



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES
IZTACALA

**El abordaje de la depresión en madres de niños con Necesidades
Educativas Especiales bajo la perspectiva Cognitivo – Conductual”**

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE
LICENCIADO EN PSICOLOGIA
P R E S E N T A N
RODRÍGUEZ MONDRAGÓN LINDA ADRIANA
TERÁN ROMERO EDITH GABRIELA

Directora: Lic. Juana Ávila Aguilar

Dictaminadores: Dra. María Antonieta Dorantes Gómez

Lic. Felicitas Salinas Anaya



Los Reyes Iztacala, Edo. de México, 2009



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

Agradecimientos

A nuestra asesora Juana Ávila quien siempre nos brinda todo su apoyo y deposita su confianza en nosotras, por su asesoramiento y ser nuestra guía en la elaboración del trabajo.

A la Dra. María Antonieta y la Lic. Felicitas por ser tan amables y brindarnos su apoyo en la revisión de este proyecto de tesis.

Gabriela

A mis padres quienes me infundieron la ética y el rigor que guían mi transitar por la vida, siempre estar conmigo incondicionalmente, gracias por que sin ellos no estaría aquí, no sería quien soy ahora.

A mi esposo quien da un valor importante en mi vida, agradezco de corazón por su amor, cariño, comprensión y compañía, se que siempre cuento contigo.

A mi hija que en todo momento llevo conmigo, por ser mi dicha.

Linda

A mis padres quienes me dieron la vida y han estado conmigo en todo momento, por darme la estabilidad emocional, económica y sentimental que necesitaba.

A mi esposo, por su comprensión, apoyo incondicional y brindándome la fortaleza que necesitaba para poder llegar hasta este logro, que definitivamente no hubiese podido ser realidad sin ti.

A mis hijos por su comprensión durante los años que le dediqué a este trabajo de Tesis.

A Gaby y Ariadna que siempre estuvieron conmigo compartiendo aventuras, desveladas y triunfos. Por su confianza y lealtad.

INDICE

RESUMEN.....	1
INTRODUCCIÓN.....	2
MARCO TEORICO.....	4
CAPITULO 1 Depresión.....	8
1.1 Concepto de depresión.....	8
1.2 Concepto de depresión en la mujer.....	11
1.3 Concepto de depresión en la madre del niño con Necesidades Educativas Especiales.....	14
CAPITULO 2 Necesidades Educativas Especiales.....	20
2.1 Concepto.....	20
2.2 Características físicas.....	22
2.3 Psicológica.....	24
2.4 2.4.1 Físicas.....	
2.4.2 Sociales.....	26
CAPITULO 3 Evaluación de la depresión en madres de niños con necesidades educativas especiales.....	28
3.1 Evaluación y diagnóstico.....	28
3.2 Diagnóstico.....	31
3.3 Clasificación.....	32
CAPITULO 4 Metodología.....	34
4.1 Objetivos general.....	34
4.2 Objetivos específicos.....	34
4.3 Métodos (escenario, población y características)	34
4.4 Procedimiento.....	35
4.4.1 Fase de intervención	
4.4.2 Post – evaluación.	

CAPITULO 5 Resultados.....	36
5.1 Cuantitativos.....	56
5.2 Cualitativos.....	62
CAPITULO 6 Análisis de resultados.....	68
6.1 Discusión.....	75
CAPITULO 7 Conclusiones.....	78
BIBLIOGRAFIA.....	81
ANEXOS.....	85

RESUMEN

En el presente trabajo el objetivo fue dar un tratamiento de terapia bajo la perspectiva cognitivo-conductual, las participantes fueron 5 mujeres con un rango de edad de 25 a 35 años pertenecientes al estado de México, con hijos de educación especial. Ellas que presentan rasgos depresivos, quienes asisten a la Clínica Universitaria de Salud Integral (CUSI); en la terapia se utilizó un diseño de investigación A-B-A aplicando los cuestionarios de Calderón y Beck para el diagnóstico de la depresión, constando de 7 sesiones, en donde se realizó un análisis cuantitativo y cualitativo. Se encontró que no todas tenían rasgos depresivos y las que si fueron identificadas como depresivas se les dio seguimiento, teniendo un decremento importante al final de la terapia, así como la notable mejora en cuanto a su auto imagen.

INTRODUCCIÓN

La depresión es un problema que está afectando cada vez más a la población a nivel mundial; es además un problema que afecta con más frecuencia a la mujer.

Este supuesto está sostenido en base al aspecto fisiológico donde las hormonas forman parte del desempeño de una mujer y todo regido por un ciclo; es aquí en donde se presenta la depresión por el ciclo menstrual; durante el embarazo se puede presentar la depresión, ya sea por cuestiones hormonales, o por maternales causados por el mismo embarazo; al llegar al fin de la etapa de la menopausia las hormonas vuelven a hacer de las suyas, alterando la vida de la mujer y es un período en el cual otra vez la mujer se encuentra en riesgo de padecer algún período depresivo, éste tema lo veremos más ampliamente en el apartado 1.2 del capítulo 1, en donde también se hace mención que las causas fisiológicas no son las únicas razones por las que una mujer se deprime; existen factores sociales que conjuntamente con las razones fisiológicas pueden desencadenar la depresión como son la edad de las mujeres al tener hijos, su situación marital, tal vez al no cumplir las expectativas sociales del papel del ser madre en donde la sociedad demanda que sea una buena madre, y anteponer antes que nada a sus hijos y su bienestar, están a cargo de su crianza, alimentación, y toda su vida girará alrededor de ellos.

Añadiendo a todo esto, un factor de suma importancia como el de tener un hijo con Necesidades Educativas Especiales, ante esta situación se tiene un factor más alto de riesgo; ya que como describiremos en el apartado 1.1 del capítulo 1 en el periodo del embarazo, la mayoría de las madres desechan la posibilidad de tener un niños con NEE, ya que sus expectativas culturalmente es de tener un hijo “normal” y al no ser así se ven afectadas, siendo muy importante el apoyo que la pareja le brinde y como manejen la situación.

La identificación de la depresión en éste tipo de mujeres es de suma importancia, como lo es de darle un tratamiento adecuado, proporcionándoles las herramientas necesarias para que su desempeño como madres con una responsabilidad aún mayor que el de las mujeres con niños dentro de la norma, y para que se sientan mejor con ellas mismas y en las situaciones que hay a su alrededor; al menos, esto es lo que se pretende con la terapia cognitivo-conductual; y por lo tanto el objetivo planteado es:

Dar un tratamiento de terapia bajo la perspectiva cognitivo-conductual a un grupo de mujeres las cuales tienen como características la depresión y ser madres de niños con necesidades educativas especiales.

En el capítulo 1 se define la depresión desde la perspectiva cognitivo conductual en donde se menciona que debe ser definido operacionalmente en forma de conductas específicas de los tres canales de respuesta: sistema cognitivo, sistema fisiológico y sistema motor; ampliando conjuntamente el como la depresión afecta a madres de niños con NEE, siendo durante el embarazo donde se desechan las posibilidades de tener hijos con este problema.

En el capítulo 2 describiremos que una persona tiene una discapacidad física o mental si tiene una función básica limitada de la media o anulada por completo, así como también se mencionan las características físicas, psicológicas y sociales de las personas con NEE.

Y por último en el capítulo 3 hablaremos de la evaluación de la depresión en madres de niños con NEE describiendo el modelo formulado por Aron T. Beck el cual es auto aplicable, basado originalmente en observaciones clínicas y descripciones de los síntomas que más frecuentemente manifestaban tener los pacientes psiquiátricos deprimidos, los cuales eran contrarestandos con los pacientes no deprimidos; y el cuestionario de Calderón diseñado para médicos y publicado por primera vez en la Revista Médica del instituto Mexicano del seguro

Social, en 1992; ya que fueron los instrumentos que se utilizaron en la presente investigación.

MARCO TEORICO

El marco teórico está dirigido desde la perspectiva cognitivo-conductual; el cual define a la personalidad como organización relativamente estable de esquemas cognitivos, afectivos, conductuales, motivacionales y fisiológicos, que representa respuestas adaptativas o desadaptativas a las exigencias normales y estresantes de la vida cotidiana. Los procesos y el contenido cognitivo será el output de las estructuras o esquemas, y los agrupan bajo una quíntuple clasificación: pensamientos automáticos, distorsiones cognitivas, construcciones cognitivas (conceptualización de un acontecimiento, persona o experiencia que da significado o comprensión a individuos) y perspectivas (el punto de vista general de los individuos que tienen un campo concreto o propio de vista personal en un momento dado).

Los enfoques en la terapia psicológica de la orientación cognitiva están basados en el supuesto central de que los conceptos erróneos aprendidos (o creencias incorrectas, o ideas erróneas) son las variables cruciales que deben modificarse antes de que la terapia pueda tener éxito (Raimy, 1975, p. 186, en Wessler, R. 1998).

Las cogniciones incluyen conceptos e ideas (Raimy, op. Cit.), significados (Beck, 1976), imágenes (Lazarus, 1978) y creencias (Ellis, 1962) Cada autor ha asignado importancia a un tipo de cognición sin excluir necesariamente a las otras. Una simple taxonomía de las cogniciones puede clasificar algunas de las principales diferencias en el énfasis entre las psicoterapias de orientación cognitiva. La taxonomía que propongo consta de cinco dimensiones: evaluativo – no evaluativo;

general – específico; consciente- no consciente; exacto – inexacto; y dediciones.
(Wessler, op. cit)

Dowd (2000 en Caro, 2003) define el modelo cognitivo-comportamental como aquel que supone la combinación de las intervenciones conductuales características de la terapia de la conducta con las intervenciones cognitivas y los constructos explicativos de la terapia cognitiva.

Entre las técnicas conductuales está la que emplea Beck, se tiene en revisión reciente la automonitorización y el auto registro, la programación de actividades y las tareas graduadas. Desde el punto de vista conductual, Ellis utiliza técnicas como la desensibilización en vivo, asertividad, exposición a situaciones temidas, etc.

Y se considera también que la etiqueta cognitivo-conductual puede reflejar dos cosas: como un modelo nuevo que se interpreta como la integración de lo cognitivo y lo conductual, es decir, la mejora de la terapia de conducta vía lo cognitivo; y como un eclecticismo técnico, que al usar las técnicas conductuales dentro de un modelo cognitivo que sigue asumiendo una teoría cognitiva sobre los trastornos y el cambio psicológico.

Es uno de los modelos con mayor grado de desarrollo e influencia; también es uno de los modelos cognitivos más y mejor estudiados y validados, siguiendo el método tradicional, hipotético deductivo; sigue manteniendo su paradigma explicativo a pesar de la integración de algunos términos como el de resistencia, y se sigue utilizando actualmente (Sprachman, 2003).

Los esquemas se definen en función de sus elementos: Estructurales (complejidad, flexibilidad, concreción, etc.) y el de contenido (triada cognitiva y contenido de auto referente o las actitudes e ideas sobre uno mismo y el mundo). Tipos de esquemas: bajo el concepto de modos: primarios (el modo de pérdida

que aparece en la depresión), constructivos (lo que aprendemos para relacionarnos con los otros) y menores (como conducir un coche).

Una variedad de estrategias cognitivas y conductuales son utilizadas en la terapia cognitiva. Esta aproximación consiste en las experiencias de aprendizaje altamente específicas diseñadas para enseñar al paciente las siguientes operaciones: 1) a monitorear sus pensamientos negativos y automáticos; 2) al reconocer como la cognición afecta lo conductual; 3) a examinar la evidencia del pensamiento distorsionado y contrarrestarlo; 4) a sustituir las cogniciones prejuiciosas y orientarlas a interpretaciones orientadas a la realidad ; 5) a aprender a identificar y alterar las creencias disfuncionales que lo predisponen a distorsionar sus experiencias(Caro, 2003).

Trabajar con pacientes deprimidos en un contexto de grupo introduce la posibilidad de elicitar en el paciente una serie de inferencias negativas que no tendría que salir a la luz necesariamente en las sesiones de terapia individual. Como ocurre en otros pensamientos automáticos negativos generados por el paciente, estas inferencias negativas pueden ser perjudiciales o beneficiosas para la terapia, según como sean manejadas por el terapeuta. (Covi, Lipman, Derogatis, Smith y Pattison, 1974, citados en Hollon, S. y Shaw, B. 1993).

Cuando se elicitan y se exploran sistemáticamente, estas afirmaciones negativas proporciona una excelente oportunidad para demostrar tanto la relación entre pensamientos y sentimientos o conductas como los procedimientos para identificar, objetivar y hacer frente a las cogniciones idiosincrásicas negativas. Las dificultades que pueden surgir en el curso de la terapia cognitiva de grupo con pacientes deprimidos tienen su origen en tres fuentes: las comparaciones negativas con otros miembros, los efectos potenciales negativos de la interacción entre individuos deprimidos y las limitaciones potenciales de la capacidad del individuo para relacionar los ejemplos de procesos cognitivos negativos del grupo con su propio caso.

En la terapia cognitiva en grupo el terapeuta trabaja activamente para focalizar la atención en el examen y evaluación de las percepciones idiosincrásicas en la medida en que estructura hasta cierto punto de sesiones.

En la terapia cognitiva de grupo, parece que el hecho de centrarse en el proceso por el cual las interpretaciones negativas y las distorsiones sistemáticas en el procesamiento de la información se combinan para hacer que situaciones problemáticas –pero sobre las cuales se puede trabajar- parezcan irresolubles puede, con ayuda de los otros miembros del grupo, prevenir o impedir esa especie de corriente afectiva negativa y contagiosa, la cual es el principio, atribuible a la aceptación incondicional de las evaluaciones pesimistas del paciente depresivo por parte del grupo. (Shaw 1977, citado en Hollon, S. y Shaw, B. 1993).

CAPÍTULO 1 DEPRESIÓN

1.1 Concepto de depresión

A lo largo del tiempo se ha ido acentuando cada vez más un problema social, llamado depresión; el término depresión se remonta a un cuarto de siglo; sin embargo se ha dado a conocer desde la época grecorromana con el término de melancolía; Hipócrates afirmaba que los estados de ánimo dependían de cuatro humores corporales: sangre, bilis negra, bilis amarilla y flema y que la melancolía era producida por la bilis negra o atrabilis; Arateo y Capadocia hablaban de la manía y melancolía como problemas médicos; también en México prehispánico la melancolía fue considerada como un problema médico.

Los sentimientos de depresión se pueden describir como sentirse triste, melancólico, infeliz, miserable o derrumbado. La mayoría de las personas se sienten de esta manera una que otra vez durante periodos cortos, pero la verdadera depresión clínica es un trastorno del estado de ánimo en el cual los sentimientos de tristeza, pérdida, ira o frustración interfieren con la vida diaria durante un período prolongado; a continuación se enumeran algunos de los síntomas según Cotton & Lange (1993):

- Estado de ánimo triste, ansioso o “vació” en forma persistente
- Sentimientos de desesperanza y pesimismo.
- Sentimientos de culpa, inutilidad e impotencia.
- Pérdida de interés o placer en pasatiempos y actividades que antes se disfrutaban, incluyendo la actividad sexual.
- Disminución de energía, fatiga, agotamiento, sensación de estar “en cámara lenta”.
- Dificultad en concentrarse, recordar y tomar decisiones.
- Insomnio, despertarse más temprano o dormir más de la cuenta.
- Pérdida de peso, apetito o ambos, o por el contrario comer demasiado y aumento de peso.

- Pensamientos de muerte o suicidio; intentos de suicidio.
- Inquietud, irritabilidad.
- Síntomas físicos persistentes que no responden al tratamiento médico, como dolores de cabeza, trastornos digestivos y otros dolores crónicos.

Un factor relacionado con la depresión (pero bastante bien diferenciado) es la desesperanza.

La depresión desde la perspectiva cognitivo-conductual es un constructo que debe ser definido operacionalmente en forma de conductas específicas de los tres canales de respuesta, el comportamiento depresivo de un sujeto se puede descomponer en respuestas de cada uno de los tres sistemas:

- a) Sistema cognitivo. Sentimientos de tristeza, abatimiento, desánimo, apatía; pensamientos negativos sobre sí mismos, sobre las propias experiencias; sobre el futuro; distorsiones cognitivas como interferencias arbitrarias.
- b) Sistema fisiológico. Sequedad de boca, disminución de la sudoración, estreñimiento, dolor de estómago, falta de apetito, amenorrea, insomnio, cefaleas, mareos, etc.
- c) Sistema motor. Déficit de conductas sociales y de conductas positivas, exceso de conductas de escape/ evasión ante la estimulación aversiva y de conductas inusuales o irracionales. (Álvarez, 1997 y Beck, et al, 1979).

También dentro del marco cognitivo conductual se define a la depresión bajo los principios de primacía, universalidad y gravedad persistente; teniendo la universalidad un papel importante como una destacada cognición negativa, un pensamiento positivo reducido y un rango de procesamientos auto referente negativo son evidentes en todos los subtipos de la depresión.

El procesamiento selectivo de la información tiene una función de proceso selectivo, activación del esquema y procesamiento primario. La activación del esquema se refiere a que los estados afectivos negativos como la depresión; se

caracterizan por un incremento en la accesibilidad de las estructuras de esquemas negativos auto referentes en relación con el modo de la pérdida.

Existen hipótesis que tratan de reconocer en que momento o circunstancias un individuo puede padecer depresión.

La hipótesis de la vulnerabilidad cognitiva es una de ellas, en el cual se toman en cuenta aspectos como la vulnerabilidad a la depresión, es decir la persona muestra una estabilidad al inicio y una recurrencia a la depresión después; por ejemplo, la auto evaluación que tienen los individuos de sí mismos, el procesamiento congruente, la relación y afrontamiento; referente a los efectos específicos de la vulnerabilidad de la personalidad en la presencia de síntomas depresivos y en la respuesta del tratamiento de acuerdo a la especificidad de los síntomas y el tratamiento diferencial.

