



UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTÓNOMA DE MÉXICO



Facultad de Psicología

DEPRESIÓN: UNA PROPUESTA DE TALLER.

TESIS

QUE PARA OBTENER EL GRADO DE
Licenciado en Psicología

P R E S E N T A

Sandra Lucia Balon Narciso
Y
Yadira Betsaida Carmona Ventura

DIRECTOR DE TESIS:

Mtro. Sotero Moreno Camacho

REVISOR:

Mtra. Alma Mireia López Arce Coria

México, D.F. Octubre 2014



Universidad Nacional
Autónoma de México



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.

INDICE

DEDICATORIAS Y AGRADECIMIENTOS.....	5
INTRODUCCIÓN.....	12
MARCO TEORICO.....	15
CAPITULO 1: TRANSTORNO DEL ESTADO DE ANIMO; DEPRESIÓN	
1.1 Antecedentes históricos.....	16
1.2 Definición de la depresión.....	18
1.3 Clasificación de la depresión.....	20
1.3.1 Depresión leve.....	23
1.3.2 Depresión moderada	23
1.3.3 Depresión intens.....	24
1.4 Síntomas de la depresión.....	25
1.4.1 síntomas Físicos	25
1.4.2 síntomas Emocionales	25
1.4.3 Síntomas cognitivos	25
1.4.4 Síntomas conductuales.....	26
1.5 Factores desencadenante	26
1.5.1 Factor cultural.....	26
1.5.2 Factor Psicosocial.....	27
1.5.3 Factor Biofarmacológicos.....	27
1.5.4 Factor Hereditario.....	28
1.5.5 Factor Cognitivo.....	29
1.5.6 Factor Cerebral.....	30
1.5.7 Factores Evolutivos.....	30
1.6 Consecuencias.....	31
CAPITULO 2. TERAPIA COGNITIVO-CONDUCTUAL	
2.1 Antecedentes de la terapia cognitiva- conductual.....	33
2.2 Terapia cognitiva conductual.....	34
2.3 Técnicas de la terapia cognitivo- conductual.....	37
2.3.1 Terapia racional emotiva.....	37

2.3.2 Técnicas en relajación.....	38
2.3.3 Entrenamiento en habilidades sociales.....	41
2.3.4 Asertividad.....	43
2.3.5 Entrenamiento en solución de problemas.....	43
2.3.6 Autocontrol.....	45
2.3.7 Autoinstrucciones.....	46
2.3.8 Autoobservación.....	46
2.3.9 Técnicas de dominio y satisfacción.....	47

CAPITULO 3: CONCEPTOS BASICOS EN LA CONSTRUCCION DE UN TALLER

PSICOEDUCATIVO.

3.1 Definición de terapia de grupo.....	50
3.2 Definición de taller psicoeducativo.....	50
3.3 Objetivos de un taller psicoeducativo.....	52
3.4 Diferencias entre taller psicoeducativo y psicoterapia grupal.....	52
3.5 Características generales de una talles psicoeducativo.....	53
3.6 Número de participantes.....	54
3.7 Rol del conductor del grupo.....	55
3.8 Tipos de talleres psicoeducativo.....	56
3.9 Plan de trabajo.....	57
3.9.1 Definir los objetivos	57
3.9.2 Diseño de las sesiones.....	58
3.10 Técnicas Participativas.....	58
3.11 Proceso de cierre.....	60

CAPUTILO 4 DEPRESIÓN; UNA PROPUESTA TERAPEUTICA

4.1 Justificación.....	62
4.2 Objetivo general.....	64
4.3 Objetivos específicos.....	64
4.4 Hipótesis.....	65
2.5 Método.....	65
4.6 Materiales.....	66
4.7 Procedimiento.....	66
4.8 Cartas descriptivas.....	67
CONCLUSIONES.....	74
ALCANCES.....	79
LIMITACIONES.....	81
REFERENCIAS.....	83
ANEXOS.....	88

DEDICATORIAS Y AGRADECIMIENTOS

SANDRA L. BALON NARCISO

DEDICATORIA

A MÍ:

Sandra L. Balon N., quién a pesar de mis orígenes humildes, fui evolucionando hasta demostrarme que lo importante no es de donde vengas sino a dónde vas.

Porque supe adaptarme al cambio y aprovechar las oportunidades de la vida; reconociendo mis fortalezas y debilidades, trabajando duro, superando los obstáculos, haciéndome cargo de mis derrotas para reconocer mis triunfos.

Me dedico esto, porque creo que para poder reconocer lo que los demás hicieron por mí, es importante reconocer mis logros. También porque mi carrera universitaria en general, me ayudo a desarrollarme no solo de forma intelectual, sino espiritual.

Gracias

Por ser quién soy y seguir luchando por más

Sandra L. Balon Narciso

AGRADECIMIENTOS

A DIOS:

Por brindarme la oportunidad de vivir y cumplir con mis sueños. Por ayudarme a mantener la fe y la fortaleza en mí y Sobre todo por rodearme de personas maravillosas.

A LA UNAM:

Por formarme en la carrera de Lic. En Psicología y ofrecerme muchas oportunidades de crecer profesionalmente.

A MI FAMILIA:

Mí hermana **Karina**, quien me apoyo moral y económicamente, "te amo hermana, tú me enseñaste a nunca rendirme y ser fuerte, me demostraste que a pesar de que la vida sea dura con nosotros, debemos agradecer y empezar de cero, eres una gran mujer y madre".

Mis padres; **Lucía y Sebastián**, por sus palabras de aliento, su consuelo, aunque ustedes no estudiaron una carrera universitaria siempre me enseñaron a luchar por mis metas y gracias a su amor y perseverancia, todo fue posible.

MI hermano **Daní**, por enseñarme a tener coraje, "sabes que te quiero y creo en tí como tú en mí, eres mi ave fénix; siempre sales de las cenizas".

Mi hermano **Víctor**, por protegerme y demostrarme su apoyo y amor.

A mis sobrinos; **Yaret, Victoria, Julieta** y los que faltan, espero que este logro sea una huella que puedan seguir en el futuro.

"Lo hicimos familia, Gracias"

A MIS AMIGAS:

Yadira, quien es mi compañera en esta tesis. "Amiga sabes que te quiero y siempre lo hare, gracias por estar conmigo en este camino universitario, te espero a mi lado en el futuro".

Marbella y Erandi, por vivir momentos tan maravillosos en la facultad, todas esas risas y lágrimas, me enseñaron tanto de la amistad, "siempre tendremos los recuerdos y el futuro, las quiero"

Liliana, "gracias por tu apoyo y compañía, te aprecio mucho, tú empezaste todo esto conmigo".

A MI DIRECTOR DE TESIS:

Sotero Moreno Camacho, gracias por su apoyo y por dirigirnos en la realización de esta tesis.

A MIS SINODALES

Gracias.

"He peleado la buena batalla, he terminado la carrera, he guardado la fe". 2 Timoteo 4:7

Dedicatorias y agradecimientos

Dedico este trabajo principalmente a Dios, por haberme dado la vida y permitirme el haber llegado hasta este momento tan importante de mi formación profesional, por los triunfos y los momentos difíciles que me han enseñado a valorarlo cada día más.

A mi padre; **Víctor Aurelio**, por ser mi ejemplo de vida y siempre estar presente. Te agradezco por nunca escatimar tu dinero en mi educación, darme amor, consejos, comprensión, enseñarme a ser paciente, humilde y a perdonar. Valoro tus desvelos en el trabajo para que yo tuviera la oportunidad de conocer esta linda etapa de mi vida que es mi carrera. Eres el mejor ser humano que puede haber conocido en este mundo. Gracias por elegirme como hija. TE AMO

A mi madre; **Marcela**, por ser valiente y demostrarme que el que persevera alcanza y que nunca es demasiado tarde para lograr una meta. Te agradezco por traerme a este mundo y enseñarme a ser una guerrera en las batallas así como nunca olvidar quien soy.

Orgullosa de ti.

A mi hermano; **Giovanni La fayette**, por ser la primer persona que vi en este mundo. Te agradezco por tu apoyo cuando las cosas se ponen difíciles y enseñarme ese amor de hermanos. "Mi guerrero de sangre"

A mi cuñada; **Silvia**, por su doble esfuerzo al ser madre y estudiante. Te agradezco por permitirme ser alguien especial en tu vida, al igual por tenerme confianza.

A mi hermana; **Diana**, por su triple esfuerzo al ser madre y padre así como haber concluido su carrera y una especialidad. Te agradezco por enseñarme que a pesar de las adversidades siempre se puede salir adelante. Te admiro

A mi sobrino; **Jhosimar**, que a pesar de su corta edad es muy maduro. Te agradezco por alegrarme todos mis días.

A mis sobrinos los más pequeños, **Jasahir** y **Giovannito**, por permitirme vivenciar lo que es la inocencia de ser niños.

No es fácil llegar, se necesita perseverancia, lucha y deseo, pero sobre todo apoyo como el que he recibido de ustedes, ahora más que nunca se acredita mi cariño, admiración y respeto.

Nunca podré pagarles todo su apoyo y amor ni aun con las riquezas más grandes del mundo.

¡LO HEMOS LOGRADO !

A mi persona favorita; **Enrique**, por tu incondicionalidad. Te agradezco por tu amor, apoyo, atención para cuando lo requerí, sobretodo en este camino que no fue fácil, siempre enrolándome a vivir cada momento y a ser sensible con las personas. Muchas gracias por ser parte de mi vida.

A mis amigas:

A **San**, no pude escoger a otra persona para empezar y terminar contigo esta hermosa experiencia. Te agradezco, por ser siempre honesta y poder experimentar que una amistad puede salir adelante a pesar de la diversidad de pensamientos y formas de ser a través del amor, perdón y respeto.

A **Marbe**, gracias por ese primer día de clases yaqué a eso está amistad creció. Te agradezco por ser siempre tan comprensible y escucharme sin juzgarme. Un honor estar en tu espacio.

A **Eran**, por compartir bellos momentos, brindarme tu amistad y apoyo.

A **Norma**, gracias por brindarme tu amistad y descubrir juntas numerosas vivencias, muchas cosas que contarle a nuestros hijos. Gracias por permitirme ser parte de tu familia.

A mis **Profesores**:

Que en este andar por la vida, influyeron con sus lecciones y experiencias en formarme como una persona preparada para los retos que pone la vida, a todos y cada uno de ellos les dedico cada una de estas páginas de mi tesis y sobre todo a mi Director, Mtro. Sotero Moreno Camacho y a mis sinodales por compartir su conocimiento y guiarme en este proceso.

INTRODUCCIÓN

El término de depresión ha tenido diferentes significados a lo largo de la historia, la mayoría hace referencia a la falta de “algo” en la vida lo cual no te permite disfrutar. Tardo un periodo largo de tiempo para que pudiera reconocerse como enfermedad mental, hoy en día aún no se toma en serio las consecuencias de este padecimiento.

Últimamente la depresión se presenta con mayor frecuencia nuestra población, el sector más vulnerable son las mujeres; sin embargo existe un índice significativo que sostiene que son los jóvenes adultos entre 18 y 25 años debido a factores psicosociales. La mayoría de las veces padecen baja autoestima, aislamiento social, dificultades de convivencia, duelo prolongado ante una pérdida del cónyuge ,por falta de apoyo familiar o excesiva dependencia de la pareja, falta de participación en actividades sociales o profesionales, grado de satisfacción o insatisfacción con las actividades o planes de acción.

Puede llegar a ser un problema de salud serio, en específico cuando es de larga duración e intensidad moderada a grave, puede generar gran sufrimiento y si no se atiende o se diagnostica de forma adecuada puede llevar a la muerte.

Considerando todos estos aspectos es importante mencionar el papel de la psicología en la generación de alternativas de tratamientos para la mejora de este padecimiento social, es por ello que se realizó un taller psicoeducativo con técnicas cognitivas conductuales para la mejora de los síntomas de esta enfermedad. Nuestro principal objetivo fue impartir un taller a pacientes diagnosticados con depresión moderada en el centro de Servicios Psicológicos “Dr. Guillermo Dávila”, para poder

general un cambio en el estado de ánimo y brindar herramientas para resolver problemas así como disminuir pensamientos negativos y proporcionar habilidades de autocontrol, sociales y reforzamiento positivo así como psicoeducarlos para que entiendan la enfermedad que están padeciendo. Con esto pretendemos no solo disminuir los síntomas depresivos sino producir un crecimiento personal donde puedan auto controlarse en situaciones problemáticas y generar nuevas alternativas de solución.

El estudio fue mixto con enfoque cualitativo dominante, con un grupo de 12 personas e 20 a 30 años, que hayan diagnosticados con depresión moderada sin tratamiento farmacológico sin importar y sexo indistinto. Se impartió en el Centro de Servicios Psicológicos “Dr. Guillermo Dávila “ , ubicada en la Facultad de Psicología de Ciudad Universitaria, en la cámara 7-8 , en un horario de 18:00 a 20:00 los días Martes, en un total de 10 sesiones con opción de modificación si es necesario.

La recolección de datos se llevó a cabo a través de las observaciones de conductas (como se relacionan con los demás) y estados de ánimo de los pacientes en cada sesión, entrevistas no estructuradas, así como la revisión de actividades, dinámicas y se aplicara la escala de depresión de Beck como pre test y post test para evaluar los cambios en el estado de ánimo.

**MARCO TEORICO
CAPITULO 1:
TRANSTORNO DEL ESTADO DE ANIMO;
DEPRESIÓN**

1.1. ANTECEDENTES HISTÓRICOS

La palabra ánimo viene del término alma, y alma es lo que da la vida, ímpetu, gracia, levedad, impulso a autorrealizarse y saborear la existencia, es lo que abre al deseo de perdurar y a aventarse intrépidamente en lo incógnito.

El alma proporciona ánimo a las demás cosas, haciéndolas así apetecibles para gozarse en su propia actividad. Un trastorno de ánimo es pues un cambio o alteración relacionado a la posibilidad de saborearse a sí mismo, tolerando sus adversidades. (Rojtenberg ,2006)

El término depresión deriva del latín *de* y *premere* (Apretar, oprimir) y *deprimere* (Empujar hacia abajo). Estos términos se utilizaban para expresar depresión del espíritu o aflicción. (Jackson, 2004).

La primera descripción clínica la realizó Hipócrates, que acuñó el término melancolía (mélanos: negra-Cholis: bilis) por considerar el exceso de la bilis negra en el cerebro como la etiología de esta enfermedad. Areteo de Capadoccia, en el siglo II de la era cristiana, desecha la etiología de Hipócrates y la atribuye a factores psicológicos, asociados con la manía y resaltando la importancia de las relaciones interpersonales. (Rojtenberg , 2006)

Richard Blackmore menciona en 1725, la posibilidad de estar deprimido, en profunda tristeza, melancolía o elevado a un estado lunático y de distracción por

otro lado en 1764, Robert Whytt, relaciona depresión mental con espíritu bajo, hipocondría y melancolía. (Jackson, 2004)

En la Edad Media y el Renacimiento, la etiología de la depresión fue atribuida a la posesión demoníaca, el castigo divino, la influencia de los astros o el exceso de humores, entre otros. (Jackson, 2004)

No fue hasta el siglo XIX, que hubo una creciente evolución al término depresión, apegándose más a un sentido médico y esto fue aumentando con el paso del tiempo. Wilhelm Griesinger a mediados del siglo implemento el término “estados de depresión mental” (Die psychoschen depressiondzustande) como término de melancolía (Melancholie), y para finales del siglo XIX este término se hizo de mayor uso para indicar un estado de ánimo. (Jackson, 2004)

Abraham y Freud, a principios del siglo XX, establecen sus hipótesis psicodinámicas, y postulan que la depresión en la adultez es una reactualización de una traumática pérdida objetal temprana, que torna al sujeto vulnerable a pérdidas posteriores que desencadenan este cuadro.

La depresión fue el primer trastorno descrito por Freud en que el factor causal central fue la emoción y no el deseo sexual. La melancolía como Freud la llamo, era un pesar que se había vuelto loco, excesivo, desenfrenado; a menudo sin reacción con el ambiente, y aparentemente injustificado.

1.2. DEFINICIÓN DE DEPRESIÓN

La palabra depresión posee varios significados. El sentimiento de tristeza que todos hemos experimentado ocasionalmente es lo que la mayoría de las personas piensa cuando utiliza la palabra depresión. Sin embargo, el significado es más amplio que el mero sentimiento de tristeza.

Es un síndrome caracterizado por el decaimiento del estado de ánimo, la disminución de la capacidad de experimentar placer y de la autoestima con manifestaciones afectivas, ideativas, conductuales, cognitivas, vegetativas y motoras con serias repercusiones sobre la calidad de vida y el desempeño socio-ocupacional. (Rojtenberg, 2006)

La Organización Mundial de la Salud (OMS, 2011), define la depresión como: “un trastorno mental frecuente, que se caracteriza por la presencia de tristeza, pérdida de interés o placer, sentimientos de culpa o falta de autoestima, trastornos del sueño o del apetito, sensación de cansancio y falta de concentración, durante dos semanas o más, que interfiere con las actividades laborales, escolares o domésticas”.

Por otro lado la teoría Conductual mantiene que la depresión se origina por la baja frecuencia de refuerzos contingentes, con las respuestas del sujeto partiendo de una perspectiva funcional. Lewinsohn (Gonzales, Gil, Carrasco & García ,2001), formula tres hipótesis sobre la depresión, la primera es la relación causal entre la baja tasa de refuerzo y la disforia, la segunda menciona que las conductas depresivas se

mantienen por refuerzos sociales y la tercera estipula que la falta de habilidades sociales son determinantes en la disminución de refuerzos, es decir la depresión es el resultado de la escasa participación de la persona en actividades reforzadas por otros aunado.

La teoría Cognitivo-Conductual, considera como elemento importante los pensamientos del sujeto, porque de esto va depender su nivel de actividad y su estado de ánimo. Por lo que Beck describe tres pensamientos que están presentantes regularmente en la depresión los cuales son; Visión negativa de sí mismo, visión negativa del mundo (de la relación con los demás o con el entorno) y visión negativa del futuro. Esta perspectiva parte de que estos pensamientos son una visión distorsionada de la realidad, lo cual aumenta la aparición del estado de ánimo depresivo. (Gonzales, Gil, Carrasco & García ,2001).

La depresión se le atribuye el estrés o cansancio, también se vincula a episodios negativos recientes, o negación para evitar contacto con experiencias angustiantes.

Existen factores que intervienen en el diagnóstico, como es el enmascaramiento psíquico, somático, la comorbilidad con otros cuadros, tanto psiquiátricos como neurológicos o clínicos, la confusión con el duelo, etc.

Se puede presentar en forma leve o indetectable, hasta formas más graves y riesgosas, como la depresión psicótica o melancolía.

También puede estar asociada con trastornos de ansiedad, abuso de sustancias y trastornos del sueño.

1.3 CLASIFICACIÓN DE LA DEPRESIÓN

Hoy en día las clasificaciones de los trastornos del estado de ánimo, se basan en una combinación de factores biológicos y clínicos. La clasificación en el momento actual refleja el desarrollo de un proceso en movimiento. Constituye un objetivo histórico siempre presente en su estado habitual y que no parece todavía haber adoptado forma final. (Feighner, 1991).

La mayoría de los diagnósticos están basados en los manuales de los trastornos DSM-IV-TR y CIE-10.

