar las ideas de suicidio y desesperanza.
 - Discutir la influencia de los pensamientos sobre la conducta.
 - Explorar y determinar el nivel de actividad, si es indicado.
- ⤴ Tarea a casa: llevar un programa de actividades para evaluar el grado de actividad de la paciente y para obtener datos “objetivos” sobre nivel de funcionamiento actual.

SESIÓN 2:

- ⤴ Test de Depresión = ?
- ⤴ Plan:
 - Revisar los síntomas de la depresión.
 - Supervisar el programa de actividades para evitar posibles omisiones y distorsiones.
- ⤴ Tarea a casa: continuar con el programa de actividades agradables y/o actividades a las que puede hacer frente adecuadamente y sin dificultad por poseer las habilidades necesarias (Actividades de dominio).

SESIÓN 3:

- ⤴ Test de Depresión = ?
- ⤴ Plan:
 - Comenzar a demostrar las relaciones entre pensamientos, conducta y afecto, basándonos en experiencias del paciente.
- ⤴ Tarea a casa: definir problemas de la paciente considerase que podían influir o contribuir a la depresión.

SESIÓN 4:

- ⤴ Test de Depresión = ?
- ⤴ Plan:
 - Revisar las actividades de “Agrado y Dominio”.
- ⤴ Tarea a casa: Registrar las cogniciones durante períodos de tristeza, ansiedad y enfado y durante períodos de apatía, con objeto de hacer más clara la relación entre pensamiento, conducta y afecto.

SESIÓN 5:

- ⤴ Test de Depresión = ?
- ⤴ Plan:
 - Revisar las cogniciones registradas.
- ⤴ Tarea a casa: llenar el formulario de la triple columna.

SESIÓN 6 :

- ⤴ Test de Depresión = ?
- ⤴ Plan:
 - Revisar formulario de la triple columna.
 - Continuar elicitando pensamientos relacionados con la tristeza.
- ⤴ Tarea a casa:
 - Continuar registrando cogniciones utilizando la técnica de la triple columna.

SESIÓN 7:

- ⤴ Test de Depresión = ?
- ⤴ Plan:
 - Discutir las cogniciones específicas que diesen lugar a efectos desagradables.
- ⤴ Tarea a casa:

- Evaluar en una escala del 1 a 10 hasta que punto la paciente deseaba realizar las actividades, y hasta que punto lo que buscaba era satisfacer las expectativas de las personas que le rodean.

SESIÓN 8:

- ▲ Test de Depresión = ?
- ▲ Plan:
 - Discutir cogniciones e identificar contenidos recurrentes o frecuentes que están siendo llenados en la tabla de la triple columna.
- ▲ Tarea a casa:
 - Si al acostarse a tomar una siesta o al acostarse en la noche no logra dormir en 15 minutos, debe levantarse y hacer algo que le distraiga y aleje sus pensamientos. No puede permanecer en la cama sin actividad.
 - Continuar registrando los pensamientos automáticos.

SESIÓN 9:

- ▲ Test de Depresión = ?
- ▲ Plan:
 - Análisis de las mejorías de los pensamientos automáticos registrados.

SESIÓN 10 :

- ▲ Test de Depresión = ?
- ▲ Plan:
 - Revisar las cogniciones, en particular, las expectativas de la paciente ante sus “debo” en lugar de “quiero”.
- ▲ Tarea a casa: llenar tabla de corrección de las reglas debería.

SESIÓN 11:

- ▲ Test de Depresión = ?

- ⤴ Plan:
 - Intentar responder a los “quiero” en lugar de hacerlo a los “debo”.
- ⤴ Tarea a casa: llenar tabla de corrección de las reglas debería.

SESIÓN 12 :

- ⤴ Test de Depresión = ?
- ⤴ Plan:
 - Centrarse en las autocríticas y trabajar en respuestas para hacerlas frente.
Evaluar los problemas de forma realista en lugar de criticarse.
- ⤴ Tarea a casa:
 - Llenar tabla del Antiperfeccionismo.
 - Continuar llenando tabal de la corrección de las reglas debería.

SESIÓN 13 :

- ⤴ Test de Depresión = ?
- ⤴ Plan:
 - Revisar tabal del Antiperfeccionismo.
- ⤴ Tarea a casa: hacer una lista de las responsabilidades para con su familia nuclear y viceversa.

SESIÓN 14 :

- ⤴ Test de Depresión = ?
- ⤴ Plan:
 - Discutir los pensamientos relacionados con sus responsabilidades familiares.
- ⤴ Tarea a casa: Discutir en profundidad los objetivos con su marido, concretamente los referentes a sus responsabilidades en el hogar.

SESIÓN 15 :

- ⤴ Test de Depresión = ?
- ⤴ Plan:
 - Análisis de los objetivos de la pareja.
- ⤴ Tarea a casa: Trabajar en las dificultades maritales con la flecha descendente.

SESIONES 16, 17, 18, 19 y 20:

- ⤴ Durante estas últimas sesiones se puede consolidar la mejoría conseguida. Se recomienda llenar los formularios antes indicados y que no se han utilizado durante el tratamiento según las áreas que necesiten reforzamiento; de esta manera la paciente seguirá re-aprendiendo a registrar sus cogniciones erróneas y encontrar soluciones a las mismas. Se debe continuar con la aplicación del test que nos indicará sobre el de depresión presente en la paciente.

