



UNIVERSIDAD DEL AZUAY

FACULTAD DE FILOSOFÍA, LETRAS Y CIENCIAS DE LA EDUCACIÓN

ESCUELA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA

**“APLICACIÓN DE LA TERAPIA GRUPAL DESDE EL MODELO
INTEGRATIVO, EN ADOLESCENTES CON DEPRESIÓN GRAVE DE LA
UNIDAD EDUCATIVA “LUISA DE JESÚS CORDERO” DE LA CIUDAD
DE CUENCA”**

TRABAJO DE GRADUACIÓN

PREVIO AL TÍTULO

DE PSICÓLOGA CLÍNICA

AUTORA: CESIBEL OCHOA

DIRECTORA: MST. MARTHA COBOS

CUENCA-ECUADOR

2009

DEDICATORIA:

Para mis padres, por su apoyo incondicional y por su amor.

AGRADECIMIENTOS:

Primeramente, deseo agradecer a mis padres por ser las personas que en todo momento me ayudaron y apoyaron a lo largo de este trabajo.

Por otro lado, deseo expresar mi más profundo sentimiento de agradecimiento a la Mst. Martha Cobos, Directora de esta tesis, por ser quién me orientó y me brindó sus conocimientos y apoyo. A Sara Vanégas Coveña PHD. por su paciencia, sus observaciones y su ayuda incondicional. A las autoridades, empleados (as) y alumnas de la Unidad Luisa de Jesús Cordero de la Ciudad de Cuenca, por su apertura y por permitirme desarrollar este trabajo investigativo.

Y a todas las personas que me apoyaron en la realización de este trabajo.

ÍNDICE DE CONTENIDOS

DEDICATORIA	II
AGRADECIMIENTOS.....	III
ÍNDICE DE CONTENIDOS.....	IV
INTRODUCCIÓN	1
CAPÍTULO 1. LA ADOLESCENCIA	2
1.1. CONCEPTO	3
1.2. GENERALIDADES	4
1.3. ADOLESCENCIA Y PERSONALIDAD	6
1.3.1. CAMBIOS BIOLÓGICOS.....	9
1.3.2. DESARROLLO PSICOLÓGICO.....	10
1.4. PROBLEMÁTICA DE ESTA ETAPA.....	16
1.5. CONCLUSIONES.....	20
CAPÍTULO 2. DEPRESIÓN.....	21
2.1. LA DEPRESIÓN.....	21
2.1.1. CRITERIOS DIAGNÓSTICOS DEL EPISODIO DEPRESIVO MAYOR SEGÚN EL DSM-IV.....	22
2.1.2. TEORÍAS PSICOLÓGICAS DE LA DEPRESIÓN.....	25
2.1.3. FACTORES QUE INFLUYEN EN LA DEPRESIÓN.....	33
2.1.3.1. FACTORES BIOQUÍMICOS	33
2.1.3.2. FACTORES GENÉTICOS.....	33
2.1.3.3. FACTORES RELACIONADOS CON LA SOCIEDAD Y LA FAMILIA.....	34
2.1.3.4. OTROS FACTORES PREDISPONENTES Y DESENCADENANTES.....	35
2.1.3.5. DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL	37
2.1.3.6. TRATAMIENTO.....	38
2.2. MANIFESTACIONES DE LA DEPRESIÓN EN LA ADOLESCENCIA.....	43
2.3. CAUSAS DEL SUICIDIO EN LA ADOLESCENCIA	53

2.4.	CONCLUSIONES.....	56
CAPÍTULO 3. MODELO INTEGRATIVO Y TERAPIA GRUPAL		57
3.1.	EL SUPRAPARADIGMA	57
3.1.1.	PERFIL DEL TERAPEUTA INTEGRATIVO.....	60
3.2.	TRATAMIENTO GRUPAL DE LA DEPRESIÓN	62
3.2.1.	GENERALIDADES	62
3.2.2.	FACTORES CURATIVOS EN TERAPIA GRUPAL	64
3.2.3.	VARIOS SUPUESTOS RELACIONADOS CON EL TRABAJO GRUPAL.	66
3.2.4.	TÉCNICAS A APLICAR.....	69
3.2.4.1.	TÉCNICAS COGNITIVO-CONDUCTUALES	69
3.2.4.2.	TÉCNICAS CONDUCTUALES PARA MEJORAR LA ASERTIVIDAD	75
3.2.4.3.	TÉCNICAS GRUPALES	79
3.2.4.4.	TÉCNICAS RELACIONADAS CON LA ARTETERAPIA	90
3.2.4.5.	TÉCNICAS DE RELAJACIÓN Y VISUALIZACIÓN	91
3.3.	CONCLUSIONES.....	91
CAPÍTULO 4. APLICACIÓN DE LA TERAPIA GRUPAL, DESDE EL MODELO INTE-		
GRATIVO EN ADOLESCENTES DE LA UNIDAD EDUCATIVA LUISA		
DE JESÚS CORDERO, DE CUENCA.....		92
4.1.	METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN.....	93
4.2.	ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS.....	95
4.2.1	ANÁLISIS CUALITATIVO DE LOS DATOS	96
4.2.1.1.	PLANIFICACIÓN Y DESARROLLO DE LA TERAPIA GRUPAL DESDE	
	EL MODELO INTEGRATIVO.....	96
4.2.1.2.	ANÁLISIS Y EVOLUCIÓN DE LOS CASOS ESTUDIADOS	138
4.2.2.	ANÁLISIS CUANTITATIVO DE LOS DATOS.....	163
4.3.	CONCLUSIONES.....	171
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES		172

BIBLIOGRAFÍA	174
 ANEXOS.....	 177
ANEXO 1: TEST UTILIZADOS	177
ANEXO 2: FICHA PSICOLÓGICA DE UNA DE LAS PACIENTES.....	189
ANEXO 3: FOTOGRAFÍAS TOMADAS DURANTE LAS SESIONES	215
ANEXO 4: TÉCNICAS DE VISUALIZACIÓN Y RELAJACIÓN.....	218
ANEXO 5: VARIOS	227

RESUMEN

La depresión se está incrementando de forma notoria, poniendo en riesgo la vida del paciente. Esta investigación propone un tratamiento grupal de la depresión, desde el Modelo Integrativo en adolescentes: el grupo estudiado presentaba niveles depresivos graves, confirmados por un análisis clínico individual y sesiones con los padres de familia. El fin último del tratamiento fue disminuir los síntomas y mejorar la calidad de vida de las pacientes. Luego de la terapia, se realizaron dos reaplicaciones de las pruebas iniciales. En la primera según el test de Beck, los niveles fueron: graves, 0%; moderados, 46%; leves, 36%; y ausentes, 18%. Según el test de Casullo: graves, 0%; moderados, 73%; leves, 9%; y ausentes, 18%. En la segunda –tres meses después de la de la terapia-, los niveles disminuyeron más. Según el test de Beck: graves, 0%; moderados, 9%; leves 36%; y ausentes, 55%. Para el test de Casullo: graves, 0%; moderados, 27%; leves, 64%, y ausentes, 9%. Con ello tenemos que la Terapia Integrativa, sí fue efectiva y procuró cambios positivos en la vida de las adolescentes.

ABSTRACT

Depression is notably on the increase, putting the lives of patients at risk. This investigation proposes group therapy for treatment of depression from the Integrative Model in adolescents; the study group presented serious levels of depression confirmed by individual clinical analysis and sessions with the families. The aim of the treatment was to lessen the symptoms and improve the quality of life of the patients.

After the therapy two reapplications of the initial tests were done: in the first, according to the Beck test the levels were; serious, 0%; moderate, 46%; light, 36%; and absent, 18%. According to the Casullo test the levels were; serious, 0%; moderate, 73%; light, 9%; and absent, 18%.

The second reapplication was done three months after the therapy and the levels of depression had lessened further. According to the Beck test the levels were; serious, 0%; moderate, 9%; light, 36%; and absent, 55%. According to the Casullo test the levels were; serious, 0%; moderate, 27%; light, 64%; and absent, 9%.

With these results it can be concluded that Integrative Therapy was indeed effective and attained positive changes in the lives of the adolescents.

INTRODUCCIÓN

El problema de la Depresión, tanto en nuestro país como en el mundo entero, se ha ido incrementando en niveles altamente alarmantes. Realizar estudios y tratamientos que ayuden a mejorar la calidad de vida de los y las pacientes afectados (as) resulta de mucha ayuda, y no sólo para ellos (as), sino también para sus familiares.

Con el propósito de obtener datos más cercanos a la realidad, la Mst. Martha Cobos realizó un estudio en Cuenca (2008) con 1077 estudiantes -hombres y mujeres- de décimo de educación básica y primero de bachillerato, y en su Tesis de Maestría, 2008: "Niveles de Depresión en los adolescentes de la Ciudad de Cuenca" expuso los siguientes datos: el 17.1% de los estudiantes presentan niveles graves de depresión. Según el nivel de escolaridad, el 17.2% de los alumnos(as) de décimo de educación básica, y el 22% de los alumnos(as) de primero de bachillerato muestran niveles graves de depresión.

En cuanto a la presente investigación, llevada a cabo en la Unidad Educativa "Luisa de Jesús Cordero", de Cuenca, en tan sólo dos cursos, se detectaron 10 casos de depresión grave y, conforme se fue investigando, se encontraron dos casos más. Esta situación fue un estímulo para trabajar con las señoritas que requerían de ayuda profesional. Por ello, y para poder tratar a todas las pacientes dentro del colegio, se desarrolló una propuesta de terapia grupal desde el Modelo Integrativo, con el objeto de aminorar los niveles depresivos elevados y ayudarles a mejorar su calidad de vida.

Así, en el primer capítulo revisaremos el tema de la adolescencia; en el segundo, la depresión; en el tercero, el modelo integrativo y la terapia grupal y, por último, veremos la terapia aplicada y el análisis de los resultados, junto con las conclusiones y recomendaciones de este trabajo.

CAPÍTULO 1

LA ADOLESCENCIA

La adolescencia, para muchos, es un tiempo conflictivo, inestable; donde la rebelión y los problemas familiares aparecen con más fuerza. Pero esto no tiene que ser así, necesariamente, porque no sólo depende de un contexto biológico sino también del medio familiar y del sociocultural; además, las buenas estrategias familiares de control, la paciencia y una buena guía ayudan significativamente a los adolescentes a afrontar de manera positiva esta etapa de transición.

La adolescencia, si bien es cierto evoca sentimientos y emociones conflictivas para algunos, a otros les recuerda hechos y situaciones muy positivas relacionados con el primer amor, las aventuras, las salidas entre amistades, la vida del colegio, nuevas oportunidades de madurar y ser mejores a través de las primeras decisiones trascendentales, las ilusiones, los sueños, las metas.

Según Oliva, Alfredo en Palacios, Jesús (2002) hay una extensa gama de obras literarias con alusiones a la adolescencia; por ejemplo Goethe, en su obra *Los sufrimientos del joven Werther*, relata la historia de un muchacho depresivo, visceral, febril, cuya vida termina en suicidio. De similar forma la han descrito –problemática e intensa- otros autores muy representativos. En el terreno psicológico, sin embargo, la adolescencia es estudiada desde varias perspectivas, en la cuales se pone de manifiesto como una etapa difícil y dura, y otras donde es un paso hacia la etapa adulta donde no necesariamente se dan conflictos tan relevantes.

Hay que tomar en cuenta que la cultura y la sociedad influyen bastante. Los fenómenos migratorios, familias disfuncionales, el alcoholismo, la drogadicción, los programas de televisión basura, han hecho que muchos adolescentes no tengan estrategias de afrontamiento válidas y vayan

perdiendo valores muy importantes en su continuo proceder, lo cual los llevará a un futuro bastante incierto.

La adolescencia es un tema de discusión bastante amplio. Las opiniones en este sentido son variadas, y los aportes de los investigadores, muy valiosos; en todo caso, más adelante se darán mayores detalles acerca de esta etapa tan importante en el desarrollo biológico, psicológico y sociocultural de todos (as) nosotros (as).

1.1. CONCEPTO

Son varios los acercamientos a la definición de adolescencia; a continuación citaré algunos de ellos:

El término adolescencia proviene del latín “adolecere” que significa crecer, desarrollarse. No debemos confundir esta palabra con padecer o adolecer, pues debido a estar mala interpretación se ha confundido este periodo como una transición de mucho dolor y/o conflicto. “Por adolescencia solemos entender la etapa que se extiende, grosso modo, desde los 12 – 13 años hasta aproximadamente el final de la segunda década de vida”. (Palacios y Oliva, 2002, p. 434).

“La adolescencia es el periodo evolutivo de transición entre la infancia y la etapa adulta; que implica cambios biológicos, cognitivos y socio emocionales”. (Santrock, 2003, Pág. 14. Citado por Cobos, Martha. Tesis de Maestría, 2008).

Según la OMS, la adolescencia es la etapa en que, desde el punto de vista:

Biológico: “El individuo progresa desde la aparición inicial de las características sexuales secundarias hasta la madurez sexual”;

Psicológico: “Los procesos psicológicos del individuo y las formas de identificación evolucionan desde los de un niño a los de un adulto “;

Social: “Se realiza la transición del estado de dependencia socioeconómica total a una relativa independencia”.

Según Santrock (2003) y Craig (2001), la adolescencia es una etapa que se inicia entre los 10-13 años y termina entre los 18-22 años de edad. Inmediatamente antes de este periodo se encuentra la pubertad, que es considerada como los cambios fisiológicos que generalmente inician la adolescencia. (Citado por Cobos, Martha. Tesis de Maestría, 2008)

El concepto de adolescencia, como hemos visto, debe integrar los parámetros biológico, psicológico y social. Cada uno de estos aspectos forma una entidad totalmente integrada, holística y en continuo movimiento, que funciona en conjunto, de ninguna manera separada; por ello, para el tratamiento psicológico con adolescentes es importante tomar en cuenta todos estos aspectos, para que la intervención, en lo posible, sea lo más acertada y beneficiosa.

1.2. GENERALIDADES

Autores del terreno psicológico han estudiado a profundidad el tema de la adolescencia. Para algunos psicoanalistas, en esta etapa se dan conflictos significativos relacionados con la sexualidad. Así, para Sigmund Freud se daba un rebrote del Complejo de Edipo que debía superarse distanciándose emocionalmente de los padres y orientándose hacia los iguales, entre quienes se iba a escoger un objeto sexual aceptado socialmente. (Palacios y Oliva, 2002).

Anna Freud también realizó estudios acerca de la adolescencia. En ellos enfoca básicamente la dinámica de los mecanismos defensivos que en este

periodo aparecen para poder controlar ese incremento de las pulsiones sexuales. Precisamente aparecen dos principales: el de la intelectualización y el del ascetismo (Palacios y Oliva, 2002). Como sabemos, el primero es parte del resultado del fuerte desarrollo cognitivo que aparece en esa etapa, donde los adolescentes empiezan a hacer análisis constantes acerca de temas que pueden ser delicados e incluso conflictivos para ellos mismos, de una manera distante emocionalmente, para defenderse de la posible ansiedad psíquica que les pueda causar. El del ascetismo, en cambio trata de un rechazo hacia varias actividades, lo cual los hace ver como estrictos y no libres. Estos mecanismos para Anna Freud mostrarían una actitud poco previsible.

Otro de los autores psicoanalistas que impulsó la idea de la adolescencia como una etapa conflictiva dentro del desarrollo del ser humano fue Stanley Hall. En contraparte hay otros autores muy reconocidos que no ven a la adolescencia de este modo.

Erikson, a pesar de tener una orientación psicoanalítica, en sus estudios más conocidos también incluye el aspecto social en el desarrollo de la persona y reconoce a la adolescencia como una etapa más dentro del desarrollo. En la adolescencia, entonces, se da una crisis de la identidad frente a la confusión, cuya resolución consolidará a los individuos como adultos maduros y capaces de tomar decisiones propias y adecuadas. Esta crisis de identidad necesita los factores que pertenecen al pasado, al presente y al futuro, pues su resolución es un proceso muy largo y continuo. Este autor comenta que en la adolescencia se da una moratoria psicosocial, que para los investigadores es un espacio intermedio, donde el adolescente se busca un lugar en la sociedad a través del ensayo de las normas y actividades que la misma exige de ellos, y empiezan a decidir cuál será su carrera, su orientación política, religiosa. Es como una búsqueda de sí mismos. (Citado por Craig, 2001).

Piaget, en sus estudios, decía que en la adolescencia aparece la etapa del pensamiento operacional formal, que es un procesamiento intelectual

abstracto, no empírico, especulativo, más libre de lo inmediato, que usa para sus conclusiones herramientas más elaboradas. Los adolescentes empiezan a considerar más opciones de lo que puede o no ser, sus posibilidades; la capacidad de formular y comprobar hipótesis se desarrolla significativamente. Este pensamiento se lo considera como un proceso de segundo orden. El primer orden se refiere a descubrir y examinar las relaciones existentes entre los objetos; el segundo, en hacer una reflexión de los propios pensamientos, determinando posibilidades y certezas. (Citado por Craig, 2001)

La Antropóloga Margaret Mead hizo un estudio del fenómeno adolescente en Samoa, Oceanía; en el cual concluyó que estos jóvenes no presentan ningún estrago o alteración importante durante el periodo de la adolescencia; más bien esta etapa se desarrollaba de una manera feliz y muy agradable (Palacios y Oliva, 2002)

La adolescencia es un periodo de la vida en el que se dan cambios trascendentales y por eso deben ser bien guiados. Sin embargo, muchos adultos no toman en cuenta las decisiones, comentarios u opiniones de los adolescentes, precisamente porque creen que no tienen la madurez necesaria para afrontar los problemas cotidianos.

1.3. ADOLESCENCIA Y PERSONALIDAD

Uno de los temas más importantes de la adolescencia es un desarrollo más avanzado de la personalidad.

Balarezo considera a la personalidad como “una estructura dinámicamente integrada de factores biológicos, psicológicos y socioculturales que establece un modo de percibir, pensar, sentir y actuar otorgándole singularidad e individualidad al sujeto.” (Balarezo, 2005, pág. Citado por Cobos, Martha, Tesis de Maestría, 2008)

Para Catell, los rasgos son unidades de la personalidad que tienen valor predictivo. Y cada actitud que se mantiene con el tiempo se puede decir que es un rasgo de personalidad estable en un individuo, en este caso, en un adolescente. De forma semejante para Millon, los rasgos de la personalidad son patrones de conducta estables y duraderos, que se expresan en varias situaciones. Estas características son muy profundas y, generalmente, inconscientes, que no pueden ser eliminadas, pues determinan y diferencian a cada persona. (Citado por Craig, 2001)

“Sus rasgos intrínsecos y persistentes emergen de una complicada matriz de disposiciones biológicas, del aprendizaje, de percibir, razonar y enfrentar las situaciones y a los otros. Por otra parte, la personalidad patológica comprendería aquellos rasgos estables y consistentes que persisten inflexibles, son usados inapropiadamente y fomentan círculos viciosos que perpetúan e intensifican las dificultades del sujeto” (Millon 1988, p. 23. Citado por Bagladi, Verónica en Fernández-Álvarez y Opazo Castro, 2004)

El sistema multiaxial propuesto por Millon, sostiene que toda personalidad, normal o enferma, se construye a partir de cuatro esferas o dimensiones.

La primera dimensión es la relacionada con la esfera existencial, la del placer-dolor; alrededor a ella se situarían los rasgos y/o trastornos de personalidad evitativa, depresiva, autodestructiva y sádica.

La segunda dimensión es la que se relaciona con la pasividad-actividad, esta corresponde a la esfera de la adaptación que tenemos en nuestro entorno y con nosotros mismos. Es característica de los rasgos y/o trastornos de la personalidad evitativa, histriónica, antisocial, sádica, negativista, esquizoide, depresiva, narcisista, autodestructiva y compulsiva.

La tercera dimensión está alrededor de dos polos opuestos: la del sí mismo-otros. Está básicamente relacionada con rasgos y/o trastornos de

personalidad dependiente, histriónica, narcisista, antisocial, compulsivo, negativista.

La última dimensión es la del pensamiento-sentimiento, primordialmente relacionada con la esfera de las abstracciones. A ella corresponden rasgos y/o trastornos de personalidad limítrofe, esquizotípico y paranoide. (Citado por Bagladi, Verónica en Fernández-Álvarez y Opazo Castro, 2004)

Balarezo (2005) considera el concepto de la personalidad como una organización cambiante que supera la acumulación de partes aisladas, no es estática ni inmutable, está sujeta a variaciones procesales dependientes de su propio dinamismo y de las influencias del entorno. La personalidad como estructura dinámica interna determina una forma específica de relacionarse con el entorno, los demás y consigo mismo. Integra los factores biológicos, psicológicos y socio culturales en su dinámica de funcionamiento. (Citado por Cobos, Martha, Tesis de Maestría, 2008)

El Modelo Integrativo Supraparadigmático afirma que:

“Se entiende por rasgo una tendencia o predisposición estable de la persona, para responder con un patrón conductual similar ante una variada gama de situaciones estímulo. Habitualmente un rasgo involucra un patrón cognitivo y un patrón afectivo consistentes con el patrón conductual. En este contexto, la personalidad involucra una red de rasgos entrelazados que configuran una totalidad única, estable y distinta. Dicha totalidad caracteriza e identifica a la persona y establece las formas en que la persona se relaciona consigo misma y con los demás. Se trata de un perfil predisponente a ciertas conductas que tiene a la base estructuras biológicas, cognitivas, afectivas e inconscientes, las cuales influyen establemente en el procesamiento de los estímulos efectivos que a su vez movilizan el patrón conductual” (Opazo, 2001. Citado por Cobos, Martha, Tesis de Maestría, 2008)

Para Maldonado y Saucedo (2003) son varios los cambios que se presentan en la adolescencia. A continuación se explicarán los más importantes:

1.3.1. CAMBIOS BIOLÓGICOS

Para Dulanto (2000), cuando se inicia la etapa de la adolescencia se presenta la pubertad. Este periodo implica cambios fisiológicos y corporales en los chicos y en las chicas. En los varones empieza este proceso más tarde que en las mujeres.

Antes de la modificación de los caracteres sexuales secundarios se da una fase de crecimiento corporal rápido, a la vez que las proporciones corporales cambian también.

En el varón hay una mayor segregación de estrógenos y testosterona, siendo esta última la más secretada. Uno de los primeros signos de maduración es el desarrollo de sus genitales, luego aparecerá el vello púbico, el característico estirón, luego se notará el crecimiento del vello facial y axilar. Conforme pase el tiempo habrá cambios como ensanchamiento de hombros, cambio del tono de la voz, etc.

En la mujer hay una producción elevada de estrógenos. El primero de los signos de desarrollo en las mujeres es el mamario, luego de dos años de la telarquia se da la menarquía, el crecimiento del vello púbico y axilar, ensanchamiento de cadera y agudización del tono de la voz.

Por otro lado, son variadas las alteraciones en el organismo de un adolescente. Dichos cambios sexuales hacen que empiecen a interesarse más por su cuerpo. Pero no sólo se dan cambios en las glándulas y características sexuales secundarias. Se da un cambio en el sistema nervioso central.

“Las conexiones interneuronales continúan modificándose, refinándose ciertas vías y conexiones preferenciales, mientras que otras desaparecen. Aún prosigue el proceso de mielinización y hay una explosión en la cantidad de información y aprendizaje en esta etapa de la vida, lo que significa que se forman muchas nuevas conexiones entre las neuronas” (Sauceda y Maldonado, 2003. pág. 103)

Lo cual coincide con la teoría de Piaget relativa a que en esta etapa mejoran las abstracciones en el individuo y se desarrolla su capacidad hipotética y de resolución de conflictos. También concuerda con varias teorías que hablan acerca del desarrollo de la moralidad y del pensamiento.

1.3.2. DESARROLLO PSICOLÓGICO

Búsqueda de la identidad: Para Maldonado y Saucedo (2003) se trata de una experiencia central y vital de la persona, trascendental. Es como una biografía construida por nosotros como sujetos protagonistas que interaccionamos con circunstancias de nuestra historia particular.

La búsqueda de nuestra identidad personal en la adolescencia es, básicamente, existencial. Así ya lo indicó Erickson cuando propuso en su teoría la crisis de la identidad frente a la confusión.

En la adolescencia aparecen las características preguntas existenciales, como producto mismo del desarrollo intelectual por el cual también se atraviesa.

¿Quién soy?, ¿Cuál es mi meta?, ¿Para qué sirvo?, ¿Cuál será mi misión de vida? Responder a estas interrogantes es en ciertos casos difícil, incluso hasta para los adultos. Los adolescentes se mantienen en una constante

búsqueda de sí mismos, de su yo personal. Es así que, durante esta etapa, ensayan conductas que les servirán en su futuro, cuando ya sean adultos. Muchas de las veces la sociedad les exige demasiado y los relega a un espacio donde les es limitado accionar de una manera acertada.

Si bien ya a los dos años y medio se da una identidad de género bien establecida y adecuada, años después se podría determinar la inclinación y preferencias sexuales. En la adolescencia se da una búsqueda de la identidad sexual, donde los jóvenes también empiezan a experimentar sus gustos y preferencias sexuales.

En algunos casos hay una verdadera crisis en este sentido, pues algunos individuos empiezan a sentir atracción por su mismo sexo; en ciertos casos se trata de una condición pasajera, pero en otros, no. La influencia de la sociedad, de la familia y de sus pares será significativa en estas situaciones, pues si hay demasiada censura el adolescente tendrá muchos problemas en aceptarse y/o en determinar con qué se siente cómodo. La forma en que los (as) adolescentes vean y experimenten estas circunstancias, dependerá de cómo lleguen a aceptar sus preferencias.

Necesidad de autonomía: En la adolescencia se da una enorme necesidad de autonomía e independencia de los demás. El adolescente requiere establecer un espacio suyo, muy propio, para poder expresar sus creencias, sentimientos y actitudes. Además se fomenta la capacidad de tomar decisiones propias, de resolver sus problemas sin tener que recurrir a otros para revolverlos. Esta capacidad los hace más fuertes para enfrentar las presiones de su grupo de pares y de su propia familia.

Para Saucedo y Maldonado (2003) en esta etapa el adolescente solicita de mucha privacidad. Sus lecturas, preferencias, intereses e ideas son sólo suyas y no compartidas con el resto. Por ello se mantiene a una mayor distancia personal de sus familiares, y en muchas de las ocasiones desea mantener privadas las conversaciones que mantienen con su grupo de

pares. Este mismo autor explica varias áreas de desarrollo psicológico de la adolescencia:

- a) **Egocentrismo:** Que es mejor explicado a través de la audiencia imaginaria. El adolescente tiene la falsa idea de que es el centro de la atención de quienes lo rodean. Muchos creen que es estar como en un escenario donde se actúa una obra de teatro, y se creen tanto esta idea que tratan de hacer cosas para llamar la atención y ser ellos los únicos que hay que tomar en cuenta. El adolescente experimenta la sensación de hacer descubrimientos nuevos, que nadie ha tomado en cuenta, y se siente único por ello. Afirma que nadie como él ha experimentado las sensaciones e ideas que percibe.
- b) **Sensación de invulnerabilidad:** En los adolescentes se da un fenómeno conocido como la fábula personal. Este fenómeno se explica como la certeza que tienen de que no les sucederá nada si manejan automóviles a alta velocidad, si consumen drogas fuertes o si inician sus actividades sexuales sin protección. Para Maldonado y Saucedo (2003) esto acarrea muchos problemas con los padres de familia debido a que los jóvenes no aceptan el peligro de dichas actividades, pues piensan que “a ellos no les va a suceder nada malo”.
- c) **Necesidad de pertenencia:** Como sabemos, los adolescentes se van separando poco a poco de sus padres y se acercan a sus amistades y grupos de pares. Quienes son, en definitiva, sus objetos de identificación, pues desean vestirse como ellos, asistir a bares, fiestas, etc.

El adolescente cuando empieza a tener amigos crea nuevas formas de adaptarse. Es decir, se desarrolla la confianza, la espontaneidad, el dar y recibir apoyo emocional, sentir interés por el resto de gente y que la gente se interese por su bienestar.

Es necesario tomar en cuenta que los adolescentes tienen esa necesidad de relacionarse con sus contemporáneos. Por ello no se les debe limitar ni poner reglas muy duras y drásticas, más bien es importante estar informado acerca de quiénes son sus amistades, dándoles entrada en la casa para de algún modo supervisar cuáles son las actividades que llevan a cabo, estimulando las más positivas, sin limitar el espacio de ellos.

- d) **Desarrollo moral:** En este periodo se da un mayor desarrollo moral. Si bien en etapas anteriores, los niños no tenían en cuenta las intenciones y daban mayor importancia a los hechos negativos culpabilizándolos exageradamente, aquí se da un mayor análisis. En el caso de los niños las infracciones deben ser castigadas inmediatamente y no hay paso para las explicaciones. Para Kohlberg, en este periodo de la vida la moral alcanza un nivel postconvencional, es decir, la ley del ojo por ojo de los niños poco a poco se va sustituyendo por un pensamiento más analítico y menos simplista, donde el adolescente se concentra ya no solo en el hecho sino que también estudia las posibles intenciones que lo rodearon. Empieza a idealizar a personajes conocidos y revolucionarios que hicieron buenas obras, por los principios que los guiaron a realizar las buenas obras.

Para Gilligan, en varones y en mujeres es diferente el desarrollo de la moral. Por un lado los jóvenes son menos altruistas en sus abstracciones en temas como robos porque sus conclusiones son más apegadas a principios morales generales; mientras que las mujeres aceptarían en sus juicios y análisis que una persona robe por salvar a sus allegados más importantes.

- e) **Ascetismo y altruismo:** El joven, al percatarse de las injusticias del mundo y la sociedad, empieza a realizar protestas en contra y a analizar en concreto lo que ha descubierto. Algunos empiezan a comentar y opinar temas acerca de lo filosófico, política, religión, sociedad, etc.

Empiezan a realizar críticas de lo que les parece mal y a apoyar lo que les parece positivo.

El idealismo de los jóvenes los lleva a implicarse en grupos con propósitos posteriores, analiza y practica conductas. El altruismo y el ascetismo se empiezan a desarrollar, limitando la satisfacción de sus intereses personales, por el apoyo a otras personas que puedan necesitar más. Su propio idealismo le hace defender sus ideales mucho más que en etapas posteriores.

- f) **Fluctuaciones del estado de ánimo:** Con la maduración y los cambios hormonales se da una verdadera revolución en el organismo. La misma crea en el adolescente cambios temperamentales. Los cambios del estado de ánimo serán más fuertes que en otras etapas de su vida, por ello hay que saber identificar cuándo se trata de algo normal o cuándo ya se está convirtiendo en una patología.

Estos cambios anímicos son normales siempre y cuando sean pasajeros y no persistentes. Cuando su duración se prolonga a días o semanas es de alarmarse. Los padres de familia deben poner atención a estas alteraciones para que luego puedan manejarlas de manera positiva, sin necesidad de aplicar castigos severos, ni atravesar por problemas serios con sus hijos.

- g) **Autoconcepto:** Conocimiento que se tiene de uno mismo como fruto de la reflexión, del análisis de la propia forma de ser y de las capacidades que tenemos. Es un juicio valorativo acerca de “mi persona”. Es un proceso profundo de reconocimiento, donde damos significación de lo que somos, que puede ser acertado o no.

En ciertos casos, los (as) adolescentes dan una significación muy exagerada de lo que son, aparentando rasgos o características, para quedar bien con sus pares. En definitiva, para tener aceptación dentro del grupo en el cual se desenvuelven. Otros, sin embargo, se catalogan

devaluando sus capacidades, facultades y valores personales, lo cual logrará que su autoestima baje considerablemente, haciéndolos inseguros, ansiosos y poco productivos.

Schuller decía “Dale a un hombre una autoimagen pobre y acabará siendo siervo”. La autoimagen es parte fundamental de nuestro autoconcepto, porque es nuestra representación mental de la imagen de nosotros mismos.

- h) **Autoestima:** Tiene que ver con la aceptación de sí mismo (a), con quererse y aceptarse con sus cualidades, defectos y limitaciones, con hacerse respetar, con la seguridad y confianza en sí mismo (a) para salir adelante en la vida y afrontar retos. La estima que nos tenemos nosotros mismos es esencial en nuestra vida.

Cuando hay una sobreestimación se da una ceguera que no consiente ver más allá de uno mismo y acarrea un complejo de superioridad que no permite tener una buena relación con el entorno, pues este tipo de personas en general sólo estiman sus aportes o sus cualidades y dejan de lado a los demás viéndolos como personas inferiores a él.

Carl Rogers decía “el sentirse devaluado e indeseable es, en la mayoría de los casos, la base de los problemas humanos”. La autoestima deteriorada afecta significativamente a las personas, por la poca confianza y valoración que hacen de sí mismos. Este problema es bastante grave, pues afecta la mayoría de los pensamientos, emociones y actos de las personas. Por ello algunos sienten desmotivación, se ven como aburridos, nada graciosos o inteligentes, sienten críticas donde no las hay, y esto les lleva a conductas poco adaptables. De igual forma, en las relaciones sociales y afectivas, cuando una persona no se acepta y se siente a gusto consigo misma, no podrá querer verdaderamente; no se da de lo que no se tiene.

1.4.PROBLEMÁTICA DE ESTA ETAPA

- a. **Trastornos alimenticios:** Caracterizados por una excesiva preocupación acerca del tamaño y apariencia del cuerpo. Aunque el aspecto de un adolescente sea saludable, son los modelos de identificación, sumados a la baja autoestima, rasgos obsesivos, etc., los que hacen que una pequeña preocupación se transforme en una patología alimenticia que los pueda llevar incluso a la tumba. La anorexia se caracteriza por la falta de deseo de alimentarse, el fin del afectado es tener un cuerpo muy delgado.

Esta patología mata de inanición a muchas mujeres en la actualidad. Cada vez el concepto de belleza se restringe a figuras esqueléticas, aunque en las pasarelas ya se estén eliminando a modelos que presentan aspectos enfermizos y cadavéricos. La presión social, e incluso familiar ha hecho que miles de jóvenes alrededor del mundo mueran por alcanzar esos difíciles ideales de “belleza”.

La bulimia, en cambio, se caracteriza por una ingesta exagerada de alimentos, luego, quien padece la enfermedad, se purga produciéndose vómitos, usando laxantes, diuréticos, etc.

- b. **Depresión:** Es una enfermedad y con frecuencia recurrente, que no se suele diagnosticar con facilidad en los adolescentes, pues falsamente se cree que quien la padece se la pasa llorando la mayor parte del tiempo. Sin embargo, una de las características más representativas es la agresividad y la ira extrema. En todo caso, esta enfermedad es muy peligrosa, pues en el peor de los casos termina en suicidio. Hay que tomar en cuenta que no siempre presenta síntomas tan llamativos; es posible que el adolescente lleve un profundo dolor que no exprese, y luego tome decisiones negativas respecto de continuar viviendo.

c. **Inicio temprano de las relaciones sexuales:** Uno de los aspectos que más suelen preocupar a los adolescentes de la actualidad, es el relacionado con la sexualidad. La presión de los pares y de la sociedad hace que los (as) jóvenes inicien su vida sexual a tempranas edades. Esto suele provocar en muchos (as) culpa, sentimientos de baja autoestima, promiscuidad, embarazos no deseados, matrimonios forzados, infecciones de enfermedades venéreas, etc. El problema es bastante preocupante, pues a pesar de las campañas que se realizan a nivel mundial, cada vez son más los jóvenes que se inician sexualmente de una manera irresponsable. Según estudios estadísticos, en el Ecuador existen 91 nacimientos por cada mil mujeres con edades comprendidas entre 15 a 19 años; de esos bebés mueren 32, por mil nacidos.

d. **Maternidad/Paternidad:** Como se mencionó anteriormente, uno de los problemas que se presentan con mucha frecuencia, debido al inicio temprano de la actividad sexual, es el embarazo no deseado. Muchos adolescentes tienen la falsa creencia de que no les va a suceder nada si no se protegen al tener relaciones sexuales. Esta situación puede acarrear el abandono temprano del colegio para poder criar al bebé. Algunos padres de familia, por la presión social y el qué dirán los obligan a casarse, con el riesgo de que ese matrimonio no dure nada y sea conflictivo. En otros casos las chicas abortarían, tanto por voluntad propia o por obligación de su pareja o sus padres; decisión muy peligrosa que podría tener consecuencias muy graves.

Aproximadamente 3 de cada 10 adolescentes no usan anticonceptivos (Fielding y Williams, 1991. Citado por Craig, 2001). La ignorancia, la falta de comunicación con los padres, la falta de valores, la presión social, etc. ha influido en el incremento de los embarazos no deseados.

e. **Abuso de drogas:** En la actualidad hay muchas drogas no permitidas, y uno de los blancos mayormente preferidos por los vendedores de tóxicos son los adolescentes, en muchos casos porque son presas muy fáciles

de atrapar. Existen varias drogas que son usadas frecuentemente por ellos: marihuana, cocaína, éxtasis, entre otras, las mismas que los llevan a estados de relajación, de euforia, que los hace “olvidarse” de los problemas por los que estén atravesando.

Muchos jóvenes empiezan la ingesta de estas sustancias sólo por probar, y creen que si lo hacen un par de veces no sufrirán adicciones graves y hospitalizaciones en clínicas de recuperación. Ese es uno de los factores que ha hecho que miles de adolescentes, a nivel mundial, tengan problemas graves con las drogas.

Las drogas permitidas por la sociedad, como el alcohol y el cigarrillo, son las más consumidas por los adolescentes, en muchos casos por despertar la idea de que son más maduros y de que se pueden cuidar a sí mismos. Según Craig (2001), la mayoría de los alcohólicos poseen una historia familiar de alcoholismo y maltrato físico, ligada a una personalidad guiada a la búsqueda de nuevas emociones y experiencias.

- f. **Delincuencia:** Para Craig (2001), la pobreza extrema, familias disfuncionales, las enfermedades mentales hereditarias, rasgos de la personalidad antisocial, etc. están entre las causas de las conductas delictivas en los adolescentes. Los delitos varían mucho en su gravedad, siendo los homicidios los menos comunes y los robos los más frecuentes. Esta falta de adaptación con el medio y la agresividad manifiesta de estos adolescentes los llevan a desertar del colegio, a iniciar una vida sexual promiscua, a usar drogas fuertes, lo cual provocará el quebrantamiento de la personalidad y, por ende, el fracaso de la persona.
- g. **Culturas y agrupaciones juveniles:** Los adolescentes poco a poco van haciendo amigos. Dependiendo de sus gustos e intereses se agrupan con ciertas amistades. Generalmente se hacen grupos de solo chicas o solo chicos al principio, luego se juntan para formar grupos más heterogéneos. Todo esto es muy normal y saludable, pues en estos

grupos se empiezan a fomentar valores, actividades de recreación sanas, se ensayan roles sociales, etc. (Craig, 2001).

En la experiencia de este trabajo con las adolescentes, se observó que cuando no existe una correcta orientación por parte de los padres de familia y/o encargados, se pueden inmiscuir en culturas juveniles que pueden ser peligrosas, como pandillas, grupos de chicos EMO, grupos de satanismo, etc.

Las pandillas, como bien conocemos, son agrupaciones de chicos y chicas, donde realizan actividades delictivas frecuentemente, abusan de alcohol y drogas; la promiscuidad sexual se presenta con frecuencia.

Los EMO, en cambio, son adolescentes con marcadas tendencias depresivas, por lo general hablan de temas relacionados con la muerte, suicidio, tienen frases muy “profundas y emotivas” que definen su dolor y agresividad interna. Con frecuencia estos chicos son solitarios, se encierran en su mundo, no comparten sus vivencias con otros chicos que no sean EMO, y también tienen intentos suicidas y se notan en sus muñecas, por lo general, cortes. Su forma de vestir es casi siempre de colores rojos, blancos y negros, además, usan el cabello hasta los hombros, y se peinan cubriendo por lo menos la mitad de su cara.

Además, hay la presencia de los grupos de satanismo. Los adolescentes que quieren integrar estos grupos como miembros estables tiene que pasar por una serie de pruebas y sacrificios personales, para probar su “fe”, como asesinar a un familiar cercano o tener prácticas sexuales en orgías. En estas agrupaciones, que generalmente tienen pocos miembros, se dan una serie de prácticas religiosas peligrosas, sádicas y bastante representativas para ellos. Los chicos practican cultos caracterizados por las misas negras, sacrificios de animales, etc. Muchos padres de familia no saben con qué amistades sus hijos se están relacionando, por eso es mejor cultivar una buena comunicación y conocer bien al adolescente para evitar problemas profundos.

h. **Estigmatización de la adolescencia:** Durante esta etapa los adolescentes son víctimas de una estigmatización, debido a que su pensamiento aún no está bien formado; no piensan ni como niños, mucho menos como adultos. Las exigencias de la sociedad cada vez son mayores, y los chicos escuchan comentarios y opiniones negativas y devaluadoras de los demás. Estas son algunas frases que algunos adolescentes mencionan escuchar de sus progenitores y de otros adultos: “todavía eres muchacho(a)”, “no entiendes bien las cosas”, “cuando crezcas ya verás que no es cómo crees”, “aprende a pensar”, “piensa como adulto, no seas tan niño(a)”. Lo que los vuelve a veces reacios, insolentes y rebeldes, pues no se sienten escuchados: pero cuando se da una buena guía y se contextualizan bien los comentarios, los adolescentes van comprendiendo mejor las cosas, opinando certeramente, dando sus puntos de vista con libertad y diplomacia. (Craig, 2001).

1.4 CONCLUSIONES

Como hemos visto, la adolescencia es un período de la vida que puede o no ser conflictivo. Es necesario tener una visión más amplia de esta etapa. Sin embargo hay características de la misma, como el egocentrismo, sensación de invulnerabilidad, necesidad de pertenencia, entre otras, a las que se debe poner atención, para evitar problemas a corto y largo plazo.

Esta etapa permite al ser humano diferenciarse, empezar una búsqueda de sí mismo y experimentar nuevas sensaciones y emociones. Es necesario tener una visión amplia y sensibilidad para encontrar una sincronía con el sentir de los adolescentes y, de ese modo, ser personas orientadoras, que nos preocupemos por su bienestar y les proveamos de armas para desenvolverse adecuadamente en la sociedad.

CAPÍTULO 2

DEPRESIÓN

Uno de los problemas que mayormente están afectando a la sociedad contemporánea es la depresión; cuyos efectos sobre quienes la padecen, familiares, amigos cercanos y cuidadores son deteriorantes. Esta enfermedad hace que la persona se hunda en pensamientos, sentimientos y actitudes tan negativos que su vida social, laboral, familiar, de pareja, etc., se ve profundamente afectada, a tal punto que la persona se ve incapacitada de llevar una existencia normal y, en algunos casos, se siente rechazada, haciendo que su trastorno empeore aún más.

2.1. LA DEPRESIÓN

La Organización Mundial de la Salud estima que 121 millones de personas padecen “el mal del siglo”, la depresión. El Global Burden Disease (desarrollado por la OMS) considera que para el 2020 la depresión será la segunda causa de DALY (disability-adjusted life years), situándose muy por delante de los accidentes en automotores, accidentes cerebro-vasculares, tuberculosis y VIH. (Hornstein, 2006). Esta situación nos debe poner muy alertas acerca de esta terrible enfermedad que está azotando a la sociedad. Hay que tener cerca toda la información que sea necesaria para saber cuándo está apareciendo y cómo combatirla.

Según Hornstein (2006), por lo general, los motivos de consulta ante una depresión suelen ser de tres tipos:

Estados de ánimo y afectividad: Los cuales incluyen sentimientos de tristeza que pueden ser leves, moderados o crónicos; baja autoestima; pérdida de la capacidad de sentir placer en sus actividades; pérdida

incrementada del interés por iniciar o terminar proyectos o eventos de recreación; sensaciones de abatimiento, ansiedad, tensión; actos recurrentes de violencia y/o agresividad contra sí mismo y otras personas.

a) **Pensamiento:** Los pacientes suelen acercarse a consulta debido a trastornos de la concentración, atención, incluso de la orientación; muchos de ellos no pueden recordar dónde dejaron las cosas, llevar el hilo de la conversación, pierden las cosas y no saben dónde las dejaron. La indecisión, culpabilidad, pesimismo, crisis de ideales, de valores, existenciales; ideación suicida son otras de las preocupaciones que los hacen pedir ayuda especializada. Algunas personas no saben que pueden estar atravesando un trastorno del estado anímico, no consultan y poco a poco el cuadro va avanzando hasta incluso convertirse en depresiones peligrosas.

b) **Manifestaciones somáticas:** Otras personas pueden sufrir depresiones enmascaradas o encubiertas. Los síntomas que mayoritariamente les hacen preocuparse de su estado son los orgánicos, algunos de ellos están relacionados con trastornos gastrointestinales, cardiovasculares, del apetito, del deseo sexual, del sueño, dolores en general (piel, huesos, cabeza).

2.1.1. CRITERIOS DIAGNÓSTICOS SEGÚN EL DSM-IV DEL EPISODIO DEPRESIVO MAYOR

A. Cinco (o más) de los siguientes síntomas han estado presentes durante el periodo de dos semanas y representan un cambio del funcionamiento previo; por lo menos uno de ellos es ánimo deprimido o pérdida del interés o placer.

1. Ánimo deprimido la mayor parte del día, casi todos los días, indicado por, ya sea reporte (ejemplo, se siente triste o vacío) u

observación hecha por otros (ejemplo, parece lloroso). En niños o adolescentes puede ser ánimo irritable.

2. Interés o placer marcadamente disminuidos en todas o casi todas las actividades, la mayor parte de día, casi todos los días.
3. Pérdida o aumento de peso significantes sin estar a dieta. (5% de peso en un mes). O disminución o aumento de apetito casi todos los días.
4. Insomnio o hipersomnia casi todos los días.
5. Agitación o retardo psicomotor casi todos los días (observable por otros, no solamente la sensación subjetiva de inquietud o de estar lento).
6. Fatiga o pérdida de energía casi todos los días.
7. Sentimientos de minusvalía o culpa excesiva o inapropiada (puede ser delirante) casi todos los días. (No meramente autorreproche o culpa por estar enfermos).
8. Capacidad disminuida de pensar o concentrarse, o indecisión casi todos los días.
9. Pensamientos recurrentes de muerte, ideación recurrente de suicidio sin un plan específico, o un intento de suicidio o plan específico para suicidarse.

B. Los síntomas no cumplen los criterios para un episodio mixto.

C. Los síntomas causan sufrimiento clínico significativo o trastorno de funcionamiento social, ocupacional o en otras áreas importantes del funcionamiento.

D. No se debe a efectos directos de una sustancia (droga de abuso o medicación) o a una condición médica general (ejemplo hipotiroidismo).

E. Los síntomas no son explicados por duelo, es decir, después de la pérdida de un ser amado. Los síntomas persisten más de dos meses o

están caracterizados por marcado menoscabo funcional, preocupación mórbida con desvalorización, ideación suicida, síntomas psicóticos o retardo psicomotor.

A más del episodio depresivo, tenemos al trastorno depresivo mayor que se caracteriza por la presencia de varios episodios depresivos sin la aparición de algún episodio maniaco, hipomaniaco o mixto.

La distimia es un estado anímico crónicamente afectado, que se presenta la mayor parte del día, más de la mitad de los días y dura por lo menos dos años, sin haber dos meses seguidos sin síntomas depresivos. Para Yepes (en Toro, Yepes, 2004) es una depresión relativamente leve de duración larga y con cortos intervalos sin síntomas, los mismos que no llegan a dos meses.

Hay el trastorno depresivo recidivante: episodios depresivos con una duración de 2 días hasta 2 semanas y que se presentan por lo menos una vez al mes durante un año.

El trastorno depresivo no especificado es mejor descrito como un trastorno depresivo menor que se caracteriza por episodios de por lo menos 2 semanas de sintomatología depresiva.

Yepes (en Toro, Yepes, 2004) comenta dos tipos de depresiones más según la reactividad: La depresión melancólica se refiere a un proceso en el cual el estado de ánimo está crónicamente afectado, el mismo que no puede ser aliviado ni siquiera por un suceso positivo; este correspondería a la “depresión endógena”. Y se caracteriza por la falta de placer en casi todas las actividades, sentimientos de culpa, depresión más fuerte durante la mañana, retardo o agitación psicomotora, culpa, anorexia o aumento de peso, etc. En el otro tipo se trata de una depresión atípica, la misma que difiere de la anterior porque sí es reactiva ante los sucesos, es decir, que la sintomatología decrece cuando aparecen hechos placenteros; si el evento se

mantiene, igualmente la persona no presentará síntomas, incluso por periodos largos. Aquí deben estar presentes síntomas relacionados con los trastornos del sueño y el apetito, parálisis de plomo (sensación de pesadez de brazos y piernas) y un intenso rechazo a las relaciones interpersonales, las mismas que deterioran significativamente la vida del paciente.

Por otro lado hay que tomar en cuenta también que hay depresiones estacionales, postparto, trastornos disfóricos premenstruales.

2.1.2. TEORÍAS PSICOLÓGICAS DE LA DEPRESIÓN

Psicoanalítica: Como sabemos, una parte de nuestro psiquismo, el Superyó, es la que se relaciona con la moral, tabúes, prohibiciones; el Yo regula las exigencias del Ello y del Superyó y con este yo podemos actuar de una forma más adaptativa, pues también controla al ello, que es nuestra parte libidinoso y que quiere toda satisfacción al momento. Hornstein (2006) comenta que según el psicoanálisis freudiano el Superyó tiene una función muy importante cuando se trata de la aparición de cualquier patología, sobre todo las relacionadas con el estado de ánimo, pues en estos casos el Superyó es demasiado demandante y culpabilizador; si bien un Superyó sano es aquel que sabe lo que es bueno y malo y alberga la moralidad social y personal, en las depresiones se presenta de una manera sádica, lo cual hace que las pulsiones de muerte sean intensas. De forma más directa, las depresiones según este concepto son autoagresiones que pueden llegar a la letalidad.

La base de las depresiones está ubicada en la etapa oral, que está relacionada con la alimentación y adaptación a la pérdida ya sea imaginaria o real de la madre y la consecuente reacción de abandono de la madre cuando inicia el proceso del destete, lo cual inicia la forma de reaccionar ante las pérdidas subsecuentes a lo largo de su vida. El destete pone al individuo en contacto con el propio desamparo por parte de su madre, lo cual

está ligado a reacciones ambivalentes (amor y odio hacia ella). Por ello, cuando se da cuenta de que su poder está bastante limitado y siente desprotección y abandono, se siente inseguro y defraudado. Este desamparo se vuelve un tormento por la inconstancia de su objeto de amor: la madre. Luego el niño niega ese sentimiento de dependencia y proyecta ante los demás su deseo de cariño y protección asignándoles los roles de los padres, y a esas personas que no son su familia las introyecta como partes de sí, adaptándose ante una posible pérdida. (Frazier y Carr, 1976). (Citado por González Núñez, 2001). Igualmente, en la depresión patológica que resulta de una reacción ante una pérdida o separación, etc., se vive como si algo de sí muriera internamente, se introyecta el objeto hacia el cual se sentía ambivalencia y se genera la tristeza, autoacusaciones, etc. porque ya no hay distinción entre objeto y Yo. (González Núñez, 2001).

Hay que hacer una distinción entre el duelo y las depresiones patológicas, pues en el duelo se da un dolor ante la pérdida de un ser querido y en las depresiones de tipo patológico el enfermo no destaca o no conoce cuál es la pérdida; aquí se suman los síntomas de inutilidad, baja estima propia, falta de interés, etc.

Teoría Cognitiva: Es muy importante y muy tomada en cuenta, pues el modelo empezó de variadas investigaciones que partieron de la necesidad de encontrar un tratamiento eficaz. Esta teoría tiene tres conceptos importantes:

1. **La triada cognitiva:** Se trata de tres diferentes visiones que están alteradas en el individuo. Según Beck (2003), la primera está relacionada con la visión que el individuo tiene de sí mismo. El paciente se ve como inútil, tonto, torpe, estúpido, inhábil, etc., y atribuye las experiencias negativas a defectos suyos, por ello se siente carente de valor e importancia. Empieza a criticarse, subestimarse, y llega a la conclusión de que no podrá tener momentos de felicidad. El segundo componente se relaciona con la visión negativa que tiene del mundo y

de las experiencias; ve su entorno como malo, con demandas exageradas o como que si tuviera demasiados obstáculos para alcanzar sus ideales. Y el tercer componente se refiere a la forma negativa de interpretar el futuro; lo ve como incierto, no logra establecer objetivos (grandes ni pequeños) por temor al fracaso, pues no tiene confianza, esperando derrotas, frustraciones. Esta visión del futuro puede provocarle inhibiciones psicomotrices. Con esto podemos predecir que los síntomas motivacionales, anímicos y somáticos pueden ser explicados por estas visiones distorsionadas.