El modelo cognitivo postula tres conceptos específicos para explicar el sustrato de la depresión:

- 1) La triada cognitiva: consiste en tres patrones cognitivos que inducen al paciente a distorsionarse a sí mismo, su futuro y sus experiencias en una manera ideosincrática. El primer componente es acerca de la visión negativa del paciente. El segundo componente de la triada cognitiva consiste en la tendencia del paciente de interpretar sus experiencias en una forma negativa. El tercer componente de la triada consiste en una visión negativa.
- 2) Esquemas: este concepto es utilizado para explicar porque un deprimido mantiene su dolor inducido a y actitudes auto-degradantes, el desprecio por la evidencia positiva en su vida. Diferentes personas pueden conceptuar la misma situación en diferentes formas. Los tipos de esquemas empleados determinan como estructurará un individuo diferentes experiencias. La organización de la depresión cognitiva puede convertirse en independiente de la estimulación externa que el individuo es incapaz de cambiar en su ambiente inmediato.

- 3) Errores cognitivos: La teoría propone que experiencias tempranas proveen las bases para formar conceptos negativos acerca de uno mismo, el futuro y el mundo exterior. Estos conceptos negativos pueden estar latentes pero pueden ser activados por circunstancias específicas que son análogas a experiencias iniciales responsables por mantener la actitud negativa.

La terapia cognitiva de la depresión afirma que la operación de un conjunto de cogniciones negativas y de las percepciones inadecuadas de sí mismo, del entorno y del futuro produce los sentimientos negativos y la pasividad conductual que constituyen los principales componentes observables del síndrome depresivo (Caro, 2003).

1.2 Concepto de depresión en la mujer

Las mujeres parecen ser más sensibles que los hombres a desarrollar episodios depresivos después de un evento estresante en su vida; cerca del 80% de individuos con desordenes afectivos son mujeres. En adición, algunas mujeres son propensas a desarrollar depresión en relación con el ciclo productivo, como el premenstrual, durante el período post-parto y durante la menopausia. Otras experiencias reproductivas incluyen la infertilidad, embarazo no logrado, y varias terapias hormonales.

El desorden premenstrual muestra síntomas cíclicos de acuerdo al ciclo premenstrual; los síntomas depresivos comienzan de 7 a 10 días antes de la menstruación; se muestra ansiedad, irritabilidad, depresión; para que se considere realmente importante se muestran complicaciones en el contexto social (que no tenga interferencia con el trabajo, actividades sociales o relaciones), Kornstein & Wojcik, (2000).

El papel de madre y esposa, junto con sus tareas domésticas han mostrado ser un trabajo muy estresante, aún más cuando se tienen niños pequeños y la madre es trabajadora; sin embargo, este rol cultural tiene una gran influencia en cuanto a

que una mujer no pueda desempeñar su papel como está establecido por la sociedad y llegar a un episodio depresivo; existe el supuesto que no para todas las mujeres es un bienestar el estar casadas o tener hijos; por otro lado, las madres solteras en un alto porcentaje sufren de pobreza al menos en alguna etapa de su vida, lo cual contribuye al desarrollo de la depresión junto con otras experiencias difíciles que pudiera estar vivenciando.

La maternidad como el matrimonio han sido vistos como procesos de crecimiento personal, identidad, por otro lado, la no maternidad ha sido vista como soledad, vacío y egoísmo; en una connotación negativa de estos conceptos, el matrimonio algunas veces termina siendo una dependencia de la mujer hacia su esposo, tanto económica como socialmente, así como un factor muy estresante, pues además de las actividades del hogar y el cuidado de los hijos, algunas veces el trabajo es una carga más que el esposo muchas veces no ayuda a aligerar (Stoppard, 2000).

Durante el embarazo existen algunos factores de riesgo de depresión como lo son la edad de la mujer (sobre todo si son muy jóvenes), soporte social limitado (de parte del padre del niño), Si la mujer vive sola, un gran número de hijos, conflictos maritales, ambivalencia acerca del embarazo, enfermedad, embarazos poco espaciados, enfermedad o muerte de un ser querido, la muerte de un hijo antes del embarazo, estresantes crónicos.

Las condiciones de depresión post parto son múltiples; entre ellas destacan la tristeza post parto, la depresión post parto y la psicosis post parto.

La tristeza post- parto la presentan del 50 al 80% de las nuevas madres; dura aproximadamente dos semanas después del parto; la mayoría de los casos se resuelve espontáneamente debido a la normalidad de la situación.

La depresión post- parto se presenta entre el 10 y el 15% de las nuevas madres, algunos antecedentes son pasadas historias de depresión y síntomas depresivos

durante el embarazo; los síntomas son similares a los que se presentan en la depresión que se presenta en otros episodios depresivos.

La psicosis post parto. Lo presentan entre en 0.1 y 0.2% de las nuevas madres, es un desorden afectivo con riesgo de suicidio e infanticidio, requiere de hospitalización psiquiátrica (Rojtenberg, 2001).

Una vez que una mujer se convierte en madre socialmente se le demanda que sea una buena madre; lo cual significa poner antes que nada a sus hijos y su bienestar, están a cargo de su crianza, alimentación, y toda su vida gira alrededor de ellos. Esta responsabilidad que recae la mayoría de las veces en la mujer es un factor muy importante en la depresión de la mujer, pues se encuentra en una desventaja social importante, deja de lado sus expectativas por dar una buena atención tanto a los hijos como al esposo.

¿Qué es ser una buena madre? Esta pregunta es muy ambigua y podría describirse (o no describirse) en un libro completo; sin embargo, hay algunos parámetros no tomando solo la visión cultural que persiste hasta nuestros días; la relación entre la madre y el hijo debe ser de calidad, y disfrutar del hijo, con toda la paleta de sentimientos que se puedan experimentar sin esperar tener solo los “buenos sentimientos” (amor, cuidado, ternura), lo cual puede llegar a ser muy estresante si se guarda por ejemplo el enojo.

La imagen que se muestra socialmente de la madre pudiera parecer muy difícil de llenar por algunas mujeres que al momento de convertirse en madres tienen sentimientos encontrados, llegan a tener temor de lo que será su vida con un hijo, y varios problemas emocionales, así como la depresión post- parto (Stoppard, op cit).

Hay más factores que influyen como la falta de sueño al momento de ser madre, la fatiga por las tareas de la casa, la falta de ayuda de su cónyuge.

Todos estos factores son potencializadores de la depresión en las mujeres que son madres y/ o esposas; sin embargo, la labor que lleva el tratamiento de la depresión en madres va dirigido a combatirla mediante la reestructuración de las cogniciones que tiene para mejorar su visión y su desempeño sea más satisfactorio para ella.

Según Rojtenberg (op. cit.) aproximadamente entre los 50 años se presenta la menopausia, la cual es caracterizada por el cese de la menstruación, y niveles bajos en estrógeno, lo cual puede provocar una depresión debido a que se encuentra relacionado con la serotonina y otros neurotransmisores relacionados con la depresión; también se deben tomar en cuenta otros factores tanto emocionales como sociales; se presenta melancolía , falta de concentración, irritabilidad, ansiedad, insomnio, decremento de libido; la mayoría de las mujeres que buscan ayuda debido a la menopausia tienen en mayor o menor medida algún desorden depresivo.

La significación de la relación con otras mujeres desarrollan un sentido se énfasis. De acuerdo con estas formulaciones estar conectada con otras mujeres es el centro de la identidad de una mujer. Tiene un énfasis positivo en el convivir con otras mujeres y el cuidado por otros, lo cual es identificado como un gesto femenino. Estas cualidades también tienden ser devaluados en un clima cultural dominado por valores masculinos de competitividad.

1.3 Concepto de depresión en la madre del niño con Necesidades Educativas Especiales (NEE)

El estudio del comportamiento de los niños desde el nacimiento hasta la adolescencia, que incluye sus características físicas, cognitivas, motoras, lingüísticas, perceptivas, sociales y emocionales.

Los psicólogos infantiles intentan explicar las semejanzas y las diferencias entre los niños, así como su comportamiento y desarrollo, tanto normal como anormal. También desarrollan métodos para tratar problemas sociales, emocionales y de aprendizaje, aplicando terapias en consultas privadas y en escuelas, hospitales y otras instituciones.

Las dos cuestiones críticas para los psicólogos infantiles son: primero, determinar cómo las variables ambientales (el comportamiento de los padres, por ejemplo) y las características biológicas (como las predisposiciones genéticas) interactúan e influyen en el comportamiento; y segundo, entender cómo los distintos cambios en el comportamiento se interrelacionan. (Olivar R. 1997).

Durante el período de embarazo, la mayoría de las futuras madres desechan la posibilidad de tener un niño con NEE, y piensan que es lo peor que les podría pasar. Actualmente con la tecnología se puede saber el estado del feto y tener una visión previa al nacimiento del estado del hijo, lo cual le podría dar alguna ventaja a los padres en caso de que el niño venga con alguna incapacidad.

Dentro de nuestra cultura los padres han tenido limitada experiencia con individuos con NEE, más bien han estado expuestos primordialmente a estereotipos y estigmatizaciones acerca de las incapacidades que pervierten a nuestra cultura.

Varios autores han estudiado las crisis por las que pasan las madres de niños con NEE, desde que conocen la situación de su hijo, cuando entran a la escuela y el momento en que los padres se vuelven mayores; probablemente la crisis más fuerte es el conocimiento de la incapacidad del hijo; una de las teorías que ha tenido una aproximación en la adaptación de las familias de niños con NEE es la "teoría de episodios"; la cual sugiere que el progreso de las madres es a través de un proceso que pasa por varias etapas de adaptación ante el diagnóstico del niño; sin embargo, se ha puesto en duda esta teoría, pues no toma en cuenta aspectos

como el tamaño de la familia, el status cultural de la familia, el sexo del niño, la situación de nacimiento del niño, etc.

Por otro lado, las expectativas que las madres tienen sobre sus hijos culturalmente son de esperanzas y sueños, y desean que su hijo sea “normal” y los colmen de orgullo, tanto profesionalmente como socialmente. La experiencia del nacimiento es estresante, lo es mucho más para madres con niños a los cuales se les ha diagnosticado alguna discapacidad inmediatamente por el personal médico. En el momento en el que el personal médico conoce la situación del niño, hace más estresante el comunicado a las madres, dado que encuentran ante una sumisión profesional, como resultado se pueden sentir sin poder y con frustración. Muchos estudios han mostrado que la reacción inicial ante la noticia de una incapacidad en el niño es negativa, el rechazo hacia el niño es común.

Coolins- Moore (1984), Robson y Moss (1970 en Seligman y Darling, 1997), entre otros autores, han sugerido que las siguientes características de algunas discapacidades pueden impedir la formación de una adaptación entre madre e hijo:

- ❖ La apariencia del niño, especialmente desfiguración en la cara
- ❖ Respuesta negativa ante ser tomado (tensión, falta de respuesta)
- ❖ Llanto incontrolable
- ❖ Nivel de actividad atípica baja actividad o hiperactividad
- ❖ No respuesta ante la comunicación
- ❖ Sonrisa retardada
- ❖ Dificultades en la alimentación
- ❖ Fragilidad Médica
- ❖ Presencia de equipo médico, como tubos de alimentación o tanque de oxígeno
- ❖ Tratamientos de por vida
- ❖ Hospitalización prolongada y separación consecuente

- ❖ Inhabilidad para mantener contacto visual
- ❖ Conductas desagradables

Algunos otros aspectos que pueden dificultar la adaptación pueden ser problemas maritales, que alguien más de la familia se encuentre enfermo, y la atención que se le ponga al nuevo bebé dependerá de la reacción de los padres ante la noticia de que su hijo tiene alguna discapacidad, esto variará de acuerdo a las interacciones que tengan con otras personas, antes, durante y después del tiempo en que la noticia es recibida. Los significados acerca de la incapacidad de sus hijos cambiarán con el crecimiento del niño y las nuevas interacciones que irán encontrando.

La habilidad del individuo para compaginar con cualquier situación depende de cómo se definan la situación. La definición de la situación es una de las tareas más difíciles en las nuevas madres por el grado de la insignificancia y falta de poder presente usualmente. Las madres necesitan otras personas que les ayuden a encontrar significados, porque el nacimiento de un niño con discapacidades es generalmente un evento no anticipado. Los profesionales juegan un papel muy importante dándole a los padres un diagnóstico, pronósticos e información de tratamientos.

Al final del período de la infancia la mayoría de las madres habrán resuelto su anomie. Podrían estar todavía enojadas o en desacuerdo por la incapacidad de su niño, pero han comenzado a comprenderlas. Si su búsqueda por un programa de intervención para el niño ha sido exitosa, comenzarán a sentirse con la situación bajo control. El que la familia llegue a tener una normalización después de la infancia, depende del grado de discapacidad del niño, los soportes sociales y otros factores.

Otro modelo de tratamiento para madres de niños discapacitados ha consistido en grupos de consejo no directivos. Estos grupos se han centrado en objetivos para

reducir sentimientos de aislamiento y aflicción, establecer relaciones de amistad, proporcionar información y permitir la expresión emocional.

Los terapeutas conductuales han utilizado métodos como automonitorización, entrenamiento en relajación, afrontamiento del propio estado y modelado, para el tratamiento de la ansiedad depresión y trastornos psicósomáticos en adultos.

Estos enfoques conductuales se centran en el entrenamiento en habilidades, tanto relacionadas con la emoción como con la empatía. La eficacia de los enfoques conductuales se han evaluado en estudios de resultados controlados. Los críticos de aquellos estudios que emplean enfoques conductuales cognitivos, para el tratamiento de la depresión por ejemplo, han concluido de forma unánime que estos tratamientos son eficaces. La gente que sufre depresión a menudo vive o trabaja en ambientes aversivos. Las condiciones ambientales asociadas con la depresión, presentan similitudes con aquellas experimentadas por las madres de los niños con discapacidades severas. Ya que las madres de niños discapacitados han mostrado más síntomas de depresión y trastornos de estrés que los grupos de madres de niños no discapacitados emparejados, y se ha demostrado en estudios controlados que los tratamientos conductuales para la depresión y el estrés han sido útiles para otros grupos de adultos, el siguiente paso lógico ha sido utilizar los tratamientos orientados a las habilidades con madres de niños discapacitados.

En el tratamiento que se dio a las madres destacaban algunas de los siguientes contenidos:

- a) Autocontrol: se pedía a las madres que identificaran acontecimientos estresantes tres veces cada día, evaluaran su nivel de estrés en una escala de siete puntos, y anotaran el éxito que tuvieron al enfrentarse con esos acontecimientos estresantes. También se les pedía que marcaran cualquier síntoma de estrés que notaran durante el día en una lista que se les proporcionaba.
- b) Relajación: La relajación se enseñaba como una habilidad de afrontamiento destacando las formas en que se podía utilizar durante el día para evitar

que apareciese la tensión. Se enseñaba en etapas. Al principio mediante una forma modificada de la relajación muscular progresiva. Se les hacía tensar y relajar alternativamente grupos de músculos grandes mientras respiraban profundamente. Mientras tensaban y relajaban, se les pedía que dirigieran su atención a las sensaciones de tensión y el sentimiento de relajación en cada una de los grupos de músculos. También se les proporcionaban prácticas breves de imaginación de paisajes o lugares relajantes. Después se les pedía que realizaran los ejercicios en casa, para lo cual se les daba una cinta audio grabada con ejercicios con una duración de 20 o 30 minutos. Finalmente se les pedía que buscaran sus formas breves de relajación para realizarlo las veces que les fuera necesario.

- c) Modificación de cogniciones: Primero se explicaban situaciones para ejemplificar el efecto de las autoverbalizaciones en los sentimientos que se tienen en situaciones particulares. Después se les enseñaba a controlar sus autoverbalizaciones recordando lo que se decían a sí mismos sobre acontecimientos estresantes. A continuación se les enseñaban formas de criticar las autoverbalizaciones negativas o irracionales y reemplazarlas por respuestas más positivas. Al igual que con las habilidades de relajación, el énfasis estaba en el aprendizaje para generalizar también las habilidades aprendidas, es decir, desarrollar estrategias sencillas de cambio que pudieran utilizar en situaciones estresantes durante el día.
- d) Apoyo social: El establecimiento de una atmósfera de apoyo en las clases se llevaba a cabo de una forma intencionada. En la primera sesión se adoptaban cinco acuerdos de grupo. Con ellos, los miembros acordaban mantener de forma confidencial cualquier información personal divulgada dentro del grupo, ser un apoyo para los otros miembros, no presionar a otros a hablar, compartir el tiempo de forma ecuánime y llamarse unos a otros por sus nombres. Los terapeutas hacían referencia a estos acuerdos cuando era necesario mantener el tono de apoyo del grupo. También explicaban experiencias comunes a diferentes miembros, y pedían ideas de los participantes del grupo, en lugar de proporcionar soluciones únicamente

desde un punto de vista profesional. También se proporcionaba tiempo para la socialización de los miembros del grupo mediante la programación de un descanso en medio de cada sesión.

A lo largo de la intervención se encontraron varios factores que dificultaron el proceso, algunas de las dificultades fueron la experiencia previa en habilidades de afrontamiento, problemas de pareja, algunos de los participantes en la intervención no sabían leer y problemas familiares (Singer y Irvin, 1998).

CAPÍTULO 2 NECESIDADES EDUCATIVAS ESPECIALES

2.1 Concepto

Se dice que una persona tiene una discapacidad física o mental si tiene una función básica limitada respecto de la media o anulada por completo.

Es posible que sus discapacidades físicas sean leves, moderadas o graves; puede ser que su rendimiento intelectual sea normal o por debajo de lo normal o por encima de lo normal; también puede darse que los niños un solo trastorno o una combinación de trastornos. (Herward, W. L. y Orlasky, M. O. 1992)

El concepto de Necesidades Educativas Especiales supone la cristalización de un nuevo concepto de educación especial, que desplaza el centro de atención desde el individuo, considerado como portador o paciente de un trastorno, hacia la interacción educativa en la que él solo es una de las partes implicadas. Las Necesidades educativas especiales pueden ser planteadas de diferentes modos: Atendiendo a su persistencia en el tiempo existen Necesidades Educativas Especiales de carácter permanente y de carácter temporal.

Este concepto indica la presencia de una condición limitante por problemas esencialmente de tipo físico, mental o ambos, generalmente por enfermedad adquirida o congénita, traumatismo u otro factor ambiental. Se utiliza, pues para etiquetar a las personas con limitaciones físicas mentales obvias y que por lo general requieren de ayuda e instrucción especializada para funcionar en su vida cotidiana (Monroy, 2000).

Este término se refiere tanto a una limitación funcional, como una adaptación o de respuesta al medio en ello se encuentran los graves déficit ambientales, en los que no existen condiciones adecuadas para el desarrollo cognitivo, personal y social.

Desde el punto legal, el término discapacidad se refiere a las dificultades del sujeto para encontrar trabajo remunerado por limitaciones funcionales para su desempeño o por estar en riesgo de accidentes laborales o de despidos frecuentes y sus asignaciones conlleva derechos y obligaciones (Sánchez, et al, 1997).

La UNESCO (1983), define la Educación Especial como “una forma de educación destinada a aquellos que no alcanzan o que es improbable que alcancen, a través de las acciones educativas normales, los niveles educativos, sociales, y otros apropiados a su edad, y que tiene por objeto promover su progreso hacia esos niveles”. A partir de aquí y hasta la actualidad, prácticamente todas las definiciones sobre Educación Especial incluyen términos como “integración”, “inclusión”, “diversidad”, “apoyos”, “adaptaciones”, “influencias contextuales”, etc.; y casi ninguna defiende términos como “síntomas”, “etiquetas”, “segregación”, o “deficiencias”. (Granado, M. 2000)

Guevara, et al (2003), plantea que la educación especial tiene como función promover el desarrollo psicológico de aquellos niños que no han logrado adquirir patrones de conducta adecuados a su edad y grupo social, por ello la educación especial consiste en la evaluación de las condiciones en que se ha desarrollado cada niño en valorar sus diversos factores personales y ambientales que pudieran desviarse de la norma social y en diseñar estrategias de intervención que lleven al niño a la adquisición de las habilidades conductuales de que carezca.

Se cree que alrededor del 20% de los niños necesitan algún tipo de educación especializada a lo largo de su escolarización. La gran mayoría de ellos tienen problemas que se resolverán dentro de las escuelas ordinarias; sólo una pequeña minoría de las ayudas educativas especializadas pueden requerir, por su mayor exigencia y complejidad, la existencia de medios, centros y un conjunto de servicios que permitan asegurar que la evaluación se ajuste a las necesidades de esos niños. (Zabalza, 1996)

2.2 Características Físicas

Algunos individuos no presentan defectos o limitaciones físicas evidentes, pero son ineficientes para responder a las exigencias laborales o escolares, por limitaciones perceptibles. Por lo tanto, éste término se refiere en tanto a una limitación funcional como a una de adaptación o respuesta al medio.

A quienes padecen deterioro físico y de la salud (DFS) puede describirseles como individuos con incapacidades funcionales relacionadas con habilidades físicas o con condiciones de la salud, o con ambas cosas (Sirvis, 1982, citado en Beck, A. T. 1976).

Hallahan y Kauffman (1986, citados en Beck, A. T. 1976) extienden los principios de esta definición a la educación especial al afirmar que dichos estados son de tal magnitud que interfieren con la ausencia a la escuela o al aprendizaje a un grado tal que son imprescindibles servicios, entrenamiento, equipo, materiales o instalaciones, todos de índole especial. (Patton, R. M., Payne, S. J.; Kauffman, M. J. ; Brown, B. G. y Payne, P. R., 1991).

El impedimento biológico (Prenatal, perinatal o post- natal) restringe el desarrollo psicológico si el daño afecta una o varias de las condiciones siguientes: 1) si hay limitaciones en lo que es el equipo de respuestas; 2) si afecta el ambiente interno (propio-sepción); 3) si se afecta la recepción de estimulación externa y 4) si el individuo es tratado como peculiar.

Existen algunos factores por los cuales se llegan a dar casos de discapacidad como lo son:

* Factores genéticos, como en el caso del síndrome de Down.

- * Errores congénitos del metabolismo, como la fenilcetonuria.
- * Alteraciones del desarrollo embrionario, en las que se incluyen las lesiones prenatales.
- * Problemas perinatales, relacionados con el momento del parto.
- * Enfermedades infantiles, que pueden ir desde una infección grave a un traumatismo.
- * Neurológicos:
 - Parálisis cerebral
 - Esclerosis múltiple
 - Espina bifida
 - Lesión de la columna vertebral
- * Musculoesqueléticos
 - Artritis reumatoide juvenil
 - Insuficiencia en los miembros
 - Distrofia muscular
 - Esclerosis
- * Estados de salud
 - Alergias y asma
 - Cáncer
 - Fibrosis quística
 - Diabetes mellitus
 - Epilepsia
 - Problema cardíaco
 - Hemofilia
 - Anemia de células falciformes
- * Estados físicos diversos
 - Accidentes
 - Quemaduras
 - Maltrato a menores

Una condición biológica limitante (desnutrición, pre- madurez, algún síndrome o enfermedad que limiten el desarrollo físico) tienen efectos sobre el niño que las sufre porque disminuye sus niveles de atención de exploración de juego y de conductas comunicativas, es decir, se ven afectado sus niveles de actividad general y su manera de responder a su medio físico y social.

1. El funcionamiento intelectual hace referencia a un nivel de inteligencia inferior a la media. La concepción de inteligencia que se maneja a este respecto es la propuesta por Gardner, quien habla de la existencia más que de una capacidad general, de una estructura múltiple con sistemas cerebrales semi autónomos, pero que, a su vez, pueden interactuar entre sí. En cuanto al uso de un coeficiente de inteligencia, de uso común, para que se pueda hablar de discapacidad intelectual debe estar por debajo de 70 y debe producir problemas adaptativos.

2. Las habilidades adaptativas hacen referencia a la eficacia de las personas para adaptarse y satisfacer las exigencias de su medio. Estas habilidades deben ser relevantes para la edad de que se trate, de tal modo que la ausencia de ellas suponga un hándicap.

3. Lo normal es que una discapacidad intelectual significativa se detecte ya en edades tempranas.

Muchos casos de retardo psicológico son producto de una combinación de factores donde se pueden apreciar las limitaciones físicas de un síndrome pero también los resultados de su desarrollo de patrones inadecuados de interacción de la familia. Situaciones de privación cultural similares al del síndrome de pobreza puede apreciarse en muchas familias de niños retrasados, sean o no pobres en realidad, y este abandono educativo puede ser causante de una buena parte de su retardo del desarrollo psicológico.

2.3 Características psicológicas

El desarrollo psicológico se define como los cambios progresivos en la interacción de los individuos funcionando biológicamente y el medio ambiente (Bijou y Dunitz, 1981) y que tales cambios en la interacción ocurren a diferentes tasas-usualmente categorizadas como acelerada, normal y retardada.

También los niveles de desarrollo psicológico dependen de las condiciones socioculturales y biomédicas en que interactúa el infante, dichas condiciones son conceptualizadas funcionalmente en términos de que tanto facilitan o retardan el desarrollo o los cambios progresivos en la conducta del niño; el desarrollo psicológico se retarda como resultado de un impedimento biológico, de una condición sociocultural limitante, o de ambos aspectos.

Las características biológicas de los niños, tales como estatus físico y presencia de un impedimento como daño biológico son importantes para una adaptación satisfactoria, porque alteran la percepción, el trato y las actitudes que de ellos tienen sus padres, hermanos, maestros y compañeros; pero particularmente sus madres. Esto se traduce en un cambio de expectativas de las madres hacia sus hijos en una alteración de sus ambientes físicos y sociales en un cambio de patrones interactivos familiares, y todo ello necesariamente incluye en su desarrollo psicológico.

Tanto los infantes como sus madres pueden experimentar sentimientos de inseguridad, desesperación, vergüenza, rechazo, culpa, bajo autoestima y miedo, que son contingentes a las reacciones de los demás; estos sentimientos se manifiestan a través de conductas tales como eludir la interacción (evitación).

Ayudara a los padres saber que los problemas del niño discapacitado son los problemas de todos y que la sociedad en general comprende cada vez más sus responsabilidades. También ayuda a los padres saber que las dificultades de la mayoría de los discapacitados son muy similares a las de los niños comunes, como las que se refieren a accesos de malhumor, de desobediencia, problemas

con las comidas, holgazanería, fracasos en la escuela, etc. (Marchesi, A.; Coll, C. y Palacios, J. 1990).

Las madres necesitan de otras personas que les ayuden a encontrar significados, ya que desde el nacimiento de un niño con NEE es generalmente un evento no anticipado; los profesionales juegan un papel muy importante dándole a los padres un diagnóstico, pronósticos e información de tratamientos.

2.4 Características Sociales

El concepto de Necesidades Educativas especiales connota también una dificultad, más o menos específica no como del sujeto para responder a las exigencias de su medio ambiente. Por ejemplo un niño con limitaciones en su capacidad mental, que vive en un medio rural podrá desempeñarse adecuadamente en la milpa o en las tareas del hogar, y presentará discapacidad solamente cuando se confronte con las exigencias de la escuela que evidenciarán su limitación orgánica. Es decir, los conceptos de limitación y discapacidad no son sinónimos. La discapacidad exige la presencia de una limitación; pero esta no es condición suficiente para señalar discapacidad.

Un niño con NEE es una persona que presenta una clara desventaja en relación con la población, generalmente se encuadra al niño en uno u otro grupo según sea el tipo de discapacidad que tenga predominante. (Gisbert, Mardomingo, Casbada, Sánchez, Rodríguez, Solís, Claramunt, Toledo, Valverde y Equipo Taure, 1997).

Las condiciones socioculturales limitantes del desarrollo incluyen condiciones inadecuadas de vida, limitaciones del ambiente físico, prácticas de crianza inadecuadas (que no favorecen el desarrollo psicológico) y conductas paternas de indiferencia o abuso (Guevara, et al, 2003).

Pineda (1987) plantea que un niño bien alimentado muestra mayores niveles de actividad lo que propicia a su vez el desarrollo de comportamiento más complejo; mientras que el niño desnutrido es menos activo y demandante por lo que recibe menos estimulación de su ambiente social y por ello, generar un retardo en el desarrollo.

En México durante la década de los años veinte, Vasconcelos encaminaba sus esfuerzos por construir un aparato educativo que cubriera con su acción todo el territorio nacional, inspirado según él, en los proyectos que se estaban llevando a cabo en Rusia. Durante estos años apenas surgía la preocupación por extender una educación a todo el pueblo mexicano. En los años de 1935, parcialmente como reflejo de movimientos y de las concepciones internacionales, el Dr. Roberto Solís Quiroga planteó al Ministro de Educación Pública la necesidad de institucionalizar la educación especial en nuestro país, pero no fue hasta 1941 que se modificó la ley Orgánica de Educación, creando un apartado referente a la protección de los deficientes mentales y para la creación de una escuela, la cual se llevó a cabo hasta 1955. Sin embargo, se puede decir que en México la educación especial tuvo sus antecedentes en el gobierno del Lic. Benito Juárez, quien fundó la Escuela Nacional de Sordos en los años de 1967 y la Escuela Nacional de Ciegos en 1870.

Con la declaración Universal de los Derechos Humanos de 1948, donde se manifestó el derecho que tienen todas las personas a la educación, y que además se exhortó a todos los gobiernos que centraran sus esfuerzos y dieran la más alta prioridad política y presupuestaria, para mejorar el sistema educativo. El estado Mexicano se comprometió a brindar una educación especial que no sólo atendiera al alumno, sino que orientara a los padres de familia y a los maestros. Consolidándose en México a través de la Constitución Mexicana como uno de los principios fundamentales; el derecho a la igualdad de oportunidades para la educación.

En 1954 en el seno del sector salud, se creó la Dirección de Rehabilitación, sin embargo, es hasta la década de los sesenta que se ordenó el fortalecimiento de la educación especial en toda la República Mexicana. La Secretaría de Educación Pública coordinó esfuerzos con la Secretaría de Salubridad y Asistencia para el establecimiento de nuevos centros en el Distrito Federal y en los diferentes estados de la República, ofreciendo los siguientes servicios: 73 escuelas de Educación Especial; 70 Centros Psicopedagógicos; 7 Centros de Orientación, Evaluación y Canalización; 4 Centros de intervención Temprana; y 4 Centros de Capacitación de Educación Especial a nivel Nacional. Fue en 1970 cuando se ordenó la creación de la Dirección General de Educación Especial. (Espinosa, 1998).

CAPÍTULO 3 EVALUACIÓN DE LA DEPRESIÓN EN MADRES DE NIÑOS CON NECESIDADES EDUCATIVAS ESPECIALES

3.1 Evaluación y diagnóstico

A partir de los 60's se observó un incremento en los casos de depresión; antes de esta época se consideraba que lo que más predominaba eran los casos de ansiedad, además antes de la primera guerra mundial se consideraba que la edad promedio en la que se presentaban síntomas de melancolía eran entre los 40 y 50 años; después de la segunda guerra mundial se redujo a los 40 años; estudios más recientes indican que la edad promedio de pacientes deprimidos es de 30 años; sin embargo, en un estudio epidemiológico de Sorenson y Strömgen mostraban que el 3.9% de la población mayor de 20 había presentado por lo menos un episodio depresivo en una etapa determinada de la vida. Entre 100 y 200 millones de personas padecen un cuadro depresivo, el cual si se diagnosticaba oportunamente podría beneficiarse con el tratamiento adecuado. (Calderón, 2001).

El modelo formulado por Beck (1979) parte de la hipótesis de que el sujeto depresivo tiene unos esquemas cognitivos tácitos o inconscientes que contienen una organización de significados personales (supuestos personales) que le hacen vulnerable a determinados acontecimientos. Los significados personales (Supuestos o reglas personales) suelen ser formulaciones inflexibles referentes a determinadas metas vitales (amor, aprobación, competencia personal, etc) y a su relación con ellas (autovaloración). Esos significados se activan en determinadas circunstancias (casi siempre relacionadas con la no confirmación de esos significados por los acontecimientos), haciendo que el sujeto depresivo procese erróneamente la información (distorsiones cognitivas) e irrumpa en su conciencia una serie de pensamientos negativos, involuntarios y casi taquigráficos (pensamientos automáticos) que son creídos por el paciente y que le hacen

adoptar una visión negativa de si mismo, sus circunstancias y el desarrollo de los acontecimientos futuros (triada cognitiva). Los pensamientos automáticos negativos a su vez interactúan con el estado afectivo resultante (depresivo) y las conductas relacionadas (evitación, descenso de la actividad...), siendo el resultado de esta interacción el "cuadro depresivo".

Este inventario fue creado en 1961 por Aron T. Beck, con la finalidad de crear un test que midiera la intensidad sintomatología depresiva en los pacientes, el cual fue utilizado en el Centro para Terapia Cognoscitiva en la Escuela de Medicina de la Universidad de Pennsylvania.

Fue elaborado originalmente para ser administrado por un entrevistador y se utilizaba con una doble copia, una que se entregaba al enfermo y la otra que era leída en voz alta por la persona que aplicaba la prueba. Después de enunciar las declaraciones que correspondían a cada reactivo, se pedía al entrevistado que indicara "cuál de esas definía mejor cómo se sentía en ese instante". En ningún momento debería sugerirse la respuesta, y si el paciente indicaba que había dos o más afirmaciones que correspondieran a la manera como se sentía, debía de registrarse el número más alto.

En 1978 Beck publicó la versión revisada, en la cual uno de los cambios viene a ser el que ya puede ser un instrumento autoaplicable, ya que trae las instrucciones perfectamente al principio del inventario, por lo que no es necesario que el aplicador esté con el entrevistado, pero es de suma importancia el hecho de que debe ser calificado y evaluado por personas profesionales para hacerlo.

Por otro lado, el inventario original estaba basado en observaciones clínicas y descripciones de los síntomas que más frecuentemente manifestaban tener los pacientes psiquiátricos deprimidos, los cuales eran contrarestandos con los pacientes psiquiátricos no deprimidos. Esto vino a consolidar los 21 síntomas y actitudes que comprenden el inventario, mismos que son cuantificados con valores numéricos del 0 al 3, siendo lo máximo que se puede obtener 63.

La puntuación final es la suma de los valores de cada reactivo. En el caso de que un reactivo se haya marcado dos respuestas, se contabilizará la más alta. Se debe tener cuidado con el reactivo que se refiere a la pérdida de peso (no. 19), ya que si la persona está tratando de bajar de peso, su valor será de "0".

Las puntuaciones del 0 al 9 son consideradas dentro del rango mínimo de depresión; de 10 a 16 indican una depresión leve; de 17 a 29 una depresión moderada y de 30 a 63 depresión intensa. Las puntuaciones deben ser tratadas como depresivas.

Se debe tener cuidado, ya que la puntuación total sólo nos da un estimado de la severidad total de la depresión es muy importante ponerle mucha atención al contenido del reactivo, en especial a los que se refieren al suicidio.

Las actitudes y síntomas elevadas en la escala son: estado de ánimo; sentimientos de fracaso; insatisfacción personal; culpa; castigo; auto-disgusto; auto-acusación; ideas suicidas; llanto; irritabilidad; desinterés social; indecisión; cambio de imagen corporal; dificultad laboral; insomnio; fatiga; pérdida de apetito; pérdida de peso; preocupación somática y pérdida de la libido.

Los primeros catorce apartados se refieren a síntomas afectivo-cognoscitivos y los siete restantes a síntomas vegetativos y somáticos que pueden también ser el resultado de una enfermedad.