SESIONES DE SEGUIMIENTO:

- ⤴ Las sesiones de seguimiento se pueden realizar cada mes, y se recomienda continuar con la aplicación del test que nos indicará el grado de depresión presente en la paciente para cerciorarnos que no exista complicación ni retroceso.

Lo importante no es saber cuantas mujeres presentan depresión sino poder ayudarlas a través de una terapia centrada en el cambio de cogniciones y pensamientos importantes como la descrita, para que partiendo de su recuperación puedan mantenerse estables emocionalmente y se den cuenta que son personas con futuro capaces de salir adelante y lograr sus metas y sueños.

5. EL ESTUDIO DEL SÍNDROME DEPRESIVO EN LAS INERNAS DEL CENTRO DE REHABILITACIÓN SOCIAL FEMENINO DE CUENCA

Este capítulo tiene como finalidad el conocer un poco más de cerca como es la verdadera convivencia dentro de una cárcel; como esta está constituida, como es la vida de las internas y como está conformado el personal administrativo que ahí labora.

Además se expondrán los datos obtenidos en esta investigación.

5.1. CONOCIMIENTO GENERAL DEL CENTRO DE REHABILITACIÓN SOCIAL FEMENINO DE CUENCA

El Centro de Rehabilitación Social Femenino de Cuenca (CRSFC) es una de las 34 instituciones penitenciarias que existen en el Ecuador. Administrativamente depende del Consejo Nacional de Rehabilitación Social, que es el ente encargado de dictar la política penitenciaria; este organismo está integrado por el Ministro de Gobierno como su máxima autoridad, y representantes de la Corte Suprema, del Ministerio Fiscal, del Instituto de Criminología, del Ministerio de Trabajo y de los empleados.

Los Centros de Rehabilitación Social tienen como finalidad, según lo dicta la Constitución Política del Estado, el proporcionar “la educación del sentenciado y su capacitación para el trabajo”.

La creación de este Centro se dio en el año de 1982, posteriormente a la puesta en vigencia del Código de Ejecución de Penas y su Reglamento, y de la creación del Consejo de Rehabilitación Nacional.

Actualmente el Director del CRSFC es el Doctor Mateo Ríos Cordero, cargo que desempeña desde el 1 de Septiembre de 1997.

En relación a la infraestructura y distribución del inmueble podemos anotar lo siguiente:

Infraestructura: El inmueble es insuficiente; es una casa adecuada para cárcel. No cuenta con los requerimientos de infraestructura necesarios que permitan cumplir la labor que las leyes y la Constitución Política del Estado imponen.



* Parte externa de las habitaciones. Segundo piso.



* Lugar en donde las internas se reúnen en sus tiempos libres.



* Primer piso. Cocina acomodada.

El inmueble es arrendado, lo ocupan desde hace 14 años.

Un grave inconveniente es que están ubicados en el Centro de la Ciudad. El ingreso a la institución por el tráfico existente es difícil; esto sumado al ruido al que están expuestos todos los días y a toda hora hacen que su permanencia en aislamiento no cumpla con las condiciones mínimas que permitan mantener condiciones para una vida adecuada y tranquila.