2. **Los esquemas:** Según Beck (2003), esta organización del pensamiento depresivo nos ayuda a saber por qué los pacientes mantienen actitudes que les hacen sufrir en contra de las evidencias objetivas de que hay cosas positivas en su vida. Estos esquemas son patrones de cogniciones constantes a lo largo de su vida, y ayudan a formar los datos que obtiene del entorno en cogniciones (ideas con contenido verbal o gráfico). “Así, un esquema constituye la base para localizar, diferenciar y codificar el estímulo con que se enfrenta el individuo. Este categoriza y evalúa sus experiencias por medio de una matriz de esquemas” (Beck, 2003, pp. 20 y 21). Estos esquemas pueden permanecer sin usarse por determinados periodos de tiempo y pueden ser activados en otros, debido a disposiciones del medio ambiente, y hacen que la persona actúe de determinada forma. En depresiones leves no inundan a la persona, pero en depresiones graves no le permiten evaluar objetivamente y ya no hay una conexión lógica entre la situación verdadera y sus ideas catastróficas negativas, lo cual la volverá cada vez menos capacitada para pensar de manera objetiva.
3. **Los errores cognitivos:** Están ligados a errores en el procesamiento de la información que hacen que el paciente crea en lo negativo a pesar de tener evidencias contrarias. Beck propone seis pensamientos automáticos:

Inferencia arbitraria: Se trata de adelantar una conclusión, sin evidencia que la apoye, o cuando la evidencia es contraria a sus conclusiones.

Abstracción selectiva o filtraje: El paciente, de la totalidad extrae un solo elemento fuera del contexto y de allí conceptualiza toda una experiencia, ignorando características más relevantes. Es como un tipo de visión de túnel donde la persona extrae un aspecto de la situación, olvidando lo positivo.

Generalización excesiva: Elabora reglas generales a partir de una o pocas evidencias aisladas. Comúnmente, la persona saca conclusiones aceleradas para juzgar un hecho determinado. Palabras como “todos”, “nadie”, “siempre” nos ayudan a determinar con facilidad esta distorsión.

Maximización y minimización: Evalúa negativamente en cuanto a la magnitud. Agranda problemas pequeños; minimiza sus cualidades personales.

Personalización: Tendencia de atribuirse fenómenos externos sin base para hacer dichos enlaces.

Pensamiento absolutista dicotómico: Tendencia a pensar sólo en los polos (blanco o negro, bueno o malo) sin ver las opciones intermedias.

Aparte de estos tipos de pensamientos automáticos existen otros que son de mucha importancia. Los mismos fueron propuestos por Matthew Mckey y M Davis (Balarezo, 1995)

Visión catastrófica: Es la tendencia de las personas a pensar que cualquier hecho que les produce displacer es una desgracia o una catástrofe. Además se proyectan en el futuro pensando que será terrible y sombrío.

Falacia de control: Está relacionada con ver un exagerado, pobre o excesivo grado de control sobre las acciones o problemas ajenos o propios. Comúnmente o se ven demasiado responsables, o en el extremo incompetentes.

Falacia de justicia: Está en relación con la tendencia de valorar como injusto todo lo que no coincide con los valores o deseos de la persona. El individuo juzga como ilícitos los actos que le puedan afectar o que afecten a los demás.

Razonamiento emocional: Es la tendencia de la persona a creer que sus sentimientos están reflejando eventos reales. Por ejemplo, cuando siente decepción o mal humor se convence de que es porque otros ciertamente lo han ofendido o tratado mal; cuando realmente no es de esa manera.

Falacia de cambio: Se da cuando una persona piensa que el bienestar de uno depende del cambio de conducta del resto de personas o de los actos de los demás. Considera que para estar tranquila son los demás lo que tiene que cambiar.

Etiquetación: Se da cuando la persona continuamente otorga etiquetas que generalizan un acto o persona. Es similar a la generalización. Comúnmente utiliza adjetivos unidos al verbo ser: Es un tonto, soy un idiota.

Los deberías: Se trata de la tendencia a pensar que uno o los demás debieron actuar en determinada dirección si lo que deseaba la persona no se realizó. Por lo general son personas que mantienen reglas estrictas de cómo deben o no suceder las cosas.

Culpabilidad: La persona atribuye la culpa de determinado hecho a otros o a sí misma, sin bases suficientes y sin tener en cuenta factores que puedan estar relacionados.

Falacia de razón: Se da cuando la persona continuamente cree tener la razón ante todo desacuerdo, no escucha razones de otras personas, adopta una posición rígida y trata de quedarse siempre con la última palabra.

Falacia de recompensa divina: Está relacionada con la idea de que todo se solucionará por la acción de algún poder sobrenatural. La persona no busca la solución por sí misma y se aferra a poderes superiores.

Por otro lado, dentro del punto de los errores cognitivos hay que tomar en cuenta el pensamiento primitivo y el pensamiento maduro. Los depresivos tienden a mantener el pensamiento primitivo. El pensamiento primitivo se caracteriza por ser no dimensional y global, absolutista y moralizante, invariable, irreversible y hacer diagnósticos basados en el carácter. El pensamiento maduro difiere del anterior porque es multidimensional, más relativo, sin emitir juicios de valor negativos, hace diagnósticos basados en las conductas y es reversible. (Beck, 2003).

Seligman afirma que en las depresiones se ha dado un proceso en el cual la desesperanza se aprende cuando el individuo ha sido expuesto en muchas ocasiones a estímulos dolorosos que nunca pudo predecir ni afrontar, así la persona se deprime, con una consecuente resignación sin poder siquiera afrontarla, pues el individuo cree que todo esto ya está fuera de su control, por ello no hace nada para combatir esos sentimientos que le llegan a abrumar. Lewinsohn se dio cuenta de que la falta o pérdida de refuerzos ante una conducta puede crear y mantener el comportamiento depresivo. De esta forma, si una madre deja de dar refuerzos a su hijo, éste poco a poco se irá aislando y haciéndose menos activo, lo cual atraerá la atención de la gente, que se cansa de la situación y, por consiguiente, se constituirá en un reforzador a estas conductas de aislamiento, lo cual hará que este individuo siga presentando síntomas depresivos. (Toro, Yezpe, 2004)

Teoría Conductual: Lewinsohn (1974) sostiene que la depresión se presenta como una respuesta directa a la falta de reforzamiento positivo contingente a la conducta manifestada. Hay factores que originan esta patología, los mismos pueden actuar de manera sola o combinada: 1) El ambiente no brinda refuerzos suficientes para el individuo; también la falta de habilidades sociales para conseguir refuerzos de ambientes determinados y la incapacidad de poder regocijarse y aprovechar los refuerzos disponibles debido a la ansiedad social que puede padecer. 2) La conducta depresiva se mantiene porque origina refuerzo social positivo, que se caracteriza por dar atención y cariño; luego, esta atención que les fue dada y la simpatía se pueden extinguir debido a que la sociedad se satura, esto deviene en comportamientos de rechazo y aislamiento al depresivo, lo que aumentará aún más sus procesos depresivos. (Casullo, 2005. Citado por Cobos, Martha. Tesis de Maestría, 2008)

Teoría del Apego: Bowlby (Citado por Hornstein, 2006) asegura que hay un buen desarrollo emocional cuando se cuenta o se podría contar con figura de apego positivas. La teoría del apego habla de las tendencias que tenemos para crear lazos afectivos fuertes; dice que la ansiedad, la depresión y los alejamientos emocionales se dan con pérdidas o separaciones afectivas indeseables. Pone de manifiesto que la relación niño-madre es crucial dentro del posterior desarrollo del individuo, puesto que en esta etapa ya se empiezan a crear importantes representaciones mentales. Comenta que la depresión puede ser el resultado de uno de los siguientes entornos infantiles: 1) El niño nunca pudo desarrollar una relación segura y satisfactoria con las personas adultas. 2) Los progenitores le transmitieron que no poseía (o tenía pocas) cualidades para ser amado o le demostraron cuán incompetente era 3) El niño tuvo una pérdida importante sin que haya alguien que sirviera como sustituto adecuado. Para él este tipo de vivencias crean sistemas de creencias que afectan y distorsionan el modo de procesar las experiencias en la vida adulta.

Para Fonagy (Citado por Hornstein, 2006), la seguridad de apego protege de trastornos psicopatológicos, propicia menor ansiedad y mejores capacidades interpersonales en el individuo; el apego inseguro produce depresión, angustia, hostilidad y somatizaciones.

Teoría Humanista-Existencial: Para Víktor Frankl (1991), en el caso de la depresión y, de muchas enfermedades psíquicas, la falta de sentido de nuestra vida nos guía hacia lugares oscuros, que nos podría terminar matando. Pero esta falta de sentido de la vida, no representa una enfermedad de la psiquis sino que es una manifestación de un agotamiento espiritual. Para este autor, los adolescentes y jóvenes son quienes cuestionan el sentido de la vida; por lo que el anhelo de sentido es más acusado en ellos, por ello no debe extrañarnos que tal sentimiento se manifieste como una neurosis dentro de este grupo de edad. Además, la resiliencia, o capacidad de madurar y ser transformado por las adversidades de la vida, en los depresivos se ve crónicamente disminuida.

“Cuando un hombre descubre que su destino es sufrir, ha de aceptar dicho sufrimiento, pues ésa es su sola y única tarea. Ha de reconocer el hecho de que, incluso sufriendo, él es único y está solo en el universo. Nadie puede redimirle de su sufrimiento ni sufrir en su lugar. Su única oportunidad reside en la actitud que adopte al soportar su carga”. (Frankl, 1991, pág. 82).

Por otro lado, el grado de preocupación por la existencia dentro de los depresivos se ve completamente afectado pues, en muchos casos, ya no les interesa el vivir, no disfrutan los momentos, los triunfos, se ven encerrados en un mundo melancólico: la vida misma se torna su peor enemigo; existe el vacío de existencia.

2.1.3. FACTORES QUE INFLUYEN EN LA DEPRESIÓN

2.1.3.1. FACTORES BIOQUÍMICOS

Las teorías más reconocidas que hablan acerca de las causas de la depresión son las que defienden que dentro del funcionamiento bioquímico del cerebro ciertas sustancias están siendo segregadas en cantidades no suficientes a las requeridas. Se habla sobre todo de la serotonina, la dopamina, la noradrenalina y la norepinefrina. Otros estudios han determinado que el Gaba, la acetilcolina y el glutamato también se encuentran desequilibrados; lo cual produce estados anímicos bajos en la persona, logrando inclusive estados depresivos crónicos.

Según Toro, Yopez, (2004); los factores neuroendócrinos están muy relacionados con la depresión, pues ha habido muchos estudios que demuestran que existen anomalías en el eje hipotálamo pituitaria adrenal, debido a que está aumentada la producción de la hormona corticotrofina. Otros de los factores llamativos que han descubierto es el de la disminución de la secreción de la hormona del crecimiento durante el sueño, aun cuando ya se ha tratado la depresión. Además comenta que en neuroimágenes varios estudios han encontrado que el volumen del hipocampo está reducido, la amígdala derecha está aumentada de volumen o hay asimetría entre las dos; igualmente, hay disminución de la corteza prefrontal y de los ganglios basales.

2.1.3.2. FACTORES GENÉTICOS

Existen elementos de este tipo que predisponen a que los adolescentes padezcan de depresión, en este caso específico que sus padres y/o

familiares cercanos hayan padecido o padezcan este trastorno; es decir son las familias mismas las que tienen las tendencias a presentar depresión en algún momento. Diversos estudios han concluido que existe un riesgo mayor cuando uno de los padres biológicos del individuo ha sufrido depresión (10-13%) y que cuando ambos progenitores la han padecido, el riesgo aumenta todavía más (20-30%). Además se afirma que los estudios en gemelos monocigóticos tienen una concordancia diagnóstica mayor del 50% que en gemelos dicigóticos que alcanza del 10 al 25%. (Hornstein, 2006)

2.1.3.3. FACTORES RELACIONADOS CON LA SOCIEDAD Y LA FAMILIA

En los últimos años, muchos investigadores de la depresión no han dudado siquiera en pensar y afirmar que ésta es el mal de la sociedad, siendo considerada como una “enfermedad social”, y que las sociedades del ocio y las industrias han sido reemplazadas por “sociedades depresivas”. Igualmente ciertos medios consideran las medicinas antidepresivas como píldoras de la felicidad, que convierten a quienes las consumen en “toxicómanos legales”. La opinión pública comenta que la depresión es el “mal del siglo”, que es producido por los factores estresantes, el hastío y la ausencia de ideales de nuestra sociedad contemporánea. (Lôo y Gallardo, 1997. Citado, como nota de pie, por Hornstein, 2006)

Dentro de este mismo aspecto social los modelos vinculares (Coyne, 1986) aseguran que la depresión es un efecto del daño en las relaciones interpersonales, las mismas que proporcionaban apoyo social a la persona. (Citado por Cobos, Martha. Tesis de Maestría, 2008).

Por otro lado, la familia, es un pilar fundamental dentro del desarrollo del adolescente. Es sabido que la falta de cariño y respeto de sus miembros conllevan a un ambiente carente de amor y apoyo, lo cual podría conducir al

adolescente a presentar síntomas de tristeza, los mismos que se podrían agravar, para luego convertirse ya en una depresión. Es entonces que la familia puede incentivar salud mental y convertirse en una guía sana para los adolescentes. (Maldonado y Saucedo, 2003).

Las familias disfuncionales, donde no existe una buena comunicación y existen conflictos frecuentes ayudan significativamente para la aparición de la depresión en uno o varios de sus miembros. Para Jiménez (s/a) las crisis que afectan a las familias como: divorcio, separaciones, maltrato (físico psicológico y sexual) migración, etc. son generadoras de depresión; en este caso son los niños y adolescentes quienes llevan la peor parte.

Un estudio realizado en el hospital Lorenzo Ponce (2002) concluye que: “La disfunción familiar influye en la génesis de las depresiones en la adolescencia. Las depresiones en la adolescencia en grupos de determinada edad, procedencia y nivel académico son más frecuentes en pacientes provenientes de familias disfuncionales que en aquellos con límites familiares claros. El abordaje multidisciplinario es más efectivo en estas patologías que un enfoque monoterapéutico”. (Saad, 2003, s/pág.) Por ello, es necesario trabajar para que los ambientes familiares de los pacientes mejoren también.

2.1.3.4. OTROS FACTORES PREDISPONENTES Y DESENCADENANTES

Según González Núñez (2001) existen también factores que precipitan las depresiones como las situaciones traumatizantes como maltratos físicos, sexuales, psicológicos, violaciones, accidentes en medios de transportes, pérdidas de familiares o amigos cercanos; carencias y frustraciones que no pueden ser toleradas por el Yo del adolescente, las cuáles también podrían estar ligadas a escasas estrategias de afrontamiento.

Las pérdidas del amor sean reales o imaginarias, los fracasos en el colegio, con las amistades, novios (as), económicos, etc., inclusive las nuevas responsabilidades que les son atribuidas, pueden ser motivos claves a la hora de que se presente o desencadene esta patología tan grave. Las amenazas a las satisfacciones de sus necesidades básicas también son un punto importante para el desencadenamiento de una depresión, pues podrían poner en riesgo su estima personal y, más que todo, su capacidad de sentirse cómodo y seguro dentro de sus contextos de desarrollo. Es necesario acotar que las exigencias exageradas de los padres también repercuten negativamente en los adolescentes, ellos al no poder cumplirlas entran en conflicto con su Yo y el dolor se torna insoportable.

Otros elementos que determinan el inicio de la depresión son las vivencias de los primeros años de vida, frustración de sus necesidades, carencia de apoyo por parte de uno o ambos progenitores, miedo a perder la simbiosis con sus padres, pérdida de los padres, maltratos, etc. (González Núñez, 2001). Desde un punto de vista psicosocial varios estudios han demostrado que las situaciones estresantes pueden desencadenar procesos depresivos de variada intensidad; los desastres ambientales, las guerras, los divorcios, la viudez prolongada aumentan la incidencia de la depresión. (Toro, Yopez, 2004)

Hay que tomar en cuenta que hay depresiones que son secundarias. Por ejemplo, algunos medicamentos que podrían predisponer al individuo a padecer depresión y también drogas como la cocaína y las anfetaminas, etc., por otro lado, las enfermedades graves también pueden desencadenar depresión como reacción psicológica. Igualmente trastornos metabólicos y endócrinos ayudan en estos procesos. Hay enfermedades psiquiátricas que también pueden hacer que aparezca un cuadro depresivo, una de las más importantes es la esquizofrenia.

Por otro lado, existen rasgos y trastornos de personalidad que están asociados con la aparición de la depresión. Para Prado, Mena y Correa (2000) los tipos de personalidad que más se relacionan y desencadenan

depresiones son: la límite, debido a los sentimientos crónicos de vacío que experimenta, por las escasas estrategias de afrontamiento y vinculación que poseen, su comportamiento carente de metas, por su estado de ánimo cambiante y su impulsividad que pueden conllevar al suicidio; la obsesivo-compulsiva, por estar asociado también a la anorexia (y esta a la depresión), por sus expectativas que pueden frustrarse, rigidez y obstinación y perfeccionismo; el dependiente básicamente por sus temores a quedarse solo y tener que cuidar de sí mismo, por sus sentimientos de inutilidad e incapacidad de iniciar proyectos; la evitativa por sus temores al rechazo, a las críticas y la desaprobación y por sus sentimientos de inferioridad, y, por último el tipo de personalidad histriónica por su necesidad de atención y su necesidad excesiva de atención que le llevan incluso a llevar a cabo intentos suicidas para ser el centro de la atención.

2.1.3.5. DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Para determinar con exactitud esta patología primeramente, hay que realizar un análisis completo y detallado de los síntomas que presente la persona. Para Yepez (en Toro, Yepes, 2004) hay condiciones no psiquiátricas que pueden desencadenar cuadros depresivos completos, sin que necesariamente sea un episodio depresivo, por ejemplo en situaciones de duelo; cuando estas reacciones persisten por más de dos meses se podría ya diagnosticar depresión, si el menoscabo psicosocial es profundo. Por otro lado, nos indica que hay que diferenciar los trastornos de la adaptación que se presentan luego de tres meses posteriores al apareamiento de un suceso psicosocial estresante, confirman el diagnóstico cuando se suprime el estresor y logrando una mejor adaptación. Los trastornos bipolares es bueno diferenciarlos bien y es más sencillo, porque hay que determinar si ha aparecido en algún momento episodios maníacos o hipomaníacos. Los trastornos ansiosos se diferencian claramente, porque en estos casos la ansiedad es más acusada que la depresión; en la depresión también pueden

presentarse síntomas ansiosos, pero no son tan importantes como en los trastornos de la ansiedad; en casos de ataques de pánico la depresión es igualmente secundaria. Como se dijo anteriormente, también existen enfermedades orgánicas y medicamentos que originan depresiones.

2.1.3.6. TRATAMIENTO

El *Journal of the American Medical Association* en sus estudios e investigaciones ha determinado que en los Estados Unidos el costo anual de los tratamientos para la depresión es de 48 mil millones de dólares. Este estudio, sin embargo no incluyó otros gastos por hospitalización cuando se daban depresiones enmascaradas, no tomó en cuenta los costos de las consultas y exámenes previos al diagnóstico. (Hornstein, 2006). Los precios de las terapias farmacológicas van en aumento y, con ello, los tratamientos se hacen cada vez menos accesibles a los pacientes, por lo tanto los riesgos suicidas y el deterioro de la personas son mayores aún.

Es necesario que los profesionales de la salud mental tengan en cuenta métodos terapéuticos efectivos con estrategias válidas y reconocidas, apegándose a los principios éticos en cuanto a los cobros; lastimosamente aunque las cosas sean así, las terapias tanto psiquiátricas como psicológicas aun siguen siendo costosas, porque los tratamientos son largos. Es necesaria la implementación de modelos preventivos para informar, evitar, controlar y tratar este tipo de padecimientos, que cada vez cobran más víctimas y de menor edad cada vez.

Por otro lado, se debe siempre tener en cuenta que esta enfermedad no sólo afecta a la psiquis de una persona, sino que también interfiere sobre su cuerpo tomando la forma de enfermedades que se encargan de ponerle una máscara a la patología psíquica, algunas de las enfermedades se relacionan con el sueño, estómago, hígado, piel, intestinos, cabeza, etc.; por ello la

buena entrevista de caso nos podría orientar a un buen diagnóstico sin dejar de lado este importante parámetro. En caso del tratamiento con adolescentes y niños se sugieren los tratamientos psicológicos cognitivo-conductuales porque han demostrado cambios progresivos y estables a lo largo del tiempo, de todas formas no todos los pacientes son iguales ni sus requerimientos similares, debido a esto es necesario siempre trabajar en cuanto a sus necesidades.

Entre las terapias psicológicas más aceptadas en el tratamiento de la depresión están las cognitivas y las interpersonales. Para Yepes (en Toro, Tepes, 2004) varios estudios han demostrado que estas terapias han demostrado ser tan o más eficaces que los medicamentos antidepresivos, sobre todo en las depresiones que no presentan síntomas psicóticos. Por otro lado es recomendable tomar técnicas válidas de varias orientaciones psicológicas, no al azar, para que el tratamiento sea más integral. No se trata de un eclecticismo cualquiera, sino de uno más técnico.

Las terapias cognitivo-conductuales se refieren a la modificación de la visión negativa de sí mismo, del mundo y del futuro que mantiene el enfermo, pretenden encontrar los supuestos básicos distorsionados del paciente y luchar contra ellos, y eliminar los pensamientos automáticos que originan sentimientos y actitudes disfuncionales. Esta terapia originada por Beck es muy importante pues presenta técnicas importantes y efectivas que sirven para identificar, modificar y reducir los síntomas depresivos, y también ayuda al individuo a que logre controlar los procesos depresivos antes que se presenten. Logrando la flexibilización de los esquemas cognitivos, pensamientos automáticos y visión negativa de las tres esferas, se logra significativamente un avance terapéutico importante, el cuál le facultará a la persona poder enfrentarse a su enfermedad y al mundo con mayor soltura y seguridad, de tal manera que su comportamiento poco a poco dejará de ser disfuncional para cada vez convertirse en más adaptable.

La terapia interpersonal procede de la Escuela de Psiquiatría Experimental que fue fundada por Adolf Meyer y Harry Stack Sullivan, y fue propuesta por Gerald Klerman y Myrna Weissman; apunta a que en las depresiones se

debe relacionar el estado anímico con su situación de vida. Se fundamenta en que los sucesos dolorosos afectan el estado de ánimo o viceversa, aunque no pretende ser una explicación de tipo causal. El terapeuta debe relacionar el cuadro depresivo con cuatro áreas interpersonales importantes: 1) El duelo. 2) El papel del paciente frente a familia y amistades cercanas (qué papel juega y lo que ambas partes esperan recibir). 3) Las transiciones de su vida personal y laboral (divorcios, despidos, nuevas responsabilidades) 4) Déficits interpersonales (aislamiento). Tomando en cuenta esto las sesiones deben centrarse en los estados anímicos recientes y la relación entre los últimos acontecimientos. Esta terapia usa técnicas que clarifican los estados afectivos positivos y negativos, identifica los modelos pasados de relacionarse socialmente y formas de guiar al paciente para que ponga a prueba varias alternativas. Aquí se le da mayor importancia a todas las situaciones interpersonales que a los conflictos intrapsíquicos y distorsiones del pensamiento. Al igual que las cognitivas se centra en el presente y busca la disminución de la sintomatología; igualmente el terapeuta en ambos tipos de terapia diagnostica la enfermedad, formula objetivos para trabajarlos con el paciente en un tiempo determinado, y mantiene el mismo enfoque a lo largo del tratamiento. Esta teoría se apoya bastante en la teoría del apego de Bowlby descrita anteriormente. (Hornstein, 2006).

Por otro lado, en cuanto al tratamiento farmacológico de la depresión para Silvia Wikinsky (en Hornstein, 2006) el 50% de los pacientes con depresión leve puede evolucionar positivamente hasta la remisión total de los síntomas depresivos y, por lo tanto no todos requieren un tratamiento farmacológico. Además sugiere que en estudios de Rush y Kupfer (2001) hay que tener en cuenta las siguientes factores para determinar si el paciente debe ser tratado con antidepresivos: cronicidad del cuadro, la presencia de posibles síntomas residuales de otros episodios depresivos, depresiones recurrentes, los antecedentes de depresión en familiares de primer grado, comorbilidad médica o psiquiátrica y la preferencia del paciente. Todo ello tiene que ser tomado en cuenta, además afirma que la respuesta de los antidepresivos no suele ser inmediata (4 a 12 semanas), y que hay efectos colaterales que

pueden incomodar a los pacientes y, en algunos casos los fármacos no suelen ser tolerados por los pacientes, entonces se debe hacer ajustes en la medicación y, quizás cambio de la misma. Comenta, además que algunos antidepresivos pueden tener efectos de placebo y, por ello, su administración no requiere ser prolongada. Por otro lado, hace referencia a las interrupciones de la medicación, las mismas que suelen presentar problemas en el individuo ya que provoca síntomas por la no presencia de la sustancia en el organismo, lo cual podría desembocar en posteriores síntomas (no de abstinencia a la medicación) depresivos, e incluso en cuadro depresivos de mayor importancia. Wikinsky, refiriéndose al tratamiento farmacológico y psicológico, comenta que la psicoterapia inicia nuevas modalidades vinculares y nuevas formas de procesar la información, igualmente ayuda a que el paciente evalúe y encause sus mecanismos defensivos para su propia ayuda; y el tratamiento farmacológico posee un mecanismo que aminora los síntomas depresivos.

“Ambos mecanismos tendrían como resultado final la generación de células neuronas que, al estar estimuladas en su formación de sinapsis, daría lugar a nuevos circuitos neuronales. La formación de nuevos circuitos sugiere “una nueva oportunidad”, ya que podrían establecerse conexiones influidas por nuevas experiencias, distintas de las que dieron origen al cuadro depresivo”. (Wikinsky en Hornstein, 2006, pp. 240-241).

Para Yepes (en Toro, Yepes, 2004) comenta que es necesario hacer un análisis antes de prescribir un antidepresivo, por ejemplo si causó efectos secundarios no se debería recetar lo mismo nuevamente; si un familiar cercano tomó determinado medicamento, por lo general se debería empezar medicando algo similar por los componentes genéticos que está asociados a la depresión; las enfermedades físicas como las cardiovasculares, neurológicas, etc., también deben ser tomadas en cuenta antes de sugerir ciertos psicotrópicos. En general, lo que más se recomienda para el tratamiento farmacológico de esta patología son los inhibidores selectivos de la recaptación de la serotonina, que luego de un tiempo acumulan esta

sustancia y estimulan a buenas sensaciones en el individuo y, al parecer son más efectivos que los tricíclicos; los antidepresivos tricíclicos y tetracíclicos son también elegidos por los psiquiatras, aunque presentan efectos secundarios como sequedad en la boca, sedación, constipación, retención urinaria, entre otros; los inhibidores de la monoaminooxidasa son recetados en pacientes unipolares que no respondieron a los tricíclicos; los inhibidores de la recaptación de la noradrenalina, sobre todo en depresiones que presentan retardos psicomotores o inhibición de ese tipo; además son recetados ciertos antipsicóticos cuando se presentan depresiones con sintomatología psicótica, el litio también suele ser recetado, hormonas tiroideas, terapias electroconvulsivas, etc.

Como vemos, para el tratamiento de la depresión existe una amplia gama de fármacos que estimulan una mayor segregación de neurotransmisores que se encuentran disminuidos, aumentando la sensación de placer y alegría en estos pacientes y reduciendo significativamente la sintomatología que presentan, con ello y con un buen tratamiento psicológico se puede lograr tratar con efectividad este problema.

Según un artículo electrónico publicado por el Centro Médico de la Universidad de Maryland Medical para el tratamiento de las depresiones es necesario tomar en cuenta los riesgos que podrían estar asociados a los fármacos:

“El primer medicamento considerado normalmente es un tipo de antidepresivo llamado inhibidor selectivo de la recaptación de la serotonina (SSRI, por sus siglas en inglés); Prozac con mucha frecuencia es la primera opción (...); los SSRI portan una advertencia de que pueden aumentar el riesgo de pensamientos y acciones suicidas en niños y adolescentes. Los adolescentes y sus familias deben estar alertas con relación a cambios súbitos o incremento de pensamientos suicidas. Se debe hablar con el médico acerca de los beneficios y riesgos de tal medicamento. No todos los antidepresivos están aprobados para su uso en niños y adolescentes. Por ejemplo,

los tricíclicos no están aprobados para su uso en adolescentes.”. (UMMC, 2007).

2.2. MANIFESTACIONES DE DEPRESIÓN EN LA ADOLESCENCIA

Para descubrir la depresión en un adolescente no debemos valernos de observaciones meramente superficiales y carentes de información apegada a la historia misma del paciente, de su familia y sus antecedentes. Se debe tomar en cuenta todos los aspectos en los que está inmerso el adolescente y sus allegados más íntimos. Para González Nuñez (2004) la diferencia fundamental entre la depresión en adolescentes y adultos es que en el caso de los chicos y chicas no hay orientación hacia el futuro, puesto que más que negarlo, ni siquiera lo contempla. Además el adolescente y el niño deprimido no advierten desesperanza, es decir que no hay representación del futuro como una perspectiva temporal. “Las depresiones de la adolescencia igualan a las de la edad adulta en severidad, las sobrepasan en autodestructividad y muestran todavía el sello característico de su concomitancia con el proceso del desarrollo. Todas las experiencias son irrevocables y externas, al igual que la vergüenza y la desesperación que le provocan”. (González Núñez, 2004, pág. 84).

Los adolescentes reaccionan de diversas formas y se expresan igualmente de diversas maneras. Hay que tomar en cuenta las diferencias individuales; no todas las personas afrontan las situaciones de forma similar. Las diversas crisis que enfrentan los hacen madurar y aprender métodos para salir adelante en algunos casos, en otros, dichas situaciones los hunden y los llevan, incluso, a tomar determinaciones que pueden perjudicarles significativamente.

En muchas ocasiones las depresiones en niños y adolescentes no suelen ser diagnosticados con facilidad, debido a que no se cuenta con toda la información del caso, porque los padres de familia creen que ciertas actitudes pueden ser “normales” en los adolescentes. Existen diversas razones que explicarían el por qué: 1) La forma que se presenta la depresión es un tanto diferente a la que se presenta en los adultos, aunque para guiarnos usamos el DSM-IV en su diagnóstico o al CIE-10. 2) En muchos casos tanto niños como adolescentes no saben que lo que están atravesando es un cuadro depresivo y lo suelen pasar por alto. 3) Los cuidadores y personas que son allegadas al niño y el adolescente pueden creer que a esas edades no se padecen estos trastornos; en muchos casos el sólo hecho de admitir esa idea les hace sentir que han fallado en su educación y cuidado.

Cuando se identifica un cuadro depresivo en un niño o joven debe resolverse el problema de si puede considerarse un fenómeno normal propio de su estadio de desarrollo o representa un fenómeno patológico. Determinar este trastorno en la niñez y adolescencia es un poco complicado, por ello hay que seguir normas y procedimientos para no hacer diagnósticos acelerados o por pasar por alto estos padecimientos. Lang y Tisher (1997) (Citado por Cobos Martha, 2008. Tesis de Maestría)

Para hacer un diagnóstico apropiado de la depresión en niños y adolescentes se toman en cuenta los criterios que propone el DSM-IV y el CIE-10, los mismos que mayoritariamente se utilizan para investigar esta patología en adultos. Si bien algunos de los síntomas de la depresión toman la forma de tristeza profunda, desesperanza, llanto, descuido en la apariencia personal, baja autoestima; hay que tomar en cuenta también otras manifestaciones importantes, que son indicativos de este trastorno en los y las chicas. Es necesario saber que algunos “aparentemente” no presentan ningún síntoma y es lo más peligroso, pues como sabemos en el peor de los casos esta enfermedad lleva al suicidio. Una entrevista profunda tanto al afectado, como a sus responsables nos ayudaría a detectar exitosamente un cuadro de este tipo.

A continuación les explicaremos algunas de las formas en las que se puede presentar un trastorno depresivo en el adolescente; muchas de ellas no se presentan aisladamente, todo depende de cada chico.

- a) **Aumento o disminución del peso corporal:** Uno de los síntomas que suelen presentarse en los adolescentes con depresión es, sin duda, el aumento o disminución de peso. Todo depende de la manera individual de reaccionar del adolescente.

Es necesario poner atención a la conducta que tiene el adolescente a la hora de alimentarse. Son muchos los adolescentes que empiezan a comer compulsivamente cuando tienen reacciones emocionales fuertes, por ejemplo cuando pelean con sus novios, cuando sacan malas calificaciones, etc. Este tipo de síntomas son comunes en este trastorno, lo cual incide significativamente en el aumento del peso corporal, pues en la mayoría de las ocasiones el adolescente no consume, sólo comidas sanas, sino que opta por productos que no alimentan y que tienen alto contenido calórico.

Por otro lado, existen los adolescentes que dejan de comer, su apetito se ve completamente deteriorado. Las chicas y chicos ya no quieren cooperar a la hora de alimentarse o engañan a sus progenitores aduciendo que ya han comido fuera o botando los alimentos cuando no son vistos. Hay que diferenciar estas conductas de una simple dieta, pues en el primer caso se puede llegar hasta trastornos alimenticios como la anorexia y/o la bulimia (Dulanto, 2000).

- b) **Alteraciones del sueño:** En muchos casos los adolescentes tienen quejas frecuentes de que no pueden conciliar el sueño o que se despiertan una o varias veces durante la noche. Algunos chicos y chicas por esta razón observan la televisión hasta elevadas horas. Estos cambios en el sueño les afecta significativamente, ya que al día

siguiente no lograrán alcanzar los niveles de actividad de antes, por la falta de descanso.

Por otro lado, el deseo recurrente de dormir es otro síntoma muy frecuente. Los jóvenes desean pasar la mayor parte del tiempo durmiendo y, en algunos de estos casos, el sueño no es reparador. Los jóvenes luego del sueño prolongado nocturno refieren estar cansados aún y sin ganas de levantarse de la cama.

Otro de los factores importantes dentro de este punto son los relacionados con las pesadillas. Muchos adolescentes aparte de dormir poco o demasiado, suelen referir que tienen pesadillas de contenidos relacionados con el abandono, situaciones de pérdidas, se ven lastimados, etc. Muchas de estas pesadillas hacen que tengan miedo de dormirse por el temor a tener otro episodio de este tipo, generando mayor ansiedad. Muchos chicos y chicas dan mucha importancia a este tema, porque suele ser incluso incapacitante.

Según Beck (2003), es necesario incentivar en el paciente la idea de que es una situación reversible; se debe motivar a que si no puede dormir que no se quede acostado teniendo pensamientos negativos, sino que se mueva a hacer algo. También es importante enseñar técnicas de relajación para que no inicien procesos de ansiedad por la incapacidad de conciliar el sueño o tener miedo a las pesadillas; en el caso de los pacientes que duermen demasiado se les insta a que duerman cuando en realidad estén muy agotados.

- c) **Problemas de conducta:** Los adolescentes junto con sus padres, en muchas ocasiones no se dan cuenta que los problemas conductuales son un síntoma de la depresión. Muchos chicos (as) se notan demasiado irritables e inician constantes peleas con sus padres. Aparecen problemas con la autoridad, donde ellos no quieren acatar las reglas de sus padres, de los colegios e inician problemas incluso graves. En todos

estos casos se muestra bastante ambivalencia, pues los sentimientos que expresan son de ira, excesivo amor y dependencia, entre otros.

Algunos jóvenes inician salidas de la casa sin permiso, estas actitudes son confundidas por los padres, pues piensan que han fracasado en su educación. La rebeldía es un factor importante dentro de este punto.

Otros se ven motivados hacia conductas peligrosas que pueden poner en riesgo a sus vidas, como conducir automóviles a gran velocidad, inician consumo de drogas permitidas y no permitidas, entre otras. (Craig, 2001).

- d) **Problemas académicos:** Por otro lado, algunos empiezan dejar de lado sus responsabilidades académicas. Algunos por falta de interés en desarrollar sus deberes empiezan a sacar malas calificaciones en el colegio, faltan a las horas de clases e incluso faltan toda la jornada. Dichos resultados bajos acarrearán problemas familiares importantes, los padres se sienten frustrados y castigan a sus hijos, a veces, sin saber las causas que motivaron el descenso en el desempeño académico de sus hijos. En el peor de los casos se da la deserción escolar.

En los momentos de soledad los chicos pueden iniciar actividades no constructivas, o ser víctimas de explotación laboral si se inician en un trabajo, lo cual podría empeorar aún más sus cuadros depresivos. La buena intervención en este sentido ayudaría significativamente a evitar las frecuentes peleas que se suscitan con los padres de familia, que en ocasiones no se dan cuenta que sus hijos tienen trastornos depresivos y que deberían ser motivo de atención clínica integral.

- e) **Indecisión:** Para Beck (2003), uno de los síntomas más claros de depresión es el hecho de que los adolescentes no logran tomar decisiones por sí mismos, lo cual acrecienta la dependencia y falta de confianza en ellos mismos. Esta situación suele ser muy importante cuando la depresión se hace crónica y piden demasiada ayuda a los

demás, pues no pueden decidir correctamente cuando tienen que hacerlo por sus propios medios.

La toma de decisiones es muy importante en la vida de toda persona, pues esta nos orienta a determinados caminos; tener una buena habilidad en este sentido es importante, pues depende de esto tener éxito en lo que nos propongamos. Tomar decisiones cuando se está atravesando un cuadro depresivo es, sin duda, problemático, pues el adolescente no logra determinar con claridad sus objetivos; esto puede acarrear problemas a corto y largo plazo, por ello es mejor incentivarles a que traten en lo posible a decidir cosas importantes cuando estén tranquilos y serenos.

La indecisión es uno de los síntomas cognitivos más frecuentes en el grupo de personas que padecen depresión; mucho más en los adolescentes, debido a que se les dificulta mucho más por la serie de problemas que les pueda estar afectando.

Según Beck (2003) muchas de las personas no deciden debido a sus expectativas negativas del futuro; algunos evitan tomar decisiones debido a que están totalmente impregnados de pensamientos negativos, lo que les hace tomar en cuenta sólo situaciones catastróficas y llenas de incertidumbre.

- f) **Críticas constantes:** Según Beck (2003), el hipercriticismo en los adolescentes suele ser común, pero cuando rebaza los límites de la normalidad ya es preocupante. Los chicos no se conforman con explicaciones; creen que hay algo más, y en el fondo creen que son negativas o que enfundan un futuro no muy próspero. Buscan la explicación continuamente de sus sentimientos, actitudes, problemas, etc.; nada les llena.

Las críticas y autocríticas son síntomas cognitivos que se presentan con mucha frecuencia. Las autocríticas constantes llevan al paciente a

pensar que son los responsables de todo, hasta de porqué alguien estornuda, llevándose un sentimiento de culpabilidad exagerado.

- g) **Problemas de concentración y memoria:** Beck (2003) comenta que los problemas de concentración y memoria están interrelacionados entre sí. Por lo general los pacientes se sienten preocupados, pues su desempeño académico baja y ya no logran recordar los hechos como antes. La fijación de la atención es uno de los factores que se ven afectados a la hora de concentrarse. Esto se da porque ya no logra concentrarse en un solo hecho sino que, por el contrario, se centran en pensamientos negativos y recuerdan continuamente sus problemas.

Algunos adolescentes se la pasan pensando insistentemente en sus problemas, recordando situaciones que les ha sucedido; eso hace que tengan problema a la hora de retener la información que les brindaron en clases, o en conversaciones con sus pares, padres, etc.

- h) **Dependencia:** Muchas de las reacciones de los adolescentes que atraviesan por eventos depresivos son las de dependencia. Muchos chicos y chicas buscan la aprobación de los otros, necesitando estímulos positivos con mucha frecuencia para poder actuar. No logran actuar autónomamente, lo cual los lleva a tener sentimientos crónicos de inseguridad, y su autoestima se ve significativamente afectada. Según Beck (2003) la dependencia es un síntoma motivacional representativo en este tipo de trastornos, pues el paciente depende significativamente de los demás para poder realizar sus actividades cotidianas; estas necesidades de ayuda exceden sus necesidades reales, es decir, el adolescente no logra desvincularse de la aprobación de los otros. Es necesario explicarle al paciente la diferencia entre una dependencia adaptativa y una regresiva. Una dependencia adaptativa está ligada, por ejemplo, cuando el paciente está intentado buscar en el terapeuta modos de hacer frente a sus cuadros depresivos; es una búsqueda de ayuda y aprobación sana, cuando no excede el límite normal. Aquí el paciente está enérgicamente pidiendo recursos para su sanación, en los cuáles él

mismo trabajará de forma activa y positiva; él está reconociendo que solo no puede enfrentar la enfermedad, por eso recurre a la ayuda profesional aceptando sus limitaciones personales. La dependencia regresiva, en cambio, se relaciona con las peticiones de ayuda del paciente hacia otras personas, cuando este podría hacerlo por sí mismo; con estas peticiones lo que realmente está reforzando el individuo depresivo es su idea de inutilidad. Toda dependencia regresiva estimula a que el paciente aporte significativamente menos en todos sus aspectos de relación y actividad.

Por ello la terapia ayuda a que el paciente tenga las herramientas necesarias para que poco a poco logre esa independencia que, por la enfermedad, se ha visto reducida; para eso es necesario hacer que el paciente no vea en el terapeuta como un solucionador de sus problemas, sino que, como se dijo anteriormente, que el paciente tome un partido activo dentro de su tratamiento aprendiendo a confiar y tener más responsabilidad. "...el entrenamiento en autoconfianza puede ayudar al paciente que cree que es necesario caer bien a todo el mundo para ser feliz; el entrenamiento en autoconfianza puede ayudar al paciente que piensa que no es capaz de hacer nada sin la ayuda de los demás". (Beck, 2003, pág. 170).

- i) **Problemas en el área social:** Para Craig (2001) son varias las manifestaciones dentro de esta área. Muchos adolescentes no logran ya establecer contacto con sus pares o con miembros de mayor edad, debido a que prefieren estar solos, o la inseguridad de poder agradarles les hace autovalorarse menos y, por ende, alejarse de las amistades. Esto conlleva a que el adolescente no desarrolle nuevas relaciones interpersonales, limitando su presencia en la sociedad y minimizando su capacidad de hacer amistades y relacionarse de manera positiva y sana con el resto de personas.

Esta situación es preocupante, por ello hay que tener en cuenta que no sólo se podría tratar de un adolescente introvertido o tal vez un poco

tímido; hay que saber diferenciar la causa misma de este problema. Cuando las cosas se agravan y el chico o chica no tienen relaciones interpersonales estrechas, y lo que es peor, algunos se sienten rechazados, ello aumenta las tendencias o episodios depresivos. (Venberg, 1990). (Citado por Cobos, Martha, Tesis de Maestría, 2008)

Las habilidades sociales en estos pacientes, como hemos visto, se ven profundamente afectadas y es necesario trabajar en ello también. Para Beck (2003) el paciente no está poniendo en práctica sus capacidades, él no contempla que las ha perdido o no las tenga; lo importante es hacer que el paciente las vuelva a usar y no las deje de lado.

- j) **Búsqueda de afecto:** Muchos de los adolescentes empiezan, en sus relaciones interpersonales, a buscar constantemente el afecto y aprobación del resto. Desean ser queridos y exigen del resto pruebas, ya sean verbales o con hechos de que son reconocidos y queridos por sus allegados.

En ciertos casos, esta búsqueda insaciable de amor hace que inicien relaciones de pareja problemáticas, pues al tener una autoestima baja y habilidades sociales incorrectas, ellos pueden establecer demandas demasiado altas hacia sus parejas o también permitir el maltrato y la manipulación.

En situaciones más graves se puede dar promiscuidad sexual, pues algunos chicos confunden el amor con el sexo, y la baja autoestima que acompaña a este trastorno puede guiarlos a aceptar estar con cualquier persona, por el sólo hecho de sentir amor y afecto. Todo esto lo que hará es intensificar los síntomas depresivos, porque estas conductas los pueden llevar a decepciones amorosas. (Craig, 2001).

- k) **Sentimientos de incapacidad:** Sienten que lo que hacen no vale, se autocondenan. Hay distorsiones en las cogniciones; las cuáles producen a los sentimientos de incapacidad para lograr sus ideales, metas,

ambiciones. La autoestima se ha visto completamente deteriorada, pues tienen la sensación de tener las manos cortadas o ya no tienen ánimos para hacer las cosas que disfrutaban antes debido que sus expectativas están en función de aspectos predominantemente negativos. (Beck, 2003).

- l) **Enfermedades físicas:** Son diversas las formas en que las personas manifiestan su dolor interno, algunas lo hacen de esta manera: somatizando. Las enfermedades más frecuentes son: gastritis, úlceras, dolores abdominales, colitis, problemas de evacuación, dolores crónicos de cabeza, problemas leves y agudos del hígado, se pueden acentuar los signos del acné juvenil, problemas coronarios, asma, etc.

Hay que tomar en cuenta que las emociones negativas producto de pensamientos pesimistas, hacen que las enfermedades se acentúen de manera importante.

- m) **Preferencias:** Muchos adolescentes empiezan a usar ropas de color negro, maquillajes oscuros; la música que suelen preferir es la que emite sonidos muy fuertes y estridentes como el rock en sus diversas formas, el punk, la música EMO, etc. Además gustan de canciones tristes, nostálgicas. Además optan por dibujar figuras con contenidos agresivos denotando también signos depresivos en sus rostros. Por otro lado, también inician lecturas de textos que deprimen aún más, escriben poesía con contenido igualmente depresivo, incluso que insinúan temas de suicidio. Aunque el hecho de escribir incita a las catarsis, también tiene la función de comunicar situaciones problemáticas que atraviesan los adolescentes. Igualmente, cabe resaltar que lo que antes les producía goce les deja de interesar, hasta que se hunden aún más en la depresión. Con ello no se quiere decir que todos los adolescentes que tienen estas preferencias pueden etiquetarse o estigmatizarse.

- n) **Ideación e intentos suicidas:** La ideación suicida de los adolescentes con depresión se suele manifestar de modo frecuente, aunque no en

todos los pacientes, por ello es necesario poner atención a todos los factores que podrían ser considerados como señales de peligro en este sentido. Existen veces en que los chicos y chicas empiezan a tener conductas que nos podrían hacer pensar que podría estar pensando en suicidio, por ejemplo el hablar continuamente de este tema, empiezan a “no dejar cosas pendientes”, pueden amenazar ya con quitarse la vida, etc.

Otros casos más preocupantes son aquellos donde el chico o chica ya intentan suicidarse. Estos hechos deben ser tratados con mucho cuidado, pues un intento fallido suele ser seguido de otro que tal vez ya sea fatal; inclusive aquellos que dicen que lo hicieron sólo como un “llamado de atención”. Este tema es muy importante, pues son muchos los casos de suicidios cada vez en edades más tempranas. Más adelante se hablará de este tema con mayor apertura.

2.3. CAUSAS DEL SUICIDIO EN LA ADOLESCENCIA

Abandonarse al dolor sin resistir, suicidarse para sustraerse de él, es abandonar el campo de batalla sin haber luchado.

Napoleón

Según datos de la Organización Mundial de la Salud (OMS), las cifras de suicidio en el mundo son alarmantes; cerca de un millón de personas fallecen por suicidio año a año alrededor del mundo (80.000 en EE.UU. 120.00 en Europa), sin embargo, estas cifras no llegan a ser totalmente ciertas, porque no se cuentan con toda la información, ya que algunos familiares no aportan en los estudios, y, por ello, esos datos no están incluidos dentro de estas cifras, además se desconocen estos antecedentes en algunos países. Lastimosamente, varios estudios predicen que una persona muere cada cuarenta segundos. Los datos de la OMS nos indican también que aproximadamente 10.2 millones de personas alrededor de todo

el mundo comenten alguna forma de acto suicida y que 30 millones estarían en riesgo de manifestar estas conductas.

En nuestro país las cifras de suicidio van en aumento. Para el 2005 el suicidio como causa de muerte se situó en el puesto número catorce, según datos el Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INEC).

Además, son varios los estudios que han demostrado que son las mujeres quiénes tienen más intentos suicidas, por otro lado son los hombres lo que más se suicidan; estos está asociado a que la mujer suele escoger métodos menos letales que los varones. Por otro lado, se ha dado un componente estacional y festivo, siendo el invierno y las festividades como la navidad, épocas donde hay más suicidios.

La World Federation of Mental Health dice que la mayoría de suicidios en este grupo de edad está asociada a trastornos mentales; se estima que hasta el 90% de los adolescentes que comenten suicidio, han padecido, por lo menos, una enfermedad mental. Las investigaciones han mostrado que un porcentaje elevado de adolescentes planifican o intentan suicidarse sin recibir ayuda y sin contar a otras personas lo que están experimentando, por temor, vergüenza o miedo, ya que algunos creen que tal vez se tomen represalias en contra de ellos. Silvia Wikinsky (en Hornstein, 2006) comenta que se estima que entre el 4% al 15% de los pacientes con depresión comenten suicidio (Angst *et al.*, 2005; Blair-West *et al.*, 1999).

Los factores que podrían aumentar el riesgo de suicidio en adolescentes son las enfermedades mentales tales como psicosis, trastornos depresivos, trastornos disociales, etc. Además, el hecho de tener familiares que sufren o han sufrido alguna patología psíquica, también pueden predisponerlos a cometer actos de este tipo, aún más si estos parientes lo han intentado o consumado. Los hogares disfuncionales, historias de maltrato físico, sexual o psicológico, intentos suicidas de personas cercanas, el abuso de drogas y/o alcohol, comportamientos violentos y desafiantes, el aislamiento social, rechazo de sí mismos, sentimientos de culpa muy arraigados, tener

expectativas muy altas en relación a sí mismo o hacia otros, mantener afiliación a sectas, la presencia de ideas de suicidio, insomnio, pesimismo que se mantienen con el tiempo, intentos suicidas anteriores, amenazas de suicidio, sueños con contenidos de muerte, etc. son factores que podrían desencadenar o predisponer a un suicidio. Por otro lado la influencia de la televisión es bastante importante dentro de este punto.

La Dra. Edith Serfaty (1994) comenta que dentro de las conductas suicidas, se deben destacar:

- a) **Las ideas de suicidio:** Que son pensamientos relacionados con el deseo de quitarse la vida, asociados a experiencias negativas en el paciente que le hacen experimentar que la vida ya no vale la pena, que no le ofrece nada, sino sufrimientos terribles que no pueden ser afrontados.
- b) **El planeamiento del suicidio:** Se trata de una fase en la cual el individuo empieza a pensar en cómo podría hacer para autoeliminarse, dónde sería más oportuno o cómodo y cuándo hacerlo, además empieza a determinar cuáles serían las formas “más adecuadas” y qué elementos utilizaría.
- c) **El parasuicidio:** Que se refiere a actos que por lo general no son fatales; los mismos cada vez van en aumento debido a las múltiples “satisfacciones” que obtienen con ello (algunos usan medicamentos). Por lo general lo hacen las personas impulsivas o que cambian abruptamente de humor, que tienen ambientes familiares negativos y amistades que tampoco son positivas.
- d) **El suicidio:** Tiene como característica preponderante el ser fatal y premeditado. Es más habitual en el varón, con una personalidad premórbida normal. Existe depresión en el 70% de los casos y es frecuente el aislamiento social.

De igual modo, refiere que las conductas suicidas que se asocian a las ideas de quitarse la vida están en relación a: a) Suicidio consumado que está asociado a un acto intencional de terminar con la propia vida. b) Intento suicida que es el acto suicida donde el adolescente trata de matarse, pero del cual sobrevive. c) Gesto suicida que es un acto simbólico del suicida que no pone en peligro a la vida o no lo pone en riesgo. d) Ideas suicidas que están en relación a todos los pensamientos asociados a quitarse la vida. (Serfaty, Edith, en Dulanto, 2000)

Hay que tomar en cuenta que en primer lugar aparece una *idea suicida* que por lo general se relaciona con situaciones complicadas. En segundo lugar se da la fase de *duda*, donde la persona pasa de la mera idea a la posibilidad de alcanzar el acto suicida. Por última se da la fase de la *decisión*, aquí el individuo empieza a prepararse para llevar a cabo el suicidio. (Hornstein, 2006)

2.4. CONCLUSIONES

A lo largo de este capítulo hemos visto que el problema de la depresión está afectando ampliamente a la población, a tal punto que es considerado ya como el “mal del siglo”.

Por otro lado, se ha destacado que existen varias manifestaciones de depresión en la adolescencia que nos pueden orientar hacia el diagnóstico; sin embargo, una valoración profunda y detallada, tomando en cuenta factores biológicos, psicológicos, familiares y sociales, nos darán una visión más holística y acertada. Un diagnóstico preciso y una terapia adecuada harán que el paciente se provea de habilidades para hacerle frente a la depresión; con eso podemos, incluso, evitar suicidios y estimular una buena calidad de vida para el paciente.