El instrumento está diseñado con un vocabulario que puede ser comprendido por personas con un nivel de escolaridad mínimo de quinto grado de primaria.

Debe ser administrado en un lugar con suficiente iluminación y aire, y sin distractores. Su duración no debe pasar de 15 minutos. Su aplicación también puede ser oral. (Beck, A. T. 1976).

El cuestionario de Calderón (2000) para detectar la depresión fue diseñado para médicos, fue publicado la primera vez en la Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social, en 1992.

Consta de 20 reactivos, que corresponden a los síntomas frecuentes de la depresión en nuestro medio socio- cultural.

La cuantificación del síntoma puede ser negativa NO o positiva SI y en este caso se plantean tres intensidades: POCO, REGULAR O MUCHO. La calificación es muy sencilla, anotándose a cada síntoma la escala del 1 al 4, según su intensidad, pudiéndose obtener un puntaje mínimo de 20 y un máximo de 80. De acuerdo con la experiencia clínica, los resultados deben valorarse de la siguiente manera:

- a) 20 a 35 puntos, corresponden a personas normales.
- b) 36 a 39 puntos, pueden concernir a un estado de ansiedad, que puede ser originado por la misma implicación de la prueba.
- c) 40 a 45 puntos, implica una depresión incipiente.
- d) 46 a 65 puntos, implica un cuadro depresivo de mediana intensidad.
- e) 66 a 80 puntos, corresponden a un cuadro depresivo severo.

El uso de este cuestionario puede ser muy útil al especialista en salud mental para poder medir fácilmente la evolución del cuadro.

3.2 Diagnóstico

El primer paso para recibir un tratamiento adecuado para la depresión consiste en un examen médico, ya que en algunos casos ciertos medicamentos, así como algunas enfermedades, pueden producir los mismos síntomas que la depresión. Este profesionalista debe descartar esas posibilidades por medio de un examen físico, entrevista del paciente y análisis de laboratorio. Si existen causas físicas, el médico debe realizar una evaluación psicológica o dirigir al paciente a un psiquiatra o psicólogo.

La selección del tratamiento dependerá del resultado de la evaluación. Existe una gran variedad de medicamentos antidepresivos y psicoterapias que se pueden utilizar para tratar los trastornos depresivos.

Algunas terapias a corto plazo (10-20 semanas), pueden ser útiles para los pacientes deprimidos, tal es el caso de las terapias "de conversación" ayudan a los pacientes a analizar sus problemas y a resolverlos, a través de un intercambio verbal con el terapeuta. Algunas veces estas pláticas se combinan con "tareas para hacer en casa" entre una sesión y otra. Los profesionales de la psicoterapia que utilizan una terapia "de comportamiento" procuran ayudar a que el paciente encuentre la forma de obtener más satisfacción a través de sus propias acciones. También guían al paciente para que abandone patrones de conducta que contribuyen a su depresión o que son consecuencia de su depresión.

3.3 Clasificación

Al igual que otras enfermedades hay varios tipos de depresión

- Depresión severa. La depresión severa se manifiesta por una combinación de síntomas que interfieren con la capacidad para trabajar, estudiar, dormir, comer y disfrutar de actividades que antes eran placenteras. Un episodio de depresión muy incapacitante puede ocurrir sólo una vez en la vida, pero por lo general ocurre varias veces.
- Distimia. La distimia, un tipo de depresión menos grave, incluye síntomas crónicos a largo plazo, que no incapacitan tanto, sin embargo impiden el buen funcionamiento y el bienestar de la persona. Muchas personas con distimia también pueden padecer de episodios depresivos severos en algún momento de su vida.
- Trastorno bipolar. Otro tipo de depresión es el trastorno bipolar, llamado también enfermedad maniaco-depresiva. No es tan frecuente como los otros trastornos depresivos. El trastorno bipolar se caracteriza por cambios cíclicos en el estado de ánimo: fases de ánimo elevado o eufórico (manía) y fases de ánimo bajo (depresión). Los cambios de estado de ánimo pueden ser dramáticos y rápidos, pero más a menudo son graduales. Cuando una persona está en la fase depresiva del ciclo, puede padecer de uno, de varios o de todos los síntomas del trastorno depresivo. Cuando está en la

fase maníaca, la persona puede estar hiperactiva, hablar excesivamente y tener una gran cantidad de energía. La manía a menudo afecta la manera de pensar, el juicio y la manera de comportarse con relación a los otros. Puede llevar a que el paciente se meta en graves problemas y situaciones embarazosas. Por ejemplo, en la fase maníaca la persona puede sentirse feliz o eufórica, tener proyectos grandiosos, tomar decisiones de negocios descabelladas, e involucrarse en aventuras o fantasías románticas. Si la manía se deja sin tratar puede empeorar y convertirse en un estado psicótico (el paciente pierde temporalmente la razón).

CAPÍTULO 4 METODOLOGÍA

OBJETIVO GENERAL

Dar un tratamiento de terapia bajo la perspectiva cognitivo-conductual a un grupo de mujeres las cuales tienen como características la depresión y ser madres de niños con necesidades educativas especiales.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Evaluar la depresión de un grupo de madres de niños con necesidades educativas especiales con una batería conformada con los instrumentos de Beck y Calderón (Ver anexos 1 y 2)
- Dar un seguimiento a la depresión con una terapia cognitivo- conductual
- Evaluar los resultados obtenidos después de la terapia cognitivo-conductual mediante una post- evaluación con los instrumentos de la evaluación previa.

METODOLOGIA

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La depresión es un problema que está incrementándose de forma preocupante; el interés del tratamiento de la depresión en madres de niños con Necesidades Educativas Especiales (NEE) es debido a que el riesgo que corren es aún mayor que las demás madres; ya que además de los factores de género tanto fisiológicos como psicológicos y sociales, tienen que sobreponerse al duelo de tener un hijo con NEE. El tratamiento de la depresión puede ayudar a las madres de niños con NEE a tener una mejor calidad de vida y es un factor que puede mejorar el desarrollo del niño con NEE, ya que es con la madre con la que más interactúa; otro beneficio es que se cuenta con la posibilidad de proveer a la familia de un ambiente más saludable.

PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

¿Qué características se habrá de tomar en cuenta para el desarrollo de un tratamiento de terapia a un grupo de madres de niños con necesidades educativas especiales que padecen de depresión?

HIPOTESIS

Por medio de la intervención de terapia cognitivo- conductual se reducirán los niveles de depresión presentados en madres de niños con NEE.

METODO

DESCRIPCIÓN DE LOS SUJETOS: Mujeres del estado de México, con hijos de educación especial que presentan rasgos depresivos, quienes asisten a la Clínica Universitaria de Salud Integral (CUSI).

DESCRIPCION DE LOS MATERIALES: Hojas, colores, lápices, sacapuntas y gomas.

DESCRIPCIÓN DE LOS INSTRUMENTOS Y APARATOS: grabadora de voz, computadora; cuestionario para diagnosticar la depresión por el Dr. Guillermo Calderón(2000) y Beck.

DEFINICION DE VARIABLES:

Depresión: sentimientos de tristeza, desesperanza junto con pensamientos extremadamente pesimistas acerca de su situación y futuros prospectos, falta de interés o placer en las actividades que antes eran importantes.

PROCEDIMIENTO

DISEÑO DE INVESTIGACIÓN: A – B – A

FORMA DE MUESTREO: aleatorio

TAMAÑO DE LA MUESTRA: 5 Mujeres con un rango de edad de 25 a 35 años

DESCRIPCIÓN DE SESIONES, FASES O ENSAYOS: 7 sesiones, 3 fases

TIPO DE ANALISIS: Cuantitativo y cualitativo

CAPÍTULO 5 RESULTADOS

DESCRIPCIÓN DE SESIONES

Sesión: 1

Fecha: 18/Oct/06

Tema: Presentación y evaluación

Asistencia:

Participante	Asistencia
L	Si
J	Si
S	Si
B	Si

Nota: estas son las abreviaciones que identifican a las participantes

OBJETIVO GENERAL: Presentación de las dos terapeutas y el grupo de participantes, el objetivo de la terapia y aplicar las evaluaciones previas al tratamiento.

Dinámica 1: Elaboración de gafetes

Actividad: Presentación

Objetivo específico: Interacción inicial entre las terapeutas y el grupo

Tiempo: 15 minutos

Material: Etiquetas adhesivas blancas y plumones

Descripción: Las dos terapeutas se presentaron ante el grupo de mamás y ellas ante el grupo, se les dio a conocer el objetivo de la terapia. Se les pidió a las mamás que con los materiales que tenían elaboraran gafetes con sus nombres para identificarlas.

Dinámica 2: Elaboración de reglas

Actividad: Participación activa

Objetivo específico: Acuerdo de reglas de parte de las terapeutas como del grupo para mantener el respeto y orden durante las sesiones

Tiempo: 15 minutos

Material: Pizarrón y gises

Descripción: A manera de lluvia de ideas se les pidió a las participantes que sugirieran las reglas que regirían la terapia, las terapeutas también lo hicieron y las fueron enumerando en el pizarrón para visualizarlas.

Dinámica 3: Expectativas

Actividad: Participación activa escrita

Objetivo específico: Conocer que expectativas tenían las mamás de la terapia en grupo

Tiempo: 10 minutos

Material: Plumas y hojas blancas

Descripción: En las hojas blancas escribieron las expectativas que tenían acerca de la terapia en grupo, que era lo que imaginaban y que esperaban.

Dinámica 4: Evaluación

Actividad: Participación activa escrita

Objetivo específico: Aplicar la primera fase de evaluación

Tiempo: 15 minutos

Material: Formatos de evaluación del inventario de Depresión de Beck e inventario de Depresión de Calderón (ver anexos 1 y 2) y plumas

Descripción: Se entregaron los dos formatos a las participantes y se les indicó que contestaran de la forma más honesta posible y de forma individual.

Observaciones: Al inicio de la presentación se les indicó a las participantes lo que era una terapia grupal, y que la característica que tenían ellas en común era que todas llevaban a sus hijos a la CUSI Iztacala; hubo confusión, pues pensaban que

era un taller (ya antes habían asistido a talleres dentro de la CUSI), y preguntaban cuál era el tema del que se iba a tratar. A lo que las terapeutas respondieron que era una terapia y que el tema principal eran ellas y las necesidades que tenían. Las participantes L y J demandaban que se les dijera cuál era el tema, y respondieron que no iban a exponer sus situaciones frente al grupo. A lo cual se les respondió que no era fácil ganarse la confianza y que ese era parte del proceso de la terapia, además de que no era obligatoria la participación, y que si querían darle una oportunidad a la terapia y a ellas mismas se trabajaría con ellas; no era necesario hablar, podían escribir lo que pensaban, y sólo si querían lo compartirían con el grupo y las terapeutas.

Los acuerdos grupales a los que se llegaron (encuadre de la terapia) fueron:

- ❖ CONFIDENCIALIDAD
- ❖ PUNTUALIDAD
- ❖ HONESTIDAD
- ❖ RESPETO
- ❖ DISCIPLINA

Se les pidió a las participantes que de manera individual escribieran las expectativas que tenían de la terapia, a lo cual J y L respondieron que no lo harían, pues querían ver de lo que se trataba, ante lo cual las terapeutas respondieron que se respetaba su decisión.

Al momento de escribir las expectativas R comenzó a llorar y comentó que era muy difícil para ella, que tenía muchos problemas y quería solucionarlos, pero no sabía como controlarse -no dejaba de llorar- un momento después le preguntó una terapeuta qué era lo que necesitaba en ese momento y dijo que necesitaba un abrazo, ante lo cual se lo dio y unos minutos después se tranquilizó.

Al final se les repartieron los formatos de evaluación (para realizar la evaluación inicial) y se les volvió a decir que lo que contestaran en ellos era absolutamente confidencial. Se le preguntó a R cómo se sentía, ella contestó que tranquila.

Para cerrar la sesión dijeron una palabra para describir como salían; L dijo Bien, J dijo Reflexiva, R dijo tranquila, S dijo reflexiva y B dijo Bien.

Al final de la sesión se les indicó que las siguientes sesiones se llevaría a cabo en la misma aula y en el mismo horario, que recordaran que teníamos acuerdos (por la puntualidad) y sólo tenían 5 minutos de tolerancia, una vez cerrada la puerta no se podía interrumpir.

Sesión: 2

Fecha: 25/Oct/06

Tema: Integración

Asistencia:

Participante	Asistencia
L	Si
J	Si
R	No
S	Si
B	Si

**Nota: estas son las abreviaciones
que identifican a las participantes**

OBJETIVO GENERAL: Crear un ambiente de confianza y empatía.

Dinámica 1: La torre

Actividad: Integración

Objetivo específico: Observar el seguimiento de instrucciones, el trabajo en equipo y las interacciones sociales entre el grupo.

Tiempo: 25 minutos

Material: Hojas blancas, cartulinas, clips y cinta adhesiva

Descripción: Se dividió al grupo en dos equipos, a un equipo se les entregó cinta adhesiva y hojas blancas; al otro equipo se le entregó una caja de clips y cartulinas. Se les dio la instrucción de hacer una torre lo más alta y fuerte que pudieran con el material que se les entregó.

Dinámica 2: La moneda

Actividad: Apego

Objetivo específico: Conocer la resistencia de las participantes al apego

Tiempo: 15 minutos

Material: 5 monedas

Descripción: A cada mamá se le entregó una moneda y se les dirigió diciéndoles lo siguiente:

“Toma tu moneda con la mano derecha, cierra tus ojos y al mismo tiempo extiende tu mano con el puño hacia arriba, imagina que es lo más importante para ti, lo más simbólico, lo más querido, deposita todo lo bueno y lo malo de tu vida en esta moneda... ahora gira tu brazo de tal forma que tu puño quede hacia abajo y en este momento abre tu mano... pero mantén los ojos cerrados y piensa en lo que se fue, lo que se cayó...”

Mientras tanto a algunas de las mamás una de las terapeutas les retira su moneda del suelo sin que se den cuenta.

“Respira profundo y poco a poco a tu propio ritmo ve abriendo los ojos, ¿qué pasó?, ¿qué sentiste?, ¿qué buscas?, ¿qué se fue?”

Observaciones: Llegaron todas temprano y dispuestas a conocer de que se trataba la terapia.

En la primera dinámica (La torre), se dividieron en 2 equipos de 2 personas (S y L; J y B), después de darles las indicaciones, comenzaron a construir una torre por cada equipo, L se concentraba más en observar la torre de J y B mientras S realizaba el trabajo; J y B trataban de ingeniarse como hacerlas y miraban la cinta adhesiva que le había tocado al otro equipo, y estuvieron a punto de pedirla prestada –lo cual estaba permitido, pues las instrucciones eran hacer una torre lo

más alta y lo más fuerte que pudieran con el material que había-, al cabo de 15 minutos se les dijo que ya no había más tiempo, ante lo cual apuraron su trabajo para dejar firme su torre; después una terapeuta probó la firmeza de las torres dando un pequeño golpe; las participantes protestaron, pero luego la otra terapeuta les dijo que no sabían seguir instrucciones, pues se les había pedido que realizaran una torre y habían dos, ante lo cual se mostraron muy sorprendidas, comenzó una reflexión acerca de lo que implica el entendimiento de las instrucciones, y cómo afecta esto a las percepciones que se tiene de lo que los otros nos dicen y las implicaciones que éstas tienen en lo que pensamos y actuamos. B decía que era cierto, y ponía un ejemplo acerca de lo que pasaba cuando su hijo le pedía algo y ella entendía otra cosa, y no lo que el niño le estaba diciendo concretamente. Después de reflexionar acerca del tema se dio por terminada la dinámica.

Durante la dinámica de la moneda al llegar al momento en que tenían que tirar la moneda S no la soltó, una de las terapeutas tomó las monedas que si soltaron y las escondió, cuando abrieron los ojos buscando las monedas, pero ya no estaban; S decía que no la había soltado porque si era su tesoro máspreciado no debía de dejarlo ir, se le dijo que en ella también se habían depositado cosas malas, y que si esas también las había retenido, ella comentaba que guardaba también las cosas malas, pues eran parte de ella también. L dijo que ella había soltado la moneda, pero que igual aceptaba las cosas malas, porque eran parte de su vida y que ella particularmente agradecía a Dios por las cosas malas también, porque si no cómo podría distinguir las cosas buenas. B dijo que no le había costado trabajo soltar la moneda y que no tenía mayor significado para ella. J dijo que no le había costado mucho trabajo.

Para cerrar la sesión dijeron una palabra para describir como salían; L dijo Pensativa, J dijo Bien, S dijo reflexiva y B dijo Normal.

Sesión: 3

Fecha: 08/Nov/06

Tema: Auto imagen

Asistencia:

Participante	Asistencia
L	Si
J	Si
R	No
S	Si
B	Si

**Nota: estas son las abreviaciones
que identifican a las participantes**

OBJETIVO GENERAL: Conocer cómo se describen y perciben cada una de las mamás

Dinámica 1: Figuras de plastilina

Actividad: Auto imagen

Objetivo específico: Que cada una de ellas se represente mediante una figura y así observar su percepción

Tiempo: 20 minutos

Material: Barras de plastilina y hojas blancas

Descripción: Se repartió una barra de plastilina y una hoja blanca (para proteger el inmobiliario) por participante; se les pidió que cerraran los ojos y elaboraran una figura de plastilina que las representara, y después expusieran el significado ante el grupo.

Dinámica 2: Siluetas de cartulina

Actividad: Auto imagen

Objetivo específico: Conocer la percepción que tienen las participantes acerca de ellas mismas por medio de la participación visual y verbal.

Tiempo: 20 minutos

Material: Cartulinas, plumones de colores y lápices de colores

Descripción: En cada uno de los pliegos se plasmó la silueta de las participantes (entre ellas se ayudaron a dibujarla), las decoraron a su gusto; después de que estuvieran listas las pegaron en las paredes del aula como exposición, y las demás pusieron frases en los dibujos de todas las participantes, al final tomaron su silueta y comentaron como se sentían y si les gustaba su silueta.

Nota: Se les dejó de tarea la elaboración de una máscara de yeso para trabajar la sesión siguiente. También se les pidió un auto monitoreo de lo que comen en una semana con la finalidad de llevarles información de nutrición durante o después de la terapia grupal, además de que se den cuenta de lo que están comiendo.

Observaciones: Durante la elaboración de figuras de plastilina no abrieron los ojos y se notaban tranquilas moldeando las formas. L hizo 4 ositos para representar a su familia (su esposo, sus dos hijos y ella); J hizo un símbolo que la representa a ella en sus facetas de mujer y madre, también representa en él la tierra, el cielo y sus raíces; S hizo una flor, porque ella se siente como una flor frágil pero como una cosa bonita que es lo que representa para ella ser mujer; B también hizo una flor, porque le gustan y ella se representa con lo que le gusta. Finalmente se les dijo que si querían podían hacer algún cambio a su figura de plastilina, ninguna le quiso hacer cambios, con esto se cerro la dinámica.

Cuando se les explicó la dinámica de siluetas de cartulina no comprendían cómo hacerlas, así que entre las dos terapeutas realizaron una para ponerla de modelo; se mostraron entusiastas y las realizaron con los colores que les gustaban, bromearon un poco con respecto a la forma que tomaban dibujadas en la cartulina, después las decoraron y las pegaron en las paredes del aula. Las observaron y luego se les indicó que escribieran algo a las siluetas de las demás compañeras. Dieron un último vistazo a sus siluetas y vieron si les faltaba algo para que fueran de su total agrado.

A L le agradó su silueta, pues estaba bien adornada a su gusto, además que lo que tenía escrito era muy alentador; J estaba contenta con su silueta, pues tenía una bebé de 4 meses y la silueta la ayudo a observar que estaba recuperando su figura, los comentarios que vio escritos le parecieron agradables, pues no pensaba que fuera tan buena la impresión que le daba alas demás mamás; S estaba conforme con su silueta, le remarcó los ojos, porque es la parte que más le gusta de ella misma, le causaba gracia la forma de la cabeza que le dibujaron, pero aún así no quiso hacer más cambios en su silueta; B estaba molesta con su silueta porque decía que se veía gorda y deforme, leyó lo que decía en su cartulina y le pareció muy conmovedor, agradeció a sus compañeras por lo escrito.

Cada una guardó su silueta, excepto B, porque no le gustaba la forma que tenía, así que la dobló y la dejó olvidada, recalca que no le gustaba y no había forma de que cambiara su opinión.

Para cerrar la sesión dijeron una palabra para describir como salían; L dijo Tranquila, J dijo Sorprendida, S dijo Tranquila y B dijo Pensativa.

Sesión: 4

Fecha: 15/Nov/06

Tema: Auto expresión

Asistencia:

Participante	Asistencia
L	Si
J	Si
R	No
S	Si

B	No
----------	-----------

**Nota: estas son las abreviaciones
que identifican a las participantes**

OBJETIVO GENERAL: Conocer las cogniciones y la forma de expresarse de cada una de ellas y proporcionarles herramientas con el fin de trabajar las cogniciones negativas y cambiarlas a positivas.

Dinámica 1: Máscaras

Actividad: Auto expresión

Objetivo específico: Ayudar a expresar la forma de ser de las participantes mediante un trabajo artístico y la expresión de lo gráfico mediante lo verbal.

Tiempo: 25 minutos

Material: Pinturas de agua, pinceles, pegamento, colores, diamantina y lentejuelas.

Descripción: Se pusieron los materiales al centro de varias mesas juntas, y se les indicó que decoraran sus máscaras como más se identificaran.

Dinámica 2: Positivo y negativo

Actividad: Participación escrita

Objetivo específico: Trabajar cogniciones negativas y cambiarlas por positivas

Tiempo: 20 minutos

Material: Hojas blancas y plumas

Descripción: Se les indicó que en una hoja de papel escribieran mínimo 5 defectos, cuando terminaron se les pidió que escribieran mínimo una cualidad positiva por cada defecto, y voluntariamente se dio la participación verbal acerca de si había sido fácil o difícil, qué les había costado más trabajo y cómo se sentían.

Observaciones: Al inicio de la sesión sólo llegaron J y S; J trajo la máscara de yeso que se les pidió la semana anterior, S no la trajo, pero tenía un globo y trabajo sobre él, cuando llegó estaba angustiada porque no la había traído, pero las terapeutas le dijeron que no importaba, ya que lo que necesitaba era buscar una alternativa para poder llevar a cabo la dinámica, así recordó que traía un globo blanco.

Trabajaron muy concentradas, al final J nos mostró una máscara con mucha diamantina en color rojo para la boca, negro y verde para los ojos, además de lentejuelas, estaba orgullosa de ella y dijo que la había decorado así porque a ella le gusta estar bien arreglada y esa máscara la representaba muy bien.

S hizo una cara en el globo y lo decoró con pintura y diamantina de diferentes colores, no le gustó como quedó pero las terapeutas resaltaron el esfuerzo que había hecho para aprovechar los recursos que tenía en ese momento y el trabajo que había implicado utilizarlos, pues no era fácil pegar diamantina en un globo; la parte de la cara que más decoró fueron los ojos, ya que es la parte de ella que más le gusta.

Al terminar la primera dinámica llegó L, que llegó tarde porque había llevado al doctor a sus hijos, se le permitió la entrada porque en ese momento no se estaba llevando a cabo ninguna actividad de importancia (se estaba recogiendo el material utilizado para seguir trabajando en la siguiente dinámica).

Después de levantar los materiales para la máscara se llevó a cabo la dinámica de Positivo y Negativo, en el cual las terapeutas observaron que los defectos los apuntaron rápidamente, en el momento de poner cualidades positivas se tardaron un poco más de tiempo; después de que terminaron se comenzó una reflexión acerca de cómo se observan más rápidamente los defectos que las cualidades positivas, y que una buena forma de tener una visión positiva de uno mismo es ver el lado positivo de un defecto o buscar una cualidad positiva para equipararla con la negativa, y así comprender que lo negativo es parte de la personalidad, pero también lo positivo y se puede hacer un equilibrio para sentirse mejor. Antes de salir del aula J nos dio su auto monitoreo de alimentación, S dijo que ella no lo traía.

Para cerrar la sesión dijeron una palabra para describir como salían; L dijo Bien, J dijo Agradable y S dijo Pensativa.

Sesión: 5
Fecha: 21/Nov/06
Tema: El entorno
Asistencia:

Participante	Asistencia
L	No
J	Si
R	No
S	Si
B	Si

**Nota: estas son las abreviaciones
que identifican a las participantes**

OBJETIVO GENERAL: Conocer la visión de las participantes en cuanto a su entorno familiar, social y cultural, así como la importancia que tienen cada uno de estos factores en sus vidas.

Dinámica 1: El árbol

Actividad: El entorno

Objetivo específico: Conocer las personas, valores y principios que hay en la vida de las participantes y la importancia que tienen

Tiempo: 15 minutos

Material: Hojas blancas, plumas y lápices de colores

Descripción: Se les proporcionó material para que elaboraran un dibujo con la forma de árbol en el cual cada una de sus partes representara personas, valores y principios importantes de sus vidas

Dinámica 2: Barcos

Actividad: Entorno

Objetivo específico: Tener una visión de la tolerancia ante los actos de los demás

Tiempo: 20 minutos

Material: Hojas blancas

Descripción: Se les indicó que las mamás diestras elaboraran un barco con la mano izquierda y las zurdas con la derecha, y las indicaciones fueron las siguientes:

“Dobla la hoja a la mitad, dobla los dos extremos superiores hacia el centro, las partes inferiores dóblalas hacia arriba y las puntas también, abre de en medio de tal forma que quede un rombo, dobla las puntas- haz que quede un triángulo -, abre nuevamente de en medio y queda otra vez un rombo y por último extiende las puntas y quedó tu barco, ahora con esa misma mano ponle tu nombre”.

Se les pidieron los barcos prestados, se pusieron al frente en una mesa, y una de las terapeutas los destruye y los tira a la basura; se da inicio a una discusión verbal.

Dinámica 3: Relajación azul

Actividad: Relajación

Objetivo específico: Liberar la tensión que se obtuvo durante la sesión, por medio de un ejercicio de relajación

Tiempo: 10 minutos

Material: Ninguno

Descripción: Se les pidió que cerraran los ojos y se sentaran en la posición más cómoda posible y se les fue dirigiendo con la relajación azul (Anexo 3). Después expresaron cómo se sentían

Observaciones: Cuando llegaron, se espero un momento antes de comenzar la sesión para ver si llegaban más mamás, mientras tanto B comentó que no había entrado la sesión anterior porque no traía su máscara, S comentó que ella tampoco la traía y que trabajó con un globo, y sacó su máscara que había

realizado en su casa y dijo que era un compromiso para ella misma; B mencionó que ella la haría porque le gustaba como se veía.

Comenzamos a trabajar con la dinámica del árbol, dibujaron sus árboles, la primera en terminar su árbol fue B, cuando terminaron todas se les preguntó si querían comentar algo acerca de sus árboles pero no quisieron comentar mucho acerca de ellos, sólo los enseñaron y dijeron quien era la raíz, las ramas y los frutos, no más.

Seguimos con la sesión con la dinámica de barcos; las tres pusieron sus barcos enfrente de ellas, J dijo que no había hecho una actividad como esta antes, S dijo que era el primer barco que había realizado, B dijo que lo había terminado rápido porque sabía que tenía la habilidad de hacerlo y por eso valoraba su barco.

Una terapeuta se los pidió prestados, los arrugó y los tiró a la basura, en ese momento les preguntó cómo se sentían; J dijo que la odiaba porque tiró su esfuerzo, era su primer barco hecho con tanto esfuerzo, y no se puede deshacer tan fácilmente de personas y cosas. S dijo que sintió como las veces en las que la gente la ha tirado, pero que también ha sentido que siempre ha podido levantarse, y no se sentía molesta con la terapeuta por haber tirado su barco, entonces la terapeuta le dijo que si iba a permitir que siempre la tiraran, ella respondió que también tenía un límite y no sabía que iba a pasar el día que explotara, una terapeuta le dijo que por eso era bueno tener pequeñas fugas, que no era malo enojarse un poco, pues después efectivamente cuando explotara podía ser inclusive perjudicial para su salud. B dijo que no había problema lo que había pasado con su barco, porque eran solo cosas materiales y que internamente no la habían lastimado.

La terapeuta volvió a preguntar a J como se sentía, dijo que estaba molesta porque ella no podía actuar como las demás y que a ella no le podían hacer daño más de una vez.

Para relajar la tensión se dio una relajación (Relajación azul), después de terminarla todas mencionaron sentirse más tranquilas.

Para cerrar la sesión dijeron una palabra para describir como salían; J dijo Bien, B dijo Bien y S dijo Tranquila.

Sesión: 6

Fecha: 22/Nov/06

Tema: El entorno

Asistencia:

Participante	Asistencia
L	Si
J	Si
R	No
S	No
B	Si

**Nota: estas son las abreviaciones
que identifican a las participantes**

OBJETIVO GENERAL: Obtener una retroalimentación del entorno dentro del grupo y conocer la constitución de sus familias

Dinámica 1: Ventana de Yohari

Actividad: Participación activa

Objetivo específico: Retroalimentación de la imagen de los demás con respecto de sí mismas

Tiempo: 20 minutos

Material: Hojas blancas, plumas y cinta adhesiva

Descripción: Las participantes se pegaron una hoja en la espalda con la ayuda de la cinta adhesiva para que las demás escribieran la visión que tenían de ellas, después de que todas terminaron pudieron ver lo que tenían escrito, se abrió la participación verbal para expresar lo que sintieron al ver los comentarios de sus compañeras

Dinámica 2: ¿Cómo se constituye mi familia?

Actividad: La familia

Objetivo específico: Conocer el entorno familiar de las participantes

Tiempo: 15 minutos

Material: Hojas blancas y plumas

Descripción: En las hojas dibujaron a las personas que viven con ellos y las funciones que desempeña cada uno de ellos, incluyendo a las participantes

Dinámica 3: Relajación por tensión

Actividad: Relajación

Objetivo específico: Liberar la tensión que se obtuvo durante la sesión, por medio de un ejercicio de relajación

Tiempo: 15 minutos

Material: Ninguno

Descripción: Se les pidió que cerraran los ojos y se sentaran en la posición más cómoda posible y se les fue dirigiendo con la relajación por tensión (Anexo 4). Después expresaron cómo se sentían

Observaciones: La dinámica inicial fue la ventada de Yohari, en ella todas se sorprendieron de lo que habían encontrado escrito en sus hojas, se divirtieron realizando la dinámica. Después L comentó que no pensaba que hubiera compañerismo en el grupo, pero los resultados la habían sorprendido.

En la dinámica de ¿cómo se construye mi familia? tardaron la mayoría del tiempo dibujando a su familia, cada una comentó lo que hacía cada quien en su casa; L vive con sus papás y sus 2 hijos, el padre mantiene a la familia, la madre y ella

hacen los quehaceres de la casa, y sus hijos estudian y juegan. J vive con su esposo y sus dos hijos, su esposo trabaja, ella esta al cuidado de la casa y sus hijos y los niños son pequeños. B vive con su hijo, ella trabaja y su hijo estudia y juega.

Al final de la terapia se realizó una relajación (Relajación por tensión) para darles herramientas para combatir el estrés, al final de ella comentaron que esas sesiones de relajación las ayudaban mucho y eran de las que más disfrutaban pues las hacían sentir tranquilas.

Para cerrar la sesión dijeron una palabra para describir como salían; J dijo Bien, B dijo Bien y S dijo Tranquila.

Sesión: 7

Fecha: 29/Nov/06

Tema: Evaluación y cierre de terapia

Asistencia:

Participante	Asistencia
L	Si
J	Si
R	Si
S	Si
B	Si

**Nota: estas son las abreviaciones
que identifican a las participantes**

OBJETIVO GENERAL: Evaluar los resultados finales de la terapia grupal y darle cierre a la misma de forma significativa.

Dinámica 1: Evaluación

Actividad: Participación activa escrita

Objetivo específico: Aplicar la segunda etapa de evaluación

Tiempo: 15 minutos

Material: Formatos de evaluación del inventario de Depresión de Beck e inventario de Depresión de Calderón y plumas.

Descripción: Se entregaron los dos formatos a las participantes y se les indicó que contestaran de la forma más honesta posible y de forma individual.

Dinámica 2: Fantasía de agua

Actividad: Fantasía guiada

Objetivo específico: Darle cierre a la terapia grupal con un sentido simbólico.

Tiempo: 20 minutos

Material: Hojas blancas, plumas y un recipiente con agua.

Descripción: En una hoja blanca escribieron las cosas que más les habían dolido, las más tristes, las que no le dirían a nadie; se les dijo que nadie más que ellas las leerían y que no eran para compartir con el grupo, y luego las pusieron enfrente de ellas con la escritura hacia abajo para que nadie la viera.

Se les pidió que se sentaran en la posición más cómoda posible y cerraran los ojos; después se les guió en la siguiente fantasía:

“Imagina que estas en un lugar donde hay agua, visualízalo ¿cómo es?... ¿cómo es el cielo?... ¿cómo es el agua?... ¿hay mucha?... ¿qué hay alrededor?...

...ahora que estas aquí saca de tu interior todas las cosas que te lastimaron, todas las que te hicieron sentir mal, las que no le contarás a nadie...búscalas, encuentra todas las que puedas... y poco a poco observa como va creciendo el agua...ahora saca todos esos sentimientos y malos recuerdos y lánzalos al agua...deja que se los lleve la corriente... tómate tu tiempo...tira todo lo que te lastima, lo que te hizo sentir mal, lo que no le contarás a nadie...siente como eres más y más ligera...deja todo ese peso...

...ahora que eres más ligera observa ese lugar en el que se quedó tu carga, date tiempo para despedirte de él... y poco a poco a tu propio ritmo abre los ojos”.

Después de que las participantes abrieron los ojos observaron la hoja en la que habían escrito, luego la partieron en pedazos muy pequeños. Una de las terapeutas pasó al lugar de cada una de ellas con el recipiente con agua para que ahí echaran los pedazos.

Dinámica 3: Comentarios

Actividad: Participación activa escrita

Objetivo específico: Conocer la impresión final de las participantes acerca de la terapia grupal.

Tiempo: 10 minutos

Material: Hojas blancas y plumas

Descripción: En las hojas escribieron qué les dejó la terapia grupal, si las ayudó en algo y qué les pareció participar en ella.

Observaciones:

En esta última sesión se les aplicó la post evaluación a lo cual las mamás preguntaron el por que se repetían los cuestionarios, las terapeutas respondieron que era para ver los cambios y que cómo la primera vez fueran lo más honestas.

Cuando se les pidió que escribieran en una hoja sus sentimientos más desagradables, se le llenaban los ojos de lagrimas a todas excepto a B, tardaron más del tiempo que se les dio; R fue la que se mostraba mas afligida. Al terminar de escribir, se dio inicio a la fantasía guiada en donde las expresiones en sus rostros fueron cambiando L fruncía la frente y movía los ojos, B parecía dormida, S se le veía cara de preocupación y posteriormente se fue relajando su rostro, J se mostró apacible durante toda la fantasía.

Cuando se les pidió que rompieran en pedacitos la hoja donde venían los sentimientos que las lastimaban, R fue la que más tardo y no paro de llorar, mientras las demás guardaban silencio y no se mostraron tristes.

Durante el tiempo en el que ponían los pedazos de papel en el agua sus rostros se mostraban cada vez más relajados y mencionaron sentirse descargadas del peso

que representaban sus malos sentimientos, L y S dijeron que esos sentimientos se quedaban depositados ahí y que salían ya sin ellos.