Cabe mencionar los criterios que nos menciona el DSM-IV-TR para diagnosticar la depresión, al igual la gravedad y características psicóticas. (APA , 2000)

Criterios Diagnósticos Episodio Depresivo Mayor según DSM-IV-TR

A	<p>Cinco (o más) de los síntomas siguientes durante el mismo período de 2 semanas y representan un cambio respecto del desempeño previo; por lo menos uno de los síntomas es (1) estado de ánimo depresivo o (2) Pérdida de interés o placer.</p> <p>(1) Estado de ánimo depresivo la mayor parte del día, casi todos los días, indicado por el relato subjetivo o por observación de otros.</p> <p>(2) Marcada disminución del interés o del placer en todas, o casi todas, las actividades durante la mayor parte del día, casi todos los días.</p> <p>(3) Pérdida significativa de peso sin estar a dieta o aumento significativo, o disminución o aumento del apetito casi todos los días.</p> <p>(4) Insomnio o hipersomnia casi todos los días.</p> <p>(5) Agitación o retraso psicomotores casi todos los días.</p> <p>(6) Fatiga o pérdida de energía casi todos los días.</p> <p>(7) Sentimientos de desvalorización o de culpa excesiva o inapropiada (que pueden ser delirantes) casi todos los días (no simplemente autorreproches o</p>
---	--

	culpa por estar enfermo). (8) Menor capacidad de pensar o concentrarse, o indecisión casi todos los días (indicada por el relato subjetivo o por observación de otros). (9) Pensamientos recurrentes de muerte (no sólo temor de morir), ideación suicida recurrente sin plan específico o un intento de suicidio o un plan de suicidio específico.
B	Los síntomas no cumplen los criterios de un episodio mixto
C	Los síntomas provocan malestar clínicamente significativo o deterioro del funcionamiento social, laboral o en otras esferas importantes.
D	Los síntomas no obedecen a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (por ejemplo, una droga de abuso, una medicación), ni a una enfermedad médica general (por ejemplo hipotiroidismo).
E	Los síntomas no son mejor explicados por duelo, es decir que tras la pérdida de un ser querido, los síntomas persisten por más de 2 meses o se caracterizan por visible deterioro funcional, preocupación mórbida con desvalorización, ideación suicida, síntomas psicóticos o retraso psicomotor.

Criterios Especificadores de gravedad/ características psicóticas/ remisión del episodio depresivo mayor actual (o más reciente) del DSM-IV-TR

<p>Nota: Codificar en el quinto dígito. Leve, moderado, grave sin características psicóticas y graves con características psicóticas se pueden aplicar sólo si actualmente se cumplen los criterios de episodio depresivo mayor. En remisión parcial y en remisión completa se pueden aplicar al episodio depresivo mayor más reciente del trastorno depresivo mayor, y a un episodio depresivo mayor del trastorno bipolar I o II, sólo si éste es el tipo más reciente de episodio de estado de ánimo.</p>
<p>Leve: Pocos síntomas, o ninguno, aparte de los requeridos para arribar al diagnóstico, y los síntomas provocan sólo deterioro menor del desempeño laboral o de las actividades sociales habituales o de las relaciones con los demás.</p>
<p>Moderado: Síntomas o deterioro funcional entre “leve” y “grave”.</p>
<p>Grave sin características psicóticas: Varios síntomas aparte de los requeridos para arribar al diagnóstico, y síntomas que interfieren notoriamente con el desempeño laboral, o las actividades sociales habituales o las relaciones con los demás.</p> <p>Grave con características psicóticas: Ideas delirantes o alucinaciones. Si es posible, especificar si las características psicóticas son congruentes o incongruentes con el estado de ánimo.</p> <p>a) Características psicóticas congruentes con el estado de ánimo: Ideas delirantes o alucinaciones cuyo contenido es completamente compatible con los temas depresivos habituales de inadecuación personal, culpa, enfermedad, muerte, nihilismo o castigo merecido.</p> <p>b) Características psicóticas incongruentes con el estado de ánimo: Ideas delirantes o alucinaciones cuyo contenido no corresponde a los temas depresivos habituales de inadecuación personal, culpa, enfermedad, muerte, nihilismo o castigo merecido. Se incluyen síntomas, como ideas delirantes de persecución (no directamente relacionados con temas depresivos), inserción del pensamiento, transmisión del pensamiento e ideas delirantes de control.</p>
<p>En remisión parcial: Hay síntomas de un episodio depresivo mayor, pero no se cumplen los criterios completos, o hay un período sin ningún síntoma significativo de episodio depresivo mayor que dura menos de 2 meses tras el final del episodio depresivo mayor. (Si el episodio depresivo mayor se Sobreagregó a trastorno distímico, se efectúa el diagnóstico de trastorno distímico solo, una vez que ya no se cumplen los criterios completos de episodio depresivo mayor).</p>
<p>En remisión completa: Durante los últimos 2 meses, no hubo signos ni síntomas significativos de la alteración. Sin otra especificación.</p>

1.3.1 Depresión leve

Un paciente con depresión leve tiende a sentir tristeza o abatimiento sin embargo este sentimiento puede cambiar durante el día y sentir por momentos alegría, cabe mencionar que con facilidad puede fingir este estado. Tiende a sentirse decepcionado de sí mismo aunado a esto no disfrutan de la misma manera las actividades que solía hacer, realiza actividades que no requieran tanta responsabilidad, ni un mayor trabajo y que lo refuercen de manera inmediata. Reportan que el sentimiento de amor disminuye hacia con las personas que amaban antes, sin embargo se vuelven más dependientes de estos, pierden esa motivación y constancia a las cosas, tienden a llorar por situaciones que antes no les generaba este sentimiento, se sienten inferiores a los demás, disminuye el hambre y el apetito sexual, y presentan cansancio constante.

Los síntomas en la depresión leve pueden estar encubiertos, los síntomas son crónicos y duran algún tiempo no obstante la persona puede ser funcionales en su vida diaria.

1.3.2 Depresión moderada

A menudo quienes tienden a padecer depresión moderada es menos probable que se rían y ven las cosas siempre con seriedad. Tienden a sentirse tristes pero por las mañanas es de mayor intensidad y disminuye durante el día, se sienten aburridas la mayor parte del tiempo y disminuye el placer por las actividades que realizaba antes, indiferencia por los demás y lloran sin razón alguna. Una mujer con depresión moderada deja de preocuparse por su aspecto físico, duda de su atractivo

físico y nace el sentimiento de que es fea y eso le llega a preocupar, cuando cometen un error se autoevalúan altamente y se sienten incapaz de hacer las actividades que anteriormente realizaban con mayor facilidad, su visión sobre el futuro es muy pesimista y les cuesta trabajo tomar decisiones en la mayoría de las áreas, se sienten desmotivadas sin embargo se esfuerzan por hacer las cosas, constantemente tienden a no tener contacto social y evitar responsabilidades y corren riesgo de intenciones suicidas. Estas personas constantemente tienen hambre y duermen aproximadamente 12 horas al día llegando a sentirse cansados por llevar tanto esfuerzo físico como intelectual.

1.3.3 Depresión intensa

Podemos mencionar que el paciente con depresión intensa manifiesta desesperanza, se siente sumamente desdichado y se preocupa por lo que presenta, al igual le nace un odio a su persona y nada le es satisfactorio, tiende a aislarse de las personas y en ocasiones ya no puede ni soltar en llanto , ya que no tiene fuerzas , esta característica es conocida como “ depresión seca”, pierde el sentido humorístico de las cosas , se menosprecia y acusa constantemente llegando a sentir y afirmar que es una carga para los demás. No tiene metas y mucho menos ve un futuro prometedor, se culpa de casi todo lo que pasa a su alrededor y es incapaz de tomar decisiones aunado a esto tiene baja autoestima.

1.4 SÍNTOMAS DE LA DEPRESIÓN

La depresión presenta una sintomatología muy variada en la cual podemos agruparlas en tres áreas. (Gonzales, Gil, Carrasco & García, 2001)

1.4.1 síntomas Físicos: En esta área se encuentran las alteraciones en las funciones biológicas; manifestaciones somáticas tales como: astenia, alteraciones de apetito, alteraciones digestivas, dolores musculares, sensación distérmica, trastornos sexuales, alteraciones visuales y del equilibrio, cefaleas, alteraciones de los ritmos vitales (circadiano y sueño-vigilia).

1.4.2 síntomas Emocionales: (alteración en el estado de ánimo). Dentro de esta área podemos mencionar algunas conductas que comúnmente presentan como un estado de ánimo disfórico, sentimientos de culpa , tristeza , evitación de contacto con los demás , abatimiento generalizado (sentimiento de desesperanza, apatía y pérdida de interés por el futuro), disminución de todo tipo de actividad física, llanto fácil, dificultad para controlar emociones , en ocasiones intentos de suicidio , comportamientos autodestructivos y anhedonia (incapacidad de disfrutar).

1.4.3 Síntomas cognitivos: aquí podemos ver algunas alteraciones en los procesos y contenidos del pensamiento como dificultad para concentrarse y mantener atención en lo que ve y oye , lenguaje empobrecido, problemas de memoria, hipersensibilidad , baja autoestima, autorreproches y pensamientos negativos hacia sí mismos y el medio social, dificultad para toma de decisiones y pensamiento absolutista.

1.4.4 Síntomas conductuales: Podemos ver alteraciones de conducta externa como la reducción general de las actividades, ya que hay un enlentecimiento generalizado de los movimientos, el habla y los gestos , en algún extremo esto puede llegar al mutismo e inactividad casi total .

1.5 FACTORES DESENCADENANTES

La depresión fue el primer trastorno descrito por Freud en que el factor causal central fue la emoción y no el deseo sexual. La melancolía como Freud la llamo, era un pesar que se había vuelto loco, excesivo, desenfrenado, a menudo sin reacción con el ambiente, y aparentemente injustificado. (Sarason & Sarason ,2000).

Con el paso del tiempo se han encontrado diferentes factores que desencadenan la depresión como son los siguientes:

1.5.1 Factor cultural

El factor cultural es una variante importante en casi toda patología, en la depresión no es la excepción. Estos actúan como generadores, reforzadores, protectores o correctores y modificadores. Por citar algunas influencias de formación temprana, esta, el grado en que se adquieren o se forman los hábitos en la infancia y adolescencia, la existencia de la agresión en la familia, las variantes socioeconómicas y la adaptación social. (Rojtenberg , 2006).

1.5.2 Factor Psicosocial

Existen varios factores desencadenantes de la depresión como, aislamiento social, baja autoestima, dificultades de convivencia, duelo prolongado ante una pérdida del cónyuge, por falta de apoyo familiar o excesiva dependencia de la pareja, falta de participación en actividades sociales o profesionales, grado de satisfacción o insatisfacción con las actividades o planes de acción, ingreso hospitalario durante largos periodos de tiempo, jubilación o pre-jubilación, mala situación económica. En la actualidad podemos ver, que han surgido diferentes factores sociales como el alto índice de desempleo, carencia de proyectos, desaparición de lugares de pertenencia (Migración), inseguridad social, marcado individualismo de las personas, marginación colectiva y ruptura de redes sociales,(Gonzales, Gil, Carrasco & García, 2001).

1.5.3 Factor Biofarmacológicos

Existen múltiples enfermedades médicas que están relacionadas a la depresión, ya que su relación con los fármacos inductores produce una alteración en su sistema, lo que puede producir depresión por los efectos secundarios, por ello es de suma importancia realizar un cuidadoso historial médico y farmacológico en todos los pacientes para el diagnóstico adecuado.

Las enfermedades más comunes que pueden desencadenar un episodio depresivo son: Carcinomas (Cabeza de páncreas, cerebral, gástrico, pulmonar y renal), cardiovasculares (Cardopatía isquémica, hipertensión arterial), cuadros hemáticos (Anemias, déficit vitamina B, B1, B6, B12, linfomas, pelagra), Endocrinas (Addison,

Cushing, diabetes, hiperparatiroidismo, hipertiroidismo, hipotiroidismo) , infecciones (encefalitis, fiebre tifoidea, hepatitis, herpes, neumonías, VIH, sífilis, toxoplasmosis, tuberculosis y urinarias), Intoxicaciones (Bismuto, mercurio, monóxido de carbono, plomo, tálio) y neurológicas (arterioesclerosis cerebral, corea de Huntington, demencias, enfermedad de Parkinson, esclerosis múltiple, hemorragia subaracnoidea, hematoma subdural, infarto cerebral). (Gonzales, Gil, Carrasco & García, 2001)

1.5.4 Factor Hereditario

Existen evidencias de que la herencia desempeña un papel en la predisposición a la depresión. En unos estudios se encontró que de un 10-13 % de padres biológicos que padecen depresión, tienen mayor riesgo de heredar depresión a sus hijos. (Roca, 1999). Entre más cercana sea la relación genética entre dos personas, más parecidas son en su historia de depresión o carencia de ella, algunas investigaciones sugieren que la disposición genética influye en la depresión sobre todo al afectar la forma en que una persona responde a los eventos estresantes de la vida. Los tipos de experiencias que parecen asociarse más a menudo con la depresión son pérdidas que cambian de manera permanente la naturaleza de la vida de la persona (como la pérdida de la pareja, del trabajo, posición social, ingresos, o de salud), dichos eventos irrumpen la rutina de la vida y hacen que las formas bien establecidas de satisfacer las necesidades y deseos resulten ineficaces (Gray, 2008).

Existen factores genéticos en la aparición de la depresión, estudiándose la participación química de los neurotransmisores, la depresión de inicio tardío parece tener un menor componente hereditario estando más influenciada por el entorno social, familiar y vital. Se cree que hay una relación inversa entre la edad de aparición del primer episodio afectivo y la importancia de los factores genéticos hereditarios. (Gonzales, Gil, Carrasco & García, 2001).

1.5.5 Factor Cognitivo

Este factor se caracteriza por patrones negativos de pensamiento y puede ser producida, en parte, por formas negativas de interpretar los hechos de la vida. Una de las primeras personas en destacar el papel de la cognición en la depresión fue Aaron (Beck, 1967), un psiquiatra que observó que sus clientes deprimidos distorsionaban de forma negativa su percepción de sus experiencias, lo que contribuía a visiones sistemáticas negativas de sí mismo, de su mundo y del futuro, a nivel mental exageraban las malas experiencias y minimizaban o pasaban por alto las buenas. (Gray, 2008)

Existe una teoría de la depresión de Martin Seligman y Lyn Abramson; llamada "*teoría del desamparo*" donde se menciona que la depresión es el resultado de un patrón de pensamientos acerca de las experiencias negativas que reduce o elimina la esperanza de que la vida pueda mejorar. Debido a que la gente atribuye las experiencias negativas de su vida a causas estables (improbable que cambien) y globales (afecta muchas áreas de su vida). (Gray, 2008)

1.5.6 Factor Cerebral

La depresión como cualquier otro estado psicológico, es un producto del cerebro. Todos los medicamentos que se utilizan para tratar la depresión tienen el efecto de incrementar la cantidad o actividad de uno o dos neurotransmisores del cerebro, (norepinefrina y la serotonina). Por lo que se puede decir que la depresión es el resultado de una deficiencia en el cerebro de uno o ambos transmisores. En la actualidad se duda de esto debido a que esto no explica la demora en la eficiencia de los medicamentos, debido a que los antidepresivos empiezan a aumentar la actividad en estos neurotransmisores pero no empiezan a aliviar la depresión hasta que han transcurrido al menos dos semanas de tratamiento continuo.

En la actualidad los neurocientíficos enfocan su atención en la manera en cómo cambia el cerebro durante los periodos de aflicción psicológica, como el estrés y las preocupaciones, atribuyéndola a una pérdida de neuronas y conexiones inducidas por el estrés en cierta parte del cerebro y que la recuperación de la depresión es resultado de la regeneración de esas áreas del cerebro, sin embargo esto aún no está sustentado. (Cowen, 2005; Jacobs , 2004 en Gray , 2008).

1.5.7 Factores Evolutivos

Según las perspectivas evolutivas, sugieren que la depresión es una forma exagerada de una respuesta o pérdida que, en una forma menos extrema, es adaptativa. Solo una minoría de la gente desarrolla una depresión clínicamente grave, pero la mayoría en un periodo de vida, experimenta una depresión moderada o un estado de ánimo bajo.

Un estado de ánimo depresivo hace aminorar la velocidad, se piensa de manera realista más que optimista, produce alejarse de las metas que ya no tienen esperanza de alcanzar e indica a los demás que no representan una amenaza para ellos y que necesitan ayuda. También da lugar a una especie de examen de conciencia cuyo resultado final puede ser el establecimiento de metas nuevas y más realistas y de una forma distinta de aproximarse a la vida. Todas estas formas están adaptadas a diferentes propósitos de supervivencia. (Gray ,2008)

1.6 CONSECUENCIAS

La Organización Mundial de la Salud refiere que la depresión es una enfermedad frecuente en todo el mundo, y se calcula que afecta a unos 350 millones de personas. En el peor de los casos puede llevar al suicidio, que es la causa de aproximadamente 1 millón de muertes anuales.

(OMS, 2011).

La depresión puede llevar por si misma a la gente a recordar más eventos negativos o a interpretar de forma más negativa de lo que harían en otras circunstancias.

También son propensas a comportarse de forma que producen eventos estresantes.

Por mencionar algunos eventos estresante está el sufrir un accidente automovilístico, ser despedido de trabajo o ser abandonado por el amante o el cónyuge , puede no haber “sucedido” sino haber sido causado en parte por las propias acciones

CAPITULO 2. TERAPIA COGNITIVO-CONDUCTUA

2.1 ANTECEDENTES DE LA TERAPIA CONGNITIVA- CONDUCTUAL

Brevemente aremos un recorrido histórico sobre cómo fue evolucionando y principales los autores que tuvieron una gran influencia sobre esta transformación.

A principios del siglo XX, comenzó la escuela conductista a diseñar y aplicar sus procedimientos sobre la teoría del aprendizaje en el condicionamiento. Podemos ver que la epistemología Darwiniana fue un pilar para que los científicos pudieran adoptar los modelos experimentales sobre los animales.

A inicios de la psicología experimental predominaba el paradigma conductista , podemos mencionar algunos autores significativos como, Wundt, Williams James, Watson, Pavlov , Thorndike y Skinner, cabe mencionar los escritos de Pavlov que fueron de gran influencia, donde nos habla sobre “condicionamiento clásico o respondiente”, (Pavlov , 1927, 1928 en Rimm y Msters, 1987), por otro lado la obra de Thorndike sobre el aprendizaje de recompensa (1898,1911,1913) lo que hoy en día llamamos “condicionamiento instrumental u operante”, así mismo los escritos y experimentos de Watson y sus colaboradores (Jones, 1924; Watson y Rayner, 1920) , que nos muestran la aplicación de los principios pavlovianos a los trastornos psicológicos del ser humano , por su parte (Skinner , 1953 en Hernández y Sánchez ,2007), menciona que la mayoría de la conducta humana se puede explicar en términos del condicionamiento operante . Retomando a (Wolpe, Rimm y Msters, 1987), nos proporciona conceptos sobre la neurosis humana además de definir técnicas específicas de la terapia como desensibilización sistemática y el entrenamiento asertivo.

Como hemos podido ver en su totalidad de métodos de la terapia conductual tiene una gran influencia de la teoría de aprendizaje y de métodos de laboratorio, por lo tanto podemos ver que la terapia conductual se regía por un enfoque meramente extremista (conductismo radical), basado en el condicionamiento clásico y operante.

(Wolpe, 1958 en Hernández y Sánchez, 2007), dio gran aporte a las reacciones fóbicas sin recurrir a situaciones reales , “ desensibilización sistemática” este método lo que utiliza son escenas imaginarias (proceso básico de la cognición) en lugar de situaciones reales “ desensibilización sistemática ”, este método lo que utiliza son escenas imaginarias (proceso básico de la cognición) en lugar de situaciones reales , como hemos visto las terapias conductuales tocan alguna forma directa o indirecta a procesos y fenómenos cognitivos así mismo nos referimos a (Skinner ,1953 en en Hernández y Sánchez, 2007) , donde afirmo que hay más cosas debajo de la piel del individuo , esos procesos y fenómenos que forman parte de un ser humano.

2.2 TERAPIA CONGNITIVA CONDUCTUAL

Este panorama nos acerca un poco más a ver como comienza a surgir el interés sobre la psicología cognitiva contrarrestando el condicionamiento estímulo-respuesta, donde dan importancia a los fenómenos cognitivos (fenómenos ocurridos en la mente) enfatizando como un procesador activo que regula la transición entre el estímulo y la repuesta.

Así mismo la psicología se centra nuevamente la atención en el estudio del sujeto ya que por vario tiempo esto se había descalificado en el campo científico. La terapia cognitivo conductual ha tenido un gran crecimiento en las últimas tres décadas, ha tratado de investigar a través de la mente humana sobre, ¿cuantos tipos de conocimientos tenemos, ¿ En dónde se sitúa el conocimiento? , ¿Qué procesos mentales se requieren para aprender?, etc...

Para poder entender un poco mejor la teoría cognitiva nos detendremos a conocer su ideología.