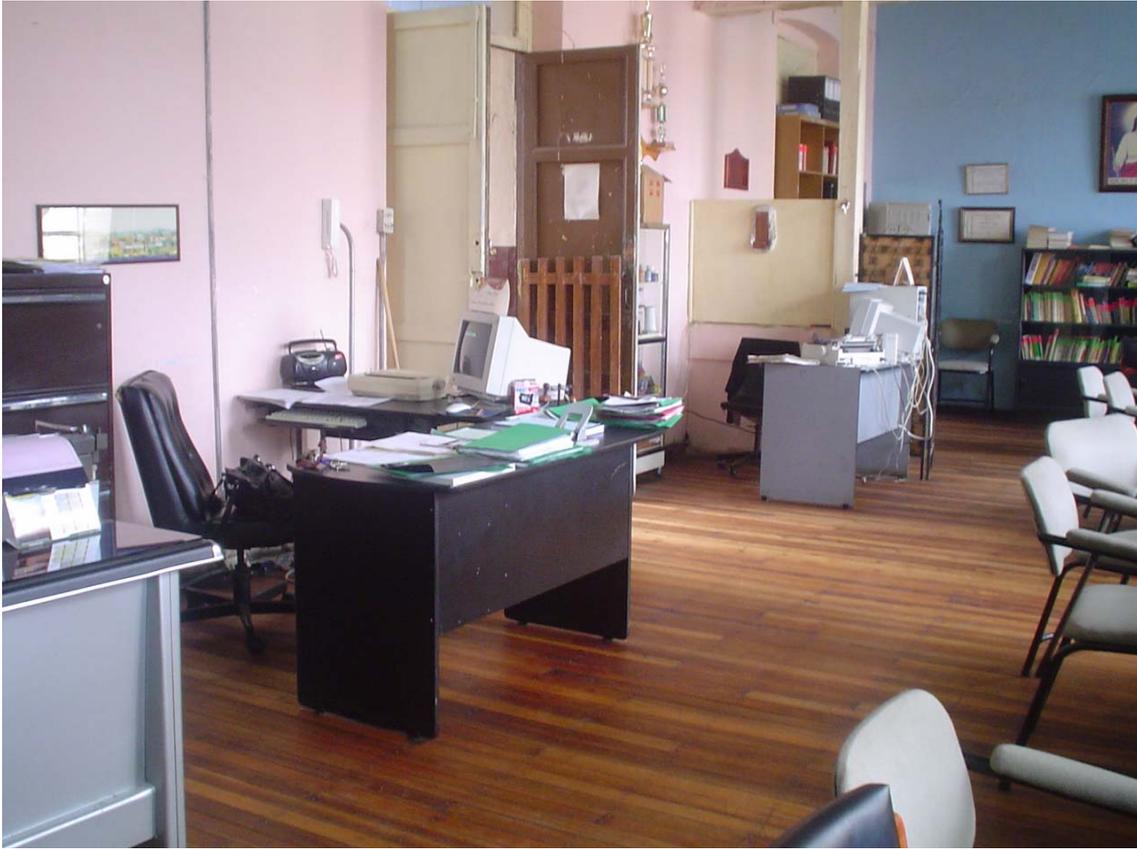


* Patio trasero.



* Habitaciones.

Los profesionales comparten una misma oficina; no se dan las comodidades necesarias para el personal, menos aún para las internas, las que conjuntamente con el personal de vigilancia, han sido acomodadas y divididas en las pocas habitaciones con las que cuentan, por lo que durante el día pasan en lugares comunes para todas, como son el patio y los talleres. Todas las internas sean de mínima, mediana o máxima peligrosidad comparten los mismos espacios ya que las características de la institución no permiten una mejor ubicación.



* Oficina.



* Oficina.



* Oficina.

En la parte económica dependen directamente del Ministerio de Gobierno con un presupuesto del 10% de los cheques protestados; con esto cubren el arriendo del inmueble, el sueldo de los empleados y la alimentación de las internas que se mantienen con la ínfima cantidad de 1 dólar diario que se divide para las tres comidas.



* Cocina en donde se preparan los alimentos diarios.



* Cocina en donde se preparan los alimentos diarios.



* Cocina en donde se preparan los alimentos diarios.

Este escaso presupuesto no permite realizar gastos de inversión.

- **Personal Administrativo:** Está integrado por:

- * Director.
- * Abogada.
- * Médico especialista en Gineco – Obstetricia.
- * Trabajador Social (voluntario).
- * Psicólogo.
- * Secretaria.

Cualquier dignatario o profesional que vaya a conformar parte de este Centro de Rehabilitación, como en toda Institución Pública, lo hará mediante concurso de Méritos y Oposición o mediante contrato de Servicios Ocasionales, salvo los de elección popular y los que la Ley los da como funcionarios de libre remoción.

- **Personal de Vigilancia:** Está integrado por 6 personas, divididas en dos grupos de tres personas con un jefe de guías; tienen a su cargo el control, vigilancia y seguridad de la Institución.

El trabajo lo realizan durante 24 horas y tienen un descanso del mismo número de horas.

- Carecen del Departamento de Pagaduría el mismo que es compartido con el Centro de Rehabilitación Social de Varones de Cuenca.

Al no contarse a nivel central con presupuesto suficiente, los recursos económicos no son compartidos equitativamente y la inversión realizada para el Centro de Cuenca es mínima e inadecuada. En este Centro prima la autogestión, pero los recursos obtenidos son escasos.

El ambiente laboral dentro del Centro se desenvuelve en óptimas condiciones, lo que ha permitido la implementación y coordinación de variados programas y proyectos que se dan en beneficio de las internas.

Amnistía Internacional hizo un reconocimiento especial al Centro de Rehabilitación Social de Cuenca en Agosto de 2004 durante la Campaña Mundial de la No Violencia a la Mujer, por considerar a este Centro como unos de los más humanos a nivel de Latinoamérica, ya que en el no existe ningún tipo de tortura física ni psicológica hacia las internas recluidas en el mismo.

Los pilares éticos en los que el CRSFC está cimentado son la solidaridad, el humanismo, respeto mutuo entre autoridades e internas, valores morales, familiares y religiosos, con la finalidad de cumplir con los objetivos planteados anteriormente, tratando de conseguir una verdadera rehabilitación de las mujeres que se encuentran recluidas en esta cárcel.

LAS INTERNAS DENTRO DEL CENTRO DE REHABILITACIÓN SOCIAL FEMENINO DE CUENCA:

A la fecha de la investigación se encontraban recluidas en el CRSFC veinte y ocho Internas Sentenciadas y treinta y nueve Internas Sumariadas.

Durante su tiempo de reclusión las internas realizan diferentes actividades para esparcimiento general, distracción personal y estabilidad emocional.

Actividades Recreacionales: En la parte posterior del establecimiento existe una cancha en la que las internas tiene la oportunidad de realizar actividades deportivas, como fútbol y volleyball.



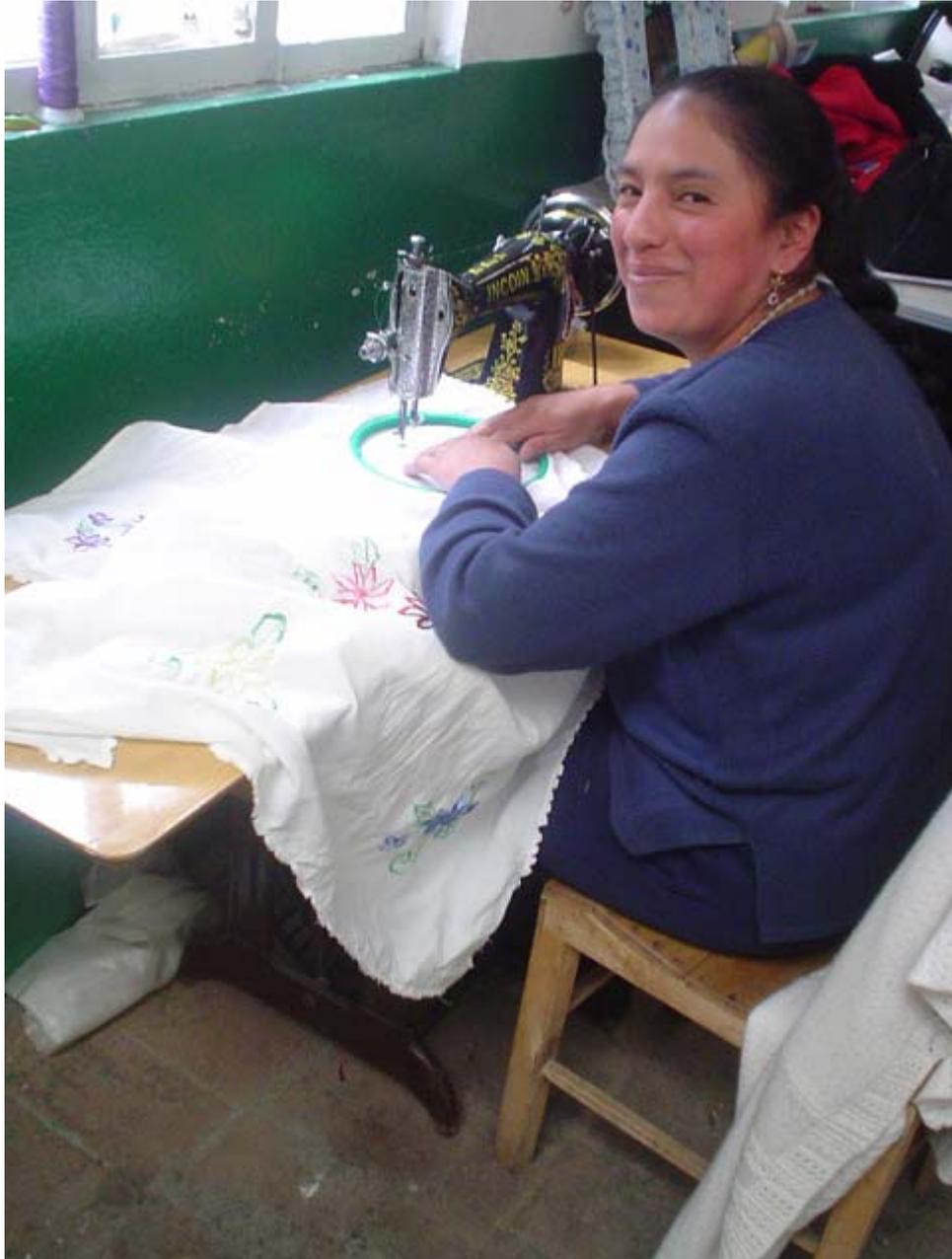
* Patio trasero. Cancha de volley y fútbol.



* Las internas jugando volley.

Actividades Académicas: Durante este último año el Centro de Rehabilitación cuenta con la colaboración de Educación Popular, organismo voluntario que está preparando a 16 internas para que puedan terminar su educación primaria.

Cursos Laborales: Dentro de estos cursos las internas aprenden a elaborar diferentes productos artesanales y de bisutería para comercializarlos fuera del Centro; lastimosamente esto se cumple con grandes limitaciones y problemas que impiden que los productos elaborados puedan comercializarse o lo hagan obteniendo muy poca ganancia.



* Interna dentro del curso.



* Uno de los productos realizados dentro del curso.

Talleres: El Centro cuenta con dos pequeños talleres, uno de costura y otro de bisutería, en los que realizan diferente manualidades para venderlas y obtener pequeños ingresos económicos que les permitan conseguir productos de limpieza personal o comestibles extras.



* Taller de costura.



* Taller de costura.



* Taller de bisutería.

Terapias Psicológicas: Desde Agosto de 2004 se ha implementado el asesoramiento psicológico indispensable para lograr una adecuada supervivencia de las internas dentro del centro.

Las terapias psicológicas se dictan de manera individual y grupal.

Actualmente se encuentran recibiendo atención psicológica individual aproximadamente 35 internas.

Las terapias grupales se las realizan en dos grupos de aproximadamente 15 personas cada uno: con el primer grupo se trabaja los días lunes, miércoles y viernes y con el segundo grupo los martes y viernes.