Mencionaron que todas habían tenido un cambio positivo después de la terapia.

Resultados cuantitativos

TABLA DE COMPARACIÓN DE PUNTAJES DEL INVENTARIO DE DEPRESIÓN DE CALDERÓN ANTES Y DESPUÉS DE LA INTERVENCIÓN		
Participante	Inventario de Calderón (Antes de la intervención)	Inventario de Calderón (Después de la intervención)
L	23/80	23/80
J	24/80	20/80
R	35/80	20/80
S	53/80	23/80

B	73/80	59/80
X=	41.6	29

Tabla 1. Puntajes del inventario de Calderón antes y después de la intervención, también se representan las medias de forma grupal.

En la tabla 1 se puede observar una disminución de los puntajes encontrados en el inventario de Calderón. En el caso de L se mantuvo el puntaje, J disminuyó sólo un poco; en los casos de R, S y B la disminución fue más notoria. En el caso de la media (X) se puede observar una disminución significativa en el puntaje grupal; al principio de la evaluación la media era de 41.6, para el final de la evaluación la disminución fue de 12.6 (la media final fue de 29).

TABLA DE COMPARACIÓN DE PUNTAJES DEL INVENTARIO DE DEPRESIÓN DE BECK ANTES Y DESPUÉS DE LA INTERVENCIÓN		
Participante	Inventario de Beck (Antes de la intervención)	Inventario de Beck (Después de la intervención)
L	9/63	9/63
J	03/63	03/63
R	10/63	03/63
S	03/63	08/63

B	44/63	41/63
X=	13.8	12.8

Tabla 2. Puntajes del inventario de Beck antes y después de la intervención, también se representan las medias de forma grupal.

Dentro de la tabla 2 podemos notar que los puntajes en el inventario de Beck no tuvieron mucho movimiento, en el caso de S aumentaron, en los demás casos se mantuvieron o no se movieron a un rango mayor de 7 puntos. En cuanto a la media (X) no tuvo mucha disminución, previa al tratamiento fue de 14.4, al final tuvo una disminución de 1 (13.4). La importancia real de la disminución se encuentra en las gráficas 1 y 2 en las cuales se pueden localizar las áreas en las que se encontraron los puntajes y la intensidad de los síntomas.

A nivel porcentual se pueden ver algunas disminuciones; los porcentajes son presentados de forma relacional entre los porcentajes obtenidos de Beck y Calderón para encontrar alguna similitud en los puntajes antes y después de la intervención. La escala de Calderón está 20 puntos arriba que la de Beck, por lo tanto se hicieron algunos ajustes para obtener el porcentaje relacional.

TABLA DE COMPARACIÓN PORCENTUAL ENTRE EL INVENTARIO DE DEPRESIÓN DE BECK Y EL INVENTARIO DE DEPRESIÓN DE CALDERÓN ANTES DE LA INTERVENCIÓN		
Participante	Inventario de Calderón (Antes de la intervención)	Inventario de Beck (Antes de la intervención)
L	5%	14.2%

J	6.6%	4.7%
R	25%	15.8%
S	55%	4.7%
B	88.3%	69.8%
X=	35.9%	21.8%

Tabla 3. Comparación en porcentajes del inventario de Beck y el inventario de Calderón antes de la intervención.

La diferencia porcentual del promedio (X) es de 14.1% entre los dos inventarios en la evaluación inicial. En la participante L la diferencia es de 9.2%; en la participante J es de 1.9%; para la participante R la diferencia es de 9.2%; la participante S presenta en sus puntajes una diferencia de 50.3%, la cuál es la más alta, por otro lado, los puntajes de la participante B presentan una diferencia de 18.5%.

TABLA DE COMPARACIÓN PORCENTUAL ENTRE EL INVENTARIO DE DEPRESIÓN DE BECK Y EL INVENTARIO DE DEPRESIÓN DE CALDERÓN ANTES DE LA INTERVENCIÓN		
Participante	Inventario de Calderón (Después de la intervención)	Inventario de Beck (Después de la intervención)
L	5%	14.2%
J	0%	4.7%

R	0%	4.7%
S	5%	12.6%
B	65%	65%
X=	36.2%	20.2%

Tabla 4. Comparación en porcentajes del inventario de Beck y el inventario de Calderón después de la intervención.

La diferencia porcentual del promedio (X) es de 16% entre los dos inventarios en la fase inicial. En la participante L la diferencia es de 9.2%; en la participante J es de 4.7%; para la participante R la diferencia es de 4.7%; la participante S presenta en sus puntajes una diferencia de 7.6%, por otro lado, los puntajes de la participante B presentan una diferencia de 0 %.

En las tablas 5 y 6 se puede observar que las áreas en las que hubo más incidencia antes de la intervención son las de Pesimismo, auto desagrado, auto acusaciones, irritabilidad, pérdida de la libido y tristeza.

En las áreas en las que se obtuvieron más puntaje a nivel grupal son las de auto desagrado, tristeza y problemas de alimentación.

TABLA DE PUNTAJES EN LAS ÁREAS DENTRO DEL INVENTARIO DE BECK ANTES DE LA INTERVENCIÓN					
Áreas encontradas	Part. L	Part. J	Part. R	Part. S	Part. B
A) Tristeza			1		2
B) Pesimismo	1				1
C) Sensación de fracazo					3
D) Insatisfacción					3
E) Culpa			1		3
F) Expectativas de castigo			1		3
G) Auto desagrado					3
H) Auto acusaciones		3	3		3
I) Ideas suicidas					1
J) Llanto			1		3
K) Irritabilidad	3		1		3
L) Separación social	1				1
M) Indecisión					3
N) Cambios en la imagen corporal					3
O) Retardo laboral	2				3
P) Insomnio					1
Q) Fatigabilidad					3
R) Anorexia				2	2
S) Pérdida de peso					
T) Preocupación somática	2				
U) Pérdida de la libido			2	1	
TOTAL	9	3	10	3	44

Tabla 5. Presentación de áreas en el inventario de Beck e intensidad (el puntaje mayor es el 3) antes de la intervención.

TABLA DE PUNTAJES EN LAS ÁREAS DENTRO DEL INVENTARIO DE BECK DESPUÉS DE LA INTERVENCIÓN					
Áreas encontradas	Part. L	Part. J	Part. R	Part. S	Part. B
A) Tristeza					1
B) Pesimismo	1				3
C) Sensación de fracazo					2

D) Insatisfacción				1	1
E) Culpa					2
F) Expectativas de castigo					3
G) Auto desagrado					3
H) Auto acusaciones		3	3		2
I) Ideas suicidas					1
J) Llanto					3
K) Irritabilidad	3			3	3
L) Separación social	1				1
M) Indecisión					1
N) Cambios en la imagen corporal					3
O) Retardo laboral	2				2
P) Insomnio				1	1
Q) Fatigabilidad					3
R) Anorexia					2
S) Pérdida de peso				2	
T) Preocupación somática	2				3
U) Pérdida de la libido				1	1
TOTAL	9	3	3	8	41

Tabla 6. Presentación de áreas en el inventario de Beck e intensidad (el puntaje mayor es el 3) después de la intervención.

Análisis cualitativo de los resultados arrojados por los inventarios de Beck y Calderón de forma individual

Participante L

Al inicio de la terapia se les pidió que anotaran en una hoja las expectativas que tenían, ella no escribió nada, a lo largo de la terapia participó de forma muy reservada en algunas cosas como su estado civil, ya que en la entrevista inicial no quiso mencionarlo, lleva a sus dos hijos a la CUSI Iztacala por problemas emocionales (7 años de edad) y a terapia de lenguaje (4 años de edad) ; a lo largo de los ejercicios en la terapia nos dimos cuenta que en su familia están los papás de L, ella y sus hijos (ella es como hija de familia, el proveedor de la familia es su papá).

Los resultados cuantitativos que tuvo antes de la intervención fueron para el inventario de Calderón de 28.7%; para el inventario de Beck de 14.2% (ver **Tabla 3 y 4**); estos mismos resultados se mantuvieron después de la intervención.

Las áreas en los que se encontraron sus puntajes en el inventario de Beck antes y después de la intervención fueron las de pesimismo (leve), Irritabilidad (fuerte), separación social (leve), retardo laboral (medio) y preocupación somático (medio) (**Tabla 5 y 6**).

En el cierre de terapia nos comentó que su modo de vida cambió como ser humano, como persona, madre, hija y esposa, porque comprendió que para ser todo eso necesita tener las bases en ella misma. Se fue contenta y satisfecha de saber que es única, que se puede conocer, querer y ser –esto lo menciona en la última sesión en la dinámica de comentarios.

Se le canalizará a terapia individual para que pueda desempeñar un mejor papel en su vida y los cambios se realicen, ya que la terapia en grupo la ayudó a reflexionar acerca de la importancia de sí misma y que a partir de ahí puede ayudar a los demás.

Participante J

No quiso escribir nada acerca de las expectativas que tenía de la terapia, mostró mucha resistencia y no participaba en las actividades, entró a todas las sesiones, y poco a poco se fue integrando al grupo y mostrando cómo era ella y la conformación de su familia (es casada y tiene dos hijos). Ella lleva a su hijo a la CUSI Iztacala es por problemas de lenguaje.

Los resultados cuantitativos que obtuvo antes de la intervención fueron para el inventario de Calderón de 30%, para el inventario de Beck de 4.7% (ver **Tabla 3**); después de la intervención sus puntajes para el inventario de Calderón fue de 20%, para el inventario de Beck fue de 4.7% también (**Tabla 4**).

Las áreas que se encontraron dentro del inventario de Beck antes y después de la intervención fueron las de auto acusaciones (fuerte) (Tabla 5 y 6).

En el cierre de sesión mencionó que a lo largo de la terapia se sintió más segura y con más confianza, y que a través de las dinámicas encontró herramientas que le han ido ayudando a sentirse mejor, sobre todo las relajaciones; para ella fue una gran experiencia confirmar que no está sola y jamás lo ha estado, pues se da cuenta que se tiene a sí misma y ahora cuenta con más herramientas que la podrán ayudar –esto lo menciona en la última sesión en la dinámica de comentarios.

Participante R

Las expectativas con las que llegó eran las de obtener ayuda para salir adelante, para poder salir adelante, poder entenderse y relacionarse emocionalmente con un hombre, porque tenía miedos y dudas; también comentó que estaba yendo a terapia individual –esto lo mencionó en la primera sesión en la dinámica de expectativas.

R es soltera y tiene 2 hijos; la razón por la cual trae a su hija a la CUSI Iztacala es para trabajar terapia de lenguaje, socialización y abuso sexual.

A lo largo de la terapia sólo fue 2 veces (la sesión inicial y la final), sin embargo los puntajes en los inventarios se disminuyeron en la evaluación final. En este caso es importante resaltar que estaba asistiendo a terapia individual y eso fue lo que ayudó a disminuir la puntuación.

Los porcentajes que obtuvo antes de la intervención fueron de 25% para el inventario de Calderón y de 15.8% para el de Beck (**Tabla 3**); al final de la terapia el porcentaje del inventario de Calderón eran de 0% y 4.7% para el de Beck (**Tabla 4**).

Las áreas dentro del inventario de Beck en las que se encontró el puntaje antes del tratamiento fueron tristeza (leve), culpa (leve), expectativas de castigo (leve), auto acusaciones (fuerte), llanto (leve), irritabilidad (leve) y pérdida de la libido (medio); al final del tratamiento sólo presentaba auto acusaciones (fuerte) (**Tabla 5 y 6**).

Al final de la terapia comentó que llegó con muchas dudas acerca de sí la iba a ayudar la terapia grupal; pero se fue satisfecha porque aprendió a decir lo que no le gusta, a pedir lo que quiere sin miedos, y a decidir que hacer sin ninguna duda o confusión sin cuestionarse si está bien o mal –esto lo menciona en la última sesión en la dinámica de comentarios.

Ella seguirá en terapia individual.

Participante S

Las expectativas con las que llegó S eran las de entender y encausar a su hijo de 3 años que acude a la CUSI Iztacala porque tiene “problemas” de hiperactividad y en muchas ocasiones no sabe como educarlo. Quería ayuda para saber educar y aprender a ser una mamá que con amor y comprensión pueda sacar adelante a su hijo y tanto ella como su hijo sean felices.

Tiene problemas con su marido, pues dice que su marido siempre está de mal humor y su relación es muy tirante.

Durante las sesiones se mostró muy participativa y mencionaba que ése era un espacio que se dedicaba a ella misma, y se despreocupaba de algunas cosas.

Los porcentajes de sus puntajes en el inventario de Calderón al inicio de la terapia eran de 55%, los del inventario de Beck de 4.7% (**Tabla 3**). Al final de la intervención eran de 5% para el inventario de Calderón y de 12.6% para el inventario de Beck (**Tabla 4**).

En la tabla 5 podemos observar que las áreas en las que se encontró el puntaje del inventario de Beck antes de la intervención eran las de anorexia (medio), preocupación somática (leve) y pérdida de la libido (leve); después de la terapia las áreas encontradas fueron las de insatisfacción (leve), irritabilidad (fuerte, insomnio (leve), pérdida de peso (medio) y pérdida de la libido (leve) (**Tabla 6**)

Al terminar la terapia S se mostró sorprendida, pues mencionó que veía cambios en ella, en su forma de pensar, de ver la vida, se siente más optimista y día a día comienza a quererse y valorarse. Siente que hasta su aspecto físico mejoró, y se siente muy bien con lo que mira al espejo –esto lo menciona en la última sesión en la dinámica de comentarios.

Se canalizará a terapia individual para que siga el proceso que inició con la terapia de grupo.

Participante B

Las expectativas con las que llegó fueron las de obtener ayuda a ser mujer después de ser mamá, a darse un espacio para ella.

B es divorciada, tiene un hijo, vive sólo con él, y la razón por la cual lleva a su hijo a la CUSI Iztacala es porque tiene problemas de lenguaje.

Ella casi no faltó a la terapia, se mostró participativa, pero a la vez mostraba un poco de resistencia al momento de manifestar qué era lo que sentía, decía lo que pensaba y realizaba todos los ejercicios pero no llegaba al punto de trabajar las reflexiones a las que se llegaba con las dinámicas.

Tuvo los puntajes más altos tanto al inicio como al final de la terapia; los porcentajes de la evaluación inicial fueron de 88.3% para el inventario de Calderón y de 69.8% para el de Beck (**Tabla 3**); al final de la terapia fueron de 65% para ambos inventarios (**Tabla 4**).

Las áreas en las que se encontraron los puntajes dentro del inventario de Beck al inicio de la intervención fueron las de tristeza (medio), pesimismo (leve), sensación de fracaso (fuerte), insatisfacción (fuerte), culpa (fuerte), expectativas de castigo (fuerte), auto desagrado (fuerte), auto acusaciones (fuerte), ideas suicidas (leve), llanto (fuerte), irritabilidad (fuerte), separación social (leve), indecisión (fuerte), cambios en la imagen corporal (fuerte), retardo laboral (fuerte), insomnio (leve), Fatigabilidad (fuerte), anorexia (medio) (**Tabla 5**); al final de la intervención se presentó el puntaje en las siguientes áreas: tristeza (leve), pesimismo (fuerte), sensación de fracaso (medio), insatisfacción (leve), culpa (medio), expectativas de castigo (fuerte), auto desagrado (fuerte), auto acusaciones (medio), ideas suicidas

(leve), llanto (fuerte), irritabilidad (fuerte), separación social (leve), indecisión (leve), cambios en la imagen corporal (fuerte), retardo laboral (medio), insomnio (leve), Fatigabilidad (fuerte), anorexia (medio), preocupación somática (fuerte) y pérdida de la libido (leve) (**Tabla 6**).

Al final de la terapia comentó que llegó amargada, triste y enojada, y que después se fue acoplando y se le quitaba la tristeza, menciona que sale triste por recordar lo malo que sentía, pero también feliz porque todo lo malo lo dejó –esto lo menciona en la última sesión en la dinámica de comentarios.

Será canalizada a terapia individual, para que pueda trabajar de mejor manera sus sentimientos y emociones.

CAPÍTULO 6. ANÁLISIS DE RESULTADOS

Análisis de resultados de forma individual

Participante L

Tuvo un desempeño regular en las sesiones, sus puntajes no mostraban cuadros depresivos; y se mantuvieron en el mismo número en las dos fases de evaluación.

Mostró mucha resistencia desde el principio, y parecía que se iba dispersando, sin embargo no se adentraba en sus cogniciones y cubría todo lo que podía con frases que estaba tajantemente cualquier otra pregunta.

En sus verbalizaciones se mostraba, aunque inclusive dentro de su discurso mostraba que no había congruencia con el mundo fantástico que mencionaba donde para ella todo era perfecto, en conclusión estaba en una negación de su realidad.

Sus actividades como los dibujos reflejaban como era en realidad su vida, su entorno familiar y esos vacíos que ella llenaba con cogniciones positivas que no iban con lo que en realidad vivía.

Socialmente sentía la exigencia de cumplir con el papel de esposa y madre de una forma perfecta, y de esa manera quería que la percibiera su entorno; sin embargo no podía ocultar del todo que alguno de sus papeles no le resultaba como ella quería (esposa).

Uno de los problemas que reflejaba tanto físicamente como verbalmente era un desorden alimenticio, en el cual comía de más, posiblemente para llenar vacíos, este es un síntoma que se puede presentar como depresivo.

Participante J

Durante toda la intervención no presentó puntajes altos en los inventarios de Beck y Calderón , lo cual indica que no presentaba síntomas depresivos, además de que no reportaba verbalmente indicios de la misma; sin embargo, las relajaciones fueron de gran relevancia para ella, pues se veía sometida a estrés debido a las actividades de cuidar a sus hijos y mantener orden en su hogar, además de la presión de ella misma para desarrollarse profesionalmente, esta es una condición, la cual es propia de las mujeres en la actualidad, ya que según Kornstein y Woicik (2000) cerca del 80% de las personas deprimidas son mujeres , en este caso el estrés es una consecuencia de toda la presión que sostiene por las múltiples actividades de la madre y esposa que además es profesionista.

