



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA
DE MÉXICO**

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

DIVISIÓN DEL SISTEMA DE UNIVERSIDAD ABIERTA

**REPORTE DE CASO DE UN TALLER
TERAPEUTICO IMPARTIDO A MUJERES EN
LA SEGUNDA EDAD QUE PRESENTABAN
SÍNTOMAS DEPRESIVOS**

**INFORME PROFESIONAL DE SERVICIO SOCIAL
QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE
LICENCIADA EN PSICOLOGÍA
PRESENTA**

MA. EUGENIA ZAMORA URIBE

**DIRECTORA: MAESTRA GUADALUPE INDA SAÉNZ ROMERO
REVISORAS:**

**MAESTRA PATRICIA PAZ DE BUEN RODRÍGUEZ Y
PSICÓLOGA KARINA BEATRIZ TORRES MALDONADO
SUPERVISORA: PSICÓLOGA REBECA SÁNCHEZ MONROY**



MÉXICO, DISTRITO FEDERAL

ABRIL DE 2011



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

A la Universidad Nacional Autónoma de México y a la Facultad de Psicología por su apertura a la diversidad

Al Centro de Servicios Psicológicos “Dr. Guillermo Dávila” y en particular a la Psicóloga Rebeca Sánchez Monroy por la confianza depositada en quienes tuvimos la suerte de colaborar con ella

A las integrantes del taller terapéutico cuyos nombres omito para proteger su identidad por su entusiasta participación

A Luis Benito por su apoyo y compañerismo durante todos estos años

A mis hijos Luis Pablo, María Fernanda y Sergio Acosta quienes me motivaron a realizar algunas de mis asignaturas pendientes

A Emiliano porque me enseñó una faceta de mi que no conocía

A mis amigas y amigos, especialmente aquellos con quienes conviví en el Centro de Servicios Psicológicos

A las Maestras Guadalupe Inda Saéñz Romero, Patricia Paz de Buen Rodríguez y Karina Beatriz Torres Maldonado por su apoyo incondicional para la elaboración de este trabajo.

ÍNDICE

PRESENTACIÓN

INTRODUCCIÓN

I.	CONTEXTO INSTITUCIONAL.....	1
I.1	Contexto de la Institución.....	1
I.2	Objetivos del Programa.....	5
II.	ACTIVIDADES REALIZADAS DURANTE EL SERVICIO SOCIAL.....	7
III.	SOPORTE TÉORICO.....	19
III.1	Depresión.....	19
III.2	Terapia racional emotiva.....	35
III.3	Formación de grupos terapéuticos.....	51
IV.	PREVENCIÓN SECUNDARIA DE LA DEPRESIÓN	58
V.	INFORME DEL TALLER TERAPÉUTICO.....	65
V.1	El taller terapéutico como alternativa de intervención.....	65
V.2	Conformación del grupo.....	68
V.3	Desarrollo del taller terapéutico.....	71
V.4	Resultados del taller terapéutico.....	134
VI.	RESULTADOS PERSONALES OBTENIDOS.....	140
VII.	RECOMENDACIONES Y SUGERENCIAS.....	145
VIII.	REFERENCIAS.....	147

PRESENTACIÓN

Una de las opciones de titulación que ofrece la Universidad Nacional Autónoma de México a sus alumnos para obtener el título profesional de licenciatura lo constituye la presentación de un Informe Profesional de Servicio Social¹ en el que se plasmen las actividades que el pasante desarrolló y los conocimientos y herramientas que adquirió durante su estancia en la institución donde prestó el Servicio Social.

La prestación del servicio social es un requisito previo para que los estudiantes de la Universidad Nacional Autónoma de México obtengan el título profesional, en el Reglamento General del Servicio Social de la Universidad Nacional Autónoma de México² se define como servicio social universitario a la realización obligatoria de actividades temporales que ejecuten los estudiantes de carreras técnicas y profesionales, tendientes a la aplicación de los conocimientos que hayan obtenido y que impliquen el ejercicio de la práctica profesional en beneficio o en interés de la sociedad. El servicio social tiene por objeto:

- I. Extender los beneficios de la ciencia, la técnica y la cultura a la sociedad;
- II. Consolidar la formación académica y capacitación profesional del prestador del servicio social,
- III. Fomentar en el prestador una conciencia de solidaridad con la comunidad a la que pertenece.

Durante el tiempo que realice las prácticas académicas en el Centro de Servicios Psicológicos “Dr. Guillermo Dávila” (CSP), dependiente de la Facultad de Psicología de la Universidad Nacional Autónoma de México tuve la posibilidad de darme cuenta de que esta Institución permite a los estudiantes aplicar los conocimientos adquiridos durante su formación académica en beneficio de la

¹ El 22 de marzo de 2004 el H. Consejo Técnico de la Facultad de Psicología de la UNAM aprobó el Informe Profesional del Servicio Social (IPSS) como una alternativa de titulación.

² Universidad Nacional Autónoma de México. (1992) *Reglamento General del Servicio Social. Legislación Universitaria*. México: UNAM. pp. 269-273

sociedad en general y de los que menos tienen en particular, esta fue la razón que me motivó a realizar el Servicio Social en el Centro de Servicios Psicológicos “Dr. Guillermo Dávila” en el Programa denominado “Práctica Clínica en el Centro de Atención Psicológica de Consulta Externa” con número de clave 2010-12/23-3232 que se instrumenta en este Centro. La prestación del servicio objeto de este informe inició el 09 de junio de 2010 y finalizó el 14 de enero de 2011 bajo la supervisión de la Psicóloga Rebeca Sánchez Monroy.

Considero que dicho Programa cumple con su objetivo principal que consiste en *“proporcionar al prestador de servicio social un escenario profesional que le permita aplicar los conocimientos y las habilidades adquiridas en su formación académica al tratamiento efectivo, eficiente y eficaz de los trastornos conductuales que aquejan a la sociedad con una actitud de responsabilidad, compromiso y alta calidad humana”*.³

El realizar el servicio social en una institución que posibilite al pasante poner en práctica los conocimientos adquiridos durante la formación académica le permite identificar sus fortalezas y debilidades y adquirir la confianza en que los conocimientos y habilidades adquiridas tienen una aplicación práctica que le permitirán prestar un servicio a la comunidad a la que pertenece.

³ Sánchez, R. (2008). Documento interno del Centro de Servicios Psicológicos “Dr. Guillermo Dávila”. UNAM

INTRODUCCIÓN

El presente trabajo tiene por objeto presentar las actividades generales que se realizaron durante la prestación del Servicio Social, concretamente es un reporte de caso de un taller terapéutico que se impartió a siete mujeres cuyas edades fluctuaban entre los 44 y los 60 años y que acudieron a terapia por tener síntomas depresivos moderados.

El taller se llevó a cabo en el periodo comprendido entre el 3 de agosto y el 23 de noviembre de 2010, se realizaron 16 sesiones semanales con una duración de dos horas cada una.

Previo a la realización del taller se hizo una revisión de los enfoques que se emplean para prevenir la depresión y se optó por trabajar con el enfoque cognitivo conductual, dentro de este enfoque se adoptó la Terapia Racional Emotiva por considerar que esta terapia constituye un sistema de psicoterapia completo que permite obtener resultados favorables en un tiempo relativamente corto cuando se emplea en la prevención y tratamiento de la depresión.

En el diseño del taller terapéutico se procuró combinar la teoría con la práctica a través de la realización de una serie de ejercicios que posibilitaran poner en práctica lo aprendido en las sesiones, en el transcurso del taller se intercalaron explicaciones teóricas sobre la depresión y la terapia racional emotiva con exposiciones de su situación personal por parte de cada una de las participantes con objeto de que las pacientes se percataran de la manera en que sus creencias interfieren en sus pensamientos, en sus sentimientos y en su comportamiento.

Derivado de los testimonios vertidos por las participantes, de los resultados observados en los inventarios que se les aplicaron antes y después del taller para medir la depresión y la ansiedad, y de los cambios observados durante el transcurso del taller en la conducta de las participantes, puede asumirse que en términos generales las pacientes modificaron sustancialmente sus creencias irracionales por unas más racionales lo que les permitió disminuir e incluso eliminar los síntomas que las motivaron a solicitar apoyo psicológico.

La presentación de este Informe Profesional de Servicio Social se realizó en ocho capítulos estructurados de la siguiente manera:

El primer capítulo contiene una descripción de la Institución en donde realicé el Servicio Social, de los objetivos que esta Institución persigue y de las principales actividades que ahí se realizan.

En el segundo capítulo se describen de manera general las actividades que lleve a cabo durante la prestación del servicio social.

El tercer capítulo contiene el soporte teórico que se consultó para la realización del taller terapéutico. Considerando que este taller se impartió a un grupo de mujeres que presentaban síntomas depresivos moderados, el soporte teórico se enfocó en la depresión en general y en las mujeres en particular; en el enfoque cognitivo conductual concretamente en la terapia racional emotiva; y en los elementos que constituyen la formación de grupos terapéuticos.

El cuarto capítulo contiene una revisión de tesis y artículos referentes a las acciones que algunos autores proponen o han llevado a cabo con el objeto de prevenir la depresión en pacientes que presentan síntomas depresivos.

El quinto capítulo constituye en sentido estricto el reporte de caso y contiene una descripción de las razones de porqué se optó por intervenir a través de un taller terapéutico; la manera en que se seleccionó y conformó el grupo; la forma en que se desarrolló el taller terapéutico; los cambios observados y los reportados por las participantes al finalizar el taller terapéutico.

En el sexto capítulo se describen los beneficios obtenidos a nivel personal como consecuencia de la prestación del servicio social en una institución que permite aplicar los conocimientos adquiridos.

El capítulo siete contiene algunas sugerencias y recomendaciones que considero podrían ser de utilidad para mejorar la operación del Centro de Servicios Psicológicos “Dr. Guillermo Dávila” así como la calidad del servicio que este CSP otorga a la comunidad.

I. CONTEXTO INSTITUCIONAL

I.1. CONTEXTO DE LA INSTITUCIÓN

Durante la década de los setenta, en la facultad de Psicología de la Universidad Nacional Autónoma de México, se comenzó a gestar un proyecto para la creación de un centro de docencia, investigación y asistencia comunitaria que permitiera a los estudiantes de psicología del área clínica de posgrado vincular los conocimientos teóricos obtenidos en el aula con la práctica supervisada.

En 1977 se inició formalmente la creación de centros de atención a la comunidad y en 1981, se inauguró oficialmente el Centro de Servicios Psicológicos “Dr. Guillermo Dávila” el cual estuvo bajo la coordinación de Josette Benavides Tourres.

Los objetivos básicos que se plantearon desde su inicio fueron los siguientes:

- ⇒ Ofrecer a los estudiantes de licenciatura y de posgrado un espacio para la formación clínica aplicada.
- ⇒ Proporcionar al estudiante una enseñanza práctica, directa y supervisada para vincular la teoría y la práctica.
- ⇒ Propiciar el desarrollo de proyectos y programas de investigación.
- ⇒ Ofrecer servicios psicológicos a la comunidad universitaria y a su familia nuclear.

En la actualidad y con base en los objetivos señalados se han definido la misión y visión del CSP en los siguientes términos:¹

Misión: Contribuir a la formación y actualización del estudiante de Psicología a través de los diferentes programas y proyectos de investigación en la atención psicológica que se brinda, siendo ésta de carácter preventivo, de tratamiento y rehabilitación, certificados con calidad, excelencia y trato digno con base en la optimización de los recursos humanos, tecnológicos y materiales del Centro.

¹ Sánchez, R. (2008). Documento Interno del Centro de Servicios Psicológicos “Dr. Guillermo Dávila”. UNAM.

Visión: Ser en México, la sede de formación y actualización en la práctica clínica de la atención psicológica, con la mayor capacidad resolutive, al ofrecer al estudiante de psicología mayor diversidad de programas y proyectos de investigación, organizados y sistematizados, que favorezcan una formación integral de manera humanística, ética y científica, con personal académico altamente calificado y con tecnología de vanguardia para trascender a nivel nacional.

El Centro de Servicios Psicológicos “Dr. Guillermo Dávila” pertenece a la Coordinación de los Centros de Servicios a la Comunidad Universitaria y al Sector Social y cuenta con los servicios de prevención y tratamiento, en prevención ofrece talleres terapéuticos, conferencias, grupos de reflexión y pláticas informativas, en tanto que en tratamiento ofrece terapia individual, de pareja, familiar y grupal.

El Centro de Servicios Psicológicos ofrece sus servicios en dos turnos, el matutino y el vespertino, el servicio para el turno matutino inicia a las 7 horas y para el turno vespertino a las 13 horas.

El procedimiento de admisión para los pacientes de primer ingreso es el siguiente:

1. Se solicita al paciente una serie de documentos para su admisión.
2. Una vez que se tienen los documentos se proporciona al paciente una ficha de admisión para su llenado en la que se le informan las condiciones del proceso de admisión.
3. Cuando el paciente regresa la ficha de admisión, se revisa que ésta contenga todos los datos solicitados y se canaliza a un pasante para su atención. Este pasante recibe al paciente y en un cubículo específico realiza una entrevista inicial con base en un formato preestablecido, a esta entrevista inicial se le denomina preconsulta. En esa misma sesión se le informa al paciente en qué consisten las dos siguientes sesiones y la forma de funcionamiento del CSP.
4. Al finalizar la preconsulta se le entrega al paciente, previo pago del servicio, un carnet de citas en donde se le indica la fecha y hora de su próxima sesión, y se le informa que en dicha sesión se le aplicarán una serie de

instrumentos psicológicos los cuales tienen una duración aproximada de dos horas.

5. Cuando acude a la cita el paciente entrega el pago correspondiente y su carnet de citas e ingresa a uno de los salones en donde se le aplican tres instrumentos psicológicos, al terminar la aplicación se le devuelve su carnet de citas, en donde se le indica la fecha y hora de su próxima sesión.
6. Cuando acude a su tercera cita el paciente entrega el pago correspondiente y su carnet de citas e ingresa con el entrevistador asignado a un cubículo para la realización de la historia clínica, la cual se elabora con base en un formato preestablecido.
7. Posteriormente se revisa el expediente y con base en su problemática individual se le asigna a un terapeuta para su tratamiento o se le canaliza a otra institución.

Los documentos que deben proporcionar los pacientes de primer ingreso para ser sujetos de atención en el CSP consisten en lo siguiente:

Para pacientes adultos: original y fotocopia de los siguientes documentos.

- ⇒ Identificación oficial (credencial de IFE, cédula profesional, pasaporte, credencial de la UNAM).
- ⇒ Comprobante de domicilio (estado de cuenta bancario, de luz, de agua, de teléfono, etc.).
- ⇒ Comprobante de ingresos (comprobante de pago expedido por la empresa en que trabaja y en caso de carecer de éste, un oficio dirigido al CSP en el que explique de donde provienen y a cuánto ascienden sus ingresos mensuales o los de la persona de quien depende).

Los originales sirven únicamente para cotejar la información y se devuelven al paciente una vez cotejada ésta, quedando las fotocopias en el expediente que se le abre en el CSP.

Para pacientes menores de edad: original y fotocopia de los siguientes documentos del padre o tutor.

- ⇒ Identificación oficial (credencial de IFE, cédula profesional, pasaporte, credencial de la UNAM).

- ⇒ Comprobante de domicilio (estado de cuenta bancario, de luz, de agua, de teléfono, etc.)
- ⇒ Comprobante de ingresos (comprobante de pago expedido por la empresa en que trabaja y en caso de carecer de éste, un oficio dirigido al CSP en el que se explique de donde provienen y a cuánto ascienden sus ingresos mensuales).
- ⇒ Adicionalmente se solicita original y fotocopia del acta de nacimiento del paciente.

Al igual que en el caso de los pacientes adultos, los originales sirven únicamente para cotejar la información y se devuelven al padre o tutor una vez cotejada ésta, quedando las fotocopias en el expediente que se le abre al menor en el CSP.

Durante mi estancia en el CSP observe que se recibe un promedio mensual de 200 pacientes de nuevo ingreso. El 25% de los pacientes que asiste tiene entre 20 y 30 años de edad, otro 25% lo constituyen niños menores de 12 años y el 50% restante se divide entre adolescentes y adultos mayores de 30 años. La mayoría de los pacientes adultos son mujeres, en tanto que la mayoría de los pacientes infantiles son hombres, del total de pacientes adultos que asisten aproximadamente el 30% reporta hacerlo por presentar síntomas depresivos en tanto que la mayoría de los pacientes infantiles asiste por presentar bajo rendimiento académico y problemas de conducta.

Una alta proporción de los demandantes del servicio forma parte de la comunidad universitaria y su familia nuclear, sin embargo, como ya se mencionó, la prestación del servicio no se restringe a esta comunidad sino que se otorga a quien lo solicite. De acuerdo a lo observado una gran mayoría de los solicitantes, que no pertenece a la comunidad universitaria, proviene de las delegaciones Magdalena Contreras, Coyoacán y Tlalpan.

Para el mejor funcionamiento del CSP así como para coadyuvar en la formación práctica de los estudiantes de licenciatura y maestría, el CSP cuenta con diversos programas que responden a las problemáticas de la comunidad y que proporcionan a los estudiantes un espacio para realizar prácticas académicas y prestación de Servicio Social, de esta manera los estudiantes

pueden aplicar sus conocimientos para resolver problemas de la comunidad contando con la guía del personal académico. Para atender la demanda de la comunidad el CSP cuenta con los siguientes programas:

- ⇒ Atención psicológica a enfermos crónicos degenerativos.
- ⇒ Modificación de conducta infantil.
- ⇒ Práctica Clínica en el Centro de Atención Psicológica de Consulta Externa.
- ⇒ Modificación de Hábitos Alimenticios.
- ⇒ Retroalimentación biológica.

I.2. OBJETIVOS DEL PROGRAMA

El Programa en el que realicé el servicio social objeto de este informe se denomina “Práctica Clínica en el Centro de Atención Psicológica de Consulta Externa”, y tiene como objetivos principal y específicos los siguientes:

Objetivo principal:

- ⇒ *Proporcionar al prestador de servicio social un escenario profesional que le permita aplicar los conocimientos y las habilidades adquiridas en su formación académica al tratamiento efectivo, eficiente y eficaz de los trastornos conductuales que aquejan a la sociedad con una actitud de responsabilidad, compromiso y alta calidad humana.*

Objetivos específicos:

- ⇒ *Identificar los déficits en conocimientos y habilidades clínicas a ser modeladas en el estudiante por el supervisor.*
- ⇒ *Confirmar, desarrollar e incrementar las habilidades clínicas a través de la realización de entrevista inicial, entrevista de diagnóstico, entrevista de orientación, entrevista de canalización, elaboración de notas psicológicas, formulación de casos, elaboración del programa de tratamiento o plan de tratamiento, aplicación, calificación e interpretación de instrumentos psicológicos así como la integración y elaboración del reporte psicológico y de intervención psicológica (intervención en crisis, modelo de solución de problemas y toma de decisiones, así como la técnica de relajación) de acuerdo con el interés por el prestador de servicio social.*

- ⇒ *Confirmar, desarrollar e incrementar el conocimiento y las habilidades en el área de prevención para la elaboración de talleres con temas psicológicos identificados como principales motivos de consulta de interés para el prestador de servicio social (asertividad, duelo, autoestima, control de ansiedad, enojo, pérdida afectiva y entrenamiento en solución de problemas, entre otros) y que cumplan la función de ser una estrategia de prevención en segundo nivel.*
- ⇒ *Desarrollar en el estudiante la confianza en sus conocimientos y habilidades clínicas para desempeñarse como terapeuta bajo supervisión de casos individuales o como instructor en la impartición de talleres a grupos pequeños, permitiéndole la toma de decisiones terapéuticas fundamentadas teóricamente y con la supervisión requerida por éste.*
- ⇒ *Enseñar al estudiante a trabajar de forma organizada y sistemática, durante su servicio social, a través del manejo del expediente clínico para la obtención de información que fundamente la toma de decisiones terapéuticas.*

II. ACTIVIDADES REALIZADAS DURANTE EL SERVICIO SOCIAL

En este capítulo se hará una breve descripción de las actividades que realicé durante la prestación del servicio social.

II.1. APOYAR EN LA RECEPCIÓN

El primer contacto que el paciente tiene con el servicio se da en el área de recepción, por ello es de primordial importancia que el prestador de servicio social adquiera y practique la sensibilidad que se requiere tener con los pacientes en su primer contacto. Las actividades realizadas consistieron en: proporcionar a los usuarios que asisten al CSP la información requerida para su admisión y orientarlos en el llenado de la ficha de admisión; asignar las pre consultas y las historias clínicas a los profesores, a los estudiantes de maestría y a los estudiantes de licenciatura verificando que éstas se realicen en tiempo y forma y; registrar los nuevos ingresos, las pre consultas y las historias clínicas en los formatos establecidos para ello.

II.2. REALIZAR PRECONSULTAS

El tipo de entrevista inicial que se realiza en el CSP es diagnóstica ya que su objetivo consiste en identificar el problema y determinar el grado de conducta desadaptada mediante la recopilación de datos; individual porque se aplica a una sola persona; y semi estructurada porque aunque se realiza siguiendo un formato predeterminado la entrevista es libre permitiendo al entrevistado determinar hasta cierto punto el ritmo de ésta. El tiempo promedio que se emplea para su realización es de 45 minutos.

La preconsulta se realiza en un formato que contiene los siguientes apartados:

1. Datos generales del paciente.
2. Familiograma.
3. Descripción del problema. Como lo ve el paciente y el entrevistador.
4. Estrategia de solución. Se refiere a las acciones que el paciente ha realizado en un intento por solucionar su problemática.
5. Áreas afectadas por el problema.

6. Problemas presentados durante la sesión. Se refiere a situaciones específicas que pudieron interferir con la realización de la preconsulta
7. Soluciones adoptadas. Tiene que ver con lo que hizo el entrevistador para solventar estas situaciones.

La elaboración de preconsultas posibilita que el prestador de servicio social adquiera la habilidad que necesita para identificar el problema que motiva al paciente a solicitar apoyo psicológico. Durante el servicio social realice un total de 66 pre consultas, las cuales se enlistan a continuación.

No.	EXPEDIENTE	SEXO	EDAD	MOTIVO DE CONSULTA EXPRESADO POR EL PACIENTE
1	100094	H	8	Agresividad y problemas para contralar impulsos
2	100105	M	51	Problemas conyugales por infidelidad de la pareja
3	100142	H	22	Dificultad para concentrarse
4	100157	M	30	Síntomas depresivos por ruptura de pareja
5	100174	H	35	Control de impulsos
6	100191	H	7	Agresividad y problemas para concentrarse
7	100232	H	66	Duelo por la muerte de su padre
8	100323	M	19	Trastornos alimenticios
9	100341	H	21	Ansiedad
10	100520	M	76	Dependencia extrema
11	100583	M	64	Síntomas depresivos por la muerte de sus nietas
12	100595	H	26	Síntomas depresivos
13	100600	H	21	Control de emociones
14	100628	H	15	Mutilación y síntomas depresivos
15	100638	M	45	Problemas conyugales
16	100658	H	10	Bajo rendimiento académico
17	100661	H	40	Ataques de pánico
18	100678	M	20	Duelo por suicidio del padre
19	100710	H	35	Neuralgia tensional
20	100722	M	24	Síntomas depresivos
21	100726	H	9	Problemas familiares y bajo rendimiento académico
22	100734	M	36	Baja autoestima
23	100766	H	60	Síntomas depresivos
24	100769	M	21	Baja autoestima
25	100815	H	25	Problemas para controlar impulsos
26	100848	H	29	Síntomas depresivos
27	100876	H	18	Práctica de conductas de riesgo
28	100895	M	21	Síntomas depresivos
29	100938	M	15	Conductas adictivas
30	101001	M	15	Violación, hipersexualidad y probable retraso mental
31	101017	H	43	Síntomas depresivos
32	101056	H	20	Alucinaciones y problemas de control de impulsos
33	101076	M	45	Problemas con sus hijas por mantener una relación lésbica
34	101078	M	21	Síntomas depresivos por infidelidad de la pareja
35	101090	M	24	Baja autoestima
36	101100	M	14	Síntomas depresivos
37	101174	H	10	Agresividad y bajo rendimiento académico
38	101188	H	10	Depresión y probable retraso mental
39	101247	M	6	Tristeza y enojo por separación de los padres

No.	EXPEDIENTE	SEXO	EDAD	MOTIVO DE CONSULTA EXPRESADO POR EL PACIENTE
40	101273	H	37	Déficit en habilidades sociales
41	101277	H	5	Baja tolerancia a la frustración
42	101278	M	5	Bajo rendimiento académico
43	101281	H	14	Práctica de conductas de riesgo
44	101297	M	58	Ansiedad
45	101302	M	13	Apatía
46	101328	H	16	Práctica de conductas de riesgo
47	101352	H	34	Problemas conyugales
48	101353	M	21	Problemas de pareja
49	101361	M	21	Baja autoestima
50	101414	M	7	Síntomas depresivos y encopresis
51	101428	H	14	Problemas para controlar impulsos
52	101436	M	22	Inconformidad y crisis de valores
53	101442	M	11	Práctica de conductas de riesgo
54	101446	H	17	Síntomas depresivos
55	101454	M	33	Síntomas depresivos
56	101455	M	65	Síntomas depresivos
57	101458	M	21	Síntomas depresivos
58	101472	H	11	Agresividad y bajo rendimiento académico
59	101477	H	8	Ansiedad
60	101513	M	36	Síntomas depresivos y ansiedad
61	101537	H	22	Ansiedad generalizada y ataques de pánico
62	101587	M	55	Ansiedad y distorsión de imágenes
63	101588	M	62	Síntomas depresivos
64	101603	H	15	Relación conflictiva con la madre
65	101688	H	15	Trastorno antisocial
66	101699	M	15	Ansiedad y síntomas depresivos

II.3. REALIZAR HISTORIAS CLÍNICAS

La razón básica para elaborar la historia clínica es recolectar los datos que le permitan al entrevistador conocer de qué manera se fue desarrollando el problema y cuáles fueron los factores médicos, familiares y sociales que influyeron en su aparición.

El formato que se utiliza en el CSP para la historia clínica se encuentra dividido en siete apartados:

1. Ficha de identificación. Contiene los generales del paciente.
2. Motivo de consulta. Se refiere a las circunstancias y razones que motivaron al paciente a solicitar apoyo psicológico.
3. Antecedentes heredo familiares. En este apartado se describen las condiciones generales, peculiaridades culturales, sociales y familiares que caracterizan el medio en que nació el paciente, debe incluir un relato de las actitudes y características de la familia y sus miembros.

4. Periodo del desarrollo. Se refiere al periodo que abarca desde la gestación hasta la vida adulta.
5. Patrones de ajuste adultos. Se consideran los patrones académicos, de trabajo y de salud; los ajustes afectivos y emocionales; el desarrollo sexual; los ajustes sociales, recreativos y culturales; y la dinámica familiar.
6. Examen mental. Se describen los datos principales sobre la personalidad del paciente, la forma en que se conduce en la vida diaria, y su capacidad de insight.¹
7. Información del examinador. Se describen los sentimientos y reacciones del entrevistador hacia el paciente y la información técnica de la entrevista.

La elaboración de historias clínicas posibilita al prestador de servicio social comprender y valorar la importancia de contar con la información suficiente que permita realizar un diagnóstico correcto. Durante el servicio social realice un total de 40 historias clínicas, las cuales se enlistan a continuación.

No.	EXPEDIENTE	SEXO	EDAD	MOTIVO DE CONSULTA EXPRESADO POR EL PACIENTE
1	100021	M	29	Síntomas depresivos
2	100070	M	23	Síntomas depresivos
3	100111	M	60	Problemas familiares
4	100139	M	55	Síntomas depresivos
5	100148	M	15	Violación
6	100227	M	27	Síntomas depresivos por ruptura sentimental
7	100341	H	21	Ansiedad
8	100480	H	13	Problemas de conducta
9	100492	M	20	Ansiedad
10	100551	H	33	Ansiedad
11	100571	H	32	Problemas conyugales
12	100648	M	30	Síntomas depresivos y ansiedad
13	100655	M	35	Crisis de pánico
14	100734	M	36	Baja autoestima
15	100886	H	36	Ansiedad generalizada
16	100920	H	23	Baja autoestima
17	100976	M	26	Celopatía
18	100983	M	52	Problemas para manejar el estrés
19	101021	M	22	Trastornos alimenticios y distorsión de imagen

¹ Es el grado en el cual el paciente se da cuenta de que está enfermo, reconoce la naturaleza de su enfermedad y entiende los factores dinámicos especiales que han actuado en su producción. Para determinar el grado de insight del paciente es conveniente preguntarle si ha notado algún cambio en él mismo, en su perspectiva de la vida, en sus sentimientos, en sus intereses, en su memoria o en su forma de pensar. Se trata de investigar si el paciente desea que lo ayuden y de determinar que tentativas ha hecho por sí mismo para ajustarse a la situación.

No.	EXPEDIENTE	SEXO	EDAD	MOTIVO DE CONSULTA EXPRESADO POR EL PACIENTE
20	101043	M	19	Ansiedad
21	101056	H	20	Alucinaciones
22	101125	H	26	Síntomas depresivos
23	101156	H	30	Conductas adictivas y problemas para el manejo de emociones
24	101193	H	18	Identidad sexual
25	101215	H	26	Inestabilidad emocional
26	101231	M	54	Problemas familiares
27	101262	M	52	Pérdida afectiva
28	101280	M	29	Síntomas depresivos por separación
29	101289	M	18	Síntomas depresivos por pérdida afectiva
30	101352	H	34	Problemas conyugales
31	101396	M	21	Problemas para establecer relaciones con el sexo opuesto
32	101410	M	26	Tristeza
33	101429	M	33	Celos por infidelidad
34	101440	M	14	Problemas para controlar impulsos agresivos
35	101744	H	22	Depresión por diagnóstico de VIH
36	101748	H	51	Trastorno obsesivo compulsivo y depresión
37	101876	M	18	Dificultad para tomar decisiones
38	101893	M	43	Síntomas depresivos por muerte de la pareja sentimental
39	102012	H	14	Piromanía y probable psicosis
40	102040	M	7	Abuso sexual

II.4. CALIFICAR E INTERPRETAR INSTRUMENTOS PSICOLÓGICOS

En el CSP se aplican el Inventario de Depresión de Beck, el Inventario de Ansiedad de Beck y el Inventario multifásico de la personalidad Minnesota-2 a la mayoría de los pacientes adultos que asisten a solicitar el servicio. El prestador de servicio social tiene la responsabilidad de calificar e interpretar los instrumentos que le fueron aplicados a los pacientes que le sean asignados para su tratamiento y en el caso de que lo considere necesario deberá aplicar los instrumentos adicionales que considere conveniente aplicar para obtener un mejor diagnóstico. Durante mi estancia en el CSP calificué e interpreté los instrumentos psicológicos de los 5 pacientes que me fueron asignados para terapia individual así como de los 7 que me fueron asignados para la realización del taller terapéutico.

II.5. ENTREGAR REFERENCIAS EXTERNAS

Parte de mis actividades como prestadora de servicio social consistió en entregar referencias externas a los pacientes que por alguna razón no pueden ser atendidos en el CSP, entre las razones pueden mencionarse las siguientes:

falta de terapeutas para atender a los pacientes; incompatibilidad de horarios entre el horario de funcionamiento del CSP y el horario del paciente; que el paciente presente una problemática particular que requiera una atención diferente a la que se proporciona en el Centro, etc. Para la entrega de referencias se realizó el siguiente procedimiento:

1. La Jefa del Centro revisa los expedientes de los pacientes y anota el tipo de referencia.
2. Cuando el paciente es referido a una institución por requerir de una atención específica que no puede ser proporcionada en el CSP se le contacta vía telefónica para informarle que con objeto de proporcionarle una mejor atención a su problemática particular se le canalizará a otra institución y que deberá pasar al CSP para recibir el oficio de referencia.
3. Si el paciente acepta ser referido se elabora el oficio de referencia y se le entrega al paciente con un oficio de contra referencia. La entrega del oficio de referencia se realiza en un ambiente terapéutico en el cual se le explica al paciente el porqué de la referencia y la importancia de asistir a la institución asignada para continuar con el tratamiento, adicionalmente se le informa que junto con el oficio de referencia se le proporciona un oficio de contra referencia, el cual deberá ser llenado por la institución asignada en caso de que ésta considere conveniente que se le continúe proporcionando apoyo psicológico en el CSP.
4. Cuando el paciente es referido con un terapeuta externo se le contacta vía telefónica para informarle la razón por la cual no se puede proporcionar el servicio en el CSP y se le ofrecen una o dos alternativas de terapeutas cercanos a su domicilio. Si el paciente acepta la referencia se realiza el mismo procedimiento que en el caso anterior, si no está de acuerdo con la referencia se le ofrece un reingreso en las fechas asignadas para la realización de este trámite, haciéndole la aclaración de que podría continuar la imposibilidad de atenderlo en el CSP. Sí el paciente decide no aceptar la referencia o el reingreso se le da de baja.
5. Una vez que la referencia es entregada al paciente se le solicita que firme de recibido en una copia realizada para tal fin, esta copia se anexa al expediente, se anota en la libreta de canalizaciones que ya se entregó la

referencia y se entrega el expediente a la secretaria para que lo remita al área de archivo para su guarda y custodia.

II.6. SUPERVISAR A LOS ALUMNOS DE QUINTO Y SÉPTIMO SEMESTRE QUE REALIZAN SUS PRÁCTICAS PROFESIONALES EN EL CSP

En este rubro se realizaron las siguientes actividades:

1. Capacitar a los alumnos en la realización de pre consultas e historias clínicas a través de la observación directa.
2. Administrar la asignación de pre consultas e historias clínicas de conformidad a las necesidades del CSP, de los profesores y de los estudiantes de maestría y licenciatura, procurando que estos últimos cumplan con el número de tareas exigidas por sus profesores del área teórica.
3. Supervisar a los alumnos en la realización de pre consultas e historias clínicas asistiendo con ellos cuando las llevan a cabo.
4. Revisar las preconsultas e historias clínicas realizadas por los alumnos y proporcionar asesoría a quien lo solicite.
5. Auxiliar a los alumnos en la aplicación, calificación e interpretación de los instrumentos de evaluación.

II.7. ASISTIR A TALLERES DE FORMACIÓN EN LA PRÁCTICA

Para obtener las habilidades que se requieren en el tratamiento de pacientes se tiene la responsabilidad de asistir a los talleres de formación en la práctica cuyo contenido se apega a las necesidades de atención de los pacientes del CSP. Por sugerencia de mi supervisora asistí a los siguientes talleres:

- a) La entrevista clínica: su teoría y su práctica. Este taller lo impartió la Doctora Julia Casamadrid P. La bibliografía consultada fue:
⇒ Greenson, R. (2007). *Teoría y práctica del psicoanálisis*. México: Siglo XXI.
- b) Terapia narrativa. Este taller fue impartido por el Doctor Gilberto Limón Arce. La bibliografía consultada fue:
⇒ Beyebach, M. (1993). *Introducción a la terapia breve centrada en las soluciones*. Tesis doctoral. Universidad Pontificia de Salamanca.

- ⇒ Sluzki, C. (1984) *Terapia familiar como construcción de realidades alternativas*. Transcripción editada de la conferencia pronunciada en el Segundo Encuentro Nacional de Terapia Familiar Sistémica. Santa Fe, Argentina.
 - ⇒ Limón, A.G. compilador. (2005). *Terapias postmodernas*. México: Pax.
 - ⇒ Limón, A.G. (2005). *El giro interpretativo en psicoterapia*. México: Pax.
- c) Intervención terapéutica para la elaboración y resolución de duelo. Fue impartido por la Maestra Beatriz Glowinsky Kotlar. La bibliografía consultada fue:
- ⇒ Lorraine, S. compilador. (1992). *Agonía, muerte y duelo*. México: El Manual Moderno.
 - ⇒ O'Connor, N. (2010). *Déjalos ir con amor*. México: Trillas
 - ⇒ Kübler-Ross, E. (2006). *Sobre la Muerte y los Moribundos*. México: Debolsillo.
 - ⇒ Kübler-Ross, E. (2008). *La muerte: un amanecer*. México: Océano.
- d) Aplicación de la terapia racional emotiva en la depresión. Lo impartió la Maestra Irasema Rea Castañeda. La bibliografía consultada fue:
- ⇒ Aguilar K.E. (1984) *20 Formas de amargarse la vida y...cómo evitarlo*. México: Pax.
 - ⇒ Aros O.C. (2005). *Vivir sin depresión, como recuperar la energía y el entusiasmo*. España: Océano Ámbar.
 - ⇒ Beck, A. y Rush, A.J. (2008). *Terapia Cognitiva de la Depresión*. Bilbao: Desclée De Brouwer.
 - ⇒ Ellis, A. y Grieger, R. (2003). *Manual de Terapia Racional Emotiva*. Bilbao: Desclée De Brouwer.
 - ⇒ Ellis, A. y MacLaren, C. (2004). *Las Relaciones con los Demás*. España: Océano-Ámbar.
 - ⇒ Keith, K. (2002). *Guía de la Clínica Mayo sobre Depresión*. Rochester Minnesota: Plaza Janés.
 - ⇒ Lara, M.A., Salgado, N. (2002). *Cálmese son sus nervios, tómese un tecito*. México: Pax.
 - ⇒ Lega, L.I., Caballo, V.E. y Ellis, A. (1998). *Teoría y Práctica de la Terapia Racional Emotiva Conductual*. México: Siglo XXI.

- ⇒ Vázquez, C. y Muñoz, M. (2004). *Entrevista Diagnóstica en Salud Mental*. Madrid: Síntesis.
- ⇒ Yankura, J. y Dryden, W. (2000). *Terapia Conductual Racional Emotiva*. Bilbao: Desclée De Brouwer.

II.8. PROPORCIONAR TERAPIA INDIVIDUAL

Con objeto de que el prestador de servicio social otorgue un servicio a su comunidad y aplique los conocimientos y habilidades adquiridas en su formación académica, la Jefa del Centro le asigna para su tratamiento a un determinado número de pacientes conforme a las habilidades del prestador y las necesidades del CSP. Para la atención adecuada de los pacientes el prestador debe elaborar un pre diagnóstico basado en la preconsulta, la historia clínica y los instrumentos psicológicos que se le aplicaron al paciente, con base en este pre diagnóstico determina el tipo de técnica que considera mejor se adapta a las condiciones y necesidades del paciente y lo consulta con la Jefa del Centro quien le proporciona la asesoría y supervisión necesaria para la aplicación de la terapia. Durante mi estancia en el Centro proporcione terapia individual supervisada a cinco pacientes.