CAPÍTULO 3

MODELO INTEGRATIVO Y TERAPIA GRUPAL

El modelo integrativo es una orientación actual que se empeña en tomar en cuenta los factores afectivos, cognitivos, biológicos, sociales, familiares, etc. de una persona para realizar un trabajo adecuado y holístico. De igual modo, toma técnicas de varias orientaciones psicológicas según las necesidades del paciente; pero no al azar, pues lo hace de una manera técnica. A continuación lo analizaremos con más detalle.

3.1. EL SUPRAPARADIGMA

Las continuas luchas entre los seguidores de diversas ramas de la psicología, han ido separando a los profesionales teóricamente; los ha hecho competir desde un solo modelo y tratar a la mayoría de los pacientes desde una sola visión. Las continuas descalificaciones y “peleas” han distanciado mucho a los profesionales de las distintas escuelas psicológicas; aparte de perder credibilidad de los pacientes y la sociedad en general. La orientación integradora se interesa en eliminar este trato y de unificar las fuerzas entre las distintas ramas. (Fernández y Opazo, 2004).

Lazarus comenta que se ha puesto demasiada atención a los enfoques teóricos puros. De ahí que “su propuesta enfatiza las técnicas como expresión de lo que los terapeutas <<realmente>> hacen con sus clientes. Integrar técnicas permite enriquecer la práctica empleando, sin ningún recelo, los hallazgos de orientaciones teóricamente incompatibles”. (Feixas y Botella en Fernández y Opazo, 2004, pág. 42).

Además Jerome Frank indicó que había elementos comunes para todas las terapias. Él ponía énfasis en cuatro conceptos elementales. (Fernández - Álvarez, 2005).

- a) La relación entre paciente y terapeuta es importante y está fundamentada en la confianza entre ambos y la capacidad de ayuda del terapeuta.
- b) El entorno terapéutico se caracteriza por ser un lugar de curación; el mismo ambiente proporciona expectativas de alivio.
- c) Todas las terapias psicológicas se fundamentan en el mito acerca de la salud y enfermedad; este es compartido por la cultura, el terapeuta y paciente.
- d) Las psicoterapias implican procedimientos y técnicas que son el resultado de prescripciones teóricas.

El Modelo Integrativo Supraparadigmático se basa en la conjunción de varios elementos de distintas teorías; no se trata de un simple eclecticismo basado en tomar algo de una teoría e ir armando un rompecabezas con algo de otra, para crear una terapia, se fundamenta en un eclecticismo técnico que integra lo mejor y más efectivo.

“Todo modelo integrativo necesita ser formulado como un sistema abierto, evitando el peligro de elaboraciones absolutas y totalizadoras como las formulaciones reduccionistas que intenta superar”.
(Fernández-Álvarez, 2005, pág. 41).

Para Feixas (en Fernández y Opazo, 2004) hasta hace algún tiempo se hablaba del famoso eclecticismo intuitivo que, como se dijo anteriormente, consistía en escoger las técnicas de una manera indiscriminada y a criterio del terapeuta; esto no es una verdadera integración. Los verdaderos criterios para un eclecticismo técnico Feixas (en Fernández y Opazo, 2004) los describe de esta manera:

Eclecticismo técnico pragmático: Para el tratamiento integrador, se escogen las técnicas que mejor efecto produzcan en el paciente, es decir, el terapeuta tendrá que aplicar las más eficientes para tal o cual tratamiento. Este tipo de integración es fuertemente empírica y se trata de conseguir matrices de *tratamientos por problemas* (técnicas más eficaces para tratar

cado situación en concreto). Este autor destaca que una de las principales terapias que se han acercado a este tipo de eclecticismo es la modificación de conducta, que mezcla técnicas cognitivas, conductuales, racionales – emotivas, guesálticas, etc.

Eclecticismo técnico de orientación: Se prefieren las técnicas a aplicar, tomando en cuenta los juicios establecidos desde una teoría determinada. Es decir, se escogen técnicas de diversas orientaciones, pero respetando su conceptualización teórica de base. Aquí la eficiencia empírica que han demostrado las técnicas no es tan importante. Lo fundamental en este punto es la selección de las técnicas de acuerdo a las necesidades del paciente. Un buen ejemplo es la terapia cognitiva de Beck, algunos practicantes de esta terapia pueden aplicar técnicas de otras orientaciones, respetando la orientación psicológica de base; el mismo autor estimula este tipo de trabajo, que consolida una mejor y más completa terapia.

Eclecticismo técnico sistemático: Las técnicas a aplicar son elegidas de acuerdo a una lógica sistemática o esquema básico que indique cuáles son las que se deben escoger dependiendo del tipo de pacientes. Es una integración de técnicas que va encaminada, a través de esquemas conceptuales, hacia cómo producir un cambio terapéutico. Beuler y cols. son los más destacados en este tipo de eclecticismo; poseen una propuesta que se fundamenta en tres dimensiones que se basan el éxito terapéutico. La primera esfera es la que se relaciona con los estilos terapéuticos (directiva, no directiva; interesada en el síntoma o en el conflicto, etc.). La segunda esfera se relaciona más con el paciente, es decir si sus síntomas son severos o leves, sus estilos de afrontamiento, los potenciales de resistencia o reactancia, etc. El tercer componente se basa en el emparejamiento de los estilos de intervención del terapeuta y de las variables del paciente.

3.1.1. PERFIL DEL TERAPEUTA INTEGRATIVO

Para Fernández y Opazo (2004) el perfil de un terapeuta integrativo debe adoptar, para su práctica y razonamiento teórico, varios posicionamientos. Más detalladamente, desde el punto de la teoría que elige para definir y analizar el psiquismo humano, esta debe ser muy amplia y “completa”; y no solamente deberá considerar variadas propuestas sino que deberá revisarlas con frecuencia para no caer en generalizaciones innecesarias y para mantenerse informado de los avances en psicología. Por otro lado, es necesario que dé una mayor importancia a lo relativo antes que lo absoluto con la finalidad de no cerrarse a una sola teoría que intente explicarlo todo. Además debe dejar de lado sus compromisos con su propio enfoque, dando más importancia a su paciente; no es necesario que intente demostrar que su teoría sirve para “todo”, sino que es mejor hacer un análisis exhaustivo de cuáles son las verdaderas necesidades del cliente.

La formación de un terapeuta integrativo requiere varios lineamientos importantes. Para Fernández y Opazo (2004) para alcanzar esto no sólo se requiere de amplios conocimientos de varias teorías, sino que se necesita de mucha experiencia y adiestramiento. Son estas algunas de las bases fundamentales que proponen estos autores para lograr una buena formación en este tipo de terapia integradora:

- a) **Teoría de la psicoterapia:** En este caso se deben respetar los factores biológicos, sociales y psicológicos como partes que se influyen entre sí y que no deben ser estudiados de formas aisladas sin comprometer la influencia de los otros; el ser humano está afectado por estos sistemas y de ninguna manera se los puede separar; de igual manera se debe atender tanto a factores intrapsíquicos como interaccionales; conscientes e inconscientes. Igualmente deberá respetar los factores cognitivos y afectivos; mantendrá un equilibrio entre los factores medio ambientales y los internos; entre los procesos dinámicos y de aprendizaje. Todo ello con la finalidad de darle al enfoque un toque holista.

- b) **Diagnóstico integral:** El psicólogo integrativo debe conocer cuál es el funcionamiento de las dimensiones cognitivas, biológicas, interaccionales, sociales, afectivas, inconscientes del paciente. Para ello debe hacer una investigación acertada de cómo está trabajando cada una de estas áreas; de este modo se hace un diagnóstico más acertado y menos reduccionista. En todo caso, se trata de evitar poner etiquetas al paciente y catalogarlo desde un solo lineamiento.
- c) **Habilidades terapéuticas:** Es necesario el entrenamiento tanto en teoría como en la práctica de las diferentes técnicas psicológicas para lograr un buen resultado en la intervención. La entrevista clínica completa, el diseño, aplicación y evaluación de la terapia, intervenciones en emergencia, asesoramiento, etc. Estas habilidades deben ser desarrolladas y perfeccionadas, es útil tener un buen conocimiento de los fundamentos y técnicas de las teorías psicológicas, pero también es imprescindible estar debidamente adiestrados, para que la aplicación de las estrategias sea apropiada y efectiva.
- d) **Autoconocimiento:** Es importante que los aspirantes a psicoterapeutas integrativos tengan un conocimiento de sí mismos profundo. Este saber de uno mismo, nos permite conocer nuestros puntos más fuertes y los más débiles; lo cual nos guía a explotar nuestras potencialidades y a mejorar y fortalecer lo que nos haría falta. De todas formas, este conocimiento se puede alcanzar través de un proceso psicoterapéutico o de encuentros con uno mismo que se logran con experiencias autoexplorativas.
- e) **Interdisciplina:** El trabajo en equipo es una de las experiencias más enriquecedoras, pues ayuda al profesional a empaparse de conocimientos que manejan otros profesionales. Dentro y fuera del campo mental, el psicólogo deberá trabajar con otros profesionales para mejorar la calidad de sus intervenciones y llevar a cabo proyectos que benefician a la sociedad, para ello deberá también tener competencias en este sentido. Dentro del campo médico son variadas las intervenciones

interdisciplinarias, el trabajo en conjunto favorece tanto al paciente que requiere de cuidados, como para el profesional.

3.2. TRATAMIENTO GRUPAL DE LA DEPRESIÓN

3.2.1. GENERALIDADES

La terapia grupal es un tipo de tratamiento donde varios pacientes son colocados el contexto de un grupo, los mismos que son asesorados, guiados o tratados por un terapeuta que conoce ampliamente conceptos tanto de técnicas de tratamiento psicológico, como de interacción social.

Por lo general, se prefieren grupos a partir de cinco miembros hasta unos quince. En este caso las opiniones son bastante divididas, pero el número ideal es de 7 u 8 pacientes por grupo. La duración promedio de una terapia grupal es de aproximadamente noventa minutos, pero se puede extender desde una hora a dos. La frecuencia puede ser de una a dos veces por semana, dependiendo del tipo de grupo y de las necesidades. Además desde el principio hay que resaltar si el grupo tendrá un número limitado de sesiones o si se tratará de un grupo permanente (A.A.) (Phares,1999). Además tenemos que resaltar que existen grupos abiertos donde pueden entrar nuevos miembros y grupos cerrados en los que no se admiten nuevos miembros luego de haber dado inicio al tratamiento grupal. Por otro lado existen grupos homogéneos en los cuáles se toma en cuenta igualdad de género, edades cercanas, patologías o preocupaciones similares; y grupos heterogéneos donde la diversidad es lo que prima (edad, sexo, diagnóstico, intereses, orientación sexual, tipos de personalidad, etc.).

Para los criterios de inclusión se deberá tomar en cuenta el grado de motivación de la persona para pertenecer a un grupo terapéutico, si le agrada la idea de compartir sus vivencias con otras personas. Además es

necesario que la persona haya tenido en algún momento de su vida una relación estrecha con algún ser querido. Además deberá tener la capacidad de escuchar a sus compañeros, de aportar y debe tener la posibilidad de desarrollar empatía y aceptar posibles críticas de parte de sus compañeros. En cuanto a los criterios de exclusión hay que tomar en cuenta, como se dijo anteriormente, la motivación y la apertura para trabajar en un marco grupal. Si la persona está reacia a un tratamiento de este tipo, no se la debe incluir, más que todo si ha habido una preparación, si se la ha informado y si aún se mantiene en desacuerdo. Además no es bueno incluir a personas que no aceptarían normas grupales, personas demasiado agresivas que no aceptan comentarios de otros. La gente que no es capaz de compartir información o que posee trastornos cognitivos profundos

En todo grupo se pueden dar abandonos de los integrantes antes de la terminación de la terapia, no siempre es por razones negativas. Algunas pueden ser viajes, otras ocupaciones, enfermedad, etc. si las razones no son de este tipo, para evitar los abandonos sería recomendable hacer una buena selección de los pacientes, conocer profundamente si son aptos para este tipo de tratamiento, cuáles son sus expectativas, etc. Vale recalcar que existen veces que ciertos abandonos son necesarios, cuando el paciente se convierte en un ente destructivo para la cohesión del grupo. (Phares, 1999).

En el caso de la depresión, se han realizado variados estudios acerca de la terapia grupal con pacientes depresivos y se ha determinado que efectivamente disminuye los niveles depresivos y que, dependiendo del tipo de pacientes, se puede igualar a la terapia de grupo individual. (Beck, 2003). Por otro lado, estudios recientes demuestran que la terapia de grupo es muy efectiva en el tratamiento de adolescentes deprimidos. Las características de su etapa vital los hacen más propensos a insertarse en un grupo a comunicarse y apoyarse entre sí. El hecho de compartir sus problemas con otros chicos de su edad hace que se dé un efecto de alivio y tranquilidad que incluso reduce la ansiedad y agresividad. El grado de identificación que se logra en esta etapa predispone al éxito de la terapia.

Igualmente, los grupos para este rango de edad pueden ser homogéneos o heterogéneos en cuanto a sexo. (Fernández-Álvarez, Opazo, 2004).

3.2.2. FACTORES CURATIVOS EN TERAPIA GRUPAL

Phares (1999) hace referencia que Yalon en 1975 especificó ya nueve factores que han proporcionado mucha utilidad terapéutica en terapia grupal, y que estos son comunes a casi todas las orientaciones psicológicas que la usan.

1. **Impartir información:** Este punto hace referencia a que cada miembro del grupo recibe orientación, información, sugerencias y hasta consejos, no solamente de su terapeuta, sino también de los otros componentes del grupo. Esto ayuda a cimentar una mejor relación entre los miembros del grupo, y al paciente le facilita a empezar a tomar en cuenta las opiniones de los demás.
2. **Infundir esperanza:** La observación entre los miembros del grupo de que los otros han tenido éxito y han logrado superar barreras muy difíciles, hace que tengan esperanzas que sus propios problemas también pueden resolverse.
3. **Universalidad:** En la terapia de grupo uno de los elementos fundamentales es la escucha que realiza el paciente sobre los problemas de sus compañeros; eso ayuda a que se dé cuenta que comparte los mismos problemas, temores, conflictos, etc. Cuando se da cuenta de que no es el único, le ayuda a expresar mejor lo que atraviesa y a sentirse más identificado con el resto.
4. **Altruismo:** En muchas ocasiones hay miembros del grupo que se sienten desvalidos y con la moral por el suelo. Cuando estas situaciones se hacen evidentes y hay integrantes del grupo que desean ayudar a

esta otra persona, los sentimientos de ayuda afloran significativamente. Cada uno coopera con lo que sabe, y luego surgen mejores sentimientos altruistas; esto les ayuda a determinar que pueden ser sujetos de ayuda y mejorar el estado actual de otros miembros que está sufriendo.

5. **Aprendizaje interpersonal:** La continúa interacción con otras personas dentro de un campo terapéutico ayuda a aprender estrategias para mejorar las relaciones interpersonales, cimentar las habilidades sociales, escuchar atentamente a los otros y tomar en cuenta sus sentimientos y razones de sus actitudes, mejorar sus capacidades de resolver conflictos y de pedir ayuda cuando la necesiten, etc. Al estar en una mini sociedad se ensayan conductas, que serán luego corregidas o estimuladas.
6. **Conducta imitativa:** Por lo general, cuando hay interacción terapéutica entre los miembros del grupo, las conductas pueden ser modeladas. La escucha activa y observación conduce al aprendizaje de nuevas formas de actuar que no propician estados anímicos o comportamientos inadecuados. Los componentes del grupo imitan y aprenden nuevas actitudes de los otros.
7. **Recapitulación correctiva de la familia primaria:** El ámbito grupal puede lograr ser una ayuda para incrementar la comprensión y resolución de los problemas familiares que tienen ciertos integrantes del grupo. Algunos elementos grupales creen que las mismas formas desadaptativas de “resolver un problema” sirven en el contexto grupal terapéutico, pero luego se dan cuenta que no es así; cuando esto sucede puede darse paso a una disolución de ciertos efectos negativos que les produjo la familia de modo paulatino.
8. **Catarsis:** La situación grupal y la identificación que produce en los miembros del grupo logra que exista una correcta forma de desahogarse. La expresión de sentimientos que es sincera y franca, desarrolla en los pacientes capacidades empáticas y de comprensión entre ellos, lo cual

lograría generalizarse cuando el paciente no esté en un contexto terapéutico grupal.

9. **Cohesión de grupo:** Los elementos grupales se convierten en un grupo bastante unido; entre ellos van mejorando su autoestima conforme se van dando los efectos de la aceptación grupal. La capacidad de participación en el grupo, el grado de confianza y cooperación entre ellos es, en definitiva, la cohesión grupal.

Por otro lado, Dyer y Vriend (1992) aseguran que la diferencia entre un asesoramiento individual y uno grupal radica en la competencia que tienen los integrantes del grupo por poseer la ayuda, consejo, atención, etc., del terapeuta. Además los mismos integrantes están en un marco de ayuda hacia los otros miembros del grupo.

3.2.3. VARIOS SUPUESTOS RELACIONADOS CON EL TRABAJO GRUPAL

Dyer y Vriend (1992), proponen los supuestos que se explican a continuación:

1. **El director no es miembro del grupo:** Desde la primera instancia rechaza la idea de formar parte del grupo; no lo utiliza para desarrollarse personalmente ni para resolver los problemas que le aquejan. Debe tener una visión objetiva. Está prestando servicios, por ello cuando hagan referencia de sus experiencias personales o actitudes, deberán ser sólo en beneficio de los pacientes.
2. **Asesorar a individuos en grupos no sólo está permitido sino es necesario:** Los estímulos y la interacción entre los miembros del grupo son muy importantes, pero más lo es el asesoramiento. Decir que el asesoramiento a un miembro no transforma a otro es mentira. El director

sabe cómo hacerlo, cómo guiar al grupo, refuerza conductas apropiada y estimula el decrecimiento de las negativas, canaliza los recursos de asesoría de otros miembros, etc.

3. **El asesor no pretende fomentar las presiones naturales inherentes al grupo:** Los miembros del grupo tienen el derecho exclusivo de participar o no; no se trata de una obligación a la que están sujetos los participantes. Toda amenaza de esta índole es vista como agresiva, la presión psicológica que se puede ejercer cuando un miembro no desea participar resulta negativa.
4. **Las sesiones de quejas, el centrarse en personas ajenas al grupo, las conversaciones y el centrarse en determinados temas, constituyen un contenido inadecuado al asesoramiento de grupo:** Situaciones como quejas de la sociedad, sistema, personas determinadas, etc., constituyen un aspecto negativo dentro del patrón grupal, debido a que podrían los pacientes hallar un valor neurótico en su vida fuera de la situación grupal.
5. **Lo que sucede en un grupo de asesoramiento es información privada:** La confidencialidad dentro del marco terapéutico es crucial, más que todo cuando se trata de terapia de grupo; muchos eventos, conductas y sentimientos son ventilados en este contexto, que los miembros del grupo o el mismo director rompan esta regla hace que todo el tratamiento se vea destruido
6. **En un grupo de asesoramiento, los miembros hablan por sí mismos:** Es importante respetar la independencia de pensamiento y expresión. En el ámbito grupal se estimula que cada miembro se exprese por sí mismo, es necesario respetar sus ideas. Es deber del psicólogo intervenir cuando otra persona habla por otro miembro, se trata de estimular al máximo esta característica humana.

7. **En los grupos de asesoramiento no se consideran más importantes los sentimientos que las ideas:** Los sentimientos de las personas están ligados a ideas, querer separar esto es inducir a la persona a la desconcierto. Ayudarlos a comprender sus sentimientos y a conocer la relación que existe con las ideas sería lo óptimo.
8. **La continuidad sesión tras sesión es parte integrante del asesoramiento del grupo:** Las experiencias dentro del contexto grupal son graduales e interconectadas entre sí. Es necesario recordar a los integrantes sus objetivos y estimular sus avances; los miembros que estén estancados se sentirán motivados a trabajar en pro de sus objetivos. Los pacientes a los que se los hace continuamente responsables de lograr sus objetivos son aquellos que mejores resultados tienen al final, y lo que más satisfechos quedan. Los informes breves de cómo se están trabajando los objetivos, revisión de tareas, la remodelación de los mismos, la transmisión de nuevas técnicas hace de este procedimiento algo más congruente y conexo; no los hace sentir trabajando en el aire.
9. **En cada sesión del grupo, uno o más individuos reciben ayuda asesora concreta:** En general, las sesiones donde no hay asesoramiento a al menos uno de los integrantes se suelen considerar poco productivas. Es necesario tomar en cuenta que otras actividades diferentes del asesoramiento pueden estimular una mayor cohesión, pero no tienen porqué ser el centro de la atención.
10. **En el asesoramiento del grupo no se da correlación positiva alguna entre el bienestar de los individuos que lo forman y la eficacia:** Obsesionarse por que todos estén tranquilos y serenos es una preocupación básicamente del principiante en terapia de grupo, que en muchos casos no suele abordar los sentimientos negativos ni suyos ni del paciente. Es necesario buscar emociones pacíficas y serenas en los pacientes, pero no con ello queremos decir que vamos a evadir tocar puntos dolorosos que sirvan de ayuda al paciente.

11. El asesoramiento de grupo, las emociones negativas no se consideran malas ni se evitan: Es necesario abordar actitudes negativas que se den en el campo grupal, claro que no hay que disculparlas, ni rechazarlas. Los grupos apaciguadores que rechazan todo tipo de actitud perturbadora, son poco eficaces que no permiten un buen aprendizaje de conductas más adaptativas.

12. En el grupo de asesoramiento toda conducta es “neutral” ni buena ni mala: En general los sujetos menos eficaces son los que preguntan constantemente si algo es correcto o incorrecto, o los que buscan casi obsesivamente la aprobación de los demás. Se debe trabajar desde un punto neutral y objetivo, no es bueno que le guste o le disguste determinada forma de actuar, con esto conseguiría estimular al resto del grupo a buscar constantemente la aprobación de los demás.

3.2.4. TÉCNICAS A APLICAR

Son varias las técnicas que se pueden aplicar para el tratamiento de la depresión. A continuación se explicarán algunas de las que han obtenido buenos resultados:

3.2.4.1. TÉCNICAS COGNITIVO-CONDUCTUALES

Beck (2003) propone algunas técnicas cognitivas y conductuales esenciales para el tratamiento de la depresión. Cuando al paciente se le ha explicado los fundamentos de la terapia es posible llevar a cabo estas estrategias; vale tomar en cuenta que siempre tenemos que asegurarnos que el paciente las ha entendido y que las puede manejar correctamente.

Entre ellas mencionaremos algunas de las más importantes:

- a) **Detección de pensamientos automáticos:** Primeramente, se le debe explicar qué es una cognición, cuáles son y cómo nos hacen sentir y actuar. Es necesario que el paciente, en su vida diaria, detecte cuántas cogniciones erradas sean posibles. Además sería conveniente que se tome un tiempo en el día para que analice los recuerdos y vivencias que ha experimentado y que detecte los pensamientos asociados a cada una de las mismas. Hay que solicitarle que registre todos los pensamientos negativos que han aparecido con la mayor precisión posible. Otra alternativa es que recuerde eventos que le han parecido negativos y que escriba los pensamientos derivados de ello. Por otro lado, también podemos aplicar cuestionarios para detectar cuáles son los pensamientos automáticos más frecuentes en el individuo y realizar un análisis de cómo estos le afectan a su vida personal. Cuando hemos hecho lo anteriormente mencionado, junto con el paciente, tenemos que realizar una prueba de realidad para conocer las evidencias a favor y contra. Con ello, el paciente se va a dar cuenta de cuán “realistas y ajustados” están estos pensamientos y de lo deformados que pueden estar. Es necesario que el paciente empiece a cuestionar los pensamientos asociados a sus estados depresivos, para que se vaya dando cuenta, de una manera realista que algunos pensamientos profundizan su enfermedad.
- b) **Reatribución o de-responsabilización:** Algo muy común en la depresión es que el paciente se atribuye la responsabilidad de hechos que no le corresponden, haciendo que su sintomatología aumente. Algunos pacientes tienen la tendencia de culpabilizarse exageradamente por cosas que salen de su control. Es necesario, como se dijo, hacer una prueba de realidad (revisar los hechos) examinando los acontecimientos y atribuyendo responsabilidad a quién en verdad le corresponde. Con ello libramos “de culpas” a la persona y estimulamos su capacidad de objetividad. Conforme va tomando objetividad, va buscando caminos para detectar si se trata de su responsabilidad o no.

- c) **Búsqueda de soluciones alternativas:** Con esta técnica pretendemos que el paciente tome distancia de sus propios pensamientos automáticos y amplíe su capacidad de criticar sus rígidos patrones de pensamiento. Los problemas que anteriormente le parecían imposibles de resolver, ahora los puede ver desde otro punto de vista. Es necesario incentivar que él mismo desarrolle soluciones alternativas, lo que activa en él una investigación y profundización mayor y más acertada. Con ello, las soluciones que antes desechaba, pueden ser tomadas en cuenta nuevamente desde un plano más positivo y útil. El terapeuta no debe pasar por alto cuando el paciente le comenta que lo ha intentado todo, más bien debe poner énfasis en la técnica y en su utilidad. Además, hay que estimular en el paciente el uso de esta técnica en el presente y en el futuro. Esta estrategia ayuda a desarrollar un nuevo enfoque a los problemas que son vistos como imposibles de resolver, proporcionando sentimientos positivos y mejorando sus capacidades.
- d) **Registro de pensamientos inadecuados:** Un modo muy útil es enseñar al paciente a registrar sus cogniciones en tablas. En ellas deben constar la situación agobiante, lo que pensó inmediatamente, el sentimiento que le produjo dicho pensamiento, las soluciones o pensamientos realistas alternativos (o soluciones alternativas) y el resultado. Esta técnica permite una excelente reestructuración del pensamiento; les ayuda a evaluar y eliminar, de una manera sencilla, los pensamientos distorsionados reemplazándolos por cogniciones acertadas. Para aplicar estos ejercicios, el terapeuta debe darle ejemplos sencillos de una manera detallada. Cuando el paciente domina esta técnica, poco a poco empieza a cuestionar más a sus propios pensamientos y su capacidad de resolver problemas mejora significativamente.
- e) **Identificación de los esquemas inadecuados (Flecha descendente):** Como sabemos, un supuesto personal es un patrón de cogniciones estables que se mantienen activos durante mucho tiempo y que también pueden desactivarse por periodos determinados, estos son generados en etapas tempranas de la vida. Es necesario no quedarse sólo en los

pensamientos disfuncionales, sino que hay que investigar los supuestos o creencias básicas subyacentes, porque estos predisponen a la persona a la tristeza o a la depresión. Beck determinó algunos supuestos básicos: “para ser feliz debo siempre ser exitoso”, “debo ser aceptado siempre”, “si me equivoco es porque no valgo nada”, “mi valía depende de lo que piensen otros”. Además, una situación en específico puede despertar en una persona, no sólo esto, sino temores al abandono, a la muerte, etc. Ruiz, Ibernón (1996) comentan que la técnica de la flecha descendente suele partir de un evento o situación que preocupa al paciente, de los pensamientos automáticos que ha anotado en la tabla de registro, de palabras que suele usar frecuentemente (soy tonto, inútil, inepto, etc.), y de cómo describe a otros. Usando esto como base se debe decir que conteste lo siguiente “¿Y si eso ocurre entonces qué...?”; a la respuesta dada, nuevamente se repite la misma pregunta y así sucesivamente hasta llegar al supuesto personal. Luego de esto debemos realizar hipótesis y trabajar activamente para eliminar dichos supuestos a través de las técnicas cognitivas.

- f) **Asignación de tareas para la casa:** Para mejorar aún más la terapia, se le debe pedir al paciente que elabore los registros en casa, que programe diariamente actividades que le agraden y que le permitan dominar sus sentimientos negativos. Es necesario que el paciente se comprometa a llevar a cabo estrategias en su hogar, pues permite que el proceso terapéutico sea más productivo. Por otro lado, sería conveniente recomendar textos de lectura, una técnica muy difundida es la Biblioterapia. Se la puede aplicar de una manera psicoeducativa o para desarrollar la autoestima, resiliencia, capacidades de afrontamiento, etc.

Otras estrategias cognitivas y conductuales de gran ayuda son algunas señaladas por Burns (1990):

- a) **Pequeños pasos para pequeños pies:** Consiste en ir dividiendo cualquier tarea en pequeñas partes. Esto evita que el paciente se sienta

abrumado por algo que cree no poder conseguir o realizar. Se le pide que piense en algo que le gustaría hacer o en alguna responsabilidad específica, luego se le estimula para que haga un listado de todo lo que tenga que hacer para alcanzar la meta incluyendo la hora a realizar, el momento adecuado y la cantidad de trabajo que va dedicar. Es necesario hacer recomendaciones al paciente.

- b) **Hoja de predicción del placer:** Como sabemos la falta de actividad promueve la sensación de inutilidad en el depresivo. Esta técnica sirve significativamente cuando un paciente cree que no posee sentido hacer algo, logrando eliminar paulatinamente esta creencia. Se le pide al paciente que haga una programación de actividades satisfactorias que no ha podido realizar y que las registre en una columna. En la siguiente columna deberá colocar cuáles actividades hará sólo y cuáles acompañado. A continuación, en otra más, deberá predecir cuánta satisfacción le proporcionará cada actividad usando una escala del 0 al 100%. Cuando haya realizado cada una de las tareas deberá registrar el grado de satisfacción real que le produjo haber desarrollado cada meta que se propuso, igualmente del 0 al 100%.
- c) **Hoja antipostergación:** Muchas veces los pacientes depresivos tienden a dejar inconcluso lo que han emprendido, pues creen que es algo inalcanzable y aburrido o piensan que no son lo suficientemente capaces de llevarlo a cabo. Una estrategia para eliminar la postergación es elaborar un cuadro de cinco columnas; en la primera, se debe colocar las tareas que ha estado postergando; en la segunda, se debe registrar cuán difícil es cada paso de la tarea; en la tercera, se escribe cuán satisfactorio resulta llevar a cabo cada parte de la tarea; en la cuarta, se coloca cual fue la dificultad real y en la quinta (cuando ya se ha llevado a cabo la tarea) cuál fue la satisfacción que se obtuvo. Es necesario que desde la segunda columna hasta la quinta de califique las dificultades y satisfacciones con una gradación del 0 al 100%.

Esta estrategia proporciona una visión real de las dificultades que poseen las tareas y el grado de satisfacción que podemos obtener cuando las culminamos.

- d) **Cogniciones que interfieren en las tareas/Cogniciones que orientan las tareas (Tic/Toc):** Se trata de una técnica de doble columna que evita la postergación de las tareas y/o actividades pendientes. Cuando se está aplazando la realización de una tarea es necesario registrar los pensamientos que está asociados a ello en la primera columna; en la segunda se anota lo que incentiva y motiva la realización de la actividad. Si es posible, en la primera columna se debe anotar también cuál es el pensamiento asociado que está interfiriendo. Esta estrategia ayuda significativamente a desechar las cogniciones que son obstáculos en el alcance de objetivos, pues pierden poder cuando se las sustituye con cogniciones que orientan y motivan.

- e) **Pensamientos acalorados-pensamientos fríos:** Esta táctica sirve mucho cuando el paciente se torna irritable con mucha frecuencia. Ayuda a disminuir la ira y la frustración. Se procede a anotar en una columna las ventajas de la irritación en una situación determinada y, en otra, las desventajas. Se recomienda que el paciente haga este ejercicio cuando este calmado. Esto ayuda a elaborar de análisis de la realidad mucho más profundos y objetivos, así como también a que el paciente deje de percibir sus problemas como una hecatombe.

- f) **Ventajas de creer esto-desventajas de creer esto (análisis de costo/beneficio):** Primeramente, se diagrama un cuadro de dos columnas y una fila en la parte superior. En la fila se coloca con precisión el pensamiento o creencia arraigada; en la primera columna se escribe la mayor cantidad de ventajas que sustenten dicho pensamiento; en la segunda columna, en cambio, se anotan todas las desventajas que se derivan de dicha creencia o suposición. A través de este procedimiento las personas pueden desarrollar un pensamiento crítico sano, ayuda a ser menos inflexible y a disminuir los pensamientos

polarizados. Con mucha frecuencia, mientras más erróneo es el pensamiento, más desventajas se obtienen.

3.2.4.2. TÉCNICAS CONDUCTUALES PARA MEJORAR LA ASERTIVIDAD

Hugh Downs decía “una persona feliz no es una persona en determinadas circunstancias, sino una persona con determinadas actitudes”. Con ello queremos decir que para el tratamiento en habilidades sociales, sería conveniente aplicar técnicas asertivas, pues en la depresión estas se ven drásticamente deterioradas.

“Antes de la depresión, el paciente tenía un repertorio adecuado de conductas asertivas e independientes; sin embargo, ya deprimido, presenta un déficit en ambas áreas. En este momento, la falta de asertividad y la dependencia se convierten en síntomas objetivo, haciéndose necesario el entrenamiento en asertividad y/o autoconfianza” (Beck, 2003. pág. 170).

Para Smith (1977) el trabajo en asertividad es muy importante. Este ayuda significativamente a las personas a poder lograr reaccionar y actuar adecuadamente ante las situaciones estresantes y no estresantes. Ayuda a identificar modos adaptativos de acción mejorando significativamente la capacidad adaptativa de relacionarse con los demás. Como se explicó con anterioridad, en la depresión se da un deterioro de las habilidades sociales en el individuo afectado. A continuación se explicarán una serie de estrategias que sirven para mejorar dichas habilidades; las mismas son citadas por la Mst. Cobos (Tesis de Maestría, 2008).

- a. **Técnica del disco roto (o disco rayado):** Consiste en repetir nuestro punto de vista con mucha tranquilidad; es necesario no permitir que

hechos sin relevancia aparezcan. No importa repetir varias veces que no se está de acuerdo; la persistencia armónica nos ayuda a no enfrentarnos negativamente con los demás. Ej. Sí, pero... Sí, lo sé, pero mi punto de vista es... Estoy de acuerdo, pero... Sí, pero yo decía... Bien, pero todavía no me interesa.

- b. **Técnica del acuerdo asertivo:** Se trata de contestar a la crítica del otro aceptando verdaderamente que se ha cometido un error (si lo hubo), es necesario que quien emplee esta técnica separe el hecho de ser una buena o mala persona por haber errado. Ej. Tienes razón, olvidé por completo nuestra reunión. Generalmente, soy más responsable y delicado).
- c. **Técnica de la pregunta asertiva o interrogación negativa:** Es necesario incitar en la otra persona una crítica; el objetivo fundamental es recabar información acerca de lo que a la otra persona le molesta de nosotros; con esto podremos aclarar o modificar conductas, además de eliminar la manipulación. Ej. Comprendo que no te haya gustado mi comportamiento de la otra noche. ¿Qué fue lo que verdaderamente te molestó? ¿Qué es lo que te molesta de mí? ¿Qué hay en mi forma de ser que te disgusta?
- d. **Técnica para procesar el cambio:** Hay que desplazar el foco de la discusión, dejar aparte el tema del problema; se debe analizar cuál es realmente el problema entre la otra persona y usted. Ej. Nos estamos saliendo del tema. No sería adecuado salirnos de lo que estamos haciendo para hablar de asuntos negativos. Creo que estás molesto. ¿Es así?
- e. **Técnica de la claudicación simulada (Banco de niebla):** Esta técnica aparente cede terreno a la otra persona que nos está manipulando, pero nos ayuda a no alejarnos en nuestra propia postura. Esta estrategia nos provee de la habilidad para no dejar que las otras personas se salgan con la suya, y de no negar ninguna crítica de la que somos objeto,

porque hacerlo sería el inicio de algún problema. Es necesario que siempre se escuche atentamente la crítica, para contestar de manera similar. De esta manera: ¡Siempre llegas tarde a cenar! Es posible que tengas razón, a veces llego tarde a cenar. ¡Has vuelto a vestirte mal! Es posible, de vez en cuando me visto mal.

- f. **Técnica de ignorar:** Hay que ignorar al interlocutor cuando está enojado y postergar la conversación para después, cuando este se haya tranquilizado. Ej. Noto que en este momento estás muy alterado. ¿Qué te parece si hablamos luego?
- g. **Técnica del quebrantamiento del proceso:** Cuando nos critican es recomendable también responder con una sola palabra o frases lacónicas. Ej. Sí. No. Puede ser. Tal vez.
- h. **Técnica de la ironía asertiva:** Consiste en responder de manera positiva a la crítica. Ej. Gracias.
- i. **Técnica del aplazamiento asertivo:** Para usar esta técnica hay que posponer nuestra respuesta ante una crítica desafiante, hasta que nos sintamos tranquilos y capaces de afrontar la situación con serenidad y adecuadamente. Ej. Me gustaría hablar de ese tema en otro momento. Me reservo esa opinión para luego.

Cuando usamos las técnicas de asertividad la gente suele tranquilizarse y cooperar; en otros casos pueden responder de la siguiente forma:

- j. **Reírse:** Algunas veces se ríen y se burlan o contestan de modos hilarantes. Ej. Sólo te demoraste dos horas, pues yo he sido todavía más irresponsable contigo. Cuando se da esto es necesario combinar la respuesta con una técnica de procesar el cambio: Tus chistes nos están desviando del asunto que vamos a tratar. También se puede usar la técnica del disco rayado: Sí, pero...

- k. **Culpar:** A veces las personas reaccionan con críticas que nos hacen sentir culpa. Para ello se podría usar la técnica del banco de niebla: Siempre llegas tarde, eres un irresponsable. Es posible que tengas razón, puede ser que sea un irresponsable por haber llegado tarde hoy. También podemos reaccionar sin estar de acuerdo con lo que nos dicen: No es cierto, sólo hoy llegué tarde, todos los días llego puntual.
- l. **Atacar:** Algunos responden con agresividad y críticas personales muy fuertes: ¿Quién te has creído que eres? ¡Tú solo eres un tonto! Las técnicas más adecuadas en estos casos son la de la ironía asertiva - Gracias-, la del disco roto -es posible que sea un tonto, pero...- o la de ignorar -creo que estás demasiado molesto, más tarde nos ocuparemos de esto-.
- m. **Interrogar:** Hay veces que cuando no estamos de acuerdo con algo las personas empiezan a interrogarnos constantemente y, en algunas ocasiones, nos convencen sin que estemos totalmente de acuerdo: ¿No quieres ir porque ya no me quieres? ¿Te estás volviendo un aburrido? ¿Tal vez es que estás triste? La mejor estrategia para estos casos es usar la técnica para procesar el cambio: Cariño, no tengo ningún problema contigo. Simplemente no quiero salir hoy. Es todo.
- n. **Utilizar la autocompasión:** La otra parte intenta manipularle usando lágrimas y acusaciones no directas. Para evitar que se siga dando esa actitud es importante seguir por un momento la corriente y usar la técnica del acuerdo asertivo. Ej. Sé que es una situación incómoda para ti, pero es un asunto que no puedo dejar de lado.
- o. **Buscar sutilezas:** La otra persona intenta discutir sobre la legitimidad de sus sentimientos o sobre la magnitud del problema, etc., para así distraer su atención. Utilice en estos casos la técnica para procesar el cambio (Nos estamos entreteniendo en sutilezas y apartándonos de la cuestión principal), junto con la reafirmación de su derecho a sentirse como se siente.

- p. **Amenazar:** La otra parte empieza a amenazarle y a darle a usted un trato coercitivo para lograr sus objetivos: Si sigues portándote de esa manera tendrás que salir de la casa y no regresar nunca más. En estos casos lo más recomendable es usar la técnica del quebrantamiento del proceso –quizá, si, no– y la de la pregunta asertiva –¿Qué te molesta de mi forma de ser?– también puede utilizar la técnica para procesar el cambio –es esto una amenaza– o la de ignorar –hablaremos de esto más tarde, estás muy enojado–.
- q. **Negar:** A veces le quieren hacer creer que es usted el que se equivoca: Yo no lo hice, fuiste tú. No me malinterpretes. Es importante hacerle ver a la otra persona lo que realmente usted ha entendido o lo que ha sucedido. Una buena técnica sería la del banco de niebla: Si, pero me parece que escuché...

3.2.4.3. TÉCNICAS GRUPALES

Dyer y Vriend (1992) proponen técnicas que ayudan al director del grupo a trabajar desde un modelo acertado y no intuitivo. Para estos autores, la improvisación y la falta de planificación conllevan a una poco profesional estructura de trabajo. A continuación las explicaremos.

- a. **Identificar, aclarar, etiquetar y reflejar datos personales procedentes de los miembros de grupo:** El verdadero asesor sabe cuándo debe aclarar, el identificar datos personales del individuo, no sólo actúa como un mero observador, sino que los datos observados nos divide en cognitivos, sentimentales y conductuales. Es difícil aclarar cuándo debe hacerlo y cuándo no, pero es responsabilidad del director hacerlo en el momento indicado y con las palabras correctas. Esto ayuda al paciente a tener en cuenta de que puede decir lo que siente o

piensa aunque a la otra persona no le agrada. Las ayudas que reciba en el grupo le fortalecerán para saber decirlas y actuarlas sin que ello cause culpa en el paciente.

- b. **Se debe identificar, aclarar, etiquetar y reflejar sentimientos:** Los sentimientos están presentes en todas las personas y se tratan de reacciones a ideas que experimenta la persona. Ellos adoptan formas determinadas como expresiones faciales, movimientos corporales, tono de voz, reacciones fisiológicas, etc. Cuando el asesor tiene motivo real para abordarlos, debe hacerlo. Por ejemplo haciendo énfasis en ciertas formas de reaccionar que impliquen la expresión de sentimientos y enlazarlos con eventos que estremezcan al integrante.
- c. **Se debe identificar, aclarar, etiquetar y reflejar datos de conducta:** Todo el mundo está comportándose, aunque no haga nada directamente. Es deber del asesor interpretar también las conductas que expresa el individuo, pues no es lo mismo y una sonrisa provocada por felicidad o una que encubre un dolor interno profundo. El asesor a lo largo de su formación va aprendiendo continuamente los significados de las conductas, y sabe que cada una tiene un significado. Saber qué significa cierto comportamiento, gesto, actitud, etc., ayuda al director del grupo a intervenir de manera adecuada y en el momento preciso.
- d. **Se debe identificar, aclarar, etiquetar y reflejar datos cognitivos:** Este apartado tiene que ver con el análisis de los procesos y productos mentales, juicios y valoraciones morales, con el modo en que los integrantes ponen en palabras lo que perciben. Este tipo de intervención tiene como objetivo mejorar la conducta mental para el individuo haga un uso adecuado de su inteligencia y de su modo de ver la cosas, porque el pensar de determinada forma nos guía a sentir y actuar positiva o negativamente. Ponerse demasiado intelectual, teorizar vagamente, etc. no ayuda significativamente.

- e. **Enfrentamiento:** En general, son vistos los enfrentamientos como algo agresivos en la sociedad. En el caso del asesoramiento, esa idea no debe pasar por la cabeza de los integrantes. El director del grupo debe encontrar las incongruencias entre los pensamientos, sentimientos y actitudes que tienen los integrantes y hacérselas conocer del modo más sutil, sin que parezca que el asesor está en desacuerdo. Dar a conocer estas discrepancias ayudará a que el individuo encuentre mejores formas de perfeccionamiento.
- f. **Resumir y revisar material importante:** Es una técnica muy importante y que debe ser aplicada tanto al final de la sesión como al finalizar el asesoramiento con un integrante y ya se vaya a pasar u otro. Esto ayuda a que los participantes recuerden lo que se ha hecho y continúen identificando el trabajo en sus objetivos. Esta técnica aparte de resumir lo que se ha hecho, disminuye la tendencia a posibles mal interpretaciones, aminora los pensamientos desviados y los olvidos e incrementa la capacidad de síntesis en los integrantes.
- g. **Interpretación:** Se trata básicamente de informar al interesado el significado de sus afirmaciones que son expresadas en forma de conductas verbales y no verbales. El asesor sabe que toda conducta tiene un significado, pero también las interpretaciones son acercamientos de lo que puede ser; no hay que ser radicales. El objetivo de la interpretación no es el de convencer, sino el hacer pensar al integrante del grupo.
- h. **Reformular:** El asesor reelabora con otras palabras lo que ha dicho un integrante con el fin de que todos lo comprendan mejor y que la información sea más significativa. No significa sustituir lo que han dicho con sinónimos, sino que se trata de centrarse en la esencia de lo que ha escuchado y expresarlo libre de ambigüedades y si se agrega una sugerencia es mucho mejor.

- i. **Establecer conexiones:** Se trata de agrupar fragmentos de vivencias que están relacionadas y que el integrante no conoce dicha conexión. El asesor debe estar atento a los datos que van saliendo, debe escuchar atentamente y guardar toda la información que sea necesaria. El objetivo es dar un nuevo enfoque al miembro del grupo a través de la aclaración para que este se oriente al cambio positivo. La identificación del hilo unificador es necesaria e importante porque ayuda al individuo a darse cuenta de que esas conductas lo están arrastrando a actuar de forma incorrecta.

- j. **Iniciación:** Se trata de la capacidad del director de actuar en ciertos momentos con el objetivo de hacer participar a los miembros cuando la situación así lo requiera. Para que esta técnica sea eficaz el director debe tener un plan de trabajo, pero no debe ajustarse rígidamente a este. Hay veces que los programas pueden dejarse de lado por un momento para centrarse en otras áreas menos profundizadas. Una buena iniciación sería aquella que recuerda los objetivos de los integrantes y hace que estos los vuelvan a valorar, los califiquen y desarrollen nuevas formas de llevarlos a cabo si es necesario. Lo que se persigue con este apartado es movilizar al grupo que se podría estar estancando.

- k. **Tranquilizar, alentar y apoyar:** Es clave en el proceso terapéutico brinda apoyo cuando un miembro del grupo se está estancando en eventos que lo hacen sentir abrumado y no lo dejan desarrollarse personalmente. Por ello hay que tener la sensibilidad de reconocer cuándo los integrantes necesitan aliento y cómo transmitirles fortaleza. Hay que determinar que no se trate de un deseo de ser mimados y de llamar la atención para no reforzar estas actitudes. Algunos miembros que no reciben apoyo o aliento por parte de los directores del grupo, simplemente se les imposibilita mejorar como seres humanos y trabajar para cumplir sus objetivos. Hay que destacar que los compañeros del grupo también son una agradable fuente de consuelo, pero si ellos no

aprenden bien esta técnica por parte del terapeuta lo que harán es sólo compadecerse y sentir lástima de los demás.

- l. **Intervenir:** Se trata de interrumpir una actividad en el grupo cuando esta no está aportando nada al resto de miembros. Se aplica esta técnica en los siguientes momentos:

1. Un miembro del grupo de asesoramiento habla por todos.
2. Un individuo habla por otro en el grupo.
3. Un miembro del grupo se centra en personas, condiciones o acontecimientos exteriores al grupo.
4. Alguien busca la aprobación del asesor o de un miembro del grupo antes y después de hablar.
5. Alguien dice: no quiero herir sus sentimientos, así que no lo diré.
6. Un miembro del grupo sugiere que sus problemas se deben a algún otro.
7. Un individuo indica que “yo siempre he sido así”
8. Un individuo dice: “Esperaré y cambiarán las cosas”.
9. Se manifiesta una conducta contradictoria.
10. Un miembro del grupo aburre divagando. (Dyer y Vriend, 1992, pág. 233).

- m. **El silencio:** Ayuda a que los integrantes del grupo tengan la iniciativa de participar. El silencio es un momento que propicia en el director la toma de información. Cuando un novicio se enfrenta al silencio dentro del marco grupal, empieza a sentir miedo, ansiedad y empeora las cosas. El silencio puede ser interpretado también y hay que estimular la tranquilidad y no sentimientos de culpa en los participantes.

- n. **Identificar e interpretar la conducta no verbal:** Se trata de analizar de una manera eficaz la conducta no verbal de los individuos. En el contexto grupal es más importante analizar esto para no dejar escapar datos importantes; cada persona se está comunicando y hay que lograr

saber qué es lo que dice. Luego hay que saber cómo explicar al integrante lo que está comunicando.

- o. **Utilizar mensajes claros, concisos y significativos:** Tiene que ver con la simplicidad para comunicarse, dejando de lado intelectualizaciones innecesarias, razonamientos profundos, comentarios vagos, etc. Hay veces que los integrantes se confunden, no ponen atención a los otros, está divagando, en fin, se desvían y pierden el hilo; una estrategia es “igualarlos” de tal manera que entiendan bien las cosas y no terminen más confundidos. Una sugerencia válida es tratar de perfeccionar la capacidad de manejar el idioma correctamente y hablar con terminología no tan técnica, sino la que más entiendan los participantes.
- p. **Centrar la atención:** Es una técnica eficaz cuando el grupo se está saliendo por la tangente o cuando estás manejando temas que poco aportan al desarrollo de la terapia. El asesor hace que los participantes se mantengan conversando acerca de temas significativos; en todo caso lo que hace es cortar la divagación y las desviaciones.
- q. **Limitar, controlar y evitar acontecimientos que pueden ser explosivos y dividir al grupo:** El asesor debe estar pendiente de si un tema o acontecimiento pueda provocar una explosión entre los miembros del grupo. Hay veces que ciertos participantes no se llevan entre sí o mantienen divergencias entre sí, ya sea por diferencias de pensamiento, carácter, etc., es allí donde debe intervenir y evitar roces; de lo contrario la credibilidad del asesor podría verse afectada de alguna manera negativa. Hay veces en que el asesor debe encontrarse con algún miembro fuera del contexto grupal para analizar sus preocupaciones y evitar cualquier tipo de problema entre los integrantes.
- r. **Establecer objetivos:** Es fundamental a lo largo de la terapia especificar y alentar la consecución de los objetivos de cada miembro; esto ayuda a desarrollar plenamente la personalidad y aspiraciones de los integrantes. Para que los participantes logren sus expectativas es

necesario que los practiquen dentro del marco grupal, los especifiquen y analicen las formas de lograrlos, dado que este entorno es un lugar donde se pueden equivocar y corregir; en la vida real las equivocaciones no suelen ser corregidas y son vistas de manera negativa. Además en el ambiente grupal hay testigos que pueden hacer que el integrante se haga más responsable con sus objetivos y los logre conseguir por el hecho de comprometerse con ellos ante la expectativa del resto. Es necesario que el individuo acepte sus objetivos y que no se los impongan, deben ser concretos, deben ser mensurables y alcanzables; además estos ayudan a conseguir cambios positivos en la persona y su logro ayuda mantener una buena autoconfianza.

- s. **Facilitar el final:** No sólo se refiere a la finalización de la terapia o de una sesión determinada, sino al paso de un tema a otro. Esto se da cuando un tema no es productivo o cuando ya se ha asesorado a un individuo y se quiere pasar a trabajar con otro integrante. Cuando se quiere terminar la sesión una buena forma sería dar un resumen de lo que ha pasado dentro de ese tiempo, atar cabos sueltos, aclarar situaciones, revisar los objetivos, etc.

Técnicas concretas en el proceso de la dirección en el asesoramiento del grupo: Además de las técnicas revisadas anteriormente dentro del proceso grupal es necesario aplicar otras técnicas útiles para mejorar el desempeño de los participantes, su desarrollo personal y la consecución de sus objetivos. A continuación se explicarán brevemente varias estrategias que proponen Dyer y Vriend (1992).

- a. **Inicio del proceso de asesoramiento de grupo: Los miembros del grupo se presentan:** Luego de que el director habla acerca de lo qué es una terapia grupal, pide a los integrantes que se presenten. Es este caso, se recomienda que no usen lo tradicional: edad, profesión, estudios, estado civil, datos de la familia viajes, etc. Es necesario que la presentación se enfoque el aspecto humano de cada quien, es decir

presentarse como la clase de ser humano que se es. Primeramente el director tiene que presentarse. Se debe tomar en cuenta las satisfacciones, frustraciones, aspectos que nos enojan, cualidades, defectos, si se es feliz o infeliz, qué nos incomoda, cuándo fue la última vez que lloramos, etc. Es una técnica que ayuda a profundizar en la personalidad de cada cual y a romper el hielo de una manera creativa, además ayuda a encontrar los primeros objetivos a trabajar.