Define la conducta como efecto de un conjunto de procesos mentales empleados al medio ambiente y a su vez al ser humano lo concibe como un organismo procesador activo e informal, por otro lado menciona que el razonamiento es un proceso fundamental del pensamiento y a los métodos lógicos de razonamiento, ya que es una capacidad que nos ayuda para razonar , pensar , solución de problemas, así mismo los mecanismos juegan un papel importante ya que la información es transformada , traducida en significados y llega a ser una representación mental es decir como la información que captamos visualmente o auditiva llega a cobrar significado para cada uno de nosotros . La información de la memoria que el sujeto recupera así como de sus esquemas, va a depender de las señales que perciba del medio ambiente y como índices internos que contribuye al recuerdo, al olvido y atención selectiva, aunado a esto los procesos de autocontrol que el individuo suma como autorregistro, autoverbalizaciones y autodirección, aplica a diversas

situaciones que le generen estrés las llevara en un momento dado afuera de la terapia.

El impacto teórico que tuvo la psicología cognitiva en la psicología aplicada fue de gran impacto y poco a poco se fue extendiendo en el campo de la psicoterapia, hubo autores que empezaron a desarrollar teorías psicológicas de tipo clínico basados en la cognición, el procesamiento de la información, el aprendizaje, etc., donde parten de términos cognitivos primeramente ya que esa afecta nuestros comportamientos y esta puede ser modificada y a su vez se modificaran los comportamiento , esta nueva terapia cognitivo –conductual está orientada al logro de metas, destaca el presente, el aquí y ahora, es educativa ya que enseña al paciente a ser su propio análisis para identificar la relación entre sentimientos, los pensamientos autodestructivos y la conducta , examina algunos pensamientos o creencias que no son objetivas, sustituye las creencias erróneas por ideas más apropiadas para el logro de su bienestar .

Cabe mencionar que esta terapia es de tiempo limitado, las sesiones son estructuradas, enseña a los pacientes a darse cuenta de cómo a través de sus pensamientos disfuncionales actúan de cierta forma, y posee de una variedad de técnicas cognitivas, emotivas y conductuales para este cambio de pensamiento disfuncional, de las emociones desadaptativas y de la conducta disruptiva.

2.3 TECNICAS DE LA TERAPIA COGNITIVO- CONDUCTUAL

Las técnicas predominantes en Terapia conductual son tan antiguas como la historia de la humanidad. Los principios básicos del refuerzo y del castigo positivo y negativo se han utilizado durante miles de años de manera intuitiva.

Por otro lado las técnicas cognitivas forman parte del modelo, pudiéndose decir que estas son las que lo definen.

2.3.1 Terapia racional emotiva

La terapia racional emotiva (TRE) fue fundada por Albert Ellis en 1955, en unas conferencias dadas en un congreso de la American Psychological Association. (Grieger, 1985)

La TRE es una terapia cognitiva- conductual, la cual se basa en la idea de que las emociones y las conductas son resultado de las creencias de un individuo, y de su interpretación de la realidad, por lo que el objetivo principal de la TRE es asistir al paciente en la identificación de sus pensamientos irracionales o disfuncionales y ayudarlo a reemplazar dichos pensamientos por otros más racionales o efectivos, que le permitan lograr con mayor eficacia sus metas personales, como de ser feliz y de establecer relación con otras personas. (Ellis y Beck, 1982)

La TRE es una terapia orientada hacia el presente que se centra en las creencias actuales, emociones disfuncionales y comportamientos desadaptativos y la relación entre ellos, en esta se piensa que los problemas emocionales no son creados por las situaciones sino por como las personas interpretan estas situaciones.

En la TRE se utiliza el modelo ABC para intervenir terapéuticamente, donde A es el acontecimiento activante, La B son las creencias o pensamientos de este acontecimiento y la C, las consecuencias de este pensamiento que pueden ser emocionales o conductuales, por lo regular se dice que pasamos de la “A” a la “C”, automáticamente sin analizarlas creencias o ideas que tenemos acerca del acontecimiento, y como resultado de esto solo tenemos una interpretación vaga de la situación.

El modelo ABC tiene el objetivo de hacer presente en la vida del terapeuta las 3 fases, las cuales cambiarán el orden cognitivo que naturalmente siguen, así también los clientes aprenderán a disputar sus ideas irracionales

2.3.2 Técnicas en relajación

La relajación es un estado de quietud donde se experimenta una ausencia de tensión muscular, lo que provoca un sentimiento de tranquilidad y sosiego .Caballo (1995)

La relajación tiene una larga historia en medicina general, psicología clínica y psiquiatría. Existen datos que muestran cabalmente que la relajación de los músculos reduce de modo pronunciado la ansiedad (Jacobson, 1929; LangMelamed y Hart, 1970; Paul, 1968 en Goldfried y Davison 1981).

Las técnicas de relajación son los procedimientos que tienen como objetivo enseñar a las personas a controlar sus niveles de activación. Son estrategias terapéuticas utilizadas en la psicología clínica, como un procedimiento específico o como un componente más de otras técnicas. (Vázquez, 2001).

Es un método de autocontrol que produce mejoras solo si el individuo es consciente de que es una nueva habilidad que debe aprender, como aprender a conducir o aprender un nuevo deporte. Para ellos existen programas que enseñan la habilidad de la relajación, los métodos más comunes que se utilizan para esta enseñanza es ofreciendo una serie de instrucciones, de forma sencilla, monótona y ordenada, antes y durante las sesiones, esto no implica que la enseñanza de la relajación sea de forma mecánica y neutra al contrario es una relajación terapéutica con el objetivo de desarrollar habilidades que permita a los individuos hacer frente a los problemas de la vida diaria.

Las instrucciones que frecuentemente ofrece el terapeuta deben ajustarse a las características del sujeto, permitiendo animar y motivar durante el entrenamiento, modelando la conducta deseada y reforzando las ejecuciones.

Como lo que se aprende en la relajación es una habilidad, es importante mencionar que requiere de la participación y cooperación de los clientes, sugiriéndoles una actitud de compromiso al adquirir dicha técnica, así también de una práctica habitual disciplinada, porque los beneficios no son inmediatos, se sugiere mencionar a los pacientes todo esto para que tengan las expectativas adecuadas sobre el proceso y no creencias erróneas sobre efectos inmediatos.

Algunos autores recalcan la importancia de los reforzadores para incrementar la probabilidad de que la conducta vuelva a ocurrir en el futuro. Los principales reforzadores se clasifican en tangibles (comida, la bebida y los juguetes), sociales (conductas que realizan personas relevantes y que resultan gratificantes) y de

actividad (actividades especiales que agradan a la persona). (Cautela y Groden , 1985)

Relajación mediante inducción de tensión-relajación: Son indicciones que utilizan alternadamente la tensión y la relajación de los músculos. En donde el terapeuta indica que se ponga en tensión cada grupo de músculos de 5 a 10 segundos aproximadamente, seguido de 20 min de aflojamiento. Generalmente se utilizan dos ciclos de tensión- relajación para cada grupo de músculos. Utilizando frases como “aflójese más y más” y “observe el contraste y el goce del contraste, “piense en la distensión de todos esos músculos, más y más, cada vez más”. Otro procedimiento eficaz consiste en contar hasta 10, sugiriendo un aflojamiento creciente a medida que el terapeuta pronuncia los números.

En esta técnica se explica al paciente que la fase de tensión lo hará más perceptivo de las sensaciones asociadas con la aparición de la ansiedad, y que esas sensaciones le servirán como señal de que necesita relajarse. (Goldfried y Davison 1981)

Relajación por medio de aflojamiento directo: Esta se aplica después de semanas de entrenamiento, cuando el paciente suele experimentar el deseo de intentar el aflojamiento son ponerse previamente en tensión. A esta altura el paciente presumiblemente es más consciente de las tensiones menores y más proclive a eliminarlas. (Goldfried y Davison 1981).

Relajación diferencial: Una vez que el cliente ha aprendido a relajarse con todas las partes del cuerpo apoyadas, es deseable que su capacidad se acreciente como para que pueda aplicarla a las situaciones de la vida que sin causa de stress. La expresión “relajación diferencial” se refiere a la relajación de músculos que no son esenciales

para realizar una determinada actividad. Por ejemplo, cuando se estar sentado y conversando con otra persona, es posible relajar, sin que los demás lo noten. (Goldfried y Davison, 1981).

2.3.3 Entrenamiento en habilidades sociales

La comunicación entre las personas es esencial, ya que la mayoría del tiempo estamos en interacción con otros. Hoy en día en nuestra sociedad el ritmo de vida es más rápido y más complicado, las reglas van cambiando, y cada vez esta interacción va siendo más complicada, pero igual de importante, no es un secreto que la mayoría de los individuos presentan problemas al relacionarse, esto por la falta de aprendizaje de habilidades apropiadas, lo que trae como consecuencia un cúmulo de experiencias negativas que limitan relaciones futuras.

Existen problemas al definir las habilidades sociales, debido a que no existe un acuerdo universal de acuerdo a la consideración de una conducta socialmente habilidosa, esto depende del marco cultural. Se debe tener en cuenta que todo individuo trae consigo actitudes, valores, creencias, capacidades cognitivas y un estilo de interacción.

En contextos experimentales, se puede demostrar que determinadas conductas logran un objetivo particular, una respuesta competente es, normalmente, aquella sobre la que la gente está de acuerdo que es apropiada para un individuo en una situación específica (Caballo, 1995).

Según esto una conducta habilidosa debe definirse de esta forma solo si funciona en la situación, porque no existe una forma universal de comportarse, sino que varían de acuerdo al individuo, la situación y la cultura.

La conducta socialmente habilidosa es ese conjunto de conductas emitidas por un individuo en un contexto interpersonal que expresa los sentimientos, actitudes, deseos, opiniones, o derechos de ese individuo, de un modo adecuado a la situación, respetando esas conductas en los demás, y que generalmente resuelve los problemas inmediatos de la situación mientras minimiza la probabilidad de futuros problemas. (Caballo, 1986)

El entrenamiento en solución de problemas es una técnica muy utilizada por los psicólogos, aunque es una técnica complicada debido a que está condicionada por la cultura en que se trabaje. Las habilidades sociales son un tema que se encuentra en desarrollo, diferentes autores han ido agregando técnicas para aumentar la expresividad de las personas, “fue Wolpe en 1958 quien utilizo por primera vez el término “conducta asertiva” que después llegaría a ser sinónimo de habilidades sociales, él mismo Wolpe menciona que asertividad no solo se refería a expresar la agresividad sino a la expresión de sentimientos de amistad, cariño y otros distintos a la ansiedad”. (Caballo, 1995)

El objetivo es incrementar la competencia de la actuación en situaciones críticas de la vida. Principalmente esto se logra aprendiendo un nuevo repertorio de respuestas; conductas específicas, que se practican y se integran en la conducta del sujeto, por medio de las instrucciones el modelado en ensayo de conducta, la retroalimentación y el reforzamiento.

2.3.4 Asertividad

Durante vario tiempo la conducta asertiva solo tenía que ver con defender los derechos y la expresión de los sentimientos negativos. Posteriormente diferentes autores dieron impulso a estas técnicas para que se utilizaran en la práctica clínica. Principalmente fueron, “Lazarus (1971) y Wolpe (1969), quienes dieron empuje a la investigación sobre la conducta asertiva”. (Caballo, 1995)

2.3.5 Entrenamiento en solución de problemas

La incapacidad de los individuos para enfrentar las situaciones problemáticas, con sus consecuencias personales y sociales, a menudo tiene como resultado, desordenes emocionales o conductuales que requieren un tratamiento psicológico.

El entrenamiento en resolución de problemas es un proceso conductual manifiesto o cognitivo, que ante las situaciones problemáticas, elabora una variedad de respuestas potencialmente eficaces a la situación problemática y acrecienta la probabilidad de dar con la respuesta más eficaz entre las diversas alternativas posibles, aumentando la eficiencia general de una persona mediante el entrenamiento de las aptitudes que le permiten enfrentar por si mismas los desafíos de la vida cotidiana. (Goldfried y Davison , 1981).

Este modelo se trabaja con cogniciones y supuestos de los pacientes sobre la naturaleza de los problemas y nuestras probabilidades de resolverlos, junto con un entrenamiento en habilidades de tipo cognitivo que nos permiten aprender un

procedimiento general (generalizable) para saber tomar decisiones en cualquier situación problemática. (Caro, 2011)

Se puede definir como problema a aquellas situaciones específicas de la vida (presente o anticipadas) que exigen respuesta para el funcionamiento adaptativo, pero que no reciben respuesta de afrontamientos eficaces provenientes de las personas que se enfrentan con las situaciones, debido a la presencia de distintos obstáculos. (Caballo, 2008)

Por otro lado Una solución, se define como cualquier respuesta de afrontamiento destinada a cambiar la naturaleza de la situación problemática, las propias reacciones emocionales negativas o ambas. (D´Zurilla, 1986; Nezu, 1987 en Caballo , 2008)

Soluciones eficaces son aquellas respuestas de afrontamiento que no solo logran estos objetivos, sino que al mismo tiempo maximizan otras consecuencias positivas y minimizan otras consecuencias negativas. (D´Zurilla, 1986; Nezu, 1987 en Caballo, 2008)

Por otro lado (Nezu, 1987) ha definido la solución de problemas sociales como el proceso metacognitivo por el cual los individuos comprenden la naturaleza de los problemas de la vida y dirigen sus intentos hacia la modificación de, bien el carácter problemático de la situación misma o bien sus reacciones hacia ella.

La Técnica de solución de problemas es considerada de autocontrol o independencia, que consiste en identificar la alternativa más eficaz, a lo cual le siguen otras operaciones de autocontrol para estimular y perpetuar la ejecución del curso de acción elegido. Así, pues, la resolución de problemas se convierte en la fase

inicial fundamental de un proceso de autocontrol más general que a menudo se describe con términos tales como “independencia”, “competencia” y “autoconfianza”.

Esta técnica está orientada a que los pacientes consideren las situaciones problemáticas como parte normal de la vida y sentirse capaces de enfrentar muchos de los eventos, también a que identifiquen las situaciones problemáticas cuando estas se presentan e inhibir la tendencia a responder con un primer impulso.

2.3.6 Autocontrol

El autocontrol se refiere a aquellos procedimientos de terapia cuyo objetivo es enseñar a la persona estrategias para controlar o modificar su propia conducta a través de distintas situaciones, con el propósito de alcanzar metas a largo plazo. (Caballo ,1995)

Esta técnica hace énfasis en el papel de la persona como director de su conducta, es como si la persona fueran dos, donde uno se comporta de manera problemática en ciertas situaciones y el otro observa, evalúa y modifica la conducta del primero.

En este método el terapeuta es un colaborador, un consultor o un profesor que ayuda a la segunda persona, enseñándole la teoría y los métodos para llevar a cabo el control de la conducta de la primera persona. Este enfoque reconoce la participación activa del individuo en el proceso terapéutico. También convierte los procesos que están encubiertos en procedimientos manifiestos.

El autocontrol aborda el ambiente de la persona, situando la intervención ahí misma, por lo que en su mayoría las estrategias son tareas en casa, provocando el cambio en el contexto donde suceden las problemáticas. Se

Los métodos utilizados en su mayoría son cognitivos-conductuales o el aprendizaje social.

2.3.7 Autoinstrucciones

Es una técnica cognitiva de cambio de comportamiento en la que se modifica las auto-verbalizaciones es decir las verbalizaciones internas o pensamientos, que un sujeto realiza ante cualquier tarea o problema, sustituyéndolas por otras que, en general, son más útiles para llevar a cabo las tareas. (Caballo, 1995)

El objetivo de esto es que el sujeto introduzca un cambio en sus pensamientos, para que finalmente se modifique el comportamiento que manifestara, alcanzando una mejora en las habilidades al realizar una tarea, esto aumentara el autocontrol de su comportamiento o que llegue a la solución de un problema.

Las autoinstrucciones no solo son el lenguaje interno cotidiano sino a las órdenes que un sujeto se da a sí mismo, al dirigir su actuación, estas deben ser coherentes con la actuación del sujeto para que pueda haber un cambio que viene siendo el objetivo de esto.

2.3.8 Autoobservación

En esta técnica el paciente observa su propio comportamiento o las reacciones emocionales que presentan en ciertas situaciones de conflicto. Se les puede

encomendar que marque en un contador la frecuencia de la aparición de ciertas conductas o que lleven un registro escrito. (Goldfried y Davison , 1981).

En esta técnica existe un cambio de mejoría en los pacientes como consecuencia de observar su propia conducta, posiblemente por generar una perspectiva más objetiva y tal vez distanciada de la propia conducta, esto interrumpe una cadena estereotipada y automática, y hace asimismo más evidentes las consecuencias negativas que se siguen de ella.

También permite que se trabaje con la memoria selectiva del paciente, que le hace centrarse en experiencias o situaciones concretas y descartar otras igualmente importantes, y registrar acontecimientos agradables y desagradables para tratarlos en las sesiones.

2.3.9 Técnicas de dominio y satisfacción

La palabra dominio se refiere a la sensación de logro que puede tener un paciente al realizar una tarea específica, mientras que satisfacción (o agrado) se refiere a los sentimientos agradables que puede tener el paciente relacionados con la actividad que está realizando. (Caro , 2011)

Esta técnica tiene la finalidad principal de luchar contra pensamientos absolutistas, del “todo o nada”, hace que los pacientes valúen de forma numérica una actividad agradable realizada. Con esto también se pueden identificar y corregir cogniciones negativas, pero sobre todo busca que el paciente realice cambios en su estado de ánimo.

Según Lewis (1973^a en p.525) Resulta más fácil cambiar los hábitos ideológicos y sociales de un pequeño grupo tratado como un todo que cuando se trata de individuos aislados. (Blanco, A., caballero, A., de la corte, L., 2005)

**CAPITULO 3:
CONCEPTOS BÁSICOS EN LA
CONSTRUCCION DE UN TALLER
PSICOEDUCATIVO.**

3.1 Definición de terapia de grupo

Una terapia de grupo es cualquier intento por parte de unas personas que se reúnen como grupo, por medio de la aplicación sistemática de procedimientos validos empíricamente, dentro de un marco que permita la recogida de datos relevantes para la evaluación del impacto de esos procedimientos sobre los miembros del grupo como individuos y sobre el grupo como un todo. (Hollander y Kazaoka , 1988 en Caballo , 2008).

Una terapia de grupo proporciona ventajas como observar las interacciones de los pacientes y así retroalimentar esas interacciones. Se puede examinar tanto creencias y conductas directamente de la interacción, principalmente se ofrece un espacio para relacionarse e interactuar aprendiendo formas nuevas de conductas.

3.2 Definición de taller psicoeducativo

Para entender que es un taller psicoeducativo primeramente se tiene que definir que es un taller, (Herrera, 2003) menciona que es “una opción pedagógica alternativa a un curso o seminario, como una modalidad opuesta a una enseñanza te tipo expositiva o memorística”.

La palabra taller proviene del francés atelier, y significa estudio, obrador, obraje, oficina. De acuerdo a la historia el taller aparece en la Edad Media, a partir de los gremios de artesanos, en que se veía el taller como un lugar de trabajo y aprendizaje exclusivo. (Maya , 2007).

Por otro lado se habla de un taller como un tiempo-espacio para vivenciar, reflexionar y como sinónimo de pensar, sentir y el hacer, como si se hablara de un lugar para la participación y el aprendizaje. (González en Maya, 2007)

En el taller, se espera que a través del interjuego de los participantes con la tarea, generen pensamiento, sentimiento y acción. Un taller se convierte en el lugar del vínculo, la participación, la comunicación y por tanto en donde se considera una producción social de objetos, hechos y conocimientos.

La psicoeducación es el proceso de adquisición de habilidades, destrezas, técnicas y conductas que permitan al paciente, su familia y otros, enfrentar las múltiples vicisitudes, avatares y conflictos que una enfermedad genera y produce. (Alberto Bertoldi Rojtenberg , 2006).

Tiene como objetivo curar la incomprensión del paciente acerca de que es lo que le está sucediendo, lo cual es crucial para conseguir cierto bienestar psicológico y una mejor calidad de vida, debido a que el paciente psicoeducado deja de sentirse culpable para sentirse responsable. (Francesc ,2004) Este es un gran paso para la aceptación o el rechazo del tratamiento, así mismo marca el compromiso del paciente con su recuperación.