Tareas Asignadas: Son las mismas internas las que se encargan de realizar el aseo de la Institución. El área de la que cada interna debe encargarse es asignada mensualmente por el Trabajador Social.

Las internas de mínima y mediana peligrosidad al cumplir las dos quintas partes de su sentencia pueden optar por la “Prelibertad”, misma que consiste en la integración de la interna a su medio natural, a su familia y su ambiente laboral, es decir, la sociedad en general.

La pena máxima que rige en el Ecuador según la Legislación reformada hace 3 años es de 35 años por violación y asesinato.

5.2: METODOLOGÍA:

5.2.1: CRITERIOS PARA EL ESTABLECIMIENTO DE LAS MUESTRAS:

Se realizó la investigación en el Centro de Rehabilitación Social Femenino de la ciudad de Cuenca, Ecuador, en el período comprendido entre Abril y Septiembre del año 2005.

La encuestas fueron aplicadas a todas las veinte y ocho mujeres sentenciadas recluidas en el Centro en el período antes indicado. Este número corresponde al 100 % del universo determinado para el presente estudio.

5.2.2: CRITERIOS PARA LA UTILIZACIÓN DE LAS HERRAMIENTAS PARA LA RECOLECCIÓN DE DATOS:

Se utilizó como herramienta base el Test de Depresión de Beck, instrumento que fue aplicado en todo el universo determinado.

Luego, a las reclusas que mostraron Depresión en el Test de Beck se les separó del universo, se abrió la Historia Clínica y se les aplicó un Cuestionario para Determinar Causas de Depresión. Este último instrumento está basado en los Criterios Diagnósticos del DSM IV.

5.3. RESULTADOS GENERALES:

TABLA # 1

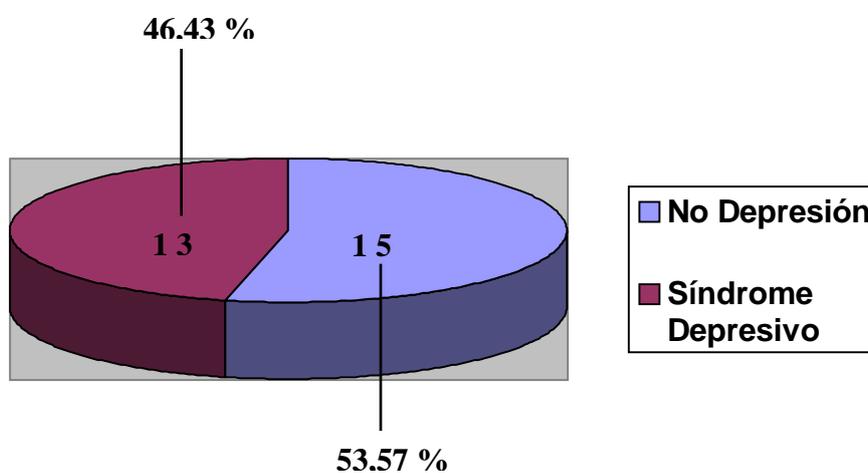
“ EL SÍNDROME DEPRESIVO EN LAS INTERNAS SENTENCIADAS RECLUIDAS EN EL CENTRO DE REHABILITACIÓN SOCIAL FEMENINO DE CUENCA”

DISTRIBUCION DE 28 RECLUSAS, SEGUN PRESENCIA DE SÍNDROME DEPRESIVO MEDIANTE TEST DE BECK.- CENTRO DE REHABILITACION SOCIAL FEMENINO.- CUENCA – ECUADOR.- 2005

RESULTADO	FRECUENCIA	%
No Depresión	15	53,57
Síndrome Depresivo	13	46,43
TOTAL	28	100,00

* FUENTE: Investigación realizada por la Autora.

GRAFICO # 1



Como se puede observar en el gráfico uno, de las veinte y ocho reclusas: trece no presentan Síndrome Depresivo, que corresponde al 46,43%; quince presentan Síndrome Depresivo, que corresponde al 53.57%.

Esto puede deberse a que las internas recluidas dentro de una cárcel pierden todas las esperanzas de supervivencia, y el apoyo indispensable por parte de su familia nuclear para mantener un estado emocional dentro de los límites normales.

Para ellas el futuro es desesperanzador y no tienen ningún interés por intentar siquiera imaginar una vida diferente cuando salgan de la cárcel. Se encuentran totalmente alejados de las personas que más quieren quienes la mayoría de las veces las olvidan rápidamente. Sus hijos y esposos no mantiene ningún tipo de vínculo emocional con ellas sino más bien las rechazan criticándolas de forma muy severa y algunas veces inhumana.

Además son fuertemente relegadas y las posibilidades de re-ubicarse dentro de la sociedad son muy escasas. No tienen posibilidades de trabajo por sus antecedentes penales y esto les lleva a sentirse inútiles y poco productivas. Como consecuencia de esto su “círculo de convivencia” se mantiene, sus estado económico no es suficiente, pudiendo ser estos los principales inconvenientes que la mayor parte de las veces las vuelca a repetir actos delictivos.

TABLA # 2

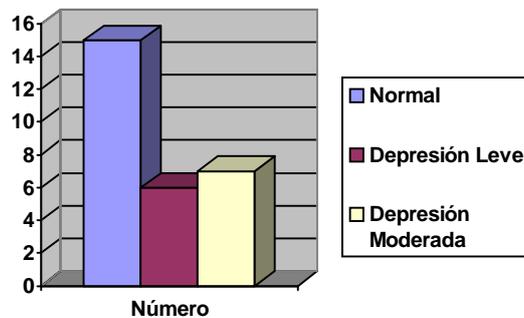
**“ EL SÍNDROME DEPRESIVO EN LAS INTERNAS SENTENCIADAS
RECLUIDAS EN EL CENTRO DE REHABILITACIÓN SOCIAL FEMENINO
DE CUENCA”**

**DISTRIBUCION DE 28 RECLUSAS, SEGUN RESULTADO DE APLICACION
DEL TEST DE BECK.- CENTRO DE REHABILITACION SOCIAL
FEMENINO.- CUENCA – ECUADOR.- 2005**

RESULTADO	FRECUENCIA	%
Normal	15	53,57
Depresión Leve	6	21,43
Depresión Moderada	7	25,00
TOTAL	28	100,00

* FUENTE: Investigación realizada por la Autora.

GRAFICO # 2



En el gráfico dos se puede constatar que: de las veinte y ocho reclusas investigadas, quince (53,57 %) se encuentran en un estado emocional Normal; seis (21,43 %) presentan Depresión Leve; y siete (25,00 %) presentan Depresión Moderada.

Estos datos son distintos a los encontrados en la literatura consultada, en que más del 50 % de reclusas muestran depresión.

El nivel cultural de las internas del Centro de Rehabilitación Social Femenino de Cuenca fue una de las limitaciones principales para una adecuada obtención de los datos investigados en busca de depresión. Se dificultó la explicación de los ítems de los que consta el test y considero que este pudo ser ese un motivo para haber obtenido un resultado inferior al esperado en referencia a síndrome depresivo.

TABLA # 3

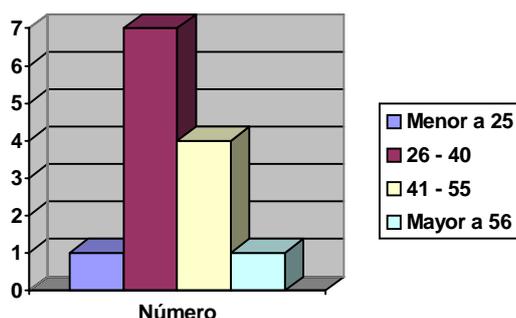
“ EL SÍNDROME DEPRESIVO EN LAS INTERNAS SENTENCIADAS RECLUIDAS EN EL CENTRO DE REHABILITACIÓN SOCIAL FEMENINO DE CUENCA”

DISTRIBUCION DE 13 RECLUSAS QUE PRESENTAN SÍNDROME DEPRESIVO, SEGUN SU EDAD.- CENTRO DE REHABILITACION SOCIAL FEMENINO.- CUENCA – ECUADOR.- 2005

EDAD (años)	FRECUENCIA	%
Menor a 25	1	7,69
26 – 40	7	53,85
41 – 55	4	30,77
Mayor a 56	1	7,69
TOTAL	13	100,00

* FUENTE: Investigación realizada por la Autora.

GRAFICO # 3



Como se visualiza en la Tabla 3 y su gráfico correspondiente, de las veinte y ocho reclusas investigadas: una (7,69 %) es menor de 25 años; siete (53,85 %) se encuentran entre 26-40 años de edad; cuatro (30,77 %) oscilan entre 41-55 años; y sólo una (7,69 %) es mayor de 56 años.

El hecho de que la mayoría de las mujeres con síndrome depresivo (53,85 %) se encuentren entre los 26 y 40 años puede deberse a que en esas edades se encuentra la etapa de vida más productiva de una persona.

El sujeto se encuentra en el mejor momento para desarrollarse en los aspectos laboral, económico, afectivo y familiar; y al estar conscientes del tiempo que tienen que estar privadas de su libertad, se dan cuenta que la mejor etapa de su vida la van a pasar entre cuatro paredes devengando una pena que les limita no sólo en ese momento sino por el resto de su vida ya que re- hacer o recuperar todos estos aspectos luego de quedar en libertad es muy difícil... casi imposible; puesto que se les dificulta encontrar trabajo, su familia las habrán rechazado y no querrán saber de ellas, sus parejas talvez ya no estarán a su lado y esto es algo que las atormenta a diario.

En la mujer está en plenitud su edad fértil pero al estar encarceladas esto no puede realizarse, además como se dijo anteriormente sus parejas la mayoría de las veces las abandonan.

Generalmente sus hijos necesitan de sus madres como componentes activos para su desarrollo físico y emocional pero ellas no están a su lado por lo tanto sus hijos crecen solos y abandonados. En ellos aparecen un sinnúmero de problemas afectivos y de adicción al alcohol y las drogas. La inestabilidad que tienen es intratable, exigen la presencia de sus madres sin poder alcanzarla.