- b. **Los miembros del grupo se presentan, pero con el tono de las primeras impresiones:** Se les pide a los integrantes que anoten los nombres de todos en una hoja a manera de listado; luego se los incita a escribir frente al nombre de sus compañeros cuáles fueron sus primeras impresiones, incluso se les dice que confíen en su intuición, deben basarse en la mayoría de datos que tengan a su alcance. Esta técnica es fundamental en la primera sesión y no tiene mayor validez en las siguientes. Es particularmente útil que se les pida a los integrantes que digan sus impresiones luego de que uno de los miembros haya terminado su presentación y así sucesivamente con el resto de participantes. Esta técnica ayuda a que cada integrante sepa cómo es visto por los demás, por otro lado fomenta el desarrollo de objetivos para eliminar posibles rasgos negativos que despierten en otras personas y a escuchar las opiniones que tienen los otros integrantes estimulando una comunicación franca entre los miembros del grupo.
- c. **Punto de partida: El grupo acuerda dónde empezar:** Luego de informar los participantes acerca del proceso de asesoramiento se les pide que anoten en un papel una conducta negativa que les interesaría modificar. El director recoge los papeles y se les pide a los integrantes que escojan una y que no tomen la suya. Se les pone un número a las tarjetas (si son 5, de 1 al 5 sin que se repitan los números). Se les pide que califique todos cada tarjeta de la siguiente forma del 1 al 5 indiferencia absoluta para trabajar con ese problema; del 6 al 7 una actitud relativamente positiva para tomar en cuenta ese problema; 8, 9, 10 actitudes marcadamente positivas para trabajar entre todos ese

problema. Entre todos los integrantes se realiza la calificación de cada una de las tarjetas. Luego junto con el director se analizan las razones de dichas calificaciones, pero primeramente se ponen las tarjetas en orden de importancia (de las que alcanzaron más nota a las de menor calificación. A continuación se identifica a la persona que alcanzó el mayor puntaje y se empieza el trabajo del objetivo de esa persona. Esta técnica proporciona cooperación y trabajo en equipo, además ayuda a que los participante se pongan en mayor contacto con los otros compañeros.

- d. **Iniciación de un grupo: Dar una frase a completar tras iniciar las tareas del grupo:** Igualmente, sirve para analizar y encontrar objetivos de perfeccionamiento, y se la realiza tras la explicación de lo qué es la terapia de grupo. Se les pide a los participantes que terminen las siguientes frases: “lo que nadie ha entendido nunca de mí es...”, “lo que me diferencia de la mayoría de la gente es que yo...”, “lo que más me gustaría cambiar de mí mismo es...”. Esta técnica se la puede aplicar en cualquier momento de la terapia, pero es más recomendable a principio. Básicamente ayuda a identificar objetivos a trabajar y estimular el autoconocimiento profundo en los individuos, pues les permite proyectar sus vivencias. El director del grupo podría autoaplicársela para que los integrantes no tengan dificultades al realizar la técnica, sólo con esa finalidad.
- e. **Escribir una carta oral:** Se les pide que se retiren a un sitio aparte para que cierren los ojos y se concentren en hacer una carta oral que podría ser dirigida a un familiar, amigo, colega, etc., con el cual tengan un conflicto pendiente, incluso pueden dirigirla a una persona que ha fallecido. Se les incita a que digan lo que nunca han podido decirles y les causa mucha preocupación. El director del grupo debe tomar nota de todo cuanto pueda. Luego se les pide que digan cuáles fueron sus reacciones y sentimientos. A continuación el asesor reescribe la carta allí mismo quitando los reproches y sugerencias de cambio que van dirigidas al receptor; tiene que reescribir la carta desde el punto de vista

de una persona objetiva y responsable. Se incita a que todos proporcionen estímulos positivos y aliento; además de ayudar con alternativas para que la otra persona encuentre forma de afrontar su problema. Este tipo de soliloquio es particularmente catártico y produce mucha desensibilización por parte de integrante, por ello hay que manejarlo de una manera adecuada.

- f. **Subdivisión del grupo en parejas o tríos:** Se pide a dos o tres integrantes que se sienten frente a frente en el centro del contexto grupal. Lo primero que debe hacerse es pedirle a un integrante que le diga todo cuanto pueda ayudar al otro miembro del grupo, ese integrante debe basarse en todo lo que ha aprendido de su compañero; luego se le pide lo mismo al otro miembro, de modo que ambos reciban alternativas. Luego de realizada esa parte de la tarea, se les pide que ambas personas dialoguen y busquen un objetivo a trabajar en el grupo, tomando en cuenta los estímulos positivos que dieron en la primera parte. Para realizar esta técnica se les asigna un tiempo prudencial; hay que cerciorarse que todos han entendido lo que tienen que hacer. Ambas partes deben comprometerse a ayudar a lograr el objetivo del compañero con quien le tocó. Esta técnica es muy buena para mejorar la comunicación entre los participantes y para que haya testigos para que se logren los objetivos, además estimula la cooperación, confianza y trabajo en equipo. Es bueno usarla en cualquier momento de la terapia, pero es especialmente útil cuando las relaciones se han empobrecido o cuando el grupo tiene poca vitalidad.
- g. **Lo bueno de ser...:** Se le pide a un miembro que ha sido el centro de la atención que mencione una cualidad negativa o derrotista de su personalidad. Luego se inicia una frase inconclusa (“lo bueno de ser...”) y se le pide que la complete una y otra vez con todas las formas que pueda. La técnica ayuda a comprender que bajo una conducta negativa siempre hay excusas que la mantienen. Cuando el integrante no tiene una buena comprensión de lo que es como persona, difícilmente podrá realizar esta técnica; es bueno aplicarla cuando los individuos han logrado

un bien nivel de autocomprensión. Les ayuda a encontrar más objetivos para trabajar y les incentiva a analizar más profundamente sus actitudes negativas.

- h. **Repite y reacciona luego:** Se pide a dos personas que se sienten en el centro del grupo frente a frente. “El individuo X hace un comentario al individuo Y que antes en el contexto del grupo, le ha sido difícil comunicar. Y debe repetir a completa satisfacción de X lo que éste acaba de decirle. Y reacciona luego a lo que dijo X y X repite lo dicho por Y a completa satisfacción de éste”. (Dyer y Vriend, 1992, pág. 273). Si el mensaje no ha sido entendido por la otra parte, el individuo tiene que repetirlo hasta hacerse entender. El objetivo oculto del asesor es lograr una mejor comunicación entre dos personas que han tenido cierta oposición o para mejorar la comunicación entre todos los miembros del grupo.
- i. **Fin del proceso de asesoramiento de grupo: Intercambio de reacciones:** En la reunión final se les pide que hagan un listado de los nombres de los integrantes y que pongan a frente un rasgo positivo y una que consideraría que el compañero tenga que seguir trabajando a futuro. Esto sirve para que sigan trabajando en sus objetivos y que perfeccionen rasgos de su carácter que aun no han sido modificados, además estimula al individuo a valorar sus rasgos positivos.

Psicodrama: Dentro del marco grupal el psicodrama es bastante usado. Moreno lo presentó como una forma de psicoterapia que es posible de ser ampliamente aplicada. Pone al paciente sobre un escenario, donde este puede resolver sus problemas o conflictos con la ayuda de unos pocos actores terapéuticos. Este procedimiento sirve para diagnosticar y para tratar. (Moreno, 1946; citado por Castañedo, 2000). El psicodrama posee elementos como: El director que se encarga de producir la obra, guiar la técnica y analizar; el protagonista, quien va a representar la obra (expresar teatralmente su problema); los “yo auxiliares”, quiénes ayudan al protagonista a representar su obra; el público que participa activamente de la obra. Además el escenario

debe propiciar la dramatización, siendo cómodo y tranquilo. La primera fase de esta técnica es el calentamiento, que consiste en la preparación de la actuación, el protagonista necesita interiorizar y planificar lo que va a hacer; luego se da paso a la actuación propiamente dicha que puede durar desde unos cuantos minutos hasta una hora. Por último, todos comparten lo que experimentaron, aportan con datos emotivos, preguntas, interpretaciones etc. El juego de roles, el doble, el soliloquio son otras técnicas relacionadas con el psicodrama. (Brenes y González en Castañedo, 2000).

3.2.4.4. TÉCNICAS RELACIONADAS CON LA ARTETERAPIA

Según Arias, Vargas (2003) este tipo de terapia apareció a mediados del siglo XX, como un método para comunicar lo que no podemos a través de las palabras, es una alternativa frente a otros métodos terapéuticos que valoran el discurso del paciente y utiliza para ello métodos como la pintura, la música, la danza, etc. Es ampliamente utilizada con muchos tipos de pacientes, sean estos leves o crónicos. Es importante que el paciente no se preocupe si no es un artista, lo representativo es que se deje llevar por la técnica que le sea aplicada, que logre expresarse, que mejore su creatividad y que acceda de manera fácil y amena a sus características personales, a los problemas que le perturban, y que logre relacionarse con ello desde otro marco de comunicación. Esto representa una buena alternativa para que el mismo paciente interprete cómo es interiormente. Existen dos modos de aplicar el arte terapia: De una manera no directiva y de forma guiada. De la forma no directiva el terapeuta deja que el paciente de rienda suelta a su creatividad, a expresar con libertad sin tener que preocuparse por el resultado final de la obra. La otra forma de aplicación es llamada estructurada o directiva, en esta el terapeuta le pide al paciente que realice un trabajo determinado proporcionándoles los materiales necesarios para que lo lleve a cabo, el objetivo es trabajar más profundamente ciertas áreas que requieran mayor atención. Al finalizar ambas formas de trabajar en arteterapia se procede a analizar cuál es el sentido de las obras, qué es lo

comunican, se trata de develar cuál es el trasfondo de la obra. Se puede mezclar ambas formas dependiendo de las necesidades del tratamiento. Son diversas las formas en que la inclusión del arte beneficia a la terapia. Incluir música de reflexión e instrumental ayuda a hacer análisis de la realidad a relajarse y distender; igualmente el baile es un método para sentirse más libres y dejar la timidez a un lado. El collage y la pintura son métodos de interiorización bastante efectivos que ayudan al paciente a tomar un poco más de contacto con su interior. (Arias, Vargas, 2003).

3.2.4.5. TÉCNICAS DE RELAJACIÓN Y VISUALIZACIÓN

Este tipo de técnicas proporcionan relajación, reducen los niveles de ansiedad y permiten a la persona un mayor contacto con su interior así como también proporcionan y estimulan una mayor introyección de datos relacionados con la terapia. Existen muchas variaciones de estas técnicas, algunas sólo se concentran en la respiración, otras introducen imágenes positivas e incluso tratan de, en la situación imaginaria, resolver problemas. Muchas de las técnicas descritas con anterioridad, se las tomó en cuenta para la elaboración del programa terapéutico, el mismo está colocado dentro del análisis de resultados, junto con las observaciones de cada sesión.

3.3. CONCLUSIONES

A lo largo de este capítulo se ha expuesto acerca de lo que implica el Modelo Integrativo y su interesante propuesta. Ello ayuda al terapeuta a aplicar una amplia gama de técnicas y conocimientos de varias orientaciones psicológicas. Además, se han elegido varias técnicas que se pueden aplicar dentro del contexto de la terapia grupal. Las mismas son útiles en el tratamiento de la depresión, considerando que las características propias del adolescente favorece el trabajo grupal.

CAPÍTULO 4

APLICACIÓN DE LA TERAPIA GRUPAL, DESDE EL MODELO INTEGRATIVO EN ADOLESCENTES DE LA UNIDAD EDUCATIVA LUISA DE JESÚS CORDERO, DE CUENCA

En el presente capítulo se incluye el proceso terapéutico, desde su planificación, evolución y resultados. Este tratamiento se aplicó a las alumnas diagnosticadas con depresión grave, en el Colegio Luisa de Jesús Cordero, de la ciudad de Cuenca. El diagnóstico se lo realizó con el test de Beck y el test de Casullo, los mismos fueron reaplicados al final de la terapia y también tres meses después para verificar los resultados de la terapia grupal. Además se realizaron fichas psicológicas en base a entrevistas individuales y con los padres de familia de las estudiantes. Cabe resaltar que los otros tests que se les aplicó (de personalidad y de pensamientos automáticos), se los usó básicamente para que las historias clínicas desarrolladas tengan información profunda del estado de las alumnas. Para la presente investigación, en el análisis estadístico, sólo se usaron los tests de depresión de Beck y de Casullo.

Objetivo General:

- o Aplicar la Terapia Grupal desde el Modelo Integrativo, en las adolescentes diagnosticadas con depresión grave de la Unidad Educativa “Luisa de Jesús Cordero” de Cuenca, para contribuir a una mejora de la calidad de vida y reducir la sintomatología depresiva que actualmente experimentan.

Objetivos Específicos:

- o Aplicar y evaluar la Terapia Grupal desde Modelo Integrativo.

- o Mejorar significativamente la visión de las adolescentes sobre sí mismas, el mundo y el futuro, que actualmente está muy deteriorada.
- o Facilitar que los familiares más cercanos de las alumnas sean fuentes de apoyo para que el tratamiento sea más eficaz.
- o Reducir los niveles de depresión de las alumnas, a través de la Terapia Grupal desde el Modelo Integrativo.

4.1. METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

Se utilizó una metodología descriptiva-transversal; se realizó un análisis de caso y un análisis de la dinámica grupal en cada una de las sesiones llevadas a cabo. Por otro lado, vale resaltar el carácter cuantitativo del análisis de los resultados, utilizando estadística descriptiva, pues, en un inicio se aplicaron dos tests (Beck y Casullo) para diagnosticar depresión en 10 de las 11 pacientes. Estos tests fueron aplicados por la Mst. Martha Cobos, como parte de su Tesis de Maestría, 2008. A una de las pacientes no le fueron aplicadas las pruebas, debido a que ya se contaba con un diagnóstico depresivo severo que se caracterizaba por un peligro inminente de su vida, tanto por un intento suicida muy reciente como por sus deseos de volver a hacerlo en cualquier momento.

Al finalizar las terapias se aplicaron las mismas dos pruebas, con el fin de conocer si hubo cambios en los niveles depresivos (graves) encontrados al inicio. Casi tres meses después, se aplicaron nuevamente los dos mismos tests; con el fin de comparar si los niveles de depresión se mantenían o, tal vez, si se habían incrementado o disminuido.

Muestra:

11 alumnas de la Unidad Educativa “Luisa de Jesús Cordero”, de Cuenca, diagnosticadas con depresión grave.

Procedimiento de la investigación:

1. Elaboración de la Ficha Integrativa de Evaluación Psicológica (FIEPS), a través de entrevistas individuales con las alumnas con quienes se trabajó.
2. Aplicación colectiva del test de rasgos de la personalidad de la FIEPS y del Inventario de Pensamientos Automáticos (Ruiz y Lujan, 1991), a las alumnas detectadas con depresión grave, para que las fichas psicológicas cuenten con mayor información.
3. Se establecieron reuniones con los padres de familia de las alumnas para brindarles una explicación de la forma de trabajo con ellas, para que conozcan la realidad de cada una e incitarlos a ser una fuente de apoyo en la disminución de los síntomas depresivos. Ningún padre de familia estuvo en contra de la realización de las terapias.
4. Desarrollo de la terapia grupal: Luego de hacer un análisis, se constituyeron dos grupos: uno de 5 alumnas (4 de décimo y 1 de noveno) y el otro de 6 (5 de primero de bachillerato y 1 de noveno), con el afán de coordinar con sus horas de clase. La duración de cada terapia fluctuaba entre una hora y media y cerca de dos horas.
5. Entrevistas psicoeducativas con los padres de familia.
6. Luego del cierre de la Terapia Grupal se les aplicó un retest de la Escala de Detección de la Depresión de Casullo y Cols., y la Escala de Depresión de Beck; después de tres meses se les aplicó otro retest más.
7. Finalmente, se realizó la calificación de los tests y el análisis cualitativo y cuantitativo de los datos obtenidos.

Técnicas e instrumentos de recolección de datos:

1. Ficha Integrativa de Evaluación Psicológica (FIEPS).
2. Test de rasgos de la personalidad de la FIEPS.
3. Inventario de Pensamientos Automáticos (Ruiz y Lujan, 1991).
4. Escala de Detección de la Depresión de Casullo y Cols.
5. Escala de Depresión de Beck.

4.2. ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS

Esta investigación partió del diagnóstico de depresión grave realizado por la Mst. Martha Cobos. Todo esto fue confirmado a través de la realización de la ficha psicológica a cada una de ellas a través de entrevistas individuales y con los padres de familia. Luego de la realización de la terapia se realizó un retest y luego otro pasados tres meses aproximadamente. Para el análisis de los datos se incluye aquí a las alumnas que se retiraron de la terapia antes de su finalización. Para profundizar en este punto indicamos que, del Grupo 1 no finalizó la terapia una paciente, y del Grupo 2, no lo hicieron dos pacientes (explicación que se dará posteriormente). Es necesario reiterar que el primer grupo estuvo conformado por cinco pacientes y el segundo, por seis.

Por otro lado, los test utilizados han sido ampliamente usados para investigaciones relacionadas con la depresión. El test de Beck es muy conocido por los clínicos y ha servido como una herramienta fundamental para el diagnóstico de la depresión. La forma de calificación de esta prueba es la siguiente: toda persona, que en el puntaje final sume hasta 4, posee niveles ausentes de depresión; de 5 a 7, leves; de 8 a 15, moderados; puntajes por encima de 16 indican gravedad en la depresión.

El test de Casullo y Cols., es otro test bastante conocido y usado empíricamente. Según su autor, este test posee mayor sensibilidad para el

diagnóstico de depresión en adolescentes. Básicamente proviene de otros test: Escala de depresión de Zung (1965), Escala de depresión de Beck (1961), Escala de depresión el MMPI (1960), Escala de Raskin (1970) y la lista de síntomas de Gardner (1968). (Cobos, Tesis de Maestría, 2008).

Para la analizar esta prueba tenemos que para:

Menos de 1 día se califica con cero puntos.

1-2 días se califica con un punto.

3-4 días se califica con dos puntos.

5-7 días se califica con tres puntos.

Las respuestas a los ítems positivos se evalúan de forma inversa. El puntaje total se obtiene de la suma de todos los puntajes parciales. Para determinar qué nivel de depresión posee la persona tenemos que tomar en cuenta los siguientes rangos: hasta 9 puntos, niveles bajos; de 10 a 25 puntos, niveles moderados o medios; de 26 a 60 puntos altos o graves.

4.2.1. ANÁLISIS CUALITATIVO DE LOS DATOS

En el presente análisis cualitativo, se expone la planificación y desarrollo de cada una de las terapias grupales, desde el Modelo Integrativo llevadas a cabo en la Unidad Educativa Luisa de Jesús Cordero de la Ciudad de Cuenca, con las adolescentes que presentaban depresión grave. Además, se incluye un análisis de cada caso estudiado y su evolución; ciertos datos tomados en cuenta han sido sacados de las fichas psicológicas de las pacientes para dar detalles más profundos a los(as) lectores(as).

4.2.1.1. PLANIFICACIÓN Y DESARROLLO DE LA TERAPIA GRUPAL, DESDE EL MODELO INTEGRATIVO

A continuación, encontramos una propuesta para el tratamiento grupal de la depresión desde el Modelo Integrativo, Esta propuesta contiene técnicas

cognitivas, conductuales (asertividad), de visualización y relajación, relacionadas con la resiliencia, arteterapia y musicoterapia.

Esta terapia se la planificó en base al diagnóstico de depresión grave, el mismo que fue corroborado a través de entrevistas individuales con las pacientes y con sus padres, lo que permitió llenar la Ficha Integrativa de Evaluación Psicológica y tener elementos a ser trabajados.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- o Homogeneidad en cuanto a diagnóstico: Depresión.
- o Se tomaron en cuenta a las pacientes que obtuvieron puntajes elevados (depresión grave) en al menos uno de los dos test aplicados.
- o Las pacientes deberán participar en el grupo de manera voluntaria.
- o Adolescentes que sean alumnas del Colegio Luisa de Jesús Cordero a partir del Noveno año de Educación Básica. Por la necesidad de que las pacientes entiendan ciertas técnicas que merecen mayor atención y concentración.
- o El carácter de los grupos es cerrado; es decir, que no podrán ingresar a los grupos terapéuticos otras alumnas fuera de la fecha de inicio de las sesiones grupales.

PLANIFICACIÓN Y DESARROLLO DE LAS SESIONES GRUPALES

PRIMERA SESIÓN

OBJETIVOS:

- o Fomentar la importancia de la Terapia Grupal en el tratamiento de la depresión.

- o Crear un clima de confianza entre las participantes haciéndoles que escojan por dónde empezar.

ACTIVIDADES:

1. Definición de lo que es la terapia de grupo, para qué sirve, para qué no.
Se contestarán inquietudes de las alumnas.
2. Se establecen las normas siguientes:
 - a. La confidencialidad de las sesiones.
 - b. El respeto de los horarios.
 - c. No pelear en la terapia y respetar los criterios de las compañeras.
 - d. No murmurar y poner atención a lo que se está hablando o ensayando.
 - e. Tomar en serio las actividades.
 - f. Cumplir con las tareas que se les asigne.
 - g. Si alguna llega a faltar se le realizará una sesión individual y, si no es posible, al inicio de la siguiente sesión las compañeras le enseñarán lo que aprendieron.
 - h. Saber escuchar a las compañeras y no burlarse de los comentarios que hagan.
 - i. La participación es de todas, sea activa o pasivamente.
3. Presentación de los miembros del grupo y determinación de las expectativas de cada una.
4. Establecer objetivos de trabajo.

GRUPO 1

Fecha: 10/03/08

Duración: 1:45

Número de participantes: 5

En general, el ambiente del grupo estuvo muy relajado. Todas las chicas preguntaban de qué forma se trabajaría, qué tiempo, etc. Las preguntas fueron contestadas y se observó que estuvieron satisfechas. Se habló

acerca de la normativa que deberían respetar; todas manifestaron estar de acuerdo. Se les pidió que cuando alguna integrante no obedezca las normas, entre ellas se encarguen de motivarle, dentro del grupo, a respetar las normas; todas estuvieron de acuerdo. En la presentación todas estuvieron muy desenvueltas y no se molestaron de la descripción que hicieron de ellas el resto de compañeras, y aceptaron trabajar en aquellas cosas que podrían estar fallando. Se conversó acerca de la importancia de la autoestima por pedido de una de las integrantes. Una de ellas solicitó que se incluya en la terapia técnicas de relajación a lo largo de la terapia. Quedaron satisfechas, y al final se acercaron para agradecer, una por una, por la terapia.

GRUPO 2

Fecha: 11/03/08

Duración: 1:40

Número de participantes: 6

El grupo estuvo bastante tímido. Algunas estaban interesadas en qué forma se trabajaría y durante qué tiempo. Se habló de las normas que se deben respetar, no se dio ninguna objeción; todas estuvieron de acuerdo, aunque bastante calladas. Además, se les solicitó que cuando alguna de ellas no respete alguna norma, entre todas deberían recordarle y motivarle a que la respete. En la presentación todas estuvieron desenvueltas y escucharon atentamente lo que sus compañeras decían de cada una. Determinaron en qué se trabajaría en adelante. Dos de las integrantes comenzaron a hacer preguntas acerca de la autoestima y se abrió un pequeño debate acerca de este tema. Al final de la terapia se las notó bastante relajadas, algunas se veían menos tristes y ellas mismas manifestaron que el haber hablado más sobre sus problemas y sentirse escuchadas y aceptadas es importante para no experimentar sentimientos de soledad.

SEGUNDA SESIÓN

OBJETIVOS:

- o Lograr la expresión de los sentimientos de las participantes en el marco grupal.
- o Trabajar en relajación para que se pongan en mayor contacto con su interior.
- o Prepararlas para la clase psicoeducativa de la siguiente sesión.

ACTIVIDADES:

1. Se pregunta a cada una cómo se ha sentido desde la primera sesión. Si es necesario se aclaran dudas existentes.
2. Escribir una carta oral
3. Ejercicio de relajación (tomado del libro Volver a Casa, Bradshaw, p. 279)
4. Se les avisa que se les dará una clase con información general sobre la terapia cognitiva.

GRUPO 1

Fecha: 13/03/08

Duración: 1:43

Número de participantes: 5

La sesión transcurrió con normalidad. Las alumnas estuvieron bastante participativas. La técnica de la carta oral fue especialmente importante, pues provocó mucha desensibilización por parte de dos integrantes del curso, ya que sus cartas expresaron el maltrato físico que sufrieron por parte de sus padres. El resto de alumnas las motivaron y les dieron ánimos. Se vio bastante identificación por parte del resto del grupo. Cuando se les comentó que se les iba a aplicar un ejercicio de relajación, todas estuvieron contentas. Durante el mismo estuvieron concentradas y dispuestas. Luego comentaron que les gustó el ejercicio y solicitaron más para próximas sesiones. Se les comentó que en la siguiente sesión se les iba a entregar el resultado de un test y datos generales sobre la terapia.

GRUPO 2

Fecha: 13/03/08

Duración: 1:50

Número de participantes: 6

La sesión fue poco participativa. En la técnica de la carta oral, las chicas no querían abrirse ni compartir lo que guardaban. Se les pidió que la escriban y la compartan con el resto del grupo. Se les facilitó un poco y una a una la iba expresando. Se hizo la corrección de la carta para que esta no tenga elementos poco objetivos ni resentimientos. Las chicas estuvieron a gusto, concentradas y dispuestas en el ejercicio de relajación. Al finalizar se les dijo que en la siguiente sesión se les iba a entregar el resultado de un test y datos generales sobre la terapia.

TERCERA SESIÓN (con entrega de material informativo sobre los temas a tratar)

OBJETIVOS:

- o Mejorar la comunicación entre las alumnas para que exista una mayor apertura, con lo cual se obtendrá una mayor participación.
- o Informar acerca de cuáles son los pensamientos automáticos que les afecta a cada una de ellas.
- o Psicoeducar a las pacientes en el tema de la depresión, sus síntomas y manifestaciones (triada cognitiva); pensamientos automáticos, qué son y cómo afectan; el registro de pensamientos automáticos, para qué sirve y cómo usarlo.
- o Trabajar en relajación para que poco a poco tomen contacto con su interior.

ACTIVIDADES:

1. Se inicia el diálogo con las siguientes preguntas:
 - a. ¿Cómo les ha ido en el fin de semana?
 - b. ¿Cómo se han sentido?
 - c. ¿Qué problemas han tenido? ¿Cómo los han afrontado?
2. Explicación de lo que es la terapia cognitiva en la depresión, con la descripción de cada pensamiento automático.
3. Entrega de resultados del inventario de pensamientos automáticos y cómo trabajar con ellos a través del cuadro de pensamientos automáticos.
4. Ejercicio de visualización y respiración: NUBE
5. Tarea para la casa.
 - a. Registro de los pensamientos hasta la siguiente sesión.
 - b. Lectura del material escrito que se les entregó.

GRUPO 1

Fecha: 17/03/08

Duración: 1:45

Número de participantes: 5

La sesión fue amena, cada participante hacía preguntas con relación a los resultados del test y de cómo les había ido. Cada una leía en voz alta los materiales que se les entregó. En la explicación algunas se distrajeron un poco, mientras que sus compañeras les llamaban la atención; y todo volvía a la normalidad. En la explicación del cuadro de registro estuvieron atentas y elaboraron un ejercicio en el grupo. Estuvieron de acuerdo con la explicación y se identificaron los síntomas de la depresión. Al finalizar la explicación algunas comentaron que estaba un poco complicado el cuadro de registro, por lo que se les dio una nueva explicación. Se sintieron a gusto con el ejercicio de relajación.

GRUPO 2

Fecha: 17/03/07

Duración: 1:44

Número de participantes: 5

La sesión estuvo marcada por la poca participación de dos integrantes, quienes en ocasiones bostezaban y empezaban a molestar al resto. Sus compañeras les recordaban las normas continuamente. Durante la entrega de los resultados y el material, se notaron bastante interesadas en los resultados y en identificar en el cuadro qué significaba cada elemento. Se les explicó los temas propuestos y estuvieron de acuerdo, porque ellas lo han experimentado. Realizaron un ejercicio en el registro. Se sintieron a gusto con el ejercicio de relajación.

CUARTA SESIÓN

OBJETIVOS:

- o Identificar las dificultades que se presentaron en la tarea para la casa.
- o Mejorar la interacción entre todas las participantes.
- o Identificación de pensamientos automáticos.
- o Trabajar en resiliencia.

ACTIVIDADES:

1. Revisión de la tarea para la casa de todas las participantes.
2. Análisis de pensamientos irracionales: Se les hace escoger tres pensamientos automáticos, para que las compañeras ayuden en el trabajo con sus ideas.
3. Se analizan las dificultades.
4. Introducción del trabajo con musicoterapia (visión en el futuro). A propósito de la canción se les dará un concepto de resiliencia, pero no a profundidad, pues será tema de posteriores sesiones. Para ello se analizará la canción de Diego Torres, *Color Esperanza*. Deben poner

las frases de la canción que más les motivó o las que más les llamó la atención.

5. Se les explica qué es la resiliencia (a propósito de la canción).
6. Tarea: Se les pide que en casa registren todos los pensamientos que les sea posible hasta la siguiente sesión.

GRUPO 1

Fecha: 19/03/08

Duración: 1:42

Número de participantes: 5

Se determinan problemas en la resolución de la tarea. Las alumnas se ven desmotivadas, pues la mayoría realiza la tarea con fallas. Así pues, ellas reciben mucha motivación (a través de normalización y comentándoles que pronto van a entender que y que no tenga vergüenza de preguntar) se da nueva explicación para evitar un ambiente de estrés y tensión, y que la tarea se complique aún más. La explicación, a más de ser en general, se le explicó a cada una y se les pidió que hagan un registro para que los conocimientos sean mejor asimilados. Se concluye que ya no hay problema y que todas han entendido muy bien de qué trata el registro; se les motiva a que lean el material que se les entregó. Algunas alumnas comentan sus problemas y reciben del resto de integrantes apoyo. Salen dos temas para la discusión a propósito de la canción, el de la empatía y el de la resiliencia, ambos fueron enriquecedores para las alumnas, pues se armó un buen debate. Todas comentaron sobre la importancia de también ponerse en el lugar de la otra persona y de aprender del sufrimiento y la adversidad. Dos alumnas dijeron que su sufrimiento les ha enseñado a ser más fuertes y a madurar; el resto del grupo se notaba bastante de acuerdo.

GRUPO 2

Fecha: 19/03/08

Duración: 1:39

Número de participantes: 5

Cuando se revisó la tarea para la casa se encontraron fallas (dificultades para diferenciar entre pensamiento y emoción), pero a diferencia del otro grupo no se veían preocupadas las alumnas, más bien estaban bastante relajadas y con ganas de escuchar nuevamente la explicación. Se les explicó primero en general, luego se les hizo hacer un ejercicio dentro del grupo, e individualmente se realizó una nueva revisión y explicación, para que no queden vacíos. Tres alumnas comentan sus problemas familiares, una integrante se puso a llorar y recibió bastante apoyo del resto del grupo. En general el ambiente del grupo es poco participativo. A propósito de la canción salió el tema de la resiliencia; todas comentaron acerca de ese tema y de la autoestima personal.

QUINTA SESIÓN

OBJETIVOS:

- o Motivar la identificación de pensamientos automáticos.
- o Entrenar en habilidades sociales.
- o Mejorar la visión que tienen de sí mismas, del mundo y del futuro.
- o Continuar el trabajo en resiliencia.
- o Explorar las ideas de suicidio y dar posibles alternativas.

ACTIVIDADES:

1. Revisión de la tarea para la casa de todas las participantes.
2. Análisis de pensamientos irracionales: se les hace escoger un pensamiento automático para que las compañeras ayuden en el trabajo con sus ideas.

3. Aplicación de la técnica Repite y reacciona luego, para mejorar habilidades sociales.
4. Análisis de la canción *Solo se vive una vez* de Azúcar Moreno. Escribir las frases de la canción que más les motivó o las que más les llamó la atención.
5. Análisis de la frase “El suicidio es una solución definitiva a un problema temporal”
6. Tarea para la casa: Registrar todos los pensamientos automáticos que les sea posible centrándose en la triada cognitiva, autoestima, etc.

GRUPO 1

Fecha: 24/03/08

Duración: 1:50

Número de participantes: 5

Se revisó la tarea para la casa y se identificaron pocas dificultades, se les incentiva la realización del trabajo. Todas comparten su cuadro de registro. Se mantuvieron concentradas y participativas a lo largo de la sesión. Una de las participantes comentó que le preocupaba su relación con su hermano y recibió motivación por parte de todas. Otra de las alumnas comentó su ansiedad respecto a las malas calificaciones que tiene, y despertó un objetivo a trabajar en todas: mejorar sus calificaciones. Otra alumna compartió la vivencia de haber salido de su casa por tres días, luego de haber peleado con su padre. Debido a que este grupo compartía sus vivencias con facilidad no se aplicó la técnica para mejorar la comunicación. Cuando escucharon la canción se animaron bastante y la analizaron con las frases que más les gustaron, en definitiva hablaron sobre la importancia de valorar la vida y las cosas bonitas que ofrece el mundo. Cuando se les propuso analizar la frase acerca del suicidio, dos alumnas comentaron las formas en que se habían querido quitar la vida. Estas alumnas dijeron además las reacciones de sus familias y cómo ellas decidieron valorar la vida. Una integrante comentó acerca del maltrato que recibía por parte de

su madre, lo describió con mucho detalle, y despertó la identificación del resto del grupo. La chica que habló del maltrato recibido por su madre, comentó también el maltrato que recibía su madre por parte de su padre, tanto verbal como psicológico; por ello se les explicó el tema del círculo del maltrato. Todas estuvieron de acuerdo con el tema, participaron constantemente. Se les motivó a realizar la tarea para la casa.

GRUPO 2

Fecha: 26/03/08

Duración: 1:52

Número de participantes: 4

En general, el grupo permanece apagado y poco participativo. En la revisión de la tarea se notó que algunas la hicieron con fallas pero, en general, bien. Todas escogieron un registro y lo compartieron con el resto. No asistió una alumna, por ello la técnica para mejorar la comunicación entre todas se la realiza en grupos de 2 y 3 alumnas. En el desarrollo estuvieron bastante activas y participativas. Ambos grupos hicieron su mejor esfuerzo por escuchar a sus compañeras y comunicar lo que habían receptado. Una de ella no pudo expresar la idea que su compañera le había compartido, entonces se abrió el debate de lo difícil que a veces resulta comunicar correctamente bien lo que otro nos dicen. Una de las alumnas comentó acerca de que su madre la golpeaba mucho cuando era niña, y otra de los maltratos que su madre recibía cuando peleaba con su padre. Se abrió, al igual que en el otro grupo, el tema del círculo del maltrato. Hubo mucha identificación entre las pacientes. Estuvieron atentas a los comentarios del resto. En el análisis de la canción estuvieron participativas, comentando el valor de la vida. Analizaron la frase correctamente. Se les motivó para que realicen la tarea para la casa.

SEXTA SESIÓN

OBJETIVOS:

- o Realizar registro de pensamientos automáticos.
- o Identificar el objetivo personal e introducir la técnica de las autoinstrucciones y ventajas y desventajas para que les permita decidir entre el aferrarse a una actitud o pensamiento errado, o erradicarlo verdaderamente.
- o Continuar el trabajo en musicoterapia.
- o Trabajar en autoestima.

ACTIVIDADES:

1. Revisión de los pensamientos automáticos. Se agrega la explicación para que determinen la distorsión cognitiva. Se les entrega un cuadro con ejemplos explicativos de cada distorsión. Incentivar el llenado de la hoja de registro de pensamientos automáticos en la sesión, describiendo el nombre del pensamiento automático. Se les entrega un cuadro explicativo con ejemplos fáciles.
2. Técnica de frases incompletas.
3. Autoinstrucciones para el objetivo personal y para mejorar en la materia en que estén mal.
4. Aplicación de otra técnica cognitiva (ventajas y desventajas de aferrarse al pensamiento negativo).
5. Análisis de la canción: *Ella*, de Bebe. Se enfocará el tema de la autoestima.
6. Tarea para el fin de semana.
 - a. Registrar pensamientos automáticos en el cuadro, identificando a qué distorsión pertenecen.
 - b. Con el objetivo personal que se propusieron, hacer una lista de autoinstrucciones (mínimo 10), también se les pide autoinstrucciones para su objetivo personal. Además de ello, que identifiquen un pensamiento o actitud arraigada y que pongan 10 ventajas y 10 desventajas de mantenerla.

GRUPO 1

Fecha: 28/03/08

Duración: 1:48

Número de participantes: 5

Se revisó la tarea para la casa a cada una de las chicas, una de ellas no la trajo, pero dijo un registro que recordaba y sus compañeras le felicitaron por su buena memoria. El grupo, en general, estuvo muy inquieto, algunas de ellas se pinchaban con el esfero, pero las otras recordaban las normas y se apaciguaba nuevamente el ambiente. En la explicación de las distorsiones cognitivas que están detrás de cada pensamiento erróneo, estuvieron inquietas con la nueva información y decían sus preguntas con mucha facilidad; se les entregó el material informativo e identificaron en el grupo, más o menos bien, la distorsión. Se les pidió que se interesen en leer las hojas que se les dio para que empiecen a registrar identificando la distorsión cognitiva. La técnica de las frases incompletas para determinar un objetivo personal fue bastante importante en este grupo, pues dos integrantes lloraron, puesto que sienten poca comprensión en sus familias. En general la técnica sirvió para que las alumnas descarguen sus sentimientos y determinen en qué deberían trabajar en cuanto a sus objetivos. Con la técnica de ventajas y desventajas se mostraron bastante impresionadas, pues como alguna exteriorizó: “Yo nunca veo las ventajas de una mala situación, cuando estuve en el grupo satánico todo me parecía mi mundo, pero ahora con esta técnica me convengo más que fue un error pensar eso, es una desventaja en mi vida, pero se la trabajará poco a poco en la terapia y en mi vida fuera de ella”. Sus compañeras le dieron apoyo. Además se habló un poco más acerca del suicidio, por recomendación de una integrante que dio su testimonio en sesiones anteriores, y todas colaboraron con las desventajas de consumir ese acto. La canción *Ella*, de Bebe, estimuló el tema de la autoestima. Todas las chicas estuvieron de acuerdo en trabajar en ese punto, para que nadie les pueda hacer daño, para respetarse como personar y para querer al resto de una manera verdadera. Una alumna

habló acerca del futuro, estimulada por la canción; se les inculcó la importancia de verlo con esperanza y optimismo.

GRUPO 2

Fecha: 28/03/08

Duración: 1:55

Número de participantes: 6

Se hizo la revisión de la tarea para la casa y no se determinaron problemas. El grupo estuvo bastante concentrado y se portó bien, así como también preguntaron cómo debían llenar el cuadro de registro con el nombre de cada pensamiento automático. Las chicas inculcaron los conocimientos que adquirieron en la sesión anterior a una integrante que no asistió. Se les explicó que en cada pensamiento irracional hay una distorsión cognitiva, que las puede hacer sentirse y actuar negativamente. Se les entregó el material para que lo lean y realicen un registro dentro del grupo. Se les revisó, algunas tuvieron dificultades y se les exhortó a que lean el material explicativo en casa y los identifiquen en sus registros. La técnica de las frases incompletas para determinar un objetivo personal fue bastante útil, pues en las chicas afloraron sentimientos de soledad, falta de comprensión por parte de sus padres, y se dieron cuenta de que su ira puede ser controlada. La mayoría tomó como objetivo primordial para trabajar, la ira, mejorar sus notas y sus relaciones interpersonales. Las chicas se pusieron de acuerdo en trabajar en los pensamientos que son difíciles de erradicar, poniendo a prueba sus ventajas y desventajas. La canción *Ella*, de Bebe, mejoró la visión del futuro de las chicas. Estuvieron de acuerdo con ser optimistas y no catalogar todo sólo en “blanco y negro”. La canción fue decisiva en el trabajo de autoestima, pues todas estuvieron de acuerdo y charlaron acerca de la importancia de quererse y respetarse como seres humanos, para poder estar en paz y armonía tanto con ellas mismas como con la demás gente. Con la actividad para la casa se desanimaron un poco,

se les incentivó para que sigan desarrollando en la medida de sus posibilidades, debido a que no se trata de una camisa de fuerza.

SÉPTIMA SESIÓN

OBJETIVOS:

- o Continuar el trabajo en pensamientos automáticos.
- o Incitar a que las pacientes compartan sus objetivos personales.
- o Continuar el trabajo en resiliencia a través de la biblioterapia.

ACTIVIDADES:

1. Revisión de las tareas para la casa y las dificultades que encontraron cada una para explicar un pensamiento.
2. Todas las pacientes compartirán sus objetivos y las autoinstrucciones.
3. Trabajo en resiliencia: lectura de un texto de Víktor Frankl *¡Quién fuera un preso común!*
4. Tarea para la casa.
 - a. Registro del cuadro de distorsiones del pensamiento, se agregan respuestas racionales relacionadas con la resiliencia.
 - b. Hacer que escojan pensamientos o conductas arraigadas y que registren 10 ventajas y 10 desventajas de mantenerlas.
 - c. Se les pedirá que traigan escritos los pensamientos positivos que les da el texto que leyeron en la sesión.

GRUPO 1

Fecha: 31/03/08

Duración: 1:47

Número de participantes: 5

En la revisión de la tarea, algunas tuvieron dificultades, y se les volvió a explicar cómo llenar el registro con la distorsión cognitiva. En general hicieron la tarea bien. En esta sesión salieron varios temas a discusión. El primero nació de los objetivos de una de las integrantes, “controlar mi carácter”, pues ella sentía dolor de cabeza y le sangraba la nariz cuando se exaltaba. Todas las chicas estuvieron muy atentas a la explicación de la influencia de lo psíquico sobre lo físico, algunas comentaron que han notado esa relación en sus familiares; otra, se interesó por hacerse un examen de estómago, pues sentía ardores cuando se enojaba. Otro de los temas fue el de la resiliencia, se les explicó de qué se trataba y cómo se iría trabajando. Cada una leyó un pedazo de la historia y luego se armó un debate acerca de lo que les evocaba a cada una. Dos chicas hablaron del satanismo, una de ellas nunca había comentado haber estado en ese tipo de grupos y lo positivo que había sacado de ello (no tener malas amistades y valorar la vida y el respeto para los otros seres que las rodean). Una alumna habló de que su intento suicida le hubiera cortado muchos de sus sueños y que eso le enseñó a no actuar por impulsos; otra mencionó que está tratando de sobrellevar su situación con su madre ganándose su confianza y perdonando todos los maltratos que sufrió durante su infancia. En general el ambiente de trabajo estuvo bastante participativo. La lectura les ayudó a recapacitar sobre el hecho de que hay personas que sacan ventajas y maduran a través del sufrimiento. Todas las chicas coincidieron en la importancia de valorar lo que se tiene, porque hay personas que padecen más necesidades y sufren mucho más que ellas. Se acuerda reducir las tareas intersesión

GRUPO 2

Fecha: 31/03/08

Duración: 1:52

Número de participantes: 6

En la revisión de la tarea, algunas tuvieron dificultades, y se les volvió a explicar cómo llenar el registro con la distorsión cognitiva. Algunas chicas no cumplieron la tarea y en este sentido se abrió un debate para reducir la tarea significativamente; dos alumnas se notaron bastante apagadas y poco participativas, se nota que ha habido desmotivación, incluso se les dice que si no desean hacer la tarea, de igual forma son bienvenidas en el grupo. Una alumna decide, nuevamente, no hablar dentro del grupo, comenta “sólo quiero escuchar.

En esta sesión se enfatizó el tema de la resiliencia, se les explicó de qué se trata y cómo se iría trabajando. Cada una leyó un pedazo de la historia y luego todas opinaron acerca de lo leído. Una chica exteriorizó sus sentimientos acerca del maltrato que recibía de pequeña por parte de sus padres y despertó identificación del resto del grupo; algunas le dieron apoyo y palabras de aliento, refiriéndose al tema leído. Una alumna dijo que su intento suicida fue sólo para llamar la atención de sus padres, pero que no quería matarse en realidad, y una de las compañeras le pidió que tenga mucho cuidado con esos llamados de atención. Se hicieron recomendaciones para mejorar la comunicación con los padres. En general el ambiente de trabajo estuvo bastante participativo. El texto que leyeron, en general, despertó en las integrantes un sentimiento por estimar las cosas que se tiene, y cómo otra persona valora los pequeños momentos de felicidad, en un ambiente tan duro. Se acuerda reducir la tarea intersesión (TIC) significativamente, pues las alumnas se quejan de que no tienen tiempo para desarrollarla totalmente.

OCTAVA SESIÓN

OBJETIVOS:

- o Determinar cómo está evolucionando el trabajo de las alumnas en casa.
- o Revisión de los objetivos personales y de las ventajas y desventajas para mejorar asertividad y visión a futuro.

- o Trabajar en técnicas de asertividad, para que tengan herramientas de afrontamiento en situaciones de manipulación y para que logren evitar peleas; en definitiva, para que consigan actuar acertadamente.
- o Mejorar su desenvolvimiento y participación.
- o Generalizar lo aprendido en la terapia, a través de tarea para la casa.

ACTIVIDADES:

1. Revisión de los pensamientos automáticos en tres alumnas. Identificar cuán resilientes están sus respuestas
2. Revisión de la lista de ventajas y desventajas de aferrarse a un pensamiento
3. Revisión del análisis del texto e intercambio de experiencias.
4. Revisión del desglose de la tarea
5. Introducción del trabajo en asertividad con psicodrama (grupos de dos o tres personas)
 - a. Técnica del acuerdo asertivo.
 - b. Técnica de la pregunta asertiva.
 - c. Técnica para procesar el cambio.
6. Tarea para la casa:
 - a. Que registren pensamientos automáticos enfocados en resiliencia, autoestima, asertividad.
 - b. Se continúa con el cuadro de ventajas y desventajas.
 - c. Se les entrega el siguiente texto de Víktor Frankl para que analicen en casa: *“Suerte es lo que a uno no le toca padecer”*.

GRUPO 1

Fecha: 3/04/08

Duración: 1:40

Número de participantes: 5

Las alumnas, en general, hicieron la tarea con un poco de dificultad para determinar la distorsión cognitiva. Recibieron motivación para que se ejerciten en ese sentido. Cada una compartió sus objetivos personales y se abrió una conversación acerca de temas como el resentimiento, la ira incontrolada, y el maltrato. Varias alumnas compartieron sus experiencias. Una integrante habló, al igual que en otras sesiones, acerca de los maltratos que había recibido por parte de su madre en la infancia, pero se notó que ya no había resentimiento, pues comentó que había comprendido que lo hacía porque tenía problemas de pareja. La lectura evocó en una alumna los recuerdos de los campos de concentración nazi, ella comentó todo lo que sabía acerca de ese tema, y conversó con el resto de sus compañeras. Entre todas notaron que es importante madurar en los momentos de sufrimientos, incluso en los peores, y sacar fuerzas para seguir adelante.

El trabajo en asertividad a través del psicodrama fue bastante llamativo para las chicas. Todas se relajaron bastante y se mostraron muy cooperadoras y desinhibidas. Algunas comentaron que es importante aprender ese tipo de respuestas para mejorar sus relaciones con los demás. Recibieron el material para leer para la próxima sesión y se les motivó para que en el cuadro de registro incluyan respuestas enfocadas en asertividad, resiliencia, autoestima y demás temas que se han tratado. Todas estuvieron de acuerdo y pidieron continuar con los “teatros”.

GRUPO 2

Fecha: 3/04/08

Duración: 1:45

Número de participantes: 5

Faltó una de las chicas debido a que se sentía un poco mal de salud. Las integrantes del grupo hicieron la tarea con dificultades para encontrar la distorsión cognitiva. Recibieron motivación para que se ejerciten más y lean. Cada una compartió sus objetivos personales con el resto de chicas. Se

conversó, a propósito de las lecturas, temas acerca de la migración, pues una de las chicas dijo que extrañaba a sus padres que están viviendo en EE.UU., pero que ya entiende que todo es por su bien y que no es bueno estar resentidas. Se habló también del control de la agresividad, del resentimiento y de las ventajas y desventajas de no estudiar y dejar todo para el final. La mayoría de las chicas estuvieron muy activas comentando los temas que se presentaban, excepto una compañera que se rehusó nuevamente a participar -a esta integrante, fuera de la sesión, se le preguntó si se sentía mal en el grupo, y comentó que no le gustaba hablar mucho, que era muy tímida-. Varias alumnas compartieron la preocupación que les producía tener malas calificaciones. El trabajo en asertividad a través del psicodrama fue llamativo para algunas chicas; para una de ellas presentó dificultades, por lo que dejó la actividad para sólo presenciar cómo hacían sus compañeras; recibió motivación. En general, la técnica introducida fue bien recibida por las pacientes, cada una habló acerca de la importancia de saber expresarse y manejar las cosas para no iniciar peleas con sus semejantes. Al finalizar la sesión recibieron el material de lectura para la próxima y se les motivó para que en el cuadro de registro incluyan respuestas enfocadas en asertividad, resiliencia, autoestima. Estuvieron de acuerdo en continuar con las lecturas de Frankl y trabajar en sus objetivos personales.

NOVENA SESIÓN

OBJETIVOS:

- o Trabajar en resiliencia.
- o Continuar con el trabajo en asertividad.
- o Continuar con el trabajo en resiliencia.
- o Fortalecer autoestima.

ACTIVIDADES:

1. Revisión de la tarea para la casa a todas las pacientes.

2. Trabajo en resiliencia con el texto que se les envió y con la siguiente técnica:
 - a. Cambio de papeles.
3. Trabajo en asertividad con psicodrama realizado con grupos de dos y tres alumnas:
 - a. Banco de niebla.
4. Análisis de la canción *Ríe y llora*, de Celia Cruz
5. Trabajar en autoestima con el ejercicio de visualización, y que tomen conciencia de su unicidad como seres humanos y de su importancia como personas a través del conocimiento de sus cualidades y de sus defectos (aceptación de sí mismas): Ejercicio de visualización Creación de Amor.
6. Asignación de la tarea para la casa
 - a. Registro de pensamientos automáticos con un enfoque igualmente en resiliencia, asertividad, visión del futuro y autoestima.
 - b. Registro del cuadro de ventajas y desventajas.
 - c. Se les incita para que decidan qué actividades reconfortantes van a practicar en adelante.
 - d. Lectura de una parte del libro de Víktor Frankl: *Una palabra a tiempo*.

GRUPO 1

Fecha: 7/04/08

Duración: 1:45

Número de participantes: 5

En la revisión de la tarea para la casa, se notaron dificultades en la identificación de la distorsión cognitiva. Por ello se decidió interrumpir esa parte del registro para no crearles ansiedad. Se motivaron las tareas para la casa. Se revisó cómo están trabajando con sus objetivos personales a través de la técnica de las autoinstrucciones; algunas la traen escrita, otras la dicen verbalmente. Cuando se comentó la técnica de ventajas y desventajas salieron a la discusión varios temas, como la impulsividad con

los padres, los caprichos y el compartir las salidas en familia. Todas estuvieron atentas y aportaban con sus comentarios. La técnica de cambio de papeles para reforzar la resiliencia fue muy importante y motivante para las participantes, pues en la imitación todas lo hicieron sólo con cualidades positivas, comentando hechos que sus compañeras han superado y que les han ayudado a madurar. En esta sesión, una de las integrantes quiso hacer de terapeuta; explicó el cuadro de registro; lo hizo muy bien entre las risas de sus compañeras y la suya propia. En la práctica de técnica de asertividad (banco de niebla) se entusiasmaron bastante y aparecieron los temas del arreglo del cuarto y la forma de vestirse. La canción les sirvió para fijarse en el presente y disfrutar de la vida. Luego del ejercicio de relajación, todas las participantes comentaron que les sirvió para valorarse más como personas y darse cuenta de que sí tienen cualidades positivas que deben explotar para progresar en la vida. A todas se les envió tarea para la casa, al igual que en la sesión anterior, pero se agregó que piensen en una actividad reconfortante para que se mantengan en actividad.

GRUPO 2

Fecha: 8/04/08

Duración: 1:48

Número de participantes: 4

Al revisar la tarea para la casa, al igual que en el otro grupo, se notaron dificultades en la identificación de la distorsión cognitiva, por lo que se determinó, junto con las integrantes, quitar ese aspecto del registro. Se revisó cómo están trabajando sus objetivos personales a través de las autoinstrucciones y se notó que están trabajando bien en ese sentido. La técnica de ventajas y desventajas sirvió para comentar varios temas, como: las desventajas y ventajas de la ironía en las relaciones sociales, y de encerrarse en el cuarto cuando se pelean con los padres. La técnica de cambio de papeles para reforzar la resiliencia fue muy motivante para las participantes, pues cada una mostró la mejor parte de sus compañeras y

recalcó los hechos que las hacían especiales. Una de las integrantes hizo de terapeuta, motivándoles a hacer la tarea. En la práctica de la técnica de asertividad (banco de niebla) aparecieron temas del arreglo del cuarto y la forma de maquillarse. La canción les sirvió para ver el mundo de una manera positiva, tomando en cuenta sus maravillas y reforzando su valor como personas. El ejercicio de relajación reforzó el trabajo en autoestima significativamente; una de las chicas compartió que se visualizó como una alta ejecutiva que lograba todas sus metas porque aprovecha sus cualidades. Se les envió tarea para la casa, agregando que piensen en una actividad reconfortante dentro o fuera de sus casas.