Un taller psicoeducativo se puede definir como un tipo específico de intervención psicoeducativa, que propicia una situación de enseñanza- aprendizaje que considera la importancia de la dinámica grupal como herramienta de cambio conductual, de actitudes, habilidades, percepciones, pensamientos, creencias o interacción. (Herrera, 2003).

En este grupo se enfatiza la autoayuda y proporcionan información que cada participante puede utilizar en un programa autoadministrativo de desarrollo y crecimiento personal.

3.3 Objetivos de un taller psicoeducativo

El objetivo de cualquier tratamiento, debe ser siempre la curación de una enfermedad o, por lo menos, la mejora de los síntomas. En el taller psicoeducativo el principal objetivo es la enseñanza y la adquisición de ciertas habilidades para la vida.

Se pretende que la información proporcionada ayude a través de la retroalimentación con los otros miembros del grupo, la cual pueda utilizar en su desarrollo y crecimiento personal, primero dentro del grupo y luego en el mundo real.

3.4 Diferencias entre taller psicoeducativo y terapia grupal.

Aunque el taller se deriva de la terapia de grupo en el taller los objetivos son específicos, medibles y están detallados antes del inicio del taller, siendo iguales para todo el grupo, esto no significa que no se respeten los ritmos individuales. Por otro lado una terapia grupal, en cambio, tiene objetivos relacionados con las problemáticas de los diferentes integrantes del grupo, lo cual tiene que ver con aspectos de la dinámica de la personalidad del yo de los participantes. Sus fines son más terapéuticos y curativos. En los talleres, sus fines suelen ser preventivos.

3.5 Características generales de una talleres psicoeducativo

Los talleres se conforman de un grupo de personas que se unen para hacer frente a problemas en común, se podría decir que son espacios de reflexión y aprendizaje grupal.

Las principales características de un taller psicoeducativo es primeramente que se trabaja con grupos pequeños, los pacientes son responsables de su participación, así mismo existe un proceso enseñanza-aprendizaje, también se pretende que lo que aprendan en las sesiones, puedan llevarlo a cabo en sus acciones.

La teorización que se proporciona en el taller va de forma progresiva y relacionada a la experiencia de los participantes, así mismo esta información se puede ir transformando a medida que el taller avanza. En el taller se permite socializar los conocimientos individuales con la participación activa de los participantes lo que permite enriquecerla.

Durante las sesiones se puede solicitar opiniones, hacer preguntas, administrar cuestionarios, discutir casos, intercambiar puntos de vista, y valorar diversos aspectos relacionados al tema de interés. (Hernández, Fernández y Baptista, 2006)

Los talleres generalmente se desarrollan en base a una metodología activo-participativa, en la cual se produce una relación educativa facilitadora, se parte del principio de acción-reflexión-acción, se potencia el aprendizaje colectivo y se rescata el principio del aprender haciendo (Martínez , 1991 en Herrera , 2003)

Una ventaja de los talleres es que al incorporar tanto a más psicólogos como al mismo paciente en su tratamiento hace que haya un mayor compromiso de su parte. Los talleres pueden pertenecer a diferentes grupos

3.6 Número de participantes

La selección de los miembros depende principalmente de la similitud de los miembros, en cuanto al tema que se tratara.

El restringido número de personas que integran un pequeño grupo, facilita la producción de un tipo de comunicación en el que la fusión de identidades es tanto fundante como disruptiva.

Se considera que el número ideal de pacientes para analizar en grupo es de 6 a 10 miembros, con menos de 8 integrantes el grupo no tiene suficiente provocación y actividad interpersonal, lo que lleva a puntos ciegos en la interacción espontanea. Menos de cinco disminuye las interacciones y el terapeuta se encuentra muy pronto haciendo terapia individual. Con más de 10 personas se dificulta saber lo que pasa y disminuye el tiempo para la elaboración de los problemas personales. Entre más grande sea el grupo, menor posibilidad tiene de expresarse los miembros inhibidos, menos autoafirmativos y agresivos que los demás; pero con tres pacientes en una relación prolongada, puede surgir un círculo vicioso de catexias emocionales. (Díaz, 2000)

Otros autores consideran que los grupos deben formarse de 6 a 20 participantes, conducidos por un líder que ejerce el rol de facilitador del grupo, quien es el responsable de velar porque se logren los objetivos para los cuales el grupo se ha conformado. (Herrera, 2003)

3.7 Rol del conductor del grupo

El conductor es aquel que ayuda al grupo a cumplir los objetivos que le permitan funcionar. Su rol como líder es identificarse con el grupo y ser el alma del grupo. El facilitado debe pasar de un enfoque directivo a un democrático.

De acuerdo al enfoque directivo el líder es quien toma las decisiones, da órdenes y normas, impone su criterio, es el único responsable, sólo él conoce el curso posterior de las actividades que se desarrollan en el grupo, señala los objetivos y distribuye las tareas.

El democrático, confía en la capacidad del grupo, favorece las discusiones, pide y toma en cuenta las opiniones del grupo antes de tomar decisiones, la responsabilidad es compartida por el grupo y da libertad a los miembros para trabajar a su gusto.

Un taller debiera tender a una conducción más bien democrática y participativa, lo cual no significa el entregar todo el poder a los participantes del grupo, sino compartirlo y distribuirlo en forma adecuada a las necesidades del grupo. (Cirigliano, 1966 en Herrera, 2003)

El rol del conductor del grupo resulta esencial para el desarrollo de los talleres, siendo éste el papel que generalmente asumimos los psicólogos cuando ponemos en marcha una intervención de este tipo. Es por esto que resulta importante formarnos en estrategias de dirección de grupos que nos permitan conducir a los participantes lo mejor posible hacia los objetivos y metas propuestas en el taller.

Un conductor debe ser una persona entrenada en el manejo o la conducción de grupos, y tiene que crear un clima de confianza entre los participantes. Debe ser

individuo que no sea percibido como distante por los participantes de la sesión y que propicie la intervención ondeada de todos. La paciencia es una característica que se requiere. Debe tener muy en claro la información a los datos que se recolectar, así como poder evitar desviaciones del objetivo planteado, aunque tendrá que ser flexible hacia ciertos temas, dejando que fluya la comunicación, aunque sutilmente pueda retomar los temas indicados. (Hernández, Fernández y Baptista, 2006)

3.8 Tipos de talleres psicoeducativos

Los talleres se diferencian por variables como las siguientes:

1. Por el número de participantes: lo que habla de grupos pequeños o grandes según el margen establecido.
2. El tipo de conducción del líder: diferenciando entre talleres de tipo directivo o más democrático, aunque debieran tender hacia el segundo tipo.
3. El tipo de cambio que propician en los participantes: existiendo talleres más conductuales, o actitudinales, por ejemplo, aunque suelen integrarse diferentes tipos de cambio. Lo importante es que queden especificados en los objetivos del taller. Esto suele relacionarse con diferentes perspectivas sobre el proceso de enseñanza aprendizaje.
4. Si admiten a los participantes integrarse una vez iniciado el taller, o si requieren de un número definido de participantes desde la primera sesión. En el primer caso se habla de talleres abiertos, en el segundo, de talleres cerrados.

5. Respecto al número de sesiones hay talleres cortos (3 – 8 sesiones) y talleres más largos (9 sesiones o más).
6. Según la recurrencia de las sesiones, pues algunos realizan periódicamente las sesiones una vez por semana, otros realizan sesiones seguidas al principio, luego con menor frecuencia y hay otros que se dan con menor periodicidad, por ejemplo una vez al mes.
7. Según la permisividad; Talleres abiertos: Si admiten a los participantes integrarse una vez iniciado el taller y Talleres cerrados: cuando se requieren de un número definido de participantes desde la primera sesión.
8. Centrados en el problema, taller mixto cuando el énfasis es colocado en problemas individuales que pueden no ser compartidos por otros miembros. Taller situacional; donde los miembros se enfrentan con dificultades situacionales comunes a su propia manera y Talleres de desarrollo en que los miembros se enfrentan con problemas comunes, debido a una edad o una etapa de vida similar.

3.9 Plan de trabajo

3.9.1 Definir los objetivos: al definir los objetivos nos hacemos la pregunta ¿Para qué realizar este taller? Lo que se pretende alcanzar con la realización. Los objetivos se establecen en función de los problemas que el taller pretende contribuir a solucionar. Estos dan coherencia a las acciones y actividades que se realizaran en las diferentes sesiones. Existen tres características esenciales que

deben cubrir los objetivos, deben ser claros, realistas y pertinentes o lógicos con el problema.

En el taller se deben definir los siguientes objetivos; Los **generales** los cuales expresan cuál es el resultado final que se espera lograr una vez finalizado el taller. Los **específicos** que describen las temáticas específicas que deberán tratarse para lograrse los objetivos generales y Los **objetivos operacionales** establecen qué es lo que se va a lograr y cuándo serán alcanzados los resultados. Es decir, son descripciones de los resultados que se alcanzarán en un tiempo determinado.

3.9.2 Diseño de las sesiones: Nos referimos a especificar lo que se va a hacer para lograr los objetivos (carta descriptiva). Los elementos esenciales en el diseño son: 1) la temática que llevara el taller 2) objetivos operacionales 3) actividades o procedimientos los cuales requieren de tres procesos; descongelamiento (confianza y acercamiento grupal), desarrollo de las actividades centrales (realización de tareas y actividad principal) y cierre y evaluación (despedida donde los participantes participan con opiniones en cuanto a la sesión). (Francesc, 2000)

3.10 Técnicas Participativas

Existen técnicas participativas las cuales ayuda a generar un ambiente de mayor participación lo cual hace más favorable la reunión. Facilitan el proceso de integración de los miembros de un grupo, abren la oportunidad de un tiempo

reflexivo y permiten el desarrollo de un aprendizaje activo. Ayudan a compartir espacios y tiempos del vínculo grupal. Para que realmente se produzca un hecho pedagógico de aprendizaje. Casi nunca se utilizan en forma “pura”, es decir de manera idéntica a cómo son descritas en su diseño original, sino que tienden a adaptarse en base a la circunstancia concreta en que serán utilizadas.

Los procedimientos forman un proceso didáctico que hace a cada persona capaz de verse a sí misma en relación con los demás, que le ofrece soporte emocional y le permite manifestarse tal cual es. (Prada, 1998)

Existen diferentes tipos de técnicas como son **las dinámicas** cuyo objetivo es facilitar la comunicación interpersonal y trabajar temas para profundizarlos, también son utilizadas para percibir la realidad, analizar y buscar caminos de transformación. Existen dinámicas de 1) animación y descongelamiento (para relajar el ambiente y animar el trabajo) 2) de conocimiento, presentación e integración (mayor conocimiento del grupo al compartir experiencias) 3) de análisis y trabajo grupal (discusión y estudio de un tema) y 4) de organización y planificación (tomar consciencia de la importancia de planear y lograr metas). (Herrera, 2003)

Otra técnica es **el juego** el cual es un elementos didácticos y lúdicos que entregan al monitor la posibilidad de hacer de un aprendizaje concreto una actividad placentera y creativa realizada junto a otros, con el fin de desarrollar la observación, la crítica y la representación de roles. Existen juegos 1) al aire libre (pretenden integrar, descongelar y producir cohesión grupal) y 2) de salón (ayuda al dialogo grupal).

3.11 Proceso de cierre

Se debe considerar el cierre no como un elemento aislado sino como una secuencia que comienza desde que se inicia el taller y en el momento en que se da fin a cada sesión secuencialmente. Se debe preparar al paciente para el cierre avisándoles en sesiones anteriores. Cuando termina cada sesión se pregunta a cada participante que se llevan, con esto ellos pueden contemplar los recursos que han aprendido por lo que verán el final como una forma de adquisición. Se deben dar espacios para el reconocimiento y expresión emocional.

En la sesión de cierre al terminar todas las sesiones; Se debe entregar una información oportuna sobre el significado del cierre, Resulta importante revisar la experiencia vivida durante el taller, rescatando el rol de cada uno en el proceso, Rescatar los recursos individuales, sociales y familiares de los participantes para que sigan funcionando sin el taller. (Herrera, 2003)

CAPUTILO 4:
DEPRESIÓN; UNA PROPUESTA TERAPEUTICA.

4.1 JUSTIFICACIÓN

La Organización Mundial de la Salud (OMS, 2011), Menciona que la depresión es la cuarta causa y pérdida de calidad de vida por la discapacidad que genera y en México la padece el 10 % de la población. Se dice que para el 2020, sino antes, estará en segundo lugar, se calcula que afecta a unos 350 millones de personas.

En el peor de los casos puede llevar al suicidio; se establece que a diario se registran 3 mil intentos de suicidios, y aunque en México aún no hay estadísticas claras, la Secretaría de Salud estima que cada año hay hasta 14 mil intentos, sin considerar a los consumados. Uno de cada 10 intentos es concluido, lo que coloca a México en el noveno país de muertes autoinfligidas, de una lista de 53 aproximadamente. Según la OMS, sólo un escaso número de suicidios se producen sin aviso. La mayoría de los suicidas dan avisos evidentes de sus intenciones. Por consiguiente, deben tomarse en serio todas las amenazas de autolesión

Más de la mitad de los afectados en todo el mundo (y más del 90% en algunos países) no reciben esos tratamientos. En México la depresión, constituye un severo problema de salud pública que hoy por hoy afecta entre 12 y 20% a personas adultas, es decir, entre 18 y 65 años. Autoestima baja, estrés crónico, problemas económicos, salario menor, falta de una pareja o un trabajo insatisfactorio son algunas de las razones de la larga lista en la que impera la ansiedad y tristeza extrema.

El estudio 'Costo Social de los Trastornos Mentales' de Pro Voz Salud Mental, un grupo de asociaciones no gubernamentales realizado a 4,048 trabajadores del sector

salud durante dos años, arroja que las mujeres sufren casi el doble de depresión (14.4%), en comparación con los hombres (8.9%).

Demostramos que la depresión es un problema importante de salud pública en México. Por lo que se requiere de un diagnóstico a tiempo y un buen tratamiento, que pueda ofrecer al paciente un cambio en su estado de ánimo. Aunque los tratamientos son variados y nos ofrecen diferentes formas de actuar, un elemento que debe importarnos cuando hablamos de terapia es la disminución de los síntomas del paciente y la adquisición de herramientas que puedan utilizar en el futuro para el control de dicha enfermedad.

Existen diferentes terapias de corta duración (cognoscitiva, interpersonal y conductual) eficientes en el trastorno depresivo. Lo que diferencia a las tres modalidades de psicoterapia breve del enfoque de orientación psicoanalítica es el papel activo y directivo del terapeuta, los objetivos claramente identificables y la duración determinada. Los cuales son elementos que sin duda marcan una gran diferencia en cuanto a elección de tratamiento y alternativa de terapia.

4.2 OBJETIVO GENERAL

Impartir un taller psicoeducativo con técnicas cognitivas- conductuales, para disminuir los síntomas y brindar habilidades a pacientes diagnosticados con depresión moderada, en la Clínica de Atención Psicológica “Dr. Guillermo Dávila”.

4.3 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Informar acerca de la depresión que padecen por medio de la psicoeducación.
- Distinguir los pensamientos negativos y como estos repercuten las consecuencias emocionales y conductuales.
- Identificar su autoconcepto
- Brindar herramientas cognitivas-conductuales que mejoren la capacidad de resolver problemas, demostrado en la interacción grupal.
- Brindar habilidades de autocontrol.
- Profundizar en habilidades sociales y reforzar positivamente conductas asertivas.
- Definir metas a corto plazo fomentando el auto-monitoreo y auto-esfuerzo.
- Reforzar su confianza a través de la autoevaluación para llevar a cabo las metas propuestas.

4.4 HIPÓTESIS

Al impartir a pacientes diagnosticados con depresión moderada, un taller psicoeducativo que contenga técnicas cognitivas- conductuales, brindaremos habilidades, que podrán auto administrarse en tiempo presente y futuro, lo que producirá un crecimiento personal, que podrá observarse en la interacción grupal y en la disminución significativa de los síntomas que presentaban al inicio del taller. Así como la generación de nuevas alternativas de solución a problemas cotidianos.

4.5 METODO

Es un estudio mixto con un enfoque cualitativo dominante, se hará utilizando un grupo de enfoque, de 12 personas, la muestra es no probabilística, las razones que se tomaron en cuenta para la selección de la muestra fueron, edad de entre 20 a 30 años, que hayan sido diagnosticados en el Centro de Servicios Psicológicos

“Dr. Guillermo Dávila”, con depresión moderada en la prueba de Depresión de Beck, que no estuvieran en tratamiento farmacológico, sin distinción de sexo.

El taller se llevó a cabo en el Centro de Servicios Psicológicos “Dr. Guillermo Dávila”, ubicada en la Facultad de Psicología de Ciudad Universitaria, en la cámara 7-8, en un horario de 18:00 a 20:00 los días Martes, con un total de 10 sesiones.

4.6 MATERIALES

Pizarrón, Plumines, Laptop, Proyector, Sillas, Escritorio

-Material didáctico como; revistas, colores, tijeras, pegamento, hojas blancas y de color, lápices, cartulina, globos, hojas de trabajo, hojas de tareas, música.

4.7 PROCEDIMIENTO

La recolección de datos se llevó a cabo a través de las observaciones de conductas y estados de ánimo de los pacientes en cada sesión, entrevistas no estructuradas, así como la revisión de actividades, dinámicas y tareas (fase cualitativa). También se aplicó la escala de depresión de Beck (fase cuantitativa) , al inicio para elección de los pacientes con depresión moderada y al final del taller para evaluar la disminución de los síntomas de depresión de la prueba. Se utilizó este test, debido a que en la Clínica de Servicios se aplica a todo paciente que ingrese, como requisito indispensable. De acuerdo a las normas éticas y con el fin de promover el uso adecuado y responsable de los instrumentos psicométricos, el instrumento de medición; Inventario de Depresión de Beck no será incluido en este trabajo, estos pueden ser solicitados en cualquier momento a los realizadores de la presente tesis.

4.8 CARTAS DESCRIPTIVAS

Carta descriptiva general.

OBJETIVO GENERAL: Impartir un taller psicoeducativo con técnicas cognitivas-conductuales, para disminuir los síntomas y brindar habilidades a pacientes diagnosticados con depresión moderada, en la Clínica de Atención Psicológica “Dr. Guillermo Dávila”.

SESIONES	NOMBRE DE LA SESION	OBJETIVO GENERAL
Sesión 1	PRESENTACIÓN DEL TALLER DEL ESTADO DE ANIMO	Se informara a los participantes las normas, los objetivos e información básica acerca de la depresión. Se aplicara una evaluación inicial.
Sesión 2	“NOMBRANDO MIS PENSAMIENTOS”	Distinguir los pensamientos negativos y como esto repercute las consecuencias emocionales y conductuales.
Sesión 3	“QUIEN SOY YO”	Que los participantes Identifiquen su auto concepto, y que perciban como repercute en su entorno y su futuro.
Sesión 4	“Gama de alternativas”	Identificar eventos pasados y actuales que son detonantes de episodios depresivos. Y las formas de afrontamiento.
Sesión 5	“Aprendiendo a manejar mis emociones”	Entrenamiento en técnicas de relajación y auto-retroalimentación que permitan abordar de modo más eficaz problemas futuros.
Sesión 6	“Relacionándome con otros; comunicación asertiva”	Brindar herramientas para incrementar la comunicación asertiva y así identificar elementos indispensables en la comunicación.

Sesión 7	“Relacionándome con otros; Habilidades sociales”	Se pretende que los participantes conozcan las diferentes habilidades sociales y así aumentar los comportamientos gratificantes y productivos.
Sesión 8	“Alcanzando mis metas”	Identificar metas a corto plazo, que puedan realizar en una semana, para trabajar auto- monitoreo y auto-esfuerzo.
Sesión 9	“Identificando mis emociones”	Autoevaluar lo que requirieron hacer para llevar a cabo las metas propuestas, y así reforzar su confianza.
Sesión 10	“Cierre del taller”	Se realizara una retroalimentación entre los integrantes del grupo en donde contarán su experiencia vivida en el taller aunado a esto se aplicará una evaluación final.

Carta descriptiva Sesión 1. “PRESENTACION DEL TALLER”

OBJETIVO: Se informara a los participantes las normas, los objetivos e Información básica acerca de la depresión. Se aplicara una evaluación inicial.

Actividad	Procedimiento	Materiales	Duración
Bienvenida	Los terapeutas se presentan y dan la bienvenida a los participantes.	Ninguno	5 min
Dinámica de presentación “la fiesta”	Cada participante dirá su nombre y una cosa que llevara a la fiesta, está debe iniciar con la primera letra de su nombre, el participante siguiente debe decir no solo su nombre y lo que llevara sino la del compañero anterior.	Ninguno	10 min
Exceptivas del Taller	Se le pregunto a cada participante, que piensan que tratara el taller y lo que esperan de él.	Ninguno	10 min
Presentación del taller	Se entregara a cada participante un tríptico, en donde se dará a conocer por medio de una presentación verbal impartida por los terapeutas lo siguiente: 1)El horario y duración del taller 2)Propósitos del taller 3)Temas que se verán en el mismo 4)Terapia que se impartirá 5)Reglas 6)Sugerencias	<ul style="list-style-type: none"> • Tríptico impreso Anexo 1.1 • Laptop • Diapositivas • Cañón 	15 min
Evaluación	A través del “cuestionarios de evaluación de Depresión de Beck”, sé evaluara el nivel de depresión que presentan.	<ul style="list-style-type: none"> • Cuestionarios de evaluación de Depresión de Beck • Lápices para cada participante 	15 min

Dinámica 2 “conociéndonos”	Se pide que formen dos filas dividiendo el número de participantes según la asistencia, y se les dará la indicación siguiente: “tienen 30 segundos para que los participantes de la fila de la derecha compartan información de ellos con el participante de enfrente; como edad, gustos en particular, pasatiempos, lo que les disgusta etc.” posterior al tiempo acordado (2 min) se cambiara el turno a los de la fila izquierda dando la misma indicación, después de que hablen los dos participantes respectivamente , se recorrerá una fila para que se puedan conocer con un participante diferente, así hasta que todos pasen, posteriormente se les pedirá que presenten a cada participante las personas que hablaron con él para que los que estuvieron en su misma fila terminen conociéndolos también.	➤ Suficiente espacio	15 min
Presentación del tema “La Depresión”	Con ayuda de una lluvia de ideas, se pretende saber que conocimientos previos tienen los participantes acerca de la depresión. Se les pregunta ¿Qué saben sobre la depresión, qué significa para ti? Las mismas se irán escribiendo en una pizarra o cartulina. A partir de las mismas se tomaran para la exposición que se les presentara. <ul style="list-style-type: none"> • ¿Qué es la depresión? • 2)Tipos de Depresión y síntomas de la misma • 3)Diferencias entre tristeza y depresión • 4)Factores que influyen 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Pizarrón ➤ Plumón para pizarrón ➤ Laptop ➤ Diapositivas ➤ Cañón 	15 min
•Dinámica 2 “dibujando mis emociones”	Se divide a los participantes en grupos de proporción similar se les indica que se sienten en el suelo, y se proporciona papel cartulina y pintura acrílica.	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Cartulina ➤ Pinturas acrílica de colores 	25 min

	<p>Se les da la instrucción: “dibujen la tristeza y la felicidad”. Se da un tiempo de 15 a 20 min, se reproduce música relajante para su mayor concentración.</p> <p>Posterior al tiempo establecido se les pide que expliquen su dibujo, así hasta que todos pasen, después se les pregunta ¿que observaron en su dibujo o el los dibujos de otros compañeros en relación al suyo?</p> <p>El propósito de esta actividad es conectar a los participantes con su sentimiento de tristeza, así también demostrar que existe la felicidad en su vida, Así mismo que existen otras personas que se han sentido así, y depende de perspectiva de cada persona la magnitud del sentimiento, así como las estrategias de solución.</p>	➤ Papel	
Cierre	Las psicoterapeutas les harán unas preguntas con el fin que los participantes expresen, qué les gusto y disgusto de la sesión y que se llevan.	➤ Ninguno	10 min

Carta descriptiva Sesión 2 “NOMBRANDO MIS PENSAMIENTOS”

OBJETIVO: Distinguir los pensamientos negativos y como esto repercuten las consecuencias emocionales y conductuales.

Actividad	Procedimiento	Materiales	Duración
Repaso de lo que aprendieron en la sesión pasada	Los psicólogos les preguntan a los participantes cuales son los temas que se vieron en la sesión anterior a fin de que se dé un resumen a los que se integran al grupo así como algunas preguntas o dudas que les surgieron en la semana.	➤ Ninguno	10min
Dinámica de integración “Lotería de nombres”	El facilitador le entrega a cada participante un papel donde se pide que escriban su nombre y lo metan a una bolsa, posteriormente se entrega una hoja donde tenga un número de cuadros según la cantidad de participantes (lotería de nombres), después se pide que escriban en cada cuadro nombres de compañeros que recuerden, hasta llenar todos los cuadros. Después los terapeutas sacaran de la bolsa los nombres y los pacientes tendrán que ir tachando cada uno hasta haber escuchado todos los nombres que escribieron en su hoja para ganar.	➤ Anexo 2.1 “lotería de nombres”	10 min
Presentación del tema “ los pensamientos”	Se expondrá brevemente los siguientes temas: <ul style="list-style-type: none"> • Concepto de pensamiento • Diferencia entre pensamientos de una persona depresiva y no depresiva y su influencia que tienen a nivel corporal, conductual y anímico, para que se familiaricen con el tema a tratar en esta sesión. 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Lap Top ➤ Cañón proyector ➤ Diapositivas 	10 min
Actividad 1 “Identificando pensamientos	El psicólogo formula las siguientes preguntas a los pacientes y se les pide que las escriban. <ul style="list-style-type: none"> • ¿Por qué estás aquí? 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Hojas en blanco ➤ Lápices. ➤ Hojas en blanco 	10 min

negativos”	<ul style="list-style-type: none"> ¿Qué pensamientos evitaron que buscaras anteriormente soluciones anteriormente? <p>En esta dinámica se pretende hacer reflexionar a los pacientes sobre el evento por el cual asisten al centro, he identificar los pensamientos que tienen desde entonces.</p>		
Presentación del tema “Tipo de pensamientos	<p>Se expondrá brevemente los siguientes temas:</p> <ul style="list-style-type: none"> Tipo de pensamientos; Constructivos vs destructivos, Necesarios vs innecesarios y Positivos vs negativos. 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Diapositivas ➤ Laptop ➤ Cañón 	10 min
Actividad 2 “identificando que tipo de pensamientos tengo”	<p>Con la ayuda de la actividad 1 y de manera individual, se pide a los pacientes que identifiquen que tipos de pensamientos tienen. (Se da unos minutos para contestar).</p> <p>Y se hace una retroalimentación sobre lo que reflexionaron sobre su tipo de pensamiento y porque creen que pertenecen a ese tipo.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Hojas en blanco con la respuesta de la actividad 1 	10 min
Información: Explicación de la teoría A-B-C	<p>Se explicara el método de A-B-C y el significado de cada letra. Se dan ejemplos.</p> <p>A: Evento activador B: Creencias C: Consecuencias emocionales y conductuales</p>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Diapositivas ➤ Laptop ➤ Cañón 	15 min
Actividad 3	<p>Se les entrega a los participantes la hoja A-B-C-D; para que individualmente lo llenen con una situación de su vida cotidiana. (solo se llenara hasta la letra ,C.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Hoja impresa “A-B-C-D, Anexo 2.2 	10 min
Exposición	<p>Explicación del punto D, Como le hablas a tus pensamientos.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Diapositivas ➤ Laptop ➤ Cañón 	5 min

<p>Dinámica 2: “Actuando los pensamientos”</p>	<p>Se divide a los pacientes de forma equitativa y se le entrega a cada equipo diferente situación específica (persona con diabetes, problemas sociales, come impulsivamente), se les pide que identifiquen y escriban el A-B-C-D en hojas blancas. Posteriormente se pide que elijan tres participantes donde cada uno tendrá un rol, donde dos de ellos fungirá como pensamientos buenos y otros malos, tratando de convencer al tercer participante de realizar una acción.</p> <p>Posterior se hará una retroalimentación. Se observara que tipo de pensamiento es más intenso y resaltar que para que el pensamiento positivo prevalezca tendrían que decírselo con más intensidad</p>	<p>➤ Hoja donde ya este asignado el rol que actuaran.</p>	<p>10 min</p>
<p>Actividad 4</p>	<p>Retomando la actividad 3, se les pide que llenen la columna cuatro con diferentes tipos de pensamientos que contrarresten los de la columna B.</p> <p>Se les pide a tres pacientes voluntarios que compartan la actividad.</p>	<p>➤ Hoja impresa “A-B-C-D, Anexo 2.2</p>	<p>10 min</p>
<p>Cierre</p>	<p>Se realizaran las siguientes preguntas:</p> <ul style="list-style-type: none"> • ¿Cómo se sintieron? • ¿Qué aprendieron? • ¿Que se llevan? <p>Tarea: Registro de pensamientos positivos y negativos Termómetro del animo</p>	<p>➤ Registro de pensamientos Anexo 2.3 ➤ Termómetro del ánimo anexo 2.4</p>	<p>10 min</p>

Carta descriptiva Sesión 3 “QUIEN SOY YO”

OBJETIVO: Que los participantes Identifiquen su auto concepto, y que perciban como repercute en su entorno y su futuro.

ACTIVIDAD	PROCEDIMIENTO	MATERIALES	DURACIÓN
Dinámica de integración “El barco”	Se formaran dos equipos de acuerdo al número de personas en la sesión, a cada persona se le pide que tome un papel en el cual vendrá escrito una profesión seguida de una desventaja (ejemplo: Abogado corrupto), consecutivamente se dará la indicación de imaginarse en que están en una isla y llega un barco a salvarlos pero solo pueden ir dos personas, una de cada equipo, por lo que tendrán que argumentar porque cada uno de ellos merece ir en ese barco, al final deben decidir qué persona se ganó un lugar en el barco. Posterior a esto se hace una retroalimentación y se le pregunta a cada equipo ¿porque se eligió a cada persona? ¿Qué de su argumento fue lo que los convenció?, el psicólogo resalta que a pesar de las desventajas todas debemos defender lo que somos y lo que podemos ofrecer.	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Papeles impresos donde viene la profesión y la desventaja. 	15 min
Revisión de tareas	Se analizan las tareas de la semana el registro de pensamientos positivos y negativos y el Termómetro del ánimo. Analizar las variaciones del estado de ánimo e identificar si algún suceso en específico detono tal estado. Revisar que pensamientos fueron los que más prevaleció en ellos, en la semana.	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Anexo 2.4 ➤ Anexo 2.5 	10 min
Actividad 1 “Características de mi	Se entrega a los pacientes una hoja donde se pregunta “cuáles son las características de su personalidad”. Posteriormente se realiza una lluvia de ideas para poder comparar entre una autoestima baja, una alta autoestima y	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Características de la personalidad Anexo 	10 min

personalidad “	la hoja en donde describieron sus características, con el objetivo de llegar a identificar qué tipo de autoestima tienen.	3.1 ➤ Lápices	
Aplicación de “test autoestima”	Se les aplica un test de autoestima, para que identifiquen que tipo de autoestima tienen.	➤ Anexo 3.8	10 min
Presentación del tema	Se expondrá brevemente los siguientes temas: <ul style="list-style-type: none"> • Definición de autoestima, • Tipo de autoestima, • Diferencia entre autoestima y autoconcepto <p>Se retoma lluvia de ideas, con el objetivo de que se familiaricen con la información.</p>	➤ Lap top ➤ Cañón proyector ➤ Diapositivas	10 min
Actividad 2	Se entrega una hoja donde tiene que contestar una serie de preguntas. Para reflexionar como las relaciones sociales influyen al fomentar un tipo de autoestima.	➤ Anexo 3.2 ➤ Lápices	15 min
Actividad 3 “Diferencias y similitudes”	Se entregara una hoja con el nombre de cada paciente, donde cada uno tendrá que escribir una característica según perciban a la persona dueña de la hoja que poseen, así todos pondrán algo de cada quien. Después que todos tengan la hoja con su nombre, se pide que cambien de lugar dejando su hoja en su sitio para que otra persona lea lo que todos pusieron de él. Posteriormente regresaran a su lugar y compararan esta actividad con la hoja de la activad 1 (cuáles son las características de tú personalidad), con el objetivo de observar similitudes o diferencias en cuanto a su autoconcepto y la forma en como los perciben otras	➤ Anexo 3.3	15 min

	<p>personas. Se comparte como se sintieron al ver las similitudes o diferencias.</p> <p>El psicólogo recalca que todos tienen una percepción de cada persona, pero la que cuenta es como se perciben ellos mismos dado que de eso depende su autoestima.</p>		
<p>Dinámica 1</p> <p>“El viaje”</p>	<p>Se distribuye a cada participante una hoja blanca con una maleta y un baúl dibujados, así como lápices y colores y les pide que escriban en el baúl “lo que dejo” y en la maleta “lo que me llevo”.</p> <p>Indicar al grupo que imaginen que van a realizar un viaje muy especial, el viaje de su vida, y que necesitan hacer una maleta también muy especial para que viajen con éxito.</p> <p>Es importante especificar que la actividad a realizar consiste en que identifiquen y describan en sí mismos (las), aquellas características que cada paciente suponga que les servirán para su viaje. Posteriormente pide el psicólogo a cargo que expongan ante el grupo las características que decidieron llevar al viaje y aquellas que dejaron.</p> <p>Reflexionar / discutir.</p> <p>Se analiza que características les costó más trabajo identificar (dejar/llevar) y a que creen que se deban, así como creen que puedan aumentar sus características positivas y disminuir o modificar las negativas</p>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Hoja anexo 3.4 ➤ Lápices y colores 	15 min

	<p>Es importante que el facilitador a cargo resalte que cada uno elige las características de su personalidad que desea llevar por la vida, es de suma importancia que desde este instante dejemos en el baúl, las cosas negativas y cuando salgan de la sesión llevaran puesto sus características positivas las cuales les ayudaran a resolver problemas futuros.</p>		
<p>Dinámica 2 “El anillo”</p>	<p>El facilitador a cargo les entrega una hoja con la historian llamada, “El verdadero valor del anillo”, donde se pide a cada integrante que lean un párrafo hasta terminar. Posteriormente se les preguntara al grupo:</p> <p>¿Que entendieron? ¿Cómo lo aplicas a la vida real? ¿Quién realmente sabe el valor del anillo?</p> <p>Promueve el psicólogo a que participen.</p>	<p>➤ El verdadero valor del anillo Anexo 3.5</p>	10
<p>Cierre</p>	<p>Se realizaran las siguientes preguntas:</p> <ul style="list-style-type: none"> • ¿Cómo se sintieron? • ¿Qué aprendieron? • ¿Que se llevan? <p>Tarea: Escribir tres actitudes o acciones positivas que realizaste cada día por una semana.</p>	<p>➤ Autoregistro Anexo 3.6</p>	5 min

Carta descriptiva Sesión 4 “GAMA DE ALTERNATIVAS”

Objetivo: Identificar eventos pasados y actuales que son detonantes de episodios depresivos. Y las formas de afrontamiento.

ACTIVIDAD	PROCEDIMIENTO	MATERIALES	DURACIÓN
Revisión de tarea	Se realiza una exploración de cómo les fue en la semana, revisar la tarea sobre las actitudes positivas, que realizaron en la semana. Preguntar acerca de dificultad con la tarea, ¿De qué se dieron cuenta con la tarea? y ¿Porque creen que fue importante realizarla?	➤ Hojas de tarea anexo	15 min
Dinámica de integración “EL MERCADO DE CHINÍ-CHINÓ	Se pide a los participantes que se sienten en círculo .Menciona: "imaginemos que estamos en el mercado de chiní-chinó, que es un mercado chino, en el cual se pueden comprar unas cosas y otras no, por ejemplo yo compraría una cama". Entonces los participantes van diciendo cosas que quieren comprar. Si las palabras llevan "i" u "o" no las pueden comprar, y si no llevan, sí las pueden comprar. Los participantes deben descubrir por qué pueden comprar las cosas.	➤ Nunguno	20 min
Presentación del tema	Se expondrá brevemente los siguientes temas: ➤ Definición de problema, ESP, objetivos. Explicación de la fase 1: Orientación hacia el problema, explicación de la fase 2: Definición y formulación del problema, explicación de la fase 3: Generación de alternativas, explicación de la fase 4: Fase 4	➤ Lap top ➤ Cañón proyector ➤ Diapositivas	20 min

	Toma de decisiones, explicación de la fase 5: puesta en práctica de la solución y verificación. Con el fin de familiarizarse y entender conceptos.		
Actividad 1	Se entregaran hojas en donde los pacientes contestaran en cada fase preguntas relacionadas a la teoría para reforzar el modelado cognitivo y las autoinstrucciones.	➤ Anexo 4.1	15 min
Dinámica 1 “ Dramatización “	Se pedirá a los participantes que formen equipos, según el número de pacientes, se les pedirá que hablen sobre el problema que realizaron en la actividad 1, al finalizar elegirán algún problema de entre todos. Y se realizara una dramatización en donde todos actuaran, en esta dramatización se pedirá que los protagonistas que actúen como lo harían si estuvieran en una situación similar, el paciente del cual fue elegido el problema tendrá que tomar el lugar de la persona con la que tenga mayor conflicto (Mama, papa, hermano, etc.) Al finalizar la dramatización se preguntara como se sintieron todos los participantes con dicho papel y que piensan. Se entregara otra hoja donde repetirán las preguntas de la fase 3, 4 y 5. Con el objetivo de observar sus reflexiones, y si cambiarían algo después de la dinámica.	➤ Anexo 4.1 ➤ Anexo 4.2	35 min
Cierre de sesión	Se realizaran las siguientes preguntas: <ul style="list-style-type: none"> • ¿Cómo se sintieron? • ¿Qué aprendieron? • ¿Que se llevan? Tarea: Termómetro de ánimo Hoja de ESP, Puesta en práctica la solución al problema	➤ Anexo 3.5 ➤ ESP Anexo 4.3	15 min

Carta descriptiva 5 “aprendiendo a manejar mis emociones”

Objetivo: Entrenamiento en técnicas de relajación y auto-retroalimentación que permitan abordar de modo más eficaz problemas futuros.

Actividad	Procedimiento	Materiales	Duración
Dinámica de integración “Lotería de nombres”	Se les entregara una hoja donde se les pide que obtengan las firmas de aquellas personas que se le soliciten, el que junte la mayoría de firmas es que el ganara un premio; esto se hace con el fin de que los pacientes se conozcan más a través de cosas en común y generen mayor confianza.	➤ Hoja de firmas anexo 5.1	15 min
Repaso y revisión	El psicólogo a cargo, hace una revisión de la hoja de resolución de problemas por si tuvieran algún problema o duda y como se sintieron ante la resolución de la misma y si esto repercutió en su estado de ánimo. Se recogerá la hoja del Termómetro del ánimo y se preguntara si hubo alguna variación y porque.	➤ Hoja de solución de problemas anexo 3.6 ➤ Termómetro del estado de ánimo 2.4	15 min
Presentación del tema: “importancia de respirar adecuadamente”	Se inicia preguntando: ¿Sabes si respiras de la forma adecuada?, posterior da una introducción de por qué es importante tener una respiración adecuada.	➤Laptop ➤Diapositivas ➤Cañón	15 min
Actividad 1 “Aprendiendo a respirar correctamente”	Se pide a los participantes que realicen una demostración de cómo respirar comúnmente, posteriormente se les hace conciencia de la forma de respirar adecuadamente y al final con ayuda de un globo, se les pedirá que inhalen y exhalen, tomando aire inflando el estómago y se le pedirá que toque su estómago y sienta como se infla de aire. Esto se repetirá por lo menos tres veces de forma lenta para evitar mareos	➤ Globos para los participantes	15 min

Presentación del tema	Se proporcionara la información sobre, ¿Qué es relajación? , Diferencia entre relajación y tensión e Importancia de estar relajado.	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Laptop ➤ Diapositivas ➤ Cañón 	15 min
Actividad 2 “Conociendo mi tensión-relajación”	<p>Se le pedirá a los participantes que tensen cada parte de su cuerpo, esto progresivamente, y que noten cómo se sienten, posteriormente se les pide que lentamente vaya relajando esta área y se concienticen de sus sensaciones, se les introduce un estímulo distractor ; la psicóloga a cargo hace mucho ruido poniendo música prendida y haciendo ruidos, Con eso se pretende entrenar al cuerpo a tomar conciencia de su estado tenso y por consiguiente relajarse, además de ponerlo en situaciones reales de distracción . Esto se realizará con diferentes áreas del cuerpo.</p> <p>Al terminar se pedirá que compartan: ¿Cómo se sintió? , ¿Pudieron diferenciar entre estar tenso y relajado?</p> <p>Se Enfatiza en que, si no pudieron aun relajarse del todo con la practica podrán llegar a ese estado de paz y tranquilidad.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Música de relajación y prendida. ➤ Bocinas. 	20 min
Actividad 3 “Imaginando mi lugar ideal”	Se le pedirá a los participantes que imaginen, un lugar en donde se sientan, tranquilos y relajados, esto se realizara con visualización guiada por los terapeutas, utilizando los métodos de relajación de las áreas del cuerpo al inicio y final de la actividad.	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Ninguno 	15 min
Cierre	<p>Se realizaran las siguientes preguntas:</p> <ul style="list-style-type: none"> • ¿Cómo se sintieron? • ¿Qué aprendieron? • ¿Que se llevan? <p>Tarea: Auto registro de relajación y tensión</p>	Hojas de relajación y tensión anexo 5.2	10 min

Carta descriptiva Sesión 6 “Relacionándome con otros; comunicación asertiva”

Objetivo: Brindar herramientas para incrementar la comunicación asertiva y así identificar elementos indispensables en la comunicación.

ACTIVIDAD	PROCEDIMIENTO	MATERIALES	DURACIÓN
Revisión de tarea	Se recogen las hojas de tareas (tensión- relajación en casa) y se aclaran dudas sobre la misma.	➤ Hojas de tarea anexo 5.	15 min
Dinámica de integración ¿Así es?	Se piden 2 voluntarios, uno estará frente al pizarrón y el otro dándole la espalda al primero y al grupo, éste último describirá una figura que el terapeuta proporcione (o un objeto), sin voltearse hacia el pizarrón. El que está frente al pizarrón, debe tratar de dibujar lo que le están describiendo, sin hacer preguntas, posteriormente se colocaran de la misma forma, se repite la descripción y el dibujo, sólo que el que dibuja si podrá hacer preguntas. Finalmente Se repite el ejercicio, pero se cambia al compañero que describe la figura por otro del grupo y el que describe puede mirar al pizarrón para ayudar al que dibuja. Al final Se comparan los dibujos realizados entre ellos y con el dibujo u objeto original. Se discute que elementos influyeron para que la comunicación se distorsionara o dificultara: la falta de visión, de diálogo, etc. El objetivo del juego es analizar los elementos en nuestra vida cotidiana que dificultan o distorsionan una comunicación.	➤ 3 voluntarios ➤ Una Figura u objeto para dibujar.	20 min
Presentación del tema	Se expondrá brevemente los siguientes temas:	➤ Lap top	20 min

		<ul style="list-style-type: none"> • ¿Qué es comunicación? • Comunicación asertiva • Comunicación Pasiva • Comunicación Agresiva • Comunicación Asertiva 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Cañón proyector ➤ Diapositivas 	
Actividad	1	Analizar algunas creencias que se tienen que impiden comunicar lo que desean, también algunos derechos que se tienen al comunicar nuestros deseos o sentimientos	➤ Anexo 6.1	15 min
Actividad	2	Se explicaran algunas técnicas de asertividad, se relacionaran con ejemplos de su vida.	➤ Anexo 6.2	35 min
Cierre de sesión		<p>Se realizaran las siguientes preguntas:</p> <ul style="list-style-type: none"> • ¿Cómo se sintieron? • ¿Qué aprendieron? • ¿Que se llevan? • Tarea: tendrán que analizar situaciones de su vida en donde han requerido de una respuesta asertiva, así como todos los elementos que las rodean. Esto para familiarizarse con lo visto en la sesión. 	➤ Hoja de tarea Anexo 6.3	15 min

Carta descriptiva Sesión 7: Relacionándome con otros; Habilidades sociales

Objetivo: Se pretende que los participantes conozcan las diferentes habilidades sociales y así aumentar los comportamientos gratificantes y productivos.

ACTIVIDAD	PROCEDIMIENTO	MATERIALES	DURACIÓN
Revisión de tarea	Se recogen las hojas de tareas “identificar la comunicación asertiva en su vida”, se aclaran dudas sobre la misma.	➤ Hojas de tarea anexo 6.3	15 min
Dinámica de integración “VAMOS A VENDER”	Todos los participantes se sientan formando un círculo. Un compañero empieza eligiendo al compañero que se encuentra al lado, tienen que platicar por un momento acerca de temas en interés y después debe presentarlo como un producto, convenciendo a los otros compañeros de que es el mejor producto existente en el mercado, explicando cuál es su función, comodidades, ventajas, forma de uso, dando ejemplos de su utilización.	➤ Algunos voluntarios	20 min
Presentación del tema	Se expondrá brevemente los siguientes temas: <ul style="list-style-type: none"> • ¿Que son las habilidades sociales? • ¿Para qué nos ayudan? 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Computadora ➤ Cañón proyector ➤ Diapositivas 	10min
Actividad 1 “Practicando habilidades	Se conocerán algunas habilidades sociales; El concepto, las ventajas y desventajas.	➤ Anexo 7.1	30 min

sociales”			
Dinámica 2 “saber elogiar”	Se formara un círculo, un paciente pasara al centro y cerrara los ojos, los demás pasaran uno por uno a decirle elogios, así hasta pasar todos al final se pregunta cómo se sintieron al estar en el centro y al decir los elogios, esta dinámica es para que los pacientes puedan conocer la importancia de recibir cumplido y sobre todo de realizarlos.	➤ Ninguno	20 min
Dinámica 3 “saber decir NO”	Se forman parejas, y cada uno dirá “NO” a la persona que tenga enfrente, hasta que la misma creo que su NO es aceptable, esto con el propósito de que los pacientes puedan tener más seguridad al decir No.	➤ Ninguno	15 min
Cierre de sesión	Se realizaran las siguientes preguntas: <ul style="list-style-type: none"> • ¿Cómo se sintieron? • ¿Qué aprendieron? • ¿Que se llevan? Tarea: Termómetro del ánimo Habilidades sociales que realizaras en la semana	➤ Anexo 1.3 ➤ Anexo 7.2	10 min

Carta descriptiva Sesión 8: Alcanzando mis metas

Objetivo: Identificar metas a corto plazo, que puedan realizar en una semana, para trabajar auto- monitoreo y auto-esfuerzo.

ACTIVIDAD	PROCEDIMIENTO	MATERIALES	DURACIÓN
Revisión de tarea	Se recogen las hojas de tareas sobre las habilidades que se realizaron durante la semana.	➤ Hojas de tarea anexo 7.2	10 min
Dinámica “obituarios”	Se prepara a los participantes por medio de la respiración guiada, para que puedan imaginar una situación trágica, y pensar como si fueran los últimos momentos de su vida. Posteriormente se entrega una hoja que contendrá algunas preguntas.	➤ Anexo 8.1 ➤ Música relajante	20 min
Presentación del tema	Se expondrá brevemente los siguientes temas: <ul style="list-style-type: none"> • ¿Qué es una meta? • Clasificación de metas • Características de una meta • Obstáculos en la vida 	➤ Computadora ➤ Cañón proyector ➤ Diapositivas	15min
Dinámica 2 “Mis metas ante	Se entrega la hoja de trabajo para analizar y concientizar los miedos irracionales y situaciones temidas, que han impedido	➤ Anexo 8.2	15 min

el futuro”	metas pasadas.		
Alcanzando mis metas	Se expondrá la diferencia entre metas a corto, mediano y largo plazo		10 min
Mi proyecto de metas	<ul style="list-style-type: none"> • Se definan las metas a corto, mediano y largo plazo. • Hoja de trabajo con fortalezas, debilidades, oportunidades y amenazas. 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Anexo 8.3 ➤ Anexo 8.4 	30 min
Manos a la obra	Se entregara la hoja “mi compromiso”, donde los pacientes deberán firmar un contrato, comprometiéndose a cumplir una meta a corto plazo (una semana). Así también elegirán a uno de sus compañeros para ser su testigo, el cual tendrá la obligación de apoyarlo en el cumplimiento de meta; con llamadas, buscar alternativas entre otras cosas.	➤ Anexo 8.5	10 min
Cierre de sesión	<p>Se realizaran las siguientes preguntas:</p> <ul style="list-style-type: none"> • ¿Cómo se sintieron? • ¿Qué aprendieron? • ¿Que se llevan? <p>Tarea: Aplicar las metas establecidas a corto plazo</p>	<p>Ninguno</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Hoja de tarea anexo 8.5 	10 min

Carta descriptiva Sesión 9: “Identificando mis emociones”

Objetivo: Autoevaluar lo que requirieron hacer para llevar a cabo las metas propuestas, y así reforzar su confianza.

ACTIVIDAD	PROCEDIMIENTO	MATERIALES	DURACIÓN
Revisión de tarea	Se revisara la carta compromiso y el cumplimiento de metas, si fue exitoso o no. Los pacientes hablaran de su experiencia en el cumplimiento de su meta y los testigos también compartirán su experiencia.	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Hojas de tarea anexo 8.5 	30 min
Dinámica de integración: “Cuidado”	Se hace un circuito con algunos objetos. Tres voluntarios que entrarán de uno en uno. El voluntario recorre el circuito con los ojos abiertos. Vuelve a recorrerlo, pero esta vez, con los ojos vendados. Sin que él se entere, quitamos los objetos del suelo. Los compañeros le “dirigen” simulando que aún están los objetos. El objetivo es favorecer la confianza en el grupo.	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Objetos como sillas, mochilas u otros que estén a la mano. ➤ 3 voluntarios 	20 min
Actividad “Dibuja tu vida”	Se pide a los participantes que dibujen su vida en el pasado, presente y futuro para así identificar elementos importantes como personas que se han mantenido cerca, habilidades adquiridas, como se identifican en el aquí y ahora y así darse cuenta qué es lo que quieren en un futuro, si se sienten capaces de alcanzar sus metas, entre otros elementos.	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Hojas blancas ➤ colores 	30min

Actividad 2. “ visualizando mi meta”	Se pedirá a los participantes, que cierren los ojos, y que se imaginen una meta a largo plazo que quieran realizar, pero ahora teniendo todas las habilidades que necesitan para realizar la meta, y por tanto seguros de lograrla.	➤ Música relajante	20 min
Cierre de sesión	Se realizaran las siguientes preguntas: <ul style="list-style-type: none"> • ¿Cómo se sintieron? • ¿Qué aprendieron? • ¿Que se llevan? Tarea: Termómetro del ánimo	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Ninguno ➤ Termómetro del ánimo anexo 2.4 	10 min

Carta descriptiva Sesión 10: “Cierre del taller”

Objetivo: Se realizara una retroalimentación entre los integrantes del grupo en donde contaran su experiencia vivida en el taller aunado a esto se aplicará una evaluación final.

ACTIVIDAD	PROCEDIMIENTO	MATERIALES	DURACIÓN
Dinámica 1 “la carta”	Se pedirá a los pacientes, que escriban una carta en donde desechen, elementos que no quieren en su vida (rencor, miedo etc.), después se pedirá que cada uno pase al frente y rompa esa carta pensando que se deshace de ello.	<ul style="list-style-type: none">➤ Hojas blancas➤ Plumas➤ Bote de basura	30 min
Actividad 1	Se aplicara el Cuestionarios de evaluación de Depresión de Beck	<ul style="list-style-type: none">➤ Cuestionario de Beck	15 min
Dinámica 2 “Collage”	Se pedirá a los pacientes que realicen un collage, en la que cada paciente será libre de expresarse a sus demás compañeros, la experiencia que vivió en el taller.	<ul style="list-style-type: none">➤ Cartulina➤ Revistas➤ Tijeras➤ Pegamento➤ colores	30min
Actividad 2 “cuestionario de finalización”	Se realizara grupalmente algunas preguntas en relación al taller, con el objetivo de conocer su opinión acerca del mismo.	<ul style="list-style-type: none">➤ Anexo 10.1	20 min
Cierre	Se pedirá a los pacientes que pasen al frente y que mencionen, cosas que se llevan del taller, cosas que adquirieron, y algunas palabras para sus compañeros.	Ninguno	20 min

CONCLUSIONES

La depresión traen consigo alteraciones, físicas, emocionales, cognitivas y conductuales produciendo graves consecuencias en la vida del afectado, consecuencias como ansiedad, abatimiento, pérdida del sueño, del apetito, y falta de interés en realizar actividades. Si la enfermedad no es tratada correctamente puede incluso provocar deseos de suicidio. Afectan a nivel personal, familiar y social.

Según las estadísticas presentadas en La Organización Mundial de la Salud refiere que la depresión es una enfermedad frecuente en todo el mundo, y se calcula que afecta a unos 350 millones de personas. En el peor de los casos puede llevar al suicidio, que es la causa de aproximadamente 1 millón de muertes anuales. OMS (2011).

Se demuestra que la depresión es un problema importante de salud pública en todas las regiones del mundo, por esta necesidad tan preocupante surge la propuesta de un taller basado en las técnicas cognitivas-conductuales donde primero se integró la participación psicoeducativa , que creemos de importancia promover la información necesaria del padecimiento a los pacientes con depresión moderada , esto les ayudo a tener una visión mucho más amplia de lo que estaba sucediendo , y permitió que el panorama catastrófico que de primer momento apareció en ellos, fuera minimizado y convertido en participación activa de su trastorno , posterior a esto pudieron hacer su propio análisis para identificar la relación entre sentimientos,

los pensamientos autodestructivos y la conducta, examinando algunos pensamientos o creencias que no eran objetivos, sustituyendo las creencias erróneas por ideas más apropiadas para el logro de su bienestar y adquirieron herramientas para poder afrontarlas de una mejor manera, al igual se les entreno en técnicas de relajación y auto-retroalimentación que permitieron abordar de modo más eficaz problemas futuros, aunado a esto se le dieron herramientas sociales y de asertividad, con lo que se pudo incrementar estas herramientas y a su vez obtener refuerzo positivo del ambiente social y así aumento los comportamientos gratificantes y productivos de los participantes , en la última parte del taller, se les oriento al logro de metas y lograron autoevaluar lo que requiriere hacer para llevar a cabo las metas propuestas, y así reforzó su confianza, una vez que comienzo se estableció una realimentación positiva.

Cabe mencionar que al principio del taller se veían un poco ansiosos e inconformes con su asignación del tratamiento, sin embargo como el taller fue más vivencial eso ayudó mucho a que se relacionaran y aumentara la confianza para compartir lo que pensaban y sentían sin miedo hacer juzgados ayudándoles a identificarse y apoyar a los demás.

Nuestro estudio fue mixto aunque más inclinado a lo cualitativo, se realizó así debido a que en el centro de servicios psicológicos, se utiliza el inventario de Depresión de Beck como instrumento de medición y diagnóstico de la depresión. Por lo que los resultados se triangularon la conclusión se realizó tomando en cuenta los todos los instrumentos de recolección de información y de medición.

Resultados según la prueba de Depresión de Beck

Paciente	Edad	Puntaje del Inv. Beck como Pre test	Puntaje del Inv. Beck como post test
1	22	24	Nulo
2	23	17	9
3	27	28	Nulo
4	24	29	Nulo
5	25	20	6
6	28	19	2
7	21	26	Nulo
8	26	22	Nulo
9	22	20	Nulo
10	24	14	9
11	26	28	Nulo
12	29	20	Nulo

La muestra inicial fue de 12 participantes de 20 a 30 años, sexo indistinto y escolaridad variada, los cuales pidieron ser intervenido en el Centro de Servicios Psicológicos Dr. Guillermo Dávila, los cuales según el inventario de depresión de Beck padecían Depresión moderada (17-29), Pero como avanzo el taller, la muestra fue disminuyendo, finalizando con una muestra de 4 participantes, esta disminución se esperaba debido a la depresión padecida, aunque los mismos pacientes

reportaron otro tipo de inconvenientes, como fue la falta de recursos económicos, el horario, periodo de escuela y trabajo.

Según la triangulación de datos e información se concluye que un taller psicoeducativo con técnicas cognitivas- conductuales, disminuye los síntomas depresivos de los pacientes que padecen depresión moderada, así también se observa un cambio en la conducta mostrado en la interacción grupal y en las ideas expuestas en las sesiones, que confirman el desarrollo de nuevas habilidades. En pacientes del Centro de Servicios Psicológicos Dr, Guillermo Dávila.

ALCANCES

- Se notó una clara disminución en los síntomas depresivos de los pacientes, en comparación con la que presentaban al inicio del taller, según el inventario de depresión de Beck.
- Las técnicas cognitivas conductuales, permitieron una mejor investigación debido a la realización de los diferentes métodos que se aplicaron y la recolección de datos, así como la observación de la conducta y las nuevas ideas que los pacientes iban generando en el transcurso de las sesiones.
- Se observó que el grupo fungió como un campo de fuerza que ayudo a producir un cambio en las personas, dado que los pacientes se retroalimentaban y se brindaban apoyo.
- El taller permitió que los cambios en la conducta y la adquisición de las habilidades se observe en la interacción de los pacientes en el grupo debido al papel activo que tenían en su tratamiento.
- Psicoeducar a los pacientes permitió que comprendieran su padecimiento, lo que le brindo mayor control sobre ellos, se notó mayor responsabilidad y participación en el taller.
- Utilizar diferentes tipos de herramientas para recolectar datos, como la observación, entrevistas estructuradas y no estructuradas, instrumentos de evaluación (inventario de Beck) permitió una mejor triangulación de datos y así mayor validez y confiabilidad.
- Realizar las actividades y dinámicas en la sesión ayuda a observar la efectividad del taller psicoeducativo tanto en la conducta como en las ideas u opiniones que brindan los pacientes.

LIMITACIONES

- Debido al horario que se nos asignó en el centro de Servicios Psicológicos para impartir el taller, el cual fue de 6:00 a 8:00 pm, impidió que muchos de los pacientes, no tuvieran disponibilidad para el mismo, debido a sus labores, llegar a un acuerdo acerca del horario en común con el Centro y con los pacientes fue muy complicado.
- Las dos horas no fueron suficientes para impartir las sesiones, se requirieron 2:30 min.
- La adherencia terapéutica fue un factor que también influyó en los pacientes, para abandonar el taller. Anudado a esto las mismas características de los pacientes con depresión como el desánimo, que desde el principio fue un factor limitante.
- El taller fue de tipo abierto, lo que permitía que entraran nuevos pacientes en el transcurso de máximo 3 sesiones, esto afecta la integración de los nuevos pacientes, con el grupo, pero esto se decidió dado que el ingreso de los pacientes a la clínica lleva un proceso y este no se termina a tiempo similar en todos los pacientes. Pero esto no afectó debido a que dos de los 4 pacientes que terminaron el taller, entraron en la sesión dos y tres.
- El taller no genera los mismos resultados en todos los pacientes, ya que esto depende en gran medida al nivel de compromiso que cada uno tiene.
- Para futuros estudios siguientes se recomienda llevar a cabo un seguimiento de la muestra, ya que de esta forma sería posible comprobar el efecto a largo plazo del taller.

REFERENCIAS

Arieti, S., Bemporad, J. (1993) Psicoterapia de la depresión. México. Paidós.

Beck, A. (1967). Diagnóstico y tratamiento de la depresión. México. Merck Sharp & Co., Inc.

Blanco, A., caballero, A., de la corte, L. (2005) Psicología de los grupos. Pearson Madrid España.

Caballo, V. (1986). Evaluación de las habilidades sociales, en Caballo, V. (1995) Manual de técnicas de terapia y modificación de conducta. España. Siglo XXI.

Calderón. G. (2008). Depresión; causas, manifestaciones y tratameintos. 5 edic. México. Trillas.

Carp, I (2011) Hacia una práctica eficaz de las psicoterapias cognitivas; modelos y técnicas principales. España. Desclée De Brouwer.

Cautela J., Groden J. (1985) Técnicas de relajación (manual práctico para adultos, niños y educación especial). Barcelona. Martin roca.

Cowen, P.J. (2005). The neurobiology of depression. En Gray, P. (2008) Psicología; una nueva perspectiva. 5ta edición. México. McGraw-Hill.

Díaz, I. (2000) Bases de la terapia de grupo. México. Pax

Eliss y Beck (1982) Guide to personal happiness en Caballo, V. (1995) Manual de técnicas de terapia y modificación de conducta. España. Siglo XXI.

Francesc, E. (2004) Manual de pscoeducacion para el trastorno bipolar. Barcelona. Ars Medica.

Goldfried M., Davison G. (2001) Técnicas terapéuticas conductistas (1ra edit.) . Buenos Aires. Paidós.

American Psychiatric Association (apa). (2000). Ddsm-iv-tr . Barcelona . Masson

Gonzales, M (1987) El taller de los talleres, talleres gráficos de indugraf. En Maya, A. (2007) El talles educativo; ¿Qué es? , Fundamentos como organizarlo y dirigirlo, como evaluarlo. Colombia. Magisterio.

González, M., Gil, P., Carrasco, I., García, S. (2001). Depresión; un enfoque gerontológico. Madrid. 2010

Gray, P. (2008) Psicología; una nueva perspectiva. 5ta edición. México. McGraw-Hill.

Grieger, R (1985) From a linear to a contextual model of the ABC´s of rational-emotive therapy en en Caballo, V. (1995) Manual de técnicas de terapia y modificación de conducta. España. Siglo XXI.

Hernández, N., Sánchez, J. (2007). Manual de Psicoterapia Cognitivo-Conductual para trastornos de la salud. Libros en Red.

Hernandez, R., Fernandez, C., Baptista, P. (2006). Metodología de la investigación. México. Mc Graw Hill.

Hernangomez. L. (2000). ¿Por qué estoy triste?; guía para conocer y afrontar la depresión. Málaga. Aljibe.

Herrera, P (2003). Bases para la elaboración de un taller psicoeducativo: una oportunidad para la prevención en salud mental

Jackson, S. (2004). Historia de la melancolía y la depresión. Madrid. Turner

Jacobs, B. I. (2004). Depression. The brain finally gets into de act. En Gray, P. (2008) Psicología; una nueva perspectiva. 5ta edición. México. McGraw-Hill.

López, J., Valdés, M. (2002) Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-IV-TR). Barcelona .Masson.

Martínez, H. (1991) Dinámica de grupos y técnicas participativas en Herrera, P (2003). Bases para la elaboración de un taller psicoeducativo: una oportunidad para la prevención en salud mental

Maya, A. (2007) El taller educativo; ¿Qué es? , Fundamentos como organizarlo y dirigirlo, como evaluarlo. Colombia. Magisterio.

Organización Mundial de la Salud .La depresión es una enfermedad frecuente y las personas que la padecen necesitan apoyo y tratamiento (En línea) Disponible en: http://www.who.int/mediacentre/news/notes/2012/mental_health_day_20121009/es/(consultado el 27 de mayo del 2013).

Organización Mundial de la Salud. La depresión (En línea) disponible en: <http://www.elmundoal instante.com/contenido/titulares/segun-la-oms-la-depresion-es-la-cuarta-causa-de-discapacidad-en-el-mundo-y-para-el-2020-dice-la-organizacion-sera-la-segunda-causa/> (Consultado el 26 de mayo del 2013).

Organización Mundial de la Salud. La depresión. (En línea) disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs369/es/> (consultado el 26 de mayo del 2013).

Pichot, P. (1994).DSM-IV; Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. España. Masson.

Prada, R. (1998) .Terapia a su alcance. Colombia. San pablo.

Quinn. B.P. (2003). Todo sobre la depresión; aprenda a controlarla (2da. Edit.).México. McGraw-Hill.

Roca, M. (1999). Trastornos del humor. España. Panamericana.

Rojtenberg S. (2006). Depresión: Bases clínicas, dinámicas, neurocientíficas y terapéuticas. Buenos Aires. Polemos.

Routenberg. S. (2006). Depresión: bases clínicas, dinámicas, neurocientíficas y terapéuticas. Buenos Aires. Polemos.

Sarason, I., Sarason, B. (2000). Psicología Anormal. México. Trillas.

Subsecretaría de prevención y promoción de la salud. Depresión y suicidio en México (En lines) Disponible en: <http://www.spps.salud.gob.mx/avisos/869-depresion-y-suicidio-mexico.htm>

ANEXOS

Reglas para las sesiones

- **Llega a tiempo**
- **Ven cada semana:** Al comenzar, adquieres un compromiso contigo mismo y con tus compañeros/as.
- **Mantén una actitud positiva.**
- **Haz los ejercicios.** Si no practicas lo que se enseña en la sesión, entonces, quizás nunca sabrás si esos métodos te ayudarán a controlar tus sentimientos de depresión.
- **Confidencialidad.** Es nuestra responsabilidad, resguardar los datos íntimos que se comparten en la sesión. Sin embargo, está bien compartir lo que has aprendido acerca de la depresión con otras personas, si así lo deseas.
- **Honestidad.** Trata de ser lo más honesto/a posible y expresarte tal y como tú eres y cómo te sientes.
- **Participa de los ejercicios.**

Sugerencias

- **Permite que otros/as conozcan tus ideas.**
Es importante lo que cada compañero/a tiene que decir. El compartir tus pensamientos y reacciones con el grupo estimulará a otros/as a participar y a compartir lo que están pensando.
- **Haz preguntas.**
Si tienes una pregunta o hay algo de lo que quieras saber más, pregunta. En este grupo no existen preguntas "tontas" o "estúpidas". Es probable que varios/as compañeros/as del grupo quieran saber lo mismo que tú.
- **No acapares la conversación.**
Otros también quieren participar y no podrán si consumes todo el tiempo para expresar tus ideas.
- **Ayuda a otros/as compañeros/as a participar.**
Si te parece que alguien quisiera decir algo, pero no lo ha hecho, animalo/a a que participe. Sin embargo, no lo fuerces. No se necesita hablar para estar involucrado en lo que está sucediendo.



Facultad de Psicología
U.N.A.M

Taller de
Manejo
del estado de
ánimo



Impartido por las terapeutas Lic.
Balón Narciso Sandra L. y
Carmona Ventura Yadira B.



Av. Universidad 3004, Col. Copilco-
Universidad C.P. 04510, Del.
Coyoacán, México, D.F.

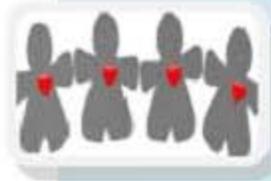
Tel: 5622-2309

TALLER : Manejo del estado de animo

BIENVENIDO AL TALLER:

MANEJO DEL ESTADO DE ANIMO

El propósito de este taller es aprender diferentes formas de manejar nuestro estado de animo así como eliminar nuestros sentimientos de depresión, acortar el tiempo que estamos deprimidos , aprender formas de prevenir o evitar el deprimirse de nuevo y sentirnos mas en control con nuestras vidas.



Es importante diferenciar entre la tristeza y depresión, en la primera nos referimos a un trastorno psicológico caracterizado por la alteración del estado de animo y de la vitalidad que impide que la persona funcione como de costumbre en su entorno familiar, social y laboral, y que genera un gran malestar en cambio la tristeza , es un estado de animo que refleja un sentimiento de malestar que afecta la forma habitual de pensar, sentir y comportarse, esta no es una enfermedad es una emoción, y como todas las emociones es útil, aunque sea desagradable.



Sintomas

La depresión incluye componentes **afectivos**, (tristeza, periodos de llanto incontrolable, sentimientos de culpabilidad, vergüenza, cólera y ansiedad) **motivacionales** (pérdida de la motivación positiva e incremento de la tendencia a la evitación y dependencia) , **cognitivos** (indecisión, percibir los problemas como abrumadores , autocrítica, problemas de memoria y dificultad para concentrarse) , **conductuales** (pasividad , evitación e inercia, haciendo frente a los problemas prácticos, problemas de habilidades sociales) y **fisiológicos** (alteraciones del sueño y alteraciones sexuales y del apetito).



N. expediente:

Fecha:

“Lotería de nombres”

N. Expediente:

ANEXO: 2.2

Fecha:

INTRODUCCIÓN: Llena los cuadros siguientes con la información, según la información brindada en la terapia.

“Aplicando el A-B-C-D”

A (Evento activador)	B (Creencias o pensamientos)	C (Consecuencia; emocional, conductual, física)	D (Como hablo a mis pensamientos)

Tarea.

No. Expediente:

Fecha:

Anexo 2.3

Registra los pensamientos que tuviste.

Días de la semana	Pensamientos	Transformándolo a positivos
Martes		
Miércoles		
Jueves		

Viernes		
Sábado		
Domingo		
Lunes		

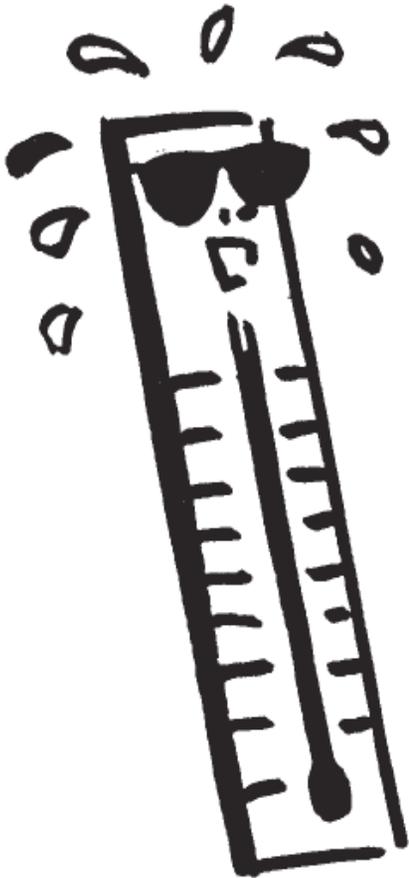
No. Expediente:

Fecha:

Instrucciones: *indicar la intensidad de tus sentimientos a lo largo de la semana. Es importante que te des un tiempo especial, sin prisa ni interrupciones.*

Anexo 2.4

TERMÓMETRO DEL ÁNIMO



Fecha	Sábado	Domingo	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes
El Mejor	9	9	9	9	9	9	9
Bas Tarea.	8	8	8	8	8	8	8
Mejor	7	7	7	7	7	7	7
Mejor que Regular	6	6	6	6	6	6	6
Regular	5	5	5	5	5	5	5
Peor que Regular	4	4	4	4	4	4	4
Peor	3	3	3	3	3	3	3
Bastante	2	2	2	2	2	2	2
El Peor	1	1	1	1	1	1	1

No. Expediente:
Fecha:

Anexo: 3.1

¿Cuáles son las características de tu personalidad?



Nombre:

Núm. de expediente:

Nombre:

Anexo 3.2

INSTRUCCIONES: En las siguientes preguntas elija la afirmación que describa mejor como se ha sentido en la **ULTIMA SEMANA** incluyendo **HOY**".

	4. Siempre	3. Casi siempre	2. Algunas Veces	1. Nunca
1. Me siento alegre.				
2. Me siento incómodo con la gente que no conozco.				
3. Me siento dependiente de otros.				
4. Los retos representan una amenaza a mi persona.				
5. Me siento triste.				
6. Me siento cómodo con la gente que no conozco.				
7. Cuando las cosas salen mal es mi culpa.				
8. Siento que soy agradable a los demás.				
9. Es bueno cometer errores.				
10. Si las cosas salen bien se deben a mis esfuerzos.				
11. Resulto desagradable a los demás.				
12. Es de sabios rectificar.				
13. Me siento el ser menos importante del mundo.				
14. Hacer lo que los demás quieran es necesario para sentirme aceptado.	97			

15. Me siento el ser más importante del mundo.				
16. Todo me sale mal.				
17. Siento que el mundo entero se ríe de mí.				
18. Acepto de buen grado la crítica constructiva.				
19. Yo me río del mundo entero.				
20. A mí todo me resbala.				
21. Me siento contento(a) con mi estatura.				
22. Todo me sale bien.				
23. Puedo hablar abiertamente de mis sentimientos.				
24. Siento que mi estatura no es la correcta.				
25. Sólo acepto las alabanzas que me hagan.				
26. Me divierte reírme de mis errores.				
27. Mis sentimientos me los reservo exclusivamente para mí.				
28. Yo soy perfecto(a).				
29. Me alegro cuando otros fracasan en sus intentos.				
30. Me gustaría cambiar mi apariencia física.				

31. Evito nuevas experiencias.				
32. Realmente soy tímido(a).				
33. Acepto los retos sin pensarlo.				
34. Encuentro excusas para no aceptar los cambios				
35. Siento que los demás dependen de mí.				
36. Los demás cometen muchos más errores que yo.				
37. Me considero sumamente agresivo(a).				
38. Me aterran los cambios.				
38. Me aterran los cambios.				
39. Me encanta la aventura.				
40. Me alegro cuando otros alcanzan el éxito en sus intentos.				

Total: _____

INTERPRETACIÓN

En cada columna sume las “x” y multiplique por el número que aparece en la parte superior de esa columna. Por ejemplo, diez marcas en la primera fila se multiplican por 4 y equivalen a 40. Anote esa cantidad en el espacio correspondiente. Luego sume los totales de las cuatro columnas, y anote ese total.

Examine, entonces, la interpretación de los resultados con la tabla siguiente:

160-104 Autoestima alta (negativa)

103-84 Autoestima alta (positiva)

83-74 Autoestima baja (positiva)

73-40 Autoestima baja (negativa)

N. exp:

Fecha:

“El ABC del Autoestima”

Describe algunas de las situaciones que más te afligen haciéndote sentir inferior o que ponen de relieve tu baja autoestima. (Ocurre eso cuando alguien te critica, cuando te sientes poco querido, cuando alguien te rechaza o cuando no tienes éxito

-
-
-
-

¿Qué piensas en estas situaciones? ¿Qué te dices a ti mismo?

-
-
-
-

¿Qué tipo de emociones negativas experimentas en estas situaciones? ¿Te sientes triste, inferior, celoso, furioso, humillado, dejado de lado?

-
-
-
-

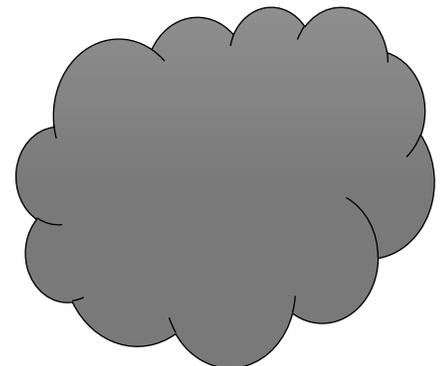
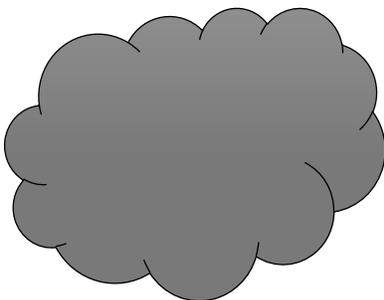
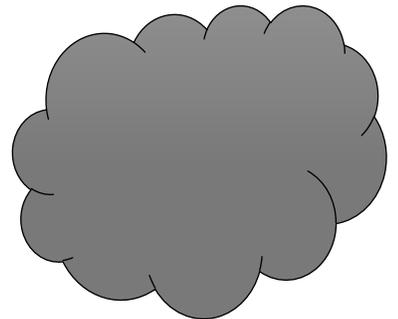
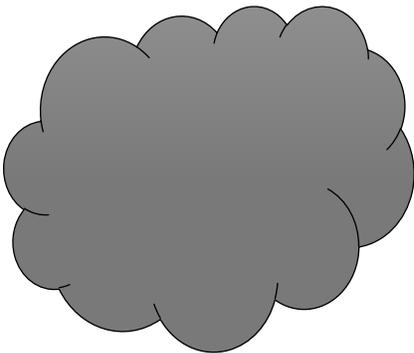
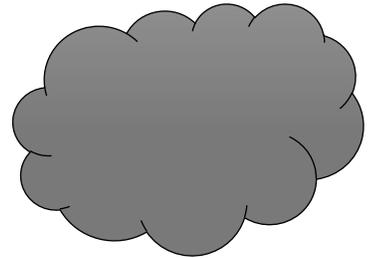
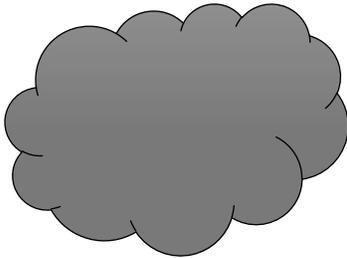
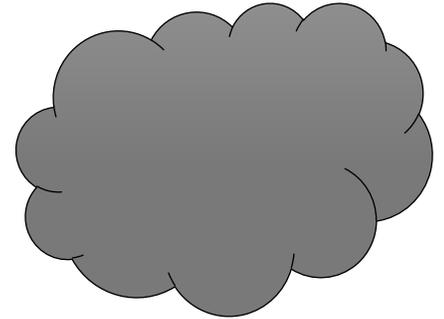
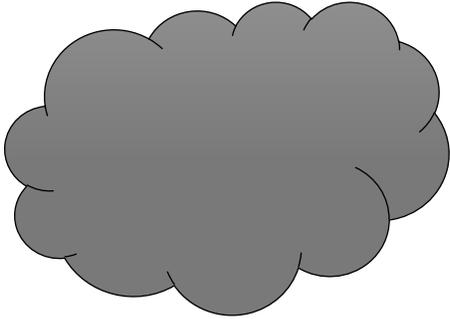
¿Cómo repercute lo anterior en tu autoestima? ¿De qué forma afecta lo esto a tu rendimiento y a tus relaciones personales?

-
-
-
-

- No. Expediente:
- Fecha:

Anexo: 3.4

- ¿Cuáles son las características de la personalidad que observas en _____?





¿LO QUE DEJO?



¿LO QUE LLEVO?

El verdadero Valor del Anillo

De: Jorge Bucay.

Hay una vieja historia de un joven que acudió a un sabio en busca de ayuda. Su problema me hace acordar al tuyo.

-Vengo, maestro, porque me siento tan poca cosa que no tengo fuerzas para hacer nada. Me dicen que no sirvo, que no hago nada bien, que soy torpe y bastante tonto. ¿Cómo puedo mejorar? ¿Qué puedo hacer para que me valoren más?

El maestro, sin mirarlo, le dijo:

-Cuánto lo siento muchacho, no puedo ayudarte, debo resolver primero mi propio problema. Quizás después... –y haciendo una pausa agregó- Si quisieras ayudarme tú a mí, yo podría resolver este tema con más rapidez y después tal vez te pueda ayudar.

-E... encantado, maestro –titubeó el joven pero sintió que otra vez que era desvalorizado y sus necesidades postergadas.

-Bien –asintió el maestro. Se quitó un anillo que llevaba en el dedo pequeño de la mano izquierda y dándoselo al muchacho, agregó – toma el caballo que está allí afuera y cabalga hasta el mercado. Debo vender este anillo porque tengo que pagar una deuda. Es necesario que obtengas por él la mayor suma posible, pero no aceptes menos de una moneda de oro. Vete antes y regresa con esa moneda lo más rápido que puedas.

El joven tomó el anillo y partió. Apenas llegó, empezó a ofrecer al anillo a los mercaderes. Estos lo miraban con algún interés, hasta que el joven decía lo que pretendía por el anillo. Cuando el joven mencionaba la moneda de oro, algunos reían, otros le daban vuelta la cara y sólo un viejito fue tan amable como para tomarse la molestia de explicarle que una moneda de oro era muy valiosa para entregarla a cambio de un anillo. En afán de ayudar, alguien le ofreció una moneda de plata y un cacharro de cobre, pero el joven tenía instrucciones de no aceptar menos de una moneda de oro, y rechazó la oferta. Después de ofrecer su joya a toda persona que se cruzaba en el mercado –más de cien personas- y abatido por su fracaso, montó su caballo y regresó. Cuánto hubiera deseado el joven tener él mismo esa moneda de oro. Podría entonces habérsela entregado al maestro para liberarlo de su preocupación y recibir entonces su consejo y ayuda. Entró en la habitación.

-Maestro –dijo- lo siento, no es posible conseguir lo que me pediste. Quizás pudiera conseguir dos o tres monedas de plata, pero no creo que yo pueda engañar a nadie respecto del verdadero valor del anillo.

-Qué importante lo que dijiste, joven amigo –contestó sonriente el maestro-. Debemos saber primero el verdadero valor del anillo. Vuelve a montar y vete al joyero. ¿Quién mejor que él, para saberlo? Dile que quisieras vender el anillo y pregúntale cuánto te da por él. Pero no importa lo que ofrezca, no se lo vendas. Vuelve aquí con mi anillo.

El joven volvió a cabalgar. El joyero examinó el anillo a la luz del candil, lo miró con su lupa, lo pesó y luego le dijo:

-Dile al maestro, muchacho, que si lo quiere vender ya, no puedo darle más que 58 monedas de oro por su anillo.

¡58 monedas?! –exclamó el joven.

-Sí –replicó el joyero- Yo sé que con tiempo podríamos obtener por él cerca de 70 monedas, pero no sé... Si la venta es urgente...

El joven corrió emocionado a casa del maestro a contarle lo sucedido.

-Siéntate –dijo el maestro después de escucharlo-. Tú eres como este anillo: una joya, valiosa y única. Y como tal, sólo puede evaluarte verdaderamente un experto. ¿Qué haces por la vida pretendiendo que cualquiera descubra tu verdadero valor?

No. Expediente:

Fecha:

ANEXO 3.7
Hoja de Tarea

Instrucciones: Escribe tres actitudes o acciones positivas que realizaste en la semana.

LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	SABADO	DOMINGO
1.						
2.						
3.						

Núm. Exp:

Fecha:

1. ORIENTACION HACIA EL PROBLEMA

- ¿Cuál es el problema?

¿Cuáles son mis creencias acerca del problema? (Hay probabilidades de solución o no y ¿porque?)

2. DEFINICIÓN Y FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

¿Quién está involucrado en este problema?	
¿Dónde sucede?	
¿Cuándo sucede?	
¿Cómo sucede?	

3. GENERACIÓN DE ALTERNATIVAS

Define por lo menos tres tipos de soluciones

- ✓ .
- ✓ .
- ✓ .

4. TOMA DE DECISIONES

- ✓ ¿Cómo te sentirás con la primera opción y porque?

¿Qué haría y como se sentirían la personas involucradas si tu reaccionarias así?

- ✓ ¿Cómo te sentirás con la segunda opción y porque?

¿Qué haría y como se sentirían la personas involucradas si tu reaccionarias así?

- ✓ ¿Cómo te sentirás con la tercera opción y porque?

¿Qué haría y como se sentirían la personas involucradas si tu reaccionarias
Así?

Luego de pensar sobre las posibilidades

- ✓ ¿Qué quieres hacer? ¿Cuál de ellas será la mejor solución para ti?

Núm. Expediente:

Fecha:

Instrucciones: Escribe las cosas que cambiarías, después de la actividad.

3. GENERACIÓN DE ALTERNATIVAS

Define por lo menos tres tipos de soluciones

✓ .

✓ .

✓ .

4. TOMA DE DECISIONES

✓ ¿Cómo te sentirás con la primera opción y porque?

✓ ¿Cómo te sentirás con la segunda opción y porque?

✓ ¿Cómo te sentirás con la tercera opción y porque?

Luego de pensar sobre las posibilidades

✓ ¿Qué quieres hacer? ¿Cuál de ellas será la mejor solución para ti?

AUTOREGISTRO

No. Exp:

Instrucciones: Puesta en práctica la solución al problema.

RESULTADO					
FECHA	ACTIVIDAD	SENTIMIENTO	PENSAMIENTO	AUTOEVALUCION Superado/No superado	RECOMPENSA

Nombre:

Anexo 5.1

Núm. Expediente

Instrucciones: Obtén las firmas de aquellas personas que se te solicitan

Nació el mismo mes que el tuyo.	Usa lentes	Parece amigable	va mucho al cine
Usa pantalón de mezclilla	Le gusta el color amarillo	le gusta comer dulces	Me inspira confianza
Tiene botas	Es muy sonriente	Viven cerca	Van en la misma facultad.

Nombre:

Anexo 5.2

Núm. Expediente

Instrucciones: Registra lo que se te pide en la siguiente tabla.

Registro diario de relajación con tensión (casa)

Nombre: _____

Fecha: _____

	Lun.	Mar.	Mier.	Juev.	Vier.	Sab.
Posición de relajación CON TENSIÓN						
Respirar tres veces: Inflar el estómago Jalar aire Expulsarlo lentamente						
Cara						
Frente						
Ojos						
Nariz						
Boca (lengua, mandíbula y labios)						
Cuello y espalda						
Extremidades superiores:						
Brazos						
Manos						
Dedos de manos						
Pecho y estómago						
Extremidades inferiores:						
Cadera						
Piernas						
Rodillas						
Pantorillas						
Pies						
Dedos de los pies						
TODO EL CUERPO						
Hora de comienzo:	Firma de papá o mamá					
Hora de término:						
Observaciones						

DERECHOS Y CREENCIAS

Mis derechos	Creencias erróneas
<ol style="list-style-type: none"> 1. Dudar 2. Sentirme feliz 3. Cometer errores y ser responsable de ellos 4. Titubear 5. Ser débil 6. Sentirme cansado 7. Sentirme deprimido 8. Mostrarme tal cual soy 9. No tener la necesidad de agradar a todos 10. Pedir cualquier cosa, sin olvidar los derechos de los demás 11. Decir SI o NO 12. Tomar decisiones ajenas a la lógica. 13. Buscar una relación recíproca. 14. Decir "no entiendo". 15. Decir "no me interesa" experimentar 16. un sentimiento y expresarlo. 17. Ser alegre. 18. Tener privacidad, tiempo y espacio para mí. 19. Expresar mis opiniones, cualesquiera que sean. 20. Ser respetado en mis creencias ideológicas. 21. Sentirme solitario 	<ol style="list-style-type: none"> 1. No tengo derecho a decir NO 2. No tengo derecho a no estar de acuerdo 3. No tengo derecho a enojarme 4. Debo ser admirado 5. Debo ser amado por casi toda la gente 6. Debo ser perfecta 7. No debo cometer errores 8. No debo decir algo negativo a una persona

N. EXP:
FECHA:

ANEXO 6.2

TÉCNICAS DE ASERTIVIDAD			
Técnica	Definición	Ejemplo	Ejemplifica con situaciones de tu vida
Rendición simulada	Consiste en mostrarnos de acuerdo con los argumentos de la otra persona pero sin cambiar la postura . Puede parecer que cedemos pero solo tomamos impulso.	“Entiendo lo que dices y puede que tengas razón pero deberíamos buscar otros enfoques”.	
2. Ironía asertiva:	Ante una crítica agresiva o fuera de tono no debemos igualar el nuestro al de la otra persona. En su lugar podemos buscar maneras de responder sin dejar nuestra postura calmada . Puede ser una salida asertiva a un conflicto en el que simplemente no queremos vernos involucrados.	-Yo creo que no sirves para esa profesión R=“hombre, muchas gracias por tu punto de vista ” - A ti te falta lograr mucho R= “ok, Seguro que sabes lo que dices”	
Movimientos en la niebla	Tras escuchar los argumentos de la otra persona podemos buscar la empatía aceptándolos pero agregando lo que defendemos. Es parecido a la rendición simulada pero sin ceder terreno.	-Creo que no deberías ir a esa fiesta R=“Entiendo lo que dices pero así, habíamos quedado antes”. R= Entiendo que te preocupes, pero debes aprender a confiar en mi”	
Pregunta asertiva	En ocasiones es necesario iniciar una crítica para lograr	- Me sentí ofendida	

	la información.	“Tú comentas que te ofendí. Pero ¿Qué dije exactamente que no te gusto?”	
Acuerdo asertivo	En ocasiones tenemos que admitir los errores pues hacer lo contrario solo empeoraría las cosas. En este caso se puede procurar alejar ese error de nuestra personalidad.	<ul style="list-style-type: none"> - Llegas tarde “disculpa por llegar tarde, suelo ser muy puntual, pero tuve un contratiempo” <ul style="list-style-type: none"> - Me ofendiste al no hablarme en la fiesta “ sé que me equivoque pero pasaba por un mal momento y quería estar sola”	
Ignorar:	Al igual que la ironía asertiva, es una herramienta a utilizar en caso de personas “violentas” o alteradas. En este caso se procura retrasar la conversación para otro momento donde ambos estén en buena predisposición para el diálogo.	-Por qué no me llamaste? %&/ “creo que ahora estás un poco alterado. Lo mejor es que te tranquilices y hablemos cuando estés calmado”.	
Romper el proceso de diálogo	Cuando se quiere cortar una conversación se puede utilizar la comunicación breve para mostrar	-Creo que tú no debiste actuar de esa forma, por eso te suceden cosas feas	

	<p>desacuerdo, desinterés, etc... Como se suele decir: "a buen entendedor pocas palabras bastan". La utilidad de esto radica en esos momentos en los que tenemos prioridades distintas y queremos expresar que no es el mejor momento para la conversación.</p>	<p>R= "si", "quizás", "si no te importa hablamos luego".</p>	
<p>Disco rayado</p>	<p>No tiene por qué significar que tengamos que repetir la misma frase, lo cual es de poca educación. Me refiero a repetir nuestro argumento tranquilamente y sin dejarnos despistar por asuntos poco relevantes.</p>	<p>- Ese argumento no nos funciona</p> <p>R= "lo que yo digo es...", "entiendo, pero creo que lo que necesitamos es...", "la idea está bien pero yo pienso que..."</p>	
<p>Manteniendo espacios</p>	<p>Cuando uno da la mano no es raro que te tomen el pie. En estos casos hay que delimitar muy claramente hasta dónde llega un punto negociado</p>	<p>"sí, puedes utilizar la sala de reuniones pero para tomar el proyector primero debes hablarlo con administración"</p> <p>" está bien que seas independientes pero puedes avisarme dónde vienes, porque me preocupo cuando no llamas"</p>	

TAREA EN CASA

Instrucciones: Completa los espacios, con lo visto en la terapia, recuerda que esto servirá para familiarizarte más con las situaciones cotidianas en las que puedes hacer uso de la asertividad.

Cuando: (Establezca situación)	Creencia errónea: (No tengo el derecho, debo, no debo)	Tengo derecho a:	Respuesta asertiva:	Me siento:

Núm. exp:

Fecha:

Anexo 7.1

Instrucciones: Lee las siguientes habilidades sociales, y analiza las ventajas y desventajas de las mismas.

Habilidad social	definición	Ventajas y desventajas
Saber decir no	<p>Es un derecho persona, existen creencias que limitan este derecho como: “miedo a que se enfade, miedo a que se pueda perder la relación con la persona a la que dices no”...</p> <p>Decir “no”, no conlleva una crítica ni quiere decir que la otra persona nos caiga mal o tengamos algo contra ella.</p> <p>Recordar que hay y habrá situaciones en la vida diaria en las que es necesario decir No,</p>	<p>-Ventajas de decir “no”:</p> <ul style="list-style-type: none">Sirve para que los demás no insistan.Sirve para que tú aceptes las negativas de otra persona sin tomártelo como una Cosa personal.Sirve para sentirte bien y para que no se aprovechen de ti.Eres coherente con lo que piensas y con lo que dices. <p>-Inconvenientes de decir “no”:</p> <ul style="list-style-type: none">La otra persona o el grupo pueden darte de lado o sentirse mal en ese momento.Te puedes sentir mal al decirlo.
Saber elogiar	<p>Elogiar es una conducta asertiva que suele dar bastante buen resultado para influir sobre las personas y ganar su confianza.</p> <p>Hay una sola condición y es que el elogio debe ser sincero; si no es así, se detecta con facilidad.</p>	

<p>Saber mostrar desacuerdo</p>	<p>Es una conducta asertiva, al mostrar desacuerdo es recomendable: argumentar con qué se está en desacuerdo concretamente, con que se está de acuerdo y proponer algún tipo de alternativa. Cuando se muestra desacuerdo se tiende a pensar que la otra persona se va a sentir ofendida o infravalorada, pero la experiencia indica que se agradece más la sinceridad y que no se dé la razón por dar y, sobre todo, si se ofrece algún tipo de alternativa.</p>	
<p>Saber negociar</p>	<p>La negociación es la habilidad social más eficaz para resolver conflictos de toda índole, en ella intervienen las partes implicadas, que examinan voluntariamente sus discrepancias para alcanzar una decisión conjunta aceptable para todos. Una de las primeras reglas que se han de asumir cuando se quiere negociar es que se debe descartar la idea de ganar en una negociación. En las negociaciones ambas parte deben ver cubiertas sus necesidades e intereses.</p>	

<p>Saber expresar los propios sentimientos</p>	<p>Es un derecho de expresar, de manera apropiada y en un momento adecuado, cualquier sentimiento que presentemos ante diversas situaciones o personas. Es común que este derecho se vea bloqueado por las creencias que tenemos como : “ para que voy a decir con palabras lo que se ve cada día con mis cuidados u otros actos” o “ si le digo que no lo quiero como para un noviazgo él se enojara conmigo.”</p>	
<p>Iniciar o mantener una conversación</p>	<p>Al dirigirte con otra persona primeramente se requiere:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. saludar con educación 2. preguntar o comentar algún tema en común 3. escuchar lo que el otro nos dice con atención 4. preguntar dudas y opinar. 5. Si tienes interés, continuar la conversación y si no cambiar de tema o concluir la conversación de una forma asertiva y respetuosa. 	

<p>Formular una pregunta</p>	<p>Hacer preguntas es una habilidad esencial para conseguir la información, resolver alguna duda, pedir algo que necesitemos, conocer que piensan otras personas, etc... Algunas consideraciones especiales a tener en cuenta son:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ No deben realizarse varias preguntas a la vez. ➤ Dirigirse con respeto al hacerla. ➤ Mostrar actitud de escucha activa cuando responda, por ejemplo utilizar expresiones de ánimo (“ah-hah,...”, “ya veo,...”), movimientos de cabeza. 	
<p>Dar las gracias</p>	<p>Es una forma de agradecer algún favor, cumplido, acto de amabilidad, etc... Que otra persona hace por nosotros.</p>	
<p>Pedir ayuda</p>	<p>Es una forma de reconocer que requieres ayuda de otras personas A veces cree se puede tener miedo a parecer poco hábiles o puede suceder, también, que por no molestar no se pida ayuda o no se haga una petición cuando realmente se necesita.</p>	

Pedir disculpas	Es una forma de reconocer y arrepentirse, que hemos dicho o hecho algo mal y al decírselo requerimos reconocer nuestros errores.	
Seguir instrucciones	Para hacer ciertas cosas hay que seguir un orden, así que requerimos seguir los pasos de cualquier instrucción para poder realizarla correctamente.	

Hoja de Tarea

Instrucciones: De las siguientes habilidades sociales realiza como mínimo cinco durante la semana y contesta los cuadros siguientes.

Habilidad social	Situación	¿Cómo te sentiste?
Saber elogiar		
Saber decir no		
Saber mostrar desacuerdo		
Saber negociar		
Saber expresar los propios sentimientos		
Iniciar o mantener una conversación		
Formular una		

pregunta		
Dar las gracias		
Pedir ayuda		
Seguir instrucciones		

Instrucciones: contesta claramente las siguientes preguntas, la sinceridad es la única regla.

OBITUARIO

Mi nombre es:

- 1. Falleció ayer repentinamente y sus grandes logros en su vida fueron:**
- 2. Lo más importante que hizo para Ser Feliz fue:**
- 3. Sus principales metas en la vida fueron:**
- 4. El último día de su vida comentó que le gustaría disfrutar:**
- 5. Y lamentó no haber terminado lo siguiente:**

No. Exp:

Fecha:

“Mis miedos”

Instrucciones: Piensa en los miedos que tienes el día de hoy los cuales evitan que te plantees objetivo. Posteriormente coloca las ideas irracionales que alimentan estos miedos, y al final plantea una idea de cómo lograrías contrarrestar ese miedo, utilizando todo lo visto en el taller.

Miedo irracionales y situaciones temidas	Ideas irracionales	Solución de Problemas

Instrucciones: anota las metas que puedas hacer a corto plazo (una semana), a mediano plazo y a largo plazo.

Anexo 8.3

Proyecto de Metas		
¿Qué quiero lograr?	¿Para qué lo quiero lograr?	¿Cómo lo lograre?
Metas a corto plazo		
1		
2		
3		
Metas a Mediano plazo		
1		
2		
3		
Metas a largo plazo		
1		
2		
3		

No exp:

Fecha:

“Reconociendo mis fortalezas, debilidades, oportunidades y amenazas”

Instrucciones: Contesta claramente las siguientes preguntas.

- Respecto a mi

Mis fortalezas

1. ¿Qué ventajas tengo?
2. ¿Qué hago bien?
3. ¿Con que recursos cuento?
4. ¿Cuáles son esas actitudes o fortalezas que los demás dicen que tengo?

Mis debilidades

1. ¿Qué hago mal?
2. ¿Qué debería evadir?
3. ¿Qué es lo que me atrasa?
4. ¿Qué es lo que debería mejorar?

- Respecto a los demás

Mis oportunidades

1. ¿Quiénes me ayudan?
2. ¿Qué oportunidades me brindan?
3. ¿De todas las oportunidades cuales son en las que mejor me podría desenvolver?

Mis amenazas

1. ¿Qué considero una amenaza?
2. ¿Cuáles son mis obstáculos?
3. ¿Que tengo que cambiar en mi entorno?
4. Hay alguna amenaza seria que me impida vivir?

CONTRATO

Nombre:

Nombre de testigo:

Mi teléfono:

Teléfono testigo:

INSTRUCCIONES

1. Una meta bien formulada debe estar: enunciada en positivo, evitando negaciones; ser breve, clara y concisa; estar bajo nuestra responsabilidad y a nuestro alcance; estar libre de efectos indeseables para nosotros, para otros y para el ambiente; y tener una fecha límite para su consecución.
2. Previamente a la firma del contrato debo estar preparado para tomar una decisión en firme.

MI META:

MIS TRES OBJETIVOS O PASOS ESPECÍFICOS
PARA CONSEGUIR MI META:

1.

2.

3.

OBSTÁCULOS POSIBLES QUE ME PUEDEN IMPEDIR
CONSEGUIR MI META:

1.

2.

3.

ESTRATEGIAS PARA SUPERAR OBSTÁCULOS:

1.

2.

3.

CLAÚSULAS:

1. FECHA LÍMITE PARA CUMPLIR LA META:
2. EL TESTIGO SE COMPROMETE HASTA DICHA FECHA A AYUDAR A LOGRAR LA META DEL FIRMANTE DEL PRESENTE CONTRATO

FECHA DE HOY: FIRMA:

FIRMA DEL TESTIGO:

A RELLENAR EL DÍA DE LA FECHA LÍMITE:
HE LOGRADO LA META: SÍ - NO (TÁCHESE LO QUE NO PROCEDA)

FECHA: FIRMA:

FIRMA DEL TESTIGO:

7. ¿Qué fue lo que más le gusto acerca del taller?
8. ¿Qué fue lo que no le gusto del taller?
9. Cómo describiría el tratamiento al que asistió
10. ¿Qué cosas fueron lo que más le costó más esfuerzo hacer?
11. ¿Qué sintió al realizar estas cosas?
12. ¿Cómo te sientes al haber concluido todas las sesiones del taller?
13. ¿Qué te llevas del taller al que asististe?
14. ¿qué te gustaría decir a otros pacientes que tienes los mismos miedos que tú sentías al inicio del tratamiento?
15. ¿qué les dirías que deberían tener al iniciar el taller?
16. ¿Qué dirías que deben dejar al iniciar el taller?
17. ¿Qué te pareció el trato de los terapeutas?
18. ¿Qué aconsejarías que hicieran?
19. comentarios extra: