

62
Zel.



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA
DE MEXICO

FACULTAD DE PSICOLOGIA

PSICOTERAPIA DE GRUPO EN MUJERES CON
DIAGNOSTICO ANSIOSO DEPRESIVO

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:
LICENCIADO EN PSICOLOGIA
P R E S E N T A :
GLORIA CONTRERAS ALVAREZ

DIRECTORA DE TESIS: LIC. PATRICIA DE BUEN RODRIGUEZ
ASESOR METODOLOGICO: LIC. RAUL TENORIO RAMIREZ



MEXICO, D. F.

1997

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA
DE MEXICO

FACULTAD DE PSICOLOGIA

PSICOTERAPIA DE GRUPO EN MUJERES CON
DIAGNOSTICO ANSIOSO DEPRESIVO

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:
LICENCIADO EN PSICOLOGIA
P R E S E N T A:
GLORIA CONTRERAS ALVAREZ

DIRECTORA DE TESIS:
LIC. PATRICIA DE BUEN RODRIGUEZ

ASESOR METODOLOGICO:
LIC. RAUL TENORIO RAMIREZ

COMITE DE TESIS:
MTRA. INDA SAENZ ROMERO
LIC. JOSE LUIS SANCHEZ GAMEZ
LIC. MA. TERESA GUTIERREZ ALANIS

MEXICO, D.F.

1997.

Lic. Nazareno Malagón S.:
muchas gracias.

**Para Niels
con amor**

INDICE

Introducción	pág. 1
Cap. 1 PSICOTERAPIA DE GRUPO	pág. 3
1.1 Los efectos de la psicoterapia de grupo	pág. 5
1.2 El observador o el coterapeuta	pág. 6
1.3 Eficacia de los tratamientos psicológicos	pág. 7
1.4 Estudios clínicos y comparativos	pág. 9
1.5 Terapias psicológicas para el tratamiento de la ansiedad y la depresión	pág. 10
1.6 El Grupo Operativo	pág. 17
Cap. 2 ANSIEDAD Y DEPRESION	pág. 22
2.1 Definición de ansiedad	pág. 22
2.2 Sintomatología de la ansiedad	pág. 22
2.3 Epidemiología de la ansiedad	pág. 24
2.4 Definición de depresión	pág. 25
2.5 Sintomatología de la depresión	pág. 25
2.6 Epidemiología de la depresión	pág. 28
2.7 Utilización de servicios en México para problemas de salud mental en población femenina	pág. 29
2.8 Relaciones entre ansiedad y depresión	pág. 32
Cap. 3 METODOLOGIA	pág. 35
3.1 Planteamiento del problema	pág. 35
3.2 Hipótesis	pág. 35
3.3 Variables	pág. 36
3.4 Definición conceptual de variables	pág. 36
3.5 Definición operacional de variables	pág. 36
3.6 Muestra	pág. 36
3.7 Muestreo	pág. 36
3.8 Tipo de estudio	pág. 37
3.9 Diseño	pág. 37
3.10 Escenario	pág. 37
3.11 Instrumentos	pág. 37
3.12 Procedimiento	pág. 40
3.13 Descripción de las sesiones	pág. 44
3.14 Análisis del proceso grupal	pág. 60

Cap. 4 RESULTADOS

pág. 62

Cap. 5 CONCLUSIONES

pág. 67

Cap. 6 LIMITACIONES Y SUGERENCIAS

pág. 69

BIBLIOGRAFIA

APENDICE A

APENDICE B

INTRODUCCIÓN.

En diversas instituciones públicas se realizan programas de salud mental, una de ellas es el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), en el cual, debido a la alta demanda de apoyo psicológico, y dado que no se cuenta con el personal suficiente, es necesario llevar a cabo terapias grupales con un promedio de 20 pacientes. Por lo tanto, es necesario que el terapeuta descubra formas eficaces de trabajo no obstante el elevado número de asistentes a la terapia.

Rogers (1966), considera que "ir mucho más allá de seis participantes, provoca que el proceso del grupo sea lento e incrementa el número de personas que permanecen en la periferia sin incluirse en el proceso"¹. Por su parte Slavson (1976), señala que "el número de participantes que constituyen un verdadero grupo terapéutico no debe exceder de ocho participantes"². Zimmermann (1969), al hablar sobre el número de participantes menciona lo siguiente: "en cuanto al número de pacientes, la experiencia recomienda cierta elasticidad, de acuerdo a las necesidades de las situaciones clínicas, así por ejemplo, cada psicoterapeuta tendrá su preferencia en cuanto al número de integrantes de adecuado a su persona"³.

El presente trabajo surge del interés por conocer de cerca un proceso grupal. Con el fin de estudiar dicho proceso, se partió del establecimiento de un grupo de 18 mujeres, quienes recibieron un diagnóstico ansioso-depresivo a través de una entrevista individual en la cual les fueron aplicados los siguientes instrumentos de medición: La Escala de Hamilton para la Evaluación de la Ansiedad, y la Escala de Zung para la Automedición de la Depresión. Posteriormente se siguió el desarrollo del proceso grupal a lo largo de 5 meses de trabajo, en el cual, el tipo de psicoterapia aplicado estuvo basado en la técnica del Grupo Operativo propuesta por Pichón Riviere y en las técnicas de relajación.

El tratamiento psicológico tuvo como objetivo la disminución de los niveles de ansiedad y depresión en el grupo de mujeres que siguieron la terapia. Dichos niveles fueron medidos al final del proceso a través de los mismos instrumentos de medición.

Esta tesis está dividida de la siguiente forma: en el primer capítulo se presenta, de manera general, la teoría sobre la psicoterapia de grupo, los efectos de la misma, el papel del observador o coterapeuta, así como distintos tipos de técnicas psicológicas para el tratamiento de la ansiedad y la depresión, y al final se describen los conceptos fundamentales del Grupo Operativo.

¹ Rogers, C. (1966) *Psicoterapia Centrada en el Cliente*. Paidós, Buenos Aires. p.p. 128

² Slavson, S. (1976) *Tratado de Psicoterapia Grupal Analítica*. Paidós, Buenos Aires. p.p. 140

³ Zimmermann, D. (1969) *Estudios Sobre Psicoterapia Analítica de Grupo*. De. Home, Buenos Aires. p.p. 50

En el segundo capítulo se describe la sintomatología de la ansiedad y de la depresión, su epidemiología, así como algunos estudios sobre la utilización de los servicios de salud mental en México y al final se presentan algunas relaciones existentes entre la ansiedad y la depresión. En el tercer capítulo se describe la metodología utilizada en el desarrollo del presente trabajo, y en los dos últimos capítulos se presentan los resultados y conclusiones.

Capítulo 1 PSICOTERAPIA DE GRUPO

Existen distintas posturas teóricas, que desde su particular punto de vista abordan la psicoterapia de grupo. A continuación se explicará la psicoterapia de grupo de manera general.

Se ha podido observar que las distintas corrientes que definen al grupo, lo hacen tomando en cuenta los siguientes elementos: la existencia de una comunicación directa entre los participantes, donde la individualidad de los integrantes del grupo es remplazada por una totalidad, existen normas comunes que toman el lugar de las normas individuales previas, configurándose un sistema de roles, conciencia de pertenencia al grupo y la existencia de un objetivo común.

De acuerdo con Grinberg (1971), el grupo terapéutico llena los requisitos para ser denominado como tal, puesto que está constituido por una serie de personas que se reúnen de común acuerdo, y comparten normas tendientes a la consecución de determinado fin: la curación. Aparte de esto, cada integrante desempeña una función, consciente o inconsciente, que se halla en estrecha interdependencia con los demás.

Dentro del grupo terapéutico se tratan de detectar situaciones patológicas que han originado detenciones o distorsiones en el proceso de maduración del individuo, así como producir cambios en la estructuración de la personalidad y se tratará también de facilitar la toma de conciencia de que el paciente es parte y promotor del proceso grupal. La pertenencia al grupo terapéutico llevará al paciente a revisar vivencialmente su inscripción en la vida desde su nacimiento como ser social a fin de comprender las motivaciones inconscientes que lo llevaron a ocupar un lugar determinado. Tal como ocurre en otras entidades sociales, dentro del grupo terapéutico se van a desarrollar inevitablemente en su interrelación, una serie de pautas culturales y características propias; se moldea entonces la identidad grupal que incluye importantes aspectos de cada uno de los individuos que constituyen el grupo, en este proceso cada uno aprende a conocerse y reconocerse a través del tiempo y de los demás.

La psicoterapia de grupo fue creada por Pratt en 1905 al introducir el sistema de "clases colectivas" en una sala de pacientes tuberculosos. La finalidad de la terapia consistía en acelerar la recuperación física de los enfermos mediante una serie de medidas sugestivas destinadas a que los enfermos cumplieran de la mejor forma posible su régimen dentro de un clima de cooperación. A estas sesiones asistían más de 40 pacientes, constaban de una breve conferencia del terapeuta, que disertaba sobre la higiene o problemas del tratamiento de la tuberculosis. A continuación los pacientes formulaban sus preguntas y discutían el tema con el terapeuta.

El mérito de Pratt, fue el utilizar de forma sistemática y deliberada las emociones colectivas en la persecución de una finalidad terapéutica.

Desde el punto de vista de Grinberg (1971), la técnica de Pratt es útil, y si bien es superficial, tiene el mérito de haber llamado la atención sobre la importancia de la socialización del paciente, ya sea dentro de la institución o en su readaptación a la sociedad. Posteriormente la interpretación reemplazó al procedimiento sugestivo de este tipo de terapia. De acuerdo con Slavson (1976), al trabajar con estos grupos, se presenta el problema de a quién interpretar, para dar solución a esta cuestión propone el empleo de lo que se podrían describir como artificios, que consisten en tratar de unificar al grupo de varias maneras de modo que la interpretación valga para todos o para la mayoría de los participantes.

La psicoterapia de grupo es una metodología clínica desarrollada sistemáticamente. Emprrende el tratamiento de los problemas psíquicos y sociales de los miembros del grupo, de las reacciones somáticas sólo se ocupa en la medida en que son psicógenas.

Los miembros de un grupo perciben la situación en la que se encuentran como dependiente de sus propias personalidades. Traen a la situación una carga de ansiedades producto de sus fracasados esfuerzos por relacionarse efectivamente con otras personas, y dicha ansiedad generalmente se incrementa por la naturaleza indeterminada de la experiencia terapéutica. Para que cada miembro del grupo obtenga provecho de la terapia, es necesario que encuentre en el terapeuta y en los demás miembros, un genuino sentimiento de aceptación. Es necesario proporcionar una situación grupal donde pueda experimentar una necesidad cada vez menor de defenderse contra la ansiedad, lo que lo hace ineficaz en su relación con los demás y consigo mismo. Es importante también que se sienta cada vez más libre para examinarse a sí mismo, con la seguridad de que encontrará una comprensión de su vida tal como él la ve y que se respeten sus opiniones durante todo el proceso terapéutico. Es conveniente que el paciente encuentre en el grupo una confianza tácita en su capacidad para ser responsable de su propia vida donde pueda llevar a cabo sus propias elecciones.

"Dentro del proceso grupal, el ser comprendido y aceptado por varias personas que comparten sus sentimientos en una búsqueda común de un modo de vida más satisfactorio, es una experiencia muy valiosa dentro de la terapia grupal"¹.

De acuerdo con Alonso (1993), la psicoterapia de grupo representa un microcosmos de la sociedad donde se ven surgir los prejuicios socioculturales, lo que permitira a los pacientes experimentar estas restricciones dentro del grupo, reconocer si han participado en que se perpetúan estos prejuicios y cómo lo han hecho y descubrir nuevas maneras de comprender y enfrentarse a estas presiones.

Por alguna razón, por diferentes que sean los síntomas y situaciones, hay solamente unos pocos tipos de problemas que la gente puede presentar, una y otra vez, el fracaso en las relaciones interpersonales y los sentimientos consiguientes de autodevaluación, proporcionan el contenido de las situaciones de grupo. Poco a poco durante la terapia, se hace más claro que las discrepancias en la percepción de sí mismo, que son la fuente del malestar que lleva a una persona a la terapia, son en gran medida producto de las experiencias que el individuo ha tenido con algunas personas importantes en su vida. En este caso, el paciente necesita una experiencia que le permita acercarse a los demás y descubrir de esa manera aquellos aspectos rechazados de sí mismo que pesan en su relación con otras personas.

Dentro de la terapia grupal se espera que el paciente aprenda lo que significa dar y recibir apoyo emocional de una nueva manera. El yo se redefine en un contexto similar al que inicialmente creó la necesidad de distorsionar la percepción de sí mismo y de la relación con los demás.

¹Rogers, C. (1966) *Psicoterapia Centrada en el Cliente*. Paidós. Buenos Aires, p.p. 143

1.1 Los efectos de la psicoterapia de grupo.

La evaluación de los efectos de la psicoterapia, ya sea para investigación o para finalidades clínicas de rutina, lleva a grandes problemas teóricos y técnicos. A continuación se mencionaran algunos criterios de mejoramiento dentro de la psicoterapia grupal.

De acuerdo con Walton (1973), existen diversas posibilidades para medir la respuesta del paciente a la terapia, se pueden estudiar diferentes áreas del problema, de acuerdo con esto se pueden registrar los cambios en la interacción al interior del ambiente terapéutico, es decir, dentro del grupo, de esta manera, se pueden contar el número de afirmaciones hechas por el paciente, las cuales demuestran su aumento de comprensión, o bien contar el número de veces en las cuales el paciente expresa sus sentimientos; es también posible evaluar cualitativamente la relación emotiva de los pacientes con el terapeuta o con los demás miembros del grupo. Otra área en la cual se pueden encontrar criterios de juicio, es aquella que se relaciona con los síntomas del paciente, medidos con tests psicológicos objetivos y cuestionarios. Una tercera posibilidad, consiste en registrar los cambios en el comportamiento social del paciente en la vida cotidiana, evaluando las relaciones del paciente con los miembros de su familia y su eficacia en su ambiente laboral.

Las evaluaciones pueden venir también desde diversos puntos de vista, es decir, del paciente mismo, de los demás participantes del grupo o del terapeuta, todos pueden expresar su opinión acerca de los cambios observados en el paciente.

Idealmente, las medidas usadas para evaluar un grupo psicoterapéutico en particular, deberían ser determinadas por las finalidades terapéuticas del mismo grupo y a su vez deberían derivar directamente de la orientación teórica del terapeuta.

Han sido propuestos diversos tipos de criterios. Por ejemplo, Knight, citado por Walton (1973), propone los siguiente criterios de mejoramiento:

1. Disminución significativa de los síntomas iniciales
2. Real mejoramiento de la actividad mental:
 - a) aumento de la comprensión intelectual y emotiva de las raíces infantiles del conflicto.
 - b) desarrollo de la capacidad de tolerar sin ansiedad las pulsiones instintivas.
 - c) desarrollo de la capacidad de aceptarse a sí mismo objetivamente, con una evaluación de la propia fuerza y debilidad.
 - d) logro de una relativa libertad de tensiones e inhibiciones que no paralicen la actividad intelectual.
 - e) canalizar las energías agresivas hacia la autoconservación, autorrealización y a la protección de los propios derechos.
3. Una mejor adaptación a la realidad:
 - a) una relación interpersonal más consistente y leal con objetos escogidos adecuadamente, es decir, con personas.

b) libre expansión de las propias capacidades hacia un trabajo productivo.

c) actividad sexual satisfactoria.

4. Eficacia social, haciendo frente a las responsabilidades sociales y acuerdos con los demás.

5. Introspección, es decir, aumento de autocomprensión y corrección de percepciones distorsionadas de sí mismo.

Generalmente, muchas medidas de mejoramiento propuestas, tienen poco en común una con la otra, y la mayor parte de ellas son usadas por quien las ha propuesto. Pero aun si se lograra un consenso sobre aquello que se debe evaluar y cómo, quedaría la dificultad que los criterios pueden no concordar entre ellos.

El grado de cambio depende de las áreas de funcionamiento evaluadas y del punto de vista adoptado; por lo tanto una evaluación global del mejoramiento se considera presumiblemente inadecuada, y en la investigación futura deberían especificarse los tipos de cambios que se verifican más frecuentemente después de cada una de las diferentes psicoterapias de grupo.

Walton (1973), concluye diciendo que "una de las características que más llaman a la investigación sobre psicoterapia de grupo, es la identidad de las posibles variaciones: los terapeutas difieren en su eficacia, los grupos difieren en sus interacciones, los pacientes difieren enormemente en el tipo y en el grado del cambio obtenido. Por lo tanto la psicoterapia de grupo no es, obviamente una terapia standard en la cual se aplican procedimientos de rutina. Es, en cambio, una interacción social: así como una persona es autoritaria y afectuosa en algunas situaciones, pero sumisa y fría en otras, así los procesos y resultados de cada grupo psicoterapéutico estarán influenciados por la combinación única de sus miembros, y de como ellos se perciben y se responden recíprocamente. Es más útil que las preguntas se hagan sobre los procesos y resultados de la siguiente forma: que tipos de procedimientos son eficaces para cuáles finalidades, cuando hay que aplicarlos, a qué tipo de pacientes, con cuales problemas y cómo vienen usados por cuáles tipos de terapeutas"²

1.2 El observador o coterapeuta.

Zimmermann (1969), señala que el concepto de observador varía mucho de acuerdo con su función en el grupo: "desde un espectador vigilante y mudo, hasta un participante franco, desde un alumno que aprende, hasta un terapeuta que enseña. El observador puede tener la función de anotar todo lo que pasa en el grupo, las expresiones verbales tanto de los pacientes como del psicoterapeuta, destinado a ulterior estudio"³

El observador puede tener una función de colaborador en la psicoterapia, esta colaboración puede ser periódica, sustituyendo al terapeuta en su ausencia, participando como auxiliar directo del psicoterapeuta, llegando en algunos casos a constituirse en dos terapeutas para un único grupo.

² Ibid, p.p. 102

³ Zimmermann (1969) *Estudios sobre Psicoterapia Analítica de Grupo*, De. Horme. Buenos Aires, p.p. 72

Este tipo de observador es raro y en la orientación analítica no existe esta duplicidad de terapeutas.

De manera general, el observador permanece siempre en silencio durante todo el transcurso de la sesión. Le corresponde a él estudiar todo lo que pasa en el grupo, tanto las acciones y reacciones de los pacientes y del terapeuta, con la finalidad de discutir con éste último lo que sucedió en el tratamiento.

Es importante señalar que si el observador no presenta condiciones afectivas adecuadas, los problemas ventilados en el grupo podrán despertar sus propios conflictos psíquicos, con las angustias correspondientes, perturbando así su persona y su trabajo como observador. En estas condiciones, inconscientemente, sin darse cuenta, podrá ser llevado por sus conflictos emocionales a enredarse en relaciones personales con los pacientes y fuera de la situación del tratamiento.

Zimmermann (1969), añade que para los pacientes en psicoterapia de grupo, el observador auxiliar del psicoterapeuta y su eventual sustituto. El observador y el psicoterapeuta reciben por separado y alternativamente las proyecciones de objetos buenos y malos, dificultando la necesaria integración de los participantes y del grupo entero. De la misma manera, debido a la desintegración, el observador puede recibir toda la carga amorosa o agresiva dirigida originalmente al psicoterapeuta. Concluye diciendo que el observador, por regla general, funciona como elemento inhibidor del grupo, lo cual representa cierta desventaja para los pacientes, y que tal vez se podría justificar su presencia con la finalidad primordial de investigación.

Por su parte Grinberg (1971), acepta la utilidad del observador dentro de la psicoterapia de grupo dando los siguientes argumentos: "en varias ocasiones, las observaciones hechas por el terapeuta están invariablemente viciadas por la interferencia de sus propias emociones en el proceso que está dirigiendo, la percepción y su memoria resultarían por lo tanto alteradas en una proporción incalculable. Se considera que la conducta humana debe ser estudiada y registrada en diferentes situaciones; por esto se considera adecuada la presencia del observador, el cual registrará la comunicación verbal y no verbal intercambiadas en el grupo, las interrelaciones de los distintos miembros y los cambios que se producen de una sesión a otra, intercambiar información con el terapeuta y llevar a cabo el análisis subsecuente"⁴

Por último señala que al observador estudiante se le ofrece una posibilidad de aprendizaje, única en la psicoterapia, que es la de participar en el proceso terapéutico y presenciarlo, aunque como testigo mudo.

1.3 Eficacia de los tratamientos psicológicos.

La eficacia de las terapias psicológicas, es una pregunta amplia y crucial que dilucidar. De acuerdo con Vallejo (1990), esta cuestión puede concretarse si se pregunta sobre "qué tipo" de

⁴ Grinberg, L. (1971) *Psicoterapia de Grupo: su enfoque psicoanalítico*, Paidós, Buenos Aires, p.p. 37

terapia se debe aplicar para qué "tipo" de trastorno, de la misma forma que se pregunta qué tipo de antidepressivo es eficaz en relación a uno u otro tipo de trastorno.

Existen muchos tipos de terapias psicológicas en general. Parloff (1976), ha identificado más de 140 clases de psicoterapias, el conocer su eficacia es crucial desde el punto de vista clínico, de investigación y de política sanitaria. Este último punto de vista es importante, puesto que el derecho del ciudadano a una atención terapéutica lo más eficaz y adecuada, debe conjugarse con los recursos que la administración destina o debe destinar a esa atención. Por lo tanto es importante investigar qué tipo de terapias realmente cumplen el objetivo que persiguen a un costo lo más reducido posible, en cuanto a tiempo, energía y dinero. Se considera que los resultados de un tratamiento determinado, deberán juzgarse más como tema de valores humanos y de política pública que como investigación empírica. Por lo tanto, se pueden aplicar técnicas psicoterapéuticas cuya eficacia haya podido ser probada, y si además son intervenciones específicas, concretas y reducidas en el tiempo, la opción del terapeuta dentro de un sistema de salud será la aplicación de esas y no otras terapias no probadas, inespecíficas e ilimitadas en el tiempo.

De acuerdo con Vallejo (1999), algunas terapias psicológicas han probado su eficacia a través de estudios controlados, no obstante, algunos de ellos presentan dos tipos de deficiencias en cuanto al diseño metodológico:

1. Las poblaciones o grupos de pacientes no han sido definidos en cuanto al diagnóstico, a los procedimientos utilizados en su selección y a la localización del tratamiento. En cuanto a este aspecto, existe una amplia divergencia en como seleccionar a los pacientes.
2. Los tratamientos no han sido definidos operativamente y no se han especificado las técnicas utilizadas. Es necesario que se especifique y concrete el tipo de terapia, los objetivos que se persiguen, el como se aplica y en qué consiste la técnica, de manera que cualquier terapeuta la En cuanto al primer punto, existe una amplia divergencia en como seleccionar a los pacientes para aplique de forma similar.

1.4 Estudios clínicos y comparativos.

En 1979, Weissman llevó a cabo la revisión de 17 estudios clínicos aparecidos hasta esa fecha, los cuales demuestran la eficacia de 5 tratamientos psicológicos: conductual, cognitivo, interpersonal, marital y grupal. Con este estudio se obtuvieron los siguientes resultados:

1. De los 17 estudios aparecidos, 9 de ellos analizan la eficacia de la psicoterapia en relación al grupo control.
2. En 5 de estos estudios se compara la psicoterapia con los fármacos.
3. En otros 5 estudios de entre los 17, se analiza la eficacia del tratamiento combinado con fármacos y psicoterapia.

Por lo que respecta a los primeros 9 estudios, todos ellos concluyen que la psicoterapia, cualquiera de ellas, es superior al no tratamiento.

En relación a los 5 estudios de comparación entre fármacos y psicoterapia, los resultados no son concluyentes, si bien en algunos casos la psicoterapia aparece como más eficaz que los fármacos en la reducción de los síntomas, otro de ellos concluye que una y otros son igualmente eficaces.

Por último, 3 de los estudios muestran que los fármacos son superiores a las psicoterapias (interpersonal, grupal y marital) en la prevención de las recaídas o reducción de los síntomas, pero que las psicoterapias son ligeramente superiores en cuanto a la mejoría del funcionamiento social. Finalmente, los 5 estudios sobre tratamiento combinado concluyen que este es superior en relación al grupo control o al tratamiento exclusivo con fármacos o psicoterapia.

Muchos de estos estudios cuentan con varias limitantes, por ejemplo, el no especificar a qué tipo de ansiedad o depresión se aplica, cuáles son los criterios diagnósticos utilizados, cuáles son los índices de mejoría, su persistencia a lo largo del tiempo y las dosis de fármaco utilizadas.

Uno de los estudios más conocidos es el realizado por Weissman y Di Miscio (1979), en el se estudió la eficacia de la psicoterapia interpersonal para prevenir recaídas en 150 mujeres depresivas. Este estudio se ajustó a la hipótesis de que los fármacos tienen un efecto positivo en relación a la psicoterapia en el sentido de que una remisión de los síntomas depresivos producida por los fármacos permite al paciente obtener un mayor beneficio de la psicoterapia.

El diseño partió de una muestra de 150 mujeres parcialmente recuperadas que recibieron 8 meses de psicoterapia interpersonal de mantenimiento. Los resultados obtenidos en este estudio, junto con los estudios de Covi y cols. (1974) en Baltimore, y de Friedman (1975) en Filadelfia, realizados también con pacientes depresivos tratados con fármacos y psicoterapia grupal y marital respectivamente, permiten establecer las siguientes aproximaciones:

1. Los antidepresivos, a diferencia de las psicoterapias o los placebos, son eficaces en la reducción de síntomas y en la prevención de las recaídas.
2. La psicoterapia tuvo efectos positivos en el ajuste social y en las relaciones interpersonales, efecto no conseguido por los fármacos antidepresivos.
3. Una remisión de los síntomas mediante los fármacos permite a los pacientes un mayor aprovechamiento de la psicoterapia.
4. No se produjo ninguna interacción negativa entre los fármacos y la psicoterapia: los fármacos no redujeron el interés de los pacientes por la psicoterapia ni los condujo a abandonarla prematuramente.
5. La terapia combinada de fármacos y psicoterapia, al parecer, tiene efectos superiores a la aplicación de una de ellas exclusivamente. Los efectos de cada una de las intervenciones se refiere a variables distintas y no parece existir ninguna interacción negativa.

1.5 Terapias psicológicas para el tratamiento de la Ansiedad y la Depresión.

El hecho de que la ansiedad y la depresión sean trastornos psicológicos complejos caracterizados por la existencia de síntomas tanto somáticos como emocionales, conductuales y cognitivos, lleva a considerar la posibilidad de intervenir mediante un abordaje psicológico sobre aquellos aspectos no estrictamente somáticos de dichos síntomas.

Aunque se ha comprobado la eficacia de los fármacos para tratar con éxito estos trastornos, hay razones suficientes para admitir que las terapias psicológicas pueden utilizarse en el tratamiento de la ansiedad y la depresión. Se han hecho numerosos estudios que confirman la validez de diversas técnicas psicológicas aplicadas a los trastornos depresivos, técnicas que se aplican de forma exclusiva en unos casos o en combinaciones con los fármacos en otros.

Por otra parte, y en algunos casos, se hace imprescindible su utilización debido también a las siguientes razones:

1. La nula o escasa respuesta a los fármacos, que se situaría según estudios confiables, alrededor del 30% de los tratamientos farmacológicos.
2. La intolerancia a los efectos secundarios que presentan algunos pacientes o bien la existencia de contraindicaciones médicas que hacen desaconsejable la aplicación farmacológica.
3. La tasa relativamente alta de recaídas de los pacientes tratados con fármacos al año o dos años de la terminación del tratamiento. Probablemente la utilización de alguna terapia psicológica que ponga en marcha la movilización de los recursos psicológicos del paciente para hacer frente a las

situaciones que precipitan o desencadenan las recaídas tendrían un valor profiláctico para evitar los síntomas.

4. Un abordaje psicológico puede asegurar la estabilidad del tratamiento en algunos casos y en otros, favorecer el cumplimiento de la medicación y fortalecer la respuesta positiva del tratamiento farmacológico cuando se aplican de forma conjunta ambas terapias.

Se han perfilado diseños específicos para el tratamiento de la ansiedad y de la depresión, y dentro de esta especificidad se hará referencia a algunos tratamientos procedentes de campos o enfoques psicológicos distintos: el enfoque psicodinámico y el enfoque conductual.

En ambos casos se parte de teorías muy distintas sobre la génesis y la evolución de los trastornos psicológicos. De esta divergencia fundamental se derivan distintas posiciones, por ejemplo, el considerar únicamente aplicable el término de "psicoterapia" a aquellas modalidades derivadas de las teorías psicoanalíticas, y el de "terapia del comportamiento" a aquellas otras que parten de las teorías del aprendizaje. En el primer caso, el trastorno psicológico tiene su origen en un conflicto intrapsíquico, los síntomas son los mecanismos de defensa del individuo frente a ese conflicto y la psicoterapia tiende a resolver dicho conflicto, mientras que para el terapeuta conductual son el trastorno en sí mismo y la terapia se dirige a modificar la conducta del individuo, ya sea la conducta observable y/o la no observable, como es el caso del cambio de los procesos mediadores y de los patrones cognitivos, objeto de algunas terapias conductuales.

No obstante todo lo anterior, se considera que es importante un acuerdo entre ambos enfoques retomando algunos aspectos entre las dos teorías y sus técnicas derivadas para hacerlas complementarias.

A continuación se describirán en primer lugar algunas psicoterapias de inspiración psicoanalítica, en segundo lugar, terapias del comportamiento derivadas de las teorías del aprendizaje, y por último, otras terapias basadas en técnicas de relajación. En todos los casos se hará referencia a aquellas que se consideran "específicas" para el tratamiento de la ansiedad y la depresión.

1. Terapias Psicoanalíticas.

Las psicoterapias psicoanalíticas tienen un objetivo muy amplio y global: la reestructuración de la personalidad. Ello supone no tratar específicamente los síntomas, puesto que son las defensas de que dispone y utiliza el individuo para paliar el conflicto que subyace a estos síntomas, se trata de descubrir procesos internos que operan en el inconsciente, puesto que es sólo a través de ese descubrimiento cuando se llega a la curación del trastorno mental. A su vez, ya que esos conflictos se originan en la infancia, hay que explorar esos orígenes reconociendo los traumas y/o frustraciones ocurridos en esa etapa o bien las fantasías derivadas de esas experiencias traumáticas.

Las técnicas más usuales de la psicoterapia psicoanalítica son la asociación libre y la interpretación de los sueños.

Este sería el modelo intrapsíquico clásico freudiano sobre los orígenes, el proceso y los procedimientos terapéuticos aplicables al trastorno mental, aún cuando estas formulaciones se han visto modificadas por diversas aportaciones teóricas:

a) **Modelo psicodinámico de ansiedad de Freud.** De acuerdo con la teoría de Freud (1894), la ansiedad era la reacción de la memoria inconsciente a peligros reales e imaginarios a menudo asociados con deseos infantiles. Desde un punto de vista neurofisiológico, la ansiedad provenía de la transformación y acumulación de la libido o tensión sexual no descargada. La ansiedad era un estado no un rasgo y su base era biológica, no psicológica. Por lo tanto el tratamiento para la ansiedad neurótica tenía que incluir una intervención biológica, en este caso, la descarga de la libido a través de canales de actividad sexual.

En 1926, Freud formula su teoría desde un punto de vista más cercano a lo psicológico, ya que considera la ansiedad como una reacción mental a la anticipación de peligro. Distingue la ansiedad del miedo, ya que el miedo está basado en peligros reales, mientras que la ansiedad se basa en las fantasías inconscientes de peligros imaginarios de la infancia. Los miedos reales pueden ser exagerados y usados defensivamente para desplazar, simbolizar y racionalizar la ansiedad. Los teóricos neofreudianos consideran que es la madre quien transmite la ansiedad, ya que se trata de una respuesta aprendida más que la expresión de un instinto.

b) **Psicoterapia de la depresión de Arieti (1981).** Este tipo de psicoterapia se basa en los conceptos expuestos por Freud sobre la reacción de duelo que se da en un individuo tras la pérdida del objeto amado. El depresivo carece de los mecanismos necesarios para realizar la elaboración del duelo tras la pérdida de algo o alguien, y esta incapacidad está basada en su ideología previa, la cual se origina en la infancia. En la psicoterapia, un hecho fundamental para el paso al estado no depresivo es la relación paciente-terapeuta (transferencia), relación que se modifica a través de las fases del tratamiento. En la primera fase, el papel activo del terapeuta lo convierte en un "tercero dominante", hasta llegar a la segunda fase en la que el terapeuta se convierte en un "tercero significativo" que ayuda al paciente a reconocer sus deseos de vida propia, a adoptar un nuevo papel frente al otro y a disminuir los sentimientos de autoculpas y autocastigo.

Aún cuando Arieti diseña su psicoterapia de acuerdo a la teoría psicoanalítica clásica, sugiere que los procedimientos clásicos de la asociación libre, no son adecuados para el tratamiento de la depresión, el propone otro tipo de técnicas tales como el esclarecimiento y una pauta temporal de una a tres sesiones semanales.

Además de este modelo y dentro del campo psicoanalítico, se han ido elaborando psicoterapias breves caracterizadas por el nuevo papel del terapeuta, alejado del psicoanálisis clásico, según el cual el terapeuta interpreta, explora e interroga de forma más activa, también se caracterizan por la creación y focalización del esfuerzo terapéutico, puesto que el objetivo de la psicoterapia no es el cambio de las estructuras de la personalidad, sino que se establecen objetivos más concretos y específicos, aunque menos globales y completos, y además porque la orientación de la terapia está basada no tanto en el "dentro" de la relación transferenceal entre terapeuta y paciente, cuanto en la conducta del paciente "fuera" de las sesiones terapéuticas.

c) Psicoterapia Interpersonal. Esta es una psicoterapia breve, con una duración de 16 y 20 sesiones e individual, cuyos objetivos son la disminución de los síntomas depresivos y la mejora del funcionamiento interpersonal. La hipótesis de la que se parte está estrechamente vinculada a un trastorno actual de las relaciones interpersonales del sujeto deprimido con otras personas significativas para él. Esta hipótesis se desdobra en cuatro áreas que caracterizan el trastorno depresivo: la tristeza y el abatimiento, la discusión del rol que el individuo deprimido adopta en la relación interpersonal, la transacción o cambio de rol y por último, los déficit interpersonales.

Para promover cambios en una de estas áreas, el terapeuta utiliza diversas estrategias: exploración de las pérdidas recientes y o remotas, facilitación del duelo y exploración de las distintas maneras en las que el paciente puede desarrollar o reasumir sus relaciones interpersonales.

Siguiendo el planteamiento de las psicoterapias dinámicas, se pone un énfasis considerable en la relación terapéutica y en las características del terapeuta: habilidad para ayudar al paciente a confiar en el descubrimiento de sí mismo, habilidad para mantener la relación y la situación terapéutica y habilidad para mantener la atención en las cuestiones concretas apropiadas en las sesiones terapéuticas y a lo largo de la intervención. Por lo tanto, las características del terapeuta y su papel son factores cruciales para un adecuado trabajo psicoterapéutico.

2. Terapias Cognitivo-Conductuales.

Las terapias cognitivo-conductuales son aquellas intervenciones psicológicas basadas en las teorías del aprendizaje y que utilizan las técnicas y procedimientos propios de la modificación de la conducta. Este tipo de terapia pretende modificar los procesos mediadores, conductas no observables directamente, además de la conducta observable. Se caracteriza por la confianza en el uso de la terapia de la conducta para promover el cambio conductual, los procedimientos, por lo tanto, son conductuales, mientras que el proceso de cambio es principalmente cognitivo.

El individuo desarrolla conductas adaptadas, desadaptativas y patrones afectivos mediante procesos cognitivos que facilitan la generalización de conductas; estos procesos son activados funcionalmente por procedimientos que son generalmente isomórficos con los utilizados en los laboratorios de aprendizaje humano, la tarea del terapeuta es la de diagnosticar que evalúa los procesos desadaptativos, y consecuentemente organiza experiencias de aprendizaje que modifiquen las cogniciones y a su vez los patrones de conducta que se correlacionan con aquellas.

La psicoterapia cognitiva está fundada en la idea del papel causal de los pensamientos y creencias sobre las emociones y conductas. Tanto la percepción como la conducta parecen organizarse a través de las consecuencias de las acciones. Hay una fuerte tendencia a inferir una relación causal entre una acción y el resultado subsiguiente. A veces las personas inferían relaciones causales donde no las hay y en otras ocasiones no advertirían relaciones causales que efectivamente existen.

Las técnicas cognitivas pretenden modificar los pensamientos automáticos, sistemas de creencias e ideas irracionales por medio de la comunicación verbal en la terapia, poniendo énfasis en las cogniciones intrapsíquicas, en las relaciones entre pensamientos y emociones y en los orígenes de dichas relaciones.

a) **Terapia de Autocontrol.** De acuerdo con Rehm (1977), el autocontrol consiste en aquellos procedimientos y estrategias mediante las cuales los organismos dirigen y organizan su conducta hacia objetivos a largo plazo. Este modelo aplicado a la depresión implicaría los tres procesos correspondientes a un modelo de retroacción: autoobservación de la conducta, autoevaluación de ésta y autorreforzamiento. En la primera fase el terapeuta explica al paciente la relación existente entre el estado de ánimo y las actividades reforzantes, y a partir de un registro diario del estado de ánimo y la participación en actividades positivas, es posible determinar la correlación entre el estado de ánimo y la actividad. Durante la segunda fase, se lleva a cabo un planteamiento de metas y submetas más realista y de acuerdo con las capacidades y posibilidades reales, y finalmente en la tercera fase se trata de que el paciente realice una lista de valores positivos sobre sí mismo y se aplique autorreforzadores manifiestos y/o encubiertos contingentes con los comportamientos activos y con los juicios positivos sobre su persona.

b) **Terapia cognitiva de Beck (1976).** Este tipo de terapia fue desarrollada primero para el tratamiento de la depresión, más tarde se extendió también para tratar la ansiedad. De acuerdo con Beck, una amplia variedad de creencias erróneas e ideas irracionales se hallan en el trasfondo de los problemas emocionales. Su terapia consiste en la colaboración con el paciente para hacerle considerar la relevancia de sus creencias erróneas. Las técnicas están estandarizadas e intentan la identificación de los pensamientos automáticos disfuncionales a través del diario autorregistro y su discusión mediante hipótesis activas. Se incluyen tareas de exposición a las situaciones relevantes ansiógenas con aplicación de estrategias.

c) **Terapia racional-emotiva de Ellis.** De acuerdo con Ellis (1986), el trastorno de ansiedad es causado por un grupo específico de estructuras cognitivas que involucran ideas erróneas sobre la visión que tiene el sujeto de los demás y de las condiciones de vida en general. Esta terapia defiende una filosofía de vida que incluye un humanismo ateo, pensamiento científico, asunción de riesgos, aceptación de la incertidumbre, autodirección y tolerancia de uno mismo y de los demás. El terapeuta trata de facilitar al paciente la formación de nuevas estructuras cognitivas mediante discusiones; también se emplean técnicas como la imaginación, la relajación y la parada del pensamiento.

d) **Entrevista psicodinámica de MacKinnon.** Según MacKinnon (1973), la persona fóbica se enfrenta a la ansiedad y conflicto emocional tratando de reprimir sus pensamientos e impulsos inquietantes. Si esta represión falla, desplaza su conflicto a un lugar o una situación del mundo exterior y trata de confinar su ansiedad a dicha situación. La fobia es, por lo tanto, la representación de su conflicto psicológico interior, y solo evitando la situación puede reducirse la ansiedad. El mecanismo defensivo de la evitación constituye la característica esencial del fóbico.

El paciente fóbico muestra, por lo general, un temor a la misma ansiedad, ya que puede evitar al objeto de su fobia, pero no la ansiedad anticipadora de lo que ocurriría si penetrara en la situación

fóbica. Durante el tratamiento el terapeuta ha de indagar no solo lo que hay de temible en la situación fóbica, sino también la intolerancia del paciente con respecto a la ansiedad.

Los principios del tratamiento son: la necesidad de tranquilización, si como el facilitar la comprensión de la ansiedad, donde el terapeuta tiene que explorar los condicionantes inconscientes del miedo del paciente y apoyarlo a fin de que reconozca sus emociones hacia los demás como fuentes de su ansiedad, y por último, la interpretación. Una vez examinado el síntoma fóbico, el terapeuta anima al paciente a exponerse a la situación temida, ya que este siente fobia de abandonar sus fobias, teme los sentimientos nuevos que implican el decidir un cambio tan importante en la conducta.

3. Técnicas de relajación.

De acuerdo con Vallejo (1990), las técnicas de relajación son un método eficaz para el tratamiento de la ansiedad. Su objetivo es el de proporcionar al paciente el conocimiento de su organismo y un control voluntario sobre su estado fisiológico con la finalidad de disminuir la tensión muscular y consecuentemente, la sensación subjetiva de ansiedad. En condiciones normales, la vivencia corporal es silenciosa, es decir, del cuerpo no percibimos habitualmente nada, de aquí que se conozca poco de él. La relajación ayuda a ser consciente de percepciones corporales agradables y reconfortantes.

En la actualidad existen diversos métodos de relajación; a continuación se describirán brevemente algunos de los cuales son empleados con mayor frecuencia.

a) Training autógeno de Schultz. Este método fue propuesto por Schultz (1969). Training autógeno significa, entrenamiento por el mismo sujeto, dicho entrenamiento se refiere a la desconexión que coloca al sujeto en un estado particular, próximo al hipnótico, evocado por algunos con el término de hipnoides, y por otros con el término autógeno. Consiste en obtener progresivamente una relajación de los músculos a un estado de desconexión a partir de autosugestión a la relajación. Es un programa sistemático para enseñar al cuerpo y a la mente a responder de una forma rápida y efectiva a las órdenes verbales de relajación. Estas fórmulas verbales, inicialmente se repiten sugiriendo calor y pesadez en los miembros; la sensación de calor corresponde a una vasodilatación subcutánea y la sensación de pesadez es el equivalente de una relajación muscular. Posteriormente se llevan a cabo ejercicios de control del ritmo cardíaco, de la respiración, de la sensación de calor abdominal y de la reducción del flujo de sangre en la cabeza. Una vez conseguido el estado autógeno durante una hora, puede practicarse ejercicios de meditación profunda. El conocimiento que Shultz tenía de Freud y del psicoanálisis, le hace tener en cuenta el valor de los procesos inconscientes y de la vida afectiva, es un conocimiento que pondrá al servicio del terapeuta; éste considerará que el estado autógeno puede utilizarse para permitir una mayor sintonía a la mayoría de los mecanismos de la vida consciente y para permitir que emerjan ciertas resistencias inconscientes, mejorando el control de la relación con el otro. Shultz utiliza la sugestión en forma de inducción; inducir en el campo mental una idea abstracta, es decir, distenderse pensando en una idea de peso o de calor, el paciente va interiorizando progresivamente estas inducciones y las transforma por sí mismo en una sugestión.

Acerca de esta técnica, Defontaine (1982), señala que las fórmulas de inducción que se emplean son adecuadas, ya que se utiliza un lenguaje claro y accesible a las capas inconscientes de la personalidad. Considera de suma importancia que antes de indicar una terapia de relajación, hay que intentar comprender los síntomas en una o dos entrevistas previas, ver su significación para el paciente y su significación en relación con la estructura de personalidad del sujeto y su historia.

b) Método de Sapir o la Aproximación psicoanalítica a la relajación. El método de Sapir (1977), se caracteriza menos por su técnica que por el enfoque bajo el que convierte a la relajación en un proceso a través del cual puede instaurarse una auténtica terapia por mediación corporal. Este enfoque, parte de reflexiones psicoanalíticas sobre el cuerpo y el proceso inducido por la técnica de relajación. Se trata de reintroducir en el campo de la experiencia vivida en el seno de una situación relacional, una percepción corporal que hasta entonces era inconsciente y analizar poco a poco las resistencias hasta obtener el estado de distensión enunciado en el protocolo de tratamiento. El paciente se encuentra acostado ante un terapeuta que, mediante determinadas consignas, intentará inducir en él un estado de distensión. Se le dan consignas enunciadas con un contenido particular dirigidas al cuerpo, al que se le pide experimentar sensaciones nuevas de peso y calor, dichas sensaciones son arcaicas, ya que remiten a las primeras sensaciones del niño que se encuentra saciado y abrigado por su madre. Se hace evidente que toda consigna, es portadora de significado y es investida de una forma determinada por el sujeto, dado el proceso de relajación iniciado.

c) Relajación progresiva de Jacobson. De acuerdo con Jacobson (1968), la ansiedad y la relajación son dos fenómenos exclusivos e interdependientes. La ansiedad va acompañada de tensión muscular y a la inversa, cuando los músculos están distendidos, la ansiedad no aparece. Este método se basa en la percepción mental del estado de contracción y distensión muscular y en el control mental de la actividad muscular para llegar a percibir la ausencia de la tensión. Es una técnica lenta y metódica que comprende sesiones de media hora a una hora de ejercicios referidos progresivamente durante unos 15 días a un grupo muscular y luego a otro. Cada ejercicio comporta varios movimientos de contracción voluntaria hasta llegar a un nivel elevado de tensión muscular. Una vez percibida la tensión, el paciente relaja lentamente sus músculos.

Este método de relajación es analítico, en el sentido de no sintético, es decir, que el cuerpo no se considera globalmente sino en sus diferentes grupos musculares, por lo que ha de distenderse zona por zona. Jacobson desarrolló su técnica con la intención de verificar su idea clínica sobre la existencia de una relación entre la vivencia emocional del sujeto y su estado tónico. Demuestra que el simple hecho de pensar en un acto motor desencadena en la musculatura implicada en ese acto, potenciales de acción mínimos, pero claros, sin que pueda percibirse el menor movimiento.

Defontaine (1982), señala que la técnica de Jacobson se inscribe en la lógica antipsicologista y antipsicoterapéutica, ya que se establece como postulado de base, una relación de causa y efecto entre la tensión muscular y el trastorno afectivo. Lo que se interiorizará será esa relación y no el trastorno, y será por tanto esa relación la que intentará hacer desaparecer eliminando la tensión muscular y automáticamente el trastorno afectivo. De acuerdo con lo anterior se considera que tal

vez el síntoma no desaparece sino que solo se ha desplazado y aparecerá bajo otra forma, es decir, que se ha atacado al síntoma pero no al conflicto subyacente. Señala también que aunque es interesante utilizar el método de Jacobson desde un enfoque funcional, el tomarlo como método resulta insuficiente y es necesario considerarlo con prudencia.

1.6 El Grupo Operativo.

La teoría y técnica del Grupo Operativo, se tomó como base del proceso terapéutico objeto de la presente investigación. Por lo tanto, a continuación se describirán sus conceptos fundamentales.

a) Definición.

Pichón Riviere (1975), define el al Grupo Operativo como: "un conjunto restringido de personas reunidas por constantes de tiempo y espacio y articuladas por su mutua representación interna, que se proponen implícita o explícitamente una tarea, la cual constituye la finalidad del grupo, interactuando a través de mecanismos de adjudicación y asunción de roles"⁵

De acuerdo con Bauleo (1983), esta definición está basada en tres elementos que constituyen u organizan un grupo: el encuadre, la tarea, y la mutua representación interna de los integrantes. En la primera entrevista grupal, se analizan los "para qué", alrededor de los cuales se centrará el grupo. Una vez establecido esto, sigue la aceptación de la coordinación de trabajar con esa agrupación. Entonces, para que un grupo pueda cumplir con el objetivo propuesto, es necesario que se establezca un encuadre que abarque tanto a los integrantes como a la coordinación. Este encuadre se estructurará en base a cuatro elementos que son: espacio, tiempo, roles y tarea. Los dos primeras constantes, espacio y tiempo, indican que la experiencia grupal será limitada, es decir, tendrá un comienzo y un fin, y se llevará a cabo con los sujetos presentes en el aquí y ahora grupal. El tercer elemento, el rol, hace las funciones distintivas entre integrantes y coordinación del grupo. Por último, el cuarto elemento es la tarea, la cual se refiere al objetivo o finalidad del grupo.

Pichón al mencionar un conjunto restringido de personas, se refiere a aquellos grupos en donde es posible una relación personal, una asociación y cooperación íntima, con un orden entrelazado y cruzamiento. Esta ligazón se da en un tiempo y espacio compartidos, en los grupos las constantes de tiempo y espacio se refieren al encuadre, al contexto y situación donde se da el proceso. También menciona la articulación, que es la posibilidad de existencia del vínculo, de la interrelación. Entonces, ligazón sería la posibilidad de encuentro en un lugar y en un tiempo compartidos, y articularse sería ponerse en contacto, establecer un vínculo. Este se establece no

⁵ Pichón, R. (1975) *El Proceso Grupal: del Psicoanálisis a la Psicología Social*. De. Nueva Visión, Buenos Aires, p.p. 128.

sólo a partir del encuentro y del contacto real, sino a partir de la posibilidad de una mutua representación interna, de la posibilidad de tenerse en mente, de que el otro pueda ocupar un lugar en la interioridad de uno y viceversa. Los mecanismos de adjudicación y asunción de roles son más o menos móviles, o más o menos rígidos de acuerdo a la posibilidad que cada uno tenga, de acuerdo a la estructuración a la que haya dado lugar la experiencia en un grupo anterior, por el cual uno atribuye y asigna un lugar a los otros. Por lo tanto la articulación que cada uno haga, va a estar determinada por un grupo que preexiste en el sujeto, es lo que el sujeto le atribuye al grupo presente.

Por último, los miembros del grupo se proponen en forma explícita o implícita una tarea que constituye su finalidad. El proponerse algo alude a un proyecto, objetivo o meta común que se pretende alcanzar; operación que relaciona a un elemento con otro, a un sujeto con otro, dicha operación se logra con un hacer. Ese hacer, tiene aspectos conscientes que se explicitan y otros inconscientes que deben ser develados, descifrados, lo que permitirá transformar articulaciones inmóviles o poco móviles, en otras con mayor movimiento, y por lo tanto de mayor funcionalidad. El grupo se erige entonces, como un campo de batalla, donde se van a enfrentar lo viejo y lo nuevo.

2. Técnica de los Grupos Operativos.

Enrique Pichón Riviere, creó la teoría y técnica del Grupo Operativo, la cual se relaciona con una corriente de pensamiento que conceptualiza el aprendizaje como un proceso de apropiación e instrumental de la realidad, en el cual las conductas del sujeto se modifican a partir de sus propias experiencias.

El punto de partida de las investigaciones sobre grupos operativos, arrancó de lo que Pichón Riviere denominó la Experiencia Rosario, realizada en el año 1958 en una ciudad Argentina llamada Rosario. Esta experiencia estuvo a cargo del Instituto Argentino de Estudios Sociales (IADES) y fue planificada y dirigida por el mismo, quien era el director de dicho instituto. Se contó para ello con la colaboración de la Facultad de Ciencias Económicas, del Instituto de Estadística, de la Facultad de Filosofía y su Departamento de Psicología y de la Facultad de Medicina.

Esta experiencia de laboratorio social o de trabajo en una comunidad, se hizo efectiva mediante el empleo de ciertas técnicas y tuvo como propósito la aplicación de una didáctica interdisciplinaria, de carácter acumulativo, utilizando métodos de indagación de la acción o indagación operativa. En la didáctica interdisciplinaria se cumplen funciones de educar, de despertar interés y transmitir conocimientos, pero por medio de una técnica que redunda en economía del trabajo de aprendizaje. La indagación operativa consiste en observar los elementos comunes a cierto tipo de problemas y analizar las posibles soluciones; aun en los casos en que no se introduzcan nuevos medios, busca la optimización de los ya existentes.

Los resultados obtenidos con esta experiencia, tuvieron una influencia decisiva sobre la teoría y sobre la práctica de los grupos operativos aplicados a la didáctica (enseñanza de la psiquiatría, del arte, etc.), la empresa, la terapéutica (grupos familiares), la publicidad, etc.

Pichón Riviere integró, a partir de esta experiencia, la práctica realizada con las aportaciones teóricas provenientes de la psicología y la sociología, creando de esta forma los fundamentos de su teoría y técnica de grupos.

3. Elementos que conforman la teoría de Grupos Operativos.

a) Tarea.

La tarea es el eje alrededor del cual gira el trabajo de grupo. Es importante que la tarea esté en mente tanto de los participantes como del coordinador del grupo, como aquello a lo cual van a dirigir sus esfuerzos. Es la tarea la que guía y dirige todas las acciones, como la toma de decisiones, la selección de las técnicas de trabajo, la selección de la temática, así como la división y repartición del trabajo concreto. Pichón señala que el grupo operativo es un grupo centrado en la tarea y que tiene por finalidad aprender a aprender en términos de resolución de las dificultades creadas y manifestadas en el campo grupal y no en el de cada uno de sus integrantes. Dentro del grupo operativo, se empieza por interpretar al portavoz que, por su historia personal, es muy sensible al problema subyacente y que, actuando como radar, detecta las fantasías inconscientes del grupo y las explicita. Acto seguido, se señala que lo explicitado es también problema grupal, producto de la interacción de los miembros del grupo entre sí y con el coordinador, y que él, portavoz por un proceso de identificación subliminal, percibe y anuncia.

El concepto de tarea remite a dos ámbitos, uno a la tarea como momento grupal, es decir, la relación grupo-tarea, del cual se desprenden los momentos de pretarea, tarea y proyecto. Pretarea es el momento en el que predominan las ansiedades que funcionan como obstáculos, son los miedos básicos frente al objeto desconocido que se debe abordar, aquí se observan una serie de disociaciones entre el pensar, el actuar y el sentir y es común que el grupo realice actividades que le permitan pasar el tiempo, como el permanecer en silencio, leer, reír, etc. En la tarea el grupo efectúa una especie de insight alrededor del tema propuesto, hay una reflexión sobre los alcances que la temática tiene para el grupo. El proyecto quiere decir alcanzar el propósito que se pretendía al principio y también se refiere al hecho de plantearse objetivos que van más allá del aquí y ahora grupal, que trasciende la tarea inmediata y al mismo grupo.

El segundo ámbito al que remite el concepto de tarea, se refiere a aquello por lo cual el grupo se reúne: a la tarea manifiesta y a la tarea latente, la tarea manifiesta remite a la temática y la latente a la dinámica. Este análisis consiste en la elaboración de dos ansiedades básicas: miedo a la pérdida y miedo al ataque, estas configuran la situación básica de resistencia al cambio que tiene que ser superada en un proceso de esclarecimiento que va de lo explícito a lo implícito. Pichón lo señala de la siguiente forma: "el proceso terapéutico del que el grupo operativo es instrumento, consiste en última instancia en la disminución de los miedos básicos: miedo al ataque del yo y miedo a la pérdida del objeto, que son coexistentes y cooperantes en el tiempo y en el espacio. Estos miedos paralizan la acción del yo, impotentiándolo, y es por medio de técnicas operativas que se crean nuevas situaciones para los pacientes. Ellas permiten fortalecer sus yo haciéndolos más plásticos y flexibles, logrando así una adaptación activa a la realidad, sobre la base de una

interacción dinámica entre introyecciones y proyecciones que se transforman en operativas porque están en los cimientos de la comprensión y acción sobre el enfermo"⁶

La tarea manifiesta comprende todo lo que puede ser percibido directa o indirectamente por los sentidos. La tarea latente es el conjunto de aquellos factores (fantasías, ansiedades) que estando de alguna forma presentes, no se expresan en un momento dado, estos contenidos latentes condicionan y orientan las conductas manifiestas y no son inmediatamente conscientes para los participantes.

b) Esquema Conceptual Referencial y Operativo.

Pichón señala que: "el hombre no es comprensible por sí mismo (o en sí mismo), y el estudio de su contexto social, inmediato o mediato, hace posible no solo su comprensión sino que también da las bases para una operación correctora de su conducta social desajustada. Una observación sistemática, junto al análisis de las operaciones de la mente en su interrelación social y en continuo cambio, centrados en la tarea, constituyen los supuestos básicos o el esquema conceptual referencial y operativo (ECRO), con el cual operamos en la técnica que hemos elaborado, denominada grupos operativos. Proponemos una psicoterapia de grupo centrada en la tarea, junto al análisis sistemático de las dificultades en la tarea, ya se trate del aprendizaje, de la curación, de la creación, etc."⁷

El esquema referencial es el conjunto de experiencias, conocimientos y afectos con los que el individuo piensa y hace. El Grupo Operativo está formado por un conjunto de personas con distintos esquemas referenciales, y donde lo importante sería la confrontación permanente, la revisión y rectificación de cada uno de estos esquemas. La tarea que adquiere prioridad en un grupo es la elaboración de un esquema referencial común, condición básica para el establecimiento de la comunicación, la que se da en la medida en que los mensajes puedan ser descodificados por una afinidad o coincidencia de los esquemas referenciales del emisor y receptor. Cada integrante lleva al grupo un esquema de referencia, y sobre la base del común denominador de estos sistemas, se configurará, en sucesivas vueltas, un ECRO grupal. Cuando la tarea que se propone a los integrantes del grupo es la curación, éstos, al compartir un esquema referencial, pueden reiniciar su aprendizaje, fortalecer su yo para abordar y destruir la resistencia al cambio y reorganizar una nueva etapa, cuya evaluación se realizará sobre la base de los criterios de adaptación activa a la realidad, modificación de sí y operación en el medio. Un esquema referencial común, posibilita al grupo a actuar realmente como equipo, con unidad y coherencia, sin que esto quiera decir que todos piensen igual.

Dentro del grupo operativo hay que entender el esquema como el conjunto de aprendizajes previos que se van modificando al ponerse a prueba con la realidad. Por conceptual, a los conceptos del esquema que son de carácter científico e intentan como categorías referirse a una totalidad o a un aspecto global. Lo referencial se refiere a que cada nueva percepción pone a prueba el esquema al contrastarlo con la realidad, lo que determina que éste se modifique o acomode, ya que los esquemas referenciales son estructuras dinámicas en continuo cambio.

⁶ Ibid, p.p. 125

⁷ Ibid, p.p. 101

Operativo indica que todas las nociones que se organizan en un esquema referencial sirven para resolver situaciones de aprendizaje.

c) Resistencia al cambio.

Cuando un grupo va a realizar una tarea, se coloca en una situación que implica cambio, ya que durante el proceso grupal ocurren modificaciones en los esquemas referenciales de los participantes. Esto provoca la aparición de ansiedades, por lo que los sujetos recurren a diversas defensas psicológicas frente al cambio, y son estas las que conforman la resistencia al cambio. Piehon explica esta resistencia al cambio a través de dos ansiedades básicas: miedo al ataque y miedo a la pérdida. El primero es el sentimiento de encontrarse indefenso ante un medio nuevo, y el miedo a la pérdida, es el sentimiento de perder lo que ya se posea.

Una de las funciones de la tarea latente o implícita, es elaborar estas dos ansiedades básicas a fin de romper las conductas estereotipadas que obstaculizan el desarrollo del grupo.

d) Rol.

Cuando se inicia un proceso grupal, los roles son generalmente fijos y estereotipados, a medida que se produce la integración, los roles se van haciendo intercambiables y funcionales. En el Grupo Operativo, una cuestión importante acerca de los roles, es su complementariedad, entendida como la capacidad para realizar "junto con"; los miembros se diferencian, se aprecian las capacidades y carencias de cada uno y la forma en que se puede aprovechar al máximo la potencialidad grupal.

4. Finalidades del Grupo Operativo.

Lo que se pretende realizar con la técnica de grupo operativo, es disminuir el índice de los miedos básicos y romper los estereotipos que los mantienen y poder enfrentar un futuro que emerge del proceso mismo. Todo esto es logrado por una discriminación de los miedos que se expresan por una situación compleja durante el proceso terapéutico, como es el reaprendizaje de la realidad, la normalización de las redes de comunicación y la capacidad para enfrentar las exacerbaciones de estos miedos en el momento en que se aborda una situación de cambio. Lo que se trata de lograr en los pacientes a través de este proceso, es una adaptación a la realidad, caracterizada por el hecho de poder asumir nuevos roles con una mayor responsabilidad y el abandono progresivo de los roles anteriores, inadecuados para la situación en la que se está ahora. Esto se da en la tarea, en la que los sentimientos básicos de pertenencia, cooperación y pertinencia que operan en todo grupo humano, se conjuguen armónicamente en el logro de una gran productividad.

Capítulo 2. ANSIEDAD Y DEPRESION

En la práctica psicológica, tanto la ansiedad como la depresión son dos síndromes de alta frecuencia, los cuales en algunas ocasiones se presentan solapados, y en otras, coincidentes en diferentes grados, esto trae consigo puntos de confluencia tanto en su génesis como en las manifestaciones clínicas y en algunos aspectos terapéuticos.

En el presente capítulo se hará una breve exposición de la definición de ansiedad y depresión, así como de la sintomatología referente a ambos síndromes, se mencionará su epidemiología y se describirán algunos estudios sobre la utilización de los servicios de salud mental en México, y al final se presentarán algunas relaciones existentes entre la ansiedad y la depresión.

ANSIEDAD

2.1 Definición

"La ansiedad consiste en una respuesta fisiológica, vivencial, conductual y cognitiva, caracterizada por un estado de alerta ante una señal de peligro o amenaza. Sin embargo, además de este estado emocional, el término ansiedad sirve para referirse a los síntomas de esa índole que se presentan en multitud de entidades psiquiátricas y médicas, y también a los síndromes específicos caracterizados por el predominio de dichos síntomas"¹

2.2. Sintomatología.

De acuerdo con Klein (1981), la ansiedad, evaluada en un contexto evológico, parece derivar de un mecanismo básico, el miedo, que sería una reacción adaptativa de urgencia ante una situación inmediata de peligro, permitiendo así al organismo aumentar sus posibilidades de supervivencia, a través de conductas de lucha o de huida.

Mayer-Gross (1974), hace algunos años publicó la siguiente descripción de los cuadros ansiosos, en concreto de la sintomatología ansiosa generalizada:

"El estado de ánimo se caracteriza por una anticipación temerosa, con un fuerte sentimiento de tensión, que se manifiesta objetivamente en un aumento del tono muscular y temblor distal. Interiormente se experimentan sensaciones de inquietud y de incapacidad para la relajación. El sueño suele hallarse perturbado, es difícil conciliarlo, y cuando llega, resulta intranquilo e insatisfactorio. El paciente se queja de dificultad de concentración, de pérdida de interés por las cosas y de la incapacidad de experimentar placer. Generalmente se vuelve irritable e impaciente y disminuye la tolerancia a la frustración"²

¹ Klerman (1977) *Anxiety and Depression*. En Burrows, G. Handbook of studies on depression. Excerpta Medica, Amsterdam, p. p. 136

² Mayer-Gross, W. (1974) *Clinical Psychiatry*, Cassell, London, p. p. 142

Posteriormente Vallejo (1985), describe así a los pacientes ansiosos:

“En el plano psíquico, el sujeto se encuentra nervioso e inquieto, con un sentimiento penoso de malestar moral que anuncia la fragilidad de un yo que se siente amenazado. Todo le preocupa y progresivamente se va deteriorando su rendimiento, lo que lo hace sentirse incapaz. Los ruidos le sobresaltan, el futuro le agobia. Vive en un estado de constante tensión diurna, que por la noche se manifiesta por dificultad para dormir. Generalmente el paciente se encuentra de mal humor e irritable, puede sentirse en ocasiones desolado por su situación y llorar de impotencia y sobrecarga tensional”³

En ambas descripciones es evidente la presencia simultánea de sintomatología ansiosa y depresiva, especialmente cuando el cuadro se hace crónico. En estos casos, persistiendo la sintomatología ansiosa de forma atenuada, se sobreañaden otros elementos, como la tristeza, apatía, el desinterés, la pérdida del impulso vital, etc. Tal vez por la heterogeneidad de estos cuadros y su todavía problemática ubicación nosológica, su psicopatología adolece de una falta de estructuración y fiabilidad.

Sin embargo, Vallejo (1990), siguiendo a Klein y cols., y sobre la base de lo aportado en el DSM-III, propone la siguiente clasificación de síntomas ansiosos persistentes en cuatro unidades conceptuales, pretendiendo solamente ayudar a comprenderlos y a explorarlos mejor y de forma más detallada.

- a) Expectación aprensiva. El paciente se muestra aprensivo y generalmente preocupado. Anticipa que algo malo va a ocurrirle a él (desmayarse, perder el control, morirse) o a personas próximas de su entorno (enfermedades, accidentes). Aparece inquietud interna, desasosiego, vivencias de amenaza, temores difusos, inseguridad, sensación de vacío, presentimiento de la nada y de disolución del yo.
- b) Tensión motora. Los pacientes refieren encontrarse temblorosos, inquietos, sobresaltados, con estremecimientos, tensos, sujetos a dolores musculares, fácilmente fatigables e incapaces de relajarse. También se detecta parpadeo frecuente, ceño fruncido, cara tensa, marcha inestable, hiperactividad, nerviosismo e inquietud. La característica común subyacente es un tono muscular estrado aumentado. Las manifestaciones conductuales pueden ir desde la excitación extrema a la inhibición estuporosa, en casos extremos e infrecuentes.
- c) Hiperactividad autonómica. Se presentan síntomas tales como dificultad para concentrarse, comportamiento de alerta, hipervigilancia, dificultad para la acción, insomnio, sueño insatisfactorio, disnea, palpitaciones, náuseas, mareo, sudoración, temblor y piel fría y húmeda, vigilancia y escrutinio. La expectación ansiosa puede manifestarse como “conductas de centinela”. El paciente se encuentra irritable y nervioso, se queja de distraibilidad y fatiga al despertar.

En el DSM-IV se describen distintos trastornos de ansiedad: trastorno de angustia sin agorafobia, trastorno de angustia con agorafobia, la agorafobia sin historia de trastorno de angustia, la fobia específica, la fobia social, el trastorno obsesivo-compulsivo, el trastorno por estrés posttraumático,

³ Vallejo, J. (1985) *Neurosis de Angustia y Fóbica*. En *Introducción a la Psicopatología y Psiquiatría*. Salvat. Barcelona. p.p. 43

el trastorno por estrés agudo, el trastorno de ansiedad debido a enfermedad médica, el trastorno de ansiedad inducido por sustancias y el trastorno de ansiedad generalizada.

En el contexto de todos estos trastornos pueden aparecer crisis de angustia y agorafobia. La crisis de angustia se caracteriza por la aparición súbita de síntomas de aprensión, miedo pavoroso o terror, acompañados habitualmente de sensación de muerte inminente. Durante estas crisis también aparecen síntomas como falta de aliento, palpitaciones, opresión o malestar torácico, sensación de atragantamiento o asfixia y miedo a "volverse loco" o perder el control. La agorafobia se caracteriza por la aparición de ansiedad o comportamiento de evitación en lugares o situaciones donde escapar puede resultar difícil, o bien donde sea imposible encontrar ayuda en el caso de que aparezca en ese momento una crisis de angustia o síntomas similares a la angustia.

A. continuación se describirán los criterios diagnósticos para el trastorno de ansiedad generalizada que se encuentran en el DSM-IV:

A. Ansiedad y preocupación excesivas (expectación aprensiva) sobre una amplia gama de acontecimientos o actividades (como el rendimiento laboral o escolar).

B. Al individuo le resulta difícil controlar este estado de constante preocupación.

C. La ansiedad y preocupación se asocian a tres (o más) de los seis síntomas siguientes (algunos de los cuales han persistido más de 6 meses):

1. Inquietud o impaciencia

2. Fatigabilidad fácil

3. Dificultad para concentrarse o tener la mente en blanco

4. Irritabilidad

5. Tensión muscular

6. Alteraciones del sueño (dificultad para conciliar o mantener el sueño, o sensación al despertarse de sueño no reparador)

D. La ansiedad, la preocupación o los síntomas físicos provocan malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

E. Estas alteraciones no se deben a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p. ej., drogas, fármacos) o a una enfermedad médica (p. ej., hipertiroidismo) y no aparecen exclusivamente en el transcurso de un trastorno del estado de ánimo, un trastorno psicótico o un trastorno generalizado del desarrollo.

2.3 Epidemiología de la ansiedad

Probablemente los trastornos de ansiedad son los más comunes y más antiguamente conocidos. Existen pruebas de que se encuentran ampliamente distribuidos por todo el mundo en forma transcultural. Los diferentes estudios epidemiológicos demuestran que los trastornos de ansiedad son frecuentes y heterogéneos. Son más comunes en mujeres. Hay también una naturaleza familiar con involucración de factores genéticos. Se puede observar también un solapamiento con la depresión.

Weissman (1985), en una revisión de 9 estudios comunitarios comprueba que las tasas de prevalencia de los trastornos de ansiedad oscilan entre 0,5 y 5,4%. En cinco estudios realizados en Estados Unidos y en Suecia, la prevalencia de los estados de ansiedad se situaba entre 2 y 4,7% siendo más alta la prevalencia en la mujer y entre las edades de 16 a 40 años.

A pesar de las diferencias metodológicas empleadas, las tasas de los diferentes trastornos de ansiedad encontradas en los estudios realizados desde la aparición de criterios diagnósticos específicos son similares, siendo siempre más altas en las mujeres.

De acuerdo con la Encuesta Nacional de Salud llevada a cabo por la SSA en México en el año de 1994, en el sexo femenino son más frecuentes los trastornos de somatizaciones y conversiones debidas a estados de ansiedad, y es durante la adolescencia donde suelen presentarse el inicio de esta patología. De acuerdo con esta encuesta, las mujeres no son conscientes de las condiciones aprensivas en las que viven y consideran su malestar y ansiedad como un problema de carácter individual propio de la condición natural, lo cual obstaculiza la posibilidad de modificar los factores que condicionan su salud mental.

DEPRESION

2.4 Definición.

Calderón (1987), define la depresión de la siguiente manera: "es un estado emocional que se caracteriza por una sensación de tristeza, melancolía, desaliento y débil voluntad, acompañado de apatía, culpa, incapacidad de toma de decisiones y una disminución de la autoestima con un sentimiento de fracaso y pesimismo. Es un trastorno multifactorial influido por factores genéticos, biológicos, conductuales y psicosociales. Se presenta también en diversas enfermedades mentales, especialmente en la psicosis maníaco depresiva"⁴

2.5 Sintomatología.

El cuadro clínico de la depresión puede presentar dos aspectos, uno con alteraciones francas en el aspecto afectivo que permiten un diagnóstico rápido, y otro en el cual las alteraciones están encubiertas, predominando síntomas somáticos que son fácilmente identificables por el médico como elementos de un cuadro depresivo.

Calderón (1987), propone una división de la sintomatología depresiva en cuatro grupos:

a) Trastornos afectivos: El paciente generalmente inicia su cuadro con un estado de indiferencia hacia situaciones que antes despertaban su interés. Pronto aparece la tristeza persistente y relativamente impermeable a influencias exteriores, de tal modo que las circunstancias que antes pudieron haber estimulado su ánimo, no son ya efectivas. En algunas ocasiones la aflicción está relacionada con situaciones problemáticas que el paciente amplifica considerablemente. Al referirse a la tristeza utiliza frecuentemente adjetivos tales como: desesperado, solitario, infeliz, humillado, avergonzado, preocupado, inútil o culpable. La tristeza puede ir acompañada de llanto.

⁴Calderón, N. (1987) *Depresión: causas, manifestaciones y tratamiento*. Trillas, México, p.p. 69

Aparece también la inseguridad en forma dominante, el paciente manifiesta que no tiene confianza en sí mismo y que le resulta difícil tomar decisiones, hecho que deteriora su actividad y voluntad y le hace cambiar fácilmente de opinión.

El pesimismo que con frecuencia acompaña a la inseguridad, da origen a un sentimiento de devaluación personal. Otro sintoma frecuente es el miedo, el cual limita en forma considerable sus actividades. La irritabilidad se presenta provocando relaciones interpersonales desfavorables.

b) Trastornos intelectuales: Es frecuente que la sensoropercepción se encuentre disminuida, ocasionando una inadecuada captación de estímulos. Existen dificultades para la evocación. La disminución de la capacidad de atención y concentración se presenta como un sintoma de inhibición, lo cual repercute inevitablemente en la memoria. Las ideas de culpa y de fracaso son elementos frecuentes del cuadro clínico, así como el pensamiento obsesivo con recuerdos repetitivos molestos.

c) Trastornos conductuales: La actividad y productividad del paciente disminuyen, con frecuencia se muestra vacilante, dudoso y perplejo, aun teniendo en mente la conducta por seguir no logra decidirse a llevarla a cabo. Aparecen impulsos suicidas, así como una tendencia a utilizar drogas.

d) Trastornos somáticos: Uno de estos trastornos es el insomnio, cuando se logra conciliar el sueño éste no es satisfactorio ya que con frecuencia se despierta varias veces durante la noche no logrando un sueño reparador. Otro sintoma importante es la falta de apetito o en ocasiones una forma compulsiva de comer. Se presentan trastornos en la sexualidad con un debilitamiento o desaparición del deseo sexual.

En el DSM-IV, dentro de los trastornos del estado de ánimo, se encuentran los trastornos depresivos. A continuación se describirán los criterios para el episodio depresivo mayor:

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

- (1) estado de ánimo deprimido la mayor parte del día, casi cada día, según lo indica el propio sujeto (p. ej., se siente triste o vacío) o la observación realizada por otros (p. ej., llanto)
- (2) disminución acusada del interés o de la capacidad para el placer en todas o en así todas las actividades, la mayor parte del día, casi cada día
- (3) pérdida importante de peso sin hacer régimen o aumento de peso (p. ej., un cambio de más del 5% del peso corporal en 1 mes)
- (4) insomnio o hipersomnía casi cada día
- (5) agitación o entrecimiento psicomotores casi cada día
- (6) fatiga o pérdida de energía casi cada día
- (7) sentimientos de inutilidad o de culpa excesivos o inapropiados, casi cada día
- (8) disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o indecisión, casi cada día

(9) pensamientos recurrentes de muerte (no sólo temor a la muerte), ideación suicida recurrente sin un plan específico o una tentativa de suicidio o un plan específico para suicidarse

B. Los síntomas provocan malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo

C. Los síntomas no son debidos a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p. ej., una droga, un medicamento) o una enfermedad médica (p. ej., hipertiroidismo)

D. Los síntomas no se explican mejor por la presencia de un duelo, los síntomas persisten durante más de dos meses o se caracterizan por una acusada incapacidad funcional, preocupaciones de inutilidad, ideación suicida y entorpecimiento psicomotor.

De acuerdo también con el DSM-IV, se describirán a continuación los criterios para el trastorno mixto ansioso-depresivo:

A. Estado de ánimo disfórico persistente o recurrente que dura por lo menos un mes

B. El estado de ánimo disfórico se acompaña al menos durante un mes de un mínimo de cuatro de los siguientes síntomas:

(1) dificultades para concentrarse o tener la mente en blanco

(2) trastornos del sueño (dificultades para iniciar o mantener el sueño, o sensación de insatisfacción al despertarse o de no haber descansado bien)

(3) fatiga o falta de energía

(4) irritabilidad

(5) preocupaciones

(6) llanto fácil

(7) hipervigilancia

(8) anticipación de peligro

(9) desesperanza (permanente pesimismo ante el futuro)

(10) baja autoestima o sentimientos de inutilidad

C. Estos síntomas provocan malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo

D. Los síntomas no se deben a los efectos fisiológicos de una sustancia o de una enfermedad médica.

2.6 Epidemiología de la depresión.

Numerosos autores coinciden en señalar lo siguiente en cuanto a la epidemiología de la depresión: "existe una mayor tasa de trastornos depresivos en la mujer, la proporción estimada es de dos casos en la mujer por un caso en el varón, tanto en poblaciones estudiadas en tratamiento como en la población en general"⁵.

De acuerdo con los datos proporcionados por la Encuesta Nacional de Salud que se llevó a cabo en México en el año de 1994 por la SSA, los trastornos depresivos se presentaron con mayor frecuencia en el sexo femenino, la depresión en las mujeres llega a elevados niveles (70% en comparación con la depresión en hombres. En un estudio realizado con una muestra de mujeres mexicanas por Lara Fernández (1992), sobre la psicodinámica, psicopatología y roles familiares, se concluyó lo siguiente: "una alta proporción de mujeres manifestaron síntomas depresivos, baja autoestima, ambivalencia afectiva, labilidad emocional, así mismo viven su sexualidad con conflicto y sus relaciones interpersonales son insatisfactorias"⁶.

Para explicar esta diferencia entre los sexos, se han propuesto algunas hipótesis al respecto, una de ellas considera que tal diferencia es ficticia, puesto que existe una mayor tendencia en la mujer a reconocer y expresar su sintomatología, solicitando apoyo con mayor frecuencia. Sin embargo esta argumentación no parece suficientemente consistente a la luz de los datos provenientes de población general, en los que de forma prácticamente constante, se registra una clínica depresiva mucho más elevada en la mujer.

La segunda hipótesis es que tal diferencia probablemente es consecuencia de factores psicológicos, posiblemente con mediación endocrina, interactuando con otros factores de índole psicosocial. Varios autores han puesto énfasis en señalar la posible vinculación de la depresión en la mujer con su tradicional situación de desventaja y discriminación social a lo largo de los tiempos.

En un estudio realizado por Vazquez (1987), sobre una población de 274 mujeres, se aportaron los siguientes datos: "la ocupación extradoméstica de la mujer casada, lejos de suponer un factor de protección frente a los trastornos depresivos, se comporta como un significativo factor de riesgo para la aparición de la depresión"⁷. Los autores concluyen que el perfil de riesgo de la mujer, queda definido como el de una mujer casada de 40 a 59 años de edad que desempeña una doble jornada de trabajo, doméstica y extradoméstica.

Weissman (1978), reafirmó la posible existencia de un factor genético en la etiología de la depresión, pero señaló que la evidencia que los estudios genéticos aportan, es insuficiente para extraer conclusiones acerca del modo de transmisión o para explicar la diferencia entre los sexos.

Arieti (1981), supone que por motivos socioculturales, las mujeres son más propensas que los hombres a adoptar la mayor parte de los patrones psicodinámicos predisponentes a la depresión como por ejemplo: la experiencia de una pérdida o peligro inminente de pérdida, con la consiguiente adopción del patrón de sometimiento al otro dominante; el patrón de vivir en

⁵ Weissman, M. (1978) *Epidemiology of Mental Disorders, Emerging Trends in the U.S.A.* Arch. Gen. Psychiatry, 55, 705-712.

⁶ Lara-Fernández (1992) *Psicodinámica, psicopatología y Roles Familiares en una muestra de mujeres mexicanas.* Instituto Mexicano de Psiquiatría, p.p. 57.

⁷ Vazquez Barquero, J. (1987) *A Community Mental Health Survey in Cantabria.* Psychol. Med. 17, 227-241.

función del otro dominante o de obtener de éste aprobación y gratificación; el patrón de dependencia; el patrón de vida en el cual el amor romántico es la meta dominante. Señala también que la cultura en general conspira con los conflictos íntimos femeninos para hacer que la mujer esté más predispuesta que el hombre a resignar su autodeterminación y sus facultades personales, y adoptar una postura masoquista.

2.7 Utilización de servicios en México para problemas de salud mental en población femenina.

Es un hecho conocido que en nuestro país los servicios de salud mental presentan grandes limitaciones. Como parte del sistema general de salud, se insertan en una red estratificada: IMSS, ISSSTE y SSAV⁸, en la que persiste una gran desigualdad en cuanto a sus recursos y a la calidad de sus servicios. Por lo general, la población no derechohabiente es relegada a servicios de menor calidad. Es por esto que a la desigualdad en la distribución social de la enfermedad, hay que agregar una desigualdad en materia de servicios.

Los datos nacionales (Padilla y Peláez, 1985; Caraveo, González, Ramos y Mendoza, 1986), muestran que las mujeres acuden con mayor frecuencia que los hombres a los servicios de salud del primer nivel de atención, ya sea por problemas de salud general o por problemas de índole emocional. También se han observado de manera muy consistente (Estrada en la distribución de las patologías por sexo; en las mujeres es más frecuente la depresión y el suicidio, mientras que entre los hombres es más común la dependencia a sustancias).

Tomando en cuenta estos tres aspectos (la deficiencia en los servicios de salud mental, la mayor prevalencia de sintomatología depresiva entre las mujeres y su mayor demanda de ayuda), Lara, A.; Medina, M.; Salgado, N.; Acevedo, M.; Díaz, M.; y Villatoro, J. (1995), llevaron a cabo una investigación con el objetivo de profundizar en la utilización de los servicios de salud mental por la población femenina mexicana, para tal fin, se revisaron los resultados de tres estudios: el primero se llevó a cabo en una muestra urbana en la que se compara el uso que las mujeres hacen de los servicios de salud mental en relación con los hombres, el segundo incluyó un grupo de mujeres de zona urbana, y el tercero a un grupo de mujeres de zona rural.

En el primer estudio se obtuvo una submuestra de la Encuesta Nacional de Adicciones⁹ de 2022 sujetos entre los 18 y 65 años de edad, de zonas urbanas.

El uso de los servicios de salud se evaluó por medio de escalas propositivamente diseñadas para el estudio, mientras que la sintomatología depresiva se evaluó con la Escala de Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos. Los sujetos seleccionados fueron entrevistados directamente por encuestadores previamente capacitados.

Al realizar el análisis de los resultados obtenidos, se encontró que las mujeres mostraron niveles más altos de sintomatología depresiva (hombres: $\bar{X}=23.4$; mujeres $\bar{X}=25.2$), así como una mayor frecuencia de intentos de suicidio (72.9% las mujeres, 27.1% hombres).

⁸Instituto Mexicano del Seguro Social, Instituto Mexicano al Servicio de los Trabajadores del Estado, Saludabilidad y Asistencia.

⁹Sistema Nacional de Encuestas de Salud, Encuesta Nacional de Adicciones (Drogas), Dirección General de Epidemiología e Instituto Mexicano de Psiquiatría, Secretaría de Salud, 1990.

En cuanto a la solicitud de ayuda, hombres y mujeres (con depresión severa y moderada) tuvieron muchos comportamientos similares, caracterizados por no acudir a las instancias formales de ayuda, sino a familiares y amigos, recurrir a la automedicación y a los sacerdotes, en ese orden. Entre las diferencias importantes entre hombres y mujeres, en los casos de depresión severa, se encontró que las mujeres buscan más ayuda formal y menos la de amigos o familiares que los hombres. En los casos de depresión moderada, las mujeres acuden a algún servicio de salud mental de la seguridad social, mientras que los hombres acuden a los especialistas privados y a los centros de salud mental especializados. Con respecto a esto, se considera que es posible que los hombres acudan a las instancias que dan mejor servicio por tener un mejor estatus (económico y ocupacional) que las mujeres, lo cual les facilita acceder a ellas.

También hubo diferencias: en las razones que dieron para no solicitar ayuda; a los hombres (con depresión severa) les preocupa perder dinero por dejar de trabajar y piensan que alguna otra persona les puede ayudar. Las mujeres con depresión moderada manifestaron que no solicitaron ayuda por vergüenza, porque nadie podría ayudarlas ni nadie entendería sus problemas.

Estos datos sugieren (de acuerdo con los investigadores), que cuando la depresión no es severa, las mujeres la viven como un defecto personal y temen no ser comprendidas o ser juzgadas. Las mujeres interpretan las limitaciones sociales como incapacidades personales, lo cual las lleva a deprimirse y a autodevaluarse, algo similar, respecto a sus síntomas podría estar ocurriendo en este caso.

Otras de las razones que dieron las mujeres para no solicitar ayuda son las siguientes: por no pensar que otra persona puede ayudarlas, por no disponer de los servicios, ya por no tener quien les cuide a sus hijos. Estos dos últimos aspectos tocan el problema medular de la carencia de servicios de salud mental, pero a la vez hacen patente que, aun en el caso de existir, las mujeres necesitan de ayuda adicional para que les cuiden a los hijos, a fin de poder acudir a estos servicios.

El número de personas que reciben tratamiento es muy pequeño, pero es importante hacer notar que en este primer estudio, a las mujeres se les prescriben más fármacos ya sea por depresión moderada o severa. Este proceder refleja una visión biologicista de la enfermedad mental de las mujeres, muy prevaleciente en el ámbito médico.

Las comparaciones por nivel de escolaridad permitieron detectar que las mujeres con depresión moderada y poca escolaridad se pueden considerar como de alto riesgo, ya que sus circunstancias y comportamientos hacen poco probable que reciban atención adecuada. Estas mujeres solicitan menos ayuda de familiares y amigos, acuden más a los servicios no especializados, como dispensarios, perciben más a menudo que los servicios no están disponibles y temen esperar mucho, consideran que nadie puede ayudarles, cuentan con menos ayuda para el cuidado de sus hijos, y la ayuda formal que reciben es casi siempre farmacológica. Los hombres que entran en esta categoría diagnóstica y tienen baja escolaridad, no solicitan ayuda por no saber a donde acudir y porque creen que cuesta mucho.

En el segundo estudio se entrevistó a una muestra de 48 mujeres sobre la utilización de los servicios de salud mental. Las características de las mujeres fueron las siguientes: media de 31 años de edad, la mitad estaba empleada como enfermera y la otra mitad se dedicaba al hogar, su escolaridad era igual, superior o equivalente a preparatoria, todas tenían una relación de pareja y

por lo menos un hijo o una hija entre los 6 y 7 años. Vivían en zonas conurbadas de la Ciudad de México en viviendas de tres cuartos en promedio y con un ingreso promedio de 4.1 salarios mínimos.

Por medio de un cuestionario abierto, aplicado por una encuestadora se evaluaron sus síntomas depresivos y la ayuda solicitada para estos casos. También se les interrogó sobre los problemas emocionales de sus hijos.

Sobre el uso de los servicios de las mujeres de zona urbana para ellas y para sus hijos, mostró que, pese a que un número importante de ellas había experimentado síntomas de depresión, poco más de la tercera parte solicitó ayuda, y de estas casi la mitad recurrió a sus familiares. Es interesante que ninguna mencionó haber acudido a sacerdotes o utilizar remedios caseros, como en el caso del primer estudio, lo cual puede deberse a que en este caso se usó un cuestionario abierto y a que las mujeres de este estudio tenían un nivel más alto de escolaridad. En segundo lugar se solicitó la ayuda de una institución especializada, lo que se puede deber a que la mitad de las mujeres de la muestra eran enfermeras, lo que les permitía tener más información sobre las instituciones de salud. Un alto porcentaje de ellas reportó que esta ayuda les había servido, y solo el 14% indicó que el trato recibido de la institución de salud había sido insatisfactorio.

Alrededor de la mitad de las mujeres indicó que alguno de sus hijos había presentado problemas, y un poco más de la tercera parte había solicitado ayuda. Ninguna mencionó haber solicitado algún tipo de ayuda informal, sino que recurrieron a instituciones especializadas.

En cuanto al tercer estudio, este se realizó en el medio rural de México. Los sujetos fueron 300 mujeres adultas que pertenecían a dos grupos con características diferentes:

El grupo 1 estuvo formado por 200 mujeres casadas en poblados rurales del estado de Jalisco. Su edad promedio fue de 34 años, una media de 6 años de escolaridad, 14.5 años de matrimonio y 4 hijos. El 40% de las mujeres reportó dedicarse únicamente a las labores del hogar, y el 98% reportó ser católica.

El grupo 2 estuvo formado por 100 mujeres adultas originarias de comunidades rurales mexicanas pero que vivían en la ciudad de Los Angeles, Ca. Tenían una edad promedio de 31 años, una media de 8.5 años de escolaridad, 7.9 años de matrimonio y 3 hijos en promedio. Todas las mujeres de este grupo trabajaban fuera del hogar y el 90% reportó ser católica. Tenían en promedio 6.7 años de haber emigrado a la ciudad de Los Angeles.

Se llevó a cabo una entrevista semiestructurada en la que se preguntaba acerca de la utilización de los servicios de salud mental y las razones por las que los usaban. Para explorar la variable de sintomatología depresiva se aplicó la Escala de Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos.

Se encontró la presencia de malestar emocional como sintomatología depresiva. En cuanto a la utilización de servicios de salud mental, la mayoría de las mujeres entrevistadas en los dos grupos, indicó que cuando tienen algún problema emocional acuden con un amigo o amiga en busca de ayuda. Los remedios caseros ocuparon el segundo lugar en cuanto a la frecuencia con que los utilizan para resolver los problemas emocionales. Este tipo de resultados incluía téis e infusiones de plantas medicinales tales como: azahar, tila, pasiflora y valeriana, también se reportó que ingieren leche caliente con hojas de naranjo, whisky y caté con chocolate. El centro

de salud o el dispensario ocupó el tercer lugar en cuanto a su utilización para solucionar problemas emocionales. Seis de las entrevistadas de cada grupo que habían utilizado estos servicios indicaron que fueron atendidas por un médico, el cual les proporcionó medicamentos, remedios y consejos. Entre los medicamentos prescritos se mencionaron los tranquilizantes como el Valium, Ativan y Tafil.

El sacerdote, como figura de apoyo moral, ocupó el cuarto lugar en cuanto a la frecuencia con que acuden con él en busca de ayuda.

Por otro lado, 19 personas del grupo 1 indicaron que a pesar de haber pedido ayuda para solucionar algún problema emocional, ésta les había sido negada. Solamente una persona del grupo 2 informó haber solicitado ayuda en alguna ocasión y haberse le negado. Tres mujeres del grupo 1 indicaron que al solicitar consejo de alguna amiga, ésta se había burlado de ellas y de sus problemas. Finalmente 11 de las mujeres entrevistadas indicaron que ante el problema que sufrían buscaron ayuda de diferentes fuentes, pero ésta les había sido negada rotundamente. Estas fueron identificadas como el DIF municipal, médicos, centros espirituales y miembros de familia.

Una característica particular del grupo de mujeres rurales es que la interpretación cultural de su padecimiento emocional, que atribuyen a causas no relacionadas con el problema real a que se enfrentan, las lleva a buscar ayuda por medio de métodos alternativos.

De acuerdo con Lara y cols. (1995) en conjunto, estos estudios muestran las consecuencias de las limitaciones de los servicios de salud mental en nuestro país y de la falta de información sobre ellos. Por tal motivo, se requiere de grandes esfuerzos para multiplicarlos, mejorarlos e informar al público sobre estos servicios. De manera más específica, los resultados muestran que hay poblaciones en las que estas necesidades son más imperiosas, como en las de mujeres de zonas rurales y en la de mujeres de zonas urbanas con baja escolaridad, y de estas últimas, las que presentan sintomatología depresiva moderada.

Los autores señalan que para planear los servicios de salud se requiere tomar en cuenta los roles sociales del hombre y de la mujer que los limitan para asistir a tratamiento, ya que se observó que los varones no acuden por poner en riesgo su rol de proveedor, mientras que las mujeres, por su rol de cuidadoras, toman más en cuenta los problemas y las necesidades de los demás que las de ellas mismas y necesitan que alguien les cuide a sus hijos para que puedan acudir a consulta.

Para finalizar, los autores concluyen diciendo que en México se requiere del diseño de estrategias terapéuticas psicosociales de bajo costo que permitan un uso más racional de los psicofármacos en el tratamiento de la depresión en mujeres.

2.8 Relaciones entre Ansiedad y Depresión

La ansiedad y la depresión frecuentemente se solapan, de tal forma que no es raro en la práctica, observar depresiones con una gran carga de ansiedad o cuadros de ansiedad empañados con sintomatología depresiva, por lo tanto ambos fenómenos están lejos de constituir entidades clínicas homogéneas. De esta manera, no es raro que todo intento de esclarecimiento entre las

relaciones de la ansiedad y la depresión se vea envuelto en dificultades metodológicas e interpretativas que explican las diferentes posiciones de los autores que han estudiado el tema.

En términos generales se mantienen tres posiciones respecto a este problema:

- 1) modelo unitario, que considera que ambos trastornos difieren cuantitativamente
- 2) modelo pluralista, que se inclina por una diferencia cualitativa
- 3) modelo mixto, que se inclina por un síndrome independiente ansiedad-depresión.

A continuación se describirán brevemente las relaciones entre la ansiedad y la depresión desde la perspectiva clínica.

El estudio clínico riguroso entre ansiedad y depresión se ha producido a partir del empleo de técnicas estadísticas precisas. Los trabajos más significativos proceden del grupo Newcastle (1972), en un estudio realizado a 145 pacientes, se obtuvieron los siguientes resultados: los síntomas más frecuentes en trastornos depresivos fueron pérdida de interés, variaciones diurnas de humor, despertar precoz, tendencias suicidas e inhibición. Entre los ansiosos, los síntomas más consistentes fueron persistente tensión, crisis de angustia, rasgos histéricos y obsesivos. Los ansiosos tuvieron con respecto a los depresivos, mayor incidencia de trastornos neuróticos en la familia, rasgos neuróticos en la infancia, pobre comunicación con los padres y una mayor introversión.

A partir de estos resultados se concluye que los ansiosos forman un grupo más inestable que los depresivos. Estos estudios consolidan el criterio que defiende la separación de ambos trastornos sobre la base de la sintomatología.

En contradicción a lo anterior, Johnstone (1980), encuentra una alta correlación de síntomas de ansiedad y depresión, lo cual va en contra de la hipótesis pluralista de estos trastornos y avala el modelo unitario.

Con lo anterior se puede decir que la cuestión de las relaciones entre ansiedad y depresión están lejos de ser un problema únicamente académico, ya que tiene dimensiones pronosticas y terapéuticas que sobrepasan el nivel teórico y especulativo; además la elevada frecuencia de ambos fenómenos y su asociación con otros trastornos, hace de esta cuestión un problema de primer orden clínico.

La ansiedad y la depresión en la clínica médica constituyen uno de los problemas para el diagnóstico y para la terapia, lo cual, si para el propio psiquiatra o para el psicólogo, puede conllevar en ocasiones, ciertas dificultades, para el médico general puede hacerlo, obviamente en mayor grado. De acuerdo con Ballús (1996), el diagnóstico ofrece ya sus dificultades en la vertiente clínica, mayormente dado el solapamiento ansiedad-depresión que se produce en porcentajes que van desde 10 al 80 % de casos según las muestras objeto de estudio y técnicas diagnósticas empleadas.

La identidad del síndrome ansioso-depresivo ha sido puesta en entredicho por diversos autores, sin embargo, como ya se mencionó anteriormente, en el DSM-IV viene descrito como "trastorno mixto ansioso-depresivo" y se trata de un tipo de enfermos que se ve con frecuencia en atención primaria y su prevalencia es aun mayor en la población en general.

En lo que al diagnóstico clínico concierne, a los datos recogidos a través de la entrevista, que facilitan en la mayoría de casos el material adecuado para establecer dicho diagnóstico, podrán añadirse los facilitados y obtenidos a través de escalas de medición.

Obviamente existen pruebas de tipo biológico que pueden contribuir y objetivar el diagnóstico de las depresiones, pero se considera que su utilidad en la clínica médica es escasa y por otra parte su misma fiabilidad como medio diagnóstico de las depresiones es baja. En general se considera que en la práctica clínica, el diagnóstico de la ansiedad y de la depresión se basan fundamentalmente en el acopio y valoración clínica de los datos facilitados por la entrevista con el paciente, de la observación de los cambios de su conducta, así como de los datos obtenidos a través de escalas de medición.

Capítulo 3 METODOLOGIA

3.1 Planteamiento y justificación del problema.

La psicoterapia de grupo es un procedimiento ideado para solucionar problemas emocionales de manera grupal. Como se ha expuesto en el marco teórico, existen diversas técnicas psicológicas para el tratamiento de la ansiedad y la depresión. En la presente investigación, a partir del establecimiento de un grupo terapéutico conformado por 18 pacientes, quienes recibieron un diagnóstico ansioso depresivo a través de la entrevista y de la aplicación de dos instrumentos de medición (Escala de Hamilton para la Evaluación de la Ansiedad y la Escala de Zung para la Automedición de la Depresión), se aplicó un modelo de psicoterapia de grupo en el cual se retomaron elementos de la técnica de Grupo Operativo propuesta por Pichón Riviere (1975), así como elementos de las técnicas de relajación, con la finalidad de disminuir los niveles de ansiedad y depresión en el grupo de pacientes. Por lo tanto, la duda que se plantea es la siguiente: ¿existen diferencias significativas en los niveles de ansiedad y depresión en los pacientes después del tratamiento de psicoterapia de grupo?

3.2 Hipótesis.

Habrán diferencias significativas en los niveles de ansiedad y depresión en pacientes que siguieron la psicoterapia de grupo.

Hipótesis estadísticas

H₀. No existen diferencias estadísticamente significativas en los niveles de ansiedad y depresión en pacientes que siguieron la psicoterapia de grupo, antes y después del tratamiento.

H₁. Si existen diferencias estadísticamente significativas en los niveles de ansiedad y depresión en pacientes que siguieron la psicoterapia de grupo, antes y después del tratamiento.

3.3 Variables.

Variable Dependiente

Niveles de ansiedad en mujeres medido a través de la Escala de Hamilton para la Evaluación de la Ansiedad, y nivel de depresión en mujeres medido a través de la Escala de Zung para la Automedición de la Depresión.

Variable Independiente

Terapia de grupo

3.4 Definición conceptual de variables.

Ansiedad. "Estado emocional desagradable en el que hay sensaciones de peligro amenazador, caracterizado por malestar, tensión o aprensión, que pueden variar en intensidad y fluctuar en el tiempo"¹

Depresión. "Estado que se caracteriza en general por una sensación de tristeza, melancolía y desaliento, acompañados de indiferencia, apatía, culpa y disminución de la autoestima, tal vez con un sentimiento de fracaso y pesimismo"²

Psicoterapia de grupo. "Método para tratar los problemas psíquicos y las relaciones interpersonales de los individuos en un grupo"³

3.5 Definición operacional de variables

Ansiedad. Puntuación que obtiene el sujeto a través de la Escala de Hamilton para la evaluación de la Ansiedad.

Depresión. Puntuación que obtiene el sujeto a través de la Escala de Zung para la Automedición de la Depresión.

Psicoterapia de grupo. Tratamiento psicológico a través del cual se espera una disminución en los niveles de ansiedad y depresión.

3.6 Muestra.

Se trabajó con un grupo de 18 mujeres, con un rango de edad entre los 25 y 60 años. La muestra estuvo constituida por pacientes, quienes fueron atendidas en su clínica correspondiente del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) por su médico familiar, quien consideró necesario recibieran atención psicológica, por tal motivo fueron remitidas al Servicio Psicológico del Hospital General Regional No. 72 de la misma institución, donde acudieron a una entrevista psicológica en la cual se les valoró para recibir tratamiento de psicoterapia de grupo dentro del mismo hospital.

3.7 Muestreo.

Se utilizó un muestreo no probabilístico accidental, ya que se tomó la muestra disponible en ese momento.

¹ Spielberg (1979) *Tensión y Ansiedad*. Academic Press. New York, p.p. 76

² Calderón, N. (1984) *Depresión: causas, manifestaciones y tratamiento*. Trillas, México

³ Moreno, J (1966). *Psicoterapia de grupo*. Introducción a la teoría y a la praxis. Fondo de Cultura Económica. México.

3.8 Tipo de estudio.

Estudio de campo comparativo. La investigación se llevó a cabo en el lugar donde se manifestó el fenómeno, realizando una comparación con pretest y postest.

3.9 Diseño.

Es un diseño de una sola muestra con pretest y postest en la que se les aplicó a los sujetos la Escala de Hamilton para la Evaluación de la Ansiedad y la Escala de Zung para la Automedición de la Depresión.

3.10 Escenario.

El presente trabajo se llevó a cabo en el salón de usos múltiples del Hospital General Regional No. 72 del Instituto Mexicano del Seguro Social, ubicado en Tlalnepanitla Edo. de México.

3.11 Instrumentos⁴

Los instrumentos que se utilizaron fueron la Escala de Hamilton para la Evaluación de la Ansiedad y la Escala de Zung para la Automedición de la Depresión, los cuales se describen a continuación:

a) Escala de Hamilton para la Evaluación de la Ansiedad.⁵

Max Hamilton publicó su escala en 1959. Esta escala ofrece la posibilidad de evaluar tanto síntomas psíquicos como físicos que en la práctica pueden ser de gran utilidad, además de poderse utilizar repetidamente para evaluar la evolución del cuadro.

Una serie de síntomas fueron colocados considerando cubrir las condiciones adecuadas. Estos se agruparon de acuerdo a su naturaleza o donde la experiencia clínica indicó que estos estaban asociados, se decidió por motivos prácticos, que 13 grupos eran suficientes y junto con la conducta del paciente durante la entrevista se formaron finalmente 14 variables de la escala, éstas son:

1. Estado ansioso (un estado continuo de aprensión)
2. Tensión (incluyendo fatigabilidad)
3. Temores (específicos o tipo fóbico)
4. Insomnio (incluyendo pesadillas y terrores nocturnos)
5. Intelectual (Dificultad de concentración y memoria pobre)
6. Estado depresivo

⁴ Ver Apéndice A

⁵ Hamilton, M. (1960). *A Rating Scale for Anxiety*. *J. Neurol. Psychiatry*.

7. Síntoma somático (muscular)
8. Síntoma somático (sensorial)
9. Síntomas cardiovasculares
10. Síntomas respiratorios
11. Síntomas gastrointestinales
12. Síntomas genitourinarios
13. Síntomas del sistema nervioso vegetativo
14. Comportamiento del paciente durante la entrevista

Cada una de las variables fue definida en una serie de estados breves, encabezados por el nombre de la variable. La evaluación fue hecha en una escala de cinco puntos:

De 0	a	6 puntos:	Ausente
De 7	a	20 puntos:	Leve
De 21	a	34 puntos:	Moderada
De 35	a	48 puntos:	Severa
Más	de	49 puntos:	Altamente incapacitado

b) Escala de Zung para la Automedición de la Depresión,⁶

Fue creada por William Zung y M.D. Durham y publicada por primera vez en 1965. Se construyó debido a la necesidad de medir la depresión simple y específicamente como un desorden psiquiátrico, en tanto que consideraban que la mayoría de las escalas existentes en aquella época no detectaban fielmente los síntomas depresivos. Se llevo a cabo un proyecto de investigación en el que correlacionaron conjuntamente la presencia y severidad de los desórdenes depresivos en pacientes con otros parámetros, así como una respuesta al despertar, durante el sueño y cambios con el tratamiento de tales desórdenes depresivos.

Ofrece la ventaja de su elevado índice de confiabilidad y consistencia obtenidos a través de varios estudios entre los que destaca una alta correlación (R. 70) con el MMPI.

Los índices promedio en la escala para pacientes diagnosticados con trastornos depresivos, antes y después del tratamiento fueron de 0.74 y 0.39 respectivamente.

⁶ Zung, W (1965) *A Self Rating Depression Scale*. Arch. Gen. Psychiatry.

La escala comprende una lista de 20 declaraciones, cada una de las cuales se refiere a una característica específica de la depresión:

1. Me siento abatido, desanimado y triste
2. Por la mañana es cuando mejor me siento
3. Tengo ataques de llanto o deseo llorar
4. Tengo problemas de sueño durante la noche
5. Como igual que antes
6. Disfruto al mirar, conversar y estar con mujeres/hombres atractivos
7. Noto que estoy perdiendo peso
8. Tengo molestias de estreñimiento
9. Mi corazón me late más rápido de lo acostumbrado
10. Me canso sin motivo
11. Mi mente está tan despejada como siempre
12. Me resulta fácil hacer todo lo que solía hacer
13. Me encuentro intranquilo y no puedo estarme quieto
14. Tengo esperanzas en el futuro
15. Soy más irritable que de costumbre
16. Tomo las decisiones fácilmente
17. Siento que soy útil y necesario
18. Siento que mi vida está llena
19. Siento que los demás estarían mejor sin mí, si estuviese muerto
20. Sigo disfrutando con lo que hacía

Para cada reactivo existen cuatro modalidades de respuesta:

1. Nada o pocas veces
2. Algunas veces
3. Muchas veces
4. La mayoría de las veces o siempre

La calificación en cada una de las modalidades recibe una puntuación que va de 1 a 4, donde el 4 corresponde siempre al mayor índice de patología y el 1 al menor. Para obtener la medición de la depresión se suma el puntaje y se convierte en un índice basado en 100, y para considerar un

nivel significativo de depresión, se espera que la calificación sea de 64 o más dentro del índice promedio de la escala. Las impresiones clínicas globales son como se muestra a continuación:

Debajo de 50	Dentro de lo normal, sin psicopatología
50-59	Presencia de depresión mínima o ligera
60-69	Presencia de depresión moderada o marcada
70 o más	Presencia de depresión severa o extrema

3.12 Procedimiento

Las pacientes fueron atendidas por su médico familiar en su Clínica del IMSS correspondiente, quien las remitió al Hospital General Regional No. 72 de la misma institución para recibir atención psicológica, ahí fueron evaluadas individualmente por el psicólogo quien las canalizó para recibir tratamiento de psicoterapia de grupo dentro del mismo hospital.

A continuación se describen los pasos que se siguieron para llevar a cabo el presente estudio:

1. El terapeuta llevó a cabo entrevistas individuales con cada una de las pacientes donde estuvo presente el coterapeuta.
2. Dentro de dichas entrevistas el coterapeuta llevó a cabo la aplicación de ambos instrumentos de medición (Escala de Hamilton para la Evaluación de la Ansiedad y la Escala de Zung para la Automedición de la Depresión)
3. Después de la evaluación de los instrumentos se les informó a las pacientes el tipo de tratamiento que recibirían, en este caso: psicoterapia de grupo.
4. Una vez conformado el grupo de 18 pacientes, dieron inicio las sesiones grupales. El psicoterapeuta presentó ante el grupo al coterapeuta indicando que estaría presente durante todas las sesiones. No se especificaron sus funciones.
5. Se realizaron 20 sesiones, una vez por semana con una duración de 2 horas cada una, durante un periodo de 5 meses.
6. Al final de la última sesión, el coterapeuta llevó a cabo entrevistas individuales para la aplicación de ambos instrumentos de medición.

A continuación se presentan tanto el encuadre del grupo así como el del psicoterapeuta, con los cuales se trabajó a lo largo de las 20 sesiones.

a) Encuadre del grupo:

- Respeto.
- No emitir juicios.
- Tiempo de duración de la sesión y del proceso en total.
- Horario.
- Compromiso con los ejercicios y tareas.
- Confidencialidad: todo lo que ocurra en el grupo, se queda dentro del mismo grupo.

b) Encuadre del psicoterapeuta:

- El psicoterapeuta trabaja en el aquí y ahora.
- No emite juicios.
- No prejuicios.
- Total apertura.
- No presionar en busca de la participación.
- Escucha activa con silencio interior atendiendo a todo lo que suceda en el grupo.
- Espejo: el psicoterapeuta es como un espejo donde el otro se refleja, se mira y se conoce. Entre más fiel sea la imagen que refleja, mayores posibilidades de conocerse tendrá el que se mire.
- Resonar frases: repetir en tono de pregunta frases y palabras sin inducir respuestas.
- Ante las preguntas del grupo, apelar a las respuestas del mismo grupo.

En cada sesión se trabajó bajo los siguientes puntos:

- Bienvenida
- Devolución de información de la sesión anterior a fin de ubicarse en la presente
- Tema de la sesión presente
- Objetivo
- Material
- Procedimiento
- Tarea semanal⁷
- Ejercicio de relajación

⁷ Es importante señalar que este concepto de "tarea" es distinto al propuesto por Pichón Riviere. Ver inciso 2 de Temas.

Temas:

El proceso psicoterapéutico estuvo conformado por 20 sesiones, una sesión de dos horas a la semana, estructurado alrededor de 9 temas básicos que se distribuyeron a lo largo de las 20 sesiones y de acuerdo a las necesidades del grupo. Cada tema estuvo elaborado bajo los siguientes elementos básicos:

1. Ejercicios: una serie de ejercicios a realizar durante las sesiones grupales como forma de abordar el tema y sobre todo como mecanismos para obtener información, cuyos posibles significados fueran analizados en el grupo.
2. Tareas: serie de tareas concretas para que el paciente realice en sus espacios cotidianos durante la semana que hay entre sesión y sesión, a fin de prolongar y reforzar el efecto generado por el trabajo grupal; quedando así las sesiones grupales como sesiones de reforzamiento y de análisis de un trabajo que cada cual ha estado realizando por su cuenta, pero que de ninguna manera constituye el único espacio terapéutico del paciente. Se pretende que él mismo se haga cargo de su espacio de 24 horas a fin de transformar la vivencia de su experiencia en su propia cura.

Los temas fueron los siguientes:

1. Propósito
2. Quien soy
3. Ser mujer
4. Ser niña
5. Ser madre
6. Apegos
7. Muerte
8. Sexualidad
9. Perdón

Ejercicio de relajación para todas las sesiones.

De acuerdo con lo expuesto en el Marco Teórico, las técnicas de relajación son un método eficaz para el tratamiento de la ansiedad. Su objetivo es el proporcionar al paciente el conocimiento de su organismo y un control voluntario sobre su estado fisiológico, con la finalidad de disminuir la tensión muscular y consecuentemente la sensación de ansiedad.

En el proceso psicoterapéutico objeto del presente estudio, los ejercicios de relajación llevados a cabo fueron parte importante del proceso. A continuación se presentan los objetivos de dichos ejercicios así como la forma en que se realizaron.

a) Objetivos:

- Lograr un profundo descanso
- Dejar de generar tensiones innecesarias
- Aquietar la mente y las emociones
- Recuperar el flujo natural de energía
- Lograr un estado de mera contemplación
- Ubicar los pensamientos en el tiempo presente

b) Procedimiento del ejercicio de relajación.

El ejercicio de relajación se llevaba a cabo de forma grupal, donde el terapeuta daba las siguientes instrucciones:

- Sentarse con la columna recta, los pies cómodamente derechos, la mano derecha sobre la mano izquierda con las palmas hacia arriba colocadas sobre el regazo, ojos cerrados
- Respirar profundamente en tres ocasiones y al exhalar permitir que toda la tensión salga del cuerpo
- Dejar que se relajen por el mero hecho de observarlos: los pies, tobillos, pantorrillas, muslos, pelvis, abdomen, espalda, brazos, manos, hombros, cuello, cara.
- Puntos de atención: fosas nasales, ritmo respiratorio, latido cardíaco, entrecejo, estados emocionales a lograr.
- Convencer a la mente de la importancia de permitirse ese momento de estar consigo mismo.
- Por lo general, el ejercicio de relajación se llevaba a cabo en forma grupal generalmente al final de cada sesión durante 15 o 20 minutos aproximadamente, en algunas ocasiones se llevaba a cabo al inicio de las sesiones. Desde la primera sesión se señaló a las pacientes la importancia de realizarlo dos veces al día (15 minutos por la mañana y 15 minutos por la noche) durante el espacio de tiempo entre una y otra sesión.

3.13 Descripción de las sesiones

A continuación se describirán las 20 sesiones que conformaron el proceso psicoterapéutico, con la finalidad llevar a cabo un análisis cualitativo de los resultados.

Sesión 1

Asistencia: 18 pacientes

Tema: Propósito

Objetivo: Determinar expectativas ante el trabajo de grupo

Procedimiento:

Ejercicio No. 1

Terapeuta. Consigna: escribir lo que se espera del trabajo grupal.

Grupo: señala la necesidad de encontrar solución a sus problemas, disminuir miedos y tensiones, disminuir la ingesta de fármacos (tranquilizantes).

Ejercicio No. 2

T: describe el encuadre.

G: incorpora sus expectativas dentro del encuadre.

Ejercicio No. 3

Realización del ejercicio de relajación.

Tarea semanal: ¿quien soy?. Realizar el ejercicio de relajación.

Observaciones del coterapeuta: lo que se hizo al inicio de esta sesión fue determinar las expectativas del trabajo grupal. Se establecieron las reglas con las que se trabajaría a lo largo del proceso, resultando la importancia del respeto durante todas las sesiones. En general no hubo problemas para establecer un primer contacto. En el momento en que algunas pacientes verbalizan su problemática, se creó un ambiente de empatía, apoyo y preocupación por lo que se estaba diciendo, lo cual, al mismo tiempo causó cierta angustia dentro del grupo. Se presentó también miedo de compartir problemas, temor a la crítica y a relacionarse con los demás miembros del grupo, lo cual mostró resistencia a la terapia. Se observó que la problemática del grupo gira en torno a la falta de seguridad en las propias capacidades, en la necesidad de disminuir miedos y tensiones y en la falta de autoestima. Cinco participantes del grupo reportan estar recibiendo tratamiento psiquiátrico en el cual se les han prescrito medicamentos, señalando que hasta el momento no han observado mejoría: "solo me siento bien mientras dura el efecto, dejo de tomarlos y el problema continúa". Otras pacientes señalan el padecimiento de alguna enfermedad: problemas de tiroides, exceso de peso, cardiopatías. Esta sesión se caracterizó por la demanda de atención hacia la figura del psicoterapeuta. Después del ejercicio de relajación, los comentarios por parte del grupo fueron de haber logrado un estado de tranquilidad, algunas

participantes señalaron haber experimentado mareos y frío, y otras reportaron no haber logrado realizar el ejercicio.

Sesión 2

Asistencia: 18 pacientes

Tema: ¿Quién soy?

Objetivo: Facilitar procesos de autoconocimiento.

Procedimiento:

Ejercicio No. 1

T: Consigna: leer respuestas a la pregunta quien soy?

G: señala lo siguiente: "soy problematiza insegura, dependiente, indecisa, prejuiciosa, celosa".

Ejercicio No. 2

T: anota en el pizarrón las características comunes a las respuestas del grupo en relación con la pregunta planteada. Cuestiona si son las únicas características que las definen.

G: identifica otras características que también las definen como personas: "comprensivas, pacientes".

Ejercicio No. 3

T: introduce al grupo al ejercicio de relajación, incorporando una visualización: verse dentro del vientre materno y poco a poco comenzar a crecer.

G: reporta sensación de seguridad durante todo el ejercicio: "me senti bien, pude, lo logre".

Tarea semanal: identificar decisiones tomadas a lo largo de la vida.

Observaciones del coterapeuta: Las respuestas a la pregunta ¿quién soy? mostraron una homogeneidad en el grupo: una percepción del yo orientada básicamente hacia los aspectos aparentemente "negativos". El ejercicio de relajación se llevó a cabo de pie, conduciendo al grupo a una visualización de percibirse como seres dentro del vientre materno y que poco a poco van creciendo hasta convertirse en adultos. En los comentarios posteriores a la realización de dicho ejercicio, se observaron áreas libres de conflicto que permiten el cambio. El terapeuta trabajó sobre la idea de que la vida es un proceso de cambio continuo y que resistirse al crecimiento personal implica una de las mayores dificultades para vivir. Durante la sesión el grupo se mostró atento y participativo, todas las pacientes llevaron a cabo el ejercicio de relajación, y al momento de señalar sus experiencias algunas permanecieron en silencio. Se presentó todavía cierta dificultad de manifestar confianza y abrirse ante el grupo. El terapeuta intervino en el esclarecimiento en cuanto a la forma de relacionarse con los demás basada en demandas infantiles insatisfechas. El grupo señaló que fue difícil realizar el ejercicio de relajación en sus espacios cotidianos: "tuve mucho trabajo", "ya estaba muy cansada", "se me olvidó". Al finalizar la sesión cuatro miembros del grupo se acercaron al coterapeuta con el fin de verbalizar su problemática: observándose demandas de atención individual.

Sesión 3

Asistencia: 17 pacientes

Tema: ¿Quién soy?

Objetivo: Facilitar procesos de autocoñocimiento.

Procedimiento:

Ejercicio No. 1

T. Consigna: leer en voz alta respuestas referentes a las decisiones que se han tomado a lo largo de la vida.

G. señala decisiones tomadas en el aspecto familiar y laboral, indicando que algunas de esas decisiones no han sido propias y sin embargo se han llevado a cabo.

Ejercicio No. 2

T. señala la importancia de reconocer las propias capacidades que conduzcan a la toma de decisiones. Introduce al ejercicio de relajación incorporando una visualización de "la otra parte del yo" con la finalidad de reconocerla.

G. señala tener una percepción del yo desde un solo punto de vista, desde aquél que les fue enseñado a través de los padres. El grupo comenta lo grato que resultó visualizar esa otra parte del yo.

Tarea semanal: ¿qué es ser niña?

Observaciones del coterapeuta: la mayoría del grupo compartió sus respuestas en torno a las decisiones que se han tomado a lo largo de la vida, verbalizando que en varias ocasiones no han sido decisiones propias, es decir, se ha permitido que otros las tomen. En esta sesión se puso de manifiesto la importancia de que las pacientes comiencen a verse a sí mismas desde una perspectiva más amplia, identificando aquellas partes del yo que se desconocen. El terapeuta interviene sobre las resistencias a la psicoterapia y en la interpretación de las demandas y dependencia hacia las figuras terapeuta y coterapeuta. En cuanto a la tarea del ejercicio diario de relajación, a diferencia de la sesión anterior, se observó que el grupo inició a llevarlo a cabo: "lo hice, pero solo durante 10 minutos", "sí pude hacerlo pero solo una vez al día", "lo intenté, pero cuando llegaron mis hijos ya no pude concentrarme". Al igual que en la sesión anterior, algunas pacientes se acercaron al coterapeuta demandando atención individual.

Sesión 4

Asistencia: 18 pacientes

Tema: Ser niña

Objetivo: Explorar condiciones de la infancia

Procedimiento:

Ejercicio No. 1

T: Consigna: dar respuesta a la pregunta ¿qué es ser niña?

G: da las siguientes respuestas: "ser niña es ser débil, indefensa, tierna, alguien que necesita amor". Inician verbalizaciones sobre las experiencias vividas durante la niñez.

Ejercicio No. 2

T: conduce hacia el ejercicio de relajación incorporando una visualización: dar apoyo a una niña

G: lleva a cabo el ejercicio

Tarea: escribir una carta a la niña y al mismo tiempo dar respuesta a dicha carta.

Observaciones del coterapeuta: al saber cual era el tema a tratar, algunas pacientes bromean dirigiéndose a la figura del terapeuta demandando atención. Las experiencias vividas en la niñez muestran en general: carencias afectivas, el haber recibido agresión física y verbal, la ausencia de la figura paterna, se habló también de la madre asumiendo el rol del padre. Se manifestó tristeza y llanto al hablar de dichas situaciones, observándose una mayor apertura ante el grupo. Todo el grupo realizó el ejercicio de relajación donde se incorporó una visualización, al final de éste, algunas pacientes manifestaron llanto, al mismo tiempo señalaron haber experimentado una grata sensación al dar apoyo a la niña. Transferencialmente el grupo solicita al terapeuta que no los abandone. Esta sesión fue un tanto depresiva. Hubo muchos silencios a lo largo de toda la sesión.

Sesión 5

Tema: Ser niña

Asistencia: 17 pacientes

Objetivo: Explorar condiciones de la infancia

Procedimiento:

Ejercicio No. 1

T: Consigna: leer cartas: de la niña a la mujer y de la mujer a la niña

G: la mayor parte del grupo lee sus escritos

Ejercicio No. 2

Realización del ejercicio de relajación

Tarea semanal: ¿qué es ser madre?

Observaciones del coterapeuta: durante esta sesión se percibió un clima de tensión, la mayoría de las pacientes leyeron sus cartas y algunas expresaron llanto, por lo cual se crearon silencios, los cuales terminaban cuando la paciente decidía continuar o cuando el terapeuta daba la palabra a otra participante. En las cartas de la niña a la mujer se observaron demandas de amor, cuidado, apoyo y aceptación, hubo reproche hacia las figuras paternas. En las cartas de la mujer dirigidas a la niña se observó la intención de ayudar a cubrir las necesidades emocionales de la niña. El terapeuta señaló la importancia de iniciar a cubrir las propias necesidades. En esta sesión se pueden ya identificar a aquellas pacientes que se muestran más participativas verbalmente, así como a otras que no obstante realizan las dinámicas grupales, permanecen en silencio al momento de hacer comentarios ante el grupo. Al finalizar el ejercicio de relajación algunas pacientes reportan que lo realizan con mayor frecuencia durante sus espacios cotidianos, lo cual les proporciona descanso y alivio a las tensiones. El terapeuta señala la importancia de llevarlo a cabo diariamente.

Sesión 6

Asistencia: 15 pacientes

Tema: Ser madre

Objetivo: Explorar las condiciones de ser madre

Procedimiento:

Ejercicio No. 1

T: forma grupos de 5 personas dando la consigna de intercambiar ideas acerca del significado de ser madre

G: lleva a cabo el ejercicio. Ser madre es: "saber educar a los hijos, estar al cuidado de ellos, satisfacer sus necesidades"

Ejercicio No. 2

Realización del ejercicio de relajación

Tarea semanal: escribir una carta dirigida a la propia madre

Observaciones del coterapeuta: al formarse los subgrupos de 5 participantes, se observa que solo algunos miembros intercambian opiniones, otras permanecen en silencio. Un representante de cada subgrupo verbaliza lo que es ser madre, encontrándose denominadores comunes en todo el grupo: "ser madre es cuidar a los hijos, preocuparse por ellos, apoyarlos". Se verbalizan autoocríticas en relación a la manera de relacionarse con los propios hijos. El terapeuta señala la semejanza de las situaciones de conflicto que se presentan ahora con los hijos con aquellas condiciones vividas durante la propia infancia. Se llevó a cabo el ejercicio de relajación.

Sesión 7

Asistencia: 14 pacientes

Tema: Ser madre

Objetivo: Explorar las condiciones en relación con la madre

Procedimiento:

Ejercicio No. 1

T: Consigna: leer carta dirigida a la madre

G: 12 pacientes dan lectura a sus escritos

Se llevo a cabo el ejercicio de relajación

Tarea: ¿qué es ser mujer?

Observaciones de coterapeuta: En esta sesión no asistieron 4 pacientes, 12 de las 14 asistentes dan lectura a las cartas, las dos restantes señalan que no tuvieron tiempo de escribir. Al leer los escritos algunas pacientes lloraron. En general se pudo observar ambivalencia hacia la madre: coraje - lástima, amor - odio, y sentimiento de abandono. El terapeuta señaló la relación existente entre la situación vivida con la madre y la relación que se tiene actualmente con los hijos. Por parte del grupo se manifestó un sentimiento de culpa por la forma de educar a los propios hijos. Durante toda la sesión se observó un ambiente de tensión, hacia el final de la misma, el grupo demandó la realización del ejercicio de relajación. Se cuestionó al grupo acerca de lo sucedido al realizar el ejercicio de relajación durante el espacio de tiempo que hay entre una y otra sesión, reportaron que dicho ejercicio logran realizarlo una o dos veces al día, lo cual las ayuda a sentirse tranquilas y a que los síntomas disminuyan. Se observa que 13 de las pacientes dan los reportes anteriores.

Sesión 8

Asistencia: 17 pacientes

Tema: Ser mujer

Objetivo: Explorar el significado de ser mujer

Procedimiento:

Ejercicio No. 1

T: el terapeuta forma pequeños grupos y da la consigna de intercambiar respuestas a la pregunta ¿qué es ser mujer?

G: ser mujer es "ser buena madre, atender a los hijos y al esposo, preocuparse por ellos"

Ejercicio No. 2

T: solicitó pasar al frente a tres voluntarias para que estas explicara a una cuarta persona lo que es ser mujer.

G: el pequeño grupo de nueva cuenta señaló que las mujeres tienen que estar al cuidado de la familia, son las que tienen la obligación de cuidar a los hijos y atender el hogar.

T: cuestionó al grupo acerca de lo ocurrido en ambos ejercicios.

G: señala que los calificativos para definir qué es ser mujer, son los que los padres y la sociedad les han impuesto.

Ejercicio No. 3

Realización del ejercicio de relajación incluyendo una visualización: observarse sin juzgarse, únicamente tener la experiencia de estar con uno mismo.

Tarea semanal: hacer un listado de las necesidades que se tienen al ser mujer

Observaciones del coterapeuta: En esta sesión se observó que en general el grupo tenía una idea común de lo que significa ser mujer, señalando definiciones estereotipadas. Después de la realización de ambos ejercicios, el terapeuta señaló la posibilidad de ampliar el concepto de ser mujer a través de la propia experiencia, más allá de lo aprendido por los padres y por la sociedad, señaló también la importancia de reflexionar acerca de las habituales concepciones que se tienen del ser mujer. Durante la sesión, el grupo hacía referencias acerca de cómo sus esposos las ven como mujeres, considerándolas como débiles y sumisas y con pocas capacidades, al hablar de esto lo hacían sonriendo y bromeando. En cuanto al tercer ejercicio comentaron sentirse tranquilas y relajadas y expresaron la necesidad de tener esta experiencia con más frecuencia. Se observa un grupo de 4 pacientes que no obstante realizan las dinámicas grupales no participan verbalmente.

Sesión 9

Asistencia: 18 pacientes

Tema: Ser mujer

Objetivo: Explorar el significado de ser mujer.

Procedimiento:

Ejercicio No. 1

T. Consigna: verbalizar las necesidades que se tienen

G: señala la necesidad de respeto, comprensión, apoyo, aceptación, reconocimiento, amor.

Ejercicio No. 3

T: conduce hacia al ejercicio de relajación, incorporando una visualización, donde señala que todas las necesidades que se tienen se pueden empezar a cubrir con las propias capacidades sin esperar que los demás las satisfagan.

Tarea semanal: ¿qué son los apegos?, ¿hacia qué objetos o situaciones se han creado apegos?

Observaciones del coterapeuta: En esta sesión el grupo hizo un listado de las necesidades emocionales que se tienen, fue evidente por parte del grupo el hecho de esperar que sean los demás quienes satisfagan dichas necesidades. Al realizar el ejercicio de relajación e incorporar la visualización, el terapeuta señaló que esas necesidades pueden ser satisfechas por las propias pacientes. A la sesión asistieron todas las pacientes, sin embargo se puede distinguir claramente la formación de un subgrupo: pacientes que han permanecido en silencio durante todas las sesiones. El grupo reporta haber llevado a cabo con mayor frecuencia el ejercicio de relajación y el utilizarlo en aquellos momentos en los cuales se encuentran ante una situación de conflicto.

Sesión 10

Asistencia: 17 pacientes

Tema: Apegos

Objetivo: Identificar apegos

Procedimiento:

Ejercicio No. 1

T. Consigna: verbalizar el significado de apego y señalar cuáles son los apegos creados

G: señala que apego es "pensar siempre en lo mismo, querer permanecer en una misma situación, el no querer separarse de una persona"

Ejercicio No. 2

T: conduce hacia el ejercicio de relajación incorporando una visualización (sitio de apegos)

Tarea semanal: producción escrita acerca de los pensamientos que con mayor frecuencia ocupan la mente.

Observaciones del coterapeuta: al verbalizar sus ideas acerca de los apegos hubo buena participación por parte del grupo, incluso 2 de las pacientes quienes hasta la sesión anterior no habían participado verbalmente, lo hicieron durante la presente sesión. El grupo señaló apegos hacia la familia, apegos en relación con la agresión y hacia ideas negativas. Después de realizar el ejercicio de relajación e incorporar la visualización en la cual se trataba del desapego hacia ideas y situaciones, el terapeuta señaló la importancia de tratar de vivir sin apegos. Se analizaron las características proyectadas en otras personas, señalándose que en realidad son las propias cualidades proyectadas en los demás.

Sesión 11

Asistencia: 17 pacientes

Tema: Apegos

Objetivo: Observar la propia actitud durante diversas etapas de la vida, analizar el significado de vivir aquí y ahora.

Procedimiento:

Ejercicio No. 1

T. Consigna: verbalizar los listados de pensamientos que con mayor frecuencia ocupan la mente.

G: señala una tendencia hacia los pensamientos tales como el miedo, agresión, odio, rencor, culpa.

T: señala que éstos son también apegos. Conduce hacia el ejercicio de relajación, incorporando una visualización (sitio de apegos, la cual se realizó también en la sesión anterior).

G: señala que se han ya identificado algunos apegos y que se está trabajando sobre ellos, ya que los apegos conducen a sufrimientos.

Ejercicio No. 2

T. Consigna: escribir 2 proyectos fáciles y dos difíciles de alcanzar. Cada proyecto tendrá una marca personal a fin de poder localizarlos después.

G: entrega al terapeuta los escritos, los fáciles separados de los difíciles.

T: conduce hacia otra breve relajación, mientras tanto distribuye por el salón los escritos: los fáciles de alcanzar están a la vista y los difíciles son colocados de manera menos accesible. Al término de la relajación da la consigna de localizar los propios escritos.

G: lleva a cabo el ejercicio, cada participante tiene ya sus escritos.

T: señala cómo influye la actitud con que se busca para poder encontrar y la importancia de fijarse metas alcanzables.

Tarea semanal: producción escrita acerca de cómo se piensa que será la propia muerte.

Observaciones del coterapeuta: al inicio de la sesión se verbalizan los pensamientos que generalmente ocupan la mente, se observó que están relacionados con miedo, agresión y culpa, en este momento algunas participantes señalaron que a través del ejercicio de relajación que realizan entre sesión y sesión han podido cambiar este tipo de pensamientos, hacen estos comentarios hacia las otras pacientes que no lo han logrado todavía. El terapeuta señaló la importancia de ubicar los pensamientos en el tiempo presente, indicando que el ejercicio de relajación contribuye a que esto sea posible. Todas el grupo realizó el segundo ejercicio, verbalizando aquellos proyectos que se han alcanzado y de la importancia de fijarse metas alcanzables. Cuando el terapeuta habló sobre la tarea a realizar (producción escrita acerca de cómo se piensa que será la propia muerte), el grupo manifestó inquietud e interés por saber como sería la siguiente sesión donde se trataría el tema de muerte.

Sesión 12

Asistencia: 18 pacientes

Tema: Muerte

Objetivo: Acercarse a los posibles significados de la muerte más allá de los estereotipos sociales, bipolarizar la muerte con la propia vida.

Materiales: tarjetas con frases⁸ y números (los cuales antes de dar inicio la sesión se encontraban colocados detrás de cada asiento), tarjetas solo numeradas.

Procedimiento:

Ejercicio No. 1

T: Consigna: con los ojos cerrados, recorrer en silencio los diferentes espacios del salón, el terapeuta recorre el salón a fin de evitar accidentes entre las pacientes. Después de determinado tiempo indica la terminación del ejercicio.

G: realiza el ejercicio y al término del mismo dan inicio los comentarios.

Ejercicio No. 2

T: asignó una tarjeta numerada a cada una de las pacientes, dando la consigna de localizar la tarjeta con la frase de acuerdo al número que les correspondía. A la segunda señal, ayudar a quienes no habían encontrado todavía su frase.

G: realiza el ejercicio siguiendo las instrucciones, una vez terminado el ejercicio dan inicio los comentarios.

Se lleva a cabo el ejercicio de relajación.

Tarea semanal: realizar el ejercicio de relajación durante 20 minutos dos veces al día. Traer la próxima sesión las frases encontradas.

Observaciones del coterapeuta: al inicio de esta sesión las pacientes se mostraron inquietas al saber el tema que se iba a tratar, todas las pacientes llevaron a cabo los ejercicios. La sesión estuvo caracterizada por el silencio, debido a que en ambos ejercicios se dio la consigna de realizarlos sin hablar. Durante el primer ejercicio las pacientes se mostraron inseguras al caminar con los ojos cerrados. En el segundo ejercicio, la mayoría de las pacientes caminan apresuradamente tratando de localizar sus frases, chocan unas con otras. El terapeuta bipolariza lo ocurrido en los ejercicios con aquello que sucede en la propia vida: el ir de prisa (como en el segundo ejercicio) sin poner atención a aquello que ocurre dentro de sí mismo. Señala la necesidad de poner atención a las sensaciones y a los pensamientos que se presentan en la vida cotidiana, al poner atención se pueden identificar aquellos aspectos sobre los cuales es necesario trabajar. Se les pidió a las pacientes guardar sus escritos acerca de cómo pensaban que sería su muerte, los cuales se comentarían al término de las sesiones donde se trataría el tema de muerte.

⁸ Las frases se localizan en el apéndice B

Sesión 13

Asistencia: 17 participantes

Tema: Muerte

Objetivo: Acercarse a los posibles significados de la muerte más allá de los estereotipos sociales, bipolarizarla con la propia vida.

Procedimiento:

Ejercicio No. 1

Consigna: leer en silencio las frases. Posteriormente llevar a cabo un diálogo en el que las únicas palabras fueran la lectura en voz alta de las mismas frases, después de la lectura de la primera frase, seguirá aquella paciente que considere que su frase viene bien como continuación.

G: da inicio el diálogo, hay pausas entre una y otra frase. Al término de la lectura dan inicio los comentarios.

Se llevó a cabo el ejercicio de relajación.

Tarea semanal: reflexionar acerca de lo ocurrido en el ejercicio.

Observaciones del coterapeuta: todas las pacientes leyeron sus frases formándose una especie de diálogo pausado. El contenido de las frases remitió al grupo a verbalizar aquellos aspectos sobre los cuales es necesario trabajar y sobre los que ya se ha estado trabajando según sus reportes: un mejor manejo de sus impulsos agresivos, el inicio del reconocimiento de cualidades, el lograr establecer relaciones interpersonales más satisfactorias, señalan también que hay ocasiones en que el insomnio no aparece tan frecuentemente, este hecho lo atribuyen a la realización del ejercicio de relajación antes de dormir. Señalan también que la realización de las tareas tales como la carta a la niña o la carta a la madre, junto con lo sucedido durante las sesiones les ha hecho ver más claros sus problemas. El terapeuta maneja la transerencia señalando que esos logros se deben al trabajo de las pacientes mismas.

Sesión 14

Asistencia: 17 pacientes

Tema: Muerte

Objetivo: Acercarse a los posibles significados de la muerte más allá de los estereotipos sociales, bipolarizarla con la propia vida.

Procedimiento:

Ejercicio No. 1

T. Consigna: recostarse boca arriba. Introduce al grupo al ejercicio de relajación incorporando una visualización (fibra luminosa que sale del cuerpo). Al término del ejercicio dan inicio los comentarios por parte del grupo.

Tarea semanal: ¿qué es sexo y qué es orgasmo, dónde se localiza el punto g?

Observaciones del coterapeuta: la sesión dio inicio con los comentarios del grupo acerca de lo ocurrido en la sesión anterior, señalando lo importante que ha sido la realización de los ejercicios de relajación para disminuir los síntomas de ansiedad. En esta sesión se observa que aquellas pacientes que la mayoría de las sesiones habían permanecido en silencio ahora hacen comentarios en relación al hecho de encontrar todavía dificultades para concentrarse y llevar a cabo el ejercicio de relajación, reportan que aún los síntomas ansioso-depresivos continúan presentándose. En específico se observa una paciente la cual reporta que no ha avanzado nada, que por el contrario sus síntomas se han acrecentado y que continúa experimentando miedo a todo lo que le pueda suceder, en ese momento otras pacientes (las cuales han asistido con mayor regularidad que ellas) le señalan que es necesario asistir a la terapia y sobre todo hacer las tareas y participar activamente en los ejercicios. Ante estos comentarios la paciente no da ninguna respuesta verbal.

Se realizó el ejercicio de relajación el cual tuvo una duración aproximada de 45 minutos. Después del ejercicio se analizaron los contenidos de los escritos acerca de cómo se piensa que sería la propia muerte, los cuales se encontraban matizados de miedo y agresión. Al término del ejercicio de relajación se percibía un ambiente de tranquilidad en el cual los comentarios fueron en relación a las sensaciones agradables que produjo la relajación, comparando esta experiencia con lo que puede ocurrir al momento de enfrentar la muerte la cual no necesariamente tiene que ser vivida con miedo. El grupo equiparó el diseño de los ejercicios donde se trató el tema de muerte, con la propia vida, observándose al final de las tres sesiones, nuevas ideas, cambios y confirmaciones respecto a la idea de muerte.

Sesión 15

Asistencia: 18 pacientes

Tema: Sexualidad

Objetivo: Promover una visión más amplia de la sexualidad.

Procedimiento:

Ejercicio No. 1

T: forma pequeños grupos para intercambiar ideas acerca de lo que es sexo y orgasmo.

G: lleva a cabo el ejercicio y al final una representante de cada equipo resume las respuestas.

Ejercicio No. 2

T: dibuja en el pizarrón los órganos sexuales femeninos.

Se lleva a cabo el ejercicio de relajación.

Tarea semanal: ¿qué es pidoofilia, necrofilia, zoofilia, fetichismo, sadismo, homosexualidad, bisexualidad, heterosexualidad., relaciones orales, vaginales y anales?

Observaciones del coterapeuta: durante toda la sesión el terapeuta manejó un tono cordial e informal, considerando que la temática a tratar no siempre resulta fácil para la gente. Al formarse los pequeños grupos hubo risas, vergüenza, se hacían bromas y se observó también cierta

ignorancia, por lo cual el terapeuta dibujó en el pizarrón los órganos sexuales femeninos. Se habló acerca de la respuesta fisiológica femenina y masculina durante el acto sexual. Los comentarios del grupo giraron en torno al tipo de relaciones sexuales que mantienen con su pareja, señalando que en la mayoría de los casos no son satisfactorias. El terapeuta señaló la importancia de conocer la propia sexualidad. El terapeuta señaló también la actitud con la que el grupo abordó el tema y se bipolarizó esta actitud hacia la propia postura de vida. Se habló también de todo aquello que implica la sexualidad: el placer, la reproducción y las enfermedades. En esta sesión no se perdió de vista el manejo del sentido del humor, lo cual marcó un tono especialmente cálido y por lo tanto de apertura y confianza. Se observó que todas las pacientes en algún momento de la sesión participaron verbalmente.

Sesión 16

Asistencia: 18 pacientes

Tema: Sexualidad

Objetivo: Promover una visión más amplia de la sexualidad.

Procedimiento:

Ejercicio No. 1

T: forma pequeños grupos para intercambiar respuestas acerca de lo que son las parafilias.

G: lleva a cabo el ejercicio y al final una representante de cada equipo resume las respuestas.

Ejercicio No. 2

T: pide a 5 voluntarias que digan con qué parafilia no están de acuerdo y por qué.

G: las 5 participantes pasan al frente y dan sus argumentos.

T: pide a las mismas 5 pacientes que ahora hablen en favor de esa parafilia.

G: hay desoconcierto por la petición del terapeuta, sin embargo llevan a cabo el ejercicio.

Se lleva a cabo el ejercicio de relajación.

Tarea semanal: ante una situación determinada, tratar de abordarla desde un punto de vista distinto al habitual.

Observaciones del coterapeuta: durante toda la sesión hubo un gran interés al continuar abordando el tema de sexualidad. Al realizarse el ejercicio No. 1 hubo risas y bromas, algunas de las parafilias no se conocían por lo que el terapeuta trató de explicar brevemente cada una de ellas. En el segundo ejercicio las participantes mostraron facilidad al verbalizar el por qué estaban en desacuerdo con determinada parafilia, sin embargo al momento de hablar en favor de la misma parafilia, se mostraron un tanto incómodas pero sin mayor dificultad al dar un argumento a favor de lo que anteriormente habían objetado. El terapeuta señaló la importancia de poder tener una visión diferente de las cosas.

Sesión 17

Asistencia: 18 pacientes

Tema: Sexualidad

Objetivo: Promover una mayor responsabilidad frente al ejercicio de la sexualidad.

Materiales: 3 tarjetas que dicen: "siga las instrucciones. C"

3 tarjetas que dicen: "no siga las instrucciones"

1 tarjeta que dice: "siga las instrucciones. X"

11 tarjetas que dicen: "siga las instrucciones"

Procedimiento:

Ejercicio No. 1

T: repartió una tarjeta a cada participante. Consigna: leer la tarjeta sin permitir verla a otra compañera. Cada participante solicitar el nombre de 3 compañeras, anotarlos en un papel y regresar a su lugar cuando tengan ya los 3 nombres.

G: todas las participantes tienen anotados 3 nombres.

T: indica al grupo que el tipo de relaciones que se acaban de tener fueron relaciones sexuales.

G: tarda en reaccionar, pero asumen que fueron relaciones sexuales.

T: pide que se ponga de pie la persona que tiene la tarjeta: "siga las instrucciones. X", señalando que esta persona es portadora del VIH. Pide que se pongan de pie quienes intercambiaron nombres con esta persona.

G: llega un momento en que todo el grupo se encuentra de pie y por lo tanto están infectados.

T: pregunta quien tiene las tarjetas que dicen: "no siga las instrucciones" y pregunta que por que realizaron el ejercicio.

G: estas personas señalan que llevaron a cabo el ejercicio porque no entendieron lo que decía la tarjeta o porque les dio pena preguntar.

T: pide que se sienten aquellas personas que tienen las tarjetas que dicen: "siga las instrucciones. C". Señalando que "C" significa que utilizaron protección al tener relaciones sexuales y por lo tanto no están infectadas. Pide a estas tres personas que den sus comentarios.

G: las tres personas señalan sentirse contentas al haber sido responsables para no contagiarse.

G: todas las demás participantes comentan que sus planes de vida cambiarían al saberse infectadas de VIH, que compartirían la noticia con su pareja. Reportan sentimiento de culpa por no haberse protegido.

Se lleva a cabo el ejercicio de relajación.

Tarea semanal: producción escrita acerca de lo que se busca a través de la experiencia sexual.

Observaciones del coterapeuta: durante esta sesión hubo una participación activa e interés por parte de los pacientes. En la realización del primer ejercicio se observaron silencios prolongados.

los pacientes lograron involucrarse con el ejercicio. El terapeuta señala la importancia de la responsabilidad en el ejercicio de la sexualidad. Al final de la sesión se llevó a cabo el ejercicio de relajación. Algunas pacientes reportaron que cuando no lo realizan en sus espacios cotidianos vuelven a aparecer los síntomas de ansiedad, se inicia un diálogo donde otras pacientes reportan que los ejercicios han sido de gran ayuda para lograr tranquilizar los pensamientos.

Sesión 18

Asistencia: 18 pacientes

Tema: Sexualidad

Objetivo: Proporcionar información sobre VIH/SIDA

Procedimiento:

Ejercicio No. 1

T. Consigna: verbalizar lo que se busca a través de la experiencia sexual.

G: todas las participantes hacen comentarios al respecto señalando que se busca placer, amor, compañía.

T: señala que lo que se busca a través del sexo puede ser encontrado a través de otras formas.

G: señala que también se puede encontrar placer, amor y compañía al convivir con los hijos, con los amigos, al comer, al dormir, incluso en el ejercicio de relajación.

Ejercicio No. 2

T: proporciono información en general sobre VIH/SIDA. Mostró la técnica para el uso del condón femenino y masculino así como algunas técnicas de "sexo seguro".

G: señala que la mayor parte de la información le era desconocida.

Ejercicio No. 3

T. Consigna: formar parejas, una participante dará sus argumentos para usar el condón y la otra para no usarlo.

G: todas las parejas llevan a cabo el ejercicio.

Se lleva a cabo el ejercicio de relajación.

Tarea semanal: ¿a quienes se necesita perdonar?

Observaciones del coterapeuta: en esta sesión se observó una gran disposición del grupo al participar, se creó un clima de cordialidad y de interés por lo que se estuvo diciendo. El terapeuta señaló que el sexo es también imaginación, que el placer está en todos los sentidos. Señaló también que la sexualidad no se centra solo en el cuerpo, sino que también forma parte de las ideas, de las actitudes y de la conducta. Se observó que durante las 4 sesiones donde se trató el tema de sexualidad hubo puntualidad y total asistencia de las integrantes del grupo. Al término del ejercicio de relajación se informó al grupo el tiempo que faltaba para terminar el proceso

psicoterapéutico. las reacciones afloraron de manera inmediata: enojo porque se terminara el ciclo, actitudes regresivas manifestadas en la búsqueda de dependencia hacia la figura del terapeuta. El grupo inicia la organización de un convivio para la última sesión.

Sesión 19

Asistencia: 16 pacientes

Tema: Perdón

Objetivo: Explora el perdón en relación al daño que se ha hecho

Procedimiento:

T. Consigna: indicar a quienes se considera necesario perdonar

G: señalan el perdonar a aquellas personas que han causado daño (pareja, hijos, amigos), pero sobre todo a ellas mismas.

T: conduce hacia el ejercicio de relajación incorporando una visualización: encontrarse con una persona que haya provocado daño, visualizar la situación que ocasionó el daño y tratar de perdonar a esa persona.

G: lleva a cabo el ejercicio

Tarea semanal: por escrito, presentar una autoevaluación de los logros alcanzados durante todo el proceso psicoterapéutico.

Observaciones del coterapeuta: todas las participantes verbalizan a quienes es necesario perdonar. El terapeuta señaló que el no perdonar es una forma de eludir responsabilidades, cuando se culpa a otro y se proyecta sobre ese otro el rencor, no están sino reforzándose las programaciones negativas, los patrones erróneos y fortaleciendo el sentimiento de culpa. Señala también la importancia de realizar las relajaciones incorporando el tipo de visualización de la presente sesión. La resistencia a la finalización del proceso psicoterapéutico se manifestó desde el inicio, las pacientes demandaban que no se terminaran las sesiones, la fantasía que el grupo manejó en esta etapa del proceso fue la de abandono. Se les informa a las pacientes que durante la próxima sesión se llevará a cabo nuevamente la aplicación de los instrumentos de medición.

Sesión 20

Asistencia: 18 pacientes

Cierre del proceso psicoterapéutico

Objetivo: Evaluar los logros alcanzados

Procedimiento:

Ejercicio No. 1

G: todas las pacientes dan lectura a sus escritos.

Se lleva a cabo la aplicación de ambos instrumentos de medición de manera individual, al término de lo cual da inicio el convivio.

Observaciones del coterapeuta: esta sesión fue particularmente emotiva, todas las pacientes llegaron puntualmente, cada una hizo una evaluación del proceso terapéutico señalando los avances que habían obtenido, comparando su estado actual con el estado en que se encontraban cuando dieron inicio las sesiones. La mayoría reporto mejoría en sus relaciones interpersonales, así como una disminución en la sintomatología que presentaban al inicio del proceso, atribuyendo esto al hecho de acudir con regularidad a la terapia y al realizar las tareas, es decir, relacionaron los logros alcanzados con el propio trabajo llevado a cabo. Se observó que los cambios no fueron iguales en todas las integrantes del grupo. Dos de las cinco pacientes que al inicio del proceso se encontraban tomando tranquilizantes reportaron que ya no los estaban ingiriendo. La mayor parte del grupo coincidió en expresar que su experiencia en el grupo psicoterapéutico era el inicio de un trabajo que tenía que continuar, puesto que todavía había muchos aspectos que trabajar. Demandaron al terapeuta sesiones grupales particulares. Se llevó a cabo de manera individual la aplicación de los instrumentos de medición y finalmente se llevó a cabo el convivio.

3.14 Análisis del proceso grupal.

En esta parte se pretende hacer un análisis de lo acontecido en el proceso terapéutico, a partir del inicio de las entrevistas individuales donde se llevó a cabo la aplicación de los instrumentos a cada una de las pacientes, hasta el momento en que llegó a su término el proceso.

Durante las entrevistas individuales que llevó a cabo el coterapeuta, las pacientes se mostraron interesadas y con disposición para dar respuesta a ambos instrumentos de medición. La mayoría no se limitan al simple hecho de dar respuesta a los instrumentos, sino que verbalizaron su problemática, haciendo referencia a aspectos familiares, en específico, a las relaciones de pareja y con los hijos, también hacen referencia a su sintomatología y 5 de ellas señalan el hecho de estar recibiendo, tratamiento psiquiátrico, y por lo tanto ingieren fármacos.

Después de la aplicación de los dos instrumentos, dieron inicio las sesiones de grupo. Iniciado el trabajo psicoterapéutico se observa que solo algunas pacientes se muestran participativas, la mayoría permanecen en silencio, pero atentas a lo que se estaba diciendo, sin embargo, conforme transcurrieron las sesiones la cooperación fue en aumento. Se creó una situación de empatía tanto con el terapeuta así como entre las participantes del grupo.

Al inicio del proceso, el grupo tendía a hablar sobre sus problemas emocionales y síntomas durante la mayor parte del tiempo. En general, las pacientes se sentían responsables de la conducta del esposo o de sus hijos, experimentado los problemas de ellos como propios, por lo anterior, la culpa fue un elemento importante a manejar. Sus verbalizaciones se referían principalmente a sentimientos negativos tanto de ellas mismas, así como de las personas que las rodeaban. Se pudieron observar autoreferencias y actitudes con una carga de negatividad hacia sí mismas, con una tendencia a juzgarse y a culparse. El grupo se encontraba bajo los valores introyectados de los demás, de su ambiente cultural y personal, es decir, basados en el deber ser.

Se pudo observar que algunas pacientes permanecieron en la periferia del grupo sin lograr integrarse en el proceso, esto fue debido al alto número de asistentes a la terapia.

Desde el inicio del proceso se manifestaron claramente situaciones transferenciales hacia las figuras del terapeuta y del coterapeuta. Se observó que al término de varias sesiones, algunas pacientes permanecían dentro del salón con la finalidad de verbalizar al coterapeuta, situaciones que en ese momento les preocupaban, las cuales se referían a la falta de atención por parte de la pareja o a problemas con los hijos. El coterapeuta permanecía en silencio durante la mayor parte de dichos encuentros.

Se observó que la mayoría de los miembros lograron identificar el tipo de problemas que presentaban, esto se pudo constatar por el tipo de verbalizaciones que hacían y por su desempeño dentro del grupo.

Los ejercicios de relajación jugaron un papel muy importante para el logro de tal fin, conduciendo al grupo al descubrimiento y a la importancia de estar en el aquí y ahora. Durante todas las sesiones del proceso se realizaban dichos ejercicios, donde las pacientes reportaban que esa era una forma de aquietar la mente, lo cual las conducía a una toma de decisiones más consciente y a un mejor manejo de su agresión.

Las condiciones que propició el terapeuta, tales como la ausencia de amenazas al yo, así como la libertad de que el grupo expresara sus sentimientos sin ser juzgado, contribuyeron para que los miedos disminuyeran. Se observó que el grupo trajo a la consciencia experiencias de las que hasta antes de iniciar el tratamiento, no había sido consciente. La mayoría de las pacientes verbalizaron que gran parte de sus problemas era el vivir de acuerdo con lo que piensan los demás y que esto las hacía sentirse insatisfechas.

Se observó en el grupo que las actitudes negativas que se presentaron con frecuencia la inicio del tratamiento fueron disminuyendo. Las verbalizaciones apuntaban hacia el sentirse más capaces de tomar decisiones y al reconocimiento de méritos propios, esto se pudo observar en aquellos miembros del grupo que participaban con mayor frecuencia, y en quienes reportaron haber llevado a cabo la mayor parte de los ejercicios que se dejaban como tarea, reconociendo que el propio trabajo las había conducido al logro de lo anteriormente señalado.

Durante la última sesión, algunas pacientes indicaron que se conducirían de una forma más adecuada en sus vidas, puesto que ya lo habían estado experimentando a lo largo del proceso. Reportaron relaciones interpersonales más satisfactoria e indicaron que los cambios podrían hacerse solo con la propia persona y no en los demás. Una vez que terminó el trabajo psicoterapéutico y durante la última sesión, se aplicaron nuevamente los dos instrumentos de medición en entrevistas individuales donde se pudo constatar que aquellas pacientes que habían permanecido en la periferia del grupo sin lograr integrarse al proceso, fueron quienes que no asistían con frecuencia y que en general no llevaban a cabo la realización de las tareas. En cuanto a la sintomatología ansioso depresiva, la mayoría del grupo expuso verbalmente que había disminuido, pero que no había desaparecido por completo.

La mayor parte de las integrantes del grupo coincidieron en señalar que la experiencia dentro del grupo era solo el inicio de un trabajo que se tenía que continuar.

Capítulo 4 RESULTADOS.

A continuación se presentan las puntuaciones obtenidas a través de los instrumentos de medición, así como los resultados obtenidos en el análisis estadístico de los datos.

a) Puntuaciones obtenidas con la Escala de Hamilton para la medición de la Ansiedad, (pretest y postest):

Tabla 1. Ansiedad

Paciente	Pretest	Postest
1	26	14
2	34	22
3	16	3
4	25	12
5	30	16
6	47	37
7	40	33
8	23	2
9	28	18
10	42	39
11	29	26
12	23	14
13	41	32
14	35	27
15	24	10
16	23	13
17	30	14
18	38	32

b) Puntuaciones obtenidas con la Escala de Zung para la Automedición de la Depresión,(pretest y postest):

Tabla 2. Depresión

Paciente	Pretest	Postest
1	64	38
2	69	64
3	70	64
4	69	66
5	64	49
6	81	78
7	65	63
8	64	55
9	66	49
10	70	63
11	69	68
12	66	50
13	65	64
14	71	66
15	64	55
16	64	56
17	69	60
18	78	73

Para el análisis cuantitativo de los datos se utilizó la prueba de rangos señalados y pares igualados de Wilcoxon.

Al realizar la comparación entre los puntajes obtenidos con la Escala de Hamilton para la Medición de la Ansiedad (pretest y postest), se encontró un valor $Z = -3.72$, una significancia de 0.0002 y una $\bar{X} = 30.66$ (pretest) y $\bar{X} = 20.22$ (postest). Lo cual indica una disminución significativa en los niveles de ansiedad.

Al comparar los puntajes obtenidos con la Escala de Zung para la Automedición de la Depresión (pretest y postest), se encontró un valor $Z = -3.72$, una significancia de 0.0002 y una $\bar{X} = 53.72$ (pretest) y $\bar{X} = 47.6$ (postest). Lo cual indica una disminución significativa en los niveles de depresión.

Sobre la base de lo anterior se rechaza la hipótesis nula y se concluye que sí existen diferencias estadísticamente significativas en los niveles de ansiedad y depresión en pacientes que recibieron psicoterapia de grupo.

Lo anterior solo es aplicable a la población estudiada: grupo de 18 mujeres con un diagnóstico ansioso depresivo con un rango de edad entre los 25 y los 60 años.

A continuación se presentan la historia clínica de una de las pacientes pertenecientes al grupo, así como la evaluación que ella misma realizó sobre el tratamiento recibido.

Historia Clínica Psicológica*

a) Ficha de identidad:

Sexo: femenino

Edad: 42

Estado civil: casada

Escolaridad: primer año de preparatoria

Ocupación: ama de casa

b) Motivo de consulta:

P.A. Miedo generalizado, insomnio, disnea, palpitaciones, disminución considerable en la actividad sexual, irritabilidad, tristeza, llanto fácil, falta de interés por las cosas, desesperación, baja autoestima, capacidad de concentración y análisis disminuida. Reporta problemas con la pareja y con los hijos.

Se observa discurso coherente, no presenta sintomatología psicótica D.X.: Trastorno ansioso depresivo. Tratamiento: psicoterapia de grupo.

c) Evaluación de la terapia.

" Cuando llegué a la terapia mi situación era angustiante, me sentía mal al no tener control sobre mis actos, creía que los demás eran culpables de mi situación. En el grupo me he conscientizado de mi problemática, antes solo observaba las partes negativas de mi persona, me miraba con rigidez y con mucha culpa, y ahora ya no es así, aún cuando sigue llegando este tipo de

* Datos tomados del expediente clínico.

pensamientos trato de poner en practica lo que aprendi en la terapia. Me ha servido el aprender a observarme sin juicios, no se me habia ocurrido antes algo asi. He logrado a través de la terapia poner un cierto orden, ahora reconozco que he vivido con miedo, en este momento puedo ver las consecuencias que esto ha tenido. He podido identificar lo que pienso y lo que siento. Cuando se habló del tema ser mujer, me di cuenta que no soy culpable del fracaso de mi pareja y de que mi sistema de creencias ha sido equivocado. Ahora sé que soy yo misma la que resolverá mi vida, es mi responsabilidad y de nadie más, he esperado de afuera lo que yo misma puedo darne. Con el taller de muerte descubri que no he tomado de la vida lo que me da, por la necesidad de esperar que me lo den los que me rodean.

Me he dado cuenta que ahora ya no me cuesta tanto trabajo conciliar el sueño, han disminuido las palpitaciones que antes sentia con mayor frecuencia, también ha aumentado mi interés por hacer las cosas.

Durante la terapia he tomado varias decisiones, por ejemplo, la de ocuparme por mi propia persona y la de ser honesta conmigo misma. Ahora disfruto más el contacto con la gente, también he logrado tener relaciones sexuales satisfactorias con mi esposo, además tengo más placer ya que en la terapia pude conocer más sobre sexo y sexualidad. Otro logro es el reconocer cuales han sido mis muletas: el no puedo, el miedo, el comportarme como victima, la dependencia y el autoengaño. Todas las tareas que nos han dejado y que he realizado, me han servido mucho para ser mas consciente de mi situación y para reflexionar sobre puntos que antes no habia visto. Los ejercicios de relajacion me han ayudado a aquietar mis pensamientos, estando más tranquila he logrado ver las cosas con mayor claridad y así he podido tomar decisiones de una forma mas consciente. Otra cosa importante es el haberme dado cuenta de que yo misma creaba los pensamientos negativos que me asaltaban en todo momento, y que de la misma forma soy yo la que está creando nuevos pensamientos que hacen que me sienta mejor, creo que estoy aprendiendo a ver las cosas de diferente manera, ya no de forma negativa como antes. Sé que todavia hay muchas cosas por resolver, hay cosas que no son muy claras y es por eso que quiero seguir aprendiendo y posiblemente continuar trabajando dentro de otro grupo. Le agradezco mucho al doctor y a todas mis compañeras por haber compartido sus experiencias.¹⁰

d) Puntuación obtenida en la aplicación de los instrumentos de medición:

	Escala de Hamilton	Escala de Zung
Primera aplicación:	27 (moderado)	62 (presencia de depresión marcada)
Segunda aplicación:	14 (leve)	53 (presencia de depresión ligera)

¹⁰ Textual.

En este caso se puede observar que la paciente ha logrado identificar algunos de sus problemas. Señala que a través del trabajo realizado durante la terapia haber podido tomar decisiones de manera más consciente. Ha logrado descubrir elementos de su personalidad que antes no conocía. Se observa también una disminución en los niveles de la sintomatología ansioso-depresiva, tanto en la evaluación que ella misma realizó, así como en los resultados obtenidos a través de los instrumentos de medición

Capítulo 5 CONCLUSIONES

El desarrollo del presente trabajo ha permitido conocer de cerca un proceso grupal en mujeres con un diagnóstico ansioso-depresivo, en el que se aplicó una técnica basada en el grupo operativo y en las técnicas de relajación.

El objetivo principal de la presente investigación era saber si por medio de la psicoterapia grupal sería posible una disminución en los niveles de ansiedad y depresión.

Los resultados obtenidos al final del estudio, mostraron una disminución significativa en la sintomatología ansioso-depresiva, lo cual contribuyó a un mejoramiento en las relaciones interpersonales de las pacientes. También se observaron mejoras en términos de demanda de afecto, tolerancia, comprensión de su problemática y en la capacidad para resolver sus problemas.

En general, la psicoterapia propició en el grupo conductas más adaptativas y menos tendientes al fracaso. Casi todas las pacientes llegaron a reflexiones sobre sus conflictos, donde la psicoterapia representó para ellas la oportunidad de hacerse responsables de su propia conducta.

De acuerdo con las características de la muestra estudiada, no es posible generalizar los resultados, sin embargo, los hallazgos del presente estudio concuerdan con lo expresado por distintos autores (Weissman, 1975, Covi y cols. 1974 y Friedman, 1975), en relación a una reducción de la sintomatología ansioso-depresiva, así como efectos positivos en el ajuste social y en las relaciones interpersonales en pacientes después del tratamiento de psicoterapia de grupo. En términos generales, de acuerdo con los autores y con lo observado en la presente investigación, se puede considerar a la psicoterapia como un proceso de aprendizaje, donde el paciente aprende nuevos aspectos de sí mismo, nuevas maneras de relacionarse con los demás y nuevos modos de conducirse. Al inicio del proceso psicoterapéutico objeto del presente estudio, las pacientes tendían a hablar acerca de sus problemas y síntomas durante la mayor parte del tiempo, este tipo de conversación fue reemplazado, a medida que avanzó la terapia, por enunciados que mostraron alguna comprensión de las relaciones entre su conducta pasada y presente y entre conductas habituales. Más tarde pareció producirse un incremento en el análisis por parte de las pacientes, acerca de las nuevas acciones que concordaban con su nueva comprensión de la situación.

También se observó que las actitudes negativas (el considerarse indigno e incapaz de resolver problemas), predominaron en las primeras fases de la terapia, sin embargo, a medida que avanzó el proceso, las actitudes positivas (el percibirse como una persona de merito, digna de respeto y con capacidad para afrontar los problemas), superaron ligeramente a las negativas.

Al inicio del proceso, las pacientes dedicaban una parte considerable de su tiempo a la consideración de los elementos impersonales, pero gradualmente, el interés se desplazó hacia su propia persona. Esto puede deberse al hecho de que el terapeuta se centró en sus sentimientos, percepciones y evaluaciones. De igual forma también se debe al hecho de que el paciente siente que los elementos personales son aquellos aspectos de la situación que potencialmente están bajo su control.

Durante las primeras sesiones, las pacientes tendían a juzgarse, en gran medida según patrones o normas ajenos. A medida que se desarrolló la terapia, se sentían más desalentadas y críticas con respecto a sí mismas, experimentando actitudes contradictorias. A medida que se fueron explorando dichas actitudes, se tomaron más realistas en su auto-percepción, ahora tratando de no juzgarse.

Es importante señalar que, no obstante los resultados obtenidos en la presente investigación, algunas pacientes no se integraron adecuadamente dentro del proceso psicoterapéutico, lo anterior puede deberse al hecho de que el grupo estuvo conformado por 18 pacientes, y tal como lo señala Rogers (1966), el ir más allá de 6 participantes, provocó que el proceso del grupo fuera lento e incrementó el número de personas que permanecieron en la periferia sin incluirse en el proceso.

En base a lo anterior, puede concluirse que la aplicación de la técnica psicoterapéutica favoreció la disminución de los síntomas ansioso-depresivos. Al término del proceso psicoterapéutico, la mayoría de las participantes coincidieron en señalar que la experiencia dentro del grupo fue sólo el inicio de un trabajo que era necesario continuar dentro de otro grupo terapéutico o en sesiones individuales.

CAPITULO 6 LIMITACIONES Y SUGERENCIAS.

El grupo objeto del presente estudio, estuvo conformado por 18 pacientes, lo cual representó una limitación importante, ya que, como se mencionó anteriormente, algunas de las participantes permanecieron en la periferia del grupo sin lograr integrarse adecuadamente al proceso

Dentro de la institución en la cual se llevo a cabo la presente investigación Hospital General Regional No. 72 del Instituto Mexicano del Seguro Social), se encuentran trabajando 4 psicólogos, donde cada uno de ellos atiende un promedio de 13 pacientes en 7 horas de trabajo diario. Lo anterior representa un problema, ya que por tal motivo, los terapeutas se ven ante la necesidad de trabajar en sesiones grupales con un promedio de 20 pacientes. A mitad del proceso terapéutico, objeto de la presente investigación, estaba ya conformado el siguiente grupo con un promedio de 30 pacientes en espera de recibir tratamiento psicológico

Es un hecho conocido que en México los servicios de salud mental presentan grandes limitaciones. Como parte del sistema general de salud se encuentran el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), el Instituto Mexicano al Servicio de los Trabajadores del Estado (ISSSTE) y Salubridad y Asistencia (SA), en donde persiste una gran desigualdad en cuanto a sus recursos y la calidad de sus servicios.

En México, de acuerdo con los datos obtenidos a través de diferentes estudios, Salgado (1995) y Caraveo (1996), resalta la magnitud de los trastornos ansioso depresivos, cuyas consecuencias son diversas e impactan tanto en el plano individual como en el familiar, social y económico. Por lo tanto se hace necesario multiplicar los servicios de salud mental, mejorar los ya existentes con la finalidad de brindar una adecuada atención e informar al público sobre estos servicios. Cabe mencionar que hay poblaciones en las que estas necesidades son más imperiosas, como en el caso de mujeres de zonas rurales y en mujeres de zonas urbanas con baja escolaridad.

Es necesario también, planear los servicios de salud tomado en cuenta los roles sociales tanto de hombres como de mujeres que los limitan para asistir a tratamiento, ya que se ha encontrado que los hombres no acuden a solicitar tratamiento por poner en riesgo su rol de proveedor, mientras que las mujeres, por su rol de cuidadoras, toman mas en cuenta los problemas y las necesidades de los demás que los de ellas mismas.

BIBLIOGRAFÍA

- Alonso, A. (1993) *Psicoterapia de grupo en la práctica clínica*. El Manual Moderno. México.
- Arieti, S. (1981) *La depresión: l'orientamento psicoterapeutico*. Feltrinelli Editore. Milano.
- Ballús, C. (1996) La depresión en el contexto de la clínica médica. *Revista Psiquiatría Fac. Med. Barna*. V. 23 No. 7: 203-208
- Baltegray, R. (1967) *Psicoterapia di gruppo*. Società Editrice Il Mulino. Bologna.
- Bauleo, A. (1982) *Ideología, grupos y familia*. Folios Ediciones. México
- Bauleo, A. (1983) *La propuesta grupal*. Folios Ediciones. México.
- Beck, A. (1976) *Cognitive therapy and emotional disorders*. International Universities Press. New York.
- Bleger, J. (1985) *Temas de psicología*. Nueva Visión. Buenos Aires.
- Calderón, N. (1987) *Depresión: causas, manifestaciones y tratamiento*. Trillas. México.
- Caraveo, A; Medina, M; Rascón, M; Villatero, J; Martínez, A; Gómez, M. (1996) La prevalencia de los trastornos psiquiátricos en la población urbana adulta en México. *Salud Mental*. V. 19 No. 3: 14-21
- Defontaine, J. (1982) *Manual de psicometría y relajación*. Edit. Masson. Barcelona.
- Ellis, A. (1978) *Rational psychotherapy*. J. Gen. Psychol.

Foulkes, S. (1981) *Psicoterapia de grupo analítica: métodos y principios*. Gedisa. Barcelona.

Grinberg, L. (1971) *Psicoterapia de grupo: su enfoque psicoanalítico*. Paidós. Buenos Aires.

Hamilton, M. (1960) *A rating depression scale*. Arch. Gen. Psychiatry.

Hernández, M. (1986) *Depression among mexican women: a transgenerational perspective*. Paper presented at the biannual meeting of the National Coalition of Hispanic Health and Human Services Organization, New York.

Jacobson, E. (1958) *Progressive relaxation*. University of Chicago. Press Chicago.

Klein, D. (1981) *Anxiety: new research and challenging concepts*. Raven Press. New York.

Klerman, B. (1977) *Anxiety and depression*. Burrous, G. Handbook os studies on depression. Excerpta medica. New York.

Lara, A; Medina, E; Salgado, N; Acevedo, M; Díaz, M; Villatoro, J. (1996) Utilización de servicios para problemas de salud mental en población femenina: tres estudios. *Salud Mental*, V. 19, No. 2: 42-49.

Lara, F. (1992) *Psicodinamia, psicopatología y roles familiares en una muestra de mujeres mexicanas*. Instituto Mexicano de Psiquiatría, México.

McGrath (1995) *Women and depression: risk factors and treatment issues*. American Psychological Association. Washington, D. C.

MacKinnon, R. (1973) *Psiquiatría clínica aplicada*. Interamericana. México.

Masson, S. (1985) *Las relajaciones*. Colección Psicomotricidad. Gedisa. Barcelona.

Mayer-Gross (1974) *Clinical psychiatry*. Cassel New York.

Moreno, J. (1966) *Psicoterapia de grupo: introducción a la teoría y a la praxis*. Fondo de Cultura Económica. México.

Pérez, Z. (1986) *Conceptos fundamentales de la teoría y técnica del grupo operativo*. Tesis de Licenciatura. Facultad de Psicología, UNAM. México.

Pichón, R. (1975) *El proceso grupal: del psicoanálisis a la psicología social*. De. Nueva Visión. Buenos Aires.

Rehm, L. (1977) *Cognitive and behavioral targets in a self - control therapy program for depression*. J. Consult. Clin. Psychol., 55.

Rogers, C. (1966) *Psicoterapia centrada en el cliente*. Paidós. Buenos Aires.

Salgado, N; Díaz, M; Maldonado, M; (1995) Los nervios en las mujeres mexicanas de origen rural como motivo para buscar ayuda. *Salud Mental*. V. 18 No. 1: 50-55

Sapir, M. (1977) *Técnicas de relajación y psicoanálisis*. Paidós. Buenos Aires.

Slavson, S. (1976) *Tratado de psicoterapia grupal analítica*. Paidós. Buenos Aires.

Shultz, J. (1969) *El entrenamiento autógeno*. Científico Médica. Barcelona.

Spielberg, A (1979) *Anxiety*. Academic Press. New York.

Vallejo, R. (1985) *Neurosis de angustia y fóbica*. En *Introducción a la psicopatología y psiquiatría*. Salvat. Barcelona.

Vallejo, R. (1990) *Trastornos afectivos: ansiedad y depresión*. Salvat. Barcelona.

Vazquez, B. (1987) *Depresión y ansiedad: perfiles sociodemográficos diferenciales en población en general*. Actas Luso-Esp. Neurol.

Walton, H. (1973) *Psicoterapia di gruppo*. Società Editrice Il Mulino. Bologna.

Weissman, M. (1974) *The depressed woman: a study of social relationships*. University of Chicago Press. Chicago.

Weissman, M. (1978) *Epidemiology of mental disorders*. Emerging trends in the USA. Arch. Gen. Psychiatry.

Zimmermann, D. (1969) *Estudios sobre psicoterapia psicoanalítica de grupo*. De Home. Buenos Aires.

Zung, W. (1965) *A Self Rating Depression Scale*. Arch. Gen. Psychiatry.

A P E N D I C E A



ESCALA DE HAMILTON PARA EVALUACIÓN DE LA ANSIEDAD

Ausente	=	0
Leve	=	1
Moderado	=	2
Grave	=	3
Totalmente incapacitado	=	4

- 1) **Estado ansioso**
Preocupaciones, temor de que suceda lo peor, temor anticipado, irritabilidad. ()
- 2) **Tensión**
Sensación de tensión, fatigabilidad, sobresalto al responder, llanto fácil, temblor, sensación de inquietud, imposibilidad de relajarse. ()
- 3) **Temores**
De la obscuridad, de extraños, de ser dejado solo, de animales, del tráfico, de las multitudes. ()
- 4) **Insomnio**
Dificultad para conciliar el sueño. Sueño interrumpido. Sueño insatisfactorio y sensación de fatiga al despertar, sueños, pesadillas, terrores nocturnos. ()
- 5) **Intelectual (comprensión)**
Dificultad de concentración. Memoria pobre. ()
- 6) **Estado depresivo**
Pérdida de interés. Falta de placer en los pasatiempos, depresión, despertar temprano, transposición de sueño y vigilia. ()
- 7) **Sistema somático (muscular)**
Dolores y mialgias, espasmos musculares o calambres, rigidez, tics mioclónicos, rechinar de dientes, voz vacilante, tono muscular aumentado. ()
- 8) **Sistema somático (sensorial)**
Tinitus, visión borrosa, oleadas de frío y calor, sensación de debilidad, sensación de prurito. ()



9) **Síntomas cardiovasculares**

Taquicardia, palpitaciones, dolor precordial, pulsaciones vasculares pronunciadas, sensación de desmayo, arritmia. ()

10) **Opresión o constricción torácica. Sensación de ahogo, suspiros, disnea** ()

11) **Síntomas gastrointestinales**
Dificultad al deglutar, flatulencia, dolor abdominal, sensación de ardor, pesadez abdominal, náuseas, vómitos, borborigmos, heces blandas, pérdida de peso, estreñimiento. ()

12) **Síntomas genito-uritarios**
Polaquiuria, micción urgente, amenorrea, menorragia, frigidez, eyaculación precoz, pérdida de libido, impotencia. ()

13) **Síntomas del sistema nervioso vegetativo**
Sequedad bucal, rubor, palidez, tendencia a la sudoración, vértigo, cefaleas por tensión, erecismo piloso ()

14) **Comportamiento durante la entrevista**
Inquietud, impaciencia o intranquilidad, temblor de manos, fruncimiento del ceño, rostro preocupado, suspiros o respiración rápida, palidez facial, deglución de saliva, eructos, tics. ()

CIBA-GEIGY
Sistema Nervioso Central

AF-05
EXLIDA

NOMBRE DEL PACIENTE: _____

EDAD _____ SEXO _____ FECHA _____

Por favor, señale una respuesta de cada uno de los 20 elementos.	Nada o Pocas Vezes	Algunas Vezes	Muchas Vezes	Le Muestran de Siempre
1. ME SIENTO ABATIDO, DECAIMADO Y TRISTE	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4
2. POR LA MAÑANA ES CUANDO MEJOR ME SIENTO	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 1
3. TENGO ATADUES DE LLANTO O DE SORTEOCHAR	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4
4. TENGO PROBLEMAS DE BUENO DURANTE LA NOCHE	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4
5. COMO IGUAL QUE ANTES	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 4
6. DIFÍCIL AL MIRAR, CONVERSAR Y ESTAR CON NUESTRAS HOMBRAS A FACETIVOS	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 4
7. NOTO QUE ESTOY PERDIENDO PESO	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 4
8. TENGO PROBLEMAS DE ESTREÑIMIENTO	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4
9. MI CORAZON LATE MAS RÁPIDO DE LO COSTUMBRADO	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4
10. ME CAIGO SIN MOTIVO	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4
11. MI MEME ESTÁ TAN DESPEJADA COMO SIEMPRE	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 4
12. ME RESULTA FACIL HACER TODO LO QUE SOLIA HACER	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 4
13. ME ENCUENTRO RITUALICULO, NO PUENO ESTAR UNO	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4
14. TENGO ESPERANZAS EN EL FUTURO	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 4
15. SOY MAS IRITABLE QUE DE COSTUMBRE	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4
16. TOMO LAS DECISIONES FACILMENTE	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 4
17. SIENTO QUE SOY UTIL Y NECESARIO	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4
18. SIENTO QUE MI VIDA ESTÁ LENA	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 4
19. SIENTO QUE LOS TEMAS ESTARIAN MEJOR SIN MI SI ESTUVIESE MUERTO	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 4
20. SIGO DISFRUTANDO CON LO QUE HACIA	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 4
				PUNT BRUTA
				INDICE SDA

Indice de SDA	Impresiones Clínicas Equivalentes
Dejado de 50	Dentro de lo normal, sin psicopatología
50-59	Presencia de depresión mínima o leve
60-69	Presencia de depresión moderada o marcada
70 o más	Presencia de depresión severa o extrema

Conversión de la Puntuación Bruta al Índice de SDA							
Punt. Bruta	Indice de SDA	Punt. Bruta	Indice de SDA	Punt. Bruta	Indice de SDA	Punt. Bruta	Indice de SDA
21	16	33	41	45	54	57	65
22	16	34	41	46	54	58	65
23	16	35	42	47	55	59	66
24	16	36	43	48	56	60	67
25	17	37	44	49	57	61	68
26	17	38	45	50	58	62	69
27	17	39	46	51	59	63	70
28	17	40	47	52	60	64	71
29	18	41	48	53	61	65	72
30	18	42	49	54	62	66	73
31	18	43	50	55	63	67	74

A P E N D I C E B

Frases para el ejercicio No. 2 de la sesión 12

1. Soy lo que pienso, digo y hago.
2. Cuando decido es cuando más persona soy
3. La muerte existe porque me apego a la vida.
4. La sensación de perder cosas aparece porque me aferro a ellas.
5. El nacimiento y la muerte son procesos naturales.
6. Cada uno de nosotros es cien por ciento responsable de cada una de nuestras experiencias.
7. Cada idea que pensamos está creando nuestro futuro.
8. El punto de atención está siempre en el momento actual.
9. Sólo es una idea, y una idea puede cambiarse.
10. Si no supiera las cosas que se, ¿las creería ciertas?
11. Cada cuerpo llega a su destino por su propio peso.
12. Si hacemos "lo mismo", es por no saber hacer "lo otro"; al conocer "lo otro", tenemos perder "lo mismo".
13. Si vives posponiendo todo, al momento de la muerte tendrás solo ignorancia.
14. Solamente se un observador, deja que suceda, no interfieras.
15. Aflijirse por lo que no se tiene, es desperdiciar lo que sí se tiene.
16. Tú eres lo que eliges ser hoy día, no lo que antes elegiste ser.
17. En la naturaleza no hay premios ni castigos, ni culpa, solo consecuencias.
18. Simplemente deja que la muerte se te aproxime, inmediatamente tus convicciones superficiales e intelectuales desaparecerán.