La primera paciente que me fue asignada fue una paciente femenina de 64 años de edad quien acudió al CSP para adquirir las habilidades que le permitieran separarse definitivamente de “un esposo abusivo”, durante la terapia la paciente reportó estar tomando medicamentos desde hace 10 años para controlar la ansiedad y la depresión y para el tratamiento de diabetes y presión alta; en la observación física se observó que tiene vitiligo. Tomando en cuenta la condición de la paciente se consideró conveniente utilizar una serie de técnicas de apoyo que le permitieran adaptarse, en las mejores condiciones posibles, a las circunstancias que la rodean, ya que éstas difícilmente podrían modificarse. Las técnicas que se utilizaron fueron las siguientes: guía, externalización de intereses, catarsis emocional y desensibilización. Se utilizó como bibliografía básica el libro *Técnicas de Modificación de Conducta* de José Olivares.²

² Olivares, J. (2005). *Técnicas de modificación de conducta*. Madrid: Biblioteca Nueva.

La segunda fue una paciente femenina de 21 años de edad quien acudió al CSP por considerar que “su nivel de autoestima está por los suelos y espera encontrar la manera de sentirse bien consigo misma”. Considerando la problemática y los recursos de la paciente se optó por trabajar con la técnica basada en el consejo terapéutico mejor conocida como Counseling con el objeto de provocar en la paciente un proceso activo de aprendizaje de tipo cognitivo emocional que le permita mejorar su disposición a la autoayuda y ampliar su capacidad de autodirección y de competencia operatoria. Se utilizó como material básico el libro *Psicología General del Counseling* de George Dietrich.³

La tercera paciente fue una paciente femenina de 66 años quien asistió a terapia por sentirse muy triste a raíz de la muerte de sus dos nietas con las que tenía una relación muy estrecha, refirió que también estaba muy enojada con su hija a quien considera responsable de la muerte de las niñas. Considerando que la paciente estaba pasando por un proceso de duelo se optó por trabajar con las herramientas adquiridas en el taller denominado “Intervención terapéutica para la elaboración y resolución de duelo” impartido por la Maestra Beatriz Glowinsky Kotlar. Se consultaron los libros *Déjalos ir con amor* de Nancy O'Connor⁴ y *Sobre la Muerte y los Moribundos* de Elisabeth Kübler-Ross.⁵

El cuarto fue un paciente masculino de 31 años de edad quien acudió al CSP por presentar somnolencia excesiva y continuos dolores de cabeza, sobre la marcha el paciente manifestó que su problemática real era su incapacidad para relacionarse con la gente y el problema para manejar el estrés. En el transcurso de la terapia se observó que el paciente recibió un trasplante de piel para disimular el vitiligo que padece como consecuencia de un problema de ansiedad. Considerando la problemática y los recursos del paciente se optó por trabajar con técnicas de relajación para el manejo de la ansiedad; para el manejo de la timidez se utilizó como material básico el libro *Como vencer la*

³ Dietrich, G. (1986). *Psicología general del Counseling*. Barcelona: Herder.

⁴ O'Connor, N. (2010). *Déjalos ir con amor*. México: Trillas.

⁵ Kübler-Ross, E. (2006). *Sobre la Muerte y los Moribundos*. México: Debolsillo.

timidez de Jonathan Cheek⁶ el cual contiene un enfoque personalizado para adquirir seguridad y autocontrol; el enfoque empleado en la terapia fue la Terapia Racional Emotiva para ayudar al paciente a modificar sus creencias irracionales.

El quinto paciente que me fue asignado fue un paciente masculino de 36 años de edad quien solicitó apoyo psicológico porque considera que tiene problemas para controlar sus emociones y teme llegar al extremo de agredir físicamente a su pareja sentimental, con base en la problemática del paciente y en los recursos de que dispone se optó por trabajar con Terapia Racional Emotiva.

II.9. PARTICIPAR COMO OBSERVADORA EN TERAPIAS GRUPALES

Los prestadores de servicio social tienen el compromiso de participar como observadores y coterapeutas en las terapias que proporcionan los profesores de la Facultad de Psicología con objeto de adquirir las habilidades necesarias para su desarrollo y práctica profesional. Previo a la impartición de talleres terapéuticos es conveniente asistir como observador y de ser posible como coterapeuta en una terapia grupal que tenga como mínimo una duración de 16 sesiones y que sea realizada por un profesor con amplia experiencia en la atención de pacientes en este tipo de terapia. Para cumplir con este requisito asistí como observadora y ocasionalmente como coterapeuta a la terapia de grupo coordinada por la Profesora Martha López, la cual tuvo una duración de 24 sesiones. La bibliografía consultada fue la siguiente:

- ⇒ Kaplan, H. y Sadock, B (1996). *Terapia de Grupo*. España: Médica Panamericana.
- ⇒ Vinogradov, S. y Yalom, I. (1996). *Guía Breve de Psicoterapia de Grupo*. México: Paidós.
- ⇒ Zimmermann, D. *Estudios sobre la Psicoterapia de Grupo*.
- ⇒ Foulkes, S.H. (1986). *Psicoterapia de Grupo*. México: Gedisa.

II.10. REALIZAR TALLERES TERAPÉUTICOS

Como ya se mencionó, en el CSP se pretende desarrollar las habilidades del prestador de Servicio Social en el área de prevención a través de la

⁶ Cheek, J. (1990). *Como vencer la timidez*. Buenos Aires: Paidós Ibérica.

participación en talleres con temas psicológicos los cuales tienen por objeto prevenir la aparición de trastornos psicológicos mayores. Durante su estancia en el Centro el prestador de servicio social tiene el compromiso de desempeñarse como instructor en la impartición de talleres a grupos pequeños con objeto de prestar un servicio a la comunidad y poner en práctica los conocimientos teóricos y adquirir las habilidades que se requieren en los talleres y en la terapia grupal. Durante mi estancia, la Jefa del Centro me asignó la realización de un taller para pacientes con síntomas depresivos moderados, el cual tuvo una asistencia inicial de 7 participantes y una duración de 16 sesiones.

Del procedimiento y los resultados obtenidos en este taller se desprende este informe.

III. SOPORTE TEÓRICO

El taller objeto de este informe se impartió a un grupo de mujeres en la segunda edad que presentaban síntomas depresivos. Antes de la realización del taller se hizo una revisión de los enfoques que se emplean para la prevención y el tratamiento de la depresión y se optó por trabajar con el enfoque cognitivo conductual, dentro de este enfoque se adoptó la Terapia Racional Emotiva por considerar que ésta constituye un sistema de psicoterapia completo que es relativamente fácil de aprender y aplicar y que permite obtener resultados favorables en un tiempo relativamente corto cuando se emplea en la prevención y tratamiento de la depresión.

Por lo anterior el soporte teórico está enfocado en la depresión en general y en las mujeres en particular; en el enfoque cognitivo conductual concretamente en la terapia racional emotiva mejor conocida como TRE; y en los elementos que constituyen la formación de grupos pequeños.

III.1. DEPRESIÓN

III.1.1. Definición de depresión

Beck¹ define la depresión como un estado anormal del organismo manifestado por signos y síntomas de ánimo subjetivo bajo, actitudes nihilistas y pesimistas, pérdida de la espontaneidad y signos vegetativos específicos, y considera que sus principales características son:

1. Una alteración específica del estado de ánimo: tristeza, sensación de soledad, apatía.
2. Un concepto negativo de sí mismo, acompañado de autorreproches y autoinculpación,
3. Deseos regresivos y de autocastigo: deseo de escapar, esconderse o morir.
4. Trastornos vegetativos: anorexia, insomnio, disminución de la libido.
5. Cambios en el nivel de actividad: retardo o agitación.

¹ Beck, A. (1976). *Diagnóstico y tratamiento de la depresión*. México: Merck Sharp and Dohme International, División of Merck and Co., Inc. pp. 6, 7.

En la compilación realizada por Sergio L. Rojtenberg² se define a la depresión como un síndrome caracterizado por el decaimiento del estado de ánimo, la disminución de la capacidad de experimentar placer y de la autoestima, con manifestaciones afectivas, ideativas, conductuales, cognitivas, vegetativas y motoras con serias repercusiones sobre la calidad de vida y el desempeño socio-ocupacional.

En la Guía de la Clínica Mayo sobre Depresión³ se define a la depresión como una enfermedad severa que ocasiona cambios en el estado de ánimo, en el comportamiento, cognoscitivos y físicos. En el estado de ánimo, puede experimentarse tristeza, inutilidad, desamparo y crisis de llanto, es frecuente que la autoestima y la autoconfianza se desplomen y que el paciente se sienta culpable y depreciable, en ocasiones puede presentarse irritabilidad, aburrimiento y fastidio, siendo uno de los síntomas más notorios la falta de interés en las actividades que antes producían placer. En el comportamiento se descuidan aspectos que anteriormente se atendían y existe retraimiento social y mal humor. A nivel cognoscitivo se presentan cambios en la memoria y el pensamiento y dificultad para concentrarse y tomar decisiones. Con respecto a los cambios físicos pueden presentarse desórdenes en los hábitos de sueño y comida y en la apetencia sexual, dolores físicos y disminución de la energía.

En esta Guía se especifica que la depresión puede presentarse de muchas formas, lo que las distingue son los síntomas y las circunstancias asociadas a cada una, así como la duración y severidad de los síntomas. Para poder determinar mejor el tratamiento, los profesionales de la salud mental la clasifican de diversas formas:

⇒ Depresión mayor. Se caracteriza por cambios en el estado de ánimo y presenta uno o ambos de los signos primarios de la depresión: a) sentimientos abrumadores de tristeza o pesar y b) pérdida del interés o placer en las actividades que habitualmente se disfrutaban. Los eventos estresantes de la vida y las pérdidas significativas son los dos factores precipitantes.

² Rojtenberg, S. (compilador). (2006). *Depresiones: bases clínicas, dinámicas, neurocientíficas y terapéuticas*. Buenos Aires: Polemos. p. 39

³ Keith, K. (2002). *Guía de la Clínica Mayo sobre Depresión*. Rochester Minnesota: Plaza Janés. pp. 3-16, 49-58.

- ⇒ Distimia. Es una forma prolongada de depresión leve, los síntomas son parecidos a los de la depresión mayor pero menos intensos.
- ⇒ Trastornos de adaptación. Se presentan síntomas emocionales o de comportamiento en respuesta a un evento identificable cuya respuesta excede de la reacción normal.
- ⇒ Trastornos bipolares. Se presentan ciclos recurrentes de depresión y euforia.

III.1.2. Aspectos epidemiológicos de la depresión

La depresión es una enfermedad que ha ido aumentando considerablemente en los últimos años, la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica realizada en 2005⁴ revela datos francamente preocupantes respecto a la evolución de este trastorno, en dicha Encuesta se menciona que:

- a) La depresión se encuentra entre las 10 enfermedades que producen más discapacidad en el mundo.
- b) Un 8.8% de la población mexicana ha presentado por lo menos un cuadro de depresión alguna vez en su vida y 4.8% lo presentó en el año previo a la realización de esta encuesta, se calcula que la mitad de estos casos son severos.
- c) La depresión es 1.5 veces más frecuente en las mujeres que en los hombres, y el embarazo y el post-parto son periodos particularmente críticos.
- d) A pesar de que existen tratamientos efectivos, la proporción de la demanda atendida es baja, esto se debe en gran parte a que una tercera parte de la gente con depresión no sabe que la padece, considera que las dificultades que tiene son parte normal de la vida.
- e) Una de cada cuatro personas con depresión recibe ayuda; una de cada 10 es atendida por un médico; una de cada 20 es atendida por un psiquiatra, y sólo uno de cada tres pacientes a los que se les prescribe un tratamiento toma el medicamento prescrito.

⁴ Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica (2005). Instituto Nacional de Psiquiatría Juan Ramón de la Fuente. <http://www.uade.inpsiquiatria.edu.mx/>

- f) La depresión es tratable, con el tratamiento adecuado 8 de cada 10 personas mejoran y pueden regresar a su vida productiva, pero si no se trata puede persistir o agravarse.
- g) El riesgo de tener otro episodio depresivo aumenta con cada evento, los episodios subsecuentes son más prolongados, más severos y más difíciles de tratar.
- h) La depresión no tratada puede aumentar el riesgo de otros problemas de salud, los estudios muestran que algunas personas con depresión severa aumentan el abuso de sustancias adictivas.
- i) La depresión puede agravar los problemas médicos existentes e incluso aumenta la probabilidad de desarrollar otras enfermedades.

Atendiendo los datos anteriores puede considerarse que en México la depresión está a punto de transformarse de un problema de salud mental que aqueja a un número relativamente bajo de individuos a un problema de salud pública con la problemática que ello conlleva, y que se traducirá en gastos onerosos para la sociedad en general debido al ausentismo laboral que se presenta en la gente que sufre de depresión y a los costos que el tratamiento de la enfermedad representa ya sea en el sistema de salud público o privado, pero todo ello es mínimo comparado con la manera en que la depresión afecta a los que la padecen y a la gente que los rodea.

III.1.3. Clasificación de la depresión

En su trabajo de tesis Armenta y Martínez⁵ citando a Muñoz y Ying clasifican a la depresión de dos maneras, por dimensiones continuas y por categorías.

Por dimensiones continuas se evalúan diversos continuos como la intensidad, la duración y el impacto en las funciones diarias, para su medición se utilizan escalas de autoreporte para saber que tan deprimida está la persona. Entre las escalas que se utilizan para determinar el grado de depresión de una persona se encuentra el Inventario de Depresión de Beck, éste es un cuestionario de autorespuestas en el que el paciente elige dentro de un grupo de cuatro opciones la frase que considera define de mejor manera la forma en que se ha

⁵ Armenta, A.C. y Martínez, F.A. (2006). Tesis. *Representación social de la depresión en mujeres que solicitan ayuda por este trastorno*. Facultad de Psicología. UNAM.

sentido en la última semana incluyendo el día de la aplicación del cuestionario; en este inventario se pretende medir el valor que el paciente otorga a un grupo de síntomas depresivos, entre los que se encuentran tristeza, pesimismo, sensación de fracaso, insatisfacción, culpa, expectativas de castigo, autodesprecio, autoacusación, ideas suicidas, episodios de llanto, irritabilidad, retirada social, indecisión, cambios en la imagen corporal, enlentecimiento, modificaciones en el sueño y en el apetito, pérdida de peso que no sea como consecuencia de una dieta, preocupaciones somáticas y cambios en el interés por el sexo.

En tanto que por categorías, la clasificación más utilizada de la depresión está en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales. (DSM-IV por sus siglas en inglés). En el DSM-IV-TR⁶ la depresión está ubicada dentro de los trastornos del estado de ánimo, los cuales se dividen en tres partes: la primera se refiere a los episodios afectivos entre los cuales se encuentran el episodio depresivo mayor, el episodio maníaco, el episodio mixto y el episodio hipomaniaco; la segunda parte describe los trastornos del estado de ánimo; y la tercera parte incluye las especificaciones que describen el episodio afectivo más reciente o el curso de los episodios recidivantes.

En este Manual se especifica que uno de los criterios para determinar la presencia de un episodio depresivo mayor es que exista la presencia de cinco o más de los siguientes síntomas durante un periodo de al menos dos semanas, que representen un cambio respecto a la actividad previa, y que no son debidos a los efectos fisiológicos directos de una sustancia o una enfermedad médica o por la presencia de un duelo.

1. Estado de ánimo depresivo la mayor parte del día, casi cada día según lo indica el propio sujeto o la observación realizada por otros.
2. Disminución acusada del interés o de la capacidad para el placer en todas o casi todas las actividades, la mayor parte del día, casi cada día.
3. Pérdida importante de peso sin hacer régimen o aumento de peso.
4. Insomnio o hipersomnia casi cada día.
5. Agitación o enlentecimiento psicomotores casi cada día.

⁶ DSM-IV-TR. (2002). *Breviario del Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Texto Revisado*. Madrid: Elsevier Masson. pp. 157-159

6. Fatiga o pérdida de energía casi cada día.
7. Sentimientos de inutilidad o de culpa excesivos o inapropiados casi cada día.
8. Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o indecisión, casi cada día.
9. Pensamientos recurrentes de muerte (no sólo temor a la muerte), ideación suicida recurrente sin un plan específico o una tentativa de suicidio o un plan específico para suicidarse.

III.1.4. Teorías sobre el origen de la depresión

Existen varias teorías o enfoques que intentan explicar el origen de la depresión, entre las más importantes se encuentran las siguientes:

III.1.4.1. Enfoques cognitivos de la depresión

Beck y Shaw⁷ describen un modelo cognitivo específico del estado clínico de la depresión. El principio central del modelo cognitivo es que las concepciones idiosincrásicas y distorsionadas de las personas deprimidas son determinantes en el desarrollo y mantenimiento de la sintomatología depresiva, plantean que el individuo con inclinación hacia la depresión ha adquirido unas actitudes negativas acerca de sí mismo, de su ambiente y de su futuro, a estas constelaciones cognitivas Beck les ha llamado “triada cognitiva de la depresión”, este modelo parte del supuesto de que los pacientes deprimidos muestran un contenido temático idiosincrático y negativo que no se observa en los no deprimidos respecto a los siguientes tres aspectos:

1. Tienen una consideración negativa de sí mismo. Se perciben como perdedores y tienen a rechazarse a sí mismos y a creer que los demás también les rechazarán.
2. Tienen una consideración negativa del mundo exterior. Consideran que el mundo les hace demasiadas exigencias y les presenta obstáculos que interfieren con el logro de sus objetivos.

⁷ Beck, A. y Shaw, B. (2003). *Manual de Terapia Racional Emotiva*. Bilbao: Desclée De Brouwer. pp. 127-139.

3. Tienen una consideración negativa del futuro. Prevén que sus problemas y experiencias negativas continuarán indefinidamente y que nada cambiará.

Según este enfoque, las cogniciones de la persona deprimida reflejan una inclinación sistemática contra sí mismo, puede decirse que las personas deprimidas tienen una distorsión cognitiva que les hace dar excesivo énfasis a los datos negativos y prácticamente ningún valor a los datos positivos.

El enfoque cognitivo explica la patogénesis de la depresión de esta manera: los conceptos de un individuo provienen de sus experiencias, de sus actitudes, de las opiniones que otros le han comunicado y, de su identificación; una vez que se ha estructurado un concepto se convierte en un esquema cognitivo, los esquemas cognitivos negativos emergen con gran fuerza en la depresión. Se supone que las personas tenemos organizaciones cognitivas maduras y organizaciones cognitivas primitivas; en condiciones normales las maduras predominan, pero en la depresión la organización cognitiva primitiva se adueña del sistema más maduro en las áreas de experiencia que se refieren a la auto-evaluación y la expectativa, de tal forma que la concepción negativa de la persona deprimida sobre sí mismo, sobre sus interacciones ambientales y sobre su futuro está sometida a distorsiones de la realidad que perpetúan la tríada cognitiva.

El enfoque cognitivo considera que las personas deprimidas manifiestan un desorden en su forma de pensar, presentan diversas clases de pensamiento irracional tales como la inferencia arbitraria, la excesiva generalización y la amplificación, lo que los lleva a una tristeza más profunda y a caer en un círculo vicioso, los síntomas se realimentan dentro del sistema psicológico. Entre los principales fenómenos que se relacionan con la depresión se encuentran:

⇒ Tristeza y soledad. Uno de los aspectos cognitivos más notables de la depresión directamente relacionados con el estado de ánimo disfórico es el recuerdo selectivo de las experiencias, los individuos deprimidos tienden a recordar casi exclusivamente lo malo y a considerar que sí sólo le suceden cosas malas es porque se lo merecen. Como resultado de esta visión negativa se vuelve impermeable a los estímulos que puedan provocar

emociones agradables, y la pérdida de la gratificación le conduce a la tristeza.

- ⇒ Cambios motivacionales. Cuando el sujeto deprimido se considera derrotado está propenso a experimentar un estado de indiferencia o apatía, ya que si asume que cualquier cosa que haga traerá consigo resultados negativos prefiere hacer nada.
- ⇒ Conducta suicida. Los deseos e intentos de suicidio pueden considerarse como una expresión extrema del deseo de evadirse, el sujeto deprimido no encuentra salida a sus problemas y en esas condiciones el suicidio parece ser una solución racional.
- ⇒ Síntomas físicos y vegetativos. Entre los síntomas físicos están el retraso motor y la fatiga, el paciente considera que si no puede hacer nada para mejorar su situación entonces no tiene caso moverse. Los signos vegetativos tales como la pérdida de apetito, la pérdida de la libido y el insomnio se pueden definir como los concomitantes fisiológicos de la perturbación psicológica.

Los autores concluyen que en la depresión el pensamiento perturbado constituye el <ojo de la tormenta>, y que por lo tanto una pista para curar con éxito a los clientes deprimidos consiste en precipitar una <calma de la tormenta> dirigiendo las técnicas terapéuticas al centro de la perturbación, esto es a los pensamientos perturbados.

III.1.4.2. Enfoque conductual

Este enfoque está basado en las teorías del aprendizaje y considera que algunas depresiones pueden ser provocadas por factores psicológicos de importancia distinta según sean desencadenantes, precipitantes o mantenedores del síndrome depresivo. A mediados de los 70 Peter Lewinsohn⁸ formuló el modelo socioambiental el cual constituye uno de los planteamientos conductuales más aceptados para explicar el fenómeno depresivo, tomando como base el paradigma del aprendizaje operante planteó que la depresión se producía por una disminución en la tasa de reforzamiento positivo que recibe la

⁸ Milton, S. *La terapia del comportamiento frente a la terapia cognitiva para la depresión.*
<http://www.nj-act.org/article13.html>.

persona por oposición al reforzamiento negativo. Siguiendo esta misma línea, el Doctor José Antonio Guerra Huiguera⁹ del Centro de Psicología Clínica de Madrid, España plantea que la depresión se debe a una falta de refuerzos que hace que el que la padece no actúe, y debido a esta inactividad el deprimido no encuentra refuerzos en la sociedad y en consecuencia la depresión se perpetúa.

III.1.4.3. Enfoque basado en la indefensión aprendida

Seligman¹⁰ define a la indefensión como el estado psicológico que se produce frecuentemente cuando los acontecimientos son incontrolables, esto es cuando no podemos hacer nada para cambiarlo, cuando hagamos lo que hagamos siempre ocurrirá lo mismo. La indefensión debilita la motivación para iniciar respuestas, perturba la capacidad de percibir sucesos y de aprender y produce perturbaciones emocionales. Cuando el hombre y los animales se dan cuenta de que sus acciones son inútiles y de que no hay esperanza, se vuelven más susceptibles a la depresión y a la muerte, inversamente la creencia en el control sobre el ambiente puede prolongar la vida. El estado psicológico de indefensión aumenta el riesgo de padecer depresión y en grado extremo de morir.

III.1.4.4. La teoría biológica

Esta teoría considera que la depresión está originada por un desequilibrio de los neurotransmisores. Los neurotransmisores son las sustancias químicas que las células nerviosas utilizan para comunicarse entre sí. Los neurotransmisores que se asocian a la depresión son la serotonina, la norepinefrina y la dopamina. Algunos estudios sugieren que la gente deprimida tiene menor cantidad de uno o más de estos neurotransmisores en las sinapsis que se establecen entre las neuronas.

III.1.4.5. La teoría de desesperanza de la depresión

De acuerdo con esta teoría, las personas que poseen estilos inferenciales negativos tienen mayor riesgo que las personas que no exhiben dichos estilos

⁹ Web de Elia Roca. //www.cop.es/colegiados/PV00520/

¹⁰ Seligman, M. (1983). *Indefensión*. Madrid: Debate. pp. 27-66.

para desarrollar síntomas depresivos. La vulnerabilidad cognitiva está constituida por tres patrones inferenciales desadaptativos: tendencia a inferir que los factores estables y globales causan los sucesos negativos; tendencia a inferir que los sucesos negativos presentes conducirán a eventos negativos futuros; y tendencia a inferir características negativas sobre sí mismo cuando ocurren sucesos negativos.

III.1.4.6. Aportaciones de la Terapia Racional Emotiva (TREC)

Lega, Caballo y Ellis¹¹ plantean que una gran contribución de la TREC al estudio de la depresión y la ansiedad lo constituye la afirmación de que existen dos aspectos básicos que son los determinantes en la aparición de la depresión y la ansiedad, estos dos aspectos son: 1) Problemas en la filosofía básica del paciente y 2) La ansiedad del ego contra la ansiedad situacional.

El primer aspecto considera que la rigidez y exigencia absolutista de la filosofía básica del paciente es la causa principal de la perturbación emocional, y de ella se derivan todo tipo de conclusiones y distorsiones cognitivas. La tiranía de los “debería” es el eje principal de la ansiedad y la depresión.

Si las personas simplemente desean lograr una meta cuando fallan se sienten tristes pero no deprimidas, sin embargo cuando sus deseos se transforman en exigencias, convenciéndose de que “deben” lograr una meta cuando fallan se sienten deprimidas. La TREC diferencia claramente entre los sentimientos apropiados o racionales como tristeza, irritación y pesar y los sentimientos inapropiados o irracionales como depresión, ira y autocondena ante privaciones y pérdidas similares, y atribuye que la causa principal de los segundos son rigidez, absolutismo y dogma en el pensamiento o la filosofía básica del paciente.

El segundo aspecto considera que existen dos formas de ansiedad: la ansiedad del ego y la ansiedad situacional, la primera está estrechamente relacionada con la depresión, en tanto que la ansiedad situacional se relaciona con situaciones de incomodidad o baja tolerancia a la frustración.

¹¹ Lega, L.I., Caballo, V.E. y Ellis, A. (1998). *Teoría y Práctica de la Terapia Racional Emotiva Conductual*. México: Siglo XXI. pp. 121-135

La ansiedad del ego se define como la tensión emocional que resulta cuando las personas piensan: 1) que su valor como personas está siendo amenazado, 2) que siempre “deben” comportarse perfectamente, y 3) que es horrible y catastrófico cuando fallan y/o si otras personas les rechazan cuando “deberían” aceptarlas. Esta tensión se acompaña por otros sentimientos como depresión, vergüenza y culpa y es específica a una situación concreta.

La ansiedad situacional es menos dramática que la ansiedad del ego y con frecuencia es un síntoma secundario que puede manifestarse a través de varias situaciones. La depresión, que está generalmente asociada con la ansiedad del ego, presenta también un aspecto de ansiedad situacional, se ha observado que los sujetos deprimidos, además de tener una autoimagen pobre también presentan una tolerancia a la frustración extremadamente baja.

III.1.5. La depresión en la mujer

La mayoría de los estudios que existen sobre depresión en la mujer coinciden en que ésta es más frecuente en las mujeres que en los hombres y que la causa de esta diferencia está determinada por diversos factores fisiológicos, sociales, psicológicos y culturales. Algunos autores dan más peso a uno de los factores sobre otros pero en general coinciden en que no existe una sola causa de la depresión en las mujeres y que ésta es multifactorial.

III.1.5.1. Algunos enfoques acerca de la depresión en la mujer

Hoy en día la mayoría de los especialistas coinciden en que los desajustes hormonales son uno de los principales desencadenantes de la depresión, aunque siempre van acompañados de otros factores. En un artículo publicado por Landa¹² en el que cita a varios especialistas entre ellos a Jerónimo Saiz presidente de la Sociedad Española de Psiquiatría, se plantea que actualmente hay una exigencia por parte de la sociedad hacia el rol de la mujer que está resultando malsana. "Se le pide a la mujer actual que tenga muchos roles diferentes; de madre, de pareja, en lo profesional compitiendo al máximo nivel y muchas veces esto no se acompaña de la satisfacción, de la compensación que sería de esperar del papel tradicional de la mujer como cuidadora de otras

¹² Landa, I. (2010). *Ser mujer favorece la depresión*. Madrid: El País.com

personas". Si a los desordenes hormonales se le añade el cuidado de otras personas, la doble y triple jornada entre el trabajo fuera de casa y el doméstico, la dependencia económica y social, la violencia de género o simplemente la genética, el riesgo de sufrirla en las mujeres se dispara. Todas las etapas fisiológicas por las que pasa la mujer durante su etapa de desarrollo, menstruación, embarazo, parto y postparto, lactancia y menopausia están dirigidas por las hormonas; los cambios en los niveles de estrógeno y progesterona, dos hormonas femeninas que se reproducen en los ovarios, generan las alteraciones que revolucionan a la mujer por dentro, cuando hay una bajada o supresión brusca en los niveles de estrógenos la mujer es más vulnerable a sufrir depresión.

En este mismo artículo, Enric Álvarez director del Servicio de Psiquiatría del Hospital de Sant Pau de Barcelona y profesor titular de la Universidad Autónoma de Barceñlona, señala que además de las hormonas, la depresión parece estar relacionada con el desequilibrio químico de los neurotransmisores. "Siempre que hacemos investigaciones sobre la depresión vemos que tanto si estás mirando niveles en plasma de antidepresivos, como si estudias factores estresantes precipitantes de la depresión, o si estás mirando niveles de serotonina en plaquetas, al final resulta que están afectados por las hormonas y los neurotransmisores el doble de mujeres que de hombres. Esto sólo ocurre con la depresión, porque en la prevalencia de las demás enfermedades mentales no hay diferencias de sexo. Por eso, creo que el factor hormonal es decisivo en las mujeres para tener depresión".

En los resultados de la encuesta de Actimud¹³ se observa que el 71% de las pacientes que asisten a consulta por depresión son mujeres de mediana edad, entre 30 y 65 años, y que la prevalencia de la enfermedad aumenta con la edad, hasta los 65 años. De los resultados en la encuesta se deduce que la depresión en las mujeres tiene características específicas que se relacionan con el climaterio y otros cambios hormonales, un 38% de las pacientes con depresión se asocia con menopausia y un 17% con situaciones premenstruales.

¹³ Actimud. (2008). *Actitud de la Mujer ante la Depresión*. Madrid. Encuesta

Para algunos especialistas, los aspectos socioculturales son determinantes a la hora de explicar la mayor frecuencia de la depresión en la mujer que en el hombre, a pesar de que la mujer está rompiendo con muchos roles adquiridos a lo largo de su historia, todavía la mayoría siguen desempeñando un papel menos gratificante, de menor prestigio y con la sobrecarga del trabajo fuera y dentro de casa.

En una revisión realizada, Aros¹⁴ encontró que entre los diversos factores que pueden propiciar que la mujer sea más propensa a tener depresión que los hombres, se encuentran:

- ⇒ Las diferencias biológicas, el complejo sistema hormonal de las mujeres puede provocar cambios físicos y hormonales que desemboquen en depresión, estos cambios se acentúan durante la menstruación, el embarazo, el parto y el climaterio.
- ⇒ La presión social sobre la mujer, la lucha continua para reafirmar su identidad, sus derechos y su posición laboral constituyen un excelente caldo de cultivo para desencadenar una depresión.
- ⇒ La rutina del ama de casa, las mujeres que no trabajan fuera de casa se sienten culpables por no haberse liberado y por depender económicamente de sus maridos.
- ⇒ Trabajar fuera de casa, la doble jornada aunada a las presiones familiares y los prejuicios en el área laboral propician un mayor estrés en las mujeres que trabajan respecto a sus compañeros varones.
- ⇒ Los problemas matrimoniales.
- ⇒ Los cambios en los ciclos de vida, cuando los hijos se van de casa la mujer puede sentirse sola sin actividades.

Bleichmar¹⁵ considera que la mayor incidencia de depresión en las mujeres no debe buscarse solamente en la biología, fisiología, ni en su propio cuerpo, sino en las condiciones de vida y en las características de la subjetividad, y asegura que los factores psicosociales que conducen a la depresión son el espíritu mismo del estereotipo de la feminidad. La feminidad misma, tal como está

¹⁴ Aros O.C. (2005). *Vivir sin depresión, como recuperar la energía y el entusiasmo*. España: Océano Ámbar. pp. 79-108

¹⁵ Bleichmar, H. (1997). *La depresión. Un estudio psicoanalítico*. Buenos Aires: Nueva Visión

concebida en nuestra cultura es el factor de mayor riesgo para la depresión, la dependencia emocional como causa de depresión es la necesidad de aprobación del otro para el mantenimiento de la autoestima, cuanto más depende una persona de otra para la regulación de su autoestima es más alto el riesgo de sufrir depresión. En oposición al rol tradicional del género femenino, la mujer moderna ha incorporado a su identidad dos rasgos básicos: independencia económica y ambición personal, cuando las mujeres desarrollan una actividad laboral fuera de casa, conlleva un beneficio en su estado de ánimo ya que evita el aislamiento social que acompaña a menudo a la ama de casa, las mujeres que cumplen con esta doble jornada cuentan con fuentes de satisfacción y autoestima que actúan como factores de protección frente a la depresión, aunque no siempre la evitan, pero por otro lado tienen una doble carga que les impide realizar actividades lúdicas lo puede ser un factor desencadenante del estrés en primera instancia y de la depresión después.

Por otro lado Bosqued¹⁶ refiere que las causas que provocan la depresión en la mujer se encuentran en los siguientes factores: presencia de antecedentes psicopatológicos familiares o personales; bajo nivel de autoestima; tendencia a culpabilizarse; déficit en la adquisición de habilidades sociales y de asertividad; indefensión aprendida, visión negativa de la realidad, presencia de acontecimientos vitales estresantes; problemas importantes de salud; variables socio-culturales que incluyen una mala relación con su pareja; carecer de redes sociales de apoyo; dificultades económicas; e insatisfacción laboral entre otras.

A pesar de que algunos factores causales se asemejan, no existe un consenso absoluto para explicar el por qué la depresión se presenta en mayor medida en las mujeres que en los hombres, lo que lleva a pensar que es probable que la elevada prevalencia en las mujeres sea multifactorial y que implique una compleja interacción de factores genéticos, neuroendocrinos, psicosociales y relacionados con el estrés. Sin embargo el aumento en la presentación de los trastornos depresivos en momentos determinados hace suponer que la base etiológica de éstos subyace en alteraciones hormonales, pues es de tomarse

¹⁶ Bosqued, L. (2005). *Vencer la depresión. Técnicas psicológicas que te ayudarán*. México: Desclée de Brouwer.

en cuenta que estos momentos vitales se asocian a factores estresantes de naturaleza psicológica y social como el postparto y la menopausia.

III.1.6. Tratamiento de la depresión

En la Guía de la Clínica Mayo¹⁷ se menciona que generalmente la primera elección para tratar la depresión es el uso de medicamentos antidepresivos, sin embargo éstos no siempre son efectivos y no funcionan de igual manera en todos los pacientes, si bien el uso de antidepresivos constituye en muchos casos la primera opción para el tratamiento de la depresión, ésta no ha sido ni es la única forma de tratarla, la depresión es susceptible de ser tratada de muchas maneras y su tratamiento ha variado con el tiempo.

Durante la primera mitad del siglo XX el psicoanálisis y la terapia electroconvulsiva fueron las opciones dominantes para el tratamiento médico de la depresión. A inicios de la segunda mitad del siglo XX se descubrieron casualmente opciones farmacéuticas para su tratamiento, dando origen a la primera generación de antidepresivos conocidos como tricíclicos cuya función consistía en inhibir la monoaminoxidasa, su uso se discontinuó debido a los efectos secundarios. A finales de la década de los 50 los psiquiatras y los psicólogos empezaron a explorar alternativas para su tratamiento desarrollándose dos formas de psicoterapia: la terapia del comportamiento cognoscitivo y la terapia interpersonal. A principios de 1970 se empezó a utilizar el Litio como un estabilizador del estado de ánimo para tratar y prevenir el trastorno bipolar. Al finalizar la década de 1980 se descubrieron una nueva clase de antidepresivos, los inhibidores selectivos de la recaptura de la serotonina, cuyo resultado en el tratamiento de la depresión era tan o más eficaz que el que se lograba con los antidepresivos tricíclicos con la ventaja de que eran más seguros y con efectos secundarios más leves, a éstos se les conoce como la segunda generación de medicamentos antidepresivos. Es hasta principios de 1990 cuando se vislumbró la conveniencia de combinar medicamentos con psicoterapia para obtener resultados más rápidos y consistentes.

¹⁷ Keith, K. (2002). *Guía de la Clínica Mayo sobre Depresión*. Rochester Minnesota: Plaza Janés. pp. 3-16, 49-58

Los medicamentos antidepresivos funcionan de tres maneras: 1) Inhibiendo la recaptura del neurotransmisor permite que los neurotransmisores permanezcan mayor tiempo. 2) Bloqueando ciertos receptores químicos sobre los que actúan los neurotransmisores, con lo que se evita que la célula nerviosa receptora capte ciertos mensajes de la célula nerviosa que los envía. 3) Inhibiendo la monoaminoxidasa, al inhibir a la enzima responsable de la degradación de los neurotransmisores se posibilita que haya más de éstos en la sinapsis. Con base en los efectos que producen sobre los neurotransmisores cerebrales se dividen en cinco grupos: 1) Inhibidores de la recaptura de la serotonina (ISRS), bloquean el regreso de la serotonina a su célula. 2) Inhibidores mixtos de la recaptura, bloquean el regreso de varios neurotransmisores a su célula. 3) Bloqueadores de los receptores, impiden que los neurotransmisores se unan a ciertos receptores de las células nerviosas. 4) Inhibidores de la recaptura de los neurotransmisores y bloqueadores de los receptores, actúan sobre las neuronas en dos formas: inhibiendo la recaptura de uno o más neurotransmisores y bloqueando uno o más receptores de las células nerviosas. 5) Inhibidores de enzimas, bloquean la acción de la monoaminoxidasa haciendo que los neurotransmisores permanezcan activos más tiempo en la sinapsis.

La selección de un tipo de antidepresivo respecto a otro se realiza atendiendo diversos factores tales como la eficacia, los efectos secundarios y el costo. El tratamiento se divide en dos etapas, la primera denominada etapa aguda está enfocada a sentirse mejor, la segunda es de mantenimiento. Las circunstancias personales son las que determinan la duración del tratamiento y tienen que ver con la gravedad y duración de la depresión, lo difícil del tratamiento, si se han tenido episodios previos, la historia familiar, y las condiciones en que se presentó la depresión. Dependiendo del tipo de depresión y de si ésta se presenta con otros trastornos el médico puede considerar conveniente recetar otro medicamento además del antidepresivo para tratar la enfermedad. Entre estos medicamentos se encuentran estabilizadores del estado de ánimo, medicamentos anti ansiedad, medicamentos antipsicóticos y estimulantes, estos últimos se utilizan cuando la depresión es muy profunda, ayudando a levantar

el estado de ánimo y el nivel de energía mientras el antidepresivo empieza a hacer efecto.

En el horizonte están en estudio nuevas formas de tratamiento basadas en alternativas de la terapia electroconvulsiva y en enfoques genéticos. Se están estudiando nuevos medicamentos para el tratamiento de la depresión, cuyo uso está destinado a las personas que no responden a los antidepresivos actuales y a disminuir los efectos secundarios, entre ellos se encuentran los bloqueadores de la sustancia P y de la hormona corticotrofina, se especula que esta hormona estimula la liberación de algunas sustancias químicas que podrían ser causantes de depresión. Algunas hierbas y suplementos dietéticos se están empleando como terapia alternativa o complementaria para tratar la depresión, entre los que se encuentran: la planta de San Juan, un problema con esta hierba es que puede interferir con la eficacia de algunos medicamentos de prescripción como los antidepresivos, los utilizados para tratar el VIH y el SIDA y los que se recetan para prevenir el rechazo de órganos; y la S-adenosil-metionina (SAM-e), se especula que aumenta los niveles de serotonina y dopamina, pero su eficacia no ha sido del todo comprobada y su costo es muy alto.