DÉCIMA SESIÓN

OBJETIVOS:

- o Continuar el trabajo en asertividad tanto con el psicodrama, como con la canción, para mejorar la visión del entorno y del futuro.
- o Incentivar el desarrollo de la empatía.
- o Continuar con el trabajo de desarrollo de resiliencia para modificar la visión negativa del pasado.
- o Motivar a las pacientes para que ejecuten actividades reconfortantes, para mejorar su visión del presente y del futuro.

ACTIVIDADES:

1. Revisión del trabajo (pensamientos automáticos, resiliencia, asertividad y autoestima, registro del cuadro de ventajas y desventajas, lectura de Viktor Frankl).
2. Se comentará acerca de las actividades reconfortantes que han decidido practicar
3. Trabajo en asertividad
 - a. Técnica de ignorar.
4. Análisis de la canción *Mamut* de Unos panas por ahí, para trabajo en asertividad de las amistades.
5. Tarea para la casa

- a. Registrar los pensamientos automáticos con respuestas racionales enfocadas en asertividad, autoestima, resiliencia y visión del futuro.
- b. Continuar con el cuadro de ventajas y desventajas, y autoinstrucciones para el objetivo personal.
- c. Análisis de dos lecturas del libro de Víktor Frankl: *La pregunta por el sentido de la vida*, *El humor en el campo*.

GRUPO 1

Fecha: 14/04/08

Duración: 1:45

Número de participantes: 5

En la revisión de la tarea algunas compartieron sus registros con respuestas enfocadas en asertividad, autoestima, resiliencia. También conversaron acerca de cómo van avanzando sus objetivos personales y manifiestan felicidad pues, poco a poco, ven que sus relaciones con sus familiares van mejorando. En el análisis de las lecturas de Frankl todas coincidieron en que les había inspirado a vivir y a seguir construyendo una vida plena, sabiendo que están a tiempo de empezar de nuevo. Luego se habló acerca de las actividades reconfortantes que han decidido practicar; dos de las integrantes decidieron participar en el grupo juvenil de María Auxiliadora, ellas desean mejorar su vida espiritual y su relación con el resto de las personas. El resto de chicas comentó que saldrían más con sus familiares y que practicarían deportes. Cuando hicieron los grupos para el psicodrama se abrió un debate para determinar con quién y en qué circunstancias se deben aplicar estas técnicas, pues uno de los grupos mencionó que esta técnica les iba a causar problemas con sus padres. Las otras chicas conversaron durante un buen tiempo y llegaron a la conclusión de que siempre hay que ir mezclando las técnicas y pensar antes de actuar y herir a las personas. La canción les gustó y, a propósito de ella, salieron varios temas a la discusión: una alumna comentó que por tener malas amistades empezó a beber a los 10 años, que continuamente salía de la casa a beber,

y que esa conducta la mantuvo dos años, no la dejaba aunque por ello recibía maltratos físicos muy fuertes por parte de sus padres. Tres alumnas comentaron que por no escoger bien sus amistades e “irse por malos pasos” empezaron a fumar antes de los 14 años; una incluso comentó que había empezado con ese hábito a los nueve años, y que en el grupo satánico había fumado una droga cuyo nombre desconoce, pero que le produjo mucho bienestar y libertad. Se sugirió tarea para la casa.

GRUPO 2

Fecha: 15/04/08

Duración: 1:40

Número de participantes: 2

Al inicio de la terapia, las dos integrantes que asistieron comentaron que ellas no sabían por qué fueron llevadas al DOBE. Una dijo que en el curso había comentarios acerca de que la terapia que se les estaba aplicando era sólo para adolescentes “locas” y que el resto las estaba relegando un poco, que no era tan cierto que las otras se iban por la tarea o porque les parecía aburrido el tratamiento. Dijo que las dos chicas que manifestaron eso les estaban motivando al resto para que el grupo se disuelva y no tener sólo ellas que dejar el grupo.

En la revisión de la tarea compartieron sus registros con respuestas enfocadas en autoestima y asertividad. Conversaron sobre cómo iban avanzando sus objetivos personales y se veían contentas porque sus notas estaban mejorando, al igual que sus relaciones familiares. En el análisis de las lecturas, ambas dijeron que les había gustado porque les pareció importante tener algo por qué luchar y disfrutar del mundo con sus bellezas y saber que todos estamos a tiempo de empezar una nueva vida. Luego se habló acerca de las actividades reconfortantes que van a practicar de ahora en adelante, y dijeron que iban a compartir más con sus familiares y, una de ellas, continuar en la batukada del colegio, que había pensado dejar.

Cuando se organizaron para realizar el psicodrama, se abrió un debate para determinar con quién y en qué circunstancias se deben aplicar estas técnicas. Se analizó el tema y se concluyó que esa técnica no les iba a servir mucho en la interacción con sus padres. A propósito de la canción salió el tema de las buenas y malas amistades y de los peligros de los que hay que cuidarse. Se hizo un abordaje en sexualidad. Y se envió trabajo para la casa.

Observación: Alrededor de una hora antes de iniciar la sesión, el grupo entero se reunió en el DOBE. Dos integrantes comentaron que no les gustaban las terapias, que no les servía y que representaban una pérdida de tiempo. Una de las alumnas que más se quejó de la terapia fue aquella que no participaba mucho de las sesiones y que pedía sólo escuchar. Lo que llamó la atención fue que esta misma alumna pidió la terapia, pues comentaba que la necesitaba bastante. A la otra alumna se la notaba irritada y comentaba que la tarea le parecía larga, que no le gustaba el cuadro de registro. Se les dijo que si ese era el problema se iba a suspender la tarea para la casa o se la reduciría al mínimo, sólo con las lecturas. Esta alumna pidió a dos de sus compañeras que se retiren del grupo, ellas comentaron que estaban indecisas. El ambiente era bastante pesado. Se preguntó al grupo quién verdaderamente quería seguir recibiendo las terapias y dos alumnas muy enojadas levantaron la mano y dijeron que sí les interesaba y que sus dos compañeras las habían llevado con engaños, sin decirles las intenciones que tenían. Se les pidió a las chicas que reflexionen y que sigan asistiendo a las terapias, si así lo deseaban, pero que no era una obligación mantenerse en el grupo. Las dos primeras alumnas que se quejaron, dijeron en ese momento que ya no irían, las otras dos seguían indecisas y preocupadas frente a las malas miradas de las desertoras. Por ello, la terapia se realizó con las dos alumnas que sí la quisieron; ellas manifestaron que en su curso casi la mayoría las trataba de “locas”, se habían separado de ellas y que insistentemente las estaban menospreciando. Las chicas que no estuvieron presentes eran las que más hacían caso a esas personas e incluso terminaban peleando con ellas. Las

que se quedaron, una era de noveno año y la otra de primero; una de ella comentó que su grupo la apoya y no permite que las otras compañeras la traten mal: “A mí no me interesa que el resto me trate mal, es que aquí aprendo cosas que me ayudan a sentirme mejor, incluso ya me quiero, no es como antes que me sentía la más fea e inútil. Yo no puedo dejar la terapia, hasta me da pena que falta poco para que se acabe. Ellas hacen caso de lo que dicen las demás”.

DÉCIMA PRIMERA SESIÓN

OBJETIVOS:

- o Continuar con el trabajo en asertividad y resiliencia para mejorar la visión del presente y futuro, y para que las alumnas acepten que la adversidad produce cambios positivos en uno mismo.
- o Continuar el trabajo en musicoterapia.
- o Incentivar el desarrollo de empatía con el texto.
- o Introducción del trabajo en supuestos personales, para que identifiquen datos mucho más internos que les puedan estar afectando.
- o Estimular la relajación en las pacientes.

ACTIVIDADES:

1. Revisión de la tarea (los pensamientos automáticos con respuestas racionales enfocadas en asertividad, autoestima, resiliencia; cuadro de ventajas y desventajas; objetivo personal; análisis de la lectura).
2. Trabajo en asertividad: se utilizará el psicodrama, se dividirá las pacientes en grupos de dos y de tres:
 - a. Disco rayado.
3. Trabajo en supuestos personales. Se les enseñará la técnica para que identifiquen el supuesto personal, y se les hará registrarlo en un papel aparte. Se les pedirá que trabajen en el cuadro de registro.
4. Ejercicio de visualización creativa para relajación y para que visualicen que sus objetivos pueden ser desarrollados.

5. Análisis de la canción *La Vida es un carnaval* de Celia Cruz.
6. Tarea para la casa
 - a. Registrar los pensamientos automáticos con respuestas racionales enfocadas en asertividad, autoestima, resiliencia, visión de futuro y supuestos personales.
 - b. Trabajar en el objetivo personal (desglose de la tarea) y con ventajas y desventajas de mantener un pensamiento o descartarlo.
 - c. Análisis de dos lecturas del libro de Víktor Frankl: *Algo nos espera. Al campo de infecciosos*

GRUPO 1

Fecha: 21/04/08

Duración: 1:50

Número de participantes: 3

En la revisión de la tarea, las pacientes compartieron registros. Conversaron cómo van avanzando sus objetivos personales y recibieron motivación. En el análisis de las lecturas de Frankl dijeron que les había gustado, porque el personaje luchó tanto por morir haciendo lo que le gustaba (salvando vidas) que logró protección por parte de los nazis. Dijeron que en ese ambiente les parecía imposible tener humor, pero que ellas no viven tanto sufrimiento y que van a practicar más la alegría; una de ellas comentó que, particularmente, no va a ser tan “cítrica” en su forma de actuar sino que procurará ver la vida y el mundo con más humor. Comentaron que les ha servido de mucho ponerse en el lugar del otro, para mejorar sus relaciones con el entorno. Se incentivaron las actividades reconfortantes y todas dijeron que sus familiares estaban contentos de que compartan más en familia. Las dos chicas que entraron al grupo juvenil estaban bastante motivadas a seguir asistiendo, pues una de ellas visitó la cárcel de mujeres con su grupo y realizaron actividades con las presas. El psicodrama las hizo armar un tema que luego fue discutido: ¿Cómo hago para no aceptar drogas? El trabajo en supuestos personales fue muy significativo, pues

todas lo hicieron muy bien, llegando a niveles profundos (temor al abandono, a la soledad, a la muerte). La canción sirvió para que las chicas valoren más la vida, las oportunidades que les ofrece y para darse cuenta de que no todo es malo. En general la sesión fue bastante amena. El ejercicio de relajación las motivó en el trabajo de sus metas a futuro. Se continuó con la tarea para la casa, y se les pidió que trabajen en su supuesto personal. Una de las participantes que no asistió tuvo que dejar la terapia debido a un cambio de colegio (se realizó una sesión de cierre y aplicación de los tests con ella).

GRUPO 2

Fecha: 22/04/08

Duración: 1:50

Número de participantes: 2

En la revisión de la tarea, las pacientes compartieron sus registros. Se continuó el trabajo en objetivos personales. En el análisis de las lecturas de Frankl ambas dijeron que les había motivado a valorar la vida y las cosas bonitas que les ofrece el mundo, además comentaron que poco a poco se está poniendo en el lugar de sus padres antes de reaccionar. En cuanto a las actividades reconfortantes, comentaron que les ha gustado mucho interesarse por salir más con sus padres y hermanos, pues han recordado sus tiempos infantiles. Una integrante dijo que fue bien recibida en la batukada y que se sintió estimulada a no abandonar sus actividades recreativas. El psicodrama abrió un tema de sexualidad, relacionado con el inicio de las relaciones sexuales y las posibles consecuencias. El trabajo en supuestos personales las llevó a conocer sus temores más profundos (abandono, soledad). La canción las motivó a ver al mundo de una forma más positiva. El ejercicio de relajación las motivó en el trabajo de sus metas a futuro. Se continuó la tarea para la casa, y se les pidió que trabajen en su supuesto personal.

DÉCIMA SEGUNDA SESIÓN

OBJETIVOS:

- o Continuar con el trabajo en resiliencia, asertividad y autoestima.
- o Incentivar el desarrollo de la empatía a través de musicoterapia.

ACTIVIDADES:

1. Revisión de la tarea (pensamientos automáticos con respuestas racionales enfocadas en asertividad, autoestima, resiliencia; cuadro de ventajas y desventajas; objetivo personal; análisis de la lectura).
2. Programación de actividades diarias (se fomentará el sentimiento de pertenencia a través de su relacionamiento con la naturaleza)
3. Trabajo en asertividad con psicodrama
 - a. Técnica del quebrantamiento del proceso.
 - b. Técnica de la ironía asertiva.
 - c. Técnica del aplazamiento asertivo.
4. Análisis de la canción *Molinos de Viento*, de Mago de Oz; enfoque en empatía
5. Tarea
 - a. Registrar los pensamientos automáticos con respuestas racionales enfocadas en asertividad, autoestima, resiliencia, empatía y los supuestos personales.
 - b. Trabajar en el objetivo personal (autoinstrucciones) y ventajas y desventajas de mantener una conducta disfuncional determinada.
 - c. Actividades recreativas.
 - d. Análisis de dos lecturas del libro de Viktor Frankl: *Sufrimiento como prestación; El destino, un regalo*.

GRUPO 1

Fecha: 28/04/08

Duración: 1:43

Número de participantes: 4

Una a una, las participantes compartieron la tarea para la casa. En el análisis de las lecturas de Frankl se notó que han evolucionado bastante en cuanto al tema de la empatía y visión del entorno. En esta lectura se motivó bastante la visión del futuro y las metas, todas ellas estaban especialmente estimuladas y optimistas. Cada una comentó que, poco a poco, están compartiendo actividades reconfortantes con sus familiares y que tratan de disfrutar al máximo cuando salen de sus casas a parques, ríos, etc. El psicodrama abrió un tema que les preocupaba a las alumnas asistentes: un problema con una de sus compañeras de curso que las estaba incomodando; por ello, todos los temas de las técnicas propuestas se enfocaron en una práctica para evitar pelear, meterse en problemas e ir a la comisión de disciplina. Las chicas quedaron satisfechas y solicitaron aclarar las cosas con esta compañera, pues les dice locas, drogadas, satánicas, etc. En la sesión salió el tema de la sexualidad, las drogas y las peleas callejeras. La canción motivó en una de las integrantes el tema de los géneros del rock y dijo que el Heavy es el más positivo que puede haber porque es motivante y no tan fuerte. Se les habló del Black, Dead y Dum Metal, pues son ritmos más fuertes del Rock; una de ellas comentó que sí escuchaba este tipo de música cuando estaba en el grupo satánico y que la hacía sentir alterada, agresiva. El resto de chicas se mantenían muy atentas. Se continuó con la tarea para la casa.

GRUPO 2

Fecha: 29/04/08

Duración: 1:40

Número de participantes: 2

Compartieron la tarea. En el análisis de las lecturas de Frankl se determinó que están madurando las ideas de empatía, resiliencia y visión del futuro. En cuanto a las actividades reconfortantes, comentaron que cada vez más se están integrando a sus familias, con salidas a parques para distraerse; una de las integrantes continuaba yendo a la batukada y comentaba estar

saliendo con una tía para no quedarse sola en la casa. El psicodrama les ayudó a saber de qué forma podían evitar peleas con sus compañeras de curso. En la sesión salió el tema de la sexualidad y del cuidado que se debe tener con las personas extrañas. Las dos alumnas estuvieron bastante participativas, hicieron comentarios, contaron historias de personas conocidas, compartieron. La canción fue atractiva para las alumnas e hicieron un buen análisis basado en la empatía. Se continuó con la tarea para la casa.

DÉCIMA TERCERA SESIÓN

OBJETIVOS:

- o Disminuir ansiedad.
- o Continuar con el trabajo en asertividad, autoestima, empatía y resiliencia.
- o Motivar el registro de todas las tareas.
- o Mejorar el contacto que tienen consigo mismas y autoconocimiento.
- o Preparar a las estudiantes para la finalización de la terapia (antepenúltima).

ACTIVIDADES:

1. Revisión de la tarea
2. Trabajo en asertividad con psicodrama (técnicas para que no bloqueen las respuestas asertivas)
 - a. Culpar.
 - b. Atacar.
 - c. Retrasar.
3. Ejercicio de relajación.
4. Se les informa que es la antepenúltima sesión
5. Tarea
 - a. Registrar los pensamientos automáticos con respuestas racionales enfocadas en asertividad, autoestima, resiliencia y empatía, y supuestos personales.

- b. Trabajar en el objetivo personal (autoinstrucciones) y ventajas y desventajas.
- c. Actividades recreativas.
- d. Análisis de una lectura del libro de Víktor Frankl: *La libertad interior*

GRUPO 1

Fecha: 5/05/08

Duración: 1:40

Número de participantes: 4

Las alumnas compartieron la tarea para la casa; algunas la trajeron incompleta, pero fueron motivadas. En el análisis de las lecturas de Frankl se siguió viendo avances en cuanto a la visión de sí mismas, del mundo y del futuro. Uno de los temas fundamentales del texto trataba sobre el destino; las integrantes hablaron de este tema con bastante soltura y positivismo, y se fue notando como poco a poco sus sentimientos pesimistas van desapareciendo. Se notó que las actividades reconfortantes habían seguido realizándose; los objetivos personales también estaban siendo trabajados. Se hizo énfasis en una paciente que había faltado, porque fue a una cita médica. Ella comentó que le han diagnosticado gastritis y les habló un poco del tema a las compañeras, diciendo que le había servido una de las charlas para identificar que lo psíquico sí influye sobre lo físico, y uno de los objetivos en los que trabajaba era controlar su ira y mal carácter, porque eso también estaba afectando a su estómago. Dijo que la mamá la había felicitado, porque ya está comiendo, pues antes no tenía apetito. Recibió estímulo de sus compañeras. En las técnicas de asertividad, las pacientes le enseñaron a la que faltó, aquello que no sabía. Luego ensayaron entre todas las técnicas que se proponían. A propósito del testimonio de una de las alumnas, salieron temas acerca de maltrato físico en las escuelas. El ejercicio de relajación les pareció oportuno, pues todas estaban preocupadas por la víspera de los exámenes finales. Se continuó con la tarea para la casa.

GRUPO 2

Fecha: 06/05/08

Duración: 1:45

Número de participantes: 4

A esta sesión llegaron dos de las alumnas que estaban indecisas por continuar la terapia, quienes fueron bien recibidas y motivadas. Ellas comentaron que querían mantenerse en la terapia, a pesar de la influencia del curso. Las dos alumnas que no faltaron compartieron la tarea para la casa. El análisis del texto de Frankl les hizo reflexionar a todas y se notó que las otras pacientes discernían bien sobre estos temas. Ellas mismas pidieron que se les entregue el material de las otras sesiones para revisar en casa, igualmente recibieron motivación. Se habló de las actividades reconfortantes, que todas ya estaban realizando. Las alumnas que retomaron la terapia comentaron que estaban saliendo más con sus padres, y una de ellas dijo que estaba ayudándole a su madre en el negocio, y que baila con música alegre. Las alumnas enseñaron las técnicas de asertividad a sus compañeras que regresaron a la terapia y, luego, rápidamente, realizaron un análisis de cómo y cuándo se las debe aplicar. Se aplicó la técnica de supuestos personales a aquellas que habían faltado antes, y se les estimuló para que trabajen y analicen sus resultados. En esta sesión, las dos chicas que habían faltado a la anterior comentaron su preocupación frente a los exámenes finales y también una de ellas dijo que su novio va a viajar a EE.UU., situación que la preocupaba bastante. Salieron temas acerca de la autoestima y el noviazgo. Se estimuló el autoconocimiento y el contacto que tienen con ellas mismas, a propósito del tema del noviazgo. El ejercicio de relajación les gustó. Se continuó con la tarea para la casa.

* En esta sesión se aplicó la técnica de los supuestos personales a las dos integrantes que regresaron al grupo, para que empiecen a trabajar también en este aspecto.

DÉCIMA CUARTA SESIÓN

OBJETIVOS:

- o Preparación para el final de la terapia.
- o Continuación con el trabajo en asertividad, empatía, resiliencia y autoestima. Fortalecimiento de estas áreas para que sepan afrontar los problemas que se presenten con el futuro
- o Continuar el trabajo con musicoterapia.
- o Trabajar en relajación y visualización para incluir objetivos a futuro.
- o Incentivar que apliquen las técnicas aprendidas luego de la finalización de la terapia en sus interacciones con los demás.

ACTIVIDADES:

1. Revisión de la tarea a todas.
2. Trabajo en asertividad con psicodrama (técnicas para que no bloqueen las respuestas asertivas)
 - a. Amenazar.
 - b. Negar.
 - c. Interrogar.
3. Ejercicio de relajación Aroma – Fragancia – Perfume.
4. Análisis de la canción *Ancha es Castilla* de Mago de Oz.
5. Se les informa que es la penúltima sesión
6. Tarea
 - a. Registrar los pensamientos automáticos con respuestas racionales enfocadas en asertividad, autoestima, resiliencia, supuestos personales y empatía.
 - b. Continuar con la actividad recreativa.
 - c. Trabajar en el objetivo personal con las autoinstrucciones.
 - d. Actividades recreativas.
 - e. Análisis de dos lecturas del libro de Víktor Frankl: *Después de la liberación. El desahogo*.

GRUPO 1

Fecha: 12/05/08

Duración: 1:48

Número de participantes: 4

Compartieron la tarea para la casa, aunque todas la llevaron incompleta. En el análisis de las lecturas de Frankl se notaron buenos avances. El tema de la libertad interior fue bastante productivo, pues las alumnas comentaron en su análisis que su autoestima estaba mejorando, al igual que sus objetivos personales con ellas mismas y con los demás. Se siguieron motivando las actividades recreativas y el trabajo en los objetivos personales. Las técnicas de asertividad fueron estimuladas también y, al igual que en sesiones anteriores, hicieron grupos entre sí para dramatizarlas. Aquí salió el tema de cómo hacer para no recibir cigarrillo, alcohol y drogas, cuando les ofrecen con insistencia. Algunas participantes hablaron de cómo estaba su autoestima y su estado anímico, y se determinó que habían mejorado. Una de las participantes comentó que ha tenido problemas con su madre, pues no había conseguido su total confianza; entre todas se la motivó y se le dijo que todo es un proceso y que las cosas poco a poco se van dando. Se les incentivó a que apliquen las técnicas que han aprendido luego de la finalización de la terapia. Se les recordó que es la penúltima sesión y algunas empezaron a preguntar cómo podían hacer para relajarse, entre ellas se contestaron: escuchando música suave, poniendo la mente en blanco como para meditar, respirando serenas antes de actuar con violencia, escuchando en la radio las historias del hermano Pablo. Además se les explicó que una forma sencilla de hacerlo es colocando música suave instrumental y recorriendo el cuerpo y relajándolo poco a poco, dándonos cuenta en qué parte está concentrada la tensión y mentalmente ir la eliminando. Se eliminó la tarea para la casa (registros, supuestos, ventajas/desventajas), pero se continuó con la lectura final.

* Por falta de tiempo, no se escuchó la canción.

GRUPO 2

Fecha: 13/05/08

Duración: 1:50

Número de participantes: 4

Compartieron la tarea para la casa, aunque todas la llevaron incompleta. En el análisis de las lecturas de Frankl se vieron avances positivos. El tema de la libertad interior fue bastante productivo, pues las alumnas comentaron en su análisis que su autoestima estaba mejorando, al igual que sus objetivos personales con ellas mismas y con los demás. Se siguieron motivando las actividades recreativas y el trabajo en los objetivos personales. Las técnicas de asertividad fueron estimuladas también y, al igual que en sesiones anteriores, hicieron grupos entre sí y las dramatizaron. Aquí salió el tema de cómo hacer para no recibir cigarrillo, alcohol y drogas, cuando les ofrecen con insistencia. Algunas participantes hablaron de cómo estaba su autoestima y cómo estaba su estado anímico, y se determinó que había mejorado mucho. Se les incentivó a que apliquen las técnicas aprendidas luego de la finalización de la terapia. Se les recordó que es la penúltima sesión y algunas empezaron a preguntar cómo podían hacer para relajarse, entre ellas se contestaron: escuchando música suave, poniendo la mente en blanco como para meditar, respirando serenas antes de actuar con violencia, escuchando en la radio las historias del hermano Pablo. Se eliminó la tarea para la casa (registros, supuestos, ventajas/desventajas), pero se continuó con la lectura final.

* Por falta de tiempo, no se escuchó la canción.

DÉCIMA QUINTA SESIÓN (FIN DE LA TERAPIA)

OBJETIVOS:

- o Afianzar el trabajo en asertividad, resiliencia, autoestima, etc.
- o Evaluación del trabajo terapéutico realizado.

- o A través del collage hacer una diferenciación de cómo se sentían en el pasado, y cómo se sienten actualmente y cómo ven al futuro.
- o Citarlas para una reunión, en la cual se aplicarán los dos test para realizar la comparación de los niveles de depresión.

ACTIVIDADES:

1. Revisión final de la tarea.
 - a. Utilizar la autocompasión.
2. Técnica del intercambio de reacciones, para determinar nuevos objetivos a futuro.
3. Realización de collage con las alumnas. El tema será plasmar cómo ha sido su pasado, cómo es su presente y cómo visualizan su futuro.
4. Se comentarán las obras que hicieron.
5. Fin de la terapia

GRUPO 1

Fecha: 19/05/08

Duración: 1:55

Número de participantes: 4

Compartieron muy positivamente la lectura de Frankl. El tema las conmovió. Se motivaron actividades recreativas. Se hizo un último análisis de asertividad, empatía y resiliencia, y se concluyó que en estas áreas habían evolucionado significativamente. Todas las participantes intervinieron activamente con sus comentarios. Cada paciente hizo una evaluación de la terapia y de sus expectativas con relación a ella. Muchas de ellas comentaron que sus sentimientos de tristeza habían sido casi eliminados por completo, pues ya sabían la forma de afrontarlos. En cuanto a los objetivos que se plantearon, estaban bastante entusiasmadas pues algunas mejoraron sus calificaciones y sus relaciones familiares y sociales. Estos son varios de los comentarios de las pacientes: "Ahora escucho a los demás, ya no me

encierro en mi cuarto, ya no pienso como antes en matarme ni en huir de mi casa”; “Ahora sé valorarme y valorar lo que hay en mi casa, y entiendo que mi mamá se enoje cuando salgo sin pedir permiso, antes era caprichosa y ahora no tanto”; “Aprendí a no meterme más en las peleas de mis viejos, yo sé que la relación de ellos está mal y yo no tengo la culpa de eso, también me gustaron esas lecturas porque me di cuenta que otros sufren más que uno y uno tiene que valorar y madurar”, “Yo ya no pienso en el grupo satánico ni me culpo como antes por esa nota, ya no soy tan cítrica, pero poco a poco estoy poniéndome en el lugar de mi pa aunque me cuesta un poco hacerlo cuando tengo iras”, “Yo aprendí a controlar mi llanto y ya no me meto en peleas en el curso ni les pego tanto a mis compañeras, ahora salgo con mi familia y no soy tan molesta con mis golpes”, “Ya no tengo miedo que mi abuelita se muera, es mejor que ella descanse y no sufra tanto, también ya no me encierro en el cuarto y salgo con mi mami y mi hermana, y como también”, “Por fin me di cuenta que no le voy a cambiar a mi vieja, tengo que madurar yo misma”. Todas mencionaron que aprendieron a valorarse y ver la vida como un regalo. En la técnica para proponerse objetivos a futuro, casi todas dijeron que iban a seguir trabajando en ellas mismas, en su ira, sentimientos de rencor y odio, en mejorar su comunicación con sus familias y relaciones sociales. Se les estimuló a que sigan aplicando las técnicas que aprendieron, y todas estuvieron de acuerdo en hacerlo para cumplir sus objetivos. La técnica del collage fue amena y bastante dinámica: cada una hacía preguntas, pintaba y decoraba la cartulina, colocaba frases positivas. Cuando les tocó explicar su obra, cada una lo hizo brevemente, se notó mucho positivismo y deseos de seguir progresando en la vida. Al finalizar agradecieron por la terapia, y dos se acercaron a entregar un presente hecho por ellas mismas. La sesión fue muy participativa y amena.

* No se aplicó la técnica de asertividad para tener más tiempo en la evaluación de la terapia.

GRUPO 2

Fecha: 20/05/08

Duración: 1:50

Número de participantes: 4

Para empezar, cada una comentó lo que le había evocado la lectura de Frankl. En general estaban bastante activas e inquietas. Se motivaron actividades recreativas. Se hizo el análisis de empatía, asertividad, autoestima y se concluyó que en esos temas habían avanzado significativamente. A cada una se le pidió que haga un análisis de cómo fue la terapia de una manera personal, lo que le había gustado, lo que le había molestado, etc. Cada una comentó que había aprendido muchas cosas positivas que podían ser aplicadas fácilmente, y que poco a poco habían aprendido también a controlar la depresión. Se evaluaron los objetivos y avances de las terapias; estos fueron algunos de los comentarios que dieron: “Yo ya no peleo con mi vieja, porque ya me pongo en el lugar, no creo que sea fácil criar hijos, por eso me pongo fresca y si me hace pelea ya no le sigo la corriente, más bien yo le cuento mis problemas y sé salir con ella a recrearme como usted nos aconsejó y eso sí ha sido chévere”; “Yo ya salgo de la casa, no me encierro, no insulto a mis hermanas, me controlo antes de insultar, ya sé cómo defender y no ser así como que muy ingenua”; “Me sé valorar más, ya no me culpo por lo que hice con mi enamorado, ya terminé con él porque mucho me trataba mal, yo sí he aprendido a quererme”, “Bueno, aprendí a escuchar a los demás y no encerrarme en mis cuatro paredes”, “Me estoy dando cuenta que mi enamorado no se va por mi culpa sino porque va a trabajar, creo que he aprendido a ser más fresca y llevarme con el resto”, “Bueno, ya no les exijo a mis pas que vengan de EE.UU., porque si vienen no van a poder regresar y eso va a ser peor; entiendo que están por allá por todas nosotras y no porque nos abandonaron, me quiero y eso”. En la técnica para proponerse objetivos a futuro comentaron, en general, que poco a poco seguirían trabajando en

controlarse más para no “perder la cabeza”, no ser “gritonas” y continuar trabajando en autoestima. La técnica del collage les pareció interesante y cada una estaba bastante inquieta. Explicaron detalladamente sus obras. Al final se mostraron agradecidas, y una de ellas entregó un presente hecho por ella misma. En definitiva, la terapia les ha servido en muchos aspectos de su vida, principalmente con ellas mismas: a valorarse, a controlar los sentimientos negativos y a ver la vida sin ingenuidad y con positivismo.

* No se aplicó la técnica de asertividad que las integrantes tuvieran más tiempo en la evaluación de la terapia y en la técnica del collage.

Como se ha visto, se ha detallado, una a una, las sesiones que se llevaron a cabo con los dos grupos de adolescentes con depresión grave de la Unidad Educativa Luisa de Jesús Cordero de Cuenca.

En general, las sesiones se llevaron con normalidad; sin embargo, hubo deserción de tres alumnas debido a aspectos de discriminación por parte de sus compañeras de curso, y, en un caso, por su salida del colegio. En terapia de grupo son comunes las deserciones, de modo que es importante saber manejar apropiadamente esto y continuar el trabajo.

Por otro lado, vemos que las técnicas aplicadas fueron comprendidas por las pacientes en su gran mayoría, aspecto importante dentro de cualquier terapia. Este tratamiento les ayudó a mejorar sus habilidades sociales, a sentirse más tranquilas y disminuir sus niveles de depresión.

Es necesario resaltar que uno de los objetivos de la terapia era involucrar a los familiares de las pacientes, para que sirvan como fuentes de apoyo para sus hijas; esto se logró con éxito, pues asistieron oportunamente a las sesiones individualizadas, allí se realizó una labor psicoeducativa acerca de los signos y síntomas de la depresión, formas de abordar en casa ciertas

reacciones agresivas de algunas de las chicas estudiadas, etc. Además, los padres de familia aportaron con datos para llenar adecuadamente las fichas psicológicas. El involucramiento de la familia es primordial, para que los y las adolescentes tenga mayores fuentes de apoyo e ir generalizando lo que aprenden en terapia.

4.2.1.2. ANÁLISIS Y EVOLUCIÓN DE LOS CASOS ESTUDIADOS

A continuación veremos un análisis de la evolución de cada paciente estudiada. En él consta la formulación dinámica, diagnóstico formal, resultados de las pruebas aplicadas y el genograma, tomados de cada ficha psicológica, y a continuación la evolución vista al final de la terapia, es decir, mencionaremos los avances que obtuvo cada paciente luego de la aplicación de las terapias grupales.

GRUPO 1

CASO 1

Formulación Dinámica del Trastorno o Problema

Se trata de una paciente que presenta depresión debido a una multiplicidad de factores. Tiene una pésima relación con su madre quien, en la infancia, la maltrató física y psicológicamente, de forma severa, lo que llevó a la paciente a inmiscuirse en grupos satánicos, pero por un periodo relativamente breve (7 meses). La madre la golpeaba brutalmente, llegando incluso a ortigarla y bañarla en la noche con agua helada, romperle una cuchara en la cabeza y pisarle la cabeza diciéndole insultos muy duros. Es demasiado asfixiante con ella, no la dejaba salir casi nunca y, según el psicoanálisis de Lacan, se ha dado con ella una situación de erotización con la madre, por el hecho de dormir con ella, y de sus celos hacia el padre “yo

no sé cómo a mi madre le gusta acostarse con mi padre, si él siempre la hace de menos". La relación con su padre y la familia de este se ha caracterizado, desde siempre, por la ausencia, incluso la paciente no conoce cuántos tíos o tías tiene por parte de su padre; igualmente, la relación con los abuelos es pésima. La paciente piensa de su padre que es una persona inmadura, que sólo subestima a su madre y la maltrata psicológicamente a tal punto de desvalorizarla frente a ella. Además se ha desarrollado un odio enfermizo hacia él. En sus relaciones con otros hombres se muestra muy seductora y se ha determinado una búsqueda de la imagen paterna, pues prefiere a hombres maduros para relacionarse, aunque poco a poco está saliendo con chicos de hasta 21 años que "la aconsejan y la llevan por buen camino" para mejorar su relación con la madre.

Diagnóstico formal

La paciente presenta episodio depresivo mayor, pues tiene sentimientos graves de angustia y desesperación, tiene baja estima hacia sí misma, falta de disfrute de las actividades que antes le gustaban, sentimientos de soledad, ideación suicida, dificultades para concentrarse y dormir. Experimenta pesadillas, cuyo contenido es el abandono de sus seres queridos; además ha subido considerablemente de peso (10 libras en dos semanas), hay la presencia de sentimientos de culpa y llanto incontrolable, irritabilidad. Todo ello se ha mantenido por más de dos meses. También ha habido un deterioro significativo en sus relaciones con sus pares, padres, maestros y hermana.

Resultados de los tests aplicados

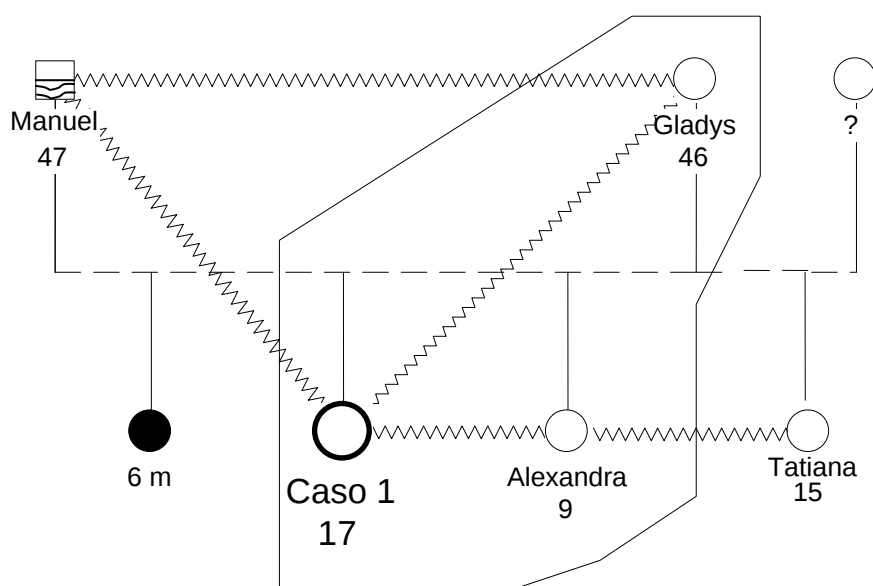
Test de Beck (27/05/08): Leve **Test de Casullo** (27/05/08): Moderada

Test de Beck (08/09/08): Leve **Test de Casullo** (8/09/08): Leve

Inventario de pensamientos automáticos de Ruiz y Lujan: Falacia de recompensa divina, Filtraje, Pensamiento polarizado, Los debería.

IPDE: Presenta rasgos de personalidad histriónicos y límite

Genograma



Evolución

La paciente, desde el inicio del tratamiento, tuvo buenos resultados y hubo una buena comunicación y sinceridad. La relación con su madre y hermana mejoró significativamente, pero con su padre no, debido a que este no la apoyaba ni siquiera de manera económica. En cuanto al desarrollo de la asertividad se vieron cambios positivos, su manera de relacionarse era menos agresiva y pensaba más en modos para actuar de forma apropiada. Los sentimientos depresivos disminuyeron y desarrolló muy bien la empatía y su capacidad resiliente. En cuanto a su desempeño académico, mejoró parcialmente y se la veía mayormente comprometida con sus metas a futuro. Respecto de su capacidad de relacionamiento, esta mejoró con una disminución significativa de peleas callejeras, e incluso abandonó las sectas satánicas. Además, la autoestima mejoró; esto se notó en los comentarios que hacía: “Yo soy buena y sirvo, nadie tiene por qué hacerme sentir mal”.

CASO 2

Formulación Dinámica del Trastorno o Problema

Paciente de 14 años, que presenta síntomas depresivos graves sin ideación suicida. Es la segunda de tres hermanos. Se lleva bien con su hermana menor, pero la relación con su hermano mayor (18) es pésima debido a que él es alcohólico, desertó del colegio cuando su madre fue apresada y tuvo un intento de suicidio por la misma situación. Constantemente recibe críticas por parte de su tía, con quien vive, y de su madre. Le dicen que ella es responsable de la situación de su hermano, dicha situación a veces la hace sentir culpa, pero reconoce que no hay motivo para ello; esto se ha mantenido durante más de cinco meses y, al parecer, sus familiares desean que adopte un papel de madre protectora con sus hermanos, cuestión que no le compete. Además la relación con su padre ha sido distante, pues migró a EE.UU. hace casi 11 años, y se nota conflictos significativos debido a esa falta parental, pues hay sentimientos ambivalentes hacia esta figura. La situación descrita ha provocado un cuadro de depresión grave; la paciente es altamente agresiva con su entorno, lo cual ha deteriorado sus relaciones sociales y su desempeño académico.

Diagnóstico formal

Paciente presenta episodio depresivo mayor, caracterizado por un estado de ánimo deprimido y falta de deseo de realizar actividades que antes le llamaban la atención; presenta baja autoestima, trastornos del sueño caracterizado por un sueño no reparador, falta de concentración y aumento del apetito. Su estado de ánimo es bastante irritable la mayor parte del tiempo; además muestra sentimientos de soledad, abandono y frustración. Existe la presencia de fatiga. Todo esto se ha mantenido por más de un mes, reduciendo significativamente su vida social y sus relaciones interpersonales.

Resultados de los tests aplicados

Test de Beck (27/05/08): Ausente

Test de Casullo (27/05/08): Leve

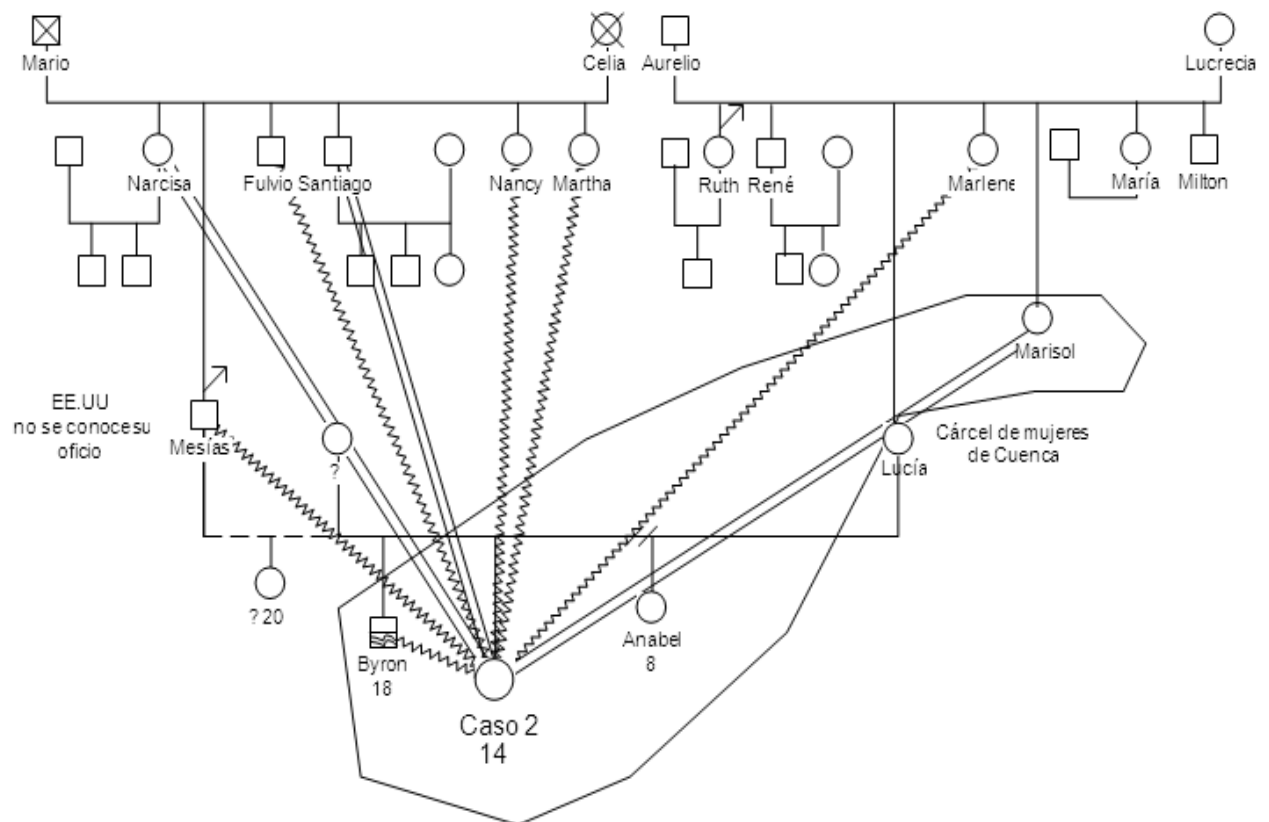
Test de Beck (09/9/08): Ausente

Test de Casullo (09/09/08): Leve

Inventario de pensamientos automáticos de Ruiz y Lujan: Falacia de razón, Los debería, Falacia de control

IPDE: Presenta rasgos de personalidad paranoide, antisocial, narcisista.

Genograma



Evolución

A lo largo de la terapia, la paciente mostró apertura y ganas de participar. Se vio una mejora en cuanto a su forma de relacionarse y reaccionar. Hubo más control de su ira y un incremento de su capacidad asertiva. Se notó una disminución de las peleas con las compañeras, y ella misma comentaba que no iniciaba peleas callejeras con otras chicas de su edad. Por otro lado, mejoró su capacidad de empatía, pues se identificaban claras señas de esto: "Yo ya le ayudo a mi tía, antes no hacía nada; pensaba sólo en mí y en insultar. Ahora tengo en cuenta los sentimientos del resto". Los niveles depresivos disminuyeron de manera significativa. Su capacidad de

resiliencia se vio fortalecida (no renegaba de lo malo, sino que sacaba provecho de ello). Su relacionamiento con sus pares mejoró.

CASO 3

Formulación Dinámica del Trastorno o Problema

Paciente de 14 años, hija última de un total de 5. Padre migrante, a quien prácticamente no conoce, pues viajó cuando ella tenía alrededor de un año y ocho meses de edad, constantemente vive a la expectativa de cuándo volverá y cómo será la relación entre ellos. Además demuestra claramente conflicto con las figuras de autoridad, pues en muchas ocasiones las desvaloriza y rompe las reglas de la casa (tener el cuarto limpio, no ser gritona con su madre etc.). Tiene problemas con su madre, pues pelean porque es tímida y no “como su hermana”; las comparan con frecuencia y eso ha disminuido significativamente su autoestima, a tal punto de decir “no valgo nada, ni me interesa nada”. En la infancia hubo un hecho que hasta ahora le atemoriza: el maltrato físico y emocional de una profesora, que hizo a la familia buscar ayuda profesional, porque tanto fue el temor por ella que perdió el año. En la actualidad está atravesando por una situación que le ha provocado síntomas depresivos graves: la enfermedad terminal de su abuela paterna y el viaje próximo de su hermano a EE.UU. a quien es muy apegada. Todo esto ha provocado en ella una depresión grave, sin ideación suicida. En la paciente existe mucho temor al abandono, es como un sentimiento de pérdida definitiva, pues cuando fue pequeña su padre viajó, y ahora que es adolescente, su hermano mayor también está por viajar. Esto se concluye por sus propias palabras: “no lo quiero perder a mi hermano”.

Diagnóstico formal

La alumna experimenta un episodio depresivo mayor que ya se ha extendido por más de tres semanas. Se caracteriza por una pérdida de interés por realizar las cosas que le interesaban, estado de ánimo deprimido la mayor

parte del día, síntomas somáticos, como gastritis, pues ya no se alimenta como antes, sino que come muy poco o no lo hace. No rinde académicamente como antes (“ando como distraída”), debido a la poca concentración. Existe la presencia de frustración, falta de sueño y pesadillas con contenido de abandono de sus figuras queridas, sentimientos de soledad, autoestima baja e irritabilidad. Todo esto ha afectado su vida personal en cuanto a la relación que tiene con sus padres, bajo rendimiento escolar y poca interacción con sus pares.

Resultados de los tests aplicados

Test de Beck (27/05/08): Leve

Test de Casullo (27/05/08): Ausente

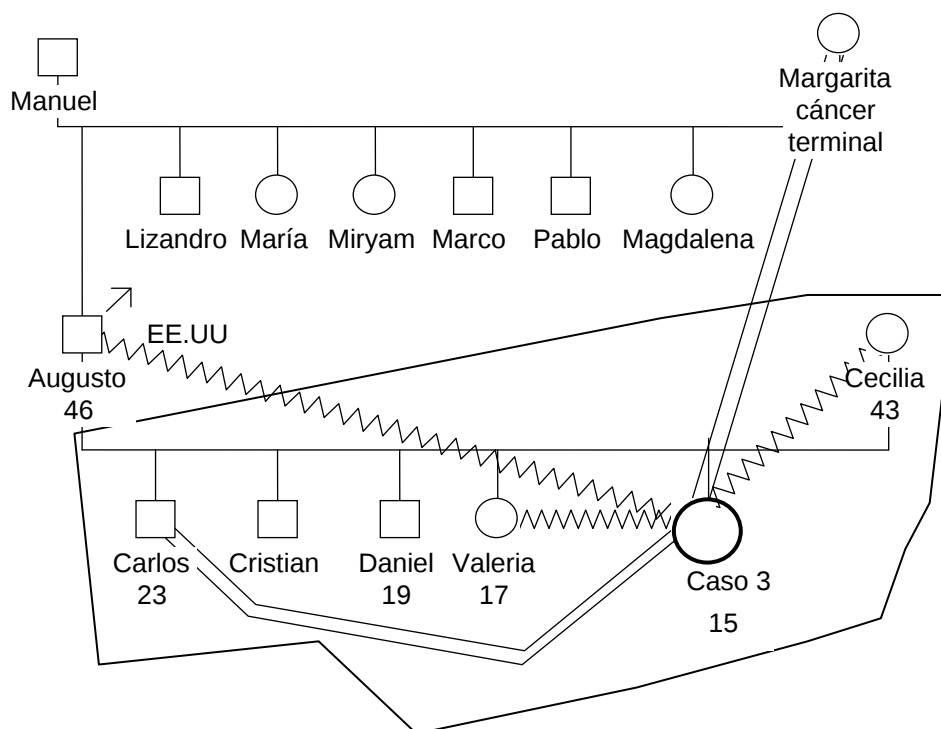
Test de Beck (09/09/08): Ausente

Test de Casullo (09/09/08): Leve

Inventario de pensamientos automáticos de Ruiz y Lujan: Falacia de justicia, Pensamiento polarizado, Etiquetas globales, Visión catastrófica.

IPDE: Presenta rasgos de personalidad paranoide, límite y evitativa.

Genograma



Evolución

La paciente dio claras señas de mejoría a lo largo de las sesiones terapéuticas. Su timidez y su falta de control de la ira se vieron disminuidas. Se fortalecieron sus capacidades de asertividad (las técnicas de asertividad constantemente las aplicaba dentro del grupo y fuera de él). Los niveles depresivos disminuyeron notablemente y su autoestima mejoró. En cuanto a empatía y resiliencia, estas se fortalecieron, pues se notaba que se ponía en el lugar de los demás y que consolaba a sus compañeras de grupo a través de palabras y frases como esta: “el sufrimiento sí te ayuda a madurar, somos bien fuertes”. La relación con sus padres mejoró notablemente. Cada vez se relacionaba con mayor soltura y seguridad en sí misma. Hubo una mayor preocupación por su salud y sus estudios.

CASO 4

Formulación Dinámica del Trastorno o Problema

Se trata de una paciente que ha sufrido abandono por parte de su madre, quien viajó a Italia hace siete años; su padre trabajaba hasta altas horas de la madrugada, por lo tanto también se trata de una figura ausente, tomando en cuenta que la comunicación entre ellos estaba cortada. Sus padres se divorciaron y al mismo tiempo murió la tía paterna, que hacía las veces de madre. La paciente ingresa a un grupo satánico a los 11 años, como en búsqueda de un lugar donde tener aceptación, y se produce un acoplamiento bastante rápido; allí se deforma significativamente su pensamiento y decaen las normas para ella, entonces empiezan los problemas con la hermana menor. Cuando tiene 13 años se produce una búsqueda de la figura paterna, en la forma de una relación sentimental con un hombre casado de 33 años (la misma edad de su padre, carácter y características). Aparentemente no inició su vida sexual con él. Su estado de ánimo pronto decae, se deprime con facilidad con hostilidad hacia sí misma en la forma de autocastigos (generalmente pinchazos). Todo esto ha

provocado en ella baja autoestima: “a veces me siento menos que una cucaracha”; sentimientos de culpa: “me quiero morir porque he hecho mucho daño”; pesadillas con temas de abandono, falta de apetito, sentimientos de inutilidad y pensamientos suicidas que no se han llevado a cabo por presunta “cobardía” de la paciente.

Diagnóstico formal

La paciente presenta episodio depresivo mayor, caracterizada por sentimientos depresivos graves, que han durado más de cuatro semanas consecutivas, falta de deseo de realizar y disfrutar las actividades que antes le producían goce, trastornos de sueño caracterizados por falta de sueño y pesadillas, cuyo contenido es abandono de sus seres queridos y muerte. Además presenta falta de apetito, sentimientos de culpa profundos, baja autoestima y llanto incontrolable cuando recuerda su situación actual y el peligro que corre. Además hay presencia de irritabilidad, poca concentración y alimentación deficitaria. Todo ello ha logrado aminorar las relaciones interpersonales de la paciente, empeorar sus relaciones familiares y no rendir adecuadamente en el colegio.