TABLA # 4

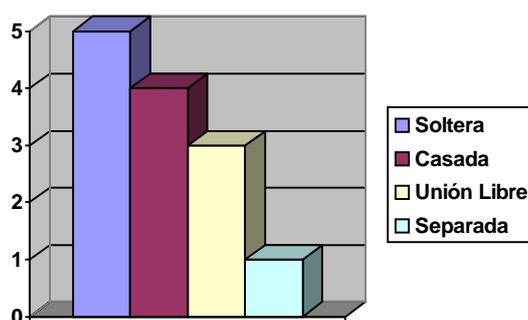
**“ EL SÍNDROME DEPRESIVO EN LAS INTERNAS SENTENCIADAS
RECLUIDAS EN EL CENTRO DE REHABILITACIÓN SOCIAL FEMENINO
DE CUENCA”**

**DISTRIBUCION DE 13 RECLUSAS QUE PRESENTAN SINDROME
DEPRESIVO, SEGUN SU ESTADO CIVIL.- CENTRO DE REHABILITACION
SOCIAL FEMENINO.- CUENCA – ECUADOR.- 2005**

ESTADO CIVIL	FRECUENCIA	%
Soltera	5	38,46
Casada	4	30,77
Unión Libre	3	23,08
Separada	1	7,69
TOTAL	13	100,00

* FUENTE: Investigación realizada por la Autora.

GRAFICO # 4



Los resultados obtenidos en el gráfico cuatro muestran que: de las veinte y ocho reclusas que presentan síndrome depresivo, cinco (38,46 %) son solteras; cuatro (30,77 %) son casadas; tres (23,08 %) viven en unión libre; y una (7,69 %) es separada.

Lamentablemente las mujeres internas en el CRSFC mantienen una vida conyugal extremadamente inestable siendo este un verdadero problema.

Las pocas personas con las que las internas mantienen cierto contacto no les proporcionan la tranquilidad y estabilidad para sobrellevar los inconvenientes de estar encarceladas y algunas de esas personas son sus parejas.

La mayoría de ellas son solteras pero mantienen relaciones personales o pseudo-maritales complicadas y peligrosas que, en varios casos pueden incluso influir para involucrarlas en actos delictivos; y aquellas que son casadas también atraviesan los mismos problemas.

Sus parejas no las respetan, las abandonan y si no lo hacen, las critican fuertemente desmoronando su autoestima. No aportan positivamente para ayudarlas a superar sus deficiencias emocionales más bien puede ser esto un gran limitante para que estas mujeres no puedan superarse y salir adelante solas ya que la codependencia que llegan a formar con su pareja es excesiva y enfermiza.

TABLA # 5

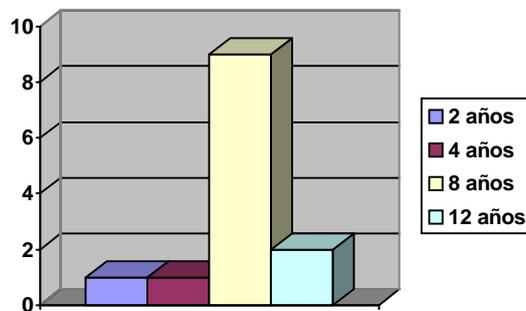
“ EL SÍNDROME DEPRESIVO EN LAS INTERNAS SENTENCIADAS RECLUIDAS EN EL CENTRO DE REHABILITACIÓN SOCIAL FEMENINO DE CUENCA”

DISTRIBUCION DE 13 RECLUSAS QUE PRESENTAN SINDROME DEPRESIVO, SEGUN TIEMPO DE SENTENCIA.- CENTRO DE REHABILITACION SOCIAL FEMENINO.- CUENCA – ECUADOR.- 2005

TIEMPO DE SENTENCIA	FRECUENCIA	%
2 años	1	7,69
4 años	1	7,69
8 años	9	69,23
12 años	2	15,39
TOTAL	13	100,00

* FUENTE: Investigación realizada por la Autora.

GRAFICO # 5



En el gráfico cinco se visualiza que de las veinte y ocho reclusas: una está sentenciada para 2 años, que corresponde al 7,69%; una está sentenciada para 4 años, que corresponde al 7,69%; nueve están sentenciadas para 8 años, que corresponde al 9,23%; dos están sentenciadas para 12 años, que corresponde al 15,39%.

Obviamente, se puede ver que mientras mayor es el tiempo de sentencia, mayor es también la presencia de síndrome depresivo en las reclusas.

Mientras más largo sea el tiempo que una interna tenga que permanecer recluida en una cárcel más fuertes serán sus problemas emocionales. Tienen que permanecer mayor tiempo privadas de su libertad y alejadas de su familia por lo que las mismas están cada vez más desconectadas e incomunicadas con las internas puesto que se rompen lazos afectivos indispensables para mantenerse unidos.

El tiempo pasa y la vida le acompaña, sus hijos crecen sin la compañía de sus madres y generalmente sus vidas no toman un rumbo adecuado, las consecuencias de los actos delictivos cometidos por las internas se empiezan a hacer más notables que nunca y esto las atormenta al punto de acrecentar su depresión.

A veces no es suficiente que nos cuenten como es la vida dentro de una cárcel, es mejor si de alguna manera podemos conocerla y experimentarla más de cerca, este capítulo estaba encaminado a eso... ojalá haya sido posible lograrlo y poder conocerlo y entenderlo.

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES:

CONCLUSIONES:

- ♣ Los Centros de Rehabilitación Social no son lugares adecuados para que las personas internas reciban una verdadera Rehabilitación ya que no cuentan con los requerimientos físicos ni humanos para dicho fin.
- ♣ Uno de los principales motivos por el que las reclusas sufren depresión es el alejamiento que mantienen con su familia, problema que emocionalmente las agota y provoca ansiedad. .
- ♣ El nivel sociocultural de las pacientes fue un limitante para llevar a cabo la aplicación de los instrumentos que permitieron recolectar esta información, y dificultará la aplicación de una terapia psicológica.
- ♣ No existe verdadero compromiso por parte de las internas a iniciar un cambio en su estado emocional y de vida: están inmersas en ese mundo del cual se resisten a salir.
- ♣ No hay ninguna actividad que les mantenga lo suficientemente distraídas para que canalicen sus energías hacia un fin positivo y reflexionen sobre el momento en que les tocará reinsertarse a la sociedad y desenvolverse en el medio que tantos problemas provocó.
- ♣ Se concluye que de las veinte y ocho mujeres sentenciadas en el Centro de Rehabilitación Social de Cuenca: quince no presentan Síndrome Depresivo, lo que corresponde al 53,57%; y trece presentan Síndrome Depresivo, lo que corresponde al 46,43%. De estas, seis presentan Depresión Leve, lo que corresponde al 21,43%; y las siete restantes presentan Depresión Moderada, lo que corresponde al 25,00%.

Que el Síndrome Depresivo está presente mayormente entre las señoras de 26 a 40 años (7 señoras), lo que corresponde al 53,85%.

Que de acuerdo a la muestra, el Síndrome Depresivo está presente mayormente en las mujeres solteras (5 mujeres), lo que corresponde al 38,46%.

Que el Síndrome Depresivo está presente mayormente en las reclusas con 8 años de sentencia: 9 personas, lo que corresponde al 69,23%.

RECOMENDACIONES:

- ♣ Aplicar un plan terapéutico a las pacientes que presentan Síndrome Depresivo. ya sea esta Leve o Moderado.
- ♣ Inmiscuir a sus familiares en dicha terapia, ya que son la única fuente externa que puede ayudarles a mantener cierto equilibrio durante su estancia en la cárcel.
- ♣ Elaborar estrategias para mejorar autoestima e inteligencia emocional y enfocar el trabajo para este fin.

BIBLIOGRAFÍA

1. BECK, Aarón; et.al; “Terapia Cognitiva de la Depresión”; Tercera Edición; Ed. Desclee de Brouwer; Barcelona; 1983.
2. BECK, Aarón; et.al; “Terapia Cognitiva de los Trastornos de Personalidad”; Edición Única; Ed. PAIDOS; Barcelona; s/f.
3. BELLOCH, Amparo; et.al; “Manual de Psicopatología”; Ed. McGraw-Hill; Edición Única; España; 1995.
4. BURNS, David; “Sentirse Bien”; Ed. PAIDOS; Edición Única; España, 1990.
5. COMITÉ ELABORADOR DEL DSMIV; “Manual Diagnóstico y Estadístico de las Enfermedades Mentales”.
6. CORBELLA, Joan; “Tristezas y Depresión; Primera Edición; Ed. Folio; Barcelona; 1994.
7. DATTILIO, Frank; et.al; “Terapia Cognitiva de Parejas”; Segunda Edición; Ed. Desclee de Brouwer; España; 2000.
8. GAVINO, Aurora; “Guía de ayuda al terapeuta Cognitivo-Conductual; Edición Única; Ed. PIRÁMIDE; Madrid; 1997.
9. KANEER, Frederick; et.al; “Como ayudar al cambio en psicoterapia”; Edición Única; Ed. Desclee de Brouwer; España, 1987.
10. LIBERMAN; Robert; et.al; “Manual de Terapia de Pareja”; Tercera Edición; Ed. Desclee de Brouwer; Bilbao, 1987.
11. TORO, Ricardo; “Texto de Psiquiatría”; Tercera Edición; Ed. Corporación para Investigaciones Biológicas; Medellín, 1998.
12. VALLEJO, Juan Antonio; “Introducción a la Psiquiatría”; Décima Edición; Ed. Científico-Médica; España; 1981.
13. www.psych.org/depresion/definicion/html
14. www.tuotromedico.com/temas/depresion.htm
15. www.depression.org
16. www.omh.state.ny.us/omhweb/spansite/speak/speakwomen.htm
17. www.enplenitud.com/nota.asp?articuloID=2420
18. www.healthsystem.virginia.edu/UVAHealth/adult_women_sp/depress.cfm
19. www.geosalud.com/depresion/mujeres.htm
20. www.mailxmail.com/curso/vida/depresion/capitulo5.htm

21. listas.rcp.net.pe/pipermail/salud/2002March/000216.html
22. www.medilegis.com/BancoConocimiento/A/AM78AASaludPublica2/AM78AASaludPublica2.asp
23. www.nodo50.org/carceles/vita.htm
24. www.cimacnoticias.com/noticias/03ago/s03082607.html