Como ya se mencionó los tratamientos farmacológicos no constituyen ni la única ni la mejor opción para el tratamiento de la depresión, existe una amplia variedad de tratamientos psicológicos para tratarla entre los que se encuentra la terapia cognitiva conductual. Esta terapia ofrece un planteamiento completo de la depresión de manera que dispone de una teoría, una evaluación diagnóstica y un procedimiento terapéutico estructurado que incluye de 15 a 20 sesiones y se concibe como un enfoque psicoeducativo diseñado para cogniciones y conductas. En este enfoque se localiza el sistema denominado Terapia Racional Emotiva.

III.2. TERAPIA RACIONAL EMOTIVA (TRE)

Dentro del enfoque cognitivo conductual se ubica la terapia racional emotiva, la cual como ya se dijo constituye un sistema de psicoterapia completo que es relativamente fácil de aprender y aplicar y que permite obtener resultados

favorables en un tiempo relativamente corto cuando se emplea en la prevención y el tratamiento de la depresión.

III.2.1. Teoría básica clínica de la Terapia Racional Emotiva (TRE)

La premisa básica de la TRE¹⁸ plantea que las personas controlan en gran parte sus propios destinos creyendo y actuando según los valores y creencias que tienen. Esta teoría mantiene que las personas directamente no reaccionan emocional o conductualmente ante los acontecimientos que encuentran en su vida; más bien, las personas causan sus propias reacciones según la forma en que interpretan o valoran los acontecimientos que experimentan.

La TRE parte de que existen tres componentes básicos en nuestro comportamiento: A B y C. En donde:

- ⇒ A representa las experiencias activadoras,
- ⇒ B representa el sistema de creencias innatamente predispuesto y aprendido o adquirido, y
- ⇒ C representa las consecuencias emocionales y conductuales

La teoría TRE afirma que es B y no A lo que provoca C, así A no es la que produce C sino más bien es uno mismo quien produce C con base en B. Viéndolo de esta manera puede concluirse que las cosas que ocurren no son las que perturban sino la opinión que se tiene de ellas, por lo que si se quiere lograr un cambio en C debemos enfocarnos a modificar B. Para modificar B necesitamos dominar nuestras creencias irracionales, pero antes necesitamos descubrir cuáles son.

En seguida se describen las tres formas básicas que la TREC considera que pueden utilizarse para descubrir nuestras creencias irracionales:

- 1) Una manera de descubrir nuestras creencias irracionales, consiste en buscar en nuestros *deberías* y nuestros *tienes que*, porque si escarbamos un poco nos daremos cuenta que cuando tenemos problemas emocionales

¹⁸ Ellis, A., y Grieger, R. (2003). *Manual de Terapia Racional Emotiva*. Bilbao: Desclée De Brouwer. pp. 17-43

es porque nuestras creencias irracionales contienen un pensamiento basado en una o más de las siguientes cuatro formas básicas:

- ⇒ Alguien o algo *debería, sería o tendría* que ser diferente de lo que es en realidad.
- ⇒ Cuando alguien es como es y no como crees que *debería o tendría que ser* lo encuentras horrendo, terrible.
- ⇒ Piensas que no puedes sufrir, tolerar o soportar a esta persona o cosa y por eso concluyes que *no debería haber sido* como es.
- ⇒ Piensas que tú u otras personas han cometido errores horribles y porque tú o ellas *deben* actuar de esa manera merecen reprobación y pueden ser catalogados como canallas, podridos o despreciables.

2) Otra manera de encontrar nuestras creencias irracionales consiste en examinar la consecuencia conductual o emocional inadecuada (Ci) y la experiencia o acontecimiento activador (A). El método consiste en lo siguiente:

- ⇒ Busca por qué te sientes horrible.
- ⇒ Busca algo que no puedes soportar.
- ⇒ Busca tu necesidad perturbadora.
- ⇒ Busca la condena que haces de ti mismo y de los demás.

3) Otro método de descubrir las creencias irracionales consiste en suponer que están englobadas en una de las tres principales ideologías de necesidad perturbadora, ya que prácticamente todo sentimiento perturbado parece estar estrechamente relacionado al menos con una de las siguientes ideologías:

- ⇒ *Tengo que actuar bien y tengo que ganar la aprobación por mi forma de actuar de lo contrario soy considerado como podrido.*
- ⇒ *Tú debes actuar de forma amable, considerada y justa conmigo, o de lo contrario eres un canalla y la sociedad y el universo deben condenarte y castigarte por tu falta de consideración.*
- ⇒ Las condiciones en que vivo *deben* seguir siendo buenas y fáciles para que consiga prácticamente todo lo que quiero y no me ocurra nada de lo que no quiero, o de lo contrario la vida casi no merece vivirla.

Ellis¹⁹ plantea que a diferencia de la mayoría de los sistemas de psicoterapia, la TRE no parte del supuesto de que las personas aprenden de otros la manera de trastornarse a sí mismos, sino que existe un fuerte componente innato o biológico en este comportamiento, con ello no quiere decir que esta característica o rasgo no pueda ser modificada, sino que a consecuencia de su naturaleza genética y/o congénita, una persona desarrolla ciertos rasgos y encuentra dificultad en modificarlos o eliminarlos. Los principios en los que apoya la tesis que propone que las diferentes irracionalidades tienen raíces biológicas y brotan de la naturaleza fundamental del ser humano se sustentan en lo siguiente:

1. Todas las principales irracionalidades humanas, parecen existir, bajo una forma u otra, en casi todas las personas.
2. Casi todas las principales irracionalidades que ahora existen se han extendido poderosamente en prácticamente todos los grupos sociales y culturales.
3. Muchas de las irracionalidades que las personas siguen ciegamente van contra lo que dicen sus padres, compañeros o medios de comunicación social.
4. Casi todas las principales irracionalidades son aplicables no sólo para personas ignorantes, estúpidas y muy perturbadas sino también para las personas muy inteligentes, educadas y casi no perturbadas, aunque estas últimas defienden irracionalidades menos rígidas.
5. Cuando las personas inteligentes dejan muchas de sus irracionalidades frecuentemente adoptan otras necedades y tienden a irse a extremos irracionales.
6. Las personas que parecen menos aquejadas de pensamientos y componentes irracionales en ciertos momentos vuelven a ellos.
7. Las personas que se oponen fuertemente a varias clases de irracionalidades a veces caen presa de ellas.
8. El conocimiento o la reflexión sólo parcial en torno al comportamiento irracional de uno ayuda a cambiarlo aunque no totalmente.

¹⁹ Ellis, A., y Grieger, R. (2003). *Manual de Terapia Racional Emotiva*. Bilbao: Desclée De Brouwer. pp. 17-43

9. Es excepcionalmente difícil vencer y extirpar los pensamientos y comportamientos irracionales.
10. Ciertas ideas irracionales brotan de experiencias personales no adquiridas.
11. Algunas de las formas irracionales más populares comienzan con una observación realista o sensible y terminan con un tipo de conclusión ilógica.
12. Muchas clases de pensamiento irracional consisten en grandes supra-generalizaciones, se comienza con una observación sensata “fracasé en esta prueba” y después se súper-generaliza “siempre fracasaré”.
13. El pensamiento humano varía significativamente en función del nivel de inteligencia, el cual posee un fuerte elemento hereditario.
14. Existe evidencia de que las personas encuentran más facilidad en aprender la conducta auto-destructiva que la no auto-destructiva.

La teoría de la TRE plantea que una vez que se han encontrado las creencias irracionales que se utilizan, se puede seguir con el debate y la distinción de ellas mismas para deshacerlas o al menos minimizarlas. Para debatir las creencias, el método que propone es el método lógico-empírico de cuestionar, poner en tela de juicio y debatir científicamente nuestras creencias irracionales. La distinción consiste en hallar las diferencias que existen entre lo que se quiere y lo que se necesita, entre lo que se desea y lo que se demanda, entre las ideas racionales y las irracionales, diferenciando entre las conclusiones lógicas y las ilógicas.

Otra parte del proceso es la definición de los términos para concluir con definiciones más refinadas y claras, utilizando para ello la práctica de la semántica general, ello permite evitar las supra-generalizaciones ya que éstas contradicen algunos de los principios básicos de la lógica. En la TRE este proceso se denomina Discusión y se caracteriza con la letra D, a manera de resumen puede decirse que la Discusión (D) consiste en varias clases de reestructuras cognitivas, incluyendo la Averiguación de las irracionalidades, el Debate contra ellas, la Distinción entre el pensamiento lógico e ilógico y la Definición y Redefinición semántica que ayuda a detener la supra-generalización.

La Discusión puede hacerse debatiendo la consecuencia conductual o emocional inadecuada (Ci) y encontrando las creencias irracionales que provocaron dicha conducta.

- ⇒ Busca por qué te sientes horrible. La creencia irracional “*creo que es muy inconveniente que me despidan del trabajo por faltar a mi deber, encuentro horrible que yo me cause estos inconvenientes*” se puede discutir de la forma siguiente. Separando los puntos de vista que se mantienen unidos de forma ilógica me fuerza a encontrar la ilogicidad de uno de ellos y a no caer en pensamientos absolutistas. La primera parte de la frase parece lógica pero la segunda es ilógica, porque quien de manera racional se causa inconvenientes.
- ⇒ Busca algo que no puedes soportar. Si afirmas “*no puedo soportar mi mal comportamiento*” pregúntate si realmente no puedes soportarlo y caerás en la cuenta de que puedes soportar casi cualquier cosa, aunque no necesariamente tengas que hacerlo.
- ⇒ Busca tu necesidad perturbadora. En la creencia irracional “*no debería haber actuado tan estúpidamente cuando tenía tan buen trabajo*” se llega al núcleo real de cualquier problema emocional. Al utilizar *-el debería, el tengo que, el es necesario que-* transformamos nuestros deseos en demandas absolutas, y si aplicamos estas sentencias a los hechos pasados nos condenamos sin ninguna posibilidad de reivindicación, porque no podemos hacer nada para cambiar el pasado, además al emplear los *debería haber hecho* significa que uno sabía las consecuencias que traerían los actos, lo cual generalmente no es así.
- ⇒ Busca la condena que haces de ti mismo y de los demás. La creencia irracional “*porque hice lo que no debería haber hecho en ese trabajo, solamente puedo considerarme una persona fracasada que siempre seguirá actuando de esta forma y que por lo tanto no merezco nada bueno en la vida*”, puede discutirse de la forma siguiente el haber actuado como tonto no quiere decir que lo sea y que siempre vaya a actuar de ese modo y tampoco significa que por ello no me merezca nada.

La TRE plantea que la Discusión es el principal enfoque terapéutico de esta teoría ya que al discutir las creencias irracionales se puede llegar a dominar

estas creencias. Sin embargo el resultado final de la TRE no consiste solamente en dominar las creencias irracionales sino en conseguir un nuevo efecto (E) o filosofía que capacite a las personas a pensar semiautomáticamente sobre sí mismo, sobre los demás y sobre el mundo de una forma más sensata. No obstante el que yo pueda evaluar mis diferentes actos o comportamientos en términos de si me ayudan a vivir mejor, no significa que puedo valorar o evaluar mi yo total o mi personalidad, ésta simplemente existe y no tiene una valoración o clasificación total. Al conseguir el nuevo efecto (E) se llega al final del proceso de la TRE, porque aunado a un nuevo Efecto cognitivo (Ec) se llega a tener un nuevo Efecto emotivo (Ee) y por consiguiente un nuevo efecto conductual (Ec).

Ellis concluye diciendo que para lograr mantener controladas las creencias irracionales se requiere una práctica constante, emotiva y orientada a la acción del A-B-C-D-E, porque las personas tenemos tendencia a pensar irracionalmente, a manifestar las emociones de forma inapropiada y a actuar con ciertas perturbaciones que tienen una base biológica fuerte y un importante componente de aprendizaje.

III.2.2. Modelos basados en la TREC para la evaluación, prevención y tratamiento de la depresión

Los siguientes son dos modelos diferentes que pueden aplicarse dentro del enfoque de la TRE para la prevención y tratamiento de la depresión.

III.2.2.1. Modelo de tres factores

Yankura y Dryden²⁰ desarrollaron un modelo clínico que parte del supuesto de que las principales causas de la depresión son tres: la autoinculpación, la autocompasión y la compasión; partiendo de ese supuesto su tratamiento debe enfocarse a minimizar estos factores a través de una serie de actividades. La descripción del modelo y la forma en que se puede emplear para ayudar a los pacientes se describe en seguida.

²⁰ Yankura, J. y Dryden, W. (2000). *Terapia Conductual Racional Emotiva*. Bilbao: Desclée De Brouwer. pp. 45-66

1. La auto-inculpación que equivale a tener sentimientos de culpa, el enfoque del “malo de mí” es la causa más frecuente de depresión. Para ayudar al paciente es importante mostrarle que es él mismo quien crea sus sentimientos de culpa a través del siguiente mecanismo: a) advierte que ha actuado mal y b) decide que es una mala persona. Para confrontar la autovaloración negativa se le presentan los siguientes argumentos: 1) separe la valoración que hace de su conducta de la que hace de su persona; 2) la autoinculpación no le ayuda a mejorar su conducta; 3) acepte su responsabilidad sin culpas para poder modificar los rasgos que contribuyeron para que usted actuara mal; 4) reconozca que la conducta indebida casi siempre se debe a tres variables: (a) estupidez, (b) ignorancia, y (c) trastorno emocional; y 5) reconozca que usted es una persona como cualquier otra y que por lo tanto puede cometer errores.
2. La auto-compasión, el enfoque de “pobre de mí”. Se produce cuando una persona tiene una visión catastrófica de las frustraciones, para ayudar al individuo a eliminar esta visión se hace la siguiente confrontación: 1) nada puede ser peor que el 100% de malo; 2) las cosas casi siempre podrían ser peores de lo que son; 3) casi siempre es posible encontrar cierto grado de felicidad e incluso las situaciones altamente negativas pueden ser manejadas; y 4) el punto de vista catastrófico sólo empeora las situaciones.
3. La compasión por otros, el enfoque de “pobre de ti”. Este enfoque conlleva la tendencia a la dramatización, los argumentos que pueden emplearse para confrontar a este tipo de pacientes son: 1) la tendencia a dramatizar añade desgracia adicional al otro; 2) cuando se deprime por compadecerse de otras personas disminuye su capacidad para resolver problemas con efectividad, de este modo su capacidad para ayudar al otro será menor; y 3) su propia dramatización puede servir para reforzar la dramatización de la otra persona y esto sólo empeoraría las circunstancias.

Los autores consideran que este enfoque ofrece notables ventajas para el tratamiento de la depresión ya que en primer lugar es bastante sencillo y por lo tanto de fácil comprensión y en segundo lugar permite al terapeuta diagnosticar con rapidez el tipo de depresión que tiene un individuo, lo cual facilita decidir qué tipo de intervención racional emotiva conviene aplicar.

El siguiente es un caso ilustrativo, en el que aplicaron la TREC para el tratamiento de la depresión por autoinculpación y autocompasión. El procedimiento es más o menos el siguiente:

1. Explicar a la paciente cómo se deprimen las personas y solicitarle que identifique cual es el factor que influye en mayor medida en su depresión.
2. Enseñar algunas pautas de conducta asertiva explicando los tres principios de la interacción humana: 1) usted recibe las conductas que tolera; 2) los otros cambian hasta que usted cambia; y 3) cambie su excesiva tolerancia de las conductas improcedentes hacia usted.
3. Enseñar el origen de los sentimientos de culpabilidad explicando que la culpabilidad se genera en dos fases. En primer lugar usted debe creer que ha hecho algo malo y en segundo lugar usted debe creer que como hizo algo malo usted es una persona completamente mala.
4. Dejar una tarea que consiste en preguntarse si se ha comportado indebidamente porque era deficiente, ignorante o porque estaba trastornada y a continuación aceptarse como un ser humano falible.
5. Explicar que somos nosotros mismos quienes nos deprimimos al decirnos tres tipos de cosas: La primera es que nos odiamos y nos culpamos por haber hecho algo de los que nos avergonzamos o que desaprobamos. La segunda es que nos compadecemos de nosotros mismos por el modo en que nos está tratando el mundo. La tercera es nuestro sentimiento de derrota por otras personas y los sufrimientos que éstas están padeciendo. Si no hiciéramos ninguna de estas cosas no nos deprimiríamos, sólo nos sentiríamos mal ante un acontecimiento negativo, lo cual es totalmente comprensible.
6. Subrayar la diferencia entre las emociones negativas inapropiadas y las negativas apropiadas explicando que estar triste, irritado, enfadado, decepcionado son reacciones sensatas de las personas que tienen sentimientos, pero no conviene caer en el error de creer que las cosas son trágicas cuando sólo son tristes o que son insoportables y catastróficas cuando sólo son molestas o irritantes. Son las reacciones extremas las que queremos evitar.

7. Solicitar que si cree que se ha comportado indebidamente se pregunte por qué lo hizo y lo que podría hacer en el futuro para evitar tal conducta, ya que la mejor manera de cambiar la conducta no es culpabilizándose sino pensando en lo que se hace y lo que se podría hacer en su lugar.
8. Debatir sus ideas irracionales en forma directa y respetuosa, con tanta brevedad y claridad como sea posible.
9. Rebatir sus ideas sobre la producción de sentimientos de autoculpabilidad, de autocompasión y de compasión por los demás.
10. Sugerirle que cambie su forma de relacionarse, aprendiendo a ser más asertiva, explicando que el amor puede expresarse de tres formas, no de una sola.
 - a. En primer lugar podemos demostrar nuestro amor siendo agradables con las personas sólo si ellas son agradables con nosotras, de esta manera les demostramos gratitud. Si somos agradables con quien no lo es le estamos enseñando a esa persona que puede hacer cualquier cosa con nosotras y de cualquier manera recibirá amor.
 - b. Cuando alguna persona le haga algo inapropiado hable con ella una vez y quizá una segunda ocasión razone con ella y compruebe si cambia cuando usted es paciente y comprensiva. Esta es la segunda forma de demostrar amor, paciencia y comprensión. No es recomendable hablar con las personas de las frustraciones que le están originando en más de dos ocasiones porque si sigue hablando sobre un problema y no hace nada al respecto entonces aprenden que lo único que va a hacer usted es quejarse y que sólo habrá que aguantar la queja, pero que no tendrán que pasar por el esfuerzo que supone cambiar y seguirán actuando como acostumbran hacerlo.
 - c. Si hablar con la persona una o dos veces no sirve para nada, entonces quizá convenga usar la tercera forma de amor, que es la firmeza o la insistencia. Si alguien le hace algo malo y comentarlo dos veces no ha servido para nada, haga algo que le enfade, pero debe ser hecho sin ira, sin culpabilidad, sin compasión ajena, sin miedo al rechazo, sin miedo al daño físico y sin temor al daño económico. Nunca llegará a ser asertiva si no controla esas seis condiciones, si trata de demostrar sus derechos con ira se va a mostrar agresiva; si tiene culpabilidad no podrá ser dura

ante alguien porque se sentirá mal por lo que hace; la compasión ajena le llevará a retroceder en sus intentos; si tiene miedo a que alguien la rechace y ese rechazo le produce dolor, probablemente no va a ser muy firme con esa persona; si las consecuencias físicas o económicas le pueden causar un daño realmente grave se le recomienda que espere hasta que las circunstancias cambien.

Explicar que la mayoría de los adultos no aman a las personas a quienes pueden mover a su antojo, en vez de amarlas las menosprecian porque son débiles y que si se quiere ser amada es necesario que la otra persona la respete y que eso significa que la otra persona ha de tener cierta dosis de miedo hacia usted, un miedo que le haga saber que usted no va a soportar sus injusticias y que responderá incomodándola del mismo modo que hace ella. Esta es la tercera forma de mostrar amor, con la firmeza que da origen al respeto. Y el modo de conseguirlo requiere de dos condiciones: una, necesita disponer del poder para hacer que alguien se sienta incómodo, y dos, necesita disponer del coraje para usar dicho poder.

III.2.2.2. Identificación y tratamiento de los síntomas objetivo

Beck y Rush²¹ plantean otro enfoque para tratar los síndromes depresivos a través de la identificación y tratamiento de los síntomas objetivo. Un síntoma objetivo es cualquiera de los componentes de la depresión que implique malestar o inmovilidad para el paciente. Ya que la depresión incluye componentes afectivos, motivacionales, cognitivos, conductuales y fisiológicos, el terapeuta puede centrarse en uno de ellos o en la combinación de varios para conseguir la modificación del síndrome depresivo.

Cuando existe un síndrome depresivo, el objetivo principal de la terapia cognitiva consiste en aliviar en la medida de lo posible los síntomas del paciente, transformando sus quejas principales en problemas que tienen solución. Al iniciar el tratamiento el terapeuta debe discutir los objetivos con el

²¹ Beck, A. y Rush, A.J. (2008). *Terapia Cognitiva de la Depresión*. Bilbao: Desclée De Brouwer. pp. 161-196

paciente a fin de llegar a un consenso sobre el síntoma objetivo a tratar y los procedimientos a emplear para su mitigación o eliminación.

A continuación el terapeuta formula los problemas del paciente en términos de los pensamientos e imágenes que subyacen en sus respuestas, porque las concepciones negativas del paciente influyen en los síntomas de la depresión y los síntomas influyen en las concepciones negativas, estableciéndose así un círculo vicioso de la depresión. La tarea del terapeuta cognitivo consiste en romper este círculo vicioso seleccionando uno o varios de los síntomas susceptibles de intervención terapéutica y determinando con base en los síntomas y en las características del paciente el tipo de procedimiento terapéutico más indicado.

III.2.3. Técnicas que pueden emplearse para ayudar a los pacientes a reemplazar patrones desfavorables

En este apartado se presenta una descripción de algunas de las técnicas que Ellis y MacLaren²² sugieren utilizar para ayudar a los pacientes a identificar, examinar y reemplazar sus patrones cognitivos, emotivos y conductistas desfavorables por otros más favorables.

III.2.3.1. Técnicas cognitivas

El foco de atención se centra en que el paciente identifique sus Creencias Irracionales y las sustituya por otras más racionales. El método que se emplea para lograrlo es el Debate, éste permite al paciente identificar, discutir y reemplazar las creencias rígidas e inflexibles que le ocasionan problemas. Puede hacerlo utilizando dos estilos:

- ⇒ El didáctico. En este el terapeuta aclara los diferentes términos y explica la diferencia entre creencias racionales e irracionales, es conveniente utilizar este estilo al inicio del tratamiento.
- ⇒ El socrático, en este estilo la participación del paciente es mayor, la función del terapeuta consiste en ayudarlo a identificar y debatir su pensamiento irracional, utilizando para ello los siguientes tipos de debates:

²² Ellis, A. y MacLaren, C. (2004). *Las Relaciones con los Demás*. España: Océano-Ámbar. pp. 69-116.

- a. Debates funcionales. El propósito de esta intervención es cuestionar las aplicaciones prácticas de algunas de las creencias del paciente y de las emociones y comportamientos que las acompañan haciéndole ver, a través de preguntas directas, que este tipo de creencias le provocan emociones y comportamientos que le causan problemas en su vida. Una pregunta típica sería ¿cómo afecta a tu vida pensar de este modo?
- b. Debates empíricos. El propósito de este debate es ayudar al paciente a comprender que se ha estado aferrando a una creencia que al cuestionarse carece de sentido. Las preguntas están orientadas a comprobar si una determinada creencia es compatible con la realidad social. Una pregunta sería ¿dónde está la prueba de que esto es exacto?
- c. Debates lógicos. El propósito consiste en demostrar al paciente la forma en que pasa de un deseo o preferencia, lo cual es un pensamiento racional, a una exigencia, con lo que su pensamiento se hace irracional, haciéndole ver que el hecho de que él quiera que algo sea de determinada manera no implica que necesariamente sea así. Una pregunta sería ¿Cómo se entiende que sólo porque tú quieres que tal cosa sea así debe serlo?
- d. Debates filosóficos. El propósito es mostrarle que el que exista un problema en algún aspecto de la vida no significa que toda la vida es insatisfactoria. Una forma de tratar este asunto sería preguntándole ¿tú crees que aunque las cosas no siempre son como a ti te gustaría que fueran, podrías encontrar un poco de satisfacción en tu vida?

Una vez que el paciente ha practicado el debate y ha conseguido hacerlo convincente se pueden utilizar algunas tácticas complementarias para reforzar el proceso, entre éstas se encuentran las siguientes:

⇒ Afirmaciones de aceptación racional. Consiste en solicitar al paciente la repetición constante de frases alentadoras compatibles con la realidad social para inducirlo a cambiar su sistema de creencias hacia otro más racional. Ejemplo. Me gustaría aprobar el examen global de conocimientos para titularme pero si no lo paso no seré una fracasada.

- ⇒ Utilizar ejemplos. Alentar al paciente para que realice debates utilizando como sujeto a alguien diferente de él, ésta puede ser una persona que conozca o que admire, el objeto es que deje de observarse a sí mismo y que sea capaz de ver que existen formas diferentes de pensar más acordes con la realidad social.
- ⇒ Establecer referencias. Consiste en que el paciente realice una lista de las ventajas y desventajas que tendría si cambiara sus pensamientos y comportamientos irracionales, para que esté consciente de las ventajas que obtiene al sustituir sus pensamientos irracionales por otros más racionales.
- ⇒ Deberes cognitivos. Son tareas que se asignan al paciente para que practique lo aprendido en la terapia, consisten en solicitar al paciente que fuera del tiempo de sesiones identifique sus creencias irracionales y las discuta activamente consigo mismo intentando sustituirlas por afirmaciones que le permitan enfrentarse a los problemas de una manera racional.
- ⇒ Tareas de biblioterapia y psicoeducativas. Proporcionar al paciente material de apoyo para reforzar el trabajo que se realiza en las sesiones.
- ⇒ Hacer proselitismo. Se le sugiere al paciente que ayude a sus amigos a identificar y resolver sus creencias irracionales, ello puede servirle para tratar sus propios problemas más eficazmente, comparar las creencias irracionales de otros permite evaluarse de una manera más objetiva.
- ⇒ Grabación de las sesiones de terapia. Permite al paciente escucharse a sí mismo y analizar minuciosamente el pensamiento que le causa problemas.
- ⇒ Reformular. Se trata de animar al paciente a que no considere las adversidades como una amenaza y que sea capaz de aceptarlas como una oportunidad para resolverlas de manera eficaz.

III.2.3.2. Técnicas emotivas experienciales

El foco de atención de este tipo de técnicas se centra en facilitar e incrementar los cambios positivos del pensamiento que se han conseguido mediante las técnicas cognitivas, se utilizan para complementar y reforzar las intervenciones cognitivas. Las más utilizadas, pero no las únicas son:

- a. Imágenes emotivas racionales. Su primer objetivo es ayudar al paciente a identificar la emoción más apropiada y racional que le gustaría sentir ante

las situaciones problemáticas, y el segundo objetivo es permitir que el paciente explore experiencialmente las autoafirmaciones y los mecanismos de aceptación que resultan más convincentes y naturales para él, y los practique evocando imágenes emotivas racionales hasta que éstas se presenten de forma automática en las situaciones de gran tensión; se trata de que el paciente sienta esa emoción en lugar de la emoción enfermiza que está acostumbrado a sentir.

- b. Afirmaciones convincentes. Consiste en incitar al paciente a que practique de una manera convincente y enérgica afirmaciones racionales sanas, en contraposición a las afirmaciones irracionales que acostumbra practicar, añadiéndole un contenido emotivo y no sólo cognitivo.
- c. Debates convincentes grabados. El grabar mensajes convincentes permite al paciente escuchar mensajes racionales en su propia voz.
- d. Psicodrama. Se le pide al paciente que evoque una situación terrible con otra persona, el paciente actúa esa situación como paciente y el terapeuta como la otra persona, ello le permite manejar situaciones difíciles en un ambiente más amable y de una manera más funcional.
- e. Invertir los papeles. Es similar al psicodrama pero en esta técnica el terapeuta asume el papel del paciente y el paciente el del terapeuta o el de la otra persona, lo que le permite debatir sus propias creencias irracionales desde una perspectiva distinta.
- f. Humor. Consiste en exagerar las creencias irracionales del paciente para mostrarle lo irracional que son. Como otro intento de mostrarle al paciente que la vida puede tomarse un poco más a la ligera se sugiere utilizar las canciones de Albert Ellis las cuales exageran las creencias irracionales.
- g. La aceptación incondicional por parte del terapeuta. Considerando que uno de los principales objetivos de este tipo de terapia es enseñar al paciente a que se acepte a sí mismo y a los demás, es primordial que el terapeuta predique con el ejemplo y acepte al paciente incondicionalmente independientemente de lo mal o autodestructivamente que éste se comporte.
- h. Enseñar la Aceptación Incondicional de Uno Mismo (AIU) y la Aceptación Incondicional de los Demás (AID). Además de aceptar al paciente incondicionalmente es importante que se le enseñe la teoría y la práctica de

la AIU y la AID. Para lograrlo es necesario reafirmar la idea de que las personas no podemos ser valorados por nuestro comportamiento, el que uno realice una mala acción no quiere decir que uno sea una mala persona, adicionalmente es conveniente ayudar al paciente a identificar los comportamientos que no le gustan y la manera en que pueden cambiarlos mientras se acepta a sí mismo como ser falible. La premisa básica es *<Condena el acto, no a la persona>*

III.2.3.3. Técnicas conductistas

Al igual que las técnicas emotivas, las intervenciones y tareas conductistas se utilizan para reforzar los logros cognitivos que se han conseguido mediante el debate. Estas consisten en lo siguiente:

- a. Refuerzos. Son premios que el paciente puede otorgarse cuando ha cumplido con las tareas asignadas, para que sean atractivos deben ser similares en duración y estímulos con las tareas.
- b. Castigos. Son similares a los refuerzos, pero difieren de éstos en que en vez de otorgarse un premio cuando se realiza la tarea, se otorga una actividad desagradable cuando la tarea no se realiza.
- c. Ejercicios para tratar la vergüenza. Si se parte del supuesto de que la vergüenza es la esencia de gran parte de nuestras alteraciones emocionales, es importante tratar de mitigar este sentimiento. Para ayudar al paciente a lograrlo se le propone que realice una serie de acciones que le provocan vergüenza, con objeto de que se dé cuenta de que no es necesaria la aprobación de los demás y que sus acciones no la califican como persona.
- d. Entrenar la habilidad. En ocasiones los pacientes no saben cómo comportarse en diferentes situaciones sociales porque no han tenido la oportunidad de aprender la manera de hacerlo, el sugerirles que tomen cursos y talleres para mejorar sus habilidades profesionales, interpersonales y sociales pueden serles de gran ayuda.
- e. Tareas paradójicas. Estas tareas pueden ser cognitivas, emotivas o de comportamiento y consisten en solicitarles que potencien sus problemas para que puedan darse cuenta de lo ilógico que resultan.

- f. Insensibilización en vivo. El objetivo es demostrar a los pacientes que sus creencias irracionales son las causantes de su grave alteración emocional, no el asunto del que tienen miedo. Al exponer al paciente repetidas veces a la situación que le produce miedo le permite darse cuenta de que puede soportar la situación aunque le moleste.
- g. Permanecer en situaciones difíciles. Es una variable de la insensibilización en vivo.
- h. Actuar según las creencias racionales. Consiste en solicitarle al paciente que se obligue a actuar como si sólo tuviera creencias racionales, esto es a que se comporte del modo como le gustaría sentirse.

Ellis y MacLaren²³ hacen hincapié en que antes de iniciar la terapia del comportamiento emotivo racional se estudien a fondo las técnicas y se cumplan con las siguientes condiciones:

- ⇒ Explicar al paciente en qué consiste la teoría del modelo ABC y su utilidad y asegurarse de que tiene una idea básica de la terapia.
- ⇒ Saber que el paciente está de acuerdo, y lo manifiesta, en trabajar bajo la premisa de que él es el principal responsable de sus reacciones a los altibajos de la vida.

III.3. FORMACIÓN DE GRUPOS TERAPÉUTICOS

Los talleres terapéuticos son una forma especial de intervención en la cual un grupo pequeño se reúne, guiado por un instructor profesional, para ayudarse individual y mutuamente. Los talleres grupales proveen un contexto para compartir los problemas o preocupaciones, comprender mejor la propia situación, y aprender junto con las demás personas; pueden centrarse en problemas de tipo general o específicos como soledad, depresión y ansiedad, aunque generalmente los grupos son específicos. Los talleres terapéuticos son especialmente útiles para personas que tienen dificultades para relacionarse ya que el grupo le proporciona un ambiente protegido en el que puede aprender nuevas formas de relación.

²³ Ellis, A. y MacLaren, C. (2004). *Las Relaciones con los Demás*. España: Océano-Ámbar.

El taller terapéutico es una tarea en colaboración, en la que el coordinador asume la responsabilidad del grupo y sus miembros. Dentro de la reunión los miembros se ocupan de expresar de la manera más libre y honesta posible sus problemas, sentimientos, ideas y reacciones. Esta exploración da a los miembros del grupo la materia prima para comprenderse y ayudarse. Los miembros no sólo aprenden de sí mismos y sus propios problemas, sino que actúan también como ayudantes terapéuticos de los demás.²⁴ El número de participantes en un taller terapéutico puede variar sin embargo lo recomendable es que sea de 5 a 10 personas, este número permite que exista retroalimentación por parte de los participantes y es manejable por un solo coordinador.

III.3.1. Una visión histórica

Kaplan y Sadock²⁵ dicen que la utilización de grupos en forma planificada para el tratamiento de problemas de la personalidad se inició en los Estados Unidos en la década de los treinta con los trabajos de Louis Wender, Paul Schilder, Jacob L. Moreno, Samuel R. Slavson, Fritz Redi y Alexander Wolf. Al finalizar la Segunda Guerra Mundial este tipo de tratamiento tuvo un gran auge debido por una parte a la abundancia de trastornos psicológicos como consecuencia de la guerra y por otra parte a la poca disponibilidad de terapeutas calificados.

III.3.2. Qué es y cómo funciona la psicoterapia de grupo

Vinogradov y Yalom²⁶ plantean que la psicoterapia de grupo es la aplicación de técnicas psicoterapéuticas a un grupo de pacientes pero que no sólo se reduce a ello. En la psicoterapia individual una persona calificada realiza intervenciones terapéuticas con un paciente con el objetivo de aliviar el malestar psicológico, cambiar el comportamiento inadaptado y estimular el crecimiento y el desarrollo de la personalidad. En la terapia de grupo, tanto la interacción paciente-paciente como la interacción paciente-terapeuta se utilizan para efectuar cambios en la conducta inadaptada de cada uno de los miembros

²⁴ PSICOMED. Terapia de Grupo. Adaptación de la página www.agpa.org/group/spanish%20group_works.htm

²⁵ Kaplan, H. y Sadock, B. (1996). *Terapia de Grupo*; España: Médica Panamericana. pp. 2-11

²⁶ Vinogradov, S. y Yalom, I. (1996), *Guía breve de psicoterapia de grupo*. México: Paidós. pp. 15-69

del grupo, en otras palabras es el grupo mismo, combinado con la aplicación de las técnicas específicas y la realización de intervenciones por parte del grupo, lo que sirve como instrumento de cambio, esta característica es la que otorga a la psicoterapia de grupo su excepcional potencial terapéutico.

Los investigadores han encontrado una serie de factores que operan en la terapia de grupo y que determinan su éxito. Yalom desarrolló un inventario de base empírica constituido por 11 factores:

1. Infundir esperanza. El presenciar la mejoría en los demás les infunde gran esperanza en su propia mejoría.
2. Universalidad. Los pacientes se sienten aliviados cuando se dan cuenta que no están solos y que sus problemas son universales.
3. Transmitir información. El conocer la forma en que afecta un síntoma tranquiliza a quien lo padece.
4. Altruismo. El poder ofrecer apoyo a otros miembros del grupo es gratificante sobre todo para aquellos pacientes que sienten que tienen poca valía.
5. Desarrollo de técnicas de socialización. El aprendizaje social es un factor terapéutico que opera en todos los grupos de psicoterapia debido a que permite a los participantes darse cuenta de las reacciones que producen con su conducta.
6. Comportamiento imitativo. Los miembros se benefician de la observación de otro paciente que tiene problemas similares y del comportamiento de un paciente que tiene una actuación más positiva.
7. Catarsis. El ser capaz de expresar emociones fuertes y profundas y aun así ser aceptado por los demás ayuda a mirarse de otra manera.
8. Recapitulación correctiva del grupo familiar primario: El grupo posibilita a los pacientes interactuar con los participantes de la manera en que lo hicieron en su momento con sus figuras de autoridad de una manera correctiva.
9. Factores existenciales. En el curso de la terapia los participantes se percatan de que la orientación y el apoyo que pueden recibir de los demás tiene un límite y que son ellos mismos los que necesitan resolver su problemática.
10. Cohesión del grupo. La terapia grupal ofrece a los participantes condiciones de aceptación y de comprensión.

11. Aprendizaje interpersonal. Proporciona a cada participante un conjunto único de interacciones interpersonales en un entorno seguro.

Para Schraml²⁷ la terapia de grupo puede ser conducida hacia fines educativos de alteración de actitudes y patrones de conducta ya que el grupo ofrece al terapeuta una oportunidad tanto para observar la manera en la que el individuo se relaciona con los demás, como para traer a la conciencia del individuo las distorsiones de sus relaciones. Una persona que sufre una enfermedad emocional, sufre de trastornos en las relaciones interpersonales que terminan alejándolo de su grupo social, el grupo terapéutico ofrece la oportunidad de resolver algunos de estos trastornos al proveer a la persona una atmósfera en la que no se vea rechazada ni ridiculizada por sus impulsos neuróticos. La finalidad del trabajo social de grupo consiste en mejorar con acciones específicas y controladas la capacidad social de los miembros, a fin de que aborden mejor sus problemas personales y sociales.

Schraml clasifica a la terapia grupal en dos amplias divisiones: la psicoterapia no analítica de grupo, la cual a su vez se subdivide en psicoterapia de grupo en niños y adolescentes y psicoterapia de grupo con adultos; y la psicoterapia analítica de grupo, la cual está encaminada a trabajar con adultos y ocasionalmente con adolescentes. La psicoterapia no analítica de grupo con adultos está centrada en el elemento verbal y permite una gran amplitud en la edad y en el número de componentes, la magnitud del grupo varía según la técnica y el tipo de pacientes, los grupos conversacionales, con un promedio de ocho participantes, son menores que los grupos y clubes activos.

Las principales técnicas que se utilizan son: a) Técnicas coloquiales, en este apartado se incluye la terapia de grupo aplicada a padres cuyos hijos se encuentran sometidos a tratamiento psicoterapéutico, el consultorio matrimonial y familiar, grupos de neuróticos, grupos de personas con depresión, grupos de alcohólicos y terapia de grupo en establecimientos penales. b) Técnicas mixtas, incluyen las terapias que se imparten en el marco de la asistencia social como son los grupos de alcohólicos anónimos, la asamblea familiar, la comunidad terapéutica, y los círculos sociales, entre otros. c) Técnicas de ejercicio y de

²⁷ Schraml, W. (1975). *Psicología Clínica*. Barcelona: Herder. pp. 461-513.

creación, agrupan las terapias enfocadas al entrenamiento de conducta socialmente adaptada. d) Representaciones escénicas, están basadas en la representación de roles incluyen pantomima, escenificación de cuentos, danza simbólica, teatro de marionetas, grupos de juegos de salón, y trabajo centrado en un tema de interés. e) Psicodrama. y f) Entrenamiento de la sensibilidad.

III.3.3. Cómo se construyen los cimientos de un grupo de psicoterapia

Para este apartado y el siguiente se utilizará la explicación dada por Vinogradov y Yalom, en su Guía Breve de Psicoterapia de Grupo.²⁸ Los autores consideran que la primera tarea de un terapeuta de grupo consiste en establecer una entidad donde antes no existía, en un principio los miembros se relacionan unos con otros a través de la relación común con el terapeuta y más tarde con los objetivos y el marco que éste ha elegido para el grupo. Los pasos básicos a seguir para la construcción de un grupo son:

1. Evaluar las limitaciones clínicas:
 - Intrínsecas. Son las que no se pueden cambiar y tienen que incorporarse en la estructura del grupo.
 - Extrínsecas. Son las que el terapeuta puede cambiar.
2. Establecer la estructura básica del grupo.
 - Población de pacientes.
 - Apoyo del personal.
 - Limitaciones temporales.
 - Duración del tratamiento.
 - Meta general del tratamiento.
3. Formular objetivos específicos para el grupo.
 - Apropriados a la situación clínica.
 - Realizables dentro de las limitaciones temporales.
 - Adaptados a la capacidad de los miembros del grupo.
4. Determinar el escenario y tiempo exactos del grupo.
5. Establecer el marco temporal exacto del grupo.
 - Frecuencia de sesiones.
 - Número de sesiones.

²⁸ Vinogradov, S. y Yaloom, I. (1996). *Guía Breve de Psicoterapia de Grupo*. México: Paidós. pp.25-63

- Duración de las sesiones.
 - Duración de la existencia del grupo.
 - Utilización de un grupo abierto o cerrado.
6. Decidir sobre el empleo de un coterapeuta.
 7. Combinar la terapia de grupo con otros tratamientos cuando sea necesario.

III.3.4. Cómo se crea un grupo de psicoterapia

Una vez que se han construido los cimientos del grupo, el terapeuta procede a crear el entorno terapéutico que permita a los participantes trabajar juntos de manera segura y constructiva. Las actividades a realizar son las siguientes:

1. Seleccionar los pacientes. Una selección adecuada contribuye al desarrollo de la cohesión, incrementa la tasa de asistencia y acelera el establecimiento de las conductas grupales que posibilitan el cambio. Los criterios de inclusión son: capacidad para realizar la tarea de grupo, motivación para participar en el tratamiento, áreas problemáticas compatibles con los objetivos del grupo y, compromiso de asistir a las sesiones de grupo. Los criterios de exclusión son: incapacidad de tolerar el escenario de grupo, tendencia a asumir un papel desviado, agitación extrema, disconformidad con las normas grupales de conducta aceptable y, grave incompatibilidad con uno o varios de los miembros restantes.
2. Componer el grupo. Para lograr la cohesión del grupo es importante atender una serie de parámetros específicos de homogeneidad y heterogeneidad tales como dinámica del paciente, diagnóstico, clase social, raza, religión, edad, sexo, orientación sexual y estado civil.
3. Preparar a los pacientes para el taller terapéutico. Una adecuada preparación del grupo posibilita un mejor trabajo grupal.
 - Finalidad de la preparación pregrupal. Esta preparación persigue desmitificar la terapia grupal y establecer una alianza terapéutica. Desde un enfoque cognitivo esta preparación tiene varios objetivos:
 - ⇒ Proporcionar al paciente una explicación racional sobre el proceso de la terapia de grupo.
 - ⇒ Describir que tipo de comportamiento se espera de los pacientes en el grupo.

- ⇒ Establecer un contrato de asistencia.
 - ⇒ Aumentar las expectativas sobre los efectos del grupo.
 - ⇒ Prever algunos de los problemas como el desaliento y la frustración que pueden darse en las primeras reuniones.
- Procedimiento de la preparación pregrupal. Sirve para informar a los participantes el horario, la ubicación, la composición, el procedimiento y los objetivos del grupo, ello permite disminuir la ansiedad que tiene el paciente ante una situación ambigua e intrínsecamente amenazadora.
4. Crear la cultura del grupo. Siempre que se conforma un grupo se establecen un conjunto de reglas o normas no escritas que determinan el procedimiento conductual aceptable del grupo.
- Configuración de reglas. El terapeuta influye en el proceso de fijación de normas de dos modos diferentes: explícitamente, al prescribir reglas y por medio del refuerzo conductual; e implícitamente por medio de la fijación de un modelo.
 - Normas generales del procedimiento de grupo. El formato más terapéutico de procedimiento grupal es el que se desarrolla libremente, para ello el terapeuta debe ayudar a los participantes a intervenir espontánea y sinceramente.
 - El autocontrol del grupo. Un grupo que se autocontrola aprende a asumir la responsabilidad de su propio rendimiento es por ello que el terapeuta debe fomentarlo.
 - Autorrevelación. Los pacientes sólo se beneficiarán de los talleres terapéuticos si revelan una gran parte de sí mismos y si esta revelación significa algo determinante para las relaciones que se mantienen con los otros miembros.
 - Los miembros como agentes de ayuda y apoyo. El grupo funciona de manera óptima cuando cada miembro se considera como un agente potencial de ayuda y apoyo para los demás.
 - Continuidad entre las reuniones. El terapeuta puede reforzar esta continuidad incitando a los miembros del grupo a compartir lo que han pensado sobre el grupo en los intervalos existentes entre las sesiones.

IV. PREVENCIÓN SECUNDARIA DE LA DEPRESIÓN

Previo a la realización del taller terapéutico se revisaron tesis y artículos referentes a acciones que algunos autores han llevado a cabo con objeto de prevenir la depresión en pacientes con síntomas depresivos, encontrándose diversos artículos entre los que se seleccionaron los siguientes por considerar que contienen información que podría servir de sustento y apoyo para la impartición del taller terapéutico.

IV.1. “PREVENCIÓN SECUNDARIA DE LA DEPRESIÓN EN ATENCIÓN PRIMARIA”.

En este artículo González, Fernández, Pérez y Amigo¹ reportan los resultados de un estudio realizado con objeto de analizar la eficacia, efectividad y eficiencia de la prevención secundaria de la depresión utilizando tres diferentes tipos de intervenciones: a) terapia cognitivo conductual, b) potenciación de recursos personales y c) apoyo social, en una muestra de 60 sujetos con síntomas depresivos moderados asignados aleatoriamente a los tratamientos o a un grupo control que permaneció en lista de espera. Los sujetos se seleccionaron primero por el médico de atención primaria en las consultas ordinarias de un Centro de Salud y luego por un psicólogo clínico en entrevistas individuales, las intervenciones se realizaron en Centros de Atención Primaria en modalidad grupal con una duración de seis sesiones semanales de una hora en la que se abordaban los mismos objetivos terapéuticos, la diferencia se centraba en los procedimientos y técnicas terapéuticas aplicadas.

Los resultados reportados son que los tres grupos experimentales obtienen resultados positivos en la disminución de síntomas depresivos y derivaciones al especialista en salud mental y en el aumento de la calidad de vida, pero sólo la terapia cognitivo conductual y la potenciación de recursos lograron mantener estos resultados al año de seguimiento.

De lo anterior los autores llegan a las siguientes conclusiones: El uso de grupos terapéuticos en atención primaria ayuda a prevenir la depresión en personas

¹ González, G.S., Fernández, R.C., Pérez, R.J. y Amigo, V.I. (2006). *Prevención secundaria de la depresión en atención primaria*. *Psicothema* 2006. Vol. 18, nº 3. pp. 471-477.

con síntomas moderados depresivos y el agravamiento de los síntomas porque el principal componente activo de la terapia cognitivo conductual en la depresión es su capacidad para promocionar en el sujeto la utilización de estrategias de afrontamiento ya incorporadas en su repertorio básico de conducta, es decir la persona se ve beneficiada de un procedimiento terapéutico en el que se le estimula a poner en funcionamiento estrategias ya adquiridas pero poco o mal utilizadas.

IV.2. “SEGUIMIENTO A DOS AÑOS DE UNA INTERVENCIÓN PSICOEDUCATIVA PARA MUJERES CON SÍNTOMAS DE DEPRESIÓN, EN SERVICIOS DE SALUD PARA POBLACIÓN ABIERTA”

El objetivo del trabajo realizado por Lara, Navarro, Navarrete, Mondragón y Rubí² consistió en evaluar la efectividad mantenida a dos años de aplicación de una intervención psicoeducativa realizada por Lara³ en mujeres con síntomas de depresión. La evaluación se hizo considerando los siguientes aspectos: 1) si la reducción de los síntomas de depresión y la mejoría en la autoestima se mantuvieron; 2) si hubo diferencias entre las modalidades de intervención empleadas, a) grupal de seis sesiones de dos horas organizadas alrededor del material educativo *¿Es difícil ser mujer?* y b) individual de una sesión de orientación individual sobre el uso del mismo material; 3) si las participantes siguen considerando que la intervención tuvo influencia en su vida y en sus problemas; y 4) si la intervención debería seguir impartándose de la misma manera o debería modificarse. El estudio se llevó a cabo en una submuestra de 39 mujeres seleccionadas aleatoriamente del total de 135 que participaron en la intervención original.

Los resultados del estudio fueron los siguientes: En lo que a la depresión se refiere, la reducción de los síntomas de la depresión alcanzada en los primeros meses no se mantuvo a los dos años pero su nivel no fue mayor que el que

² Lara, A., Navarro, C., Navarrete, L., Mondragón, L., y Rubí, N. (2003). *Seguimiento a dos años de una intervención psicoeducativa para mujeres con síntomas de depresión, en servicios de salud para población abierta*. Salud Mental, junio, año/vol. 26, número 003. Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente. <http://redalyc.uaemex.mx/pdf/582/58232604.pdf>

³ Lara, A. (2002). Tesis para optar por el grado académico de Doctor en Ciencias. *Una propuesta de intervención para mujeres en riesgo de depresión en el primer nivel de atención*. Facultad de Medicina. UNAM.

tenían antes de la intervención. En lo que a la autoestima se refiere, aunque esta disminuyó en el transcurso de los dos años, sí mantuvo un nivel significativamente más alto que en la pre-intervención. Derivado de estos resultados que parecen mostrar que el efecto de las intervenciones breves se desvanece a lo largo del tiempo, las autoras consideran que prolongar la intervención unas cuantas sesiones más para reforzar los aspectos psicológicos, en especial los cognitivo conductuales, podría mejorar los efectos a largo plazo.

En cuanto al tipo de modalidad empleada, no se observaron diferencias significativas respecto a la efectividad entre las intervenciones grupal e individual. En la intervención grupal las participantes apreciaron la libertad de expresarse, la interacción del grupo y el trabajo de la facilitadora; en la intervención individual mínima, los aspectos más ponderados fueron el trabajo de la orientadora y la guía recibida.

En lo que se refiere a la evaluación de la intervención y no obstante que la reducción de los síntomas de depresión no se mantuvo a los dos años, la mayoría de las participantes consideraron que la intervención tuvo gran influencia en su vida y en sus problemas ya que les permitió entender y enfrentar mejor sus problemas, cambiar su forma de pensar, y mejoró su estado de ánimo.

Respecto a si la intervención debería continuarse de la misma manera o si debería cambiar, el 90% respondió que debería mantenerse tal como estaba, las razones que adujeron para los no cambios fueron la libertad que daba para expresarse, la interacción que se dio en el grupo, el trabajo de la facilitadora y de la orientadora y el hecho de que fue una guía que les ayudo con sus problemas; tres de las mujeres que sugirieron cambios adujeron que el tiempo de la intervención era poco y una señaló que su visión de la mujer no coincide con la que maneja el grupo. La sugerencia más frecuente fue que la intervención debería ser más prolongada.

De los resultados arrojados podrían inferirse las siguientes cuestiones fundamentales: la intervención psicoeducativa de corta duración permite reducir los síntomas depresivos en los primeros meses posteriores al tratamiento pero

su efecto disminuye con el tiempo lo cual podría solventarse si se prolongara la intervención unas sesiones para reforzar los aspectos cognitivo conductuales; no existen diferencias significativas en los resultados que aboguen por la intervención grupal respecto a la individual; la sugerencia más frecuente fue que la intervención debería ser más prolongada lo que significa que las pacientes aprecian el número de sesiones que se destinan a la intervención psicoeducativa.

IV.3. “TRATAMIENTO HOMEOPÁTICO EN PACIENTES CON TRASTORNOS PSIQUIÁTRICOS MENORES”

Este trabajo realizado en el Centro de Higiene Mental de Santiago de Cuba por Zúñiga, Aguilera y Martínez⁴ consiste en un estudio experimental, aleatorizado, que tuvo como objetivo evaluar la respuesta al tratamiento homeopático en pacientes con trastornos psiquiátricos menores que presentaban síntomas depresivos, así como valorar las posibles ventajas económicas del tratamiento homeopático respecto al convencional.

Para el estudio se conformaron dos grupos de tratamiento: grupo A (tratamiento homeopático) y grupo B (tratamiento convencional) con 70 pacientes cada uno. Los autores reportan que luego de un mes de estudio el 63% del total de pacientes mejorados se correspondió con el grupo A en tanto que sólo un 34% fueron del grupo B con diferencias estadísticamente significativas entre ambos tratamientos lo que significa que la homeopatía como método terapéutico natural podría ser una opción terapéutica para mejorar la calidad de vida de los pacientes con trastornos psiquiátricos menores.

Respecto a los costos que implica la utilización de un medicamento respecto a otro se comprobó que el gasto por concepto de medicamento utilizando el tratamiento homeopático resultó ser significativamente menor que el que se realiza al utilizar tratamiento convencional.

⁴ Zúñiga, M., Aguilera, D. y Martínez, J. (2005). Departamento de Farmacia. Universidad de Oriente: Santiago de Cuba. http://www.psiquiatria.com/articulos/patologia_dual/19978/.

Con relación a los efectos secundarios que uno u otro tratamiento traen consigo los autores consideran que el tratamiento homeopático tiene menores efectos secundarios que el tratamiento convencional.

Derivado de lo anterior puede considerarse que el tratamiento homeopático podría ser una opción terapéutica para mejorar la calidad de vida de los pacientes con trastornos psiquiátricos menores. Si bien el uso de medicamentos no está contemplado en el taller terapéutico ni en la práctica institucional y privada de los psicólogos se consideró de interés incorporar este artículo por la ventaja que podría representar para algunos pacientes que tienen baja respuesta a la terapia psicológica el uso de medicina homeopática. Podría considerarse como una alternativa de referencia el enviar a los pacientes que no responden al tratamiento psicológico a una institución homeopática para su tratamiento ya sea al margen de la terapia psicológica o como complemento de ésta.

IV.4. “PROTOCOLO DE TRATAMIENTO PSICOLÓGICO GRUPAL PARA ABORDAR SINTOMATOLOGÍA DEPRESIVA”

En este artículo Benedito, Carrió, Valle y González⁵ proponen un protocolo de terapia grupal para el tratamiento de los síntomas depresivos con objeto de disminuir la presión asistencial existente en las Unidades de Salud Mental y optimizar los recursos humanos y materiales existentes en el sistema sanitario público. Parten del supuesto, a partir de la literatura existente, de la utilidad de la terapia grupal con pacientes depresivos.

El protocolo consta de 11 sesiones, una de valoración y 10 de intervención divididas en cuatro módulos: módulo terapéutico psicoeducativo, módulo de tratamiento conductual, módulo de tratamiento cognitivo, y módulo terapéutico de prevención de recaídas, la división en módulos se debe a que pretenden combinar la utilización de tres tratamientos psicológicos que consideran de probada eficiencia en la depresión, éstos son la terapia de conducta, la terapia cognitiva y la terapia interpersonal, las tres susceptibles de aplicación en grupo.

⁵ Benedito, M., Carrió, R., Valle, V. y González, D. (2004). *Protocolo de tratamiento psicológico grupal para abordar sintomatología depresiva*. Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría. http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S0211-57352004000400009&script=sci_arttext.

Se establecen tres momentos de seguimiento: al mes, a los tres meses y a los seis meses de la finalización del tratamiento.

No se encontraron resultados derivados de la aplicación de este protocolo.

IV.5. “PROPUESTA DE INTEGRACIÓN PSICOTERAPÉUTICA EN EL TRABAJO CON GRUPOS: UNA ALTERNATIVA INSTITUCIONAL”

En su trabajo de tesis Sandoval García⁶, realiza una revisión e integración teórica de los elementos básicos de la psicoterapia de grupo de orientación psicoanalítica, la psicoterapia breve y el psicodrama para proponer una alternativa de trabajo psicoterapéutico que integre las tres corrientes a fin de proporcionar una opción de trabajo que sea útil, práctica, rápida y efectiva en la resolución a las demandas de diferentes conflictos para hacer frente a la gran demanda de atención en las instituciones públicas de salud tanto gubernamentales como privadas. Plantea que la modalidad de psicoterapia integrativa grupal de corta duración permite atender a un mayor número de individuos y proporcionar asistencia psicológica a la población de bajos recursos debido a que los costos del tratamiento se dividen entre varios integrantes.

IV.6. CONCLUSIONES

Las conclusiones sobre los trabajos revisados se harán en tres aspectos: ventajas de la intervención individual respecto a la intervención grupal; efectividad de la terapia breve en la reducción de los síntomas depresivos a largo plazo; y conveniencia en la aplicación de intervenciones integrativas.

En la revisión realizada se observó que no existe un consenso generalizado respecto a la mayor o menor efectividad de la terapia individual respecto a la terapia grupal para reducir los síntomas depresivos moderados, por lo que si se consideran las ventajas económicas que la terapia grupal ofrece sobre la terapia individual tanto al paciente como a las instituciones, resulta conveniente su aplicación generalizada para el tratamiento de pacientes con síntomas depresivos.

⁶ Sandoval, G.A. (2008). Tesis. *Propuesta de integración psicoterapéutica en el trabajo con grupos: una alternativa institucional*. Facultad de Psicología. UNAM.

Respecto a la efectividad de la terapia breve en la reducción de los síntomas depresivos a largo plazo existen discrepancias entre los dos trabajos que reportan resultados, las cuales probablemente se deban al tipo de intervención empleado. Por un lado González et al. (2006) encontraron que la intervención grupal con una duración de seis sesiones semanales de una hora empleando tres diferentes tipos de intervenciones arroja resultados positivos en la disminución de los síntomas depresivos, pero sólo cuando se utiliza la terapia cognitivo conductual y la potenciación de recursos se logra mantener esos resultados en el año siguiente. En tanto que por otro lado, Lara et al. (2003) reportan que una intervención grupal de seis sesiones de dos horas cada una organizada alrededor de un material educativo específico logró la reducción de los síntomas de la depresión en los primeros meses del tratamiento pero esta reducción no se mantuvo a los dos años siguientes a su aplicación. Considerando que la modalidad de tratamiento y el número de sesiones fueron iguales en ambos estudios y que lo que varió fue el tipo de intervención, podría pensarse que la diferencia en el mantenimiento de los resultados en el largo plazo pudo deberse al tipo de intervención empleada.

En lo referente a la conveniencia de aplicar terapias integrativas que combinen diversas corrientes, dos de los trabajos revisados plantean que la modalidad de psicoterapia integrativa para el tratamiento de los síntomas depresivos podrían ayudar a optimizar los recursos humanos y materiales existentes en las instituciones de salud, aun cuando en ninguno de estos estudios se realiza un trabajo en el que se comparen las bondades de la terapia integrativa respecto a la terapia de un solo corte.

De lo anterior parece ser que la psicoterapia integrativa grupal de corta duración en la que se combinen diversas corrientes terapéuticas, teniendo como eje vertebral el enfoque cognitivo conductual, constituye una buena alternativa para la atención a nivel institucional de pacientes que presentan síntomas depresivos ya que permite atender a un mayor número de individuos y proporcionar asistencia psicológica a la población de bajos recursos.

V. INFORME DEL TALLER TERAPÉUTICO

Siendo el objeto de este trabajo mostrar un reporte de caso del desarrollo de un taller terapéutico, en seguida se describirán las razones de porque se optó por intervenir a través de un taller terapéutico en lugar de hacerlo por medio de terapia individual, la forma en qué se seleccionó y conformó el grupo, la manera en qué se llevó a cabo el taller y los resultados que se obtuvieron después de la intervención terapéutica.

V.1. EL TALLER TERAPÉUTICO COMO ALTERNATIVA DE INTERVENCIÓN

Por la ventaja que los talleres terapéuticos tienen para algunos pacientes sobre la terapia individual; por la posibilidad que permiten los talleres de proporcionar atención psicológica a un mayor número de usuarios; y por la carencia de personal especializado en la impartición de terapia individual y grupal, es que en el CSP se ha venido optando por la impartición de talleres terapéuticos de corta duración en lugar de proporcionar terapia individual cuando la problemática de los pacientes así lo permite.

Debido a la gran cantidad de mujeres que asisten al CSP por presentar síntomas depresivos y cuyas edades fluctúan entre los 40 y 60 años, la Jefa del Centro consideró importante la impartición de talleres terapéuticos orientados a la disminución de los síntomas depresivos como una estrategia de prevención secundaria.¹ Estos talleres tienen como objetivo principal proporcionar atención oportuna a este segmento de la población para que en un tiempo relativamente corto puedan lograr un equilibrio emocional disminuyendo o eliminando los síntomas que las llevaron a solicitar apoyo psicológico, y como objetivo secundario dotarles de las herramientas que les eviten, en la medida de lo posible, tener en el futuro episodios depresivos.

La otra alternativa de tratamiento de este grupo de pacientes lo constituye la terapia individual, sin embargo en la práctica se ha observado que para las mujeres de la segunda edad es importante la pertenencia a grupos que

¹ La prevención secundaria permite atenuar y reducir los efectos de problemas ya desarrollados a través del diagnóstico precoz y el tratamiento oportuno de los conflictos evitando de esta manera el desarrollo de trastornos psicopatológicos. La idea básica de la prevención secundaria es atacar los problemas mientras son manejables.

presenten problemáticas similares por lo que la atención a este grupo de mujeres se ha venido realizando en gran medida a través de modalidades grupales.

Derivado de lo anterior la Jefa del Centro me asignó la tarea de impartir un taller terapéutico para atender a un grupo de pacientes femeninas en la segunda edad que presentaban síntomas depresivos moderados. Se eligió este rango de edad por considerar que es durante esta etapa del climaterio cuando se presentan una gran cantidad de desajustes hormonales los cuales son uno de los principales desencadenantes de la depresión.

En el artículo denominado "*Climaterio y menopausia*" elaborado por Atención Médica Integral para la Mujer, S.C.² se menciona que "en México se ha reportado que hasta poco más del 40% de mujeres en la transición a la postmenopausia cursan con depresión de grado diverso la cual se manifiesta con desgano, irritabilidad e inestabilidad emocional, disminución de apetito sexual (libido), sensación de inadecuación (como dicen popularmente :no se hallan) y nerviosismo; todo esto sin contar con el rechazo a los cambios en su autoimagen, que llevan a muchas mujeres a desarrollar una autoestima baja o francamente a perder su autoestima".

V.1.1. Método

Sujetos:

Las participantes en el taller terapéutico se seleccionaron de entre las pacientes que asisten al CSP a solicitar apoyo psicológico por manifestar síntomas depresivos y cuyas edades estuvieran comprendidas entre los 40 y 60 años,

Originalmente se seleccionaron 12 pacientes pero sólo participaron 7 en el taller terapéutico porque las demás pacientes mencionaron no poder asistir debido a problemas de horario o no tener interés en participar en un taller terapéutico.

² Atención Médica Integral para la Mujer, S.C. (2007). "*Climaterio y menopausia*". <http://www.atmim.com/climaterio.htm>.

Materiales:

Las pruebas psicológicas que se emplearon para medir los cambios reportados por las pacientes antes y después de la intervención terapéutica fueron el inventario de depresión de Beck y el inventario de ansiedad de Beck, los cuales se aplicaron en dos fases, la primera cuando las pacientes acudieron al CSP a solicitar apoyo psicológico y la segunda al finalizar el taller terapéutico. Se optó por utilizar estos inventarios por dos razones, la primera porque son los que se aplican a la mayoría de las personas que asisten al CSP en demanda de servicio y la segunda porque son instrumentos que han demostrado un amplio grado de confiabilidad y validez. En lo que se refiere al Inventario de depresión de Beck, Jurado, S., Villegas, M., Méndez, L., Rodríguez, F., Loperena, V., Varela, R.³ realizaron un estudio en el que concluyen que este Inventario cumple con los requisitos psicométricos de confiabilidad y validez requeridos psicométricamente para evaluar los niveles de depresión en residentes de la ciudad de México. Con respecto al Inventario de ansiedad de Beck, en la revista titulada "*Estudio del Psicoanálisis y Psicología*"⁴ se menciona que las propiedades psicométricas de fiabilidad y validez del Inventario de Ansiedad de Beck son: Fiabilidad.- Posee una elevada consistencia interna¹² (alfa de Cronbach de 0,90 a 0,94). La correlación de los ítems con la puntuación total oscila entre 0,30 y 0,71. La fiabilidad test-retest tras una semana es de 0,67 a 0,93 y tras 7 semanas de 0,62. Validez.- Tiene buena correlación con otras medidas de ansiedad en distintos tipos de poblaciones (jóvenes, ancianos, pacientes psiquiátricos, población general)⁶. Los coeficientes de correlación (r) con la Escala de ansiedad de Hamilton es de 0,51, con el Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado de 0,47 a 0,58 y con la Subescala de Ansiedad del SCL-90R de 0,81, Por otra parte los coeficientes de correlación con escalas que valoran depresión, también son elevados. Con el Inventario de Depresión de Beck de 0,61 y con la Subescala de Depresión del SCL-90R de 0,62.

Para la aplicación de los test se utilizó una mesa de trabajo, lápices con punta suave y borrador.

³ Jurado, S., Villegas, M., Méndez, L., Rodríguez, F., Loperena, V. y Varela, R. (1998). "*La estandarización del inventario de depresión de Beck para los residentes de la ciudad de México*". México: LILACS.

⁴ "*Estudio del Psicoanálisis y Psicología*". (2006). Inventario de Ansiedad de Beck. <http://psicopsi.com/Inventario-de-ansiedad-de-Beck>.

Para la explicación de los temas que se trabajaron en el taller terapéutico se utilizaron grabaciones y láminas preparadas previamente por la instructora y se proporcionaron copias fotostáticas de algunos de los temas tratados. Para la realización de los ejercicios se utilizó pizarrón, plumones y borrador. Para la transcripción del material obtenido en el taller se utilizó una computadora personal.

Procedimiento:

Las exposiciones por parte de la instructora se hicieron de manera verbal y en ocasiones éstas fueron apoyadas con láminas explicativas y pizarrón. Durante las sesiones se tomó nota abreviada de las participaciones de las integrantes y al terminar la sesión se hizo una transcripción mecanográfica del material.

V.2. CONFORMACIÓN DEL GRUPO

V.2.1. Construcción de los cimientos del grupo

Las actividades que se realizaron para constituir el grupo fueron las siguientes:

1. Revisar la disponibilidad de espacios y horarios para impartir el taller terapéutico.

Se acordó que el taller se impartiría el martes en un horario de 7 a 9 o de 18 a 20 horas por ser estos los únicos horarios en que había espacio disponible en los salones acondicionados para talleres terapéuticos.

2. Revisar conjuntamente con la Jefa del Centro los expedientes de las mujeres que manifestaron asistir al CSP por sentirse tristes o deprimidas y cuyas edades fluctuaban entre 40 y 60 años.

Se seleccionaron 12 expedientes y se habló con cada una de las pacientes seleccionadas para informarles que debido a su problemática individual y sus características personales se consideraba que la forma idónea de terapia para ellas era la terapia grupal y que por tal motivo habían sido seleccionadas para participar en un taller terapéutico; en un principio la mayoría de las pacientes manifestaron su inconformidad por no ser atendidas de manera individual pero se les explicó sobre los beneficios de los talleres terapéuticos y 10 de ellas

accedieron a participar, sólo dos de las pacientes dijeron no tener interés, por lo que se procedió a darlas de baja.

Se les informó que había dos horarios propuestos y que el taller se impartiría en el horario que conviniera a la mayoría, preguntándoles en cuál de los dos horarios podrían asistir. Siete de las participantes eligieron el horario matutino, dos el vespertino, y una dijo no poder asistir en ninguno de los dos pero manifestó tener interés en recibir terapia por lo que se atendió en forma individual en un horario distinto al del taller.

3. Formular objetivos específicos para el grupo.

Considerando que en los grupos terapéuticos la intervención terapéutica está basada en los síntomas que se pretenden eliminar para restablecer las condiciones psicodinámicas del paciente se consideró que el tipo de intervención adecuada para el grupo sería de apoyo y en menor medida reeducativa. Por lo que siguiendo a Wolberg⁵ los objetivos específicos a lograr serían:

- ⇒ Que las participantes lleguen a un equilibrio emocional tan rápidamente como sea posible, disminuyendo o eliminando sus síntomas de modo que sean capaces de funcionar en un nivel bastante cercano al habitual.
- ⇒ Que las participantes logren ganar insight sobre sus actitudes y conflictos más conscientes, así como sobre sus relaciones interpersonales, con un deliberado esfuerzo de promover un reajuste ambiental y una modificación de metas para poder vivir a la altura de sus potencialidades.

4. Establecer la estructura básica del grupo.

Se determinó que de conformidad con los temas a tratar, los objetivos que se pretendían lograr y la problemática grupal e individual, se requería un mínimo de 32 horas para la realización del taller por lo que se decidió que el taller se impartiría en 16 sesiones semanales de dos horas cada una. El taller se impartió los martes comprendidos entre el 3 de agosto y el 23 de noviembre de 2010 en un horario de 7 a 9 de la mañana por ser esta la hora en que podían

⁵ Wolberg, L.R. *Técnicas psicoterapéuticas*. México: Traducción hecha al español por la Universidad Iberoamericana. pp. 17- 40.

asistir la mayoría de las participantes, lo cual se les informó a las 10 interesadas confirmando la asistencia 7 de ellas.

5. Establecer el tipo de grupo.

El grupo terapéutico que se constituyó pertenece al orden de los grupos pequeños, ya que se formó con 7 integrantes mujeres; se trata de un grupo cerrado ya que se pretende que las participantes sean las mismas que comiencen y finalicen el grupo debido a que existe una secuencia en la exposición de los temas que dificultan la integración tardía de las participantes; la edad de las participantes fluctúa entre los 44 y 60 años, por lo que es un grupo de segunda edad; existe una problemática similar entre ellas, que es la de presentar síntomas depresivos moderados, por lo que el grupo es específico; y en cuanto al grado de instrucción el grupo es heterogéneo ya que está formado por algunas personas que sólo tienen la instrucción básica en tanto que otras poseen grado de maestría.

Con base en lo anterior el grupo se definió como un grupo cerrado conformado por siete mujeres en la segunda edad que presentan síntomas depresivos moderados.

6. Decidir sobre el empleo de un instructor adicional.

En un principio se consideró la posibilidad de contar con un instructor auxiliar de sexo masculino que tuviera una edad similar a la de la instructora debido a la ventaja que podría tener para las participantes el observar el trabajo conjunto de un instructor y una instructora que se muestran respeto mutuo y sin la desigualdad, la explotación ni la sexualización que generalmente se dan por sentadas en las asociaciones entre hombres y mujeres. Desafortunadamente esto no fue posible debido a que no había instructores hombres que pudieran colaborar en el horario previsto.

7. Combinar la asistencia al taller terapéutico con otros tratamientos cuando sea necesario.

Una de las pacientes asiste a terapia individual en otra institución por prescripción del psiquiatra quien además la está tratando con medicamentos

antidepresivos, pero debido a que en la otra institución sólo le pueden proporcionar la terapia una vez por mes, la psicóloga le sugirió que buscara ayuda en el CSP con objeto de que tuviera apoyo psicológico de manera frecuente, en este caso específico se combina la intervención grupal con la terapia con drogas y la terapia individual.

Otra de las pacientes asiste porque el psiquiatra considera que ya está lista para dejar de tomar los antidepresivos que viene ingiriendo desde hace dos años y le sugirió que solicitara apoyo psicológico en este proceso.

V.2.2. Creación del grupo

Una vez que se definieron las características del grupo y de sus integrantes se procedió a crear el entorno terapéutico que permitiera a las participantes trabajar juntas de manera segura y constructiva. Las actividades fueron las siguientes:

1. Se revisaron nuevamente los expedientes de las siete participantes y se concluyó que no existe motivo aparente de exclusión de alguna de ellas.
2. Se contactó telefónicamente a las pacientes para confirmarles el lugar, la fecha y el horario en que se llevaría a cabo la terapia grupal.

V.3. DESARROLLO DEL TALLER TERAPÉUTICO

Primera sesión (agosto 3 de 2010)

A esta sesión asistieron 6 de las 7 participantes y se realizaron las siguientes actividades:

Se hizo la presentación por parte de la instructora y se informó a las participantes que la terapia grupal tiene grandes ventajas sobre la terapia individual ya que permite a las participantes interactuar con otras personas que tienen una problemática similar o diferente a la propia y que esta interacción se da en un ambiente de comprensión y aceptación; se dijo también que el grupo terapéutico ofrece la oportunidad de resolver algunos de los trastornos que nos afectan en una atmósfera en la que no seremos criticadas ni rechazadas por nuestro comportamiento.

Se solicitó a las participantes que se presentaran y que si se sentían listas expusieran el motivo que las impulsó a solicitar ayuda psicológica, la mayoría manifestó que acudió al CSP porque se sienten tristes e incómodas con la forma en que están llevando su vida.

Se dio una explicación sobre los objetivos del taller. Se les dijo que el principal objetivo consistía en aliviar los síntomas que las habían impulsado a solicitar apoyo psicológico, pero que también se trataría de lograr que hicieran cambios y ajustes ambientales que les permitieran vivir de una manera más plena y más satisfactoria.

Se les dijo que el taller tendría una duración de 16 sesiones de dos horas cada una por lo que finalizaría el 23 de noviembre, y que debido a que los objetivos eran muy ambiciosos y la duración de la terapia era corta, era muy importante la asistencia a las sesiones y el comprometerse a trabajar duro para lograr el cumplimiento de los objetivos.

Se explicó al grupo que las sesiones iniciarían a las 7 y terminarían a las 9 de la mañana y que al inicio de cada sesión se haría una recapitulación sobre la sesión anterior y se hablaría sobre lo sucedido entre sesiones. Se les exhortó a llegar a las 7 de la mañana aunque se les dijo que si por algún motivo llegaban tarde podrían incorporarse al grupo, y se les informó que el costo de la terapia era de \$50.00 por sesión los cuales deberían pagarse antes de iniciar la sesión.

Para crear la cultura de grupo se sugirieron a las participantes un conjunto de reglas de conducta que convendría acatar durante las sesiones, aclarando que éstas eran sólo un ejemplo y que podrían modificarse durante el transcurso de la terapia. Se comentó la importancia y compromiso de confidencialidad absoluta respecto a lo que se hablara en el taller y de respeto a las opiniones de los participantes aun cuando no se estuviera de acuerdo con su manera de pensar y actuar.

Se explicó la forma en que se trabajaría en cada sesión y se les hizo saber que la participación de todas era muy importante porque de ello dependía la dinámica del grupo. Se proporcionó una propuesta de calendarización sobre los temas que se abordarían quedando de la siguiente manera:

- ⇒ Segunda sesión. Explicación sobre que es la depresión y las formas en que puede tratarse.
- ⇒ Tercera sesión. Explicación de la Terapia Racional Emotiva y de una de las maneras que se pueden utilizar para descubrir nuestras creencias irracionales.
- ⇒ Cuarta sesión. Exposición de su problemática por parte de una las participantes.
- ⇒ Quinta sesión. Explicación y puesta en práctica de otra manera de encontrar nuestras creencias irracionales.
- ⇒ Sexta sesión. Exposición de su problemática por parte de una las participantes.
- ⇒ Séptima sesión. Explicación y puesta en práctica de otro método para descubrir nuestras creencias irracionales.
- ⇒ Octava sesión. Exposición de su problemática por parte de una las participantes.
- ⇒ Novena sesión. Exposición de su problemática por parte de una las participantes.
- ⇒ Décima sesión. Exposición de su problemática por parte de una las participantes.
- ⇒ Décima primera sesión. Explicación del modelo de tres factores.
- ⇒ Décima segunda sesión. Explicación de un caso ilustrativo.
- ⇒ Décima tercera sesión. Exposición de su problemática por parte de una las participantes.
- ⇒ Décima cuarta sesión. Exposición de su problemática por parte de una las participantes.
- ⇒ Décima quinta sesión. Aplicación de las técnicas aprendidas.
- ⇒ Décima sexta sesión. Cierre del taller.

Se hizo una sesión de preguntas y respuestas sobre el funcionamiento del taller terapéutico y las preguntas más frecuentes fueron sobre la forma en que cada participante expondría su problema. Se explicó que el día correspondiente la sesión se enfocaría en la problemática de una participante en especial pero que eso no era impedimento para que las demás participaran y que incluso la participante podía declinar su derecho a ser la protagonista. Cuando

preguntaron el orden en que iban a ser protagonistas se les dijo que eso se determinaría sobre la marcha ya que dependería de las circunstancias.

Segunda sesión (agosto 10 de 2010)

A esta sesión asistieron las 7 participantes y se realizaron las siguientes actividades:

Se dio una breve explicación de lo que es la depresión. Se dijo que la depresión es una enfermedad que afecta la forma en que una persona siente, piensa, come, duerme y actúa y que la depresión es diferente de la tristeza o desesperación normal y se presenta a menudo en cuatro formas:

- 1) Cambios en el estado de ánimo. Puede experimentarse tristeza, inutilidad, desamparo y crisis de llanto. Es frecuente que la autoestima y la autoconfianza se desplomen y que el paciente se sienta culpable y depreciable, en ocasiones puede presentarse irritabilidad, aburrimiento y fastidio. Uno de los síntomas más notorios es la falta de interés en las actividades que antaño le producían placer.
- 2) Cambios cognoscitivos. Existen cambios en la memoria y el pensamiento, dificultad para concentrarse y tomar decisiones.
- 3) Cambios físicos. Pueden presentarse desórdenes en los hábitos de sueño y comida y en la apetencia sexual, dolores físicos y disminución de la energía.
- 4) Cambios en el comportamiento. Se descuidan aspectos que anteriormente se atendían, retraimiento social y mal humor.

Se explicó que la depresión es tratable y que con el tratamiento adecuado 8 de cada 10 personas mejoran y pueden regresar a su vida productiva, pero si no se trata puede persistir o agravarse. Se comentó que el riesgo de tener otro episodio depresivo aumenta con cada evento y que los episodios subsecuentes son más prolongados, más severos y más difíciles de tratar, de ahí la importancia de tratar la depresión en forma adecuada e incluso tomar medicamentos cuando el médico lo considere conveniente.

Se dio una breve explicación acerca de la manera en que funcionan los antidepresivos. Se dijo que actúan sobre los neurotransmisores del cerebro y que los neurotransmisores son las sustancias químicas que las células

nerviosas utilizan para comunicarse entre sí. Se explicó que los neurotransmisores que se asocian a la depresión son la serotonina, la norepinefrina y la dopamina y que algunos estudios sugieren que la gente deprimida tiene menor cantidad de uno o más de estos neurotransmisores en las sinapsis que se establecen entre las neuronas. Se explicó que los medicamentos antidepresivos funcionan de tres maneras:

- 1) Inhibiendo la recaptura del neurotransmisor. Permite que los neurotransmisores permanezcan mayor tiempo.
- 2) Bloqueando ciertos receptores químicos sobre los que actúan los neurotransmisores. Evita que la célula nerviosa receptora capte ciertos mensajes de la célula nerviosa que los envía.
- 3) Inhibiendo la monoaminoxidasa. Al inhibir a la enzima responsable de la degradación de los neurotransmisores se posibilita que haya más de éstos en la sinapsis.

Por último se dio una breve explicación sobre la importancia de tomar los antidepresivos cuando éstos son prescritos por un médico, y se explicó que el tratamiento se divide en dos etapas, la primera denominada etapa aguda está enfocada a sentirse mejor, la segunda es de mantenimiento y son las circunstancias personales las que determinan la duración del tratamiento.

Tercera sesión (agosto 17 de 2010)

A esta sesión asistieron las 7 participantes y se realizaron las siguientes actividades:

Se informó a las participantes que en el CSP la corriente psicológica que predomina en el tratamiento de los pacientes es la cognitivo conductual y que dentro de esta corriente existe un sistema de psicoterapia denominado Terapia Racional Emotiva, mejor conocido como TRE, y que éste sería el sistema con el que trabajaríamos.

Se dio una breve descripción de los planteamientos básicos de la TRE explicando que trabajaríamos bajo los siguientes postulados:

- a) Las personas controlan en gran parte sus propios destinos creyendo y actuando según los valores y creencias que tienen.

- b) Las personas reaccionamos ante un acontecimiento en función de la forma en que interpretamos o valoramos dicho acontecimiento, y esta forma de interpretar o valorar depende de nuestros valores y creencias personales.
- c) Existen tres componentes básicos en nuestro comportamiento: A B y C. En donde:
- ⇒ A representa las experiencias activadoras,
 - ⇒ B representa el sistema de creencias innatamente predispuesto y aprendido o adquirido, y
 - ⇒ C representa las consecuencias emocionales y conductuales
- d) La teoría TRE afirma que es B y no A lo que provoca C, así A no es la que produce C sino más bien es uno mismo quien produce C con base en B. Viéndolo de esta manera puede concluirse que las cosas que ocurren no son las que perturban sino la opinión que se tiene de ellas, por lo que si se quiere lograr un cambio en C debemos enfocarnos a modificar B. Para modificar B necesitamos dominar nuestras creencias irracionales, pero antes necesitamos descubrir cuáles son.

Se explicó que una de las maneras de descubrir nuestras creencias irracionales consiste en buscar en nuestros *deberías* y nuestros *tiene que*, porque si escarbamos un poco nos daremos cuenta que cuando tenemos problemas emocionales es porque nuestras creencias irracionales contienen un pensamiento basado en una o más de las siguientes cuatro formas básicas:

- ⇒ Alguien o algo *debería, sería o tendría* que ser diferente de lo que es en realidad.
- ⇒ Cuando ese algo o alguien no es como *debería ser* sino como es lo encuentras horrendo, terrible.
- ⇒ Piensas que no puedes sufrir, tolerar o soportar a esta persona o cosa y por eso concluyes que *no debería haber sido* como es.
- ⇒ *Piensas* que tú u otras personas han cometido errores horribles y porque tú o ellas *deben* actuar de esa manera merecen reprobación y pueden ser catalogados como canallas, podridos o despreciables.

Se les dijo que uno de los objetivos de las sesiones consistiría en encontrar nuestras creencias irracionales, utilizando de preferencia el método recién

expuesto, para tratar de sustituirlas por pensamientos más racionales y se les exhortó a trabajar en casa buscando sus *debería o sus tiene que ser*.

Cuarta sesión (agosto 24 de 2010)

A esta sesión acudieron 6 de las 7 participantes y se realizaron las siguientes actividades:

Se preguntó a las participantes si habían dedicado algún tiempo a buscar sus creencias irracionales con la técnica explicada en la sesión anterior. Las asistentes comentaron que si habían encontrado varias creencias y algunas las expusieron.

Se recordó a las participantes que en esta sesión una de ellas sería la que expondría su problemática y se preguntó si alguna quería hacerlo. ANA preguntó en qué consistía ser la exponente y se le dijo que en principio la protagonista hablaría de su situación personal y de las razones por las que asiste a terapia, y que se esperaba que las demás aportaran sus puntos de vista sobre la situación de la expositora. En seguida el grupo y ella misma buscarían las creencias irracionales de la protagonista y propondrían creencias más racionales. Posteriormente se expondría la situación personal pero sustituyendo las creencias irracionales por algunas más racionales y veríamos de que manera esto cambia la percepción de su situación personal. ANA dijo que ella quería exponer su situación e inició su relato.

ANA. Realmente yo le pensé mucho para venir a terapia porque mi hermana es terapeuta y está muy desorientada y yo no entiendo como una persona que se dedica a ayudar a los demás no puede estar bien ella misma; pero la situación con mi esposo me obligó a hacerlo a pesar de la desconfianza que me dan los terapeutas.

INS. ¿Y cuál es la situación con tú esposo?

ANA. Hace más de seis meses que no me habla y yo ya no aguanto esta situación, a veces quisiera que todo acabara. No sé qué hacer para romper este círculo que no sólo me toca a mí sino también a mis hijas, la menor de ellas tampoco se habla con su padre, la única que medio se comunica con él es la mediana y eso porque no se enfrenta a él y hace

lo que él quiere. Tampoco estoy muy contenta con la forma en que llevan su vida mis hijas, mi hija mayor hace lo que su marido quiere, creo que incluso él la golpea pero ella no me dice nada porque sabe que yo no estoy de acuerdo con eso; la mediana se quedó sin trabajo hace un año y no ha buscado otra opción, prefiere dedicarse a la venta de pasteles, ella es una diseñadora brillante y se conforma con hacer pasteles, además de que desde que terminó con su novio ha engordado mucho y se la pasa encerrada; la chica tiene relaciones sexuales con su novio y bien que sabe que está mal porque no me ha dicho nada, yo he tratado de hablar con ella pero no sé cómo abordar el tema. Siento que mis hijas son muy débiles, que no se saben defender y eso me molesta.

INS. ¿Tienes idea de porque tu esposo dejo de hablarles a tu hija menor y a ti?

ANA. Porque no hacemos lo que él quiere.

INS. ¿Y qué es lo que él quiere?

ANA. Que mi hija menor llegue temprano a casa.

INS. Parece ser que el problema es con tu hija menor y no contigo.

ANA. Si pero yo debo de defenderla.

INS. ¿De quién o de qué debes defenderla?

ANA. De su papá.

INS. ¿Porque crees que tú debes defenderla de su papá, no crees que ella podría hacerlo por si misma?

ANA. No sé si pueda porque el padre es realmente grosero, el debería ser más comprensivo, si él fuera más comprensivo no habría problemas.

INS. ¿Podrías decirnos exactamente de qué manera es grosero?

ANA. Pues al no dirigirnos la palabra es grosero.

INS. ¿Él la maltrata o la ofende de alguna otra manera?

ANA. No, realmente no.

INS. Entonces no entiendo porque crees que ella no puede defenderse del padre sí aparentemente lo único que hace es no hablarle.

ANA. Es que cuando no me habla me siento ignorada, cómo que no existo.

INS. Si entiendo que te sientas mal cuando él no te habla pero lo que no entiendo es porque tú crees que debes defender a tu hija de algo que no sé que sea.

ANA. Viéndolo así yo tampoco lo sé, pero él un buen día dejó de hablarnos.

INS. ¿Le has preguntado porque no les habla?

ANA. Para que si ya lo sé.

INS. ¿Qué es lo que sabes?

ANA. Porque no nos habla

INS. ¿Por qué?

ANA. Porque quiere que la hija menor llegue temprano y la hija menor no le hace caso.

INS. ¿Será que él también se siente ignorado, como que no existe?

ANA. Pudiera ser.

INS. Bien creo que ya sabemos porque está enojado con la hija y porque no le habla a ella, pero todavía no sabemos porque no te habla a ti.

ANA. Porque yo me meto cuando regaña a la hija y eso a él le molesta.

INS. ¿Qué crees que pasaría si tú dejaras de meterte cuando él habla con tú hija?

ANA. No lo sé.

Después del relato se les preguntó a las participantes que pensaban de lo expuesto por ANA y si habían encontrado creencias irracionales en su relato.

ISA. Yo si entiendo porque está tan enojado tu esposo contigo, como te sentirías tú si él se pusiera de parte de la hija cuando tú le llamas la atención y además solapara a la hija para que no te hiciera caso.

ANA. No, pues muy molesta porque me quitaría autoridad frente a ellas.

EVA. No sé porque te extraña que tus hijas no se sepan defender si tú crees que las debes defender hasta del papá y parece ser que él no es una mala persona que ponga en riesgo a tus hijas, sólo quiere que lleguen temprano. Quizá convendría que te preguntaras porque crees que quiere que lleguen temprano, a lo mejor le preocupa la inseguridad.

ANA. No, es para tener control sobre ella

EVA. Si fuera para eso, trataría de tener control en otras cosas y no sólo en el horario de regreso.

Se pidió que buscaran creencias irracionales y las sustituyeran por racionales.

PAT. Yo creo que una creencia irracional es pensar que la madre debe defender a la hija sobre todo si ya está grande y que lo racional es

pensar que es tarea de la hija tratar de convencer al padre de que la deje llegar más tarde.

PAU. Tú piensas que tú marido debería ser más comprensivo, y lo que vimos la sesión anterior fue que es el pensar que las personas deberían ser de una determinada manera lo que nos hace sentirnos mal, quizá si pensaras que te gustaría que él fuera más comprensivo haría más sencilla la convivencia porque te afectaría menos que él no fuera como tú quieres que sea y no como tú crees que debe de ser, a lo mejor él si es comprensivo pero tú no te das cuenta porque crees que debería ser como tú crees que debe ser. Hay creo que me metí en un trabalenguas pero bueno espero que se haya entendido.

INS. Yo encontré una idea irracional en tú discurso, se refiere a cuando dices que ya no aguantas la situación de que tú esposo no te hable, seguramente preferirías que te hablara pero de eso a que no aguantes hay una gran diferencia, de hecho si lo aguantas puesto que has vivido con ello durante seis meses y aquí estás.

Se le preguntó a ANA que pensaba de lo que se le había dicho y comentó que si hay una buena dosis de razón en lo que le dijeron pero que ella creía que no estaba bien que las parejas se distanciaran de la manera en que ella y su esposo lo habían hecho.

INS. En efecto no creo que esa sea la mejor manera de convivir y probablemente a ti te gustaría que la convivencia fuera diferente pero yo te pregunto qué crees que podrías hacer para mejorar la situación.

ANA. ¿Creen que debería quitarme de en medio y dejar que mis hijas se arreglen con él?

ISA. Estas usando de nuevo el debería y eso hace como que se compliquen las cosas, quizá si dijeras “creen que convendría” en lugar de debería lo podrías ver menos drástico.

PAT. Yo pienso que sería mejor si hablaras con él y le preguntaras porque no te habla y le dijeras que quieres recuperar la relación; además si creo que no es bueno que te pongas en medio de él y tus hijas que también son tuyas.

Se dijo que como ejercicio trataríamos de sustituir el discurso original por otro más racional y que para ello sustituiríamos las ideas irracionales por otras más racionales. Al final del ejercicio el discurso quedó de la siguiente manera:

ANA. Realmente le pensé mucho para venir a terapia pero la situación con mi esposo me obligó a hacerlo a pesar de la desconfianza que me dan los terapeutas.

INS. ¿Y cuál es la situación con tú esposo?

ANA. Hace más de seis meses que no me habla y me gustaría que volviéramos a comunicarnos. No sé qué hacer para romper este círculo que no sólo me toca a mí sino también a mis hijas, la menor de ellas tampoco se habla con su padre, la única que medio se comunica con él es la mediana. También me preocupa la forma en que llevan su vida mis hijas, mi hija mayor hace lo que su marido quiere, creo que hay violencia por parte de él pero ella no me dice nada y yo no sé cómo ayudarla; la mediana prefiere dedicarse a la venta de pasteles que trabajar como diseñadora, yo pienso que ella es una diseñadora brillante y que podría conseguir un empleo acorde con su profesión pero respeto su decisión de trabajar en lo que quiera, además me preocupa que desde que terminó con su novio ha engordado mucho y se la pasa encerrada, probablemente esté deprimida; la chica tiene relaciones sexuales con su novio, eso va en contra de mi manera de pensar pero entiendo que los tiempos han cambiado y que ella ya está grande para saber lo que hace. Siento que a mis hijas les faltan herramientas para defender sus derechos

INS. ¿Tienes idea de porque tu esposo dejo de hablarles a tu hija menor y a ti?

ANA. No lo sé a ciencia cierta porque no se lo he preguntado pero podría ser que está enojado, porque siente que no le damos su lugar.

INS. ¿Crees que puedes hacer algo para que él se sienta mejor?

ANA. Si, hablar con él y preguntarle porque está molesto y qué puedo hacer para que arreglemos la situación entre nosotros, además quiero decirle que cuando no me habla me siento ignorada, cómo que no existo. Otra cosa que creo que contribuiría a que él se sintiera mejor sería hablar con mi hija menor para decirle que se arregle con su papá porque yo ya no

me voy a meter y que mientras viva en la casa es conveniente que negocie y acate las reglas de la casa.

INS. Bien ¿Crees que si haces lo que mencionaste tú saldrás afectada?

ANA. No, al contrario creo que será para bien, de hecho yo no voy a perder nada, probablemente mi hija menor sienta que ya no estoy de su lado, pero ni modo.

INS. ¿Porque no se lo preguntas? A lo mejor te llevas una sorpresa.

ANA. Si verdad, sería el colmo que yo me la pase defendiéndola y ella no quiera que la defienda.

Quinta sesión (agosto 31 de 2010)

A esta sesión acudieron 6 de las 7 participantes y se realizaron las siguientes actividades:

Se comentó que no obstante que en el calendario se especificaba que esta sesión se destinaría a explicar y aplicar otra manera de encontrar nuestras creencias irracionales, en la práctica al principio de todas las sesiones se dedicaría un tiempo a que la exponente de la sesión anterior comentara si adoptó un nuevo enfoque y la manera en que se desarrollaron los acontecimientos con el nuevo enfoque adoptado y que también se destinaría un tiempo para comentarios generales. Se preguntó a ANA si quería comentar algo respecto a lo sucedido en la semana y dijo que sí.

ANA. Pues si hable con mi esposo, lo invité a cenar a un lugar que tiene un significado especial para nosotros, le pregunté porque no me hablaba y me dijo que estaba enojado conmigo porque no lo respeto y que como ya se dio cuenta que me diga lo que me diga yo sigo comportándome igual optó por no hablarme para de esa manera evitar pelear y decirme cosas ofensivas. Yo le dije que quería que la relación se recuperara que yo le quería mucho y quería estar con él, que me dijera que pensaba él que podríamos hacer para recuperar la relación y me dijo que él quería que la gente que viviera en su casa lo respetara y no lo hiciera sentir como un mueble al que se ignora. Le dije que él no vive solo, que en la casa vivimos otras personas y que creía que las reglas de la casa deben acordarse y no imponerse porque de otra manera se cumplirían por

obligación y eso generaría resentimientos. Estuvo de acuerdo en negociar las reglas y le ofrecí que hablaría con las hijas y les diría que habíamos hablado y habíamos acordado negociar las reglas de la casa. Hable con mis hijas y les dio mucho gusto que su papá y yo estuviéramos en buenos términos y para mi sorpresa la menor aceptó hablar con su padre y sentarse a negociar los horarios y las reglas.

INS. Parece que tenemos unos muy buenos resultados en un tiempo relativamente corto, alguien quiere comentar algo sobre esto en particular o sobre algo en general.

EVA. ANA realmente me da mucho gusto que la situación se haya resuelto de una manera tan favorable, parece ser que todos querían que se resolviera pero la soberbia les impedía dar el primer paso, que bueno que te decidiste a darlo.

PAT. Es increíble como la falta de comunicación distorsiona las relaciones, si uno se pusiera en los zapatos del otro y se preguntara que es lo que él siente sería más fácil entenderlo, ojalá que mi situación se pudiera resolver así de fácil.

INS. ¿Te gustaría ser tú quien expusiera su situación en la siguiente sesión?

PAT. Si claro.

Se procedió a explicar otra manera de encontrar nuestras creencias irracionales, la cual consiste en examinar la consecuencia conductual o emocional inadecuada (Ci) y la experiencia o acontecimiento activador (A). El método consiste en lo siguiente:

- ⇒ Busca por qué te sientes horrible.
- ⇒ Busca algo que no puedes soportar.
- ⇒ Busca tu necesidad perturbadora.
- ⇒ Busca la condena que haces de ti mismo y de los demás.

Se recordó a las participantes que uno de los objetivos de esta sesión consistía en encontrar nuestras creencias irracionales examinando la conducta y buscando que es lo que nos provoca dicha conducta, pero tratando de ver lo que hay entre la conducta y el acto que la desencadenó, esto es lo que pensamos cuando sucede algo y la forma en que lo pensamos determina como

actuamos. Se dijo que la mejor manera de lograr encontrar nuestras creencias irracionales era practicarlo por lo que se les sugería que trataran de hacerlo en casa durante el tiempo que había entre sesiones.

Sexta sesión (septiembre 7 de 2010)

A esta sesión asistieron las 7 participantes y se realizaron las siguientes actividades:

Se recordó a las participantes que en esta sesión PAT sería quien expondría su situación y se preguntó a PAT si estaba de acuerdo. PAT dijo que si pero en ese momento llegó ISA diciendo que había llegado un poco tarde porque tenía una migraña terrible debido a que el fin de semana anterior había estado con su ex esposo y había discutido muy fuerte y quería hablar de ello. Se le recordó que en la sesión anterior se acordó que PAT sería la protagonista y que habría que preguntarle a ella si estaba dispuesta a cederle su turno. PAT dijo que si que no había ningún problema y el grupo acordó que ISA fuera quien expusiera su caso.

INS. Y bien ¿Qué fue lo que pasó el fin de semana que te afectó de esa manera?

ISA. El viernes pasado fue la fiesta de graduación de mi hija mayor y ella quiso invitar a su papá, yo estuve de acuerdo y en un principio todo iba más o menos bien pero mi ex empezó a comportarse de manera indebida y nos echo a perder la fiesta.

INS. ¿A qué te refieres cuando dices que se comportó de manera indebida?

ISA. Empezó a tratar a los meseros de forma grosera y prepotente, eso nos molestó bastante a mis hijas y a mí y nos hizo sentir avergonzadas ante las otras personas con las que compartimos mesa, pero el colmo fue que se robó los cubiertos, de eso no nos dimos cuenta hasta que salimos y él nos dijo en tono “de mira que listo soy” que se había robado los cubiertos y los tontos de los meseros ni cuenta se habían dado. Mi hija mayor se enojó muchísimo y le dijo que era un naco que nunca iba a cambiar y que se olvidara de que lo volviera a invitar a un evento y que para lo único que servía era para hacerla pasar penas ajenas; la menor le dijo que ni creyera que ella lo iba a invitar a su graduación y que qué

bueno que nos habíamos divorciado porque solo de pensar en vivir con él le daban ganas de vomitar; y yo le dije que se creía muy listo por lo que había hecho pero que realmente los meseros no tenían porque estar cuidando a la gente para que no se robara cosas porque se suponía que era una fiesta de graduación y no una reunión de ladrones, que cuánto creía que valían los cubiertos que se robó para que le diera el dinero y los devolviera. El permaneció callado durante todo el tiempo y al final me dijo que era una amargada que no podía darme cuenta de las bromas y que había hecho a mis hijas igual que yo, que él también se alegraba de que nos hubiéramos divorciado porque vivir con una tercia de pesadas debía ser un infierno.

INS. Entiendo que es una situación muy molesta lo que sucedió pero ¿Por qué crees que te molestó tanto al grado de que atribuyes la migraña a ello?

ISA. Porque me doy cuenta de que él no tiene valores, que con tal de lograr algo es capaz de cualquier cosa, y me pregunto cómo es posible que no se haya puesto a pensar en lo que hubiera sucedido si lo hubieran cachado, no le importa ponernos en vergüenza y en riesgo, pero no sé porque me extraño si siempre ha sido así. Me sentí tan enojada todo el fin de semana que me la pasé con dolor de cabeza y vomitando del coraje.

INS. ¿Es frecuente que te duela la cabeza y vomites cuando te enojas?

ISA. Si me he dado cuenta que cuando las cosas no salen como yo quiero me pasa eso.

INS. ¿A qué te refieres con eso?

ISA. A que me duele la cabeza y vomito y sólo se me quita cuando lo hablo, es por eso que insistí en ser yo la que hablara el día de hoy.

PAU. Mi hija también tiene migraña y sólo se le quita cuando vomita.

INS. Que piensan de lo que nos comentó ISA

SOL. ¿De la migraña o de lo que pasó el fin de semana?

INS. De todo.

SOL. A mí me parece que está exagerando al pensar que su ex es una persona despreciable porque se comporta de forma grosera y se roba los cubiertos y que efectivamente él tiene hasta cierto punto algo de razón al decirle que educó a sus hijas de la misma manera que ella.

EVA. Me parece que te afecta mucho el qué dirán, y si tomamos en cuenta lo que vimos la sesión anterior podríamos decir que si buscaras algo que no puedes soportar eso sería pasar vergüenzas.

Aprovechando el comentario de EVA se distribuyó una lista conteniendo 20 Ideas Irracionales (II)⁶ para que localizaran las que consideran que ISA utiliza en su discurso y que son las que de alguna manera forman parte de su bagaje cultural. Se comentó que primero se le preguntaría a ISA cuáles son las que ella cree que utiliza y después el grupo diría cuáles creen que ella utiliza. Se dieron 15 minutos para leerlas y localizarlas. La lista que se distribuyó contenía las siguientes Ideas Irracionales:

1. Debo ser amado y aprobado por todas las personas importantes para mí.
2. Debo ser totalmente competente siempre o casi siempre.
3. Valgo en función de lo que tengo o hago.
4. Es horrible y tremendo cuando las cosas no son de la forma en que a mí me gustaría que fueran.
5. Los demás deben actuar como yo quiero, deben de ser diferentes.
6. No debería sentirme así, debería sentirme diferente.
7. No tengo derecho.
8. Debes condenar severamente al que actúa mal.
9. Los malestares emocionales se generan por las presiones externas y no se pueden evitar.
10. Peligro significa accidente y a uno de nosotros nos va a tocar.
11. Tiene que haber una solución perfecta a todos los problemas, debo estar siempre seguro y tener perfecto control sobre las cosas.
12. Mi pasado es la causa de mis problemas presentes ya que fueron fuertes influencias en mí, seguirán siéndolo inevitablemente.
13. Debo estar sintiéndome siempre confortable y sin dolor.
14. Es más fácil evitar que enfrentar las dificultades en la vida.
15. Necesito a alguien más fuerte que yo en quien pueda descansar y de quien pueda depender.
16. Puedo volverme loco y eso sería insoportable; algo fuera de mi control y manejo.

⁶ Aguilar K.E. (1984). *20 Formas de amargarse la vida y.....cómo evitarlo*. México: Pax.

17. Puedo leer el pensamiento de los demás y adivinar el futuro.

18. Debo callar: mis necesidades no importan, las ocultaré.

19. Debo dominar y ganar; para defenderse hay que atacar.

20. Lo que quiso decirme es...

ISA. Ya encontré dos. Una es la 4, la que dice “es horrible y tremendo cuando las cosas no son de la forma en que a mí me gustaría que fueran” y la otra es la 5, “los demás deben actuar como yo quiero, deben ser diferentes”.

SOL. Para mí que la 8 es una de tus creencias irracionales, es la que dice “debes condenar severamente al que actúa mal”.

EVA. Yo pensaría que también la 9, “los malestares emocionales se generan por las presiones externas y no se pueden evitar”.

INS. Bien si no encontraron otra Idea Irracional procederemos a ver porque creen que esas Ideas Irracionales son las que forman parte de las creencias irracionales de ISA. Primero tú ISA.

ISA. Bueno, me doy cuenta de que cuando las cosas no son como yo quiero pienso que es horrible y me siento muy mal, y la segunda creo que la gente, sobre todo la que está cercana a mí, debe actuar como yo quiero, debe ser diferente y si no es así me enoja mucho. Mi ex me lo dice seguido y su mamá decía que yo creía que era perfecta y que los demás estaban mal, pero también es cierto que sus valores son muy endebles y los míos son más sólidos, para ellos robar, engañar y mentir a otros es una prueba de inteligencia y creen que no está mal hacerlo, que de hecho está bien.

SOL. Creo que ya no hace falta que explique porque tú crees que debes condenar severamente al que actúa mal, y me parece que te pones en el papel de juez, yo estoy de acuerdo en que el mundo tiene sus reglas pero creo que nadie es tan perfecto como para condenar a los demás, para eso existen las leyes.

EVA. Cuando yo digo que ISA utiliza como Idea Irracional que los malestares emocionales se generan por las presiones externas y no se pueden evitar es porque ella dijo que fue la actitud de su ex lo que le provocó la migraña y yo creo que la migraña es el malestar emocional y la actitud

del ex la presión externa, y también dijo que cuando se enoja mucho le duele la cabeza y vomita, como una consecuencia que no puede evitar.

INS. Y bien ISA ¿qué piensas de lo que dicen tus compañeras?

ISA. No, pues yo creo que tienen razón pero que puedo hacer para cambiar mis Ideas Irracionales, si he vivido con ellas toda la vida.

INS. Bueno, la idea es cambiarlas por Ideas más Racionales y para ello se requiere un entrenamiento, pero sobre todo una manera menos rígida de pensar y probablemente de actuar. Ahora te pregunto que sientes con lo que tus compañeras te están diciendo.

ISA. La verdad un poco de enojo, me siento juzgada, pero cosa rara se me quitó el dolor de cabeza y el enojo que siento es un enojo que no me nubla sino que me pone triste. Me da tristeza ser así tan rígida porque de alguna manera me doy cuenta de porque la gente no se siente a gusto conmigo.

INS. Y qué opinas de lo que dijo SOL respecto a que le parece que estás exagerando al pensar que tu ex es una persona despreciable porque se comporta de forma grosera y se roba los cubiertos y que efectivamente él tiene hasta cierto punto algo de razón al decirte que educaste a tus hijas de la misma manera que tú.

ISA. Bueno después de este ejercicio, o no sé cómo llamarle, creo que si exageré y lo peor de todo es que continué alimentando esa actitud en mis hijas durante el fin de semana, al grado de que todas pensamos de que es de lo peor.

INS. Y qué opinas de lo que dijo EVA respecto a que le parece que te afecta mucho el qué dirán y que si buscaras algo que no puedes soportar, sería pasar vergüenzas.

ISA. Me sorprendió mucho que se diera cuenta de eso, porque creo que sí, que lo peor que me puede pasar es que suceda algo que me haga sentir avergonzada.

Se informó a las participantes que para terminar se intentaría cambiar el discurso original de ISA modificando lo que ella y las hijas le pudieron haber dicho al padre de éstas. El discurso final quedó de la siguiente manera:

ISA. Cuando mi ex nos dijo que se había robado los cubiertos mi hija mayor se enojó mucho y le dijo que pensara en lo mal que ella se hubiera sentido si sus compañeros se hubieran dado cuenta del robo; la menor le dijo que si seguía con sus malas mañas no lo iba a invitar a su graduación porque no quería correr el riesgo de sentirse avergonzada por sus actos; y yo le dije que se creía muy listo por lo que había hecho pero que realmente los meseros no tenían porque estar cuidando a la gente para que no se robara cosas porque se partía del supuesto de que era una fiesta de graduación en donde la gente iba a divertirse y no a robarse las cosas, que realmente no sabía porque hacía eso ya que el valor de los cubiertos no justificaba el riesgo en que nos ponía si se daban cuenta del robo y la vergüenza que haría pasar a su hija. El permaneció callado durante todo el tiempo y al final me dijo que lo había hecho como una broma pero que teníamos razón y no valía la pena correr riesgos.

INS. Y bien ISA ¿Cómo te sientes con estos cambios hechos al discurso?

ISA. Creo que es bastante más justo.

INS. ¿Qué piensas que podrías hacer para modificar la reacción inicial?

ISA. Pues hablar con las hijas y preguntarles como se sienten con lo que le dijeron a su papá y decirles que me parece que mi reacción fue exagerada. Creo que ellas también están arrepentidas de lo que le dijeron porque cuando yo hablaba de lo mal que había hecho su papá y de lo bueno que había sido que le dijéramos sus cosas, no me contestaban nada y sólo me dejaban hablar y creo que también eso me tenía enojada porque sentía como que no me apoyaban e incluso que me criticaban.

INS. Bien la sesión ya terminó, nos vemos la próxima semana.

Séptima sesión (septiembre 14 de 2010)

A esta sesión acudieron 6 de las 7 participantes y se realizaron las siguientes actividades:

Se comentó que al igual que en la quinta sesión dedicaríamos un tiempo a que ISA nos comentara lo sucedido durante el transcurso de la semana y para

comentarios en general y que después se procedería a explicar otro método que podemos utilizar para descubrir nuestras creencias irracionales.

INS. ISA ¿quieres comentar algo respecto a lo sucedido en esta semana?

ISA. Si, primero hablé con mi hija menor que finalmente era la menos afectada por lo sucedido y le pregunté qué opinaba de lo que le habíamos dicho a su papá, me dijo que pensaba que se nos había pasado la mano y que ella quería pedirle una disculpa por haberse portado tan lépera con él. Yo le dije que pensaba igual que ella y que creía que si sería bueno hablar con él pero que primero lo platicáramos con su hermana mayor, mi hija me dijo que ya lo habían platicado y que su hermana pensaba igual, aunque creía que el papá se merecía lo que se le dijo, la manera podría haber sido diferente porque hasta le había dado lástima, parecía un perro apaleado sin oportunidad para defenderse. Primero hablé por teléfono con él y cuando me contestó me dijo que seguramente necesitábamos dinero porque era para lo único que él servía. Le dije que no, que le hablaba porque queríamos hablar con él por lo que pasó en la fiesta y pedirle una disculpa por haber sido tan agresivas, él dijo que nos metiéramos la disculpa por donde nos cupiera y yo le dije que entendía que estuviera tan enojado y que si podría ir a la casa para que habláramos con él. Aceptó ir y reconoció que había actuado mal pero que éramos unas exageradas que no sabíamos aguantar una broma.

INS. ¿Podrías comentar con el grupo que fue lo que te decidió a asistir a terapia?

ISA. Que no puedo terminar la relación con mi ex, incluso me he sorprendido pensando en regresar con él a pesar de las golpizas que me ponía y de que me molesta su manera de ser.

INS. ¿Y qué piensas ahora?

ISA. Que las cosas en realidad no han cambiado y que si regreso con él es para que me dé más dinero, incluso cuando accedo a tener sexo con él es por eso por el dinero pero ya no siento nada por él, creo que los dos nos sentimos solos porque no hemos encontrado una pareja, él vive en casa de su mamá y sé que tiene una relación con su jefa, en parte por eso terminamos porque cuando le reclamaba sus llegadas tarde me

golpeaba y me decía que mientras no me faltara de comer no tenía porque reclamarle nada. En cuanto a mi yo ando de aquí para allá, pero no tengo nada estable, la verdad si me da miedo quedarme sola pero creo que más vale sola que mal acompañada.

INS. Alguien quiere comentar algo sobre lo que dice ISA.

EVA. Yo pasé por una situación similar, deje a mi esposo y me fui a vivir sola pero regresé con él porque con el tiempo te das cuenta de que si te casaste con esa persona fue por algo y si él quiere regresar y tú no tienes otra pareja conviene darse la oportunidad porque no hay nada peor que pensar en que podría haber funcionado, finalmente lo peor que puede pasar es que no funcione y te quedes como estás. Tú puedes ponerle las cosas muy claras y decirle que al primer maltrato se va de la casa, finalmente la casa donde vives es tuya y tú puedes decirle que se vaya si la situación no te conviene.

ISA. Pues realmente la casa no es mía, me la presta mi hermana y si yo regreso con él me tendría que ir a vivir a otro lado porque mi hermana no está de acuerdo en que viva con él, de hecho nadie de mi casa ni mis hijas quieren que regrese con él y creo que viéndolo bien yo tampoco.

PAT. Realmente yo te admiro porque sin tener nada te atreviste a dejarlo y me parece que sería un retroceso que regreses con él porque ya hubo violencia física y creo que si volvieran te golpearía de nuevo y tú perderías mucho de lo que ya has hecho.

Se procedió a explicar otro método de descubrir las creencias irracionales el cual consiste en suponer que están englobadas en una de las tres principales ideologías de necesidad perturbadora, ya que prácticamente todo sentimiento perturbado parece estar estrechamente relacionado al menos con una de las siguientes ideologías:

- ⇒ *Tengo que actuar bien y tengo que ganar la aprobación por mi forma de actuar de lo contrario soy considerado como podrido.*
- ⇒ *Tú debes actuar de forma amable, considerada y justa conmigo, o de lo contrario eres un canalla y la sociedad y el universo deben condenarte y castigarte por tu falta de consideración.*

⇒ Las condiciones en que vivo *deben* seguir siendo buenas y fáciles para que consiga prácticamente todo lo que quiero y no me ocurra nada de lo que no quiero, o de lo contrario la vida casi no merece vivirla.

Se recordó a las participantes que uno de los objetivos de esta sesión consistía en encontrar nuestros sentimientos perturbados y agruparlos en alguna de las tres ideologías, conforme a la división citada y se pidió que continuaran realizándolo en casa.

Octava sesión (septiembre 21 de 2010)

A esta sesión asistieron las 7 participantes y se realizaron las siguientes actividades:

Se recordó a las participantes que en esta sesión al igual que en las tres próximas una de ellas sería la protagonista y se le preguntó a SOL si ella querría serlo, a lo cual estuvo de acuerdo. El motivo por el cual se eligió a SOL fue porque estaba muy demacrada y con claras huellas de haber llorado.

INS. Y bien ¿hay algo en especial de lo que quieras hablar?

SOL. ¿Recuerdan que cuando me presenté les comenté que mi papá estaba en la cárcel? Pues ya salió y no sé porque me siento tan enojada y tan triste, siento que debería de estar contenta de que mi papá esté en la casa pero no lo estoy.

INS. Tú crees que deberías estar contenta, ahí hay una creencia irracional, como si fuera obligatorio alegrarnos de algo que no nos alegra, ahora yo te pregunto ¿porque crees que no estás contenta? ¿Crees que tú papá no debería haber salido de la cárcel o crees que el que esté en casa representa un problema para ti?

SOL. Mi papá fue encarcelado por violación a menores y ahora que sale de la cárcel en mi casa hacen la gran fiesta como si lo que hizo fuera motivo de fiesta, mi mamá y los demás hacen como que no se dan cuenta de que lo que mi papá hizo estuvo mal y eso me da mucho coraje, es increíble que mi mamá no se ponga a pensar en lo que mi papá les hizo a esos niños, en cierta forma yo también soy culpable de lo que mi papá hace.

- INS. ¿Por qué crees que tú eres culpable de algo que tu papá hizo y que incluso tú reprobabas?
- SOL. Porque soy parte de su familia y a lo mejor si no me hubiera hecho la tonta ante los hechos esto no hubiera sucedido, si a mi algún adulto me hubiera hecho algo yo culparía a toda la familia.
- INS. ¿Qué piensan ustedes acerca de que ella es culpable de los actos realizados por su padre?
- PAU. Yo no creo que ella tenga la culpa de lo que hizo su papá. Yo fui violada por un tío cuando tenía 8 años y la verdad nunca creí y tampoco ahora creo que sus hijas hayan tenido la culpa de lo que hizo él. Más bien en aquel tiempo yo me sentía culpable, porque así me lo hacían sentir, de que él hubiera tenido que abandonar a sus hijas por haberme violado pero ahora ya no lo veo así, ahora me doy cuenta de que tanto sus hijas como su esposa y yo fuimos víctimas de un hombre enfermo.
- ISA. Yo no creo que SOL sea culpable de lo que hizo su papá, yo también fui abusada por un vecino pero ahí si la familia fue cómplice, incluso la esposa, la madre y las hijas estaban presentes cuando él me obligo a hacerle sexo oral. En ese caso si las considero culpables a todas pero en tú caso no, y aun así siento pena por la hija menor porque era mi amiguita y cuando ya mayores le pregunté porque había hecho eso me dijo que el padre las obligaba a ellas también a hacérselo y que una de las maneras que tenían de librarse de ello era consiguiéndole a otras niñas. Ahora sé que la mayoría de los violadores de niños también violan a sus propios hijos y a lo mejor también abusó de ti y no quieres que regrese porque tienes miedo de que abuse de tus hijas.
- SOL. Creo que no abusó de mí pero recuerdo que mi mamá frecuentemente me preguntaba si mi papá me hacía cosas y ahora que lo encarcelaron nos dijo que la mamá de mi papá le había advertido que nos cuidara porque a él le gustaban los niños y las niñas y nuevamente nos preguntó a mis hermanos y a mí si mi papá había abusado de nosotros. Mi hermano mayor le dijo que no se hiciera que ella sabía perfectamente lo que él le había hecho pero mi hermana mayor dijo que a ella nunca la tocó, yo le dije que a mí tampoco me había tocado pero últimamente he recordado que una vez que me dio una gripa muy fuerte mi papá se

acostó conmigo para cuidarme y me manoseo, pero no sé si pasó de veras o fue una alucinación producida por la fiebre.

ISA. A mí me dijeron en los grupos de terapia para niños abusados que cuando hay dudas no hay dudas, que si uno cree que le hicieron algo de niño fue porque se lo hicieron pero que como niños tendemos a olvidar lo que nos es doloroso, entonces yo pienso que si tú crees que pasó algo es porque pasó.

PAU. A veces tendemos a olvidar y otras veces los adultos nos dicen que nos imaginamos las cosas, cuando yo le dije a mi madre adoptiva que mi tío me manoseaba me dijo que dejara de pensar en esas cosas y que yo era una cochina, muchas veces los adultos permiten las cosas por no hacer caso a los niños.

SOL. La verdad es que yo si sospechaba que mi papá les hacía algo a los niños de los vecinos, en un principio me molestaba porque les regalaba cosas a los niños y a sus papás, pero una vez él me dijo que fuera por una de las niñas para darle un vestido que le había comprado y cuando llegué con la niña, él se metió a la tienda y cerró la puerta pero yo espíe y me di cuenta que abusaba de ella. Se lo dije a mi mamá pero me dijo que eran mis imaginaciones y que no lo fuera a andar platicando con otras personas porque iban a pensar que estaba loca.

INS. Y bien ¿porque crees que te causa tristeza que tu papá salga de la cárcel? De alguna manera él es el mismo dentro o fuera de la cárcel pero cuando estaba preso tú no te sentías tan mal como ahora que está libre ¿a qué crees que se deba?

SOL. ¿Será porque yo pensaba que estando preso estaba pagando sus culpas y eso me hacía sentir menos mal y ahora que está fuera siento que ya no está pagando y entonces me siento mal?

INS. Es posible. ¿Hay alguien que quiera decir algo?

ANA. Si yo fuera tú me preocuparían mis hijas, que tal que abusa de ellas.

INS. ¿Qué edad tienen tus hijas?

SOL. 12 Y 8 años.

INS. ¿Tus hijas saben porque estuvo preso tu papá, has hablado con ellas acerca de su comportamiento?

- SOL. No, cuando estuvo preso les dijimos que había sido porque le pegó a un niño que se metió a robar a la tienda, pero la mayor decía que no creía que por eso lo hubieran metido preso y me pidió que le enseñara los papeles del juicio pero le dije que no sabía dónde estaban. Tampoco he hablado con ellas porque no se cómo hacerlo.
- PAU. Yo creo que si deberías hablar con ellas y hacerlo lo más pronto posible antes de que pase algo que no tenga remedio, si a mí me hubieran creído yo habría sabido cuidarme mejor pero como me sentía culpable no supe que hacer.
- ANA. Yo creo que deberías de salirte de la casa de tus papás y decirles a tus hijas porque te saliste, porque si pasa algo, ahí si creo que serías culpable por no haber hecho nada para evitarlo.
- INS. ¿Existe alguna razón por la que no puedas salirte de casa de tus papás?
- SOL. Si, yo regresé a casa de mis papás porque me siento muy deprimida y me da miedo que estando sola cometa alguna estupidez, ya una vez trate de matarme y matarlas a ellas aventándome y aventándolas a la calle cuando pasó un camión pero por suerte el chofer pudo evitar atropellarnos, fue por eso que regresé a mi casa. Además cuando me siento muy mal no me dan ganas ni de levantarme y mi mamá me echa la mano aunque me diga de cosas pero finalmente les da de comer y está con ellas.
- INS. ¿A partir de cuándo te sientes así?
- SOL. Desde que me acusaron injustamente de acosar sexualmente a un compañero y me cambiaron de lugar de trabajo.
- INS. Parece ser que te afectó mucho el que te acusaran de acoso sexual, ¿tienes idea de porque te afectó de esa manera?
- SOL. Si, porque a partir de entonces llevo un estigma, en la sección donde trabajo todos lo saben y aunque no me digan nada muchos creen que es cierto y me evitan, lo que más me molesta es que no es cierto y por una invención me pasaron a amolar. Si es cierto que tuve una relación física con quien me acusó pero fue de común acuerdo, de hecho él fue quien me estuvo buscando, pero de eso a que yo lo haya acosado hay una gran diferencia. El solo pensar que tengo que regresar a trabajar y pasar por la vergüenza de ver a mis compañeros me provoca una gran tristeza

y me dan ganas de morirme, no sé que voy a hacer cuando tenga que presentarme a trabajar y por otro lado no puedo renunciar porque no tengo otra manera de mantenerme.

INS. Bien eso es parte de lo que tendremos que trabajar aquí, el manejo de la vergüenza, pero sería bueno que lo complementarás con apoyo psiquiátrico, ¿estás tomando algún antidepresivo?

SOL. Si, la psiquiatra que me está atendiendo fue la que me sugirió que asistiera a terapia, pero no soy muy ordenada para tomarme las pastillas y además me da miedo hacerme adicta.

INS. ¿Recuerdas la plática que tuvimos al principio respecto a la depresión y lo importante que es tomar los medicamentos antidepresivos? ¿Te sientes bien en la terapia de grupo o preferirías tener una terapia individual?

SOL. No, contrariamente a lo que yo creía me siento muy bien en la terapia de grupo, por fin he roto el código de silencio que hay en mi familia y eso me ha ayudado mucho.

INS. ¿Te parece que tengamos algunas sesiones individuales para hablar sobre la importancia de tomar los medicamentos en la forma prescrita? Si alguien más está tomando antidepresivos y quiere integrarse a estas sesiones adelante.

SOL. Si me gustaría que tuviéramos esas sesiones que mencionas.

INS. Bien, regresemos a donde estábamos, ¿qué piensas de lo que opinan tus compañeras respecto a que hables con tus hijas?

SOL. Si voy a hablar con ellas pero no sé cómo hacerlo.

INS. Yo le preguntaría a PAU si se le ocurre alguna manera sobre cómo podría hacerse.

PAU. A mí me parece que con la verdad, los niños entienden perfectamente las cosas, es más yo creo que tus hijas ya lo saben pero como está prohibido hablar de eso no han dicho nada. Yo empezaría diciéndoles porque estuvo preso el abuelo y les preguntaría si les ha hecho algo y les diría que deben evitar estar solas con él y no dejar que las toque.

INS. Creo que es una buena manera de hablar con ellas, además creo que conviene que les expliques porque no puedes salirte de esa casa donde probablemente ellas corran riesgos, creo que no es necesario que les digas que temes atentar contra su vida sino que necesitas que alguien te

ayude a cuidarlas mientras tú te mejoras. ¿Te parece que en la próxima sesión nos platiques si hablaste con ellas o sobre cómo planeas hacerlo?

SOL. Si, trataré de traer una especie de diálogo.

En esta parte de la sesión SOL estaba llorando y ya no podía hablar. Se le preguntó a PAU si podría acercarse a consolarla, PAU se levantó y la abrazó mientras le decía que ella no tenía la culpa, que son los adultos los responsables de cuidar a los niños y que una vez que hablara con sus hijas se sentiría mejor, también ISA y ELI se acercaron a abrazarla y estuvieron llorando las cuatro. Para entonces la sesión había terminado y así se les hizo saber a las participantes, el resto del grupo se acercó a SOL y le dieron un abrazo antes de abandonar el salón.

Novena sesión (septiembre 28 de 2010)

A esta sesión asistieron las 7 participantes y se realizaron las siguientes actividades:

Se comentó con las participantes que en la sesión anterior no habíamos tenido tiempo de trabajar con las creencias irracionales, pero que en esta sesión trataríamos de hacerlo. Se preguntó si recordaban cuáles eran las tres principales ideologías de necesidad perturbadora y como dijeron que no muy bien, se mencionaron nuevamente.

- ⇒ *Tengo que actuar bien y tengo que ganar la aprobación por mi forma de actuar de lo contrario soy considerado como podrido.*
- ⇒ *Tú debes actuar de forma amable, considerada y justa conmigo, o de lo contrario eres un canalla y la sociedad y el universo deben condenarte y castigarte por tu falta de consideración.*
- ⇒ *Las condiciones en que vivo deben seguir siendo buenas y fáciles para que consiga prácticamente todo lo que quiero y no me ocurra nada de lo que no quiero, o de lo contrario la vida casi no merece vivirla.*

Se dijo que al igual que en las sesiones anteriores se dedicaría un tiempo a los comentarios de la exponente anterior y de las participantes en general y se le preguntó a SOL si quería comentar algo.

- SOL. Si, en la escuela de mi hija mayor se supo que mi papá había salido de la cárcel porque el niño que violó va a esa escuela y platicó que su violador estaba libre. El maestro de mi hija le preguntó a mi hija si quería hablar de ello y mi hija me lo dijo, le dije que lo que el niño dice es cierto y que si quería hablar con su maestro lo hiciera, también le pregunté que si quería hablar de ello conmigo y me dijo que de momento no pero que si hablaría con su maestro.
- ANA. Yo te sugiero que aunque ella te diga que no quiere hablar de eso, tú hables con ella porque el problema no es sólo que ya sabe que su abuelo violó a un niño sino que también debe saber que su abuelo puede abusar de ella y que debe cuidarse de él. Pero no nos has comentado si ya hablaste con tus hijas o si ya tienes preparado lo que le vas a decir, tienes que hablar con ellas porque están corriendo peligro y tú no las estás advirtiéndolo.
- INS. Se dieron cuenta que ANA utilizó “deberías” y “tienes que” en su comentario, ¿piensan que son creencias irracionales o creen que en este caso si procede su uso?
- ISA. Yo creo que en este caso si aplica utilizar esos términos porque parece ser que SOL no se percata del peligro que corren sus hijas, yo estoy de acuerdo en que la depresión le impida tomar decisiones porque yo me he sentido así y no me dan ganas de hacer nada, pero creo que debe hacer un esfuerzo y dejar de darle largas al asunto.
- PAU. Si SOL debes hablar con tus hijas ya, deja de tenerle miedo no vaya a ser que cuando lo hagas sea tarde y ellas no te lo perdonen, pónitelo como tarea para esta semana.
- INS. Si a ti te cuesta tanto trabajo hacerlo quizá yo pueda recomendarte a algún terapeuta que te ayude a hacerlo.
- SOL. No gracias, yo trataré de hacerlo en el transcurso de la semana y si no puedo te digo en la próxima sesión.
- INS. ¿Hay algún otro comentario? ELI he notado que participas poco y que no asistes con regularidad, ¿preferirías una terapia individual?
- ELI. No está bien la terapia grupal, es sólo que no he encontrado el espacio para participar y que me he sentido mal en este embarazo, en mis

anteriores embarazos no me había sentido así, a lo mejor es por la edad.

INS. Bueno ya que estás aquí ¿qué te parece si tú eres la protagonista el día de hoy?

ELI. Hoy me siento bien físicamente aunque de ánimo me siento muy mal y lo peor es que no puedo tomar nada porque estoy embarazada de 7 meses de mi actual pareja. Estoy en trámites de divorcio pero mi esposo me pide que deje a mi pareja y que él me pone un departamento para que viva con mis tres hijos, los dos de él y el que va a nacer. También me propone que intentemos vivir juntos y él se hace cargo de mi hijo, pero no sé qué hacer porque por un lado temo que él quiera que regresemos para maltratarme y hacerme pagar mi infidelidad aunque por otro lado reconozco que él ha cambiado ya que asume que hasta cierto punto es culpable de que yo haya buscado otra relación, porque él me trataba muy mal y me era infiel.

INS. ¿A qué te refieres cuando dices que él te trataba muy mal?

ELI. A maltrato psicológico, nunca me ha pegado pero abusaba de mi problema.

INS. ¿Y cuál es tú problema?

ELI. Estoy diagnosticada con depresión crónica y con TOC. Cuando vivía con mi esposo él me controlaba en todo lo que hacía y me tomaba el tiempo que tardaba en hacer algo, se burlaba de los rituales que hago para realizar alguna actividad y me interrumpía en el proceso ritual para molestarme y que tuviera que volver a empezar, me evitaba que realizara algún ritual deteniéndome las manos o los pies, esto me causaba tal ansiedad que me ponía a llorar.

ANA. Perdón por mi ignorancia pero ¿qué es TOC?

ELI. Quiere decir Trastorno Obsesivo Compulsivo. Las personas que tenemos ese problema creemos que si no realizamos una serie de pasos para hacer algo nos puede pasar una desgracia, por eso cuando nos interrumpen en la secuencia ritual tenemos que volver a empezar porque creemos que si no lo hacemos así nos sucederá algo a nosotros o a nuestros seres queridos. No sé si vieron la película del aviador, en esa película el protagonista tiene TOC. Uno puede medio controlarlo cuando

toma medicamentos pero como estoy embarazada no puedo tomar nada.

INS. Y ¿Cómo te sientes?

ELI. Del TOC mas o menos bien porque mi conducta ritual disminuyó desde que me separé de mi esposo y ahora con el embarazo casi no tengo problemas a lo mejor porque estoy embarazada o a lo mejor porque estoy bien con mi actual pareja, pero la depresión se ha agudizado con el embarazo y los sentimientos de culpabilidad también.

INS. ¿Qué es lo que te hace sentir culpable?

ELI. El estar embarazada, debí haberme cuidado o haber abortado, pero no lo hice y me encuentro en un callejón sin salida, por un lado creo que lo que más nos conviene a mí y a mis hijos es que yo regrese con mi esposo y por otro lado me duele dejar a mi pareja actual porque con él tengo la mejor relación que he tenido en mi vida. Si yo sigo con él voy a estar bien yo pero mis hijos no porque su situación económica es muy precaria y seguramente mi esposo ya no me va a mantener y mis hijos son los que la van a llevar y si regreso con mi esposo mis hijos van a estar bien económicamente pero yo voy a estar mal de ánimo, además de que me da miedo que una vez que regrese con él me maltrate de nuevo.

INS. Parece ser que tú sólo ves dos opciones, ¿no crees que pueda haber una tercera e incluso una cuarta?

ELI. No, no creo que haya más opciones.

INS. ¿Alguien podría sugerir otra opción?

EVA. Cuando te presentaste dijiste que eres Actuaría y que estudiaste una maestría en Canadá, una opción podría ser irte a vivir con tu pareja actual y ponerte a trabajar.

ISA. Otra opción podría ser irte a vivir con un familiar y pedirle a tu esposo que te continúe apoyando mientras consigues un empleo.

INS. Bueno ya vimos que si hay más opciones ¿Qué piensas de las que se te han comentado?

ELI. Están bien pero no me parecen factibles, a lo mejor me decido a hacer lo que mi esposo me propone o sea terminar con mi pareja y regresar a

vivir con él, total si las cosas no funcionan puedo continuar con los trámites de divorcio y separarme definitivamente.

ISA. Mira yo también pensé en regresar con mi esposo y de hecho anteriormente hubieron muchos intentos de vivir juntos pero en cuanto él me sentía segura volvía a golpearme y a maltratarme, la última vez que vivimos juntos me puso tal golpiza que me desmayé y si no hubiera sido por una vecina que vio la sangre por debajo de la puerta a lo mejor me hubiera muerto, tuve que llegar a ese extremo para decidirme a dejarlo y te puedo decir que fue lo mejor que pude haber hecho. Mis hijas están bien, no tienen miedo y son mujeres seguras gracias a mi ejemplo, si yo me hubiera quedado seguramente serían diferentes para mal. Yo sólo quiero decirte que no creo que él cambie porque me parece que es un sádico y que disfruta haciéndote sufrir y la verdad no creo que les hagas un bien a tus hijos quedándote con él aun cuando económicamente estén mejor porque lo que finalmente importa es tu seguridad.

PAT. Uno tiene la idea de que los hijos van a estar mejor con los dos padres, pero yo te digo que para mí lo mejor que me pudo pasar fue que mi mamá se decidiera a dejar a mi papá, la época de la separación la recuerdo como la más feliz de mi infancia, éramos muy pobres pero estábamos tranquilos y la tranquilidad no tiene precio.

INS. A lo mejor es momento de voltear a ver a los padres y a los hermanos para pedir ayuda.

PAT. La verdad no creo que mis padres me ayuden porque ellos creen que con mi comportamiento estoy afectando a mis hijos y que debería de regresar con mi esposo, y de hecho yo sí creo que estoy mal al ser tan egoísta y sólo pensar en mi beneficio.

Se preguntó al grupo si creían que podrían encontrar creencias irracionales en el discurso de ELI, a lo que contestaron que si, que de hecho habían encontrado algunas. Se preguntó cuáles habían sido.

PAT. ELI cree que tiene que actuar bien y que si no lo hace será considerada como podrida. Ella cree que regresar con su esposo es actuar bien y que si no lo hace será considerada como mala por los demás y por ella misma. Para mi es fácil identificar esta forma de pensar porque va

conmigo, esta forma de pensar impide ver que hay otras opciones y aunque uno las vea no las considera.

INS. ¿Qué piensas de lo que dice PAT?

ELI. Que tiene razón, mi mamá es muy dada a hacernos sentir mal cuando no hacemos lo que ella cree que está bien, si no de balde tengo TOC y depresión crónica entre otras linduras.

INS. ¿Se acuerdan que dice la idea irracional número 12 de la lista que les di? “Mi pasado es la causa de mis problemas presentes ya que fueron fuertes influencias en mí, seguirán siéndolo inevitablemente”. Si bien yo creo que el pasado influye en nuestra vida esto no quiere decir que no podemos hacer nada para que deje de ser determinante. ¿Qué piensas de ello?

ELI. Es fácil decirlo pero no tanto hacerlo, aunque si creo que se puede hacer algo para que no nos afecte tanto, pero creo que no puede borrarse.

Se hizo saber que quedaban tres minutos para terminar la sesión y que me gustaría saber que les parecía la forma en que veníamos trabajando y si tenían alguna propuesta para la siguiente sesión. El grupo contestó que le parecía bien la forma en que se trabajaba y que no se les ocurría algún cambio, que en todo caso siempre había habido espacio para improvisaciones y podría continuarse con esa libertad.

Décima sesión (octubre 5 de 2010)

A esta sesión asistieron las 7 participantes y se realizaron las siguientes actividades:

Se dijo que al igual que en las otras sesiones se dedicaría un tiempo a los comentarios de la protagonista de la sesión anterior y de las participantes en general y se le preguntó a ELI si quería hablar de algo en especial a lo que contestó que sí.

ELI. Si, en los últimos días me he sentido muy cansada, yo creo que ya estoy próxima a dar a luz, el sábado hablé con mi mamá para preguntarle si podía irme a vivir con ella mientras nace el niño y mientras decido que hacer y me dijo que sí, que ella pensaba sugerírmelo pues me ve

agotada y cree que si me voy a su casa puede echarme la mano con los otros niños, a mis hijos les pareció buena idea. También hablé con mi esposo y le dije que como no estaba segura de querer regresar con él pero tampoco de irme a vivir con mi pareja había pensado que lo mejor era irme a casa de mis papás, le dije que iba a desocupar el departamento para que ya no pagara la renta y le pregunté si estaría dispuesto a seguirme apoyando económicamente aunque no me vaya a vivir con él. El me dijo que sí, que su propuesta seguía en pie pero que no me iba a mantener para que yo anduviera con el otro, que si quería que me apoyara tenía que terminar con mi pareja y que él incluso estaba dispuesto a darle su apellido al niño aunque no viviéramos juntos. Creo que voy a optar por terminar con mi pareja e irme a casa de mis papás, al menos durante un tiempo mientras consigo un empleo y voy a aceptar el ofrecimiento de apoyo económico que me hace mi esposo, suspenderé los trámites de divorcio y aceptaré que mi esposo le dé su apellido al niño.

INS. Parece ser que ya elegiste que hacer, pero me llama la atención que no menciones lo que tu pareja actual opina respecto a tus decisiones.

ELI. Él dice que lo que yo decida está bien, que lo único que le importa es que yo me sienta bien y que está dispuesto a aceptar lo que yo quiera. Que le parece que la decisión es la más conveniente para mí y para mis hijos y que lo único que le preocupa es que mi esposo me maltrata nuevamente, y que me pide que si eso llegara a pasar sepa que cuento con él para lo que se necesite.

ANA. A mí me parece una posición muy comodina de tu pareja, sobre todo si él sabe la forma en que te maltrataba tu esposo. ¿Es soltero?

ELI. Si es soltero y si sabe la forma en que me maltrataba mi esposo porque es el abogado que lleva mi caso de divorcio, pero no puede mantenernos a mí y a mis hijos. Total esta decisión no tiene porque ser definitiva si veo que no funciona puedo cambiar, pero de momento creo que es la mejor.

INS. Me parece importante que estés tomando decisiones y si creo igual que tú que las decisiones pueden cambiarse y coincido con que de momento tomaste la decisión más conveniente, porque vas a necesitar de un gran apoyo cuando nazca el bebé y quien mejor que tu mamá para ayudarte.

Se comentó que en esta sesión una de las participantes sería la protagonista y se preguntó al grupo si alguna quería serlo, EVA dijo que le gustaría ser ella porque acababa de recibir los resultados de los estudios que le habían hecho a su hijo y se sentía muy desolada, empezó a llorar y PAT y PAU se acercaron a ella y la abrazaron, cuando EVA terminó de llorar empezó su exposición.

EVA. Ayer lunes nos dijeron que mi hijo no va a volver a caminar nunca, que tiene dañada la columna y que cada vez se irá deteriorando más.

INS. Realmente es una noticia muy dolorosa, recuerdo que en alguna ocasión comentaste que te molestaba mucho que tu hijo no quisiera hacer ningún esfuerzo por rehabilitarse y quizá ahora que sabes que no es que no quiera sino que no puede tus sentimientos cambien.

EVA. Si ahora estoy menos enojada con él pero estoy más triste y también me siento culpable por haberle dicho que era un flojo que no se esforzaba por salir adelante.

INS. Si entiendo que te sientas culpable, pero tú no sabías que él no podía hacer los ejercicios, estoy casi segura de que de haberlo sabido no le hubieras dicho lo que le dijiste.

EVA. La verdad es que ya no puedo más, no sé qué hacer, estoy agotada, me da mucho miedo morirme o quedarme inválida por el esfuerzo que hago para cargarlo y que no haya nadie que lo atienda, mi esposo me ayuda pero tampoco puede hacer gran cosa con su problema de columna y mi otro hijo es un adicto con el que no se puede contar además de que está resentido con su hermano, me reclama que siempre lo preferí a él y que ahora que está inválido le dedico toda mi vida sin importarme lo que le pase a él, que él también está enfermo y nunca me he preocupado por rehabilitarlo. Es feo decirlo pero a veces pienso que lo mejor para él hubiera sido morir en el accidente cuando todo era bueno y tenía a su esposa y a su hijo, ahora no sé qué hacer, he pensado internarlo en una institución pero mi hermana me dice que no es un traste viejo para ir a aventarlo, que bien o mal yo tengo manera de cuidarlo y que no es justo que ahora lo abandone, yo le digo a mi hermana que lo visitaría diario pero ella dice que esa es mi cruz y por algo Dios me la mandó. Cuando me pongo a pensar en lo que ha sido mi vida me doy cuenta de que no

he hecho nada bueno, a lo mejor de verás esto es un castigo porque fui muy mala madre, golpeaba mucho a mis hijos y no los atendía como es debido. Todavía ahora no puedo controlarme cuando me enojo digo groserías y agredo al que se me ponga en frente, siempre fui así incluso de chica recuerdo que cuando mi papá golpeaba a mi mamá yo le aventaba cosas y le gritaba que la soltara, una vez le aventé un frasco de alcohol y le abrí la cabeza, después de eso mi abuela me dijo que era un engendro del demonio, una chacala y que se iba a llevar a mi papá a vivir con ella para protegerlo de mi. Mi mamá me decía que por mi culpa mi papá se había ido y que a ver quién nos iba a dar de tragar y me mandó a trabajar a una casa cuando yo tenía como 9 años, la verdad aunque el trabajo era muy pesado yo prefería estar en esa casa que en la mía porque la señora era buena y me mandaba a la escuela, gracias a ella pude estudiar enfermería, ella me ayudó a conseguir trabajo en el Seguro Social y ahí me jubilé.

INS. Tú dices que nunca has hecho nada bueno, la verdad yo lo dudo o ¿cómo consideras tú lo que estás haciendo ahora por tu hijo? Cuando dices que siempre has sido una persona muy agresiva, yo cuestionaría ese siempre, pero también cuestionaría si el aventar cosas a tu padre eran actos de agresión o de defensa, realmente creo que más bien eres una persona muy valiente. ¿Qué opina el grupo de lo comentado por EVA?

ISA. Cuando escucho lo que hacen los padres creo que puedo vanagloriarme de no tenerlo, no he escuchado un solo comentario de un padre bueno.

INS. En efecto la mayoría de los relatos que hemos escuchado hablan de un padre poco cuidadoso por decir lo menos, pero también existen otros tipos de padres que son amorosos y cálidos con sus hijos y probablemente las personas que tuvieron la suerte de tener un padre así no acuden a terapia es por eso que no has escuchado comentarios acerca de buenos padres.

ANA. Yo puedo decirte que si hay otros tipos de padres, yo tuve la suerte de tener un padre protector y responsable, y bueno de todos modos estoy aquí.

EVA. De hecho mi esposo es un buen padre, ahí la mala madre soy yo.

INS. A ver vamos a ver ¿qué te hace pensar que eres una mala madre?

EVA. Pues que no atendía a mis hijos, que los golpeaba, que golpeaba a su padre delante de ellos, que no tenía la casa limpia, que no cocinaba comida casera, que les gritaba, que siempre estaba de mal humor.

INS. Comentaste que trabajaste en el Seguro Social, yo te pregunto si tú crees que el apoyar en la manutención de la casa no es un acto de amor. Además creo que si trabajabas no tenías mucho tiempo para atender la casa y los hijos, hacías lo que podías aunque esto no fuera suficiente para los parámetros sociales, que piensan que las mujeres deben ser perfectas. ¿Te has puesto a pensar que quizá estabas de mal humor porque estabas cansada o porque estabas deprimida y no porque fueras una mala madre?

ANA. Bueno pero nada justifica que golpees a tus hijos y les grites.

INS. ¿Qué opinan de lo que dice ANA?

PAT. Yo creo que tiene razón en que no se vale hacerlo, pero existen circunstancias que nos hacen perder el control, las cosas no siempre son perfectas, para ella fue fácil porque era ama de casa pero las mujeres que trabajamos fuera de casa siempre estamos cansadas y de malas y los otros miembros de la familia no lo entienden y nos exigen como si no trabajáramos.

ISA. Bueno la culpa es nuestra por permitirlo.

INS. Bien, yo quisiera regresar al relato de EVA y preguntarles si ustedes consideran que el comportamiento de EVA corresponde con el de una persona deprimida.

SOL. No, yo creo que no, a mi la depresión me tumba no me dan ganas ni de levantarme, mucho menos de pelear.

ELI. Yo coincido con SOL, me doy cuenta que cuando estoy deprimida no me dan ganas de hacer nada, la casa puede caerse de sucia y a mí no me importa, pero no agredo.

ISA. Pues yo si creo que la depresión puede manifestarse como agresión, sobre todo si se tienen que hacer las cosas que uno no puede dejar de hacer, como trabajar. En el caso de SOL y ELI ellas pueden dejar de hacer las cosas y recurrir a su mamá pero algunas no podemos y entonces cuando estamos deprimidas nos comportamos de manera agresiva. Se tiene la idea de que las personas deprimidas son las que no

pueden hacer nada, yo creo que son las que no tienen ganas de hacer nada, pero algunas pueden no hacerlo y algunas no podemos.

PAU. Creo que ISA tiene razón, yo en general tengo buen carácter y no soy agresiva pero cuando mi esposo se fue de la casa, la gente decía que siempre estaba de malas y que me había vuelto muy peleonera, incluso mis hijos me decían que daba miedo hablarme, finalmente me convencieron de que fuera al médico porque lloraba por todo y me recetó antidepresivos, al mes de tomarlos volví a ser la misma persona alegre y activa de antes. Sin embargo yo si creo que la depresión se manifiesta de diferente manera en cada persona, algunas nos ponemos tristes, otras agresivas, otras de mal humor, porque cada quien la vive de distinta manera.

INS. Y bien EVA ¿qué piensas de lo que han opinado tus compañeras?

EVA Yo creo que tienen razón yo estaba deprimida y no me daba cuenta, incluso ahora que no trabajo y que ya no me preocupo tanto por la casa estoy de mejor humor que antes aun con el problema de mis hijos, también quizá es que he aprendido a ver la vida de otra manera, a aceptar lo que viene sin ponerle tanto peso. Antes me molestaba mucho el carácter tan pasivo de mi esposo y ahora ya entendí que él es así y que más me vale verle sus virtudes y no sus defectos.

INS. La mayoría de las terapias tiene entre sus objetivos que la gente aprenda a disfrutar la vida con lo que tiene y a vivir el presente, que significa vivir el aquí y el ahora, sin hacerse mala leche por el pasado y sin preocuparse por el futuro, finalmente el pasado ya pasó y el futuro quien sabe como llegue. Entiendo tu preocupación por tu hijo pero no puedes hacer nada para sobrevivirle y cuidarlo hasta que él muera, lo que si puedes hacer es buscar alternativas por si tú llegaras a faltar o por si te decidieras por internarlo en alguna institución. ¿Has pensado en alguna alternativa?

EVA. Bueno como yo soy enfermera me doy cuenta de cómo se llaga la gente en las instituciones por eso no me gustaría internarlo pero no creo que alguien de mi familia se haría cargo de él en caso de que yo muriera. A mí lo que me gustaría sería buscar un lugar en donde él pudiera estar un rato por la mañana, algo así como una guardería para que yo tuviera

tiempo de hacer mi terapia física y de descansar, me doy cuenta que el asistir a este grupo fue lo mejor que me pudo pasar ya que me ha hecho sentir mucho mejor y también me ha servido para darme cuenta que me puedo alejar de mi hijo durante cuatro horas por la mañana y no pasa nada, a él no le gusta que lo deje solo pero se aguanta. Lo que hace es hablarme mil veces antes de que me salga para decirme todo lo que tengo que dejarle listo, como si yo no supiera lo que tengo que hacer, cuando hace eso siento que me jalan los pelos y me enoja mucho que lo haga pero el precio es poco si con ello puedo disfrutar de mis dos horas de terapia, he pensado que ahora que termine la terapia me buscaré una actividad a la misma hora para conservar este espacio.

Se le comentó a EVA que se iba a utilizar lo que dijo respecto a lo que siente cuando su hijo le habla antes de salir para pedirle que haga algunas cosas con objeto de percatarnos de que manera nuestros pensamientos pueden influir en nuestros sentimientos, esto es de que manera es B la que determina C y no A. Se explicó que:

- ⇒ A representa las experiencias activadoras o sea A es el llamado de tu hijo;
- ⇒ B representa tu bagaje cultural o sea B es lo que tú piensas; y
- ⇒ C representa las consecuencias emocionales y conductuales o sea C es lo que tú sientes y haces.

Se le dijo que en la siguiente tabla se pondría en el primer renglón de la columna B lo que ella piensa cuando su hijo le habla y en la C lo que siente y lo que hace y que en los siguientes renglones las demás participantes sugerirán otros pensamientos que probablemente originarán otros sentimientos y otras conductas.

B	C
Lo hace para molestarme	Me enoja y lo agredo
Tiene temor de necesitar algo y que no haya quien se lo proporcione	Me compadezco y le digo que todo está a la mano y que en todo caso se lo puede pedir al papá
No quiere estar solo	Me da pena y le explico que no tardare mucho
Quiere que vaya a despedirme de él	Me agrada y le digo que antes de irme pasaré a despedirme
Le da envidia que yo pueda distraerme y él no	Me compadezco y le pregunto qué podría hacer para que él se sintiera mejor mientras yo estoy fuera

Al terminar el ejercicio se dijo a las asistentes que esta era la parte fundamental del taller, ver de qué manera son nuestros pensamientos los que nos producen determinadas emociones y conductas y tratar de encontrar cuales fueron los pensamientos que me provocaron emociones y conductas indeseadas para tratar de cambiarlos por otros pensamientos que me provoquen emociones y conductas menos molestas y se explicó que esto sólo se logra con la práctica por lo que se les exhortaba a practicar en casa.

Al finalizar la sesión se comentó que de acuerdo al calendario en la sesión del 12 de octubre se explicaría un modelo clínico para el tratamiento de la depresión y en la del 19 de octubre un caso ilustrativo de la aplicación de ese modelo.

Décima primera sesión (octubre 12 de 2010)

A esta sesión acudieron 6 de las 7 participantes y se realizaron las siguientes actividades:

Se preguntó a las participantes si habían practicado lo visto en la sesión anterior, ANA y EVA dijeron que si y que les había llamado la atención la forma en que se sentían al modificar los pensamientos, EVA dijo que se había dado cuenta de que se enojaba mucho menos cuando consideraba otras alternativas.

Antes de iniciar la explicación del modelo se preguntó a EVA si quería comentar algo y dijo que se había sentido muy bien y que agradecía al grupo las muestras de apoyo que le habían prodigado; se preguntó al resto de las participantes si tenían algo que comentar y dijeron que no.

Se dio una breve explicación de un modelo clínico basado en la TREC para la evaluación y tratamiento de la depresión denominado modelo de tres factores, se dijo que el modelo tiene este nombre porque parte del supuesto de que la depresión puede estar causada por alguno o algunos de los siguientes tres factores:

- a. La auto-inculpación que equivale a tener sentimientos de culpa, el enfoque del “malo de mí”, es la causa más frecuente de depresión. Se dijo que para confrontar la valoración negativa que tenemos de nosotras mismas es

conveniente realizar las siguientes acciones: 1) separar la valoración que hacemos de nuestra conducta de la que hacemos de nuestra persona; 2) entender que la autoinculpación no ayuda a mejorar la conducta; 3) aceptar la responsabilidad sin culpas para poder modificar los rasgos que contribuyeron para actuar mal; 4) reconocer que la conducta indebida casi siempre se debe a tres variables: (a) estupidez, (b) ignorancia, y (c) trastorno emocional; y 5) reconocer que somos una persona como cualquier otra y que por lo tanto podemos cometer errores.

- b. La auto-compasión, el enfoque de “pobre de mí”, se produce cuando una persona tiene una visión catastrófica de las frustraciones. Se explicó que para ayudarnos a eliminar esta visión es conveniente hacer las siguientes reflexiones: 1) nada puede ser peor que el 100% de malo; 2) las cosas casi siempre podrían ser peores de lo que son; 3) casi siempre es posible encontrar cierto grado de felicidad e incluso las situaciones altamente negativas pueden ser manejadas; y 4) el punto de vista catastrófico sólo empeora las situaciones.
- c. La compasión por otros, el enfoque de “pobre de ti”, conlleva la tendencia a la dramatización. Se dijo que para contrarrestar este sentimiento de lástima por otros es conveniente tener en cuenta lo siguiente: 1) la tendencia a dramatizar añade desgracia adicional al otro; 2) cuando nos deprimimos por compadecer a otras personas disminuye nuestra capacidad para resolver problemas con efectividad, de este modo no estamos en las mejores condiciones para ayudar al otro; y 3) nuestra propia dramatización puede servir para reforzar la dramatización de la otra persona y esto sólo empeoraría las circunstancias.

Al finalizar la explicación se les preguntó si alguna de ellas se identificaba con uno de estos tres factores y se le preguntó a EVA si estaba de acuerdo en que sus compañeras ubicaran su discurso en alguna de las categorías.

EVA. No hay ningún problema aunque de hecho yo ya identifique que utilizo mucho la autoinculpación. No sé que piensen las demás, pero yo creo que me ubico en la categoría de las autoinculpadoras.

INS. ¿Ustedes creen que si?

PAT. Si pero creo que no es la única, yo también me ubico en esa categoría y creo que ELI y SOL también.

INS. ¿Qué piensan ELI y SOL de lo que dice PAT?

ELI. Si, yo ya me había ubicado ahí

SOL. Yo también

INS. Alguien más considera que se ubica en la categoría de las autoinculpadoras, para usar el término que empleó EVA.

PAU. Yo también me ubico en esa categoría pero también tengo mi parte de autocompasiva.

INS. Y tu ANA ¿te ubicarías en alguna categoría?

ANA. No estoy muy segura, quizá en la de las que compadecen a otros.

EVA. Sin afán de molestar, me parece que tienes mucho de autocompasiva.

ANA. No, no creo, más bien tiendo a compadecer a los demás pero no a mí.

INS. Como probablemente ya se dieron cuenta la autoinculpación es la forma más común de comportamiento, tendemos mucho a sentirnos culpables por la forma en que actuamos.

Se informó que en la siguiente sesión se expondría un caso ilustrativo en el que se aplica el modelo de tres factores y que en la sesión 15 realizaríamos un ejercicio aplicando este modelo.

Décima segunda sesión (octubre 19 de 2010)

A partir de sesión dejaron de asistir ELI e ISA. Se realizaron las siguientes actividades.

Se informó a las participantes que ELI había llamado por teléfono para decir que ya no iba a asistir a terapia porque había nacido su niño y que ambos estaban bien.

Se comentó que nuevamente ISA no había asistido a las sesiones y que no se había comunicado para explicar el porqué. Es probable que no haya asistido porque en la sesión décima se le solicitó su carnet de pagos y dijo que no lo traía y se le dijo que en la próxima sesión no podría pasar a terapia si no lo presentaba, pero esto no se le comentó al grupo porque se consideró conveniente esperar a que ella explicara el motivo de sus ausencias en caso de

que regresara al taller y si no regresaba se consideró que no tenía caso hacer mención de ello porque sólo era una suposición.

En esta sesión se expuso un caso ilustrativo de aplicación del modelo de tres factores, el cual había sido explicado en la sesión anterior, en el que los autores aplicaron la TREC para el tratamiento de la depresión por autoinculpación y autocompasión. Se les dijo que el procedimiento que siguieron fue el siguiente:

- 1) Explicaron a la paciente cómo se deprimen las personas y le solicitaron que identificara cual es el factor que influía en mayor medida en su depresión.
- 2) Le enseñaron algunas pautas de conducta asertiva explicando los tres principios de la interacción humana: 1) usted recibe las conductas que tolera; 2) los otros cambian hasta que usted cambia; y 3) cambie su excesiva tolerancia de las conductas improcedentes hacia usted.
- 3) Le explicaron cual es el origen de los sentimientos de culpabilidad explicando que la culpabilidad se genera en dos fases. En primer lugar se debe creer que se ha hecho algo malo y en segundo lugar se debe creer que como hizo algo malo se es una persona completamente mala.
- 4) Le dejaron una tarea que consiste en preguntarse si se ha comportado indebidamente porque era deficiente, ignorante o porque estaba trastornada y a continuación le dijeron que debe aceptarse como un ser humano falible.
- 5) Le explicaron que somos nosotros mismos quienes nos deprimimos psicológicamente al decirnos tres tipos de cosas: La primera es que nos odiamos y nos culpamos por haber hecho algo de los que nos avergonzamos o que desaprobamos. La segunda es que nos compadecemos de nosotros mismos por el modo en que nos está tratando el mundo. La tercera es nuestro sentimiento de derrota por otras personas y los sufrimientos que éstas están padeciendo. Si no hiciéramos ninguna de estas cosas no nos deprimiríamos, sólo nos sentiríamos mal ante un acontecimiento negativo.
- 6) Le subrayaron la diferencia entre las emociones negativas inapropiadas y las negativas apropiadas explicando que estar triste, irritado, enfadado, decepcionado son reacciones sensatas de las personas que tienen sentimientos, pero no conviene caer en el error de creer que las cosas son

trágicas cuando sólo son tristes o que son insoportables y catastróficas cuando sólo son molestas o irritantes. Son las reacciones extremas las que queremos evitar.

- 7) Le solicitaron que si creía que se ha comportado indebidamente se preguntara por qué lo hizo y lo que podría hacer en el futuro para evitar tal conducta, ya que la mejor manera de cambiar la conducta no es culpabilizándose sino pensando en lo que se hace y lo que se podría hacer en su lugar.
- 8) Debatieron sus ideas irracionales en forma directa y respetuosa de la forma más breve y clara posible.
- 9) Rebatieron sus ideas sobre la producción de sentimientos de autculpabilidad, de autocompasión y de compasión por los demás.
- 10) Le sugirieron que cambie su forma de relacionarse, aprendiendo a ser más asertiva, explicando que el amor puede expresarse de tres formas, no de una sola.
 - a. En primer lugar podemos demostrar nuestro amor siendo agradables con las personas si ellas son agradables con nosotras, de esta manera les demostramos gratitud. Si somos agradables con quien no lo es le estamos enseñando a esa persona que puede hacer cualquier cosa con nosotros.
 - b. Cuando alguna persona le haga algo inapropiado hable con ella una vez y quizá una segunda ocasión, razone con ella y compruebe si cambia cuando usted es paciente y comprensiva. Esta es la segunda forma de demostrar amor, paciencia y comprensión. No es recomendable hablar con las personas de las frustraciones que le están originando en más de dos ocasiones porque si sigue hablando sobre un problema y no hace nada al respecto entonces aprenden que lo único que va a hacer usted es quejarse y que sólo habrá que aguantar la queja, pero que no tendrán que pasar por el esfuerzo que supone cambiar y seguirán actuando como acostumbran hacerlo.
 - c. Si hablar con la persona una o dos veces no sirve para nada, entonces quizá convenga usar la tercera forma de amor, que es la firmeza o la insistencia. Si alguien le hace algo malo y comentarlo dos veces no ha servido para nada, haga algo que le enfade, pero debe ser hecho sin ira,

sin culpabilidad, sin compasión ajena, sin miedo al rechazo, sin miedo al daño físico y sin temor al daño económico. Nunca llegará a ser asertiva si no controla esas seis condiciones, si trata de demostrar sus derechos con ira se va a mostrar agresiva; si tiene culpabilidad no podrá ser dura ante alguien porque se sentirá mal por lo que hace; la compasión ajena le llevará a retroceder en sus intentos; si tiene miedo a que alguien la rechace y ese rechazo le produce dolor, probablemente no va a ser muy firme con esa persona; si las consecuencias físicas o económicas le pueden causar un daño realmente grave se le recomienda que espere hasta que las circunstancias cambien.

11) Le explicaron que la mayoría de los adultos no aman a las personas a quienes pueden mover a su antojo, en vez de amarlas las menosprecian porque son débiles y que si se quiere ser amada es necesario que la otra persona la respete y que eso significa que la otra persona ha de tener cierta dosis de miedo hacia ella, un miedo que le haga saber que no va a soportar sus injusticias y que responderá incomodándola del mismo modo que hace ella. Esta es la tercera forma de mostrar amor, con la firmeza que da origen al respeto. Y el modo de conseguirlo requiere de dos condiciones: una, necesita disponer del poder para hacer que alguien se sienta incómodo, y dos, necesita disponer del coraje para usar dicho poder.

Se informó que en la siguiente sesión una de las participantes sería la protagonista y que ya sólo restaban PAT y PAU.

Décima tercera sesión (octubre 26 de 2010)

En esta sesión se realizaron las siguientes actividades:

PAU comentó que estaba muy contenta porque había conseguido un nuevo trabajo en el que ganaría más pero sobre todo en el que no iba a tener que estar de réferi con sus jefes, pero que su nuevo horario le impediría asistir a las dos horas de sesión porque entraba a las 9 de la mañana, y que sólo estaría en la primera hora. Considerando lo comentado por PAU se le dijo al grupo que las sesiones iniciarían a las 7:00 y no a las 7:10 como se había estado haciendo con objeto de que PAU participara el mayor tiempo posible.

Se le preguntó a PAU si ella quería ser la protagonista en esta sesión y estuvo de acuerdo.

Se preguntó al grupo si querían comentar algo sobre lo visto en la sesión anterior o sobre algo en especial. ANA dijo que ella si quería hacer un comentario sobre lo bien que va la relación con su esposo y con sus hijas, aunque desafortunadamente con su hermana menor continúan los problemas pero ya le afectan menos.

INS. Y bien PAU el micrófono es tuyo.

PAU. Bueno sobre la marcha yo he platicado parte de mi problemática sobre todo en lo que se refiere al abandono de mis padres y a la violación de mi tío, pero realmente lo que me hizo decidirme a venir a terapia es la situación con mi pareja actual, él y yo nos llevamos muy bien y podría decir que es la pareja con quien mejor me he llevado y quien mejor me ha tratado pero es demasiado liberal y eso a mí me incomoda.

INS. ¿Podrías explicar un poco más a que te refieres cuando dices que es demasiado liberal?

PAU. A él le gusta hacer el amor en tríos e intercambiar parejas y yo incluso he aceptado hacer un trío con otra mujer pero no he participado en el intercambio de parejas aunque si he mirado cuando él tiene relaciones sexuales con otras, yo no estoy de acuerdo con este tipo de relaciones pero accedo para no perderlo porque me la paso muy bien con él en lo cotidiano, es muy culto y divertido y siempre está planeando ir a lugares distintos. Cuando le digo que no me gusta la forma en que llevamos la relación él me dice que si prefiero que me diga mentiras y se vaya con otras a escondidas como lo hace la mayoría de la gente, que él ya se cansó de esas relaciones hipócritas donde se mienten unos a otros, que si yo quiero puedo tener otras relaciones. Yo le digo que a mi si me afecta que él tenga otras relaciones, que me dan celos verlo con otra y saber que cuando no está conmigo puede estar con otra, y él me contesta que los celos son una invención para controlar a las personas, que en otras culturas no existe la monogamia y cada quien se acuesta con quien quiere y nadie se encela. Él me lo plantea de una manera tan

normal que incluso he llegado a pensar que a lo mejor tiene razón y la que está mal soy yo.

ANA. No, tú estás bien, el que está mal es él.

SOL. Yo no sé quien está bien o quien está mal, pero yo he tenido ese tipo de relaciones y no me siento mal por ello ni me dan celos. Yo creo que depende de lo que cada quien espera de la relación, si tu quieres fidelidad parece ser que él no es la persona indicada y si él quiere libertad sexual parece ser que tú no eres la persona indicada.

INS. Efectivamente yo creo que no es cuestión de poner etiquetas de quien está bien y quien está mal. Me parece que lo importante es ver cómo te sientes tú con ese tipo de relación y revisar porque te sientes de esa manera.

PAU. Bueno, la verdad es que yo me siento mal, si no me afectara no estaría aquí pero me afecta mucho, de hecho ya había terminado con él pero él llega a mi casa como si nada hubiera pasado y me dice que viene por su reina para irnos de paseo y que escoja a donde quiero ir y me desarma, me olvido de mis propósitos de terminar con él y disfruto el paseo. Todo está bien hasta que él insiste en los intercambios y los tríos y ahí es cuando todo se echa a perder.

INS. Ya nos dijiste que te afecta este tipo de relación, pero todavía no sabemos porque te afecta, ¿Por qué crees que te afecta?

PAU. Pues porque me siento mal.

INS. Si entiendo esa parte, pero me gustaría que repitiéramos el ejercicio que hicimos con EVA y veamos que hay en medio, esto es cuáles son tus pensamientos, ¿estás de acuerdo en que lo hagamos?

PAU. Si me parece que podría ayudarme a aclarar por qué me hace tanto ruido.

Se procedió a realizar el ejercicio con las siguientes variables:

⇒ A representa las experiencias activadoras;

⇒ B representa tu bagaje cultural o sea B es lo que tú piensas; y

⇒ C representa las consecuencias emocionales y conductuales.

En la siguiente tabla pondremos en el primer renglón de la columna B lo que tú piensas cuando él te pide que lo acompañes en sus fantasías sexuales y en la C lo que sientes y lo que haces. En los siguientes renglones las participantes sugerirán otros pensamientos que probablemente originarán otros sentimientos y otras conductas.

B	C
Que está mal tener ese tipo de relaciones	Siento culpa y quiero ponerle fin a la relación
Que no soy suficiente mujer para él	Siento celos y me entristezco
Que es una forma diferente de relación	Siento curiosidad pero no participo porque va en contra de mis principios
Que quiere que yo participe de sus fantasías	Siento confianza y participo
Que si mis hijos se enteran me juzgaran mal por acceder a ello	Siento vergüenza y le pongo fin a la relación
Que me estoy degradando	Siento coraje y termino con él para no seguirme degradando

INS. Ya vimos que existen algunas razones que podrían hacernos sentir mal y algunas que nos afectarían menos, ahora veamos cuales crees que son las que predominan en ti.

PAU. Pues creo que principalmente la primera y la última.

INS. ¿Qué está mal tener ese tipo de relaciones y qué al aceptarlas te estás degradando?

PAU. Si.

INS. Pues sería necesario hacer un recuento y poner en una balanza los pros y los contras de continuar con la relación. Por un lado si aceptas continuar con la relación podrías sentirte culpable y enojada por aceptarlo pero tendrías una relación en la que te la pasas bien; y por otro lado si decides terminar te privarías de una relación que te satisface, pero evitarías sentirte culpable y enojada. Tendrás que elegir y aceptar las consecuencias de tu decisión.

PAU. Viéndolo de esa manera, creo que preferiría continuar con él.

EVA. ¿Le has planteado a él que te gustaría tener una relación tradicional a lo mejor lo acepta y se resuelve todo de la manera que tu quieres?

PAU. Se lo he insinuado pero no se lo he dicho en forma directa porque creo que no lo va a aceptar y temo que si se le digo él decida terminar.

SOL. ¿Te has planteado tú aceptar ese tipo de relación sin que haya culpas de por medio?

PAU. No, realmente cada que pienso en ello lo hago con mi escala de valores.

INS. Finalmente lo que importa es que tú te sientas bien y a veces es conveniente revisar nuestra escala de valores.

PAT. Mira yo estoy viviendo una situación similar, pero con mentiras porque sé que mi esposo anda con otras mujeres y de alguna manera yo lo permito. Tú nos comentaste antes que tu esposo era infiel y que hubieras continuado con él si no se hubiera ido a vivir con la otra persona, entonces porque ahora no aceptas una situación parecida pero sin engaños. Yo creo que él te está diciendo la verdad y eso es mejor que ser engañada.

ANA. Yo no aceptaría porque creo que no podría estar tranquila sabiendo que él quiere estar con otras.

INS. Bueno en sentido estricto, los seres humanos no somos monógamos pero renunciamos a tener otras parejas porque está establecido que debemos ser fieles.

SOL. Yo pienso que si no existiera la obligación moral y legal de ser fieles la mayoría optaríamos por tener otras parejas sexuales.

INS. Pues la sesión ya terminó, les recuerdo que el día 2 no habrá sesión por lo que nos veremos el día 9 de noviembre, mientras tanto intenten encontrar sus pensamientos irracionales y sustituirlos por otros más racionales.

Décima cuarta sesión (noviembre 9 de 2010)

En esta sesión se realizaron las siguientes actividades:

Se le preguntó a PAU si quería comentar algo sobre lo hablado en la sesión anterior o sobre lo ocurrido entre sesiones y dijo que sí, por lo que se le dio el uso de la palabra.

PAU. Hablé con él y le planteé que a mí no me gusta participar en sus fantasías sexuales que de hecho yo preferiría que él no tuviera ese tipo de relaciones pero que si para él es importante yo estoy de acuerdo en que las tenga pero sin que yo lo acompañe, me contestó que respeta mi decisión de no participar pero que en los clubes de intercambio de parejas es requisito asistir con acompañante y que si yo no quiero

acompañarlo él buscara quien lo haga. Le pregunté si ello significaba una ruptura y me dijo que no, que si yo quiero podemos continuar la relación pero en los términos que ya conozco, la única diferencia sería que yo ya no lo acompañaría a los clubes pero seguiríamos viéndonos, aunque con menor frecuencia. Le dije que lo iba a pensar y que después le contestaría.

INS. ¿Y qué piensas de ello?

PAU. Me parece que prefiero continuar con la relación como estaba, esto es acompañarlo a los clubes y reservarme el derecho de participar o no.

INS. ¿Y porque crees que es preferible acompañarlo aunque no te guste, que abstenerte de hacerlo?

PAU. Porque cuando vamos a los clubes estamos fuera todo el fin de semana y hacemos cosas padres, recorremos pueblos, paseamos, nos divertimos y si es otra persona quien lo acompañe yo me voy a privar de todo eso y la verdad no quiero porque me gusta estar con él.

INS. Parece ser que has decidido continuar la relación y vivir el aquí y el ahora.

PAU. Pues si vamos a ver qué pasa.

EVA. Yo te felicito por la decisión que has tomado, a mi me parece que el costo de terminar la relación era más alto para ti que el costo de aceptar algo con lo que no estás muy de acuerdo, pero finalmente en la vida uno debe de tomar lo que más le conviene aunque tenga sus espinitas.

Se recordó que está sería la última sesión en la que alguien del grupo sería la protagonista y se le preguntó a PAT sí estaba de acuerdo en ser ella, a lo que contestó que si que de hecho ya lo estaba esperando.

INS. Pues adelante.

PAT. Me decidí a asistir a terapia porque mi relación familiar está muy deteriorada, mi esposo anda con otras, mi hija dejó de estudiar y mi hijo reprobó el año. Yo estoy consciente de que gran parte del deterioro se debe al alcoholismo y la violencia de mi esposo pero principalmente se debe a mi falta de decisión para terminar con esta relación, yo no tengo el pretexto de que no me divorcio por mis hijos porque ellos son los primeros que me dicen que ya debería dejar a su padre, que estaríamos mucho mejor sin él, me doy cuenta que mi hija me ve con desprecio

porque ella sabe de las infidelidades del padre y me ha dicho que no sabe porque tolero esta situación si soy independiente, cuando le digo algo sobre la forma en que su novio la trata me dice que yo mejor ni hable y que qué esperaba si eso fue lo que le enseñe a ser tratada como una basura. Me sorprende ser tan cobarde y no poder tomar la decisión de separarme si cuando adolescente fui capaz de irme a vivir sola para obligar a mi madre a que se separara de mi padre, la obligué porque mi padre era alcohólico y violento igual que mi esposo y ahora yo estoy viviendo una situación igual aunque con mejores condiciones porque trabajo y me puedo mantener por mi misma y no soy capaz de dejarlo, sé que continuar con él es dañino para toda la familia y aún así no terminó la relación.

INS. ¿Por qué crees que continúas en esta relación que aparentemente no te representa ninguna ventaja?

PAT. La verdad no lo sé, quizá por miedo.

INS. Tener miedo es algo entendible, pero miedo a qué.

PAT. No lo sé quizá a quedarme sin trabajo y no poder mantener a mis hijos y a mí.

INS. Bueno es una razón muy válida, ahora habría que ver qué posibilidades reales existen de qué te quedes sin trabajo y de qué no puedas conseguir otro trabajo que te permita mantenerte a ti y a tus hijos. Ahora me gustaría que cada una de las participantes expusiera cuando menos una razón por la cual cree que se continúa en una relación que no nos satisface. Empezamos contigo ANA.

ANA. Porque nuestro nivel de vida bajaría si nos separamos.

EVA. Porque creemos que ya no podemos conseguir otra pareja y tenemos miedo de quedarnos solas.

PAU. Porque creemos que nuestros hijos se verán afectados.

SOL. Porque nos han enseñado que la familia se compone de padre, madre e hijos y pensamos que si la familia es así todo está bien aunque esté mal.

INS. Tu también PAT.

PAT. Porque nos sentimos culpables de ser nosotras las que rompamos la relación.

INS. Bueno ya tenemos seis razones que podrían motivarnos a continuar en una relación inconveniente, por decirlo de alguna manera, si alguien quiere exponer otra adelante y si no vamos a continuar. PAT de las razones expuestas cuáles son las que crees que aplican en tu motivación para continuar en la relación.

PAT. Todas.

Ahora vamos a hacer un ejercicio en el que las analizaremos una por una y veremos qué tanto de verdad existe de qué pueda suceder alguna de esas razones si terminamos con la relación. En la columna izquierda se pondrán las razones y en la derecha PAT nos dirá la posibilidad de que eso suceda.

RAZONES	POSIBILIDAD DE QUE SUCEDA
Nuestro nivel de vida bajaría	No de una manera significativa porque yo gané más que él
No podríamos conseguir otra pareja	No me interesa tener otra pareja
Tenemos miedo a quedarnos solas	Creo que las madres no se quedan solas
Nuestros hijos se verán afectados	A mis hijos no les afectaría la separación al contrario les beneficiaría
La familia debe de ser biparental	Muchas familias son uniparentales y funcionan
Nos sentimos culpables de ser nosotras las que rompamos la relación	Yo no la estoy rompiendo, él es el culpable con sus acciones si no se comportara así yo seguiría con él

INS. Aunque PAT comentó que todas las razones eran aplicables en su caso para continuar con la relación, creo que sólo una es determinante. ¿Cuál creen que es?

EVA. La última. La de que nosotras no debemos romper la relación pues si así fuera somos las culpables de la desintegración de la familia. Esa yo la entiendo muy bien porque cuando dejé a mi esposo todos me decían que eso no se hacía, que estaba muy mal que dejara a mi esposo y les quitara el padre a mis hijos, cuando la gente me decía eso yo me sentía muy mal, con mucha culpa.

PAU. Si la sociedad es muy injusta, cuando una mujer es la que decide terminar con la relación es juzgada muy duramente, en cambio cuando es el hombre nadie dice nada, eso nos hace sentir culpables.

SOL. A mí me parece que PAT está esperando que sea el marido el que termine con la relación y eso no va a suceder porque él tiene una posición muy cómoda, puede andar con quien quiera y emborracharse y

maltratar y no pasa nada, ¿Qué ganaría él si terminara? Nada al contrario perdería mucho y no le conviene.

INS. PAT ¿qué piensas de lo que dicen tus compañeras?

PAT. Viéndolo así creo que tienen razón yo me siento muy culpable cuando pienso en dejarlo, él me ha metido en la cabeza la idea de que a mí no me importa conservar el matrimonio, que desde un principio mi idea fue dejarlo y que si hemos continuado juntos ha sido por él porque si fuera por mí yo desde cuando ya hubiera roto con la relación, que como yo soy hija de divorciados no valoro lo que es una familia, pero él que tuvo padre y madre si sabe lo que es eso. Él es muy apegado a sus padres, de hecho desde que nos casamos ellos vivieron con nosotros, ahora sólo queda su papá porque su mamá murió hace dos años y a mí la verdad si me da un poco de pena saber que si me separo de mi esposo el viejito nos va a extrañar mucho porque está muy acostumbrado a mis hijos.

INS. Bueno eso es lo que dice tu esposo pero que piensas tú.

PAT. Yo si he planteado varias veces la separación, desde que supe que era infiel prácticamente de recién casados le dije que quería separarme pero él no lo acepta.

INS. O sea que tiene razón, desde que te casaste tenías la idea de dejarlo.

PAT. No, claro que no, yo me casé con la idea de que el matrimonio fuera para siempre pero él con sus acciones me ha orillado a querer terminar, si él no fuera como es yo no pensaría en separarme.

INS. Dices que si él no fuera como es tú no pensarías en separarte ¿y cómo es?

PAT. Pues borracho, infiel, agresivo, desobligado, desapegado con los hijos.

INS. Parece ser que él que hace todo para que se dé la separación es él y no tú.

PAT. Pues si, pero a pesar de todo lo que él hace no acepta que nos separemos.

INS. Pero parece que tampoco está dispuesto a dejar de hacerlo y no lo va a dejar de hacer porque finalmente tú estás ahí, y con ello le estás diciendo que le permites que haga lo que él quiera.

PAU. Yo entiendo que te cueste tanto trabajo dejarlo, de hecho como ya lo dije si mi marido no me hubiera dejado yo seguiría con él aguantando sus infidelidades y su desapego conmigo pero ahora pienso que qué bueno que me dejó porque él no hubiera cambiado y yo hubiera aguantado todo pero a costa de mi tranquilidad, ahora vivo sola y claro a veces quisiera tener a alguien en mi casa pero créeme que la tranquilidad que tengo no la cambio por una mala relación. Yo te digo que si es difícil acostumbrarse a estar sola pero con el tiempo uno aprende incluso a disfrutar la libertad, a mi lo único que de repente me mete ruido es la situación económica, el miedo a no poder mantenerme y tener que depender de mis hijos, pero en tu caso que tienes un buen trabajo y que estás próxima a jubilarte eso no debería preocuparte. Piensa en el daño que les estás causando a tus hijos al no separarte, tu hija está aprendiendo que la mujer aguanta todo y tu hijo está aprendiendo que al hombre se le permite todo, ellos ven el alcoholismo, la infidelidad y la violencia como algo permitido y no te sorprenda que también lo hagan. Yo te sugiero que tomes la decisión de separarte porque parece ser que tu esposo no tiene arreglo.

INS. PAT ¿recuerdas el modelo de tres factores y el caso ilustrativo de este modelo que vimos en las sesiones de los días 12 y 19 de octubre?

PAT. Si, lo estuve leyendo.

INS. Te parece que le demos una revisada en el transcurso de la semana y en la próxima sesión hablemos sobre ello. Esto es para todo el grupo, ojalá que puedan leerlo y traer sus observaciones, sobre todo las que creen que podrían aplicarse al discurso de PAT. Si no hay algún comentario nos vemos la próxima semana.

Décima quinta sesión (noviembre 16 de 2010)

En esta sesión se realizaron las siguientes actividades:

Se le preguntó a PAT si quería comentar algo de lo hablado en la sesión anterior o de lo sucedido en el transcurso de la semana y dijo que sí que antes de hacer el ejercicio le gustaría comentar lo que había sucedido en la semana.

INS. Pues adelante.

PAT. Me dieron un incremento de sueldo y claro ello implica mayor horario pero vale la pena, antes salía a las 4 de la tarde y ahora voy a salir a las 8 de la noche. Hablé con mis hijos y les dije que necesitaba que colaboraran más en la casa porque yo ya no iba a poder hacerme cargo de todo y que comería fuera por lo que ellos tendrían que prepararse la comida de mediodía y encargarse de la limpieza de la casa y de su ropa. Mi hijo me dijo que cuando llegara de la escuela haría lo que pudiera y le dije que este año ya no iba a ir a la escuela porque no tenía caso que siguiera yendo si ya había perdido el año y sólo iba a perder el tiempo, que prefería que se quedara en casa por la mañana e hiciera las tareas de la casa y que por la tarde fuera a clases de regularización y a tomar el curso para ingresar a la prepa, me dijo que quería seguir yendo a la escuela y le dije que no, lo aceptó de mala manera pero lo aceptó. Mi hija me dijo que qué bueno que había conseguido más dinero para que así a su papá le quedara más dinero libre para emborracharse y andar con otras que ya nada más faltaba que le comprara las botellas y le tendiera la cama en la que se acuesta con su amante. Le dije que eso era cosa de su papá y mía y me dijo que no, que estaba muy equivocada porque eso también les afecta a ella y a su hermano que a poco creía que era muy bonito tener al padre en la casa emborrachándose todo el fin de semana, que yo estaba muy tranquila porque ya tomaba en la casa y no se iba a la cantina como si el problema fuera donde tomaba y no que fuera un borracho, y que el que trabaje todo el día también los afecta a ellos porque ahora si no tienen padre ni madre, que si el ganar más dinero fuera para que me separara del padre ella estaría dispuesta a apoyar en la casa pero si era para seguir con él que no contara con ella para nada, que ni creyera que ella iba a hacer nada por la casa que prefería comer pan bimbo antes que cocinar y vivir en un cuchitril antes que limpiar y que si no se iba de la casa era porque no tenía forma de hacerlo pero que en cuanto pudiera se largaba. Le dije que iba a hablar con su papá y le iba a poner un hasta aquí y me dijo que si como no, que si no me había dado cuenta de que perra que ladra no muerde y que además de que serviría que mi marido cambiara y se quedara si lo mejor

sería que se fuera, que no entendía porque seguía con él, que parecía entoloachada.

INS. Y ¿qué piensas de lo que dice tu hija?

PAT. Pues que hasta cierto punto tiene razón, pero si yo acepté trabajar más horas es para ganar más y finalmente ese dinero es para que ellos estén mejor.

INS. Parece ser que no te quieres dar cuenta de que lo que tus hijos quieren no es más dinero sino más respeto.

ANA. Yo creo que si les está haciendo mucho daño que continúes con su papá.

SOL. Me sorprende que digas que el problema les corresponde sólo a ti y a tu esposo si tú obligaste a tu mamá a separarse de tu papá, como ahí no pensaste que era problema de ellos y que no te correspondía meterte. Creo que tu hija está tomando el mismo papel contigo que el que tu tomaste con tu mamá. La verdad no entiendo porque no te separas, le sigues apostando a que él cambie y yo te digo como tu hija si valdrá la pena continuar con una relación desgastada aunque él cambie.

Se comentó que teníamos el tiempo encima y que apenas nos alcanzaba para analizar el caso en que se aplicó el modelo de tres factores y ver de qué forma podría aplicarse a la situación por la que atraviesa PAT. Se dijo que iríamos punto por punto y que la forma de trabajar consistiría en que preguntarle a PAT como encaja en cada punto.

INS. ¿Cuál es el factor que tú crees que influye en mayor medida en tú depresión?

PAT. La autoinculpación aunque también la compasión por otros.

INS. ¿Te das cuenta de que tu esposo hace lo que hace porque tú se lo permites, y que él no va a cambiar hasta que tú cambies?

PAT. Si me parece que soy excesivamente permisiva.

INS. A veces se es permisivo porque se tienen sentimientos de culpabilidad, ¿tú qué piensas?

PAT. Bueno creo que si tengo cierta parte de culpa en lo sucedido porque cuando éramos novios anduve con otra persona y él dice que eso lo afectó mucho y que si toma y anda con otras es porque jugué con él y no puede soportar la idea de que haya estado con otro hombre.

INS. Los sentimientos de culpabilidad se generan porque uno piensa que ha hecho algo malo y que como hizo algo malo es una mala persona. Supongamos que tú pienses que hiciste algo malo porque anduviste con otro, entonces vamos a hacer una tarea que consiste en preguntarte si te comportaste de esa manera porque eras deficiente, ignorante o porque estabas trastornada.

PAT. Porque ignoraba las consecuencias que podría traer y porque ya no quería seguir con él porque me daba cuenta de que tenía problemas con el alcohol.

INS. O sea cometiste un error porque eres un ser humano y los seres humanos cometemos errores.

PAT. Pues si.

INS. ¿Crees que podrías hacer algo para modificar lo sucedido?

PAT. No, lo hecho hecho está, lo único que puedo hacer es no repetirlo.

INS. Bien, tú tienes la idea de que de alguna manera tienes la culpa de la infidelidad y el alcoholismo de tu esposo, sin embargo comentas que siendo novios tú pensaste en terminar con él porque tenía problemas con el alcohol y en ese momento todavía no había sucedido el evento que él dice y tú crees que propició su alcoholismo. ¿Qué piensas de esto?

PAT. Que el ya era alcohólico, pero me dice que yo soy culpable para chantajearme y que no lo deje.

INS. Algunas personas creen que permitirle a una persona todo es una forma de demostrarle que lo queremos, pero existen formas más sanas de relacionarnos y de expresar nuestro amor, me gustaría explicarte tres maneras de hacerlo y conocer si tú las practicas.

En primer lugar podemos demostrar nuestro amor siendo agradables con las personas sólo si ellas son agradables con nosotras, si somos agradables con quien no lo es le estamos enseñando a esa persona que puede hacer cualquier cosa con nosotros. ¿Practicas esta forma de amor?

PAT. No, yo trato de ser agradable con todos independientemente de cómo se comporten ellos y si creo que si yo me porto bien con mi esposo aunque

él haga cosas indebidas mi mensaje es que él puede hacer lo que quiera y yo seguiré siendo agradable.

INS. La segunda forma de amor consiste en que cuando alguna persona hace algo inapropiado se habla con ella una vez y quizá una segunda ocasión, no es recomendable hablar con las personas de las frustraciones que nos están originando en más de dos ocasiones porque si se sigue hablando sobre un problema y no se hace nada al respecto entonces aprenden que lo único que vas a hacer es quejarte y que sólo habrá que aguantar la queja, pero que no tendrán que pasar por el esfuerzo que supone cambiar y seguirán actuando como acostumbran hacerlo. ¿Practicas esta forma de amor?

PAT. No, me la paso hablando y no hago nada, he llorado, me he enojado, le he suplicado, he amenazado pero a fin de cuentas no hago nada y él sólo me dice que va a cambiar pero no lo hace.

INS. Si hablar con la persona una o dos veces no sirve para nada, entonces quizá convenga usar la tercera forma de amor, que es la firmeza o la insistencia. Si alguien te hace algo malo y comentarlo dos veces no ha servido para nada, haz algo que le enfade, pero debes hacerlo sin ira, sin culpabilidad, sin compasión ajena, sin miedo al rechazo, sin miedo al daño físico y sin temor al daño económico. ¿Has puesto en práctica esta forma de amor?

PAT. Si pero no de manera definitiva, por ejemplo dejo de hablarle o de tener relaciones con él pero finalmente cedo y todo sigue igual.

INS. Me refiero a realizar una acción que realmente signifique un cambio, por ejemplo separarte de él.

PAT. No, nunca.

INS. Bueno ya vimos que para lograr que los otros cambien es necesario que cambiemos nosotras, de otra manera todo seguirá igual en el mejor de los casos. Ahora te voy a hacer una pregunta ¿tú crees que tú amas a las personas a las que puedes mover a tu antojo?

PAT. No, a mi me gustan las personas fuertes.

INS. Pues si, la mayoría de los adultos no aman a las personas a quienes pueden mover a su antojo, en vez de amarlas las menosprecian porque son débiles y si quieres que tu esposo te ame es necesario que te

respete y eso significa que ha de tener cierta dosis de miedo hacia ti, un miedo que le haga saber que no vas a soportar sus injusticias y que responderás incomodándolo del mismo modo que él te incomoda. Esta es la tercera forma de mostrar amor, con la firmeza que da origen al respeto. Y el modo de conseguirlo requiere de dos condiciones: una, necesitas disponer del poder para hacer que se sienta incómodo, y dos, necesitas disponer del coraje para usar dicho poder. ¿Qué piensas de esto?

PAT. Que tengo el poder pero no el coraje para usarlo.

INS. ¿Ahora, te es más fácil entender porque tu hija está tan enojada?

PAT. ¿Por qué ella también se da cuenta de que tengo el poder pero no el coraje, y eso la molesta?

INS. A lo mejor. Y bien que les pareció este ejercicio.

ANA. Muy padre pero muy fuerte. A mí me ayudó a aclarar muchas cosas.

Se informó que la próxima sesión sería para aclarar dudas y cerrar la terapia y que al inicio se llenarían dos instrumentos de evaluación por lo que se les solicitaba que llegaran temprano.

Décima sexta sesión (noviembre 23 de 2010)

En esta sesión se realizaron las siguientes actividades:

Al inicio de la sesión se informó a las participantes que era la última sesión y que se les iban a entregar dos instrumentos de evaluación para su llenado. Se entregaron el inventario de ansiedad y el de depresión de Beck y se les dijo que se recogerían a las 7:30 horas.

En seguida se comentó que se destinarían 30 minutos a aclarar dudas y posteriormente cada una de las participantes tendría 10 minutos para comentar su experiencia como participantes en una terapia grupal.

En el tiempo destinado a la aclaración de dudas las participaciones fueron las siguientes:

- ANA. Me parece que los cuestionarios que llenamos son iguales a los que nos dieron cuando solicitamos el ingreso ¿para que los llenamos nuevamente?
- INS. Si, son los mismos. El objeto de llenarlos nuevamente es evaluar si se dieron cambios durante el taller.
- EVA. Me gustaría saber si existe la posibilidad de continuar con alguna otra terapia para control del enojo y preguntarte si la Universidad cuenta con algún servicio para dar terapia a domicilio porque creo que sería muy beneficioso para mi hijo recibir apoyo psicológico de manera continua.
- INS. Con respecto a tu primera pregunta te contesto que si existe la posibilidad de solicitar otra terapia pero se sugiere que el trámite de reingreso se realice después de cinco meses de finalizada la terapia por dos razones: la primera es que el paciente practique lo aprendido en la terapia y la segunda es que se dé oportunidad a otras personas que solicitan el servicio. Con respecto a tu segunda pregunta la respuesta es que la Universidad no cuenta con el servicio de terapia a domicilio y no sé si exista alguna institución que proporcione este servicio. ¿Alguna de ustedes sabe de algo al respecto?
- SOL. No, yo le había comentado a EVA que mi tío asiste a un lugar en donde se proporciona atención médica, física y psicológica a personas adultas con problemas motrices, pero la persona tiene que trasladarse al lugar y ahí puede permanecer toda la mañana.
- INS. Me gustaría aprovechar este espacio para solicitarle a SOL, si es que está de acuerdo, que les comente sobre la plática que tuvo con su hija mayor.
- SOL. Ya había pensado comentarlo pero no sabía si el día de hoy podría hacerlo. Pues ya hablé con mi hija y me dice que no me preocupe que su abuelo nunca la ha tocado y que de hecho ella ya se imaginaba algo porque en la escuela decían cosas de su abuelo, le dije que quería hablar con su hermana menor y se ofreció a hacerlo ella pero le dije que no gracias que esa era mi responsabilidad.
- PAU. Qué bueno que ya diste el primer paso pero por favor no dejes pasar más tiempo para hablar con tu hija menor, que yo creo que por su edad es la que está más en riesgo.

ANA. Yo te había comentado que tengo fobia a las arañas por lo que le pasó a mi hermano, quisiera saber que trámite tengo que hacer para recibir algún tipo de tratamiento que me ayude a quitármela y que no consista en exposición a arañas.

INS. Hacer tu trámite de reingreso dentro de cinco meses y especificar claramente que el motivo de la consulta es que tienes fobia a las arañas para que se te canalice al área correspondiente.

ANA. Mi hija hizo su solicitud de ingreso hace 15 días aproximadamente ¿ella puede solicitar ser atendida por alguien en particular?

INS. No, la UNAM es una institución y como tal funciona. Los pacientes se van asignando de acuerdo a su problemática y a los terapeutas disponibles.

PAT. El ejercicio que hicimos al final me ayudó a clarificar muchas cosas pero creo que hacerlo por mi cuenta no será fácil, de hecho me parece que 16 sesiones es poco tiempo y me gustaría sugerir que hubiera un taller para realizar ese tipo de ejercicios.

INS. Lo comentaré con la Jefa del Centro, pero yo te sugiero que trates de practicar en tu casa lo visto en las sesiones y si dentro de cinco meses sientes que continuas necesitando apoyo psicológico puedes solicitar un reingreso.

Se dijo que se había agotado el tiempo destinado a aclarar dudas y que antes de pasar al siguiente punto se les iba a sugerir una lectura para quien quiera profundizar un poco más en la terapia racional emotiva. El libro se llama Terapia Racional Emotiva y sus autores son Albert Ellis y Eliot Abrahms.

Para el cierre de la terapia se solicitó a las participantes que platicaran sus experiencias respecto a los cambios que ellas creían haber percibido en si mismas durante el transcurso del taller terapéutico. Los comentarios se dieron en el siguiente orden:

PAU. Voy a tomar la palabra primero porque ya me tengo que ir pero no quiero dejar de comentar como me sentí en la terapia grupal. Yo ya había asistido a terapia individual cuando lo de mi separación y a grupos de apoyo por lo de la violación pero la verdad es que esta terapia fue diferente, no sólo venimos a hablar de nuestros problemas sino a tratar

de resolverlos y me sentí muy comprendida y apoyada, pensé que cuando comentara lo de los intercambios de pareja iba a ser mal vista por el grupo y me encontré con que lo importante era ayudarme a tomar la decisión que más me conviniera, si yo volviera a requerir terapia pediría una terapia grupal. La terapia grupal permite escuchar otras formas de pensar y de ver las cosas, por ejemplo el escuchar a SOL decir que a ella no le causa conflicto una forma diferente de relación hace que uno se pregunte porque me causa conflicto a mí y el hacer los ejercicios nos permite ver que efectivamente las personas reaccionamos diferente ante un mismo evento porque tenemos diferente manera de ver y entender las cosas. Yo no sé si escogiste un grupo tan diferente para que nos diéramos cuenta de que existen muchas maneras de ver las cosas o fue casualidad que el grupo fuera así.

INS. La verdad el grupo se eligió atendiendo la edad y la problemática, pero en la práctica hemos visto que en los grupos se encuentra gente con formas de pensar muy diferentes.

ANA. Yo comenté al principio que no estaba muy convencida de la terapia psicológica y mucho menos de la grupal, de hecho si hubiera tenido dinero para pagar una terapia por fuera hubiera declinado asistir a terapia grupal y hubiera pagado un terapeuta individual, ahora me felicitó por haber venido porque los puntos de vista de las demás me hicieron ver muchas cosas que yo no veía, a la mejor en terapia individual me lo hubiera dicho el terapeuta pero viniendo de varias personas como que uno lo ve más claro. Yo nunca me hubiera imaginado que actuara como la pobrecita de mi pero cuando EVA me dijo que ella me ubicaba en la categoría de las autocompasivas me hizo pensar y cuando se lo platiqué a una de mis amigas me dijo que si que yo siempre pienso que los demás tienen la culpa y yo soy la víctima. Ojalá que a mi hija la asignen a terapia grupal creo que le va a ser de más utilidad que una terapia individual.

PAT. A mí me ayudó mucho ver cómo me ven las demás y escuchar otras maneras de pensar y de resolver las cosas, cuando uno tiene un

problema no ve para otro lado y en la terapia grupal la dinámica nos obliga a ver otras opciones, otras formas de solución. No sé como funciona la terapia individual pero me parece que por muy buena que sea la terapeuta difícilmente puede tener tantas maneras de ver las cosas como las que tiene un grupo, además el ayudar a otras personas con nuestras opiniones a resolver sus problemas lo hace a uno sentir especial, se siente uno valioso y eso no tiene precio. Yo quiero felicitarte y agradecerte por el respeto y la libertad que se dio en la terapia, a mí en lo personal siempre me hiciste sentir bien aun cuando en ocasiones tus comentarios eran duros no me sentí juzgada ni por ti ni por ninguna de las participantes.

SOL. No sé si recuerdas que cuando me hablaste por primera vez para decirme que había sido seleccionada para participar en una terapia grupal te dije que no iba a asistir porque yo quería terapia individual y prefería esperarme a que hubiera un espacio para terapia individual, sin embargo insististe y me llamaste para decirme que asistiera a una sesión y si no me sentía bien tú te comprometías a buscarme un espacio con un terapeuta individual. Bueno la verdad es que asistí por tu ofrecimiento de terapia individual pero estaba decidida a decirte que no me sentía bien y que me buscaras el espacio, pero conforme se fueron presentando las demás participantes empecé a sentirme tranquila y cuando me presenté yo y sentí la aceptación de las demás me sentí parte de un grupo lo cual hacía mucho tiempo que no experimentaba y decidí que sólo por eso valía la pena asistir, pero después conforme pasaban las sesiones y escuchaba a las demás y podía hablar de mi problemática sin miedo a ser juzgada y rechazada me convencí de que la terapia de grupo es mágica. Yo nunca creí que pudiera hablar de los secretos de mi familia con otra persona y mucho menos en un grupo pero ahora no sólo sé que puedo sino que incluso debo hacerlo porque el silencio es lo peor que nos puede pasar, para mí asistir a terapia grupal y formar parte de algo fue tan especial que convencí a mi hermano a venir.

EVA. Originalmente yo fui asignada a terapia individual, y de hecho asistí a dos sesiones, pero la verdad no sé porque me pasaron a terapia grupal, sin embargo creo que fue lo mejor que me pudo suceder. A mí me pasó lo mismo que a SOL de repente me sentí parte de un grupo, me sentí útil, que mi experiencia servía para algo y que mi edad lejos de ser un problema era una ventaja porque servía para ayudar a la gente más joven a ver las cosas desde una perspectiva diferente y también me permitía a mí ver cómo ve la gente más joven las cosas, eso me revitalizó, me dio vida, me ayudó a comprender mejor a mi hijo mayor y a entender mejor al menor. El único problema ahora es que no sé que voy a hacer sin esa inyección, sin ese sentirme incluida, ya sé que existen muchos grupos de autoayuda para cuidadores primarios pero es diferente ahí la gente va a quejarse y a aceptar su cruz, pero aquí se viene a aprender una forma diferente de vivir, creo que solicitaré terapia grupal para manejar mi enojo porque si bien ya no reacciono de una manera tan agresiva eso no quiere decir que haya dejado de sentirme enojada con mucha frecuencia.

INS. Pues la verdad celebro que la terapia haya sido tan beneficiosa como lo han expresado y les agradezco su apertura para asistir al taller terapéutico y su compromiso y respeto para con el grupo en general y con cada una de las participantes en lo individual. No me queda más que decir que para mí fue una experiencia única trabajar con un grupo tan dinámico y tan comprometido y ello me convence de que los grupos terapéuticos son una de las mejores formas de psicoterapia. Gracias a todas y a cada una de ustedes por haberme dado la oportunidad de demostrarles que los talleres terapéuticos son una forma alternativa de terapia con la que se pueden obtener resultados tan buenos o incluso mejores que con la terapia individual. Y por último quiero decirles que sinceramente espero no volver a vernos por aquí pero sepan que en caso necesario las puertas del Centro siempre estarán abiertas para ayudarlas.

V.4. RESULTADOS DEL TALLER TERAPÉUTICO

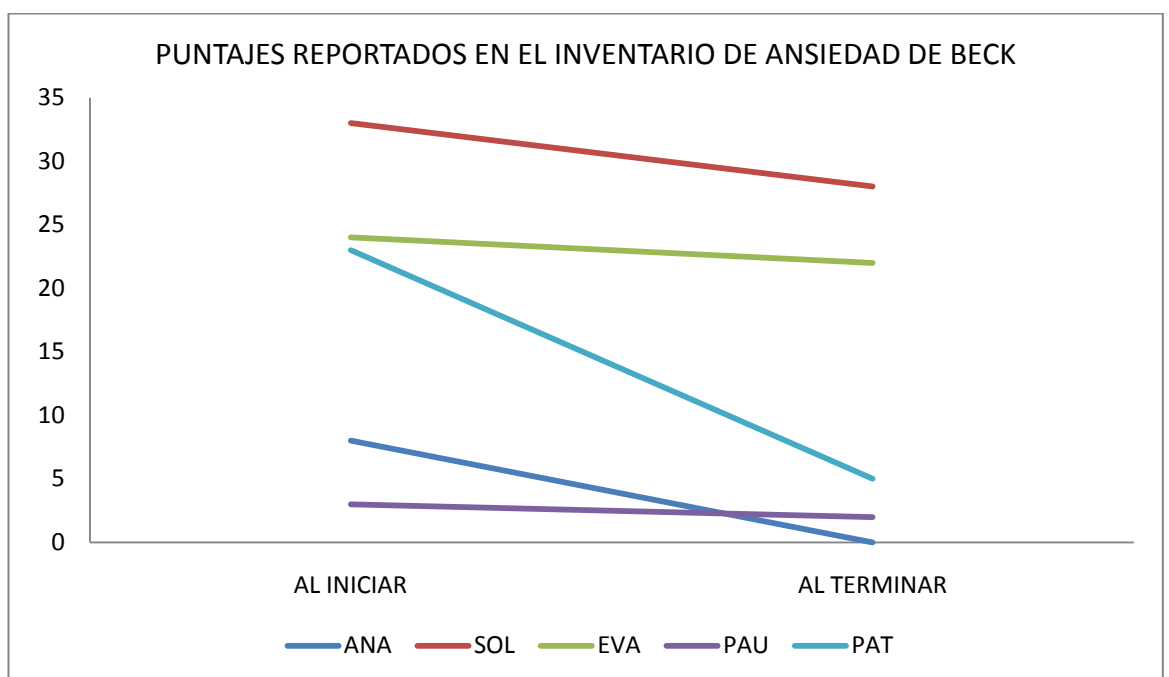
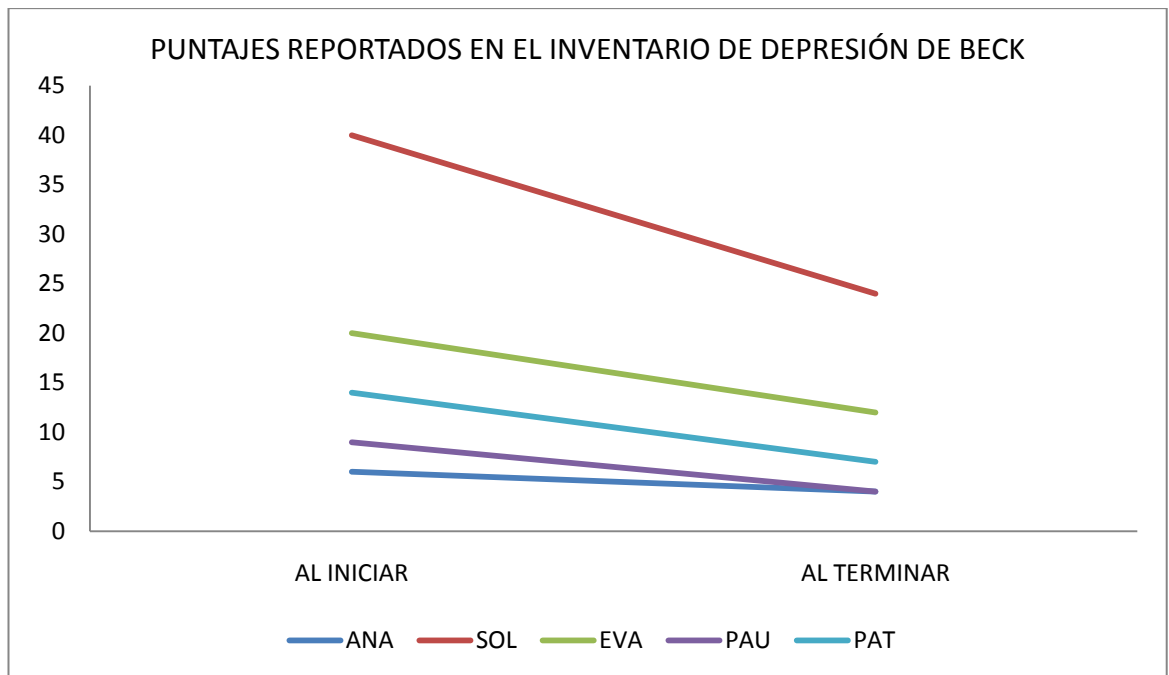
V.4.1. Con base en los inventarios de depresión y ansiedad de Beck

Como ya se comentó, en el Centro de Servicios Psicológicos “Dr. Guillermo Dávila” se aplican como parte del proceso de admisión el Inventario de Depresión de Beck, el Inventario de Ansiedad de Beck, y el Inventario multifásico de la personalidad Minnesota-2 a la mayoría de los pacientes adultos que asisten a solicitar el servicio, por lo que cuando las integrantes del grupo acudieron al CSP en demanda de apoyo psicológico se les aplicaron dichos instrumentos psicológicos de medición. Al finalizar el taller terapéutico nuevamente se aplicaron el Inventario de Depresión de Beck y el Inventario de Ansiedad de Beck con objeto de tener un parámetro que posibilitara conocer los niveles de depresión y ansiedad que presentaban las pacientes antes y después del taller y determinar de alguna manera la eficacia del taller terapéutico.

En el siguiente cuadro y en las gráficas que lo esquematizan puede observarse que las cinco integrantes del taller terapéutico que lo concluyeron mostraron una ligera disminución en los niveles de depresión y ansiedad al finalizar el taller, sin embargo esto no significa que esta disminución se deba única y exclusivamente al tratamiento ya que pudieron acontecer factores externos que propiciaron la disminución en los niveles de depresión y ansiedad.

NOMBRE	DEPRESION		ANSIEDAD	
	ANTES DEL TALLER	DESPUÉS DEL TALLER	ANTES DEL TALLER	DESPUÉS DEL TALLER
ANA	6	4	8	0
ISA	29	n.d. *	31	n.d. *
SOL	40	24	33	28
ELI	31	n.d. *	16	n.d. *
EVA	20	12	24	22
PAU	9	4	3	2
PAT	14	7	23	5

* Información no disponible debido a que no se le aplicaron los inventarios porque no asistió el día de la aplicación.



V.4.2. Con base en los comentarios vertidos por las integrantes del grupo

A continuación se presentan los cambios más significativos que mencionaron y se observaron en las pacientes como resultado de su asistencia y participación en el taller terapéutico.

ANA acepta tener cierto grado de responsabilidad en el enojo de su esposo y decidió no meterse en la relación que él tiene con sus hijas. Habló con él y le hizo saber que podía entender su enojo y que le proponía reconstruir la relación, él aceptó y actualmente la relación está en mejores términos tanto con ella como con las hijas. También aceptó que es sobreprotectora con las hijas y que con ello les está mandando la señal de que las considera incapaces por lo que decidió ser menos intrusiva en sus vidas y en las vidas de los demás porque pudo percatarse que ella tiende a creer que su forma de vida es la correcta y trata de imponerla a los demás, sin respetar lo que los demás piensen.

ISA fue capaz de evaluar en su justa dimensión los defectos de su ex esposo y darse cuenta de que efectivamente accede a continuar la relación con él para que le de dinero; antes del tratamiento estaba evaluando la posibilidad de regresar con él y durante el transcurso aceptó que no es posible continuar la relación porque incluso su integridad física estaría en riesgo por lo que decidió cortar definitivamente con él e intentar iniciar una nueva relación con un pretendiente quien le puede proporcionar mayor estabilidad, también decidió terminar una relación con un hombre casado porque dice que pudo darse cuenta de manera consciente de que andando con él estaba contribuyendo a la desintegración de una familia y no quería ser parte de ello. El último día que asistió al taller terapéutico mencionó que estaba haciendo los trámites para presentar el examen único para obtener el grado de bachillerato con objeto de estudiar la licenciatura en derecho.

Durante la terapia SOL manifestó encontrarse molesta porque su padre, quien fue acusado de abuso sexual a un niño, salió de la cárcel, en un principio mencionó que la acusación era injusta pero en el transcurso del taller aceptó que su padre si abusó de otros niños y que incluso tiene dudas acerca de que ella haya sido objeto de abuso por parte de él. Por presión del grupo habló con su hija de 12 años acerca del comportamiento de su abuelo y aceptó que posteriormente tratará de hacerlo con la hija menor quien actualmente tiene 8 años y que en caso de no encontrar la forma de hacerlo recurrirá al CSP a solicitar apoyo de un profesional. Menciona encontrarse preparada para regresar a trabajar aunque todavía siente resquemor y pena por la denuncia de

acoso sexual en su contra aun cuando considera que ésta fue injusta; durante el taller mostró un mayor apego al tratamiento antidepresivo, lo cual le ha ayudado a sentirse mejor y a participar más activamente con sus hijas.

ELI dio a luz en el transcurso del taller por lo que dejó de asistir a partir de la décima segunda sesión, sin embargo vía telefónica informó que decidió terminar la relación con el esposo y con el amante y regresar a la casa materna en tanto aclara su situación. El esposo incrementó el monto de la ayuda económica para que ella pueda estar con sus hijos mientras consigue un empleo. La paciente pudo vislumbrar otras alternativas de solución e incluso optar por una diferente a las que había considerado inicialmente, que eran continuar con su esposo y terminar con su amante o continuar con su amante y terminar con su esposo.

En el transcurso de la terapia EVA recibió el diagnóstico de que su hijo no volverá a caminar, en un principio le pareció un golpe muy duro pero le ayudó a entender que la solución no está en sus manos y a aceptar la realidad. También comenzó a evaluar la posibilidad de internarlo en una institución que le proporcione apoyo sin sentirse culpable y empezó a vislumbrar las ventajas que podría tener para el hijo el ser internado y convivir con otras personas ajenas al ambiente familiar. Se dio cuenta de que tiene derecho a enojarse pero también dice haberse percatado de que generalmente tiende a pensar que la gente, concretamente su familia, hace las cosas para molestarla lo que le provoca un gran enojo, el poder darse cuenta de que existe la posibilidad de que su familia haga las cosas sin afán de molestarla, le ha permitido ser más comprensiva y sentirse menos molesta lo que ha mejorado sustancialmente las relaciones familiares, al grado de que su esposo que en un principio se burló de que fuera a terapia ha manifestado que ahora si cree en los psicólogos pues desde que ella asiste a terapia está más contenta y menos agresiva y él mismo ha considerado la posibilidad de asistir a terapia.

PAU reconoció que a ella también le resulta interesante esta nueva forma de relacionarse pero que son sus esquemas sobre lo que debe ser una pareja lo que la hace sentirse mal, que no está muy segura de querer tener una vida sexual muy abierta pero que acepta que él la tenga sin enojarse tanto y

disfrutar el tiempo que estén juntos. Otro cambio que ella considera significativo es que ya no permite el chantaje de sus hijas quienes le reclaman que desde que anda con su novio ya no se cuenta con ella para nada, dice que antes hacía lo que ella quería pero con culpas y ahora lo hace pero sin sentirse culpable y ello le permite disfrutar más de lo que hace. Durante el transcurso del tratamiento decidió buscar un nuevo empleo que le permitiera dejar un trabajo en el que estaba en medio de los conflictos de una pareja de médicos, el cual consiguió por lo que al final del tratamiento únicamente asistió a la primera hora porque el horario de la terapia interfería con su horario de trabajo.

PAT en el motivo de consulta manifestó que asistía porque se encontraba en constante estado de angustia y que hacía lo que su esposo quería para no contrariarlo y de esa manera no exponerse a su enojo, refiere que actualmente se enfrenta más con él y le ha dejado claro que no está dispuesta a aceptar su maltrato, menciona que él ha realizado algunos cambios como consecuencia de los cambios operados en ella y que aún cuando éstos no son los esperados de momento son suficientes. PAT comenta que la relación con su esposo ha mejorado, que ya toma menos y que cuando toma no los molesta, que ahora bebe en la casa para no gastar en la calle, respecto a la infidelidad manifiesta que la otra persona le habla y no quiere entender que ellos ya están bien. No obstante los comentarios realizados se observa que el problema de enrojecimiento en la piel se ha incrementado, ya no menciona el tema del divorcio y la relación con su hija continúa deteriorada porque la hija no acepta que continúe con el padre pero parece ser que PAT no está lista para terminar con la relación.

Derivado de los testimonios vertidos por las participantes, de los resultados observados en los inventarios para medir la depresión y la ansiedad, y de los cambios en la conducta de las participantes observados por la instructora, puede asumirse que en términos generales las pacientes modificaron sustancialmente sus creencias irracionales por unas más racionales lo que les permitió disminuir e incluso eliminar los síntomas que las orillaron a solicitar apoyo psicológico. También se observó que las participantes lograron hacer consciencia sobre sus actitudes y conflictos, así como sobre sus relaciones interpersonales, lo que las llevó a realizar un considerable esfuerzo para

promover un reajuste ambiental y una modificación de metas tendientes a tener una vida más plena y satisfactoria.

De lo anterior podría concluirse que los objetivos que se plantearon al impartir el taller y que consistían en lograr que las participantes llegaran a un equilibrio emocional tan rápidamente como fuera posible, disminuyendo o eliminando sus síntomas de modo que fueran capaces de funcionar en un nivel bastante cercano al habitual, y que lograran ganar insight sobre sus actitudes y conflictos más conscientes así como sobre sus relaciones interpersonales con un deliberado esfuerzo de promover un reajuste ambiental y una modificación de metas para poder vivir a la altura de sus potencialidades, se cumplieron satisfactoriamente.

Parece ser que como afirman González y otros⁷ el uso de grupos terapéuticos ayuda a prevenir en personas con síntomas moderados depresivos el agravamiento de esos síntomas, la conformación de una psicopatología del espectro depresivo, el deterioro en la calidad de vida y la satisfacción percibidas, y la necesidad de acudir a recursos especializados de salud mental, con la disminución de los costos personales, familiares y sociales que ello significa.

⁷ González, G.S. y otros. (2006). *Prevención secundaria de la depresión en atención primaria*. *Psicothema* 2006. Vol. 18, nº 3. pp. 471-477.

VI. RESULTADOS PERSONALES OBTENIDOS

Como pudo observarse de lo reportado, en el CSP se realizan una serie de actividades que permiten poner en práctica los conocimientos obtenidos durante la formación académica, el participar en estas actividades me permitió percatarme de que la currícula profesional realmente nos prepara para desempeñarnos como psicólogos clínicos en varios aspectos y que contamos con los elementos suficientes para trabajar en el ámbito profesional. Ello no quiere decir que la formación académica haya llegado a su término, por el contrario la prestación del servicio social en un área con tanta diversidad también permite darnos cuenta de nuestras limitaciones y conocer cuáles son las áreas de nuestro interés y cuáles son los aspectos en los que debemos capacitarnos para poder desempeñarnos mejor.

Con respecto a las actividades realizadas durante la prestación del servicio social podría afirmar que en lo que a mí respecta los resultados fueron altamente gratificantes, el apoyar en la recepción me permitió darme cuenta de la importancia que tiene brindarle al paciente que asiste por primera vez a solicitar apoyo psicológico un clima de comprensión y entendimiento que lo haga sentir más cómodo y con la seguridad de que encontrará una solución a su conflicto, es realmente conmovedora la manera en que los pacientes agradecen un trato amable y comprensivo y la forma en que este trato desarma sus miedos y resistencias. El trato cotidiano con el dolor de los pacientes hizo de mí una persona comprensiva y atenta y sólo por ello habría valido la pena haber realizado mi servicio social en el CSP.

La elaboración de pre consultas constituye el primer acercamiento con los pacientes a nivel terapéutico, es en este primer contacto cuando uno puede explorar al paciente con toda la carga emocional que lo motivó a solicitar apoyo psicológico. La manera en que está estructurada la preconsulta me permitió adquirir una serie de habilidades necesarias para identificar en un tiempo relativamente corto el problema que motiva al paciente a solicitar apoyo psicológico.

La realización de historias clínicas me permitió valorar la importancia que tiene contar con la información suficiente que permita realizar un diagnóstico más

preciso, ya que permite no sólo recoger información sino evaluar la conducta del paciente a través de observar la forma en que éste describe, entiende e interpreta su problemática. El realizar un considerable número de entrevistas diagnósticas me permitió poner en práctica los conocimientos adquiridos y me dotó de las herramientas que se requieren para que a través de los datos obtenidos se identifique el problema y se determine la naturaleza y el grado de desadaptación del entrevistado, ello es de suma importancia porque por lo general las decisiones sobre el tratamiento a emplear se sustentan en gran medida en esta entrevista.

En el CSP se utilizan dos tipos de técnicas para realizar el estudio psicológico: la primera se basa en la entrevista y en la observación directa del comportamiento de la persona al ser evaluada; la segunda, comprende las pruebas psicológicas, comúnmente llamadas tests. Ambas técnicas deben complementarse a efecto de lograr un conocimiento integral y objetivo del paciente, pues si sólo se utilizan las pruebas de observación directa se corre el riesgo de hacer una observación muy subjetiva de la persona, por el contrario si únicamente se utilizan las pruebas psicológicas el resultado estaría basado en inferencias muy teóricas pero que podrían no reflejar aspectos de la vida de la persona. La aplicación, calificación e interpretación de instrumentos psicológicos me permitió complementar ambas técnicas y lograr el objeto del estudio psicológico que consiste en observar el funcionamiento global del paciente y sus formas de reacción frente a diferentes situaciones para realizar un diagnóstico que oriente hacia la utilización de la terapéutica más conveniente, dependiendo de la severidad de los síntomas y de los recursos con que cuenta el paciente.

El participar en la entrega de referencias externas a los pacientes que requieren tratamiento psiquiátrico me brindó la posibilidad de ayudar a los pacientes en su proceso de aceptación de que requieren un tipo de tratamiento diferente al que originalmente solicitaron. Existe un gran estigma acerca de las instituciones y los medicamentos psiquiátricos, los pacientes tienden a creer que si son referidos a una institución psiquiátrica para su tratamiento es porque están mucho peor de lo que creían y que necesitarán tomar medicamentos de por vida, medicamentos que además les causarán cambios importantes en su

comportamiento. Parte importante de mi actividad consistió en explicarles que el tomar medicamentos psiquiátricos no significa que estén muy enfermos sino que es una manera diferente y más efectiva de lograr su recuperación, también consistió en hacerles saber la forma en que estos medicamentos actúan y la importancia de apegarse al tratamiento para lograr mejores resultados. Durante mi estancia observé que al entregarles las referencias los pacientes se sienten desprotegidos, rechazados, por lo que considero que sería de gran utilidad abrir talleres terapéuticos para estos pacientes que les brinden la posibilidad de reintegrarse al Centro durante su proceso de adaptación y aceptación del tratamiento psiquiátrico.

En el Centro de Servicios Psicológicos “Dr. Guillermo Dávila” el proceso de enseñanza, capacitación y evaluación se realiza principalmente en cascada, esto es los estudiantes de maestría supervisan a los prestadores de servicio social de licenciatura, quienes a su vez supervisan a los que realizan sus prácticas académicas, sin embargo esto no es limitante para que quien lo requiera pueda acercarse a la Jefa del Centro para aclarar dudas y solicitar apoyo para la mejor realización de sus actividades. Derivado de lo anterior parte de mis actividades consistió en supervisar a los alumnos de quinto y séptimo semestre que realizan sus prácticas académicas, el supervisar a los compañeros de semestres inferiores me permitió recapitular sobre lo aprendido y poner en práctica mis conocimientos y habilidades para ayudarlos a realizar mejor sus prácticas académicas.

El tener la oportunidad de proporcionar terapia individual a cinco pacientes con problemáticas diferentes me permitió poner en práctica varias de las técnicas aprendidas durante mi formación teórica y práctica y corroborar la eficacia que dichas técnicas tienen en el comportamiento del paciente cuando se aplican en forma adecuada y bajo la supervisión de un terapeuta calificado.

La realización del taller terapéutico me permitió poner en práctica los conocimientos aprendidos en los talleres de formación en la práctica, obtener los conocimientos que se requieren para la formación de un grupo de terapia, así como adquirir las habilidades que necesita un instructor para impartir talleres terapéuticos; pero sobre todo me convenció de las grandes virtudes de

este tipo de intervención y de la conveniencia de su aplicación tanto a nivel privado pero sobre todo a nivel institucional ya que permite atender de manera efectiva a un mayor número de pacientes, lo cual resulta primordial en las instituciones de salud mental en donde el número de terapeutas es considerablemente inferior a lo requerido para atender la demanda de apoyo psicológico.

En el Reglamento General del Servicio Social de la Universidad Nacional Autónoma de México se especifica que el servicio social tiene por objeto:

- I. Extender los beneficios de la ciencia, la técnica y la cultura a la sociedad;
- II. Consolidar la formación académica y capacitación profesional del prestador del servicio social;
- III. Fomentar en el prestador una conciencia de solidaridad con la comunidad a la que pertenece.

Considero que la prestación del servicio social en el Programa denominado "Práctica Clínica en el Centro de Atención Psicológica de Consulta Externa" con número de clave 2010-12/23-3232 que se instrumenta en este CSP, posibilita cumplir cabalmente con el objeto especificado.

Por otro lado considero que el Programa cumple con su objetivo principal, el cual consiste en proporcionar al prestador de servicio social un escenario profesional que le permita aplicar los conocimientos y las habilidades adquiridas en su formación académica al tratamiento efectivo, eficiente y eficaz de los trastornos conductuales que aquejan a la sociedad con una actitud de responsabilidad, compromiso y alta calidad humana.

El realizar el servicio social en una institución que posibilite el poner en práctica los conocimientos adquiridos durante la formación académica permite al pasante darse cuenta de que adquirió los conocimientos que le permiten prestar un servicio a su comunidad y que lo aprendido tiene una aplicación práctica.

Considero que la realización del Informe Profesional de Servicio Social como alternativa para obtener el título de licenciatura en psicología constituye una

excelente opción de titulación ya que por un lado constituye una oportunidad para que el pasante haga una recapitulación sobre las actividades que realizó durante la prestación del servicio social y por otro lado permite a las instituciones académicas y a los futuros prestadores de servicio social contar con un documento en el que se describen las actividades que se realizan en las diferentes instituciones en las que puede prestarse el servicio social.

VII. RECOMENDACIONES Y SUGERENCIAS

En este apartado de describirán los puntos factibles de mejorarse, ampliarse y omitirse para que el Centro de Servicios Psicológicos “Dr. Guillermo Dávila” ofrezca un mejor servicio.

VII.1. ELABORAR MANUALES DE POLÍTICAS Y PROCEDIMIENTOS

Parte importante de las actividades que se realizan en el CSP son realizadas por voluntarios y prestadores de servicio social debido entre otras razones a la escasa disponibilidad de personal contratado para realizar estas funciones, lo que deriva en una alta rotación de personal. No obstante que existen formatos específicos para cada actividad y que las instrucciones por parte de la Jefa del Centro son claras y precisas, en la práctica existe una gran variación en la manera en que se realizan las actividades debido en parte a como ya se mencionó a la alta rotación de personal pero también a la extensa diversidad de la problemática que se presenta en el CSP. Derivado de lo anterior se sugiere como una posibilidad para mejorar el servicio la contratación o asignación de un especialista en la elaboración de manuales de políticas y procedimientos que se apegue a la tarea de elaborar los manuales que se requieran para el mejor funcionamiento del CSP.

VII.2. FORMAR UN GRUPO TERAPÉUTICO PARA PACIENTES PSIQUIÁTRICOS

Al CSP asisten un considerable número de pacientes que por su problemática requieren ser referidos a una institución psiquiátrica para su atención, algunos de estos pacientes han manifestado, antes y después de asistir a la institución de referencia, que les gustaría continuar siendo atendidos en el CSP debido a que las consultas psicológicas en las instituciones psiquiátricas son muy espaciadas y a veces inexistentes. Derivado de lo anterior se considera que sería conveniente la creación en el Centro de Servicios Psicológicos “Dr. Guillermo Dávila” de un grupo terapéutico al que puedan acceder estos pacientes; las características de este grupo podrían ser similares a las que tienen los grupos de auto ayuda pero con la ventaja de que serían coordinadas por un profesional de la salud mental y se proporcionarían en un ambiente

terapéutico. El grupo podría funcionar diariamente en dos horarios distintos uno para adultos y otro para jóvenes; la duración sería de dos horas; la asistencia sería libre; la terapia sería básicamente de apoyo y estaría enfocada a la aceptación de la problemática y al apego al tratamiento; el costo sería el mismo que existe para otro tipo de terapias.

VII.3. AMPLIAR EL HORARIO DE SERVICIO A SÁBADOS Y DOMINGOS

En el CSP se proporciona atención psicológica de lunes a viernes en un horario de 7 de la mañana a 7 de la noche, durante los dos años que colaboré en el CSP me percaté de que por un lado existe un significativo número de personas interesadas en obtener apoyo psicológico pero que debido a sus horarios de trabajo no pueden asistir en los horarios en que funciona el CSP, y por otro lado existen estudiantes interesados en realizar sus prácticas académicas y su servicio social en esta institución pero sus actividades no les permiten asistir de lunes a viernes. Conociendo esta situación considero que sería interesante explorar la posibilidad de que el CSP ampliara sus servicios a los días sábado y domingo, ello posibilitaría por un lado atender a la población que requiere apoyo psicológico pero no puede asistir de lunes a viernes y por otro lado brindar a los estudiantes que sólo pueden realizar sus prácticas académicas y su servicio social en sábado y domingo la posibilidad de realizarlas en el CSP.

VIII. REFERENCIAS

- ⇒ Actimud. (2008). *Actitud de la Mujer ante la Depresión*. Madrid. Encuesta.
- ⇒ Aguilar K.E. (1984). *20 Formas de amargarse la vida y...cómo evitarlo*. México: Pax.
- ⇒ Armenta, A.C. y Martínez, F.A. (2006). Tesis. *Representación social de la depresión en mujeres que solicitan ayuda por este trastorno*. Facultad de Psicología. UNAM.
- ⇒ Aros O.C. (2005). *Vivir sin depresión, como recuperar la energía y el entusiasmo*. España: Océano Ámbar.
- ⇒ Atención Médica Integral para la Mujer, S.C. (2007). “*Climaterio y menopausia*”. Recuperado el 1 de marzo de 2011 de <http://www.atmim.com/climaterio.htm>
- ⇒ Beck Aaron T. (1976). *Diagnóstico y tratamiento de la depresión*. México: Merck Sharp and Dohme International, División of Merck and Co., Inc.
- ⇒ Beck, A. y Shaw, B. (2003). *Manual de Terapia Racional Emotiva*. Bilbao: Desclée De Brouwer.
- ⇒ Beck, A. y Rush, A.J. (2008). *Terapia Cognitiva de la Depresión*. Bilbao: Desclée De Brouwer.
- ⇒ Beck, J.S. (2007). *Terapia cognitiva para la superación de retos*. España: Gedisa.
- ⇒ Benedito, M., Carrió, R., Valle, V. y González, D. (2004). *Protocolo de tratamiento psicológico grupal para abordar sintomatología depresiva*. Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría. Recuperado el 1 de marzo de 2011 de <http://scielo.isciii.es/scielo.php>.
- ⇒ Beyebach, M. (1993). *Introducción a la terapia breve centrada en las soluciones*. Tesis doctoral. Universidad Pontificia de Salamanca.
- ⇒ Bion, W.R. (1991). *Experiencias en Grupo*. México: Paidós.
- ⇒ Bleichmar, H. (1997) *La depresión. Un estudio psicoanalítico*. Buenos Aires: Nueva Visión.
- ⇒ Bosqued, L. (2005). *Vencer la depresión. Técnicas psicológicas que te ayudarán*. México: Desclée de Brouwer.
- ⇒ Caballo, V.E. (2008). *Manual de técnicas de terapia y modificación de conducta*. España: Siglo XXI.

- ⇒ Cheek, J. (1990). *Cómo vencer la timidez*. Buenos Aires: Paidós Ibérica.
- ⇒ Dietrich, G. (1986). *Psicología general del Counseling*. Barcelona: Herder.
- ⇒ DSM-IV-TR. (2002). *Breviario del Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Madrid: Elsevier Masson.
- ⇒ Ellis, A. (1999). *Una terapia breve más profunda y duradera. Enfoque teórico de la terapia racional emotiva conductual*. España: Paidós.
- ⇒ Ellis, A. y Grieger, R. (2003). *Manual de Terapia Racional Emotiva*. Bilbao: Desclée De Brouwer.
- ⇒ Ellis, A. y MacLaren, C. (2004). *Las Relaciones con los Demás*. España: Océano-Ámbar.
- ⇒ Ellis, A. y Abrahms, E. (2005). *Terapia Racional Emotiva*. México: Pax.
- ⇒ Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica (2005). Instituto Nacional de Psiquiatría Juan Ramón de la Fuente. Recuperado el 1 de marzo de 2011 de <http://www.uade.inpsiquiatría.edu.mx/>
- ⇒ Estudio del Psicoanálisis y Psicología. (2006). *Inventario de Ansiedad de Beck*. Recuperado el 1 de marzo de 2011 de <http://psicopsi.com/Inventario-de-ansiedad-de-Beck>
- ⇒ González, G.S., Fernández, R.C., Pérez, R.J. y Amigo V.I. (2006). *Prevención secundaria de la depresión en atención primaria*. Recuperado el 1 de marzo de 2011 de *Psicothema*. Vol. 18, nº 3.
- ⇒ Greenson, R. (2007). *Teoría y práctica del psicoanálisis*. México: Siglo XXI.
- ⇒ Instituto Nacional de Psiquiatría Juan Ramón de la Fuente. (2005). *Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica*. Recuperado el 1 de marzo de 2011 de <http://www.uade.inpsiquiatría.edu.mx/>
- ⇒ Jurado, S., Villegas, M., Méndez, L., Rodríguez, F., Loperena, V. y Varela, R. (1998). "La estandarización del inventario de depresión de Beck para los residentes de la ciudad de México". México: LILACS. Recuperado el 1 de marzo de 2011 de <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/>
- ⇒ Kaplan, H. y Sadock, B (1996). *Terapia de Grupo*. España: Médica Panamericana.
- ⇒ Keith, K. (2002). *Guía de la Clínica Mayo sobre Depresión*. Rochester Minnesota: Plaza Janés.

- ⇒ Kübler-Ross, E. (2006). *Sobre la Muerte y los Moribundos*. México: Debolsillo.
- ⇒ Kübler-Ross, E. (2008). *La muerte: un amanecer*. México: Océano.
- ⇒ Landa, I. (2010). *Ser mujer favorece la depresión*. Madrid: Recuperado el 1 de marzo de 2011 de El País.com
- ⇒ Lara, M.A. (2002). Tesis para optar por el grado académico de Doctor en Ciencias. *Una propuesta de intervención para mujeres en riesgo de depresión en el primer nivel de atención*. Facultad de Medicina. UNAM.
- ⇒ Lara, M.A., y Salgado, N. (2002). *Cálmese son sus nervios, tómese un tecito*. México: Pax.
- ⇒ Lara, A., Navarro, C., Navarrete, L., Mondragón, L., y Rubí, N. (2003). *Seguimiento a dos años de una intervención psicoeducativa para mujeres con síntomas de depresión, en servicios de salud para población abierta*. Salud Mental, junio, año/vol. 26, número 003. Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente. Recuperado el 1 de marzo de 2011 de <http://redalyc.uaemex.mx/pdf/582/58232604.pdf>.
- ⇒ Lega, L.I., Caballo, V.E. y Ellis, A. (1998). *Teoría y Práctica de la Terapia Racional Emotiva Conductual*. México: Siglo XXI.
- ⇒ Limón, A.G. (2005). *El giro interpretativo en psicoterapia*. México: Pax.
- ⇒ Limón, A.G. compilador. (2005). *Terapias postmodernas*. México: Pax.
- ⇒ Lorraine, S. compilador. (1992). *Agonía, muerte y duelo*. México: El Manual Moderno.
- ⇒ Milton, S. *La terapia del comportamiento frente a la terapia cognitiva para la depresión*. Recuperado el 1 de marzo de 2011 de <http://www.nj-act.org/article13.html>.
- ⇒ Nezu, A. (2006). *Formulación de casos y diseño de tratamientos Cognitivo-Conductuales*. México: Manual Moderno.
- ⇒ O'Connor, N. (2010). *Déjalos ir con amor*. México: Trillas.
- ⇒ Olivares, J. (2005). *Técnicas de modificación de conducta*. Madrid: Biblioteca Nueva.
- ⇒ PSICOMED. *Terapia de Grupo*. Recuperado el 1 de marzo de 2011 de <http://www.agpa.org/>
- ⇒ Roca, E. Recuperado el 1 de marzo de 2011 de <http://www.cop.es/>

- ⇒ Rojtenberg, S. compilador. (2006). *Depresiones: bases clínicas, dinámicas, neurocientíficas y terapéuticas*. Buenos Aires: Polemos.
- ⇒ Sánchez, R. (2008). Documento Interno del Centro de Servicios Psicológicos "Dr. Guillermo Dávila". UNAM.
- ⇒ Sandoval, G.A. (2008). Tesis. *Propuesta de integración psicoterapéutica en el trabajo con grupos: una alternativa institucional*. Facultad de Psicología. UNAM.
- ⇒ Schraml, W. (1975). *Psicología Clínica*. Barcelona: Herder.
- ⇒ Seligman, M. (1983). *Indefensión*. Madrid: Debate.
- ⇒ Semerari, A. (2002). *Historia, teorías y técnicas de la psicoterapia cognitiva*. España: Paidós.
- ⇒ Sluzki, C. (1984) *Terapia familiar como construcción de realidades alternativas*. Transcripción editada de la conferencia pronunciada en el Segundo Encuentro Nacional de Terapia Familiar Sistémica. Santa Fe, Argentina.
- ⇒ Universidad Nacional Autónoma de México. (1992). *Reglamento General del Servicio Social. Legislación Universitaria*. México: UNAM.
- ⇒ Vázquez, C. (2002). *Técnicas cognitivas de intervención clínica*. España: Síntesis.
- ⇒ Vázquez, C. y Muñoz, M. (2004). *Entrevista Diagnóstica en Salud Mental*. Madrid: Síntesis.
- ⇒ Vinogradov, S. y Yaloom, I. (1996). *Guía Breve de Psicoterapia de Grupo*. México: Paidós.
- ⇒ Wolberg, L.R. *Técnicas psicoterapéuticas*. México: Traducción hecha al español por la Universidad Iberoamericana.
- ⇒ Yankura, J. y Dryden, W. (2000). *Terapia Conductual Racional Emotiva*. Bilbao: Desclée De Brouwer.
- ⇒ Zúñiga, M., Aguilera, D. y Martínez, J. (2005). *Tratamiento homeopático en pacientes con trastornos psiquiátricos menores*. Universidad de Oriente. Cuba. Recuperado el 1 de marzo de 2011 de http://www.psiquiatria.com/articulos/patologia_dual/19978/.