



UNIVERSIDAD DE SOTAVENTO A.C.

**ESTUDIOS INCORPORADOS A LA
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO.**

LICENCIATURA EN PSICOLOGÍA.

NÚMERO Y FECHA DE ACUERDO DE VALIDEZ OFICIAL 8931-25

TESIS PROFESIONAL.

**“DISMINUCIÓN DE SINTOMATOLOGÍA DEPRESIVA EN
FAMILIARES A CARGO DE PERSONAS CON NEE”.**

PARA OBTENER EL TÍTULO DE LICENCIADA EN PSICOLOGÍA

PRESENTA:

**ROBERTO FERNANDEZ VIDAL
LUZ AYDET DELGADO AVILA**

ASESOR:

PSIC. ANABEL VILLAFAÑA GARCIA

ORIZABA, VER.

2023



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

AGRADECIMIENTOS

Agradezco:

Al que es el principio y plenitud de la existencia, donde radica la esencia del ser, donde trascienden los deseos y resplandece la verdad. Agradezco por estar tan certero e imperceptible, tan cierto como ajeno. Espero encontrarte y reconocerte.

A mi padre, Sr. Roberto Fernández por el cariño que ha mostrado hacia mi persona a través de la sutileza y discreción de sus acciones. Gracias por enseñarme el valor de la disciplina y la resiliencia, del trabajo constante y de calidad, gracias por enseñarme que la primera persona con la que cuento soy yo mismo.

A mi madre, Sra. Guadalupe Vidal por fortalecerme con el amor que plenifica mi ser, por enseñarme a creer en mí y ayudarme a reconocer las riquezas y dones que conforman mi persona, gracias por despertar en mí la conciencia social y la capacidad de sensibilizarme ante la injusticia y la discriminación. Gracias por cuidar de mí y ser pilar de apoyo para el cumplimiento de mis anhelos.

A mi hermana Carolina Fernández, por enseñarme con su ejemplo el valor de la toma de decisiones objetivas, por motivarme a luchar para alcanzar mis propósitos tanto personales como profesionales.

A mi hermana Mariel Fernández, por ayudarme a identificar y despertar en mi la parte creativa, gracias por la motivación que llevó a la realización de este trabajo de tesis, por estar conmigo, por su compañía y cuidado, sobre todo en aquellos días difíciles de pandemia.

A mi hermano Daniel Fernández, por enseñarme a reconocer que toda persona tiene algo bueno que aportar, a pesar de las diferencias y complejidades que implica la persona misma, agradezco su cariño, aquel que solo se entiende cuando se crece juntos y se comparte la sangre.

A la maestra Anabel, por los conocimientos que ha compartido conmigo durante mi formación profesional, gracias por despertar en mí el gusto por la investigación en el campo de las neurociencias, pero, sobre todo, por fomentar en mi persona la ética profesional y el respeto a las personas.

A la maestra Beatriz, por la motivación en el aula de clases que me ayudó a moverme a diferentes espacios de trabajo y de realización profesional, gracias por evocar en mí el amor por la psicología y hacer presencia en aquellos lugares a donde nadie qui ere ir.

Al maestro Christian, especialmente por su acompañamiento terapéutico y el estímulo para ahondar en el campo de la psicología clínica. Recuerdo con mucho cariño la espera de las horas asignadas de sus materias por los conocimientos que sabía iba a aprender.

Al maestro Yerena, por enseñarme con su testimonio el valor y la importancia de la enseñanza didáctica, innovadora y entusiasta, gracias por hacer su trabajo con esa felicidad que inspira. Así mismo agradezco por su acompañamiento terapéutico que ha colaborado en mi crecimiento personal.

A mi actual terapeuta, por ayudarme en este proceso de mejorar como persona y profesionalista, por ayudarme a reconciliarme con mi historia y reconocer aquellas fortalezas que tengo y de las que puedo echar mano para seguir con mi proceso de crecimiento.

Al Pbro. Juan Manuel, por demostrarme el valor de la amistad, por enseñarme con su ejemplo el valor del acompañamiento y cercanía con las personas, agradezco especialmente el apoyo espiritual, emocional y material con el que me he sentido respaldado y acompañado.

A las buenas amistades que se gestaron y a las que siguen llegando en esta larga travesía de estudio y crecimiento personal, son muchos los rostros que vienen a mi mente en este momento y que al verlos llegan sentimientos de alegría y melancolía que me llevan a agradecer los momentos compartidos. Mencionarlos me comprometería omitir algunos nombres.

A las madres y cuidadoras de familia que tienen a su cargo a familiares con algún tipo de discapacidad que apoyaron durante trece sesiones del curso taller “Atiende tu mente” con su participación puntual y entusiasta. Son mujeres a las cuales admiraré y agradeceré toda mi vida por inspirar este trabajo de tesis.

A las muchas personas con las que he coincidido en estos últimos años en los espacios en los que he laborado, vivido y transitado pues me enseñan la importancia del valor de la vida y el reto por buscar espacios seguros para las nuevas generaciones.

A mis alumnas y alumnos que cuestionan las prácticas de violencias hacía las personas con discapacidad y otros tipos de violencia. Se que en un futuro serán agentes de cambio en su comunidad y buscarán espacios deseados desde otras narrativas.

-Roberto Fernández Vidal

AGRADECIMIENTOS

Tus constantes esfuerzos, las constantes enseñanzas, y todo tu amor son cosas invaluableles en mi vida, sin tu apoyo mamá y sin la educación que junto a papá me dieron, nada de lo que he logrado sería posible. Mi familia, siempre el pilar de mi vida en cada uno de mis pasos, cada palabra, cada acción, toda la confianza que ponen en mi hacen posible cada logro. A mis hermanas mi red de apoyo más grande, quienes sin importar a donde voy o de dónde vengo siempre están ahí para mí.

En cada etapa de mi vida se presentaron personas que ayudaron a construir mi persona que me acercaron a mis objetivos, debo agradecer a mis grandes amigas que siempre me dieron lecciones de vida incluso sin saberlo, por cada motivación y ayuda. A mi amigo Roberto que desde el primer momento en que nos conocimos nos volvimos grandes cómplices, la mejor escucha, las mejores palabras sin filtros con quien mi humor no tiene por que limitarse, gracias por que este momento de mi vida no hubiese sido posible, por que siempre me motivaste a continuar.

A mi pareja que llevo a sorprenderme y a sacudirme la vida con grandes aprendizajes, por estar siempre dispuesto a aprender junto conmigo, y sobre todo por ser coautor de la gran obra de mi vida nuestro hijo, a quien también tengo que reconocer mi agradecimiento por llenarme la vida y hacérmela mil veces mejor, por que sus sonrisas son la mejor inspiración, y por ser mi más grande refugio, porque todo lo que soy y todo lo que seré tiene un nombre, gracias hijo por llegar a mi vida y ser tan perfecto, te amo Lucas.

Gracias familia.

-Luz A. Delgado

ÍNDICE

Resumen.....	7
Introducción.....	8
Capítulo I. Sintomatología depresiva	
1.1 Sintomatología depresiva: Depresión.....	11
1.2 Sintomatología y padres de personas con NEE.....	35
1.3 La importancia de la autoestima.....	39
Capítulo II. Necesidades educativas especiales	
2.1 Necesidades educativas especiales.....	45
2.2. Familia de personas con NEE.....	61
2.3 Procedimientos y servicios para la atención de las NEE.....	72
Capítulo III. Enfoque cognitivo conductual	
3.1 Fundamentos teóricos del modelo cognitivo conductual.....	83
3.2 Antecedentes históricos.....	85
3.3 Principales exponentes del modelo cognitivo-conductual.....	87
3.4 Técnicas del enfoque.....	90
3.5 Área de la psicología. Clínica.....	95
Capítulo IV. Metodología	
4.1Planteamiento del problema.....	97
4.1.1Pregunta de investigación.....	100
4.1.2 Justificación.....	101

4.1.3	Formulación de la hipótesis.....	103
4.1.4	Determinación de las variables y operacionalización.....	104
4.1.5	Objetivos de la investigación.....	106
4.2	Enfoques de la investigación: Mixto.....	106
4.3	Alcance de la investigación. Descriptivo.....	107
4.4	Diseño de la investigación. No experimental.....	108
4.5	Población y muestra.....	109
4.6	Contextos y escenarios.....	109
4.7	Procedimientos.....	110
4.8	Instrumentos.....	110
4.9	Tablas.....	112
Capítulo V. Análisis de resultados		
5.1	Resultados cuantitativos.....	130
5.1.1	Comprobación de hipótesis.....	136
5.2	Resultados cualitativos.....	139
Conclusiones.....		163
Referencias.....		167
Anexos.....		176

Resumen

Con el objetivo de apoyar a disminuir la Sintomatología Depresiva en familiares que tienen a cargo a integrantes identificados con una Necesidad Educativa Especial relacionada o no a alguna Discapacidad, es que se presenta la propuesta de un curso taller llamado “Atiende tu mente” en este trabajo de investigación. Los fundamentos teóricos de este documento se basan en las variables: Depresión y Necesidades Educativas Especiales junto a los contenidos oportunos del Enfoque Cognitivo Conductual en donde se expondrán algunas de sus características para comprender la hipótesis planteada y lo relacionado a la metodología desarrollada desde un enfoque de investigación mixto obteniendo resultados cuantitativos y cualitativos. Cabe resaltar que en cuanto a la parte del trabajo operacional del curso taller se llevaron a cabo 13 sesiones en donde se abordaron temas relacionados con la depresión y se emplearon las técnicas oportunas para lograr su objetivo, antes y después del taller se aplicó el test y re-test, respectivamente, de los instrumentos de medición Escala de Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos (CES-D-R) y el Cuestionario General de Autoestima CAG de Alfonso Barreta.

Introducción

Son muchos los contenidos relacionados a la Salud Mental que transversalizan múltiples esferas de la sociedad, espacios y vidas de las personas para concientizar y atender situaciones problemáticas en donde se perciben altos niveles de malestar emocional observado en una serie de síntomas cognitivos, afectivos, somáticos, interpersonales y conductuales en los individuos. Por lo anterior es que en este trabajo de investigación se busca presentar el tema relacionado a la sintomatología depresiva que pueden presentar los familiares de personas identificadas con Necesidades Educativas Especiales, relacionadas o no al tema de la Discapacidad, con el interés de confirmar si la propuesta de un curso taller favorece a la disminución de sintomatología depresiva por medio de técnicas del Modelo Terapéutico Cognitivo Conductual.

Cabe hacer mención que en el curso taller llamado “Atiende tu mente” se aplicaron técnicas del enfoque cognitivo conductual y se vieron temas como la autoestima y el autoconocimiento; la identificación de pensamientos distorsionados para hacer reestructuración cognitiva, el conocimiento emocional y su regulación, el estrés y cómo afrontarlo, hábitos saludables, resolución de problemas, elaboración de planes de actividades placenteras, la motivación, elaboración y reajuste del proyecto de vida, duelo y finalmente el tema relacionado al elaborar un plan de recaídas.

La estructura del presente trabajo de investigación se organiza de la siguiente forma:

En el Capítulo I se hace mención de la variable dependiente sintomatología depresiva en la cual se ven aspectos teóricos relacionados a este trastorno del estado de ánimo en relación al episodio depresivo mayor, trastorno depresivo mayor y al trastorno depresivo persistente con su respectiva sintomatología, mencionando los tipos y factores que desencadenan síntomas depresivos, así como también se mencionará algunos datos y características de padres de familia y familiares de personas con NEE relacionadas o no a una discapacidad, que presentan síntomas depresivos y los tratamientos que existen. Para aterrizar al final de este capítulo con la importancia de tener y aprender a desarrollar una sana y adecuada autoestima que permita desarrollar herramientas psicológicas que ayuden a disminuir esta sintomatología.

En el Capítulo II se hablará de las Necesidades Educativas Especiales relacionadas o no a la discapacidad, sus definiciones, tipos y clasificaciones. De igual manera se expondrán los tipos de familia en las que puede haber padres de familia o familiares a cargo de personas con discapacidad. Al final de este capítulo se abordará el tema de los procesos de intervención y se mencionarán los servicios de atención para las NEE.

Por su parte en el Capítulo III se detalla el Enfoque Cognitivo Conductual en el cual se va a apoyar esta investigación, por lo que se expondrán sus fundamentos teóricos, antecedentes históricos, los principales exponentes del modelo y las técnicas que maneja y que pueden ser: cognitivas, emocionales y conductuales teniendo presente que el área de investigación es la psicología clínica.

En lo que respecta al Capítulo IV se explica la metodología de investigación en cuanto al planteamiento del problema, pregunta de investigación, justificación, formulación de