Los tiempos que se dedican las mujeres que se encuentran en la condición antes mencionada son de suma importancia, pues les ayuda a tener mayor seguridad de ellas mismas, y a reconocer que son personas que tienen derecho a ser como son sin importar la presión que tienen socialmente, ya que el matrimonio y la maternidad han sido vistos como procesos de crecimiento (Stoppard, 2000); y trabajar en la identidad de la persona y no como esposa y madre es vista como egoísmo.

Por otro lado, la condición del hijo de J no es una limitante de un desarrollo normal (con el tratamiento adecuado a su problema de lenguaje), por lo tanto, la frustración ante la condición del niño es menor para un caso en el cual si existan limitantes para un desarrollo normal, así que esta tampoco es un factor de riesgo para la depresión en este caso.

En conclusión, la participante J no mostró síntomas depresivos, ya que contaba ya con un repertorio para afrontar problemas, y se armó con herramientas de autoimagen y relajación para sentirse mejor; la condición de su hijo no fue determinante para presentar un cuadro depresivo; la parte que se pudo mejorar fue la de aprender a tener un tiempo para sentirse mejor y más tranquila a pesar de tener dos hijos pequeños y las implicaciones que esto conlleva.

Participante S

Los puntajes que obtuvo en el inventario de Calderón determinaron que presentaba una depresión incipiente en el inventario de Beck no se mostraba una depresión, sin embargo las áreas en las que estaba presentando problemas según el inventario de Beck indican que su cuerpo era el que más lo estaba resistiendo; por otro lado, verbalmente al inicio de las sesiones se encontraba inconforme con su persona, lo cual fue cambiando al punto de volverse a encontrar atractiva, los puntajes en el inventario de Calderón disminuyeron considerablemente y las somatizaciones que presentaba al principio se redujeron.

Desde un inicio de la terapia llegó con expectativas de madre y esposa, las cuales eran aprender a encausar a su hijo y mejorar su relación con su marido, ya que tienen una relación muy tirante; esto habla de la importancia que tiene para ella el papel de ser mujer, el cual es el de servir para una familia y no precisamente para ella misma; además de que se trabaja y el tiempo que tiene para dedicárselo a su crecimiento personal y su tranquilidad es muy escaso,; por lo tanto el espacio que tuvo durante la terapia de grupo jugó un papel muy importante para bajar el nivel de estrés y voltear a verse a ella misma como lo que es en realidad, a mejorar su auto imagen y tomar herramientas que la hagan ser más asertiva en sus relaciones y decisiones, ya que el aparentar ser débil no le estaba funcionando del todo bien, ya que se deterioraba la percepción que tenía de ella y lo que hacía, y ese era un factor muy importante de riesgo en su depresión.

Por otro lado, en su papel de madre también estaba deteriorada su imagen, ya por el hecho de que su hijo tuviera “problemas” de hiperactividad decía que le decía que ella tenía la culpa de que no pudiera controlar a su hijo, como esposa no podía tener una buena relación con su cónyuge.

Participante R

De acuerdo a los inventarios de Beck y Calderón esta dentro de la normalidad en cuanto a depresión, sin embargo sus puntajes estaban solamente dentro del límite de la normalidad, además de la terapia (durante las dos sesiones en las que estuvo presente) se mostraba muy débil emocionalmente, lloraba con facilidad y durante un tiempo prolongado, tenía algunos movimientos repetitivos como el de frotarse las manos continuamente.

El daño emocional que tenía era debido a la causa por la que lleva a su hija a la CUSI Iztacala, la cual es abuso sexual; esta condición la llevó a aceptar la ayuda que se le ofreció individualmente, por lo mismo al final de la terapia grupal se encontraron disminuciones en los puntajes de ambos inventarios. Durante la última sesión entró más segura, pero durante la última dinámica se mostró muy intranquila, y los movimientos repetitivos u obsesivos continuaron en el momento en el que se les pidió que rompieran una hoja en pedazos pequeños, ya que ella se tardó mucho tiempo, y mientras las demás participantes habían terminado y permanecían sentadas en silencio y sin moverse ella continuaba con la misma actividad.

R no acudió regularmente a la terapia grupal, por lo que no hubo oportunidad de observar un desarrollo progresivo, sólo un cambio tajante en los puntajes de los inventarios, además de que se observaron ciertas conductas que permanecieron

hasta el final. Sin embargo estos cambios no son obra de la casualidad, ya que el hecho de que se hubiera atendido en la terapia individual hizo la diferencia en su forma de sentir y de pensar como lo muestra en la última sesión en la dinámica de comentarios, en la que mencionó que se iba satisfecha, pues aprendió a decir lo que no le gusta, a expresar lo que siente sin cuestionarse tanto.

Participante B

En el inventario de Beck y Calderón muestra al inicio de la terapia un cuadro depresivo severo, al final llegó a un cuadro depresivo de mediana intensidad. En contraste dentro del inventario de Beck sus puntajes mostraron depresión en ambas fases de evaluación, y la variación fue muy poca.

La terapia grupal hizo en B poca diferencia, ya que a pesar de asistir a la mayoría de las sesiones mostraba cierta apatía, hacia las dinámicas como si no le ayudaran a reflexionar en la finalidad de ellas, en sus comentarios ante el grupo no mostraba gran relevancia hacia la forma en la que se sentía; se encontraba en una fase de aceptación tal que su actitud no le ayudaba a cambiar su percepción, ni de ella misma, ni de lo demás que le rodea.

Según Stoppard (2000) la maternidad como el matrimonio han sido vistos como procesos de crecimiento personal, identidad este rol cultural tiene gran influencia en cuanto a que una mujer no pueda desempeñar su papel como esta establecido por la sociedad y llegar a un episodio depresivo, existe el supuesto que no para todas las mujeres es un bienestar estar casadas o tener hijos; por otro lado, las madres solteras en un alto porcentaje sufren de pobreza al menos en alguna

etapa de su vida, lo cual contribuye al desarrollo de la depresión junto con otras experiencias difíciles que pudiera estar viviendo.

Ahora bien, estas condiciones no afectan de manera igualitaria a todas las mujeres que son madres solteras, a lo mejor en algún momento pudieran tener un periodo depresivo, sin embargo, en el caso de B viene a colación, ya que ella si presenta una depresión severa diagnosticada con ambos inventarios de depresión; también fue reportada una resistencia muy marcada a tener ayuda psicológica individual; pues entonces la terapia grupal en este caso se encausó a la sensibilización ante el malestar que tenía B para que más adelante pudiera acceder a una terapia individual, debido a que los cambios no pasaron de reducir la depresión severa a una depresión de mediana intensidad, lo cual indica un avance, pero es necesario un seguimiento para que llegue a tener una percepción de ella y de su entorno más favorable.

Análisis de resultados de forma grupal

En lo general el grupo fue participativo, ya que los resultados obtenidos en la media grupal del inventario de Calderón fueron muy notables, ya que fue desde una depresión incipiente a una normalidad.

Los resultados que arroja el inventario de Beck son que casi todas las áreas fueron tocadas por las participantes (aunque la mayoría sean de los resultados de B).

Al inicio de la terapia se mostró un poco de inconformidad del grupo hacia la terapia, sin embargo, poco a poco se fueron disipando las dudas, pues pensaban que iba a ser un taller en el que se dan temas acerca de la educación especial, de las características de los niños con NEE, algunas de las participantes pensaban que se iba a tratar de ver como ayudarlas a ser mejores mamás, etc.

Todo parecía indicar que sería un taller para ser buenas mamás de niños con NEE, sin embargo cuando comenzaron a ver que habían dinámicas con reflexiones acerca de lo que ellas eran, de lo que sentían, de lo que pensaban se fueron involucrando cada vez más; se les mencionaba que se les iba a dar una nueva herramienta para combatir el estrés (relajación), y se mostraban animadas, y después de terminar la dinámica era mejor la percepción.

No pensaron que fuera a ser una terapia en la que el tema más importante eran ellas con todo lo que implicaban; y al final de la terapia todas coincidieron en mencionar en la dinámica de comentarios que habían aprendido que ellas eran lo más importante y que el darse un momento para disfrutarlo no era malo, por el contrario podría a desempeñar un mejor papel en todos los aspectos de su vida, ya que el cansancio que conlleva el ser madre, esposa (en algunos casos) y empleada es demasiado, ya que la mujer culturalmente carga con el peso del hogar y de los hijos además de los extras que se le sumen.

DISCUSIÓN

De acuerdo a los autores revisados la depresión es un problema que afecta a gran parte de la población, en donde las mujeres parecen ser más susceptibles a padecerla después de algún evento estresante, como lo puede ser el ciclo productivo (premenstrual, periodo post-parto y durante la menopausia); o bien también la infertilidad, embarazo no logrado y varias terapias hormonales.

Stoppard (op. Cit.) mencionó que algunas de las mujeres al momento de convertirse en madres tienen sentimientos encontrados, llegando a tener temor de lo que será su vida con un hijo y varios problemas emocionales, a esto se le añade una carga social, con respecto a las exigencias de ser una “buena madre y esposa”, lo cual implica anteponer su bienestar, el bienestar tanto de sus hijos como esposo. Como vimos en el caso de las participantes, en donde L quería desempeñar su rol de esposa y madre de forma perfecta, y tener el

reconocimiento de su entorno; J durante la terapia en grupo trabajo con su auto imagen y relajación teniendo tiempo para ella, al igual que S, ya que al estar primero su familia no dedican mucho tiempo para ellas.

Ahora bien cabe mencionar que durante el embarazo ninguna mujer concibe la idea de que su hijo presente algún problema, que sus hijos serán sanos; Coolins y cols (op. Cit.). Mencionan que un aspecto que puede dificultar la adaptación de un hijo con NEE dentro de la familia pueden ser los problemas maritales, en el caso de S decía que su esposo la culpaba de no poder controlar a su hijo, al no tener el apoyo del padre la mujer queda con mas carga de responsabilidad hacia el hijo, creándole mayor estrés.

En los estudios que se han realizado sobre la depresión se ha observado que este problema se da por diversos factores tanto físicos, psicológicos y sociales, en la presente investigación vimos que las madres que tenían rasgos depresivos no solo era por la problemática de sus hijos sino también por problemas maritales y baja autoestima.

Rolland (1993 en Seligman, M. y Darling, 1997) tiene una teoría en la que habla de la adaptación de la familia cuando existe una enfermedad o discapacidad por parte de algunos de los integrantes, en la cual habla del cambio de roles de cada uno de los integrantes, cada uno de ellos esta forzado a cooperar de alguna forma, aunque en la realidad la madre en la mayoría de los casos es la encargada de hacer todo el trabajo relacionado con la enfermedad o discapacidad del integrante, en algunos casos inclusive el apoyo por parte de la madre es económico.

La individualidad de la madre se ve coartada, es decir, ya no es mas que madre, todo lo hace en función del hijo, todo el autoconcepto recae en el rol de madre, y no sólo por ella sino también dentro de su entorno social (familia, vecinos, etc.), dejando de lado sus proyectos de vida sin ser apoyada por su pareja, ya que en el

mejor de los casos el padre solo es proveedor, debido a que en algunos casos no existe la figura paterna.

Por este lado también la vida sentimental de la madre de un niño con NEE es inexistente, ya que el trabajo es tan agotador que el poco tiempo libre que tiene lo usa en descansar.

Es por eso que es importante retomar que la atención especializada también debe de ser para la madre en específico, debería de estar dentro del plan de tratamiento del niño con NEE; dentro del trabajo realizado para esta investigación los resultados corroboran esta afirmación, pues las mujeres que participaron mostraron sentirse mejor y más seguras, ya que dentro del grupo encontraron armonía, tal vez por el hecho de saber que no se encuentran solas, que hay más personas como ellas, fue un espacio en el que se dieron una oportunidad con ellas mismas.

Otro aspecto a resaltar de la terapia grupal es que el avance es más rápido, porque el apoyo no fue solo de las terapeutas, sino entre ellas. Y como bien mencionó Shaw (1977, op. Cit.) en la terapia cognitiva de grupo, con ayuda de los otros miembros, se puede prevenir o impedir las cogniciones negativas, ya que las interpretaciones negativas y las distorsiones sistemáticas en el procesamiento de la información se combinan para hacer que situaciones problemáticas –pero sobre las cuales se puede trabajar- parezcan irresolubles.

CAPÍTULO 7 CONCLUSIONES

Se puede mencionar que los objetivos de dar un seguimiento a la depresión de madres de niños con NEE fueron conseguidos en algunos casos, ya que no todas las participantes presentaban cuadros depresivos, sin embargo, las que si fueron identificadas como depresivas tuvieron un seguimiento que inició su recuperación al menos cumpliendo con un objetivo no planteado que fue el de sensibilizarlas a atenderse ellas mismas en primera instancia, para así poder ayudar a sus niños.

La comparación entre los resultados de los inventarios e Beck y Calderón antes y después del tratamiento fue satisfactoria, pues hubo un decremento importante entre ellos, esto significa que si bien la depresión no desapareció en algunas, disminuyó en todas, ya que en ambos inventarios se mostró este fenómeno.

La resistencia ante la atención psicológica se presentó, pero de manera muy breve, ya que a partir de la segunda sesión hubo más apertura de parte de las participantes; la interacción dentro del grupo fue muy buena, y realmente se logró que fuera un grupo de apoyo, lo cual mejoró la auto imagen de cada una de las participantes; los acuerdos grupales para llevar a cabo una mejor intervención de parte de cada una de las integrantes (incluyendo a las terapeutas) fueron muy respetados.

La auto imagen de las participantes mejoró, debido a la posibilidad de expresarse de forma gráfica, además que el crear ayuda a que las personas se sientan más útiles y cuando esto se realiza de forma grupal el resultado es mejor; después de las sesiones en las que se trabajaba la auto imagen y la creatividad salían con una sonrisa en la cara y muy animadas.

El objetivo de observar el entorno social y familiar de las participantes fue un pilar importante en el tratamiento, ya que en algunos casos la depresión venía como resultado de interacciones con otras personas y no con sus hijos; es decir, en los

casos en los que se pudo diagnosticar un cuadro depresivo la razón de los síntomas no eran causados porque sus hijos necesitaran ayuda psicológica, sino por problemas maritales, falta de redes sociales y falta de independencia tanto económica como familiarmente; tales como son los casos de L , J y B, ; en el caso de problemas maritales un claro ejemplo es el caso de S la cual tenía una relación muy tirante con su marido; por otro lado B carecía de redes sociales adecuadas para mejorar su entorno.

Una de las metas alcanzadas fue que las participantes dejaran atrás lo que les estaba afectando, es decir, las percepciones negativas, y tomaran los aspectos positivos para mejorar, además de que tomaran en cuenta que lo más importante para ellas son ellas mismas y que a partir de ahí podrían resolver la situación con sus hijos.

Otro aspecto importante a mencionar dentro de este marco es que las razones por las que los hijos de las participantes acudían a la CUSI Iztacala eran por problemas de lenguaje, hiperactividad y problemas emocionales, que si bien se deben tratar no son impedimento para que en un futuro no lejano (con atención adecuada lleguen a la normalidad en las áreas en las que no lo están, ya que no presentan características como son daños neurológicos, músculo esqueléticos, problemas serios de salud o estados físicos diversos (quemaduras y accidentes).

Los casos que se diagnosticaron con depresión de media a más, tales como el de B, L, R y S fueron canalizados a atención psicológica individual.

A forma de conclusión los objetivos planteados fueron alcanzados de forma general, además de otorgar una reflexión profunda acerca de lo que es el papel de una madre y la necesidad de que ellas cuenten con tiempos y espacios para desarrollarse interiormente como persona y afrontar todas las actividades que suele desempeñar.

La recomendación que consideramos pertinente, es la de llevar una terapia grupal en forma con las madres de los niños que acuden a la CUSI como parte del tratamiento para así tener un continuo trabajo con ellas, y ellas también avancen de forma gradual como sus hijos.

Esta recomendación esta basada en la eficacia de la terapia grupal que se llevó a cabo en esta investigación, y los resultados cualitativos son la mejor sustentación que tiene esta investigación.

BIBLIOGRAFÍA

1. Beck, A. T. (1976) Diagnostico y tratamiento de la depresión. México. MSD
2. Beck, A., Rush, J., Shaw, B., Emery, G. (1979) Cognitive therapy of depression. Nueva York: The Guilford Press pp. 1- 61
3. Bijou, S. (1989) Psychological Lingüistics: implications for a theory of initial development and method for research. Advences in child development and behavior. P p. 21-221-241.
4. Calderón, G (2001) Depresión: un libro para enfermos, deprimidos y médicos en general. México: Trillas. Pp 11- 21 y 59- 71
5. Caro, I. (2003) reflexiones sobre la evolución y la comparación de las psicoterapias cognitivas. En: Psicoterapia cognitiva: evaluaciones y comparaciones. Barcelona: Paidós Ibérica. Pp 229- 244, 10 – 60
6. Espinosa, F. (1998) Taller de reflexión sobre la reconsideración de la consciencia de ser mujer, con madres que tienen niños en educación especial. Reporte de trabajo profesional. UNAM Iztacala
7. Fantova, F (1998) Trabajando con las familias de personas con discapacidad. En: Investigación y desarrollo de un modelo de gestión para organizaciones no lucrativas de servicios sociales (Tesis doctoral). Bilbao, Universidad de Deusto.
8. Fernández, A. y Rodríguez, B. (2003) Terapia interpersonal de la depresión. En Caro, I. (2003)Psicoterapia cognitiva: evaluaciones y comparaciones. Barcelona: Paidós Ibérica. Pp 207- 226
9. Geyerbofer, S. y Komori, Y. (1996) Integración de los modelos estructurales de terapia breve. En Ellis (1996) Manual de terapia racional emotiva.

10. Giné, C. (1998) Contexto Familiar y retraso en el desarrollo: análisis de la interacción padres- bebé. Conferencia pronunciada en las «I Jornadas Científicas de Investigación sobre personas con Discapacidad». Universidad de Salamanca (España). 17 y 18 de marzo de 1998
11. Gisbert, Mardomingo, Casbada, Sánchez, Rodríguez, Solís, Claramunt, Toledo, Valverde y Equipo Taure, (1997) Educación Especial. Ed. CINCEL Madrid, Cáp. 16
12. Granado, M. (2000) El contexto científico de la educación especial: bases psicológicas para el diseño y desarrollo de prácticas educativas adaptadas. Universidad de Huelva (España).
13. Guevara, Y; Ortega, P y Lancarte, P (2003) Psicología Conductual: avances en la educación especial. México: UNAM p.p. 25-34
14. Hauser- Cram, P.; Warfield, M.; Shonkoff, J y Krauss, M. (2001). Children with Disabilities: a Longitudinal Study of Child Development and Parent Well being. Monographs of the society for research in Child Development, 66 (3, Serial no. 266)
15. Herward, W. L. y Orlasky, M. O. (1992) Programas de educación especial 2. Ed. C. E. A. C. Barcelona, Cáp. 5
16. Hollon, S. y Shaw, B. (1993) Terapia cognitiva de grupo para pacientes depresivos. En Arietes (2000) Psicoterapia de la depresión. 2ª Ed. Editorial Pardon. Pp. 301-320

17. Kornstein, S y Wojcik, B (2000) Depression in Women. En Levenson, J (2000) Depression. Philadelphia: Versa Press. pp. 201- 218
18. Laraine, G (1999) "Qué desconocemos acerca de las familias con niños que tienen discapacidad: cuestionario sobre recursos y estrés como un estudio de caso" En: American Journal of Mental Retardation 1999, Vol. 97, N.0 5, 481-495.
19. Marchesi, A.; Coll, C. y Palacios, J. (1990) Desarrollo psicológico y educación III Ed. Alianza. Madrid Cáp. 4, 5, 7, 8 y 9.
20. Monroy, E. (2000) Discapacidad y familia. En: Jaramillo, L. (2000) Discapacidad, niñez, recreación y familia. Fundación colombiana de tiempo libre y recreación.
21. Olivar, R. (1997) "Psicología y Educación para la Prosocialización". Ed. Ciudad Nueva, Buenos Aires,
22. Patton, R. M., Payne, S. J.; Kauffman, M. J. ; Brown, B. G. y Payne, P. R., (1991) Casos de educación especial. Ed. Limusa. México, pp113-133
23. Rodríguez Y, Díaz C, García de la Cadena C. La trascendencia de los grupos de apoyo en el manejo integral de los enfermos crónicos. Gac Med Mex 1995; 131:329-34.
24. Rojtenberg, S. (2001) Depresión, Mujer y función reproductiva. En depresiones y antidepresivos . Ed. Panamericana. Pp. 179-186

25. Sánchez, A. Y Torres, J. (1999) Una perspectiva curricular, organizativa y profesional. México: Pirámide
26. Sánchez, P., Escobedo, M., Cantón, M. (1997) Compendio de Educación Especial. México: Manual Moderno pp. 18- 24
27. Sánchez , E. (2001) La relación de ayuda en el duelo. Madrid: Centro de Humanización de la salud. Pp. 9- 107
28. Seligman, M. y Darling, R. (1997). Becoming the Parent of achild with a Disability: reactions to first Information. En Ordinary Families, special children 2a edición. New York: The Guilford Press. Pp 36-56.
29. Singer, G. y Irvin, L (1998).Modelo de entrenamiento en habilidades para ayudar a padres a enfrentar el estrés. En:Support for caregiving families. Baltimore: P.H. Brookes.
30. Sipán, A (2001) Educación para la diversidad e el siglo XXI. Zaragoza: Mira pp. 297-304
31. Stoppard J (2000) Depression: a gendered problem. En: Understanding depression: feminist constructionist aproaches. Nueva York: Routledge. Pp. 3-22, 137- 160
32. Szprachman, R. (2003) Terapia Breve: Teoría de la técnica. Buenos Aires: Lugar Editorial.

33. Wapzalowick, P.; Nardote, G. (2000) Terapia breve estratégica. Barcelona: Paidós y Berica. Pp. 85 - 225

34. Wessler, R. (1998) Tipos de cogniciones en las psicoterapias de orientación cognitiva. Ed. The Guilford Press. Pp. 63-74

35. Zabalza, M. (1996) "Calidad en la Educación". Ministerio de Cultura y Educación de la Nación Argentina; Ed. Nancea.

Anexos

ANEXO I

INVENTARIO DE BECK

Nombre: _____

Fecha: _____

En el presente cuestionario hay grupos de afirmaciones. Por favor lea cuidadosamente cada uno de los grupos de afirmaciones. Después escoja una afirmación de cada grupo la cual describa la forma en que se ha estado sintiendo la ¡SEMANA PASADA, INCLUYENDO HOY!. Circule el número al lado de la afirmación que escogió. Si varias de las afirmaciones parecen aplicarse igualmente, circule cada una. Asegúrese de leer todas las afirmaciones en cada grupo antes de hacer una elección.

- 1 0 No me siento triste
1 Me siento triste
2 Estoy triste todo el tiempo y no puedo dejar de sentirme así
3 Estoy tan triste e infeliz que no puedo soportarlo

- 2 0 No estoy particularmente desalentado acerca del futuro
1 Me siento desalentado acerca del futuro
2 Siento que no tengo nada que esperar más adelante
3 Siento que el futuro es desalentador y las cosas no pueden mejorar

- 3 0 No me siento como un fracasado
1 Siento que he fallado más que una persona normal
2 Cuando miro hacia atrás en mi vida, todo lo que puedo ver es muchas fallas
3 Siento que soy un completo fracaso como persona

- 4 0 Consigo tanta satisfacción de las cosas que hago como siempre lo he hecho
1 No disfruto las cosas de la misma forma que solía hacerlo
2 Ya no consigo real satisfacción de las cosas
3 Estoy insatisfecho o aburrido con todo

- 5 0 No me siento particularmente culpable
1 Me siento culpable una buena parte del tiempo
2 Me siento muy culpable la mayoría del tiempo
3 Me siento culpable todo el tiempo

- 6 0 No siento que esté siendo castigado
1 Siento que podría estar siendo castigado
2 Espero ser castigado
3 Siento que estoy siendo castigado

- 7 0 No me siento decepcionado de mi mismo
1 Estoy decepcionado de mi mismo
2 Estoy disgustado conmigo
3 Me odio
- 8 0 No siento que sea peor que los demás
1 Soy un crítico de mi mismo por mis debilidades o errores
2 Me culpo a mi mismo todo el tiempo por mis fallas
3 Me culpo a mi mismo por todo lo malo que pasa
- 9 0 No tengo ningún pensamiento de matarme
1 Tengo pensamientos de matarme, pero no los llevaría a cabo
2 Me gustaría matarme
3 Me mataría si tuviera la oportunidad
- 10 0 No lloro más de lo usual
1 Ahora lloro más de lo que lo hacía antes
2 Ahora lloro todo el tiempo
3 Antes podía llorar, pero ahora no puedo llorar aunque quiera hacerlo
- 11 0 No soy tan irritable como siempre lo he sido
1 Me pongo molesto o irritable más fácilmente que antes
2 Ahora me siento irritado todo el tiempo
3 No me irrito para nada por las cosas que antes me irritaban
- 12 0 No he perdido el interés en las otras personas
1 Estoy menos interesado en las personas de lo que antes estaba
2 He perdido la mayoría de mi interés en la demás gente
3 He perdido todo mi interés en la demás gente
- 13 0 Tomo decisiones tan bien como siempre he podido hacerlo
1 Dejo de lado algunas decisiones, más de lo que antes lo hacía
2 Tengo grandes dificultades para tomar decisiones, más que antes
3 Ya no puedo tomar ninguna decisión
- 14 0 No siento que me vea peor que antes
1 Estoy preocupado de verme viejo o menos atractivo
2 Siento que hay cambios permanentes en mi apariencia que me hacen ver menos atractivo
3 Siento que me veo feo
- 15 0 No puedo trabajar bien como antes lo hacía
1 Me toma un esfuerzo extra para empezar a hacer algo
2 Tengo que presionarme mucho para hacer cualquier cosa
3 No puedo hacer ningún trabajo

- 16 0 No puedo dormir tan bien como antes
1 No duermo tan bien como antes
2 Me despierto de 1 a 2 horas antes de lo usual y me cuesta mucho trabajo volverme a dormir
3 Me despierto varias horas antes de lo usual y no puedo volver a dormir
- 17 0 No me canso más de lo usual
1 Me canso más fácilmente que antes
2 Me canso de hacer casi cualquier cosa
3 Estoy tan cansado de hacer cualquier cosa
- 18 0 Mi apetito no está peor de lo usual
1 Mi apetito no es tan bueno como lo era antes
2 Mi apetito es mucho peor ahora
3 Ya no tengo apetito
- 19 0 No he perdido mucho peso
1 He perdido más de 2 kg. Me propuse perder peso
2 He perdido más de 4 kg. comiendo menos Si__ No__
3 He perdido más de 6 kg
- 20 0 No estoy más preocupado por mi salud que lo usual
1 Estoy preocupado acerca de problemas físicos como dolores, problemas de estómago, o constipación
2 Estoy muy preocupado por problemas físicos y es difícil pensar en otras cosas
3 Estoy tan preocupado por mis problemas físicos, que no puedo pensar en otra cosa.
- 21 0 No he notado ningún cambio reciente en mi interés sexual
1 Estoy menos interesado en el sexo que antes
2 Ahora estoy mucho menos interesado en el sexo
3 He perdido completamente el interés

ANEXO II

INVENTARIO DE CALDERÓN PARA LA DEPRESIÓN

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES
IZTACALA

El siguiente cuestionario es parte de un proyecto de investigación, la información que usted proporcione será manejada de forma confidencial. Los datos tendrán fines estadísticos, de antemano ¡muchas gracias!

Conteste las siguientes preguntas poniendo un tache (X) en la respuesta que usted considere es la adecuada a su situación.

1. ¿Se siente triste o afligido?
NO POCO REGULAR MUCHO
2. ¿Llora o tiene ganas de llorar?
NO POCO REGULAR MUCHO
3. ¿Duerme mal de noche?
NO POCO REGULAR MUCHO
4. ¿En la mañana se siente peor?
NO POCO REGULAR MUCHO
5. ¿Le cuesta trabajo concentrarse?
NO POCO REGULAR MUCHO
6. ¿Le ha disminuido el apetito?
NO POCO REGULAR MUCHO
7. ¿Se siente obsesivo o repetitivo?
NO POCO REGULAR MUCHO
8. ¿Ha disminuido su interés sexual?
NO POCO REGULAR MUCHO
9. ¿Considera que el rendimiento en sus actividades ha disminuido?
NO POCO REGULAR MUCHO
10. ¿Siente presión en el pecho?
NO POCO REGULAR MUCHO
11. ¿Se siente nervioso, angustiado o ansioso?
NO POCO REGULAR MUCHO
12. ¿Se siente cansado o decaído?
NO POCO REGULAR MUCHO

13. ¿Se siente pesimista, piensa que las cosas le van a salir mal?
NO POCO REGULAR MUCHO
14. ¿Le duele con frecuencia la cabeza?
NO POCO REGULAR MUCHO
15. ¿Está más irritable o enojón que antes?
NO POCO REGULAR MUCHO
16. ¿Se siente inseguro, con falta de confianza en usted mismo?
NO POCO REGULAR MUCHO
17. ¿Siente que le es menos útil a su familia?
NO POCO REGULAR MUCHO
18. ¿Siente miedo de algunas cosas?
NO POCO REGULAR MUCHO
19. ¿Siente deseos de morir?
NO POCO REGULAR MUCHO
20. ¿Se siente apático, sin interés en las cosas?
NO POCO REGULAR MUCHO

ANEXO III

RELAJACIÓN AZUL

Colócate en una posición cómoda, si puedes..... tumbado en una colchoneta, con los brazos extendidos cómodamente a los lados, las piernas estiradas, con los pies ligeramente abiertos hacia fuera, con una disposición a relajarte.....cierra los ojos.....y siente tu respiración, tranquila, en calma.

Vas a visualizarte tumbado y vas a pintar la superficie de tu cuerpo con un aerógrafo, ese instrumento que utilizan los dibujantes para pintar zonas amplias del mismo color, parecido a un aerosol que pulveriza pintura . Va a ser una sensación muy relajante.

Primero dedica unos instantes a percibir tu cuerpo, déjalo permanecer inmóvil, cuanto más quieto esté mayor será la relajación que obtengas..... Siente tu respiración tranquila...en calma, muy tranquila..... Muy relajada.....Con cada respiración más y más relajado..... Más y más descansado.

Toma conciencia de los lugares en que apoya tu cuerpo sobre la colchoneta: siente el apoyo y el peso de la cabeza..... Siente los apoyos y el peso del brazo derecho.....siente donde hace contacto tu columna vertebral, siente el peso de la espalda..... El contacto de las escápulas..... Siente el apoyo de los glúteos y su peso,.....siente el peso de la pierna derecha y sus apoyos.....sienten el peso de la pierna izquierda y los puntos de apoyo, siente la presión..... Siente el peso del brazo izquierdo y los puntos en que apoya en la colchoneta.

Siente tu respiración tranquila...en calma, muy tranquila..... Muy relajada.....con cada respiración más y más relajado..... Más y más descansado.

Y de nuevo:

Toma conciencia de los lugares en que apoya tu cuerpo sobre la colchoneta: siente el apoyo y el peso de la cabeza..... Siente los apoyos y el peso del brazo derecho.....siente donde hace contacto tu columna vertebral, siente el peso de la espalda..... el contacto de las escápulas Siente el apoyo de los glúteos y

su peso,.....siente el peso de la pierna derecha y sus apoyos.....sienten el peso de la pierna izquierda y los puntos de apoyo, siente la presión..... Siente el peso del brazo izquierdo y los puntos en que apoya en la colchoneta.

Te sientes relajado, muy tranquilo. A partir de este instante vas a visualizar como el aerógrafo esparce una pintura cálida y azul a lo largo de todo tu brazo derecho, no mancha, es relajante.....y caliente..... arriba y abajo..... Una pasada tras otra el brazo se vuelve del color azul que a ti más te gusta..... Y conforme el azul aparece mi brazo se relaja más y más, el brazo parece brillar, un brillo azulado precioso, del tono de color azul que más me gusta.....el azul me relaja.....Visualizo el azul. Ahora vas a visualizar como el aerógrafo esparce una pintura cálida y azul a lo largo de todo tu brazo izquierdo, no mancha, es relajante.....y caliente..... arriba y abajo..... Una pasada tras otra el brazo se vuelve del color azul que a ti más te gusta..... y conforme el azul aparece mi brazo se relaja más y más, el brazo parece brillar, un brillo azulado precioso, del tono de color azul que más me gusta.....el azul me relajaVisualizo el azul.

Siente tu respiración tranquila....en calma, muy tranquila..... Muy relajada.....Con cada respiración más y más relajado..... Más y más descansado.

A partir de este instante vas a visualizar como el aerógrafo esparce una pintura cálida y azul a lo largo de toda tu pierna derecha, no mancha, es relajante.....y caliente..... arriba y abajo..... una pasada tras otra la pierna se vuelve del color azul que a ti más te gusta..... y conforme el azul aparece mi pierna se relaja más y más, la pierna parece brillar, un brillo azulado precioso, del tono de color azul que más me gusta.....el azul me relajaVisualizo el azul. Ahora vas a visualizar como el aerógrafo esparce una pintura cálida y azul a lo largo de toda tu pierna izquierda, no mancha, es relajante.....y caliente..... arriba y abajo..... una pasada tras otra la pierna se vuelve del color azul que a ti más te gusta..... y conforme el azul aparece mi pierna se relaja más y más, la pierna parece brillar, un brillo azulado precioso, del tono de color azul que más me gusta.....el azul me relajaVisualizo el azul.

Siente tu respiración tranquila....en calma, muy tranquila..... muy relajada
.....con cada respiración más y más relajado..... Más y más descansado.

Brazos y piernas.....azul....relax....azul....relax....., tomo conciencia de este
estado de conciencia tranquila, relajante, llena de paz y tranquilidad.....y.....

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

ANEXO IV

RELAJACIÓN POR TENSION

Comenzaremos ahora procurando una posición que nos permita permanecer completamente inmóviles, con los ojos cerrados y realizando varias respiraciones completas como introducción a los ejercicios.

- 1.- Siente las articulaciones de los dedos de las manos. De las muñecas.
- 2.- Siente las articulaciones de los codos.
- 3.- Siente las articulaciones de los hombros.
- 4.- Siente las articulaciones vertebrales cervicales.
- 5.- Siente las articulaciones vertebrales dorsales.
- 6.- Siente las articulaciones vertebrales lumbares.
- 7.- Siente las articulaciones de la cadera.
- 8.- Siente las articulaciones de las rodillas.
- 9.- Siente las articulaciones de los tobillos.
- 10.- Siente las articulaciones de los dedos de los pies.

Finalizaremos prestando atención a la sensación general de cuerpo, tras ello realizaremos dos respiraciones completas, abriremos y cerraremos las manos y abriremos los ojos.

Repetiremos cada instrucción lentamente seis veces, sin ninguna referencia a relaja, ni cualquier otra similar. La instrucción es únicamente: siente, sin ningún proceso sugestivo hacia que se debe sentir. El que aparezcan sensaciones de peso, de relax, de ligereza, son normales y forman parte real de la experiencia individual, más verdadera desde el punto de vista que no se ha sugestionado al alumno acerca de lo que se espera que sienta.