Resultados de los tests aplicados

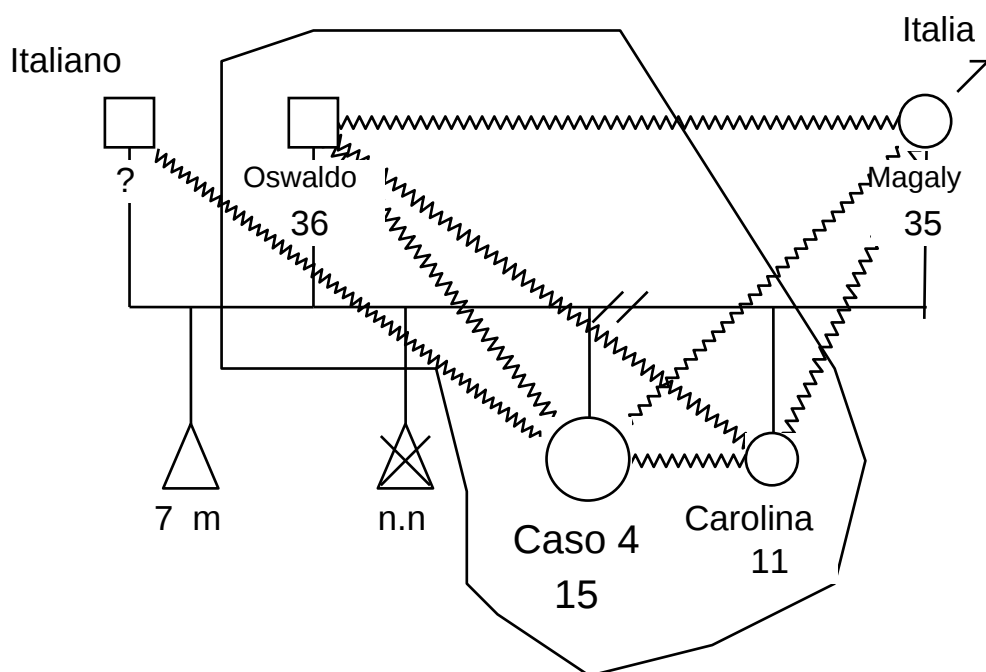
Test de Beck (27/05/08): Leve **Test de Casullo** (27/05/08): Moderada

Test de Beck (30/06/08): Ausente **Test de Casullo** (30/06/08): Moderada

Inventario de pensamientos automáticos de Ruiz y Lujan: Filtraje, Falacia de cambio, Etiquetas globales, Sobregeneralización, Pensamiento polarizado, Visión catastrófica, Falacia de control.

IPDE: Presenta rasgos de personalidad límite.

Genograma



Evolución

Al principio de las sesiones no había mayor colaboración y sí reacciones de cólera hacia sus compañeras. La adolescente, en el transcurso de las sesiones, desarrolló significativamente su asertividad, pues cada vez evitaba peleas con sus compañeras y ya no las lastimaba; se notaba que razonaba muy bien lo que tenía que decir y empezó a tratar a las personas con mayor delicadeza. Se ponía en el lugar de los demás antes de emitir comentarios hirientes, por lo tanto hubo un buen desarrollo de la empatía. Por otro lado, en cuanto a resiliencia, se vio que cada vez más mejoraba sus capacidad de superar los problemas en la adversidad y a tomarla como parte de la vida; cada vez sus comentarios estaban cargados de aprendizajes que le han enseñado a madurar cuando ha estado sufriendo. Sus niveles depresivos bajaron considerablemente y su autoestima se vio incrementada. Los sentimientos de culpabilidad disminuyeron, y abandonó definitivamente el grupo satánico al cual asistía con frecuencia. La relación con su padre y hermana mejoró de una forma satisfactoria, al igual que con sus amistades.

CASO 5

Formulación Dinámica del Trastorno o Problema

Paciente de 13 años, cuya madre migra a España cuando ella era aún niña, desde entonces no la vuelve a ver más. Ha vivido una historia de maltrato físico (a veces brutal) y psicológico por parte del padre, con quien vive. Ha sido comparada con muchas chicas de su edad tanto por su padre como por sus hermanos. Inicia consumo de alcohol a los 11 años, por ello el padre la maltrata cada vez más. Posee autoestima demasiado baja, sentimientos de soledad, resentimiento y culpa, debido a que el padre, además de maltratarla, no la escucha ni la toma en cuenta, y también porque su madre no se interesa en absoluto por ella, pues le ha dicho que no quiere que viaje a visitarle, y que no volverá al país nunca. La ha defraudado, puesto que tiene otro compromiso y la paciente siente que ya no tiene un ejemplo a seguir. Se siente traicionada por su progenitora. Esto, más los múltiples problemas con el padre y su bajo rendimiento escolar la han sumido en sentimientos depresivos muy fuertes que la han llevado ya a un intento suicida reciente.

Diagnóstico formal

La alumna presenta episodio depresivo mayor con claros síntomas que se han mantenido por más de tres semanas, tales como: estado de ánimo deprimido la mayor parte del tiempo, falta de disfrute de lo que antes le gustaba, desesperanza, sentimientos de soledad y abandono, frustración, falta de deseos para estudiar, tristeza patológica, sueños de angustia y pesadillas, falta de concentración, intento suicida, pérdida de energía. Sus relaciones con sus compañeras se han visto disminuidas, su rendimiento escolar ha bajado dramáticamente y sus relaciones con sus padres se han vuelto más caóticas aún.

Resultados de los tests aplicados

Test de Beck (No se le aplicó por su intento suicida).

Test de Casullo (No se le aplicó su intento suicida).

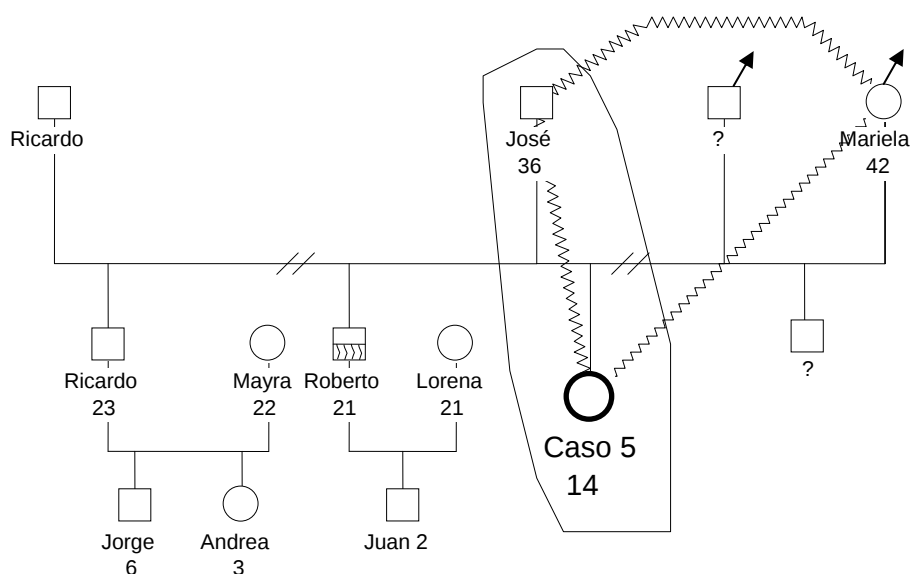
Test de Beck (28/04/08): Ausente **Test de Casullo (28/04/08):** Ausente

Test de Beck (8/09/08): Ausente **Test de Casullo (8/09/08):** Ausente

Inventario de pensamientos automáticos de Ruiz y Lujan: Falacia de control, falacia de justicia, y falacia de recompensa divina.

IPDE: Presenta rasgos de personalidad evitativa, y límite.

Genograma



Evolución

Al inicio de la terapia hubo mucho interés por mejorar su estado de ánimo y su relación con su padre. Disminuyó notablemente su ideación suicida, y esto se fortaleció a lo largo de la terapia. Se mantuvo hasta la décima sesión. Pero abandonó las terapias grupales debido a que tuvo que retirarse del colegio para poder terminar el año en otro. Sin embargo, se logró disminuir los niveles depresivos de modo significativo. Su capacidad de asertividad mejoró y, producto de ello, su relación con su padre mejoró notablemente; se comprometió más con sus estudios y mejoró su

autoestima. Su capacidad de resiliencia y empatía fueron fortalecidas, lo cual le hizo mejorar su forma de actuar ante las adversidades.

GRUPO 2

CASO 6

Formulación Dinámica del Trastorno o Problema

Paciente de 14 años, hija primera de un matrimonio disfuncional, con historial de maltrato físico y psicológico hacia los hijos (4). Presenta depresión grave con varios intentos suicidas, según la paciente, como un llamado de atención hacia sus padres. La relación familiar actual es deficiente, con peleas verbales y físicas que han deteriorado su autoestima significativamente, las peleas se dan entre sus padres cuando ella inicia un mal comportamiento; además, comenta que su madre descarga su frustración en ella. Adicionalmente, hay una ambivalencia hacia la figura masculina, pues tuvo un mal inicio de su vida sexual a los 13 años (tanto ella como su novio habían bebido alcohol en excesiva cantidad); debido a esto, empezó una actitud vengativa hacia los muchachos, seduciéndolos y rechazándolos luego, con burla de los sentimientos de ellos. El comportamiento de la paciente es impulsivo; tiene poca tendencia a tolerar la frustración y lo manifiesta con llanto excesivo, irritabilidad, pesadillas, culpa, autoestima baja y venganza.

Diagnóstico formal

La paciente presenta episodio depresivo mayor, caracterizado por estado anímico decaído la mayor parte del tiempo y una capacidad reducida de disfrutar las cosas que antes le gustaban. Hay sentimientos de soledad y culpa. Su sueño está alterado, pues hay ocasiones en que no puede

conciliar el sueño y tiene pesadillas (no recurrentes), cuyo contenido presenta un temor al abandono por parte de su familia. La adolescente casi no tiene hambre, por eso y por su fuerte ira presenta ya gastritis. Posee varios intentos suicidas y deseos de volverlo a intentar. Poca capacidad de concentración, fatiga, pérdida de peso. Todo ello se ha presentado por más de seis semanas consecutivas y ha deteriorado significativamente sus relaciones familiares y su interacción con sus pares, además de su relacionamiento con el sexo opuesto; bajo rendimiento académico.

Resultados de los tests aplicados

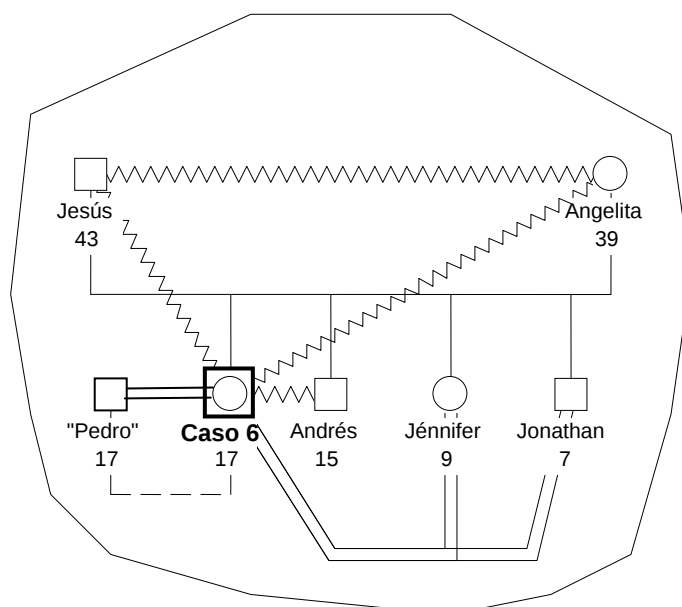
Test de Beck (30/05/08): Moderada **Test de Casullo** (30/05/08): Moderada

Test de Beck (5/09/08): Moderada **Test de Casullo** (5/09/08): Moderada

Inventario de pensamientos automáticos de Ruiz y Lujan: Los debería, Falacia de recompensa divina, Falacia de control, Sobregeneralización.

IPDE: Presenta rasgos de personalidad histriónica y límite.

Genograma



Evolución

Al principio, la adolescente se vio motivada con las terapias; sin embargo, empezó a faltar a las sesiones (desde la octava), hasta que las abandonó, debido a la presión del resto de sus compañeras de curso que la catalogaban de “loca” y otros calificativos peyorativos. Su autoestima mejoró parcialmente, al igual que su capacidad de asertividad, resiliencia y empatía; los niveles depresivos disminuyeron poco. Su irritabilidad no aminoró.

CASO 7

Formulación Dinámica del Trastorno o Problema

Se trata de una paciente que posee síntomas depresivos graves. En su infancia tuvo una situación de pérdida del padre: no lo conoce personalmente, pues se fue a vivir en EE.UU., ofreciendo ayudar a la familia, pero no lo hizo completamente. Constantemente pensaba en él y en los sufrimientos que tenía que pasar porque su padre no les ayudaba económicamente. Otra pérdida sufrió cuando su madre viajó a los EE.UU. a trabajar, debido a la precaria situación económica. Esto sucedió cuando la paciente recién había cumplido 11 años. Todo esto hizo que se dé un conflicto con la autoridad, tomando en cuenta que no hacía caso y constantemente peleaba con su hermana mayor, quien estaba a cargo de todas. Con el embarazo de sus dos hermanas mayores, su situación comenzó a empeorar; ya no la dejaban salir, constantemente la insultaban y ella respondía de igual manera. La razón para no dejarla salir nunca de la casa era evitar que le pasara lo mismo que a ellas: el embarazo. Esta situación molesta mucho a la adolescente, pues ha obtenido malas notas, porque no la han dejado salir a hacer consultas del colegio. Sumado a todo ello, ocasionalmente llegan los esposos de las hermanas (todos viven en conjunto) y la empiezan a tratar mal, la castigan, lo cual da como resultado una mayor rebeldía y sentimientos de tristeza. Casi no conversa con su padre; con su madre habla más, pero comenta que todo lo que ella les

manda de allá no se compara con el amor de una madre. Todo ello ha hecho que la paciente experimente una depresión que ha hecho que baje en los estudios y ya no le interesa hacer las actividades que le hacían feliz; además su sueño y su alimentación se han visto afectados de manera negativa.

Diagnóstico formal

La paciente presenta episodio depresivo, cuyos síntomas se vienen dando por más de cuatro semanas consecutivas sin remisión. Presenta sentimientos graves de angustia y desesperación, tiene baja estima hacia sí misma, sentimientos de soledad, pocas ganas de hacer lo que antes disfrutaba, presenta dificultades para dormir, y pesadillas cuyo contenido es el abandono de sus seres queridos; ha subido considerablemente de peso; hay la presencia de sentimientos de culpa y llanto incontrolable, irritabilidad. Además, poca concentración y fatigabilidad excesiva. Todo ello ha afectado su capacidad para relacionarse con los demás y un deterioro de su rendimiento en el colegio.

Resultados de los tests aplicados

Test de Beck (29/05/08): Leve **Test de Casullo** (29/05/08): Moderada

Test de Beck (09/09/08): Leve **Test de Casullo** (09/09/08): Leve

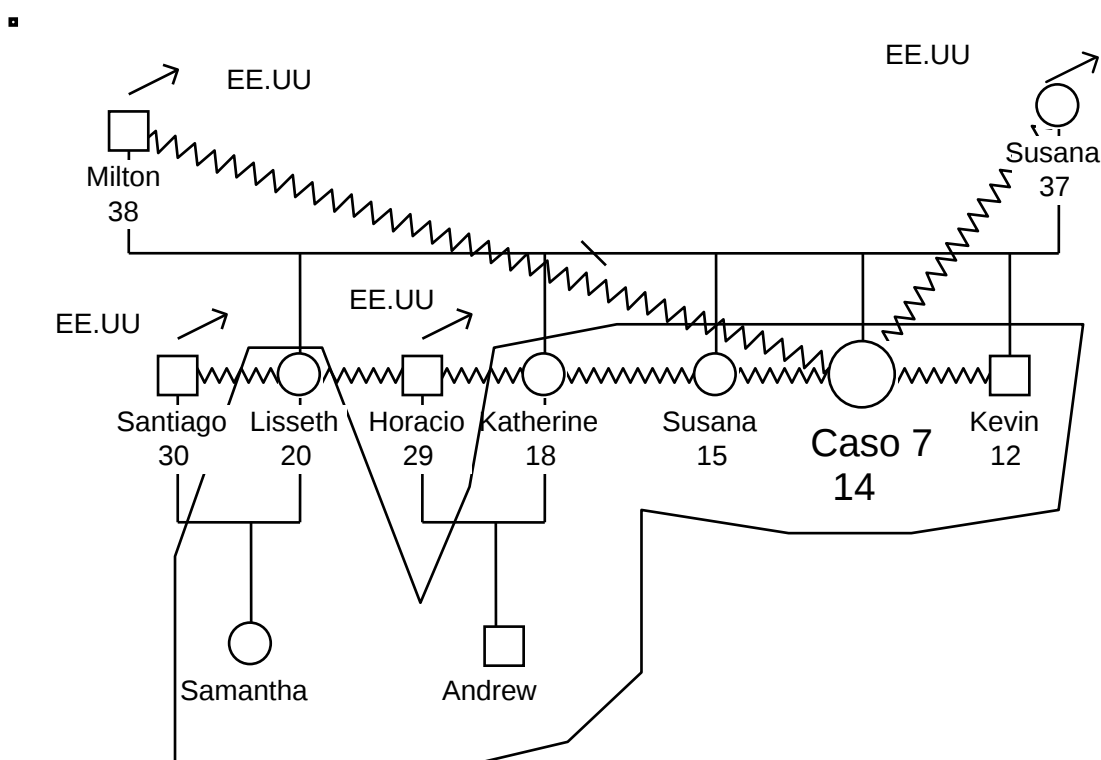
Inventario de pensamientos automáticos de Ruiz y Lujan: Filtraje,

Falacia de justicia, Los debería, Falacia de recompensa divina,

Interpretación del pensamiento, Falacia de control.

IPDE: Presenta rasgos de personalidad esquizotípico, límite y evitativa.

Genograma



Evolución

La adolescente estuvo motivada para desarrollar las terapias, pero le costó un poco adaptarse al entorno, debido a su falta de sociabilidad. Al transcurrir cuatro sesiones, ya estuvo adaptada al grupo. Mejoró su capacidad de asertividad y dejó de enviar mensajes agresivos a sus compañeras; las frases que usaba ya no eran groseras. Se fortaleció su autoestima y su capacidad de ponerse en el lugar del resto: “Ya no digo groserías, porque no me gustaría que me digan eso a mí, además yo ya estoy madurando”. Su capacidad de resiliencia fue desarrollándose, pues en sus comentarios se notaba que el sufrimiento que había experimentado le ha servido para ser mejor y comprender a las otras personas. Los niveles depresivos disminuyeron y su irritabilidad también.

CASO 8

Formulación Dinámica del Trastorno o Problema

Paciente de 15 años que presenta síntomas depresivos graves con ideación suicida. Es la tercera de cuatro hermanas. Las dos primeras migraron a EE.UU., por trabajo; la paciente posee buenos recuerdos de ellas, pero las extraña.

La relación con su madre a lo largo del tiempo ha sido caracterizada por la presencia de maltrato físico y psicológico, lo que ha deteriorado tanto su relación como su comunicación, provocando en ella mucho resentimiento y evitación de la comunicación. La relación con su padre es positiva a veces, pues se refugia en él, pero su madre “intenta separarlos” cuando ellas pelean; él se pone del lado de su hija y la defiende de todos los maltratos. Todo ello ha provocado en la adolescente un sentimiento de abandono por parte de su madre, y una estima por sí misma bastante baja, lo que ha provocado que casi haya tomado la decisión de suicidarse, pero no lo ha hecho por “cobardía”. Igualmente, sus relaciones sociales están bastante deterioradas, porque su mejor amiga perdió el año y ya no está con ella, lo que ha empeorado su cuadro clínico.

Diagnóstico formal

La paciente presenta episodio depresivo mayor, caracterizado por estado de ánimo deprimido y falta de deseo de realizar actividades que antes le gustaban, presenta baja autoestima y sentimiento de culpa y abandono; sueño no reparador y falta de él, con pesadillas cuyo contenido está relacionado con agresión a sus seres queridos, y abandono. Su estado de ánimo es bastante bajo e irritable, presenta ideación suicida, a más de sentimientos de soledad y frustración; hay falta de apetito y síntomas de gastritis. Esto se ha presentado por más de un mes. Todo ello ha disminuido

su capacidad de concentración y, por ende, ha disminuido su rendimiento escolar. Aparte, presenta una mala relación con sus pares y padres de familia.

Resultados de los tests aplicados

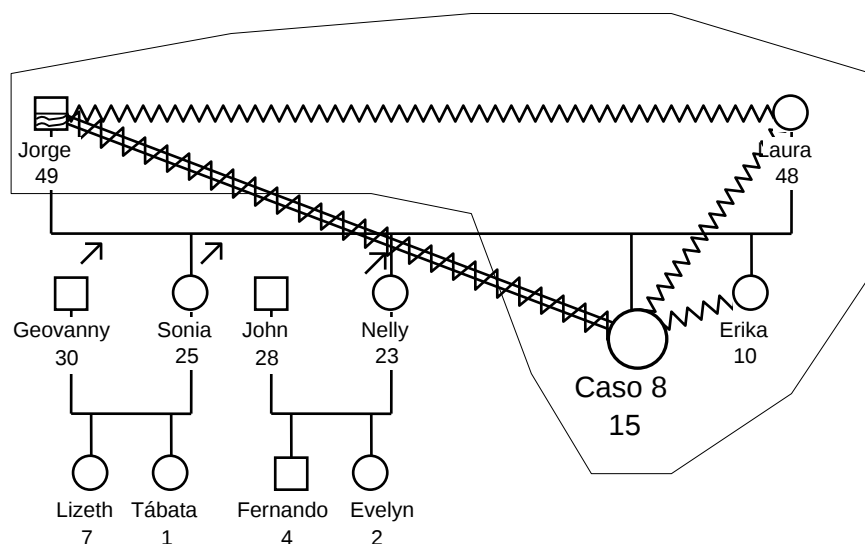
Test de Beck (28/05/08): Moderada **Test de Casullo** (28/05/08): Moderada

Test de Beck (9/09/08): Ausente **Test de Casullo** (9/09/08): Leve

Inventario de pensamientos automáticos de Ruiz y Lujan: Falacia de justicia, Visión catastrófica. Los debería, Falacia de razón.

IPDE: Presenta rasgos de personalidad paranoide y evitativa.

Genograma



Evolución

La adolescente disminuyó sus síntomas depresivos en las sesiones grupales, además su capacidad de socialización aumentó significativamente. La capacidad de asertividad y empatía fueron fortalecidas, teniendo resultados favorecedores en este sentido. La paciente, poco a poco, a través de la creatividad ideaba formas de dar respuestas adecuadas ante situaciones negativas y/o comprometedoras, poniéndose en el lugar de sus padres y amigos (as). Su autoestima mejoró y se desarrolló su capacidad de

resiliencia: antes y con mucha frecuencia renegaba de lo que tenía y del sufrimiento que pasaba, pero conforme pasó el tiempo, sus expresiones estaban cargadas de aceptación: “A muchas personas les toca pasar momentos feos, pero eso les hace madurar más rápido. Hay algunos que lo tienen todo y se quejan, pero no maduran”.

CASO 9

Formulación Dinámica del Trastorno o Problema

La adolescente proviene de una familia disfuncional dónde ha existido maltrato físico y psicológico, tanto entre sus padres como de ellos hacia sus hijos. Ha presenciado una serie de eventos traumatizantes, como el intento de agresión con arma blanca por parte de su padre hacia su madre, donde salieron heridos su hermano y su madre. Además presenta problemas con las figuras masculinas, pues su hermana fue abusada sexualmente, y eso la hace sentir muy mal; además demuestra poco interés por obedecer a sus figuras de autoridad. Posee un conflicto muy significativo consigo misma, pues el inicio de sus relaciones sexuales fue no muy grato para ella, ya que se siente como una mujer fácil que no tiene principios. La mala relación con su madre ha deteriorado la comunicación entre ellas y continuamente tienen conflictos de importancia. La paciente está repitiendo en su vida sentimental la historia de sus padres, pues está saliendo con un chico alcohólico que la agrede verbal y psicológicamente, la trata muy mal y va en estado etílico a molestarla; todo esto ha desencadenado en ella un episodio depresivo significativo, acompañado de una bajísima autoestima.

Diagnóstico formal

La paciente posee episodio depresivo mayor, caracterizado por irritabilidad, tristeza patológica; se reserva todo y no cuenta lo que siente, no puede dormir y tiene pesadillas con contenido de persecución; presenta desánimo, sentimientos de culpa, autoestima baja, resentimiento, fatigabilidad, poca concentración y enlentecimiento psicomotor. Esta situación se ha venido

dando por más de dos meses. Todo ello ha disminuido sus calificaciones en el colegio, ha perjudicado sus relaciones con sus amigos (as) y con sus padres.

Resultados de los tests aplicados

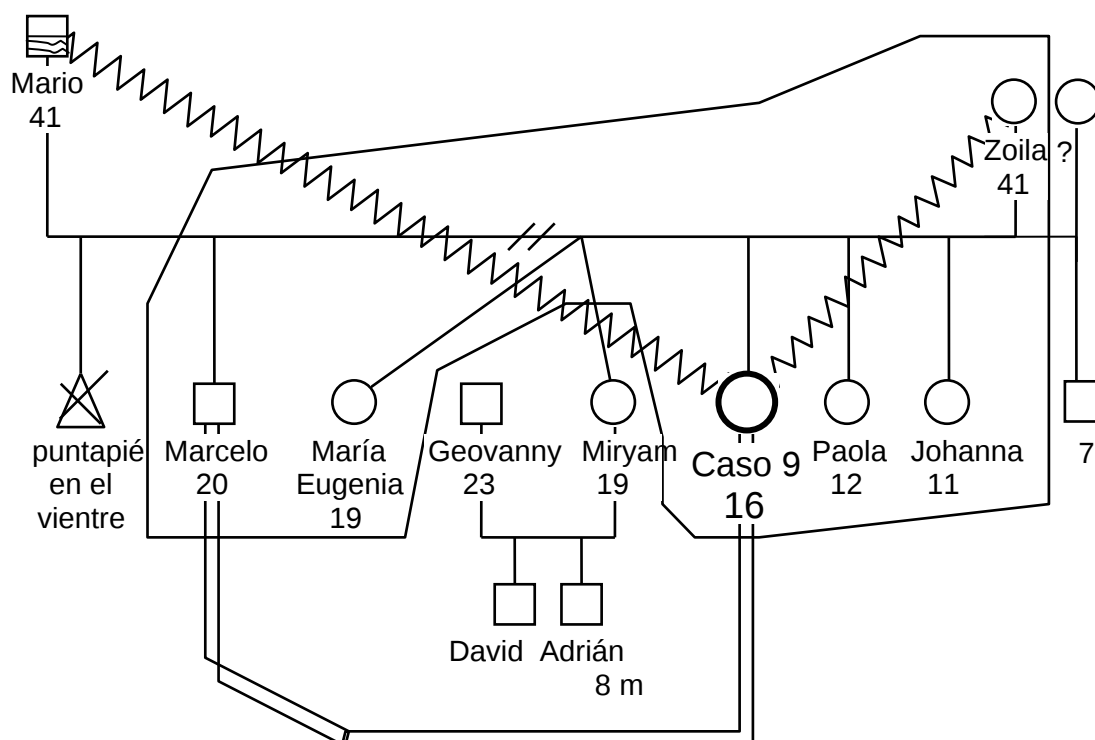
Test de Beck (29/05/08): Moderada **Test de Casullo** (29/05/08): Moderada

Test de Beck (9/09/08): Leve **Test de Casullo** (9/09/08): Leve

Inventario de pensamientos automáticos de Ruiz y Lujan: Falacia de control.

IPDE: Presenta rasgos de personalidad límite y obsesivo compulsivo.

Genograma



Evolución

En un principio, la alumna estuvo motivada a asistir a las reuniones, pero antes de iniciar la décima reunión manifiesta su indecisión a finalizar las sesiones grupales, debido a la presión de su grupo de compañeras, quienes la catalogan negativamente. Voluntariamente, regresa a la sesión 13.

Bajaron sus niveles depresivos y se mejoró parcialmente su autoestima. En cuanto a asertividad hubo un buen desarrollo de la misma; igualmente hubo un fortalecimiento de la empatía y de la resiliencia. Mejoró significativamente su relación familiar.

CASO 10

Formulación Dinámica del Trastorno o Problema

La paciente es la única hija mujer de un total de 4 hijos. Presenta síntomas graves de depresión, sin ideación suicida, relacionados con su situación familiar, mala relación con sus hermanos -que antes que se casen se llevaban bien- y mala relación con sus padres, quienes la sobreprotegen y no le permiten que sea “muy extrovertida”. Otro factor que ha provocado sentimientos de estima propia baja es que actualmente tiene dos enamorados, de los cuales no se quiere separar, ni decidirse por ninguno; esto le provoca sentimientos de culpa y confusión que han deteriorado su forma de catalogarse ella misma. Necesita una figura femenina para contar sus penas, pero no la tiene (no tiene confianza en su madre), por ello siente “un nudo en la garganta”, constantemente, que no la deja expresarse. Todo ello ha hecho que se hunda en sentimientos depresivos, y poco a poco ha deteriorado su humor (antes positivo) y rendimiento académico.

Diagnóstico formal

La adolescente presenta episodio depresivo mayor, caracterizado por un estado de ánimo decaído la mayor parte del tiempo, falta de interés por lo que le gustaba antes, baja autoestima, sentimientos de culpa y frustración, falta de apetito y sueño (sueños con contenido de abandono), sentimientos de soledad e irritabilidad, poca concentración, enlentecimiento psicomotor y sentimiento de culpabilidad excesivos. Esto se ha mantenido por más de un mes y ha producido un deterioro de sus relaciones interpersonales y un bajo rendimiento académico.

Resultados de los tests aplicados

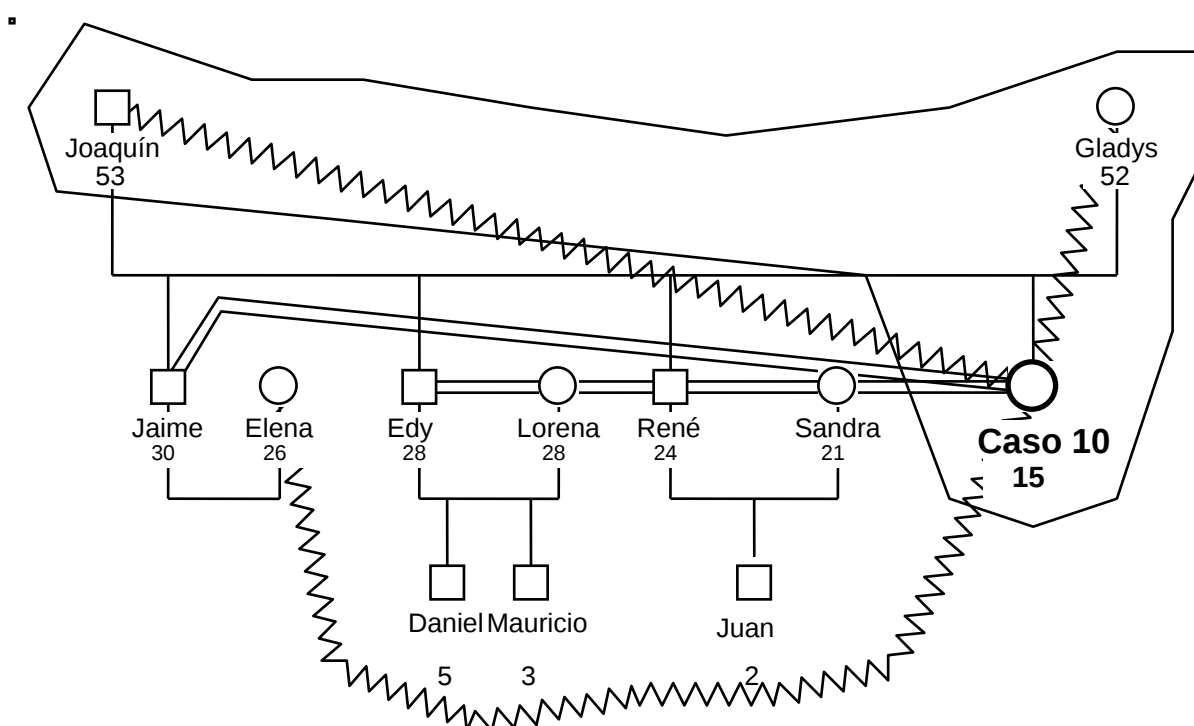
Test de Beck (29/05/08): Moderada **Test de Casullo** (29/05/08): Moderada

Test de Beck (9/09/08): Ausente **Test de Casullo** (9/09/08): Leve

Inventario de pensamientos automáticos de Ruiz y Lujan: Filtraje, Visión catastrófica, Falacia de Recompensa divina, Culpabilidad, Los debería, Razonamiento emocional, Falacia de control.

IPDE: Presenta rasgos de personalidad límite y evitativa.

Genograma



Evolución

La adolescente demuestra apertura a las sesiones terapéuticas hasta antes de la sesión diez, allí manifiesta que está indecisa de continuar con la terapia. Luego regresa, con la compañera antes mencionada, a la sesión 13. La razón era el maltrato que recibía por parte de sus compañeras de curso que le decían apodos por estar en terapia grupal. A pesar de ello, hubo una reducción de los síntomas depresivos y un fortalecimiento de su autoestima; sus sentimientos de culpabilidad se redujeron considerablemente. En cuanto a asertividad, hubo una excelente implicación con las técnicas propuestas, demostró creatividad y comentaba sus

inquietudes cuando venía aplicándolas en casa. En cuanto a resiliencia, hubo un buen desarrollo, en tanto que la paciente hacía comentarios de fortaleza, madurez y aceptación de situaciones que son dolorosas: “eso te ayuda a ser mejor y madurar y a no ser tan egoísta, te sirve para crecer”.

CASO 11

Formulación Dinámica del Trastorno o Problema

Paciente de 16 años con síntomas depresivos graves. Es hija única, le molesta que sus padres sean mayores (ambos, de 60 años) y anticuados. Su situación familiar es bastante incómoda, pues no la dejan salir con sus amigos (as) ni tener enamorado, lo que la lleva a ocultarles a sus padres ciertas salidas y amistades. Por otro lado, la mala relación que tiene con su familia paterna le preocupa significativamente. La paciente padece de epilepsia y constantemente tiene temor de que le sobrevenga alguna convulsión; en cuanto a este punto, no acepta su situación y esto le produce sentimientos de inferioridad y no le permite relacionarse con otras personas. La adolescente tiene poco contacto con sus padres, pues ellos viajan constantemente por trabajo, no tienen comunicación y no hay confianza entre ellos; en general vive en un ambiente familiar disfuncional.

Diagnóstico formal

La adolescente presenta episodio depresivo mayor, que se caracteriza por irritabilidad y un estado anímico depresivo, falta de interés por realizar actividades que antes le producían placer, sentimientos de culpa y baja autoestima, apetito incrementado (que le ha hecho subir alrededor de 7 libras de peso); aumento considerable de sueño, que no le permite realizar actividades (sueños con contenido de persecución), sentimientos de soledad, poca concentración, fatigabilidad. Esto se ha mantenido por más de dos meses y ha producido un deterioro de su capacidad de rendir adecuadamente en el colegio, malas relaciones con sus padres y amigos (as).

Resultados de los tests aplicados

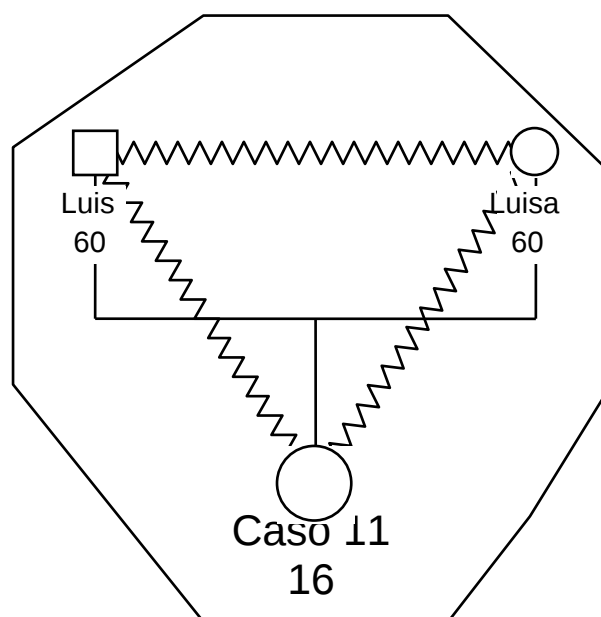
Test de Beck (29/05/08): Moderada **Test de Casullo** (29/05/08): Moderada

Test de Beck (09/09/08): Leve **Test de Casullo** (09/09/08): Moderada

Inventario de pensamientos automáticos de Ruiz y Lujan: Los debería, Falacia de recompensa divina, Sobregeneralización.

IPDE: Presenta rasgos de personalidad paranoide y dependiente.

Genograma



Evolución

La adolescente se mostró poco comunicativa a lo largo de las sesiones. En ocasiones tomaba partido y comentaba lo que sentía. Hubo un parcial fortalecimiento de su autoestima, empatía, asertividad y resiliencia. Todo ello debido al abandono de las sesiones grupales motivado por su inconformidad con la actitud de sus compañeras, pues la trataban mal por estar dentro del grupo, y le quitaron su amistad.

4.2.2. ANÁLISIS CUANTITATIVO DE LOS DATOS

A continuación, presentamos el análisis estadístico de los resultados obtenidos. Las tablas corresponden a los datos brutos, e incluyen a todas las pacientes estudiadas, también presentamos gráficos con porcentajes.

Considerando que en la evaluación inicial todas presentaban depresión grave la siguiente información incluye:

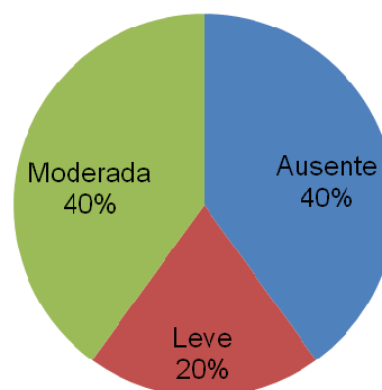
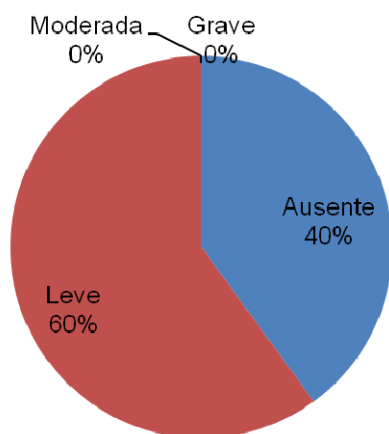
- a) La primera reaplicación de los test de Beck y de Casullo, luego de la finalización de la terapia grupal, diferenciando los resultados por grupo.
- b) Una segunda reaplicación de los test de Beck y Casullo luego de tres meses de la primera reaplicación, con el objetivo de mostrar las variaciones de los niveles depresivos de las alumnas, igualmente por grupos.
- c) Un análisis global de los niveles de depresión según el test de Beck y de Casullo, tanto en la primera reaplicación como en la segunda.

- a) Análisis por grupo de la aplicación de los test luego de la terapia:** A continuación, vamos a analizar la primera reaplicación de los test de Beck y Casullo luego de la finalización de la terapia grupal desde el Modelo Integrativo, diferenciando los niveles por grupo.

GRUPO 1

Test de Beck	
Ausente	2
Leve	3
Moderada	0
Grave	0
Total	5

Test de Casullo	
Ausente	2
Leve	1
Moderada	2
Grave	0
Total	5



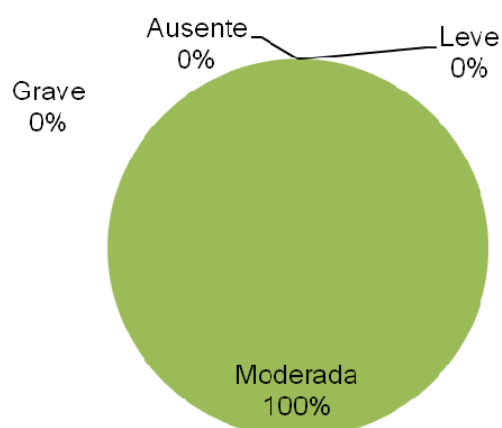
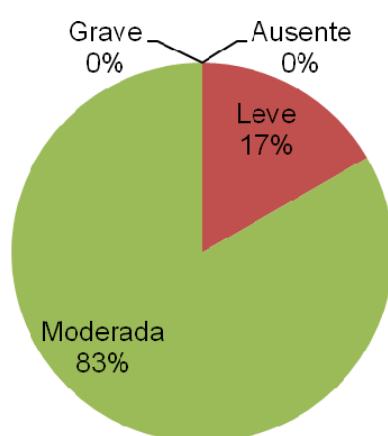
Como se aprecia en el primer gráfico, que corresponde al primer grupo, la depresión se encuentra en un sesenta por ciento (leve), según el test de Beck. El resto de alumnas (40%) no presenta depresión de ningún tipo.

El segundo gráfico nos demuestra que el 40% de las alumnas presentan niveles moderados de depresión; el 20%, leves y un alentador 40%, ausentes; según el test de Casullo.

GRUPO 2

Test de Beck	
Ausente	0
Leve	1
Moderada	5
Grave	0
Total	6

Test de Casullo	
Ausente	0
Leve	0
Moderada	6
Grave	0
Total	6



El primer gráfico, que corresponde a la primera reaplicación del test de Beck, nos demuestra un 83% de pacientes con depresión moderada y un 17% con niveles leves.

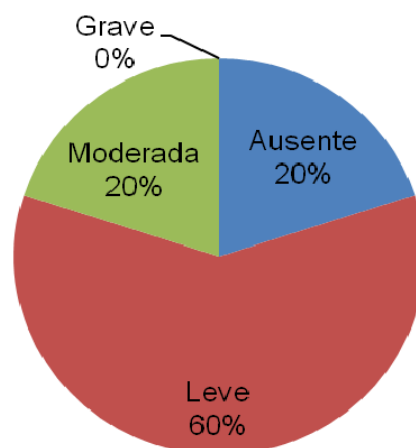
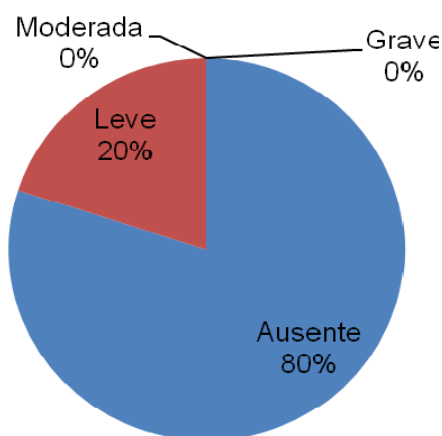
Según el segundo gráfico (resultados del test de Casullo), la totalidad de las pacientes, presentaron niveles moderados de depresión. Cabe resaltar que en este grupo hubo dos pacientes que abandonaron la terapia, las mismas que presentaban niveles moderados. Consideramos que la diferencia que se presenta entre ambos grupos, estuvo dada porque se tomó en cuenta a los resultados obtenidos por las alumnas que desertaron de la terapia, ellas por lo que podemos ver obtuvieron niveles moderados de depresión luego de su salida de los grupos.

b) Análisis por grupo de la segunda reaplicación de los tests luego de tres meses: Seguidamente, se analizarán los resultados de los test de Beck y Casullo en una segunda reaplicación, luego de tres meses terminada la terapia. En las sesiones finales se incentivó a las pacientes a seguir poniendo en práctica las técnicas que aprendieron, incluso terminada la terapia grupal, para que esto se vaya generalizando en su vida personal.

GRUPO 1

Test de Beck	
Ausente	4
Leve	1
Moderada	0
Grave	0
Total	5

Test de Casullo	
Ausente	1
Leve	3
Moderada	1
Grave	0
Total	5

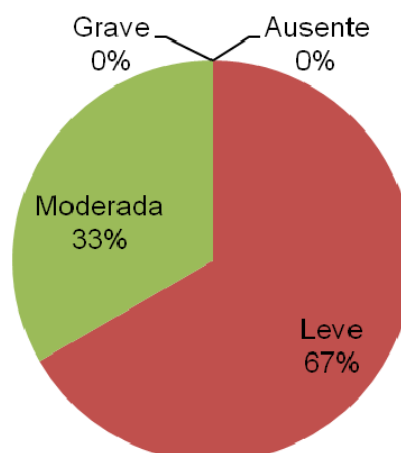
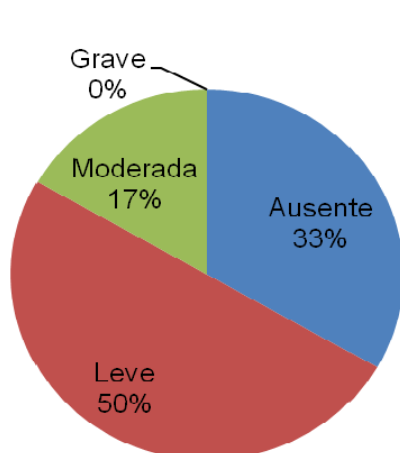


Como vemos, la primera figura que corresponde a la segunda reaplicación del test de Beck en el primer grupo de alumnas, el 20% de las presentaron niveles leves de depresión y el resto (80%) ya no mostraron signos depresivos. Por otro lado, la segunda figura (test de Casullo) demuestra que en el 20% de las pacientes se presentaron tanto niveles moderados como ausentes respectivamente, el resto (60%), leves.

GRUPO 2

Test de Beck	
Ausente	2
Leve	3
Moderada	1
Grave	0
Total	6

Test de Casullo	
Ausente	0
Leve	4
Moderada	2
Grave	0
Total	6



En la primera figura, que corresponde a la segunda reaplicación del test de Beck en el segundo grupo de alumnas estudiadas tenemos un 17% para niveles moderados; 50% para leves y el 33% leves exitosamente. La segunda figura que vemos, nos da un ligero acercamiento a los resultados anteriormente vistos. Un 33%, para niveles moderados y un 67%, para leves.

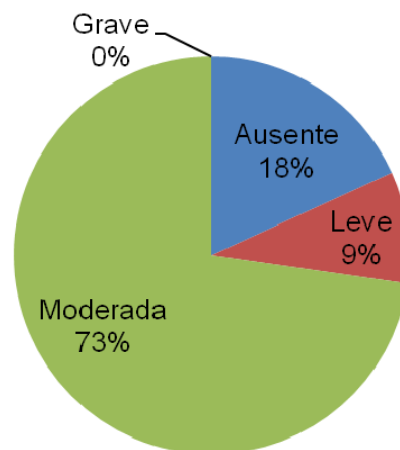
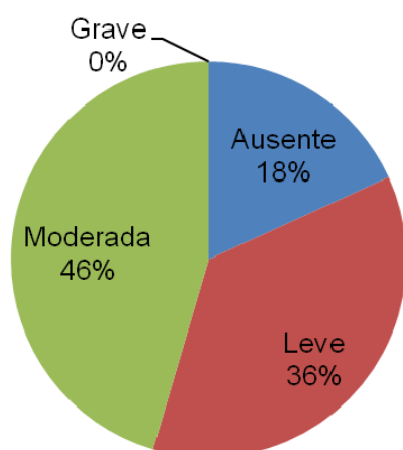
Haciendo un contraste con los primeros retests aplicados, tenemos una significativa disminución de los signos depresivos en ambos grupos de pacientes. Este favorable resultado se dio, debido a que en las últimas sesiones se estimuló a que las adolescentes sigan aplicando las técnicas aprendidas en terapia durante el periodo de vacaciones.

- c) **Análisis global de los niveles de depresión de las alumnas estudiadas:** A continuación, se analizarán los niveles de depresión de alumnas en la primera y segunda reaplicación de los test de Beck y Casullo.

PRIMER RETEST AMBOS GRUPOS JUNTOS

Test de Beck	
Ausente	2
Leve	4
Moderada	5
Grave	0
Total	11

Test de Casullo	
Ausente	2
Leve	1
Moderada	8
Grave	0
Total	11

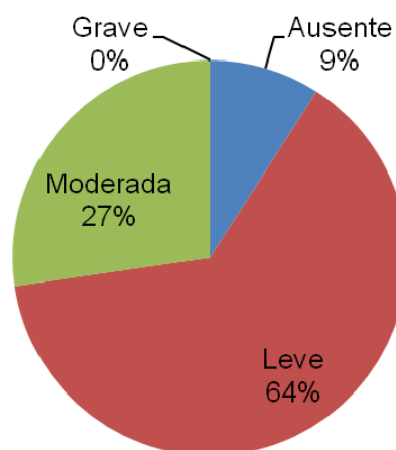
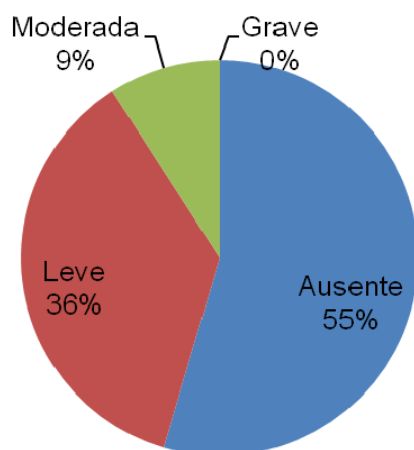


El primer gráfico –test de Beck- nos indica que existen niveles moderados de depresión en un 46% de las alumnas estudiadas; 36%, leves y 18%, ausentes. En el segundo gráfico –test de Casullo- tenemos un 73% para niveles moderados de depresión; 9%, leves y 18% ausentes. Datos de la primera reaplicación. Como se mencionó con anterioridad, el test de Casullo posee mayor sensibilidad con adolescentes. Por otro lado, para este análisis se tomaron en cuenta a las alumnas que desertaron de la terapia, las mismas obtuvieron niveles moderados de depresión.

SEGUNDO RETEST AMBOS GRUPOS JUNTOS

Test de Beck	
Ausente	6
Leve	4
Moderada	1
Grave	0
Total	11

Test de Casullo	
Ausente	1
Leve	7
Moderada	3
Grave	0
Total	11



El primer gráfico, que indica los resultados de la segunda reaplicación del test de Beck a todas las estudiantes, nos revela niveles moderados de depresión en un 9% de las alumnas; 36%, leves y 55%, ausentes. La segunda figura –segunda reaplicación test de Casullo- demuestra que el 27% de las pacientes obtuvo niveles moderados de depresión; el 64%, leves y 9% ausentes. Contrastando con la primera reaplicación, notamos claramente que existe una positiva y alentadora disminución de los niveles de depresión en el grupo de alumnas aquí estudiado. Como se dijo anteriormente, debido a la motivación que se realizó para las que alumnas apliquen lo conocido en terapia durante las vacaciones, tanto es sus casas como en el resto de contextos en el que se desarrollieran.

Por otro lado, es necesario recalcar que en cuanto al Test de Pensamientos Automáticos, de Ruiz y Lujan, se observó que las siguientes distorsiones cognitivas fueron las que más estuvieron presentes dentro del grupo estudiado:

PENSAMIENTO AUTOMÁTICO	FRECUENCIA
Falacia de control	7
Los debería	7
Falacia de recompensa divina	6
Falacia de justicia	4
Visión catastrófica	4
Filtraje	4

Como vemos, la falacia de control, los debería son las que con más frecuencia se presentaron en el grupo estudiado pues 7 pacientes de 11 las experimentaban; luego le sigue la falacia de recompensa divina, con 6; la falacia de justicia, visión catastrófica y filtraje, con 4 respectivamente.

En cuanto al Test de rasgos de la personalidad de la FIEPS tenemos que los siguientes rasgos de personalidad eran los que más se presentaron dentro del grupo de adolescentes estudiadas:

RASGOS DE PERSONALIDAD	FRECUENCIA
Límite	8
Evitativa	5
Paranoide	4
Histriónica	2

En este caso tenemos que los rasgos para personalidad límite fueron los que más se presentaron, con una frecuencia de 8 de 11 pacientes; seguidos de rasgos de personalidad evitativa, con 5; rasgos paranoides, con 4; y rasgos histriónicos, con 2 respectivamente. Con ello se confirma, una vez más, lo que varias teorías afirman acerca de existen cierto tipo de rasgos y

trastornos de la personalidad que predisponen la aparición de la depresión; en este caso vemos que los rasgos más frecuentes en el grupo estudiado fueron los limitrófes, cuyas características son: sentimientos de vacío, intentos suicidas, automutilaciones, cambios bruscos de temperamento, etc.

5.3. CONCLUSIONES

A lo largo de este capítulo hemos realizado un análisis cualitativo y cuantitativo de los datos obtenidos durante la investigación. En cuanto al análisis cuantitativo, tenemos que ha habido una disminución significativa de los niveles depresivos que presentaban en un inicio las pacientes (graves, según los baremos del test de Beck y el test de Casullo).

En el análisis cualitativo, se ha descrito la evolución de cada una de las pacientes en la terapia grupal desde el Modelo Integrativo; además se ha detallado cómo cada una respondía a la terapia. Y, en general, vemos que la gran mayoría se mantuvo en las sesiones y que su evolución ha sido progresiva y positiva. Además se involucró a los padres de familia de las adolescentes, para que sean fuentes de apoyo permanentes.

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

- o Es satisfactorio sentir durante todo este proceso haber cumplido con el objetivo de bajar paulatinamente los síntomas depresivos en las alumnas estudiadas, más que todo, porque todas iniciaron con niveles depresivos de riesgo vital (graves). Además se logró involucrar significativamente a los padres de las alumnas a lo largo del proceso, a través de psicoeducación.
- o La terapia de tipo grupal con adolescentes, es bastante beneficiosa, pues permite que ventilen sus sentimientos y vivencias de una forma libre y espontánea. La situación grupal incentiva que esto se vaya dando poco a poco, más que todo, porque en la adolescencia hay una mayor implicación de los (as) chicos (as) con sus pares, lo cual incentiva un mayor apego entre ellos, un desarrollo eficaz de la resiliencia y de la empatía, al conocer diferentes realidades y, claro, no saberse solos (as) o únicos (as) en su problema. La terapia sirvió, además, para fortalecer varias áreas en las pacientes estudiadas, como autoestima, resiliencia, empatía, asertividad, disminución de la ansiedad (ante los exámenes), etc.
- o Las escalas que fueron aplicadas en la presente investigación (de Beck y de Casullo), sirvieron notablemente para la detección y diagnóstico de los niveles de depresión de las alumnas estudiadas. Se observó que hay similitudes entre ambas escalas, pero la escala de Casullo, de acuerdo con su autor, posee una mayor sensibilidad en adolescentes.
- o Es importante hacer notar que entre los primeros retest y los segundos, hubo una disminución notable de los signos depresivos, debido a que se motivó a las chicas a aplicar lo conocido durante las vacaciones.
- o Es necesario, concienciar en las instituciones educativas secundarias, la importancia de un profesional clínico de la salud psicológica, para

trabajar terapéuticamente con los (as) adolescentes que lo requieran. Sería conveniente trabajar con los casos de alumnos deprimidos de las otras instituciones estudiadas por la Mst. Cobos. La situación de riesgo a la que se exponen podrían costarles hasta su propia vida. Asimismo sería importante desarrollar charlas de autoestima, control de las emociones, identificación de síntomas depresivos, etc., tanto a los alumnos de los colegios, como a sus profesores, dirigentes y personal administrativo que labore en los mismos.

BIBLIOGRAFÍA

- o Arias, Diana y Vargas, Claudia. (2003). *La creación artística como terapia*. (1era. ed.). España: RBA Libros, S.A. Brosmac, S.L.
- o Balarezo, Lucio (1995). *"Psicoterapia"*. (2da. ed.). Ecuador: Ediciones de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador.
- o Beck, Aaron; Rush, John y Colaboradores (2003). *Terapia Cognitiva de la Depresión*. (15ava ed. España: Editorial Desclée de Brower S.A.
- o Bradshaw, John. (1994). *Volver a Casa. Recuperación y reivindicación del niño interno* (1era. ed.). España: Los libros del comienzo.
- o Burns, David. (1990). *Sentirse bien. Una nueva terapia contra las depresiones*. (1era. ed.). España: Editorial Paidós.
- o Castañedo, Celedonio et al. (2000). *Seis enfoques psicoterapéuticos*. (1era. ed. 3era. reimp). México: Editorial El Manual Moderno.
- o Cobos, Martha. (2008). *Niveles de Depresión en los adolescentes de la Ciudad de Cuenca*. Tesis de Maestría, 2008 por publicarse. Universidad del Azuay, Cuenca- Ecuador.
- o Craig, Grace. (2001). *Desarrollo Psicológico*. (8va ed.). México: Pearson Education.
- o Dulanto, Enrique. (Compilador). (2000). *La adolescencia*. (1era. ed.). México: Editorial McGraw-Hill Latinoamericana.
- o Dyer, Wayne y Vriend, John (1992). *Técnicas Efectivas de Asesoramiento Psicológico*. (5ta. ed.). España: Grijalbo.
- o Fernández Álvarez, Héctor y Opazo, Roberto. (Compiladores). (2004). *La integración en psicoterapia*. (1era. ed.). España: Novagràfik.
- o Fernández Álvarez, Héctor. (2005). *Fundamentos de un modelo integrativo en psicoterapia*. (1era. ed. 2da. reimp.). Argentina: Editorial Paidós.
- o Frankl, Víktor. (1991). *El hombre en busca de sentido*. (12da. ed.). España: Editorial Herder.
- o González Núñez, José. (Compilador). (2001). *Psicopatología de la adolescencia*. (1era. ed.). México: Editorial El Manual Moderno.

- o Hornstein, Luis. (2006). *Las depresiones*. (1era. ed.). Argentina: Editorial Paidós.
- o Maldonado y Saucedo (2003). *La familia: Su dinámica y funcionamiento*. Washington: OPS y IMSS
- o Palacios, Jesús; Marchesi, Álvaro; Coll, César. (Compiladores). (2002). *Desarrollo Psicológico y educación. 1. Psicología Evolutiva*. (2da. ed.). Madrid: Alianza Editorial.
- o Phares, Jerry. (1999). *Psicología Clínica. Conceptos, métodos y práctica*. (2da. ed. en castellano; 5ta. ed., en inglés). México: Editorial El Manual Moderno.
- o Smith, Manuel. (1977). *Cuando digo no, me siento culpable*. (1era. ed.) España: Editorial Grijalbo.
- o Toro, Ricardo; Yepes, Luis. (Editores). (2004). *Psiquiatría*. (4ta. ed.) Colombia: Fondo Editorial CIB.
- o V/A. (1995). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales*. Barcelona: Masson S.A.

REFERENCIAS ELECTRÓNICAS

- o Barrios Marco, Francisco. *Métodos de visualización: Nube; Aroma – Fragancia – Perfume. La Relajación*. (Online). Citado el 28 de marzo de 2008. Disponible en la Word Wide Web: <http://www.larelajacion.com/larelajacion/38visualizacion.php>
- o Consejo General de Colegios Oficiales de Psicólogos. *Factores de riesgo en el suicidio*. Infocop Online, 10/10/2006. Revisado el 26 de julio de 2008. Disponible en Word Wide Web: http://www.infocop.es/view_article.asp?id=1070----
- o Jiménez, Enrique. *La familia es con frecuencia origen del síndrome de la depresión*. Pontificio Consejo para la Salud (s/a). Revisado el 25 de marzo de 2009. Disponible en Word Wide Web: <http://www.healthpastoral.org/events/18conference/carvajal.htm>

- o Prado, Cristián; Mena, Ismael; *Alteraciones funcionales en pacientes con Trastorno Limite de la Personalidad demostradas con Spect Cerebral Hmpao Tc 99 M en condiciones basales y de estimulación frontal*. Alasbimn Journal2(7): April 2000. Article N° AJ07-1. Revisado el 23 de marzo de 2009. Disponible en Word Wide Web: <http://www.alasbimnjournal.cl/revistas/7/pradoe2.html>
- o Puertos, Harumi. *Visualizaciones: Creación del Amor*. En buenas manos. Salud y terapias naturales. (Online). S/f. Revisado el 17 de marzo de 2008. Disponible en la Word Wide Web: <http://www.enbuenasmanos.com/articulos/muestra.asp?art=777>
- o Ruiz, Juan; Imbernón Juan, *Sentirse Mejor. Cómo afrontar los problemas emocionales con Terapia Cognitiva*. ESMD-UBEDA, julio de 1996 (15/09/08). Revisado el 25 de mayo de 2008. Disponible en la Word Wide Web: http://www.psicologia-online.com/ESMUbeda/Libros/Sentirse_Mejor/sentirse4b.htm
- o S/A. *Depresión en adolescentes - Tratamiento*. Centro Médico de la Universidad de Maryland Medical UMMC. (Online). 2007. Citado el 18 de noviembre de 2008. Disponible en la Word Wide Web: http://www.umm.edu/esp_ency/article/001518trt.htm
- o Sadd de Janon. *La depresión en la adolescencia y disfunción familiar: Un enfoque multidisciplinario*. Revista de Psiquiatría y de Psicología del Niño y del Adolescente. 11 de septiembre de 2003. Revisado el 22 de marzo de 2009. Disponible en Word Wide Web: <http://www.psiquiatria.com/articulos/depresion/13495/Serfaty>,
- o Edith. *Suicidio en la adolescencia*. SASIA: Sociedad Argentina de Salud Integral del Adolescente, (1994-2009). Revisado el 24 de julio de 2008. Disponible en Word Wide Web: http://ral-adolesc.bvs.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-71301998000100007&lng=es&nrm=iso
- o Staff de la Revista Crecimiento Interior. *Ejercicio base de relajación*. Revista Crecimiento Interior N° 84, Año 9, Noviembre del 2003. (Online). Revisado el 12 de abril de 2008. Disponible en la Word Wide Web: <http://www.deon.com.ar/84relajacion.html>.

ANEXOS

ANEXO 1: TESTS UTILIZADOS

TEST DE CASULLO

Fecha: _____ Nombre _____
 Edad: _____ Escuela o Colegio: _____
 Curso: _____ Sexo: _____

Instrucciones: Lee con atención la siguiente lista. Marca tu respuesta pensando cuantas veces te has sentido así la semana pasada. Para indicar tu respuesta coloca un círculo alrededor del numero que elijas (0,1, 2 o 3).

Durante la semana pasada	Menos de 1 día	1-2 días	3-4 días	5-7 días
a. Me molestaron muchas cosas que generalmente no me molestan.	0	1	2	3
b. No tenía hambre ni mucho apetito.	0	1	2	3
c. Me sentí tan desanimado que ni mi familia ni mis amigos me podían aliviar.	0	1	2	3
d. Me sentí tan bueno/a como los demás.	0	1	2	3
e. Tuve problemas para prestar atención a lo que estaba haciendo.	0	1	2	3
f. Me sentí deprimido/a.	0	1	2	3
g. Sentí que todo lo que hacía me costaba esfuerzo	0	1	2	3
h. Vi el futuro con esperanza.	0	1	2	3
i. Pensé que mi vida era un fracaso.	0	1	2	3
j. Tuve miedo	0	1	2	3
k. Dormí sin poder descansar	0	1	2	3
l. Me sentí feliz	0	1	2	3
m. Hablé menos que lo normal.	0	1	2	3
n. Me sentí solo/a.	0	1	2	3
o. La gente no me cayó bien.	0	1	2	3
p. Disfruté de la vida.	0	1	2	3
q. Lloré.	0	1	2	3
r. Estuve triste.	0	1	2	3
s. Sentí que no caía bien a otras personas.	0	1	2	3
t. No pude animarme a hacer nada.	0	1	2	3

HOJA DE CALIFICACIÓN
(TEST DE CASULLO)

NOMBRE DEL ALUMNO _____

De los veinte ítems que integran la escala, dieciséis hacen referencia a vivencias o aspectos negativos, en tanto que los cuatro restantes tienen una connotación positiva. Se pregunta a quienes la responden acerca de la frecuencia con que han experimentado cada uno de los síntomas durante “la semana pasada”. Las respuestas se sitúan en una escala de cuatro categorías:

Menos de 1 día se asigna cero puntos
1-2 días se asigna un punto
3-4 días se asignan dos puntos
5-7 días se asignan tres puntos

LAS RESPUESTAS A LOS ÍTEMS POSITIVOS SE EVALÚAN DE FORMA INVERSA A LOS RESTANTES.

Se obtiene un puntaje total a partir de la suma de las respuestas a cada uno de los veinte ítems.

Factor 1: Depresión afectiva:

c _____
f _____
i _____
j _____
n _____
q _____
r _____
Total _____

Factor 2: Síntomas Somáticos

a _____
b _____
e _____
g _____
k _____
m _____
t _____
Total _____

Factor 3: Afectos positivos (SE CALIFICA A LA INVERSA)

d _____

h _____

l _____

p _____

Total _____

Factor 4: Relaciones interpersonales

o _____

s _____

Total _____

TOTAL DE LA ESCALA _____

NOMBRE DEL RESPONSABLE (Persona quien califica)

TEST DE BECK

Apellidos: _____ Nombres: _____

Edad: _____ Fecha: _____

Instrucciones: Este es un cuestionario en el que hay grupos de afirmaciones: Por favor, lea íntegro el grupo de afirmaciones de cada apartado y escoja la afirmación de cada grupo que mejor describa el modo en que se siente hoy, es decir, actualmente. Haga una cruz en el círculo de la afirmación que haya escogido.

- 1 ☐ No me encuentro triste.
☐ Me siento triste o melancólico
☐ Constantemente estoy melancólico o triste y no puedo superarlo
☐ Me siento tan triste o infeliz que no puedo resistirlo

- 2 ☐ No soy particularmente pesimista y no me encuentro desalentado respecto al futuro
☐ Me siento desanimado respecto al futuro
☐ No tengo nada que esperar del futuro
☐ No tengo ninguna esperanza en el futuro y creo que las cosas no pueden mejorar

- 3 ☐ No me siento fracasado
☐ Creo que he fracasado más que la mayoría de las personas
☐ Cuando miro hacia atrás en mi vida, todo lo que veo son un montón de fracasos
☐ Creo que como persona soy un completo fracasado (padre, marido, esposa, hijo)

- 4 ☐ No estoy particularmente descontento
☐ No disfruto de las cosas como antes
☐ No encuentro satisfacción en nada
☐ Me siento descontento de todo

- 5 ☐ No me siento particularmente culpable
☐ Me siento malo o indigno muchas veces
☐ Me siento culpable
☐ Pienso que soy muy malo e indigno

- 6 ☐ No me siento decepcionado conmigo mismo
☐ Estoy decepcionado conmigo mismo
☐ Estoy disgustado conmigo mismo
☐ Me odio

- 7 ☐ No tengo pensamientos de dañarme
☐ Creo que estaría mejor muerto
☐ Tengo planes precisos para suicidarme
☐ Me mataría si tuviera ocasión

- 8 ☐ No he perdido el interés por los demás
☐ Estoy menos interesado en los demás que antes
☐ He perdido la mayor parte del interés por los demás y pienso poco en ellos
☐ He perdido todo el interés por los demás y no me importa en absoluto
-
- 9 ☐ Tomo mis decisiones con la misma facilidad que antes
☐ Trato de no tener que tomar decisiones
☐ Tengo grandes dificultades para tomar decisiones
☐ Ya no puedo tomar decisiones
-
- 10 ☐ No creo que mi aspecto haya empeorado
☐ Estoy preocupado porque me veo viejo y poco atractivo
☐ Creo que mi aspecto empeora constantemente quitándome atractivo
☐ Siento que mi aspecto es feo y repulsivo
-
- 11 ☐ Puedo trabajar igual de bien que antes
☐ Me cuesta un esfuerzo especial comenzar a hacer algo
☐ Debo esforzarme mucho para hacer cualquier cosa
☐ No puedo realizar ningún trabajo
-
- 12 ☐ No me canso más que antes
☐ Me canso más fácilmente que antes
☐ Me canso por cualquier cosa
☐ Me canso demasiado por hacer cualquier cosa
-
- 13 ☐ Mi apetito no es peor de lo normal
☐ Mi apetito no es tan bueno como antes
☐ Mi apetito es ahora mucho peor
☐ He perdido el apetito

ANSIEDAD Y TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD

Antonio Pérez Urdániz, Vicente Rubio Larrosa

Nombre: _____

Edad: _____ Fecha: _____

Cuestionario de evaluación IPDE módulo DSM-IV

Directrices:

1. El propósito de este cuestionario es conocer qué tipo de persona ha sido usted en los últimos cinco años.
2. Por favor, no omitir ningún ítem. Si no está seguro de una respuesta, señalar la respuesta (VERDADERO o FALSO) que le parezca más correcta. No hay límite de tiempo pero no pierda mucho tiempo pensando cuál es la respuesta correcta a un ítem determinado.
3. Si la respuesta es VERDADERO, señale la letra **V**, cuando la respuesta es FALSO, señale la letra **F**.

1. Frecuentemente me divierto y disfruto de la vida	V	F
2. Confío en la gente que conozco por primera vez	V	F
3. Soy descuidado, no me preocupa los detalles pequeños	V	F
4. Me es difícil decidir	V	F
5. Expreso mis sentimientos fácilmente	V	F
6. Dejo que los demás tomen decisiones importantes por mí	V	F
7. Me preocupo si oigo malas noticias sobre alguien que conozco	V	F
8. Ceder a algunos de mis impulsos me causa problemas	V	F
9. Mucha gente que conozco me envidia	V	F
10. Doy mi opinión general sobre las cosas sin tomar en cuenta detalles	V	F
11. Nunca me han detenido	V	F
12. La gente cree que soy frío y distante	V	F
13. Me involucro en relaciones muy intensas pero poco duraderas	V	F
14. Creo que la mayoría de la gente es justa y honesta conmigo	V	F
15. La gente tiene una gran opinión sobre mí	V	F
16. Me siento molesto o fuera de lugar en situaciones sociales	V	F
17. Soy fácilmente influenciado por lo que me rodea	V	F
18. Me siento mal cuando hago daño o molesto a alguien	V	F
19. Me resulta muy difícil deshacerme de las cosas	V	F
20. A veces he rechazado un trabajo, incluso aunque estuviera esperándolo	V	F
21. Cuando me alaban o critican manifiesto mi reacción a los demás	V	F
22. Uso a la gente para lograrlo que quiero	V	F
23. Paso demasiado tiempo tratando de hacer las cosas perfectamente	V	F

24. A menudo creo que la gente habla de mí a mis espaldas	V	F
25. Nunca he amenazado con suicidarme, ni me he autolesionado a propósito	V	F
26. Mis sentimientos son como el tiempo, siempre están cambiando	V	F
27. Para evitar críticas prefiero trabajar solo	V	F
28. Me gusta vestirme para destacar entre la gente	V	F
29. Mentiría o haría trampas para lograr mis propósitos	V	F
30. Soy más supersticioso que la mayoría de la gente	V	F
31. Tengo poco o ningún deseo de mantener relaciones sexuales	V	F
32. La gente cree que soy demasiado estricto con las reglas y normas	V	F
33. Generalmente me siento incómodo o desvalido si estoy solo	V	F
34. No me gusta relacionarme con gente hasta que no estoy seguro de que les gusto	V	F
35. No me gusta ser el centro de atención	V	F
36. Creo que mi cónyuge (amante) me puede ser infiel	V	F
37. La gente piensa que tengo muy alto concepto de mí mismo	V	F
38. Cuido mucho lo que les digo a los demás sobre mí	V	F
39. Me preocupa mucho no gustar a la gente	V	F
40. A menudo me siento vacío por dentro	V	F
41. Trabajo tanto que no tengo tiempo para nada más	V	F
42. Me da miedo que me dejen solo y tener que cuidar de mí mismo	V	F
43. Tengo ataques de ira o enfado	V	F
44. Tengo fama de que me gusta "flirtear"	V	F
45. Me siento muy unido a gente que acabo de conocer	V	F
46. Prefiero las actividades que pueda hacer por mí mismo	V	F
47. Pierdo los estribos y me involucro en peleas	V	F
48. La gente piensa que soy tacaño con mi dinero	V	F
49. Con frecuencia busco consejos o recomendaciones sobre decisiones de la vida cotidiana	V	F
50. Para caer bien a la gente me ofrezco a realizar tareas desagradables	V	F
51. Tengo miedo a ponerme en ridículo ante gente conocida	V	F
52. A menudo confundo objetos o sombras con gente	V	F
53. Soy muy emocional y caprichoso	V	F
54. Me resulta difícil acostumbrarme a hacer cosas nuevas	V	F
55. Sueño con ser famoso	V	F
56. Me arriesgo y hago cosas temerarias	V	F
57. Todo el mundo necesita uno o dos amigos para ser feliz	V	F
58. Descubro amenazas ocultas en lo que me dicen algunas personas	V	F
59. Frecuentemente trato de que la gente haga las cosas a mi manera	V	F
60. Cuando estoy estresado las cosas que me rodean no me parecen reales	V	F
61. Me enfado cuando la gente no quiere hacer lo que le pido	V	F
62. Cuando finaliza una relación, tengo que empezar otra	V	F

rápidamente		
63. Evito las actividades que no me resulten familiares para no sentirme molesto tratando de hacerlas	V	F
64. Doy mi opinión general sobre las cosas y no me preocupo por los detalles	V	F
65. Prefiero asociarme con gente de talento	V	F
66. He sido víctima de ataques injustos sobre mi carácter o mi reputación	V	F
67. No suelo mostrar emoción	V	F
68. Hago cosas para que la gente me admire	V	F
69. Suelo ser capaz de iniciar mis propios proyectos	V	F
70. La gente piensa que soy extraño o excéntrico	V	F
71. Me siento cómodo en situaciones sociales	V	F
72. Mantengo rencores contra la gente durante años	V	F
73. Me resulta difícil no estar de acuerdo con las personas que dependo	V	F
74. Me resulta difícil no meterme en líos	V	F
75. Llego al extremo para evitar que la gente me deje	V	F
76. Cuando conozco a alguien no hablo mucho	V	F
77. Tengo amigos íntimos	V	F

EVALUACIÓN IPDE MÓDULO DSM-IV

1. Poner un círculo en los Ítems que no estén seguidos de F, si la respuesta es VERDADERO.
2. Poner un círculo en el resto de los ítems (aquellos seguidos por F), si la respuesta es FALSO.
3. Si tres o más Ítems de un trastorno han sido señalados con un círculo, el sujeto ha dado positiva la evaluación para ese trastorno y debe ser entrevistado. Los clínicos e investigadores pueden adoptar estándares de referencia mayores o menores, dependiendo de las características de la muestra y de la importancia relativa que tengan para ellos los errores de sensibilidad (falsos negativos) o de especificidad (falsos positivos). Este cuestionario no debe ser usado para hacer diagnósticos o calcular puntuaciones dimensionales de los trastornos de la personalidad.

PARANOIDE	2F	14F	36	38	58	66	72		
ESQUIZOIDE	1F	12	21F	31	46	57F	77F		
EZQUIZOTÍPICO	2F	24	30	52	64	67	70	71F	
HISTRIÓNICO	5	10	17	26	28	35F	44	45	77F
ANTISOCIAL	11F	18F	20	29	47	56	74		
NARCISISTA	7F	9	15	22	37	55	61	65	68
LIMITE	4	8	13	25F	40	43	53	60	75
OBSESIVO-COMPULSIVO	3F	19	23	32	41	48	54	59	
DEPENDENCIA	6	33	42	49	50	62	69F	73	
EVITACIÓN	16	27	34	38	39	51	63	76	

DIAGNÓSTICO:

INVENTARIO DE PENSAMIENTOS AUTOMÁTICOS (RUIZ Y LUJAN, 1991)

Nombre: _____

Edad: _____ Fecha: _____

A continuación encontrará una lista de pensamientos que suele presentar las personas ante diversas situaciones. Se trata de que usted valore la frecuencia con que suele pensarlos, siguiendo la escala que se presenta a continuación:

0= Nunca pienso eso

1= Algunas veces lo pienso

2= Bastante veces lo pienso

3= Con mucha frecuencia lo pienso

1. No puedo soportar ciertas cosas que me pasan.....0 1 2 3
2. Solamente me pasan cosas malas.....0 1 2 3
3. Todo lo que hago me sale mal.....0 1 2 3
4. Sé que piensan mal de mí.....0 1 2 3
5. ¿Y si tengo alguna enfermedad grave?.....0 1 2 3
6. Soy inferior a la gente en casi todo.....0 1 2 3
7. Si otros cambiaran su actitud yo me sentiría mejor.....0 1 2 3
8. ¡No hay derecho a que me traten así!.....0 1 2 3
9. Si me siento triste es porque soy un enfermo mental.....0 1 2 3
10. Mis problemas dependen de los que me rodean.....0 1 2 3
11. Soy un desastre como persona.....0 1 2 3
12. Yo tengo la culpa de todo lo que me pasa.....0 1 2 3
13. Debería de estar bien y no tener estos problemas.....0 1 2 3
14. Sé que tengo la razón y no me entienden.....0 1 2 3
15. Aunque ahora sufra, algún día tendré mi recompensa.....0 1 2 3
16. Es horrible que me pase esto.....0 1 2 3
17. Mi vida es un continuo fracaso.....0 1 2 3
18. Siempre tendré este problema.....0 1 2 3
19. Sé que me están mintiendo y engañando.....0 1 2 3
20. ¿Y si me vuelvo loco y pierdo la cabeza?.....0 1 2 3
21. Soy superior a la gente en casi todo.....0 1 2 3
22. Yo soy responsable del sufrimiento de los que me rodean.....0 1 2 3
23. Si me quisieran de verdad no me tratarían así.....0 1 2 3
24. Me siento culpable, y es porque he hecho algo malo.....0 1 2 3
25. Si tuviera más apoyo no tendría estos problemas.....0 1 2 3
26. Alguien que conozco es un imbécil.....0 1 2 3
27. Otros tiene la culpa de lo que me pasa.....0 1 2 3

28. No debería de cometer estos errores.....0 1 2 3
29. No quiere reconocer que estoy en lo cierto.....0 1 2 3
30. Ya vendrán mejores tiempos.....0 1 2 3
31. Es insoportable, no puedo aguantar más..... 0 1 2 3
32. Soy incompetente e inútil.....0 1 2 3
33. Nunca podré salir de esta situación.....0 1 2 3
34. Quieren hacerme daño.....0 1 2 3
35. ¿Y si les pasa algo malo a las personas a quienes quiero?.....0 1 2 3
36. La gente hace las cosas mejor que yo..... 0 1 2 3
37. Soy una víctima de mis circunstancias..... 0 1 2 3
38. No me tratan como deberían hacerlo y me merezco.....0 1 2 3
39. Si tengo estos síntomas es porque soy un enfermo.....0 1 2 3
40. Si tuviera mejor situación económica no tendría estos problemas...0 1 2 3
41. Soy un neurótico.....0 1 2 3
42. Lo que me pasa es un castigo que merezco.....0 1 2 3
43. Debería recibir más atención y cariño de otros.....0 1 2 3
44. Tengo razón, y voy a hacer lo que me da la gana.....0 1 2 3
45. Tarde o temprano me irán las cosas mejor0 1 2 3

INVENTARIO DE PENSAMIENTOS AUTOMÁTICOS

(RUIZ Y LUJAN, 1991)

Nombre: _____

Edad: _____ Fecha: _____

CLAVES DE CORRECCIÓN:

TIPO DE DISTORSIÓN-----PREGUNTAS-----PUNTUACIÓN
TOTAL

FILTRAJE	1-16-31	()
PENSAMIENTO POLARIZADO	2-17-32	()
SOBREGENERALIZACIÓN	3-18-33	()
INTERPRETACIÓN DEL PENSAMIENTO	4-19-34	()
VISIÓN CATASTRÓFICA	5-20-35	()
PERSONALIZACIÓN	6-21-36	()
FALACIA DE CONTROL	7-22-37	()
FALACIA DE JUSTICIA	8-23-38	()
RAZONAMIENTO EMOCIONAL	9-24-39	()
FALACIA DE CAMBIO	10-25-40	()
ETIQUETAS GLOBALES	11-26-41	()
CULPABILIDAD	12-27-42	()
LOS DEBERÍA	13-28-43	()
FALACIA DE RAZÓN	14-29-44	()
FALACIA DE RECOMPENSA DIVINA	15-30-45	()

APLICADO POR: _____

ANEXO 2: FICHA PSICOLÓGICA DE UNA DE LAS PACIENTES

GUÍA No.1

ANÁLISIS DE DEMANDA, EXPECTATIVAS Y MOTIVACIONES PREVIAS AL INICIO DEL PROCESO

DEMANDA PSICOLÓGICA

ORIGEN		DEMANDA	
Paciente	x	Explícita (manifiesta)	x
Familiar		Implícita (latente)	x
Profesional		TIPO DE DEMANDA	
Otros		Asesoramiento	x
		Sintomática	x
		Personalidad	

EXPECTATIVAS Y MOTIVACIONES

PACIENTE	
Búsqueda de ayuda o supresión de síntomas	x
Complacencia a familiares y allegados	
Remisión de otros profesionales	
Exigencia de status	
Curiosidad	
Otras	

TERAPEUTA	
Vocación de ayuda	x
Adquisición de experiencia	x
Fenómenos contra-transferenciales	
Factores económicos	
Obligación institucional	
Otros	

FAMILIARES, AMIGOS E INSTITUCIONES	
Afán de ayuda de familiares	
Sentimientos de ayuda de amigos	
Experiencias previas de familiares	
Exigencias familiares	
Engaño de familiares	
Exigencias institucionales	
Intereses institucionales	X
Otros	

GUÍA No.2

TIPOS DE PRIMERA ENTREVISTA

ENTREVISTA DE PSICO-DIAGNÓSTICO	
Recolección de datos de acuerdo a FIEPs	x
ENTREVISTA DE CONSULTA	
Rol directivo y asesor	
ENTREVISTA ÚNICA	
Casos de maltrato	
INICIO DE PROCESO TERAPÉUTICO	
Requerimientos de afianzamiento	x

INTERROGANTES AL FINALIZAR LA PRIMERA ENTREVISTA

	SI	NO	¿POR QUÉ?
¿Logré que el paciente hable con libertad sobre su problema?	x		En principio no quería hablar, decía que todo estaba bien, pero luego se sintió en confianza y contó en detalle sus vivencias y sentimientos.
¿Percibí su problema desde su propio punto de vista?	x		Sí, pues, mientras transcurría la sesión, ella se abrió más poco a poco. Además, solicitó que se hable con el padre, pero luego de unos días dijo: “me gusta hablar con Ud. porque me entiende”.
¿Tengo claridad en la concepción del trastorno y las posibilidades de tratamiento?	x		Padece depresión grave y se la incluirá en el grupo terapéutico para tratar su padecimiento.
¿Tiene confianza el paciente en mí como terapeuta y en la psicoterapia como forma de tratamiento?	x		La paciente comentó que requiere tratamiento psicológico y cuando se le habló de la terapia grupal se la vio optimista. “Yo sé que todo avanzará poco a poco porque mi mente está como que deformada”.
¿Se sintió comprendido en su problema?	x		Comentó que antes no había hablado de lo que hacía: “siento que no me critican, y me siento entendida”.
¿Terminó convencido sobre las posibilidades y objetivos de la psicoterapia?	x		Tenía mucho interés, hacía preguntas y ella misma planteaba objetivos para mejorar.
¿He llegado a conclusiones diagnósticas de personalidad apropiadas?	x		Rasgos de personalidad limítrofe y rasgos de personalidad antisocial.
¿He identificado las facilidades y dificultades en el tratamiento?	x		Sí quiere mejorar, no acepta reglas en su casa y le es difícil ponerse en el lugar de los demás.

GUÍA No.3

SÍNTESIS VALORATIVA Y DIAGNÓSTICA DE COMPONENTES BIOLÓGICOS, PSICOLÓGICOS Y SOCIALES

DIAGNÓSTICO FORMAL	
TRASTORNO	
Factores biológicos influyentes en el trastorno	No determinado. Al parecer esta es una paciente físicamente sana.
Factores sociales y familiares influyentes en el trastorno	Mala relación con el padre porque casi no lo ve. Se incluyó durante dos años en un grupo satánico.
Atribución psicológica del trastorno	Locus de control externo, atribuye la mayoría de sus problemas a condiciones externas (padre, el grupo satánico...) y no ve su responsabilidad.

DIAGNÓSTICO INFORMAL	
PERSONALIDAD	
Estilos cognitivos según la personalidad	1.- Filtraje 2.- Falacia de cambio 3.- Etiquetas globales 4.- Sobregeneralización 5.- Pensamiento polarizado 6.- Visión catastrófica 7.- Falacia de control
Factores favorecedores y obstaculizantes	Buena disposición para la terapia. No quiere adaptarse a las reglas de la sociedad ni a las de su padre.
Factores conscientes e inconscientes influyentes	Necesidad de figuras parentales. Paciente agresiva tanto consigo misma como con el entorno, impulsiva. Búsqueda del padre en sus relaciones sentimentales.
Características del paciente	Paciente extrovertida, expresiva, cerrada en sus convicciones, no establece relaciones de afecto; amistades profundas no duraderas.

DECISIONES SOBRE EL TRATAMIENTO PSICOTERAPÉUTICO

Paciente susceptible de tratamiento psicoterapéutico	sí x	no
Requiere tratamiento mixto (psicoterapia, biológico, social)	sí x	no
Requiere intervención	Individual	x
	De pareja	
	Familiar	Con el padre
	Grupal	x
¿Qué dificultades se van a presentar en el proceso?	Poco abierta a cambiar sus creencias	

GUÍA No. 4

FICHA INTEGRATIVA DE EVALUACIÓN PSICOLÓGICA FIEPS

No.....

DATOS INFORMATIVOS

Fecha: 13 de febrero de 2008 Psicólogo/a: Cesibel Ochoa Pineda

Nombre: xxxxxxxxxxxxxxxxxxxx.

Edad: 14 años

Estado Civil: Soltera

Lugar y fecha de nacimiento: Cuenca, 3 de mayo de 1993

Residencia: Cuenca

Dirección: xxxxxxxxxxxxxxxx

Teléfono: xxxxxxxxx

Instrucción: Secundaria

Ocupación: Estudiante

Sueldo: -

Centro de estudios: Unidad Educativa "Luisa de Jesús Cordero"

Informante:

Tipo de consulta: Ambulatorio.....

 Hospitalizado.....

DEMANDA

EXPLÍCITA

Paciente expresa que necesita apoyo: "Necesito a alguien para confiarle mis cosas, mis deseos, mis problemas, me siento sola y culpable por lo que hice en este tiempo". "No quiero volver a caer en lo mismo". Manifiesta querer ser una persona más alegre y "cítrica" (?). Desea mejorar su relación con su padre y hermana. Desea tener buenas amigas "no de las que te incitan a las drogas" "Cometí muchos errores pero sé que estoy a tiempo de mejorar mi vida y de tener un grupo de amigas que sea bueno, no como el grupo satánico en el que estuve dos años".

El padre comenta: "Quiero lo mejor para mi hija, deseo que mejore su conducta conmigo y con su hermana, es lo más maravilloso que tengo en la vida", "la voy a apoyar para que salga completamente de ese grupo, yo también he tenido experiencias de ese tipo en mi adolescencia y sé que ella puede salir de eso".

IMPLÍCITA

Sentimientos depresivos, autoestima baja, conflictos con la autoridad, sentimientos de vacuidad espiritual, agresividad. Sentimientos de evasión. Abandono a sí misma. Racionalización excesiva.

ORIGEN			
Paciente	x	Familiar (s)	X
Profesional		Otros	

ANTECEDENTES DISFUNCIONALES

La madre de la paciente viaja en el 2000 a Italia, eso le afecta demasiado, llora intensamente, la extraña, aún no supera del todo ese viaje, y menos aún, que ya tenga otro compromiso y que esté embarazada. Hace poco tiempo (no determinado) sus padres se divorciaron, e inmediatamente se vuelve a casar su madre.

Su padre tenía tres trabajos; dos en el día: en una empresa de acero, y de vendedor; y de bar tender por la noche. Casi no la veía nunca, pues llegaba muy tarde (4:00 am) y salía de la casa temprana (8:00 am). Debido a ello, la paciente, a los doce años, se involucra con grupos satánicos, mayoritariamente conformados por hombres (adolescentes de entre 12 y 18 años). “Me siento mal pues cometí muchos errores”. Presentaba sentimientos de soledad, no conversaba con nadie y poco a poco se fue aislando. Conoció a un amigo y él le “recomendó” asistir a sus reuniones en casas abandonadas o debajo de puentes por donde no pasa nadie. “Ahí me sentía bien, comprendida”, “ellos me llevaron a esto”.

En ese grupo se realizaban sacrificios, cultos, rituales, hacían la güija. Para probar la fe de ellos y para que entren completamente al grupo les pedían sacrificios, como matar a un ser querido (madre, padre, hermano(a), novia, etc.), y a las chicas, acostarse con todos en una orgía. A la paciente le pidieron que mate o que se acueste con todos, pero ella no lo hizo, “tuve miedo, yo no sería capaz de hacerlo”. “Al principio veía los sacrificios de animales y me daba pena, pero luego me gustó ver; nunca lo hice, pero me gustaba observar cómo los mataban, siempre los hacían sufrir, los picaban, les cortaban carne estando vivos, les introducían agujas, les rompían partes, les hacían sufrir con cuchillos... y luego los mataban, lo hacíamos solo en lugares abandonados, nunca nos vieron. También invocábamos a espíritus, yo lo hacía también en la casa, tenía amigos con quienes lo hacíamos, no me daba miedo. Generalmente los realizaban hasta altas horas de la

madrugada”. A los 13 años, en el grupo inició el consumo de cocaína -“la fumé solo una vez”-, alcohol y tabaco. Comentó que se sentía bien, nada le importaba, se sentía libre. Cuando estuvo en noveno año fumó cigarrillo alrededor de seis meses, pero luego lo dejó. Ella siempre presenciaba cómo sus amigos se drogaban con coca, marihuana, heroína.

Consumía alcohol cuando estaba deprimida, se emborrachaba constantemente, aunque actualmente ha bajado bastante el consumo. Los ritos eran generalmente practicar la güija con velas negras, se contactaban con gente del más allá: “siempre teníamos lo esencial (vaso, letras en el tablero el SI y el NO), lo hacíamos entre seis y ocho personas. Los cultos los realizaban con velas rojas, todos se pintaban con la sangre del animal y presenciaba cómo lo torturaban. Desde enero del 2008 no ha ido al grupo, pero el 12 de febrero recibió un mensaje con una amenaza de muerte, seguramente procedente de algún miembro de aquel grupo. Ellos son “pesados, groseros cuando les dicen que tienen que hacer.” “ellos acuerdan lo que van a hacer (robar, sacrificar animales, güija en cada reunión)”. Se pintan de negro los ojos, las uñas, se tatúan con hojas de afeitar,.. “eran chéveres, pero no había como decirles que salgan de esa vida”. La paciente, al principio, era tímida, pero luego tomó confianza y disfrutaba lo que hacía allí, aunque “hasta cierto punto yo era chica de casa”, “me inculcaban todo lo contrario a las leyes de Dios”. Bajo de notas en el colegio, se portaba mal en la casa, con el papá y su hermana, se escapaba de la casa para ir al grupo. “Yo era malcriada, agresiva, no”. Dejaba a su hermana sola, no quería que le ordenen nada. No le importaba si perdía el año o no, “igual, nunca tuve la atención de mi padre, le daba más importancia a mi ñaña”. Su tía materna, quien “reemplazaba” a su madre, murió con cáncer, lo que hasta ahora le afecta (sucedió hace 3 o 4 años). La paciente ha intentado ahorcarse varias veces, pero en el momento “me da cobardía”, también autoeliminarse con pastillas, venenos, cuchillos, pero solo a veces, “creo que es porque me siento vacía, y sola”, “me gusta lastimarme con agujas el cuerpo, lo disfruto mucho”, “es como que me hace más fuerte”. Me gusta ser perfeccionista, me enfurezco cuando me desordenan el cuarto. En Semana Santa se fue 3 días donde una amiga porque el papá no la mandó a un quince años, comenta, “yo no lo quiero, yo no siento amor por nadie”.

Actualmente cree que no vale nada de lo que hace, y que todo está mal. No se siente importante para nadie, refiere tener sentimientos “oscuros”.

BIOGRAFÍA PSICOLÓGICA PERSONAL

El desarrollo de esta paciente fue normal, su madre no tuvo problemas durante el embarazo, ni ella cuando era pequeña. El padre comentó no

recordar la edad que empezó a caminar, pero fue alrededor del primer año de vida, al mismo tiempo que ya pronunciaba sus primeras palabras. No tuvo problemas físicos ni motores sino “las típicas enfermedades de los niños pequeños que no necesitan hospitalización”.

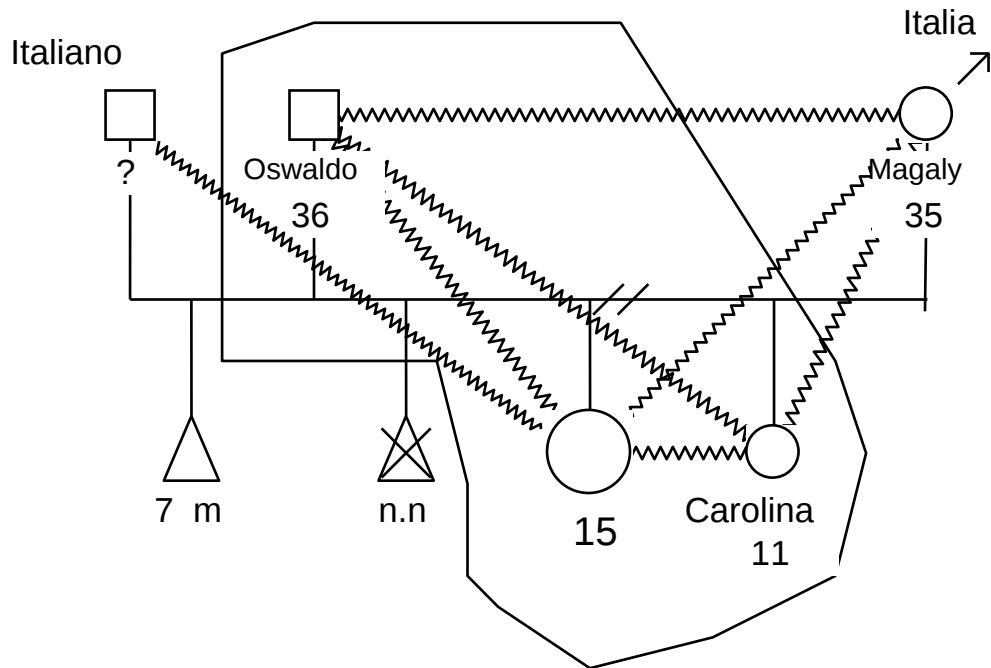
Cuando inició la escuela tenía buenas notas y “un comportamiento a veces inquieto”, fue incluso presidenta del gobierno escolar, en séptimo grado. Era amigable y alegre, aunque tenía fuertes gripes y dolores crónicos de oído durante su etapa escolar; actualmente “soy más dura y no me ha vuelto el dolor, antes yo siempre lloraba de tanto dolor, ahora ya no, si me duele es muy poco o nada”. Su relación con su padre y su hermana en la infancia fue buena, se llevaban bien, había mucha comunicación. Algo que le ha molestado mucho es que a los 14 años tuvo su menarquía y que padece de dolores fuertes.

Su madre viajó en el 2000 a Italia, ella la extrañaba mucho. Regresó al país dos veces y se quedó alrededor de 3 meses, ella le contaba sus cosas, pero la comunicación en la familia decayó totalmente. Dijo que cuando tenía alrededor de diez años se divorciaron sus padres por problemas de distancia y porque la familia de la mamá no quería a su padre. Al respecto comentaba: “a mí no me afectó mucho eso porque mi mamá estaba lejos, además yo ya estaba preparada”. A los 11 o 12 años falleció la tía materna, “ella cumplía con el papel de una mamá, eso me dolió mucho”.

Su padre, luego del divorcio, empezó a trabajar en una empresa de hierro, de vendedor y en una discoteca; desde el miércoles hasta el sábado llegaba a las 4:00 am y la paciente casi no lo veía. A los 11 años conoció ella a un chico que la llevó al satanismo, y se quedó como observadora hasta los 13 años; luego, le piden el sacrificio y ella abandona el grupo. Recientemente el padre se enteró, abandonó temporalmente el trabajo nocturno y ofreció ayudarla. La paciente se enteró recientemente de que su madre estaba embarazada y sintió odio hacia ella, solo quería ir y hacerle la vida imposible porque piensa que se casó por interés; siente pena porque no tiene una madre para hablar.

Todo lo descrito anteriormente le ha llevado a intentar varias veces suicidarse: “tenía todo listo, sogas, pastillas, veneno, pero a la hora de la hora, no lo hacía.

HISTORIA PSICOLÓGICA FAMILIAR Y/O GENOGRAMA



RESULTADOS DE PRUEBAS PSICOLÓGICAS

Depresión grave según el Test de Beck y el Test de Casullo

Lcda. Martha Cobos: 09/11/07

Test de Beck (27/05/08): Leve

Test de Casullo (27/05/08): Moderada

Test de Beck (30/06/08): Ausente

Test de Casullo (30/06/08): Moderada

Inventario de pensamientos automáticos de Ruiz y Lujan: Filtraje, Falacia de cambio, Etiquetas globales, Sobregeneralización, Pensamiento polarizado, Visión catastrófica, Falacia de control.

IPDE: Presenta rasgos de personalidad límite.

APROXIMACIÓN DIAGNÓSTICA

DIAGNÓSTICO FORMAL

La paciente presenta episodio depresivo mayor, caracterizado por sentimientos depresivos graves, que han durado más de cuatro semanas consecutivas, falta de deseo de realizar y disfrutar las actividades que antes le producían goce, trastornos de sueño caracterizados por falta de sueño y pesadillas, cuyo contenido es abandono de sus seres queridos y muerte. Además presenta falta de apetito, sentimientos de culpa profundos, baja

autoestima y llanto incontrolable cuando recuerda su situación actual y el peligro que corre. Además hay presencia de irritabilidad, poca concentración y alimentación deficitaria. Todo ello ha logrado aminorar las relaciones interpersonales de la paciente, empeorar sus relaciones familiares y no rendir adecuadamente en el colegio.

DIAGNÓSTICO INFORMAL

La paciente presenta rasgos de personalidad límite, pues manifiesta sentimientos de vacuidad, autoagresiones, como pinchazos en sus manos, pequeños cortes, etc.; conductas obsesivas: mantener sus cosas en “perfección y orden absoluto”, impulsividad en su conducta hacia su familia e intentos suicidas que no fueron llevados a cabo por aparente “cobardía”. Además, sus relaciones interpersonales se caracterizan básicamente por ser intensas y poco duraderas.

CRITERIOS PRONÓSTICOS

Para el presente caso se previó un proceso largo, en el cual se trabajaría intensamente en reestructurar el pensamiento de la alumna. La paciente es poco receptiva, pero se perciben deseos de mejorar su vida, de ello se aprovechará para trabajar su situación.

EVOLUCIÓN EN LA TERAPIA

Al principio de las sesiones no había mayor colaboración y sí reacciones de cólera hacia sus compañeras. La adolescente, en el transcurso de las sesiones, desarrolló significativamente su asertividad, pues cada vez evitaba peleas con sus compañeras y ya no las lastimaba; se notaba que razonaba muy bien lo que tenía que decir y empezó a tratar a las personas con mayor delicadeza. Se ponía en el lugar de los demás antes de emitir comentarios hirientes, por lo tanto hubo un buen desarrollo de la empatía. Por otro lado, en cuanto a resiliencia, se vio que cada vez más mejoraba sus capacidad de superar los problemas en la adversidad y a tomarla como parte de la vida; cada vez sus comentarios estaban cargados de aprendizajes que le han enseñado a madurar cuando ha estado sufriendo. Sus niveles depresivos bajaron considerablemente y su autoestima se vio incrementada. Los sentimientos de culpabilidad disminuyeron, y abandonó definitivamente el grupo satánico al cual asistía con frecuencia. La relación con su padre y hermana mejoró de una forma satisfactoria, al igual que la relación con sus amistades.

GUÍA No. 5

PLANIFICACIÓN DEL PROCESO

1. Formulación Dinámica del Trastorno o Problema

Se trata de una paciente que ha sufrido abandono por parte de su madre, quien viajó a Italia hace siete años; su padre trabajaba hasta altas horas de la madrugada, por lo tanto también se trata de una figura ausente, tomando en cuenta que la comunicación entre ellos estaba cortada. Sus padres se divorciaron y al mismo tiempo murió la tía paterna, que hacía las veces de madre. La paciente ingresa a un grupo satánico a los 11 años, como en búsqueda de un lugar donde tener aceptación, y se produce un acoplamiento bastante rápido; allí se deforma significativamente su pensamiento y decaen las normas para ella, entonces empiezan los problemas con la hermana menor. Cuando tiene 13 años se produce una búsqueda de la figura paterna, en la forma de una relación sentimental con un hombre casado de 33 años (la misma edad de su padre, carácter y características). Aparentemente no inició su vida sexual con él. Su estado de ánimo pronto decae, se deprime con facilidad con hostilidad hacia sí misma en la forma de autocastigos (generalmente pinchazos). Todo esto ha provocado en ella baja autoestima: “a veces me siento menos que una cucaracha”; sentimientos de culpa: “me quiero morir porque he hecho mucho daño”; pesadillas con temas de abandono, falta de apetito, sentimientos de inutilidad y pensamientos suicidas que no se han llevado a cabo por presunta “cobardía” de la paciente.

2. Descripción de la Personalidad

La paciente presenta rasgos de personalidad límite, pues manifiesta sentimientos de vacuidad, auto agresiones como pinchazos en sus manos, pequeños cortes, etc. Conductas obsesivas mantener sus cosas en “perfección y orden absoluto” impulsividad en su conducta hacia su familia e intentos suicidas que no fueron llevados a cabo por aparente “cobardía”. Además sus relaciones interpersonales se caracterizan básicamente por ser intensas y poco duraderas.

3. Señalamiento de Objetivos

3.1 Con relación a la sintomatología:

- Disminuir sus pensamientos automáticos:
 - 1.- Filtraje
 - 2.- Falacia de cambio
 - 3.- Etiquetas globales

- 4.- Sobregeneralización
- 5.- Pensamiento polarizado
- 6.- Visión catastrófica
- 7.- Falacia de control

- Aminorar los sentimientos de culpa.
- Fortalecer su autoestima.
- Mejorar la relación con el padre.
- Controlar el resentimiento hacía sí misma y hacia sus padres.

3.2 Con relación al conocimiento de su personalidad y generación de cambios:

- Enseñar estrategias de control de los impulsos.
- Trabajar en autoconocimiento, resiliencia, asertividad.

4. Señalamiento de Técnicas

Se utilizaron técnicas de terapia grupal cognitiva, para que la paciente aprenda a controlar sus pensamientos automáticos y sus sentimientos depresivos. Además se trabajó con técnicas de visualización y relajación y técnicas para mejorar su estima propia, su conducta asertiva, empatía y resiliencia.

OBSERVACIONES

- o La sesión final con la paciente se desarrolló fuera del periodo lectivo. Comentó que el hecho de viajar con su madre le preocupa, pues no se llevan muy bien, demostraba ansiedad por cómo le iba a ir en el futuro. Sobre su estado emocional, dijo estar estable y tranquila. Esta información fue confirmada por su padre. Ambos estaban muy agradecidos por la terapia y había muestras de afecto entre ellos, lo que antes no sucedía.

GUÍA No. 6

EVOLUCIÓN

EJECUCIÓN Y APLICACIÓN TÉCNICA

Fecha	Evolución	Actividad
13/02/08	Paciente al principio no se comunica abiertamente, se guarda muchas de sus cosas; conforme se va estableciendo el vínculo, se anima a contar su historia personal. Se la nota tranquila, fría en sus expresiones: “al principio sí me daba pena de ver cómo mataban a los animales, pero luego me empezó a gustar, nunca me dio miedo de hacer la oija, igual, yo cuando hacía eso encontraba respuestas”. Comentó que deseaba conversar con su padre, pues le preocupaba que la gente del grupo satánico la busque de nuevo, le pueden obligar a matar a sus seres queridos. Ofrece contarle a su padre poco a poco lo sucedido	Recolección de datos para FIEPS. Trabajo en el vínculo terapeuta-paciente. Se le incentivó para sesión con el padre con el objeto de mejorar la relación entre ambos y para que le comente su realidad actual poco a poco. Realización del genograma.
21/02/08	Entrevista breve con el padre. Se manifiesta tranquilo, pero con problemas de sueño, comenta: “el trabajo me tiene mal, no duermo, comparto poco con mis hijas. Ellas son todo para mí, sé que las he descuidado y que sufren por eso y por su mala relación con la madre”. El padre afirma que va a procurar hablar con su hija y a comprenderle en todo, pues “tengo que enmendar mi errores y sé que aún estoy a tiempo para hacerlo”.	Se le incentiva a que converse más con su hija. Se le da pautas sobre que va a recibir una noticia no agradable. Se aporta estrategias para mejorar la comunicación con la hija, se incentivan las actividades recreativas fuera de la casa.

05/03/08		Aplicación grupal del IPDE y del Inventario de pensamientos automáticos de Ruiz y Lujan
6/03/08	La muchacha se muestra cooperadora en la sesión, y comenta “yo necesito ayuda, estoy arrepentida de lo que hice, necesito hablar con mi padre, pero no sé cómo va a reaccionar”. Dice: “yo le pregunté a mi padre que qué pasaría si se entera que yo estuve en un grupo satánico y me dijo que solo me comprendería y que él había tenido una experiencia similar, que cuando era joven lo habían invitado a eso, pero ahí se cortó la conversación”. Al final comentó que se sentía más tranquila por haber conversado con alguien sus problemas, porque se sentía demasiado sola y culpable.	Entrevista de recolección de datos. Se le explicó que se la va a incluir en un grupo de terapia. Se motivó el intento de comunicarse con su padre y se estableció una fecha, junto con la paciente, para que le cuente lo sucedido dentro de la sesión terapéutica.
7/03/08	Entrevista con el padre de la paciente y con ella. El Sr. se muestra colaborador durante la entrevista, aporta con datos importantes. No niega que él es parte del problema. Cuando la hija le conversó sobre lo que le ha sucedido y de lo ha hecho en el grupo, llora y pide perdón, se la ve arrepentida por lo que hizo, cuenta con mucho detalle todo. El padre se ve receptivo, no hay muestras de ira ni enojo. Y dice: “yo tenía una idea de que ella estaba en eso, pero no me atreví a preguntarle porque tenía mis dudas todavía” Se piden perdón mutuamente y ofrecen vivir una vida mejor.	Se recolectaron datos de la infancia de la paciente y de su comportamiento actual. Se motivó la comunicación entre ellos. Se estableció un acuerdo padre e hija, donde el padre ofrece preocuparse más por su hija y mejorar la comunicación con ella; lo mismo hizo la adolescente

10/03/08	La paciente estuvo muy callada en la sesión, participaba cuando se le pedía. Su presentación fue la siguiente: “Soy N.N., soy una persona que no le gusta escuchar a los demás, a veces o casi siempre me pongo en su lugar. Además me gusta ser atenta, estoy tratando de suavizar mi mal carácter y mi trato con las demás personas. Yo no soy muy sociable, soy malhumorada, y odiosa, pero creo que sí tengo cualidades (cuáles) eh, por ej. Que quiero cambiar mi modo de ser... que me gusta dirigir, ser líder, porque soy arrecha”. Casi todas sus compañeras tuvieron la primera impresión de que ella no era sociable ni que era sutil en el trato con los demás, por ello la adolescente tomó como objetivo cambiar esa impresión modificando su carácter poco a poco. Al final comentó: “estoy contenta porque aquí todas vamos a ganar algo, no sé cuánto, pero nos va a servir, se nota que Ud. nos quiere ayudar”	Inicio de la Terapia de grupo. Definición de terapia de grupo, lo que está permitido y lo que no. Se les hizo escribir las impresiones que cada una tuvo de cada una. Presentación sin etiquetas tradicionales, enfoque humano, y se les pidió a todas que le digan las impresiones que tuvieron de ella. Cuando todas tuvieron su turno, se les preguntó cómo se sintieron con esa impresión de las demás. Determinación de lo que quisiera cambiar en cuanto a las impresiones de las otras chicas. Se resumió una serie de cualidades positivas con cada una. Pequeña charla de autoestima. Aclaración de dudas.
13/03/08	Comentó que no muy bien porque ha peleado con su padre “él siempre no me deja maquillar de negro ni vestirme como quiero”. Se trabajó en empatía con ella, con apoyo de una compañera. Esta le dijo “es que cómo tu papá va a querer dejarte salir así, tienes que darte cuenta que a veces ellos sí tienen razón de lo que dicen, sería mejor que te vayas abriendo con tu	Segunda sesión 1. A todas se les preguntó cómo se han sentido. 2. Carta oral 3. Ejercicio de relajación 4. Se les avisó de la clase explicativa

	padre". Se intervino haciéndole caer en cuenta de que es necesario que establezca límites en su cosas y que hagan un pacto con el padre: yo hago esto y tú..., pero si no es cumplido ella tendrá que vestirse menos extravagante. Su carta oral fue la siguiente: "N.N., tú me caes mal, no sé si te odio. Nunca hubiera querido haberte conocido pero sé que eres un ser despreciable y nunca sería tu amiga". Se corrigió la carta haciéndole entender que las personas tienen cualidades y defectos y que hay que determinar cuándo uno está en razón o no. Se expresó más y las compañeras comentaron que la otra era un poco molesta, pero que aprenda a tolerarla. Durante el ejercicio de relajación se mantuvo concentrada, en ningún momento abrió los ojos y luego comentó "es muy relajante, es bueno ponerse en contacto con uno y darse cuenta de que uno sí existe".	
17/03/08	Se notó que estaba atenta, hizo varias preguntas para determinar si había entendido la tarea. En el ejercicio de relajación estuvo concentrada. No conforme con la tarea. Hubo motivación.	Tercera sesión 1. Se les entregó el material y el resultado del test. 2. Clase explicativa acerca de la depresión y de la terapia cognitiva. 3. Ejercicio de relajación 4. Se mandó tarea, registrar en el cuadro.

19/03/08	No pudo con la tarea, sobre todo con los pensamientos racionales. En la explicación hizo preguntas. En el análisis de la canción le llamaron la atención las siguientes frases: “Saber que se puede, pintarse la cara color esperanza, quitarse los miedos, sacarlos afuera, saber que se puede, querer que se pueda”. Comenta que la canción es positiva y le ha hecho sentir que es importante darse cuenta de que no hay imposibles “yo sé que todo se puede lograr, si uno se lo sabe proponer es con una meta a futuro que la conseguiré poco a poco”. N.N. le comenta “quiero que sepas que cada vez que tengas algún problema cuentes con tu papá, no sé si será bravo como el mío, pero siempre un papá quiere lo mejor, pídele apoyo a él y verás que no te va a defraudar”	Cuarta sesión 1. Revisión de la tarea 2. Se explicó nuevamente el cuadro de registro. Se analizó la canción <i>Color esperanza</i>, de Diego Torres. 3. Tarea para la casa (lo mismo que en la anterior sesión).
24/03/08	En el análisis de la tarea se puso molesta porque las compañeras le corrigieron la respuesta racional, pues a la paciente le daba igual todo y no manifestaba evolución alguna. Se le hizo corregir, pero se le dijo que poco a poco vaya tratando de trabajar arduamente para eliminar los pensamientos automáticos. Comentó una situación en donde salió de la casa por tres días por un problema con su papá, recibió apoyo de sus compañeras y escuchó atentamente. En la canción le llamó la atención la frase: “Si te quieren agarrar con	Quinta sesión 1. Análisis de dificultades con el cuadro de registro. Cada una compartió un registro. 2. Análisis de la canción <i>Sólo se vive una vez</i> de Azúcar Moreno. 3. Análisis de la frase “<i>El suicidio es una solución definitiva a un problema temporal</i>”. 4. Tarea para la casa

	problemas y además no te dejes convencer” y dijo que ella no va a volver a un mal grupo de amistades “Y no me voy a dejar convencer así mi vida esté en riesgo”. “Esa canción es buena, cambia un poco mi modo cítrico de ver las cosas y me gustó eso del círculo del maltrato y la frase”.	
28/03/08	Compartió su tarea con sus compañeras y se notó que estaba muy interesada en salir adelante, pues fue la que más registros compartió. Se distrajo en varios momentos cuando sus compañeras se inquietaban y ella les recordaba las reglas. Se mantuvo tranquila y atenta en la explicación de las distorsiones cognitivas y el resto de actividades. Se ejercitó con un registro y tuvo facilidad para realizar la actividad. Se aplicó una nueva técnica de llenar frases y estos fueron los resultados: Lo que nadie ha entendido de mí es “que me gusta tener mi ropa muy pero muy mal. No me gusta ser como los demás, y que me gusta estar la mayoría del tiempo sola”. Lo que me diferencia de la mayoría de la gente es “no soy normal, soy distinta en mi comportamiento y mi forma de pensar”. Lo que más me gustaría cambiar de mi misma es “mi histeria, mi coraje”. Objetivo personal: <i>vencer al temor y al quemeimportismo hacia los demás. Ser una persona alegre en la vida.</i>	Sexta sesión 1. Revisión de los pensamientos automáticos y se agregó la explicación para que determinen la distorsión cognitiva. Se les entregó un cuadro con ejemplos explicativos de cada distorsión. 2. Técnica de frases incompletas. 3. Auto instrucciones para objetivo personal y para mejorar en la materia en que estén mal. 4. Aplicación de otra técnica cognitiva (ventajas y desventajas de aferrarse al pensamiento negativo). 5. Análisis de la canción: Ella, de Bebe. Se enfocará el tema de la autoestima. 6. Tarea para el fin de semana.

	<i>No dejarme vencer por algo que puedo hacer.</i> Durante la explicación de la técnica de ventajas y desventajas y autoinstrucciones hizo preguntas y se mostró muy colaboradora. De la canción de agradaron las siguientes frases: “sueña lo que quiere sin preocuparse por nada”, “comprender que el miedo se va a romper”, “su vida nunca será un fracaso”; y comentó: “yo soy cítrica para relacionarme con la gente, pero tengo que abrirme un poco y valorarme con o sin defectos y también ver al futuro lleno de éxitos”.	
31/03/08	Durante la revisión de la tarea para la casa no se determinaron problemas en la identificación de la distorsión cognitiva. La tarea de objetivos y autoinstrucciones la hizo muy bien y comentó que estaba tratando de relacionarse mejor con su familia, especialmente con su padre, y estaba trabajando en sus culpas internas. Del tema de que lo psíquico influye en lo psíquico se mantuvo muy de acuerdo, pues comentó que su padre trabajaba hasta muy tarde en la madrugada y en la mañana no se podía concentrar, se volvió un poco irritable. Durante la explicación de la técnica de la biblioterapia para trabajar en resiliencia se interesó en lo que comentó N.N. y se identificó con ella y contó su experiencia de dos años en grupos de satanismo. Las compañeras se mantuvieron	Séptima sesión 1. Revisión de las tareas para la casa y las dificultades que encontraron: cada una que explique un pensamiento. 2. Todas las pacientes compartirán sus objetivos y las autoinstrucciones. 3. Trabajo en resiliencia, lectura de un texto de Víktor Frank <i>¡Quién fuera un preso común!</i> 4. Tarea para la casa. a. Registro del cuadro de distorsiones del pensamiento, se agregaron respuestas racionales relacionadas con la resiliencia. b. Hacer que escojan pensamientos o conductas arraigadas y que registren 10 ventajas y 10 desventajas de mantenerlas. c. Se les pidió que traigan escritos los pensamientos positivos que les da el texto que leyeron en la sesión. Además se les entregó información sobre

	muy tranquilas y le dieron apoyo. Ella comentó que “hay que sacar todo lo positivo de lo negativo, yo misma que he sido una persona tan cerrada estoy dándome cuenta de que es lo mejor y te ayuda a tomar de mejor manera las cosas”. Se estimula la realización de la tarea.	qué es la resiliencia.
03/04/08	Realizó la tarea muy bien, y se notó que estaba muy interesada en el tratamiento, pues entregó todos los deberes de una forma muy bien pulida. Comparte cómo estaba trabajando su objetivo personal muy bien desglosado, con horas para estudio y formas para controlar su mal carácter, y habló de las ventajas y desventajas de la ira. Comentó el texto de Frank: “mientras leía el texto me acordaba de una película que se llama La vida es bella, yo me acordaba que ellos sufrían mucho y que el personaje hacía todo lo posible para que su hijo esté tranquilo. Eso es lo positivo”. En las técnicas de asertividad hizo grupo con N.N. y N.N. En la técnica del acuerdo asertivo las pacientes realizaron un pequeño psicodrama acerca del tema del mal genio. En la pregunta asertiva realizaron dramatización acerca de los rasgos del carácter que se quiere investigar para ser mejorados. En la técnica para procesar el cambio, realizaron un ejercicio relacionado con una alumna que se desvía del tema del	Octava sesión 1. Revisión de los pensamientos automáticos a tres de ellas. Identificar cuán resilientes están sus respuestas 2. Revisión de la lista de ventajas y desventajas de aferrarse a un pensamiento 3. Revisión del análisis del texto e intercambio de experiencias. 4. Revisión del desglose de la tarea 5. Introducción del trabajo en asertividad con psicodrama (grupos de dos o tres) a. Técnica del acuerdo asertivo. b. Técnica de la pregunta asertiva. c. Técnica para procesar el cambio. 6. Tarea para la casa: a. Registrar pensamientos automáticos enfocados en resiliencia, autoestima, asertividad. b. Se continuó con el cuadro de ventajas y desventajas. c. Se les entregó el siguiente texto de Víktor Frank para que analicen en casa: <i>Suerte es lo que a uno no le toca padecer.</i>

	deber por recordar asuntos pasados, al igual que sus otras compañeras. La adolescente estuvo muy participativa, comunicaba todo cuánto sabía de los campos de concentración Nazi. Estuvo de acuerdo con la resolución de la tarea para la casa, y daba ánimos a sus compañeras para que desarrollen la tarea.	
07/04/08	Hizo muy bien la tarea. Contó cómo está trabajando su objetivo personal y habló de las ventajas y desventajas de ser cerrada. Muy buen comentario del texto de Frank. En el cambio de papeles imitó a N.N. y reflejó una actitud agresiva que le incitó a mejorar su forma de tratar a las compañeras. En la técnica de asertividad (banco de niebla) hizo grupo con N.N. N.N., trataron el tema de la forma de vestirse. En la canción estuvo bastante inquieta y con ganas de bailar. Le gustó la canción porque: “me pareció muy positiva, hay que disfrutar la vida plenamente y no dejarse hundir por los problemas y ser alegres a pesar de los sufrimientos”. Cuando se finalizó el ejercicio de relajación manifestó que le gustó haberse visualizado como una persona importante para ella misma. Se le recomendó que escoja una actividad reconfortante para practicar y se le pidió que continúe con la tarea para la casa.	Novena sesión 1. Revisión de la tarea para la casa a todas las pacientes. 2. Trabajo en resiliencia con el texto que se les envió y con la siguiente técnica: a. Cambio de papeles. 3. Trabajo en asertividad con psicodrama realizado con grupos de dos y tres alumnas: a. Banco de niebla. 4. Análisis de la canción Ríe y llora de Celia Cruz 5. Ejercicio de visualización Creación de Amor (autoestima) 6. Asignación de la tarea para la casa a. Registro de pensamientos automáticos con un enfoque igualmente en resiliencia, asertividad, visión del futuro y autoestima. b. Registro del cuadro de ventajas y desventajas. c. Se les incita para que decidan qué actividades reconfortantes van a practicar en adelante. d. Lectura de una parte del libro de Víktor Frank: <i>Una palabra a tiempo</i>

14/04/08	Compartió su registro con una respuesta enfocada en autoestima. Dijo que su objetivo personal avanzaba poco a poco, pues quería mejorar sus calificaciones; su comentario del cuadro de ventajas y desventajas lo enfocó con el tema del rencor. Comentó el texto de Frank brevemente con unas líneas que subrayó. Escogió asistir al grupo juvenil de María Auxiliadora los fines de semana, pues se sentía motivada a acercarse más a Dios y mejorar espiritualmente. En la técnica de asertividad (ignorar) hizo grupo con N.N. N.N., y trabajaron el tema de discusiones entre padres e hijos, se abrió una discusión acerca de cuándo y con quién aplicar estas técnicas. La canción le despertó el tema del tabaquismo, contó que fumaba desde los 9 años. Se continuó con la tarea para la casa.	Décima sesión 1. Revisión del trabajo (pensamientos automáticos, resiliencia asertividad y autoestima, registro del cuadro de ventajas y desventajas, lectura de Víktor Frank). 2. Se comentó acerca de las actividades reconfortantes que han decidido practicar 3. Trabajo en asertividad a. Técnica de ignorar. 4. Análisis de la canción de: Unos panas por ahí, para trabajo en asertividad. 5. Tarea para la casa a. Registrar los pensamientos automáticos con respuestas racionales enfocadas en asertividad, autoestima, resiliencia, y visión del futuro. b. Continuar con el cuadro de ventajas y desventajas, y autoinstrucciones para el objetivo personal. c. Análisis de dos lecturas del libro de Víktor Frank: <i>La pregunta por el sentido de la vida, El humor en el campo.</i>
21/04/08	Compartió su registro. Manifestó su objetivo personal y se sintió contenta porque ya no era tan cítrica, pues ha leído el texto y le ha dado ánimos para ser más dulce como persona. No llevó el cuadro de ventajas y desventajas. Comentó el texto Frank acerca de la importancia de valorar y tener en la vida un sentido muy profundo. Ha ido al grupo juvenil y el ambiente ha sido bastante acogedor. En la técnica de asertividad (disco rayado) hizo grupo con N.N. y N.N.,	Décima primera sesión 1. Revisión de la tarea (los pensamientos automáticos con respuestas racionales enfocadas en asertividad, autoestima, resiliencia; cuadro de ventajas y desventajas; objetivo personal; análisis de la lectura). 2. Trabajo en asertividad, se utilizará el psicodrama se dividirán en grupos de dos y de tres: a. Disco rayado. 3. Trabajo en supuestos personales. Se les enseñará la técnica para que

	trabajaron el tema de una vendedora insistente y cómo hacer para no aceptar drogas. Estuvo concentrada en el ejercicio de supuestos personales. Comentó varias veces la canción diciendo que es muy positiva y que cambia la idea del mundo como algo negativo y malo, mostrándolo más prometedor. Se relajó en la técnica de visualización creativa y estuvo muy motivada para seguir adelante trabajando con sus objetivos personales. Se continuó con la tarea para la casa.	identifiquen el supuesto personal y se les hará registrar un papel aparte. Se les pedirá que trabajen en el cuadro de registro. 4. Ejercicio de visualización creativa para relajación y para que visualicen que sus objetivos pueden ser desarrollados. 5. Análisis de la canción la Vida es un carnaval de Celia Cruz 6. Tarea para la casa a. Registrar los pensamientos automáticos con respuestas racionales enfocadas en asertividad, autoestima, resiliencia, visión de futuro y supuestos personales. b. Trabajar en el objetivo personal (desglose de la tarea) y con ventajas y desventajas de mantener un pensamiento o descartarlo. c. Análisis de dos lecturas del libro de Víktor Frank: <i>Algo nos espera. Al campo de infecciosos</i>
28/04/08	Compartió su registro. Dijo que su objetivo personal avanzaba y trataba de no pelear con una de sus compañeras que la molesta continuamente. Comentó el texto Frank y narró una de sus experiencias en el grupo satánico. En las técnicas de asertividad hizo grupo con N.N. y N.N. En la técnica del quebrantamiento del proceso trataron el tema de una crítica no constructiva que recibió de una compañera; en la de la ironía asertiva, lo hacen con un insulto; en la del aplazamiento asertivo, con el tema de un problema que	Décima segunda sesión 1. Revisión de la tarea (pensamientos automáticos con respuestas racionales enfocadas en asertividad, autoestima, resiliencia; cuadro de ventajas y desventajas; objetivo personal; análisis de la lectura). 2. Programación de actividades diarias (se fomentó el sentimiento de pertenencia a través de su relacionamiento con la naturaleza) 3. Trabajo en asertividad con psicodrama a. Técnica del quebrantamiento del proceso. b. Técnica de la ironía

	no puede ser afrontado en ese momento. Comentó que tenía problemas con una compañera de curso, que no la soportaba, pues vivía diciéndole indirectas, pero que sí le han servido las técnicas. Manifestó que ella frecuentemente escucha música fuerte (rock pesado) y que volver a escuchar heavy le ha parecido interesante porque es música más positiva. Se envió tarea para casa.	asertiva. c. Técnica del aplazamiento asertivo. 4. Análisis de la canción Molinos de Viento, de Mago de Oz; enfoque en empatía 5. Tarea a. Registrar los pensamientos automáticos con respuestas racionales enfocadas en asertividad, autoestima, resiliencia, empatía y los supuestos personales. b. Trabajar en el objetivo personal (autoinstrucciones) y ventajas y desventajas de mantener una conducta disfuncional determinada. c. Actividades recreativas. d. Análisis de dos lecturas del libro de Víktor Frank: <i>Sufriendo como prestación, El destino, un regalo.</i>
05/05/08	Compartió su registro. Contó cómo iba su objetivo personal. Comentó el texto de Frank. En las técnicas de asertividad hizo grupo con N.N., N.N. y N.N. Se dieron cuenta de que estas técnicas piden usar otras que ya conocen. El ejercicio de relajación la tranquilizó bastante y comentó que dará todo de sí para salir bien en los exámenes. Se continuó con la tarea para la casa.	Décima tercera sesión 1. Revisión de la tarea a todas 2. Trabajo en asertividad con psicodrama (técnicas para que no bloqueen las respuestas asertivas) a. Culpar. b. Atacar. c. Retrasar. 3. Ejercicio de relajación. 4. Se les informó que es la antepenúltima sesión 5. Tarea a. Registrar los pensamientos automáticos con respuestas racionales enfocadas en asertividad, autoestima, resiliencia y empatía y supuestos personales. b. Trabajar en el objetivo personal y ventajas y desventajas. c. Actividades recreativas.

		d. Análisis de una lecturas del libro de Víktor Frank: <i>La Libertad interior</i>
12/05/08	Compartió su registro. Manifestó que su objetivo personal ha avanzado y que ya no es tan cerrada ni peleona como antes. Comentó el texto de Frank. En las técnicas de asertividad hizo grupo con N.N. En la técnica interrogar hicieron el tema donde preguntan cuál es el problema si no desea fumar un cigarrillo; en la de negar, hicieron el tema de una pelea donde han sido culpadas de no llevar el deber, mostrando la “prueba” de que sí lo hicieron; y en la de amenazar, se defendieron de una amenaza, respondiendo “tal vez”. Comentó que le ha gustado mucho la técnica de ventajas y desventajas. Se suspendió la tarea para la casa, sólo se mantuvo la lectura.	Décima cuarta sesión 1. Revisión de la tarea a todas. 2. Trabajo en asertividad con psicodrama (técnicas para que no bloqueen las respuestas asertivas) a. Amenazar. b. Negar. c. Interrogar. 3. Ejercicio de relajación Aroma – Fragancia – Perfume. 4. Análisis de la canción Ancha es Castilla, de Mago de Oz. 5. Se les informó que es la penúltima sesión 6. Tarea a. Registrar los pensamientos automáticos con respuestas racionales enfocadas en asertividad, autoestima, resiliencia, supuestos personales y empatía. b. Continuar con la actividad recreativa. c. Trabajar en el objetivo personal con las autoinstrucciones. d. Actividades recreativas. e. Análisis de dos lecturas del libro de Víktor Frank: <i>Después de la liberación, El desahogo.</i>
19/05/08	Durante la sesión se mantuvo muy activa y comentó las frases que más le llamaron la atención del texto de Frank. Conversó acerca de la empatía, resiliencia, asertividad, autoestima, etc. Analizó de manera personal la terapia y dijo que aprendió a valorarse, a compartir con otras personas sus problemas; las técnicas de	Décima quinta sesión 1. Revisión final de la tarea a todas. a. Utilizar la autocompasión. 2. Técnica del intercambio de reacciones, para determinar nuevos objetivos a futuro. 3. Realización de collage. El tema fue que plasmen cómo ha sido su pasado, cómo es su presente y cómo visualicen su futuro. 4. Comentario de las obras que

	asertividad le enseñaron a comportarse y enfrentar las situaciones de mejor forma. Con la técnica de intercambio de reacciones se puso objetivos a futuro. En el collage se mantuvo muy concentrada. Comentó que aplicará lo conocido.	hicieron. 5. Fin de la terapia
27/05/08		Décima sexta sesión Aplicación de los dos test de depresión: Beck y Casullo
30/06/08		Aplicación de los dos test de depresión: Beck y Casullo
30/06/08	El padre de la paciente se acercó al colegio, a pesar de que ya no había clases. Estuvo entusiasta y agradecido, pues su hija ha tenido cambios muy favorables “ya no grita, ya no se escapa de la casa, ya no escucha tanto esa música loca y ha dejado de pintarse los ojos tan negros, igual lo hace, pero cada vez menos y lo que es mejor, nos tenemos más”. Explicó que se sentía triste porque van a viajar sus hijas a mediados del mes de julio a Italia para vivir junto con su madre. Se notó más tranquilo cuando exteriorizó sus sentimientos estando a lado de su hija y dijo que no quería que ella lo viera triste. Hubo muestras efusivas de afecto y palabras de cariño. La paciente dijo que seguía aplicando las técnicas y que ha releído los textos de Frankl; comentó que tenía metas.	Sesión final con el padre de familia. Normalización. Motivación. Escucha activa. Cierre.

ANEXO 3: FOTOGRAFÍAS TOMADAS DURANTE LAS SESIONES



Explicación a las alumnas acerca de cómo llenar el cuadro de registro, para el tratamiento de la depresión.



Aplicación de técnicas de relajación y visualización.



Las alumnas usaban su creatividad, al momento de aplicar las técnicas de asertividad.



Desarrollo de una sesión terapéutica.



Esta fotografía nos ilustra el momento en el que las pacientes desarrollaban el collage.



Explicación de un collage por parte de una de las integrantes del grupo.

ANEXO 4: TÉCNICAS DE VISUALIZACIÓN Y RELAJACIÓN

Las direcciones web de estas técnicas están citadas en referencias electrónicas.

VISUALIZACIONES: CREACIÓN DEL AMOR

Respira profundamente varias veces y relájate... Comienza a imaginar que en este momento eres un escritor que está escribiendo un libro. Es un libro en el cual tú mismo eres el protagonista junto con muchas de las personas que han participado en tu vida y la ha conformado tal como es.

Has llegado a un punto en el texto en que necesitas identificar a alguien que tú sepas que te ama... Busca entre las personas de tu vida, entre las relaciones presentes o pasadas, familiares, o amigos, maestros, compañeros, hasta que encuentres a esa persona que tú sabes que te quiere.

Imagina que estás sentado frente a un escritorio donde hay una máquina de escribir o una computadora, papel, lápices. Frente a ti ves una ventana amplia que da a un jardín. Allí en el jardín, ocupada en alguna actividad propia, está esa persona especial que tú sabes que te ama.

En el libro que estás escribiendo has llegado a la parte en donde te toca describir a esa persona. Te apoyas en el respaldo de la silla y la miras, pensando en cómo expresar en verbo e imágenes aquello que diferencia a esa persona de las demás, en encontrar palabras que permitan al lector percibirla tal como tú la percibes. Empieza a describir sus características, su forma de hablar, su aspecto físico, sus gestos, sus actividades típicas, todo lo que hace que esta persona sea la persona que es. Su sentido del humor, su forma de moverse, su inteligencia, sus estados de ánimo, su manera de pensar y actuar, todo lo que hace que esta persona sea única en el mundo. Y escucha tu propia descripción, percibe los sentimientos que surgen y fluyen a medida que observas a esta persona del otro lado de la ventana.

Una vez terminada la descripción, imagina que te desplazas del lugar en que estás y comienzas a flotar alejándote del escritorio y dirigiéndote hacia el jardín.

Te acercas cada vez más a esa persona que está allí afuera hasta convertirte tú mismo en ella. En tu imaginación, ahora tú eres ella... Dejas la actividad que te ocupaba y, desde el jardín, miras hacia la ventana. A través de la ventana te ves en tu ubicación anterior, frente al escritorio escribiendo el libro.

Te observas a través de los ojos y el corazón de ese ser que te ama, quizás viendo por primera vez que es lo que ve una persona que te ama cuando te mira... Escucha atentamente y oye cómo una persona que te quiere describe tus gestos, tu forma de hablar, tu aspecto... Viéndote a través de los ojos de alguien que te ama descubres características y cualidades que desconocías en ti, rasgos que tal vez no percibías o que considerabas defectos...

Observándote a través de los pensamientos, percepciones, emociones y recuerdos de alguien que te quiere, descubres que eres digno de mucho amor que eres alguien que enriquece la vida de otras personas por el solo hecho de ser tú mismo... Registra todo cuanto esta persona aprecia y valora en ti. Luego vuelve a tu propio ser recordando plenamente quién eres para alguien que te ama.

Autor: Harumi Puertos

RELAJACIÓN NUBE

Adopta tu postura de relajación, por unos momentos simplemente para, observa ese detenerse..... algo cesa..... cuando te dispones a la relajación concluye la necesidad de prisa..... a partir de ahora la velocidad no importa..... importa la calma..... importa aflojar.... descansar.

Siento la respiración..... tranquila, toda mi atención está en ella..... observo como el aire al entrar refresca mis fosas nasales..... simplemente observo como las refresca.....el aire entra fresco.....sale tibio..... entra fresco..... sale tibio..... con cada respiración el oxígeno llega hasta la última célula de mi cuerpo. Conforme respiro mi cuerpo se relaja..... más y más.....

A partir de este instante vas a visualizar una nube cálida que desciende sobre ti, es una nube preciosa que te acoge, esta nube cálida y protectora contacta en primer lugar con tus pies conforme se acerca a ellos los notas más ligeros..... una nube blanco azulada toca tus pies y les transmite su tibieza agradable, y los vuelve ligeros, la nube tiene unos efectos positivos sobre cada lugar en que contacta con tu cuerpo, los pies se vuelven ligeros.....y descansan, la circulación de tus pies mejora conforme los sientes más ligeros y protegidos por la nube blanco azulada.

Mi respiración es tranquila, con cada respiración tu cuerpo se relaja más y más..... más tranquilo....más relajado.....

La nube contacta con tus pantorrillas y los músculos se relajan, los gemelos se relajan, más y más..... con cada respiración más y más relajados..... más descansados. Rodillas.....relax..... rodillas relax..... Siento el contacto de la nube cálidamente en los muslos, ambos muslos derecho e izquierdo relajados..... descansados.....calientes, las pantorrillas derecha e izquierda

relajadas.... descansadas.... calientes..... los pies derecho e izquierdo....
relajados..... descansados..... calientes.....

La nube sigue lentamente contactando con mi cuerpo, toca mis caderas y las vuelve ligeras, toca el abdomen..... y el pecho.....todo el tronco ligero....relajado.... descansado....muy ligero.... muy descansado.... toca mis caderas y las vuelve ligeras, toca el abdomen..... y el pecho.....todo el tronco ligero....relajado.... descansado....muy ligero.... muy descansado....

Mi respiración es tranquila, con cada respiración tu cuerpo se relaja más y más..... más tranquilo....más relajado.....

La nube contacta con mis brazos, siento los dedos de ambas manos más ligeros, como si fueran a despegar de la colchoneta..... las manos ligeras..... las muñecas ligeras..... los antebrazos relajados..... descansados.....ligeros.....los brazos ligeros.... relajados... descansados.... colchoneta..... las manos ligeras..... las muñecas ligeras..... los antebrazos relajados..... descansados.....ligeros.....los brazos ligeros.... relajados... descansados....

La nube me envuelve y me acoge con su calidez, me comunica su ligereza, siento todo mi cuerpo ligero.... mi cabeza....los brazos....el tronco....las piernas..... mi cabeza....los brazos....el tronco....las piernas.....todo mi cuerpo muy relajado...muy descansado.....tomo conciencia de este estado de relax..... de paz.... de tranquilidad.....

Siento mi respiración..... tranquila, toda mi atención está en ella..... observo el aire al entrar..... simplemente observo.....el aire entra fresco.....sale tibio..... entra fresco..... sale tibio..... con cada respiración el oxígeno llena mi cuerpo y me vuelvo más ligero, más liviano, mi circulación mejora, mi cuerpo se relaja..... .conforme respiro mi cuerpo se relaja..... más y más.....

Me preparo para abandonar el ejercicio....conservando todos los beneficios conscientes e inconsciente que me proporciona.....contamos lentamente 1..... 2..... 3..... abro y cierro las manos lentamente, tomando conciencia de las pequeñas articulaciones de los dedos.....tomo aire con más intensidad.....realizando una respiración profunda..... y abro los ojos....conservando el estado de relax y calma que he logrado con el presente ejercicio de relajación.

Autor: Francisco Barrios Marco

RELAJACIÓN AROMA – FRAGANCIA – PERFUME.

Comienzo prestando atención a mi respiración, observo cómo se produce..... la observo sin modificarla en absoluto, contacto con mi interior y lo percibo en calma..... mi respiración es tranquila..... el rítmico vaivén del movimiento

respiratorio se sucede lentamente..... sin que intervenga para nada,..... la respiración..... se vuelve por sí misma..... lenta..... apacible..... tranquila.

Mi cuerpo permanece inmóvil..... tranquilo..... dispuesto a descansar..... relajándose.

A partir de este instante comienzo a visualizar un jardín....., en él hay rosas.....jazmines..... claveles y todo tipo de flores que difunden su fragancia en el ambiente, todo tiene un hermoso color verde..... más aún puedo ver todos los tipos de verde en este jardín primaveral....., las diversas fragancias me empapan y siento como el perfume me embriaga en un estado de sosiego de calma y de paz..... percibo la placidez del instante en medio de este jardín asombroso.....escucho el canto de los pájaros.....ciento los infinitos aromas de este vergel.....

Por un momento, inmóvil..... respirando la esencia de las flores más hermosas, el aroma que es un bálsamo para mi respiración.... tranquila..... en calma..... mi respiración es tranquila..... el rítmico vaivén del movimiento respiratorio se sucede lentamente..... sin que intervenga para nada,..... la respiración..... se vuelve por sí misma..... lenta..... apacible..... tranquila.

Siento mi respiración....., escucho el sonido del viento al mecerse en las hojas de los arbustos..... percibo el canto de los pájaros..... contemplo este maravilloso oasis de paz y disfruto con los más diversos colores de las rosas..... blancas..... rojas.....amarillas, y con sus perfumes cálidos..... dulces..... fascinantes..... la música de las esencias compone una balada embriagadora que me empapa, parece que mi cuerpo respire por la piel y todas las fragancias me aportan su energía, su frescura, su vitalidad..... respiro y me siento revitalizado, lleno de energía..... mi respiración es tranquila..... el rítmico vaivén del movimiento respiratorio se sucede lentamente..... sin que intervenga para nada,..... la respiración..... se vuelve por sí misma..... lenta..... apacible..... tranquila.

Siento mi respiración....., escucho el sonido del viento al mecerse en las hojas de los arbustos..... percibo el canto de los pájaros..... contemplo este maravilloso oasis de paz y disfruto con el aroma del jazmín..... llega hasta mí esa esencia inconfundible.....veo su flor blanca..... pequeña..... tan pequeña, sin embargo su perfume es tan sugerente que invoca estados interiores de paz.... de alegría..... hay algo de júbilo en el aroma del jazmín, y esa satisfacción se impregna en mí cuando lo respiro.....observo y siento.....el jazmín.....el jazmín..... su aroma..... me llena..... calma.....calma.....

Siento mi respiración....., escucho el sonido del viento al mecerse en las hojas de los arbustos..... percibo el canto de los pájaros..... contemplo este maravilloso jardín, es un lugar de reposo..... de paz y disfruto al contemplarlo.

Tomo conciencia de mi estado en calma, lo guardo en mi interior..... estará aquí para cuando lo necesite..... siempre a mi alcance..... siempre tan cerca como a un milímetro de mí..... presto a acudir cuando lo necesite..... la

calma, la tranquilidad están a mi lado, en mi interior..... cuando hago relajación es como si llenara mi depósito de calma para todo tipo de situaciones que lo requieran.... y así es..... siempre disponible.....

Me preparo para abandonar el ejercicio, poco a poco voy tomando un sendero que va saliendo del jardín, de sus colores y de sus aromas, sin embargo este jardín privado sigue completamente en mi interior y puedo volver a su calma....a su placidez..... siempre que lo desee.

Abandono el ejercicio....conservando todos los beneficios conscientes e inconscientes que me proporciona.....contamos lentamente 1..... 2..... 3..... abro y cierro las manos lentamente tomando conciencia de las pequeñas articulaciones de los dedos.....tomo aire con más intensidad.....realizando una respiración profunda..... y abro los ojos....conservando el estado de relax y calma que he logrado con el presente ejercicio de relajación

Autor: Francisco Barrios Marco

EJERCICIO BASE DE RELAJACIÓN

En esta oportunidad te ofrecemos un ejercicio que puedes realizar cómodamente en tu hogar y que te permitirá relajarte armónicamente. Te aconsejamos que lo grabes primero con tu voz, para que luego puedas sentarte en un lugar tranquilo y escuchar el ejercicio para poder visualizarlo. Como el mismo se encuentra diseñado para realizarse dentro de una habitación, en el caso de desear experimentarlo al aire libre deberás cambiar los párrafos pertinentes.

Cierra los ojos y comienza a tomar una respiración profunda, muy profunda y sigues tomando respiraciones profundas, muy profundas y a medida que inspiras sientes el aire que entra en tus pulmones, mientras tomas respiraciones profundas tu cuerpo se relaja, se relaja más y más. Ahora concéntrate en el aire que entra en tus pulmones, solamente en el aire que entra en tus pulmones.

Sigue tomando respiraciones profundas y sigue concentrándote en el aire que entra en tus pulmones, siéntelo, es una sensación muy agradable sentir el aire que entra en los pulmones.

A medida que el aire entra en tus pulmones, tu cuerpo se va relajando más y más. Cuando te concentras en tu respiración, tu cuerpo se relaja, se relaja más y más, así, siente el aire pasar por tu garganta, siente como se llenan tus pulmones.

Es una sensación hermosa. El aire te conecta con el cosmos. Cuando tomas respiraciones profundas percibes el contacto con el cosmos. Así, estás en contacto con el universo, el aire trae el universo dentro de ti, siempre existió esa conexión, solamente que ahora se te hace consciente. Tomas

conciencia de que formas parte del todo y que el todo está dentro de ti. Mientras tu cuerpo se relaja, tu mente se aquieta. Siente tu cuerpo que se relaja más y más. Siente como las tensiones se disipan poco a poco. Tus tensiones son como terrones de azúcar que se van disolviendo en un mar muy azul, calmo, hermoso, transparente, muy transparente. Tus tensiones se van disolviendo, visualiza las tensiones como terrones de azúcar que se van disolviendo en un mar muy azul, muy calmo... Tu cuerpo se relaja más y más, se va acomodando en el lugar que está sentado, se va soltando. Tu cuerpo se deja ir y cada vez está más relajado. A partir de este momento te concentraras únicamente en tu respiración, no te preocuparás por escuchar mi voz, solamente el aire que entra en tus pulmones. Mientras sigas tomando inspiraciones profundas, tú y el universo que entra en ti mediante el aire que entra en tus pulmones, te hace sentir más relajado, mucho más relajado. Ya no te preocupes por escuchar mi voz, concentra toda tu energía en el aire que entra en tus pulmones, solamente en eso: en sentir el aire que entra en tus pulmones. Cuando tu cuerpo se relaja tu mente se aquieta más y más y tus pensamientos entran y salen suavemente de tu mente sin que ella ponga ninguna resistencia.

Visualiza tus pensamientos flotando alrededor de tu mente y entrando y saliendo sin que ella oponga ninguna resistencia.

Y ahora todos tus pensamientos empiezan a salir de tu mente y a concentrarse arriba de tu cabeza en una hermosa nube rosa. Ya puedes visualizar cómo se ha formado sobre tu cabeza una hermosa nube rosa, y ahí están todos tus pensamientos.

Siente ahora una suave brisa que acaricia tu rostro, siente una brisa muy suave que acaricia tu rostro y puedes visualizar cómo esa suave brisa se lleva la nube con tus pensamientos, y allá va la nube con todos tus pensamientos, se va allá a lo lejos y se va, se va con todos tus pensamientos y tu cuerpo está en calma totalmente relajado, y tu mente está quieta, tranquila. Cuerpo y mente relajados. Con el cuerpo y la mente relajados tu ser superior va a poder manifestarse y así comienza a manifestarse como un núcleo de energía que se enciende dentro de tu ser. Empieza siendo como un gran punto luminoso, una hermosa luz dorada que genera mucho calor y que comienza a expandirse, se expande más y más. Y dentro de tu cuerpo se está formando una bola de energía que se expande más y más. Y ya ilumina todo tu cuerpo.

Ese es tu ser superior que se está liberando y tú lo puedes percibir como una energía muy intensa, y ya estás todo convertido en un ser luminoso y tu ser superior se expande y ya los rayos de luz atraviesan los límites de tu piel.

Por tus poros ya salen rayos de luz hacia el exterior y tomas conciencia que te manifiestas mucho más allá de los límites de tu piel y se expande más y más. Se proyecta mucho más allá de los límites de tu cuerpo. Siente cómo tu energía se ha expandido mucho más allá de los límites del cuerpo, es tu ser

superior que se está manifestando, se expande, entra en contacto con otras energías. Siéntete fuera de tu cuerpo. Estás totalmente fuera de tu cuerpo. Siente la felicidad. Tú eres una energía muy superior a los límites de tu cuerpo.

Ahora tu energía está formando en el centro de la habitación un globo de energía.

Un globo de color anaranjado, un globo muy grande de energía y ahí dentro estás tú. Estas dentro de un hermoso globo de energía anaranjada que empieza a girar y a formar una espiral y se empieza a elevar, atraviesa el techo de la habitación, y se va hacia al cielo en forma de espiral y tú estás dentro de ese globo de energía.

Siente cómo te elevas dentro del globo y te vas, te vas hacia el cielo, siente la sensación de elevarte hacia el cielo. Desde aquí puedes ver la ciudad a lo lejos. Estás dentro del globo de energía y cada vez te alejas más de la tierra y estás muy lejos y puede ver el planeta tierra allá abajo y tú acá disfrutando dentro de un hermoso globo de energía totalmente en paz, en armonía, desde aquí puedes visualizar la tierra, tomar distancia y preguntarte cuán importantes eran los problemas cotidianos.

Analiza tus problemas cotidianos desde aquí afuera, vas a ver qué relativos qué eran, qué poca importancia tienen desde aquí afuera. Desde este hermoso lugar, siente la energía, siente la paz del universo, lejos de las tensiones de la tierra. Desde la inmensidad del infinito. Desde dónde venimos, donde volveremos, desde este lugar de paz.

(deja un espacio de aproximadamente dos minutos sin hablar)

Grabarás esta sensación en tu energía. Cuando tu energía vuelva a la tierra grabará en el cuerpo físico esa sensación. Recordarás esa sensación, esas sensaciones son eternas y no tienes que permitir que los problemas cotidianos la afecten.

Sigues girando en el globo de energía anaranjado, este globo de energía recibe a su vez la energía del cosmos, lo sientes como una sensación de mayor calor, como una elevación de tus vibraciones, tu energía está aumentando de vibración.

Ahora el globo de energía muy despacio va a caer por una especie de tobogán y se va a ir acercando a la tierra, se va acercando más y más y ya puedes ver desde el aire la ciudad, se puede ver el edificio desde afuera, atraviesas el techo y ya estas de nuevo en la habitación. El globo de energía en el centro de la habitación, y ahora muy de a poco te vas concentrando de nuevo en tu cuerpo, vas entrando muy despacio en tu cuerpo. Te acomodas en tu cuerpo. Siente, siente la energía y así tu cuerpo se siente totalmente energizado, en paz y en armonía y con un nuevo marco de referencia para analizar tus problemas diarios. La visualización desde el exterior de la tierra, desde ese punto pudiste ver cuán pequeños eran tus problemas comparados con la inmensidad del espacio. Estás aquí para

aprender, cada evento que te suceda en la vida lo tomarás como un aprendizaje. Cada evento tiene un mensaje, un mensaje para que aprendas, un mensaje para que aceptes la vida y resuelvas tus problemas, para que ese evento no vuelva a manifestarse.

Para que tu amor cada vez crezca más, tu armonía con las leyes universales cada vez sea más amplia.

A medida que vayas conociendo las leyes universales tu aprendizaje será más fácil, tus vibraciones se elevarán más y más y tu energía será total. Dentro de unos segundos voy a hacer silencio y tú vas a abrir los ojos, y vas a estar totalmente energizado, en armonía, en paz y muy feliz. Cuando tú lo desees puedes abrir los ojos.

(Repita el ejercicio una vez por día).

Autor: Staff de la Revista de Crecimiento Interior.

EJERCICIO DE VISUALIZACIÓN CREATIVA (en Cobos, Tesis de Maestría, 2008)

Cierre los ojos y relájese profundamente. Piense en alguna habitación familiar para usted, como por ejemplo su dormitorio o sala de estar. Recuerde algunos detalles bien conocidos por ejemplo el color de la alfombra, el modo en que están ordenados los muebles, lo luminoso u oscuro del lugar. Imagínese caminando en esta habitación y sentándose o recostándose en una silla, en un sofá o en una cama cómoda. Ahora recuerde alguna experiencia agradable que haya tenido en los últimos días, en especial alguna que incluya buenas sensaciones física (Ej. Comer una comida deliciosa, recibir un mensaje, nadar en agua fresca, etc.). Recuerde esa experiencia tan vívidamente como le resulte posible, y disfrute de las sensaciones agradables una vez más. Ahora imagine que está en un escenario campestre idílico, quizá relajado sobre el césped verde junto a un río de aguas frescas, o vagando en un bosque hermoso y lozano. Puede tratarse de un lugar que usted haya visto, o de un paisaje ideal al que le gustaría ir. Piense en los detalles, y créelo tal como le agradaría. (en Cobos, Tesis de Maestría, 2008)

MEDITACIÓN PARA ALCANZAR EL PODER DE SER

Empieza por concentrarte en la respiración..... Sólo sé consciente de ella..... Date cuenta de lo que ocurre en tu cuerpo al inspirar y expirar..... Siente el aire entrar por la nariz y luego salir..... ¿Cuál es la diferencia? Al inspirar imagina que el aire llega hasta tu frente y al inspirar, libera todas las tensiones que encuentras ahí..... Entonces inspira alrededor de tus ojos..... y expira cualquier tensión que haya..... Luego alrededor de la boca..... Baja hasta el cuello y hombros..... Sigue bajando por los brazos y a través de tus manos..... Inspira dentro del pecho y expira la tensión..... Inspira en tu

abdomen..... Inspira en tus nalgas y espira cualquier tensión que encuentres..... Inspira en tus pantorrillas y libera la tensión..... Ahora deja que tu cuerpo entero se relaje..... Imagina que res hueco por dentro..... Imagina que un cálido rayo de sol dorado pasa a través de tu cuerpo..... Comienzas a sentir pesadez o levedad..... Tú decides qué estás sintiendo..... Tus párpados son muy pesados..... Tus brazos son muy pesados..... Tus piernas y tus pies son muy pesadas..... O pueda que te sientas muy ligero..... Como que si todo tu cuerpo estuviese flotando..... Imagina que el horizonte de tu mente se va oscureciendo poco a poco hasta que llegas a la oscuridad total..... En el centro de esa oscuridad empiezas a ver un punto diminuto de luz..... La luz comienza a extenderse lentamente..... Hasta que todo el horizonte queda iluminado..... Ahora mira la luz..... La luz pura..... Sé consciente de la nada que estás experimentando..... No hay nada ahí..... Sólo pura existencia..... Lentamente ves el número tres apareciendo en el centro del horizonte..... Vuelve a notar tu respiración..... Deja que tu consciencia recorra todo tu cuerpo comenzando por la punta de los pies y subiendo por tus piernas, caderas, estómago, pecho brazos, cuello y hombros, cara y cerebro..... Contigo mismo..... Con tu propio YO..... Ahora ves el número dos..... Mueve las puntas de los pies..... Mueve tus manos..... Siente tu cuerpo en contacto con la silla y tus pies con el suelo..... Escucha todo los sonidos que oigas a tu alrededor..... Ahora ves el número uno y poco a poco vas abriendo los ojos.....

Permanece sentado, tranquilo y absorto, durante unos minutos..... Déjate estar simplemente.

Autor: en Bradshaw, 1994, pp. 278 – 279.

ANEXO 5: VARIOS

Carta de una paciente:

Mi mamá no me quiere mandar a María Auxiliadora lo
único que quiero es Morirme estoy allá xq yo no
quiero regresar a mi Casa. en mi casa nadie me
quiere. y si me quieren solo sirven para darme de
Comer para nada más. y de esto ya estoy harta.
lo único que quiero es Morirme nada más
sufro, me gritan, me hablan de que me vale venir
a mi casa si aquí ~~en~~ mi casa le veo como
sufre mi Mamá xq no tiene nada que darnos
de Comer. si algo algo mal me gritan uno les
hace un favor y nos bravos aquí en mi casa en vez
de haber Personas hay Perros. Me hablan dice
que apesto, que soy sucia y que mi cuanta
apesto aquí en mi Casa parezco una siropeña
ante esto lo único que quiero es ahorcarme. y
quiero morir. creo que cuando yo no
este aquí lloraran 1 o 3 días pero nada más
después dirán por fin se murió la larga
esa, la apestosa, la penzosa y si sufren
es por que ya no hay quien les de Comer y
por nada más. En esta vida solo nos hizo
sufrir y nada más solo para eso he
servido y ha echo mucho daño a la Sociedad

Quisiera mejor nunca haber salido o unido al mundo quisiera que me hallan abortado y nada más. Para que estar en este mundo si solo he venido a sufrir y nada más.

Aquí en mi casa toda prisionera no salgo y si salgo solo para el Colegio y nada más porque yo soy un Problema. Creo que muerta nadie se acordara de mí. para nada ni tan de sufrir.

Así quiero Morir es lo Mejor.



Cuadro de registro de pensamientos automáticos:

REGISTRO DIARIO DE PENSAMIENTOS DISTORSIONADOS					
Fecha	Situación	Emoción/es y %	Pensamientos automáticos que preceden a la emoción	Respuesta racional %	Resultado %
	Describe: 1. El acontecimiento que motivó la emoción desagradable 2. El recuerdo que motivó la emoción desagradable.	1. Triste, ansiosa, enfadada, enfurecida culpable, derrotada, etc 2. Evalúe la intensidad con porcentaje 1 - 100	1. Anote los pens. Automáticos que preceden a la emoción 2. Evalúe el grado de creencia en los pensamientos automáticos 0 - 100%	1. Anote una respuesta racional alternativa al pensamiento 2. Evalúe el grado de creencia de la respuesta racional 0 - 100 %	Reevalúe en grado de los pens automáticos 0 - 100% 2. Especifique y evalúe las emociones subsiguientes 0 - 100
Ejemplo: 15/03/2006	Recibi la carta de una amiga que se casó hace poco tiempo.	Culpable 60%	Debería haber asistido a su boda	No me a habría escrito si estuviera enfadada	10% (pensamiento nuevo) Culpable 20 (emociones nuevas)
20/04/08	Hoy le voy a decir adiós a mi padre	Enfurecida 60%, Culpable 13%	Y como se iba a ir a la escuela	Perdónale a todos a él y yo también darle una disculpa	Enfurecida que bien 100%
22/04/08	Hoy salí a una fiesta y como siempre me tiré a reír que afortunada	Enfurecida 48% Enfurecida 55%	Es una imbecil no me acordaba de que iba a ir a la escuela	hablar con ella y decirle que yo no quería que haga eso, que se se la la confíanza.	un poco mejor 89%
22/04/08	Recordé que hace tiempo que me le voy a un amigo me lo recuerdo por una mala costumbre	Triste 95% Derrotada 89% Culpable 88%	Se me olvidó por qué todo esto fue mi culpa si yo no le hubiera dicho todo lo que le dije el no me habría odiando este	Yo ya hablar con él y explicarle que todo eso fue en momentos de rabia y que me disculpe	Nuevas sensa un poco mejor 89%
22/04/08	Le terminé a mi ex-recomiendo por qué sentí que aun no era de mí por qué volver a tener una relación de amor me recorda	Triste 80% Derrotada 85% Culpable 60%	Yo ya una tanta por haberle terminado, con lo bien que me estaba y me gustaba	Hable con él por el no entendido lo que me pasa bien que le termino por estas cosas diferentes	un poco mejor 77%
22/04/08	Quiero saber cómo se va a ir a la escuela	Triste 88% Enfurecida 49%	Quiero que ella se me de el derecho de ir a la escuela por una mala costumbre	hablar con ella y decirle todos los problemas de una vez por todos	mejor a ser 88% mejor a ser 86%

Técnica de supuestos personales o flecha descendente:

- Me preocupa ~~perder~~ perder el año.
 - ¿Y si ocurre esto entonces que?
 - mi familia diría q' les hago gastar la plata para nada.
 - ¿Y si ocurre esto entonces que?
 - Pensaría Que soy una vagaa.
 - Y si ocurre esto entonces que?
 - Pensaría Que no vale que me metan a través a estudiar.
 - ¿Y si ocurre entonces que?
 - Pensarían que mejor debo trabajar
 - ¿Y si ocurre esto entonces que?
 - Ya no me piden ayuda ni hermana menor
 - ¿Y si ocurre esto entonces que?
 - Ya no tendría responsabilidades.
 - ¿Y si ocurre esto entonces que?
 - ~~Me sentiría~~ me sentiría mal, dirían q' soy un estorbo, q' no valgo para nada.
 - ¿Y si ~~esto~~ ocurre esto entonces que?
 - Me fuera de la casa.
 - ¿Y si ocurre esto entonces que?
 - me sentiría sola y abandonada.
 - ¿Y si ocurre esto entonces que?
 - Pensaría para que me trageron al mundo.

Técnica de ventajas y desventajas:

| Ventajas y desventajas de (p) sacarme malas notas | |
|---|-----------------------------------|
| Ventajas | Desventajas |
| no hay ventajas | Perder el año |
| de sacarme malas | Pelearme con mi papa |
| notas. | decepcionar a mi Familia |
| | Ocasionar Problemas economicos en |
| | el hogar |
| | Defraudarme a mi misma |
| | Sentir que no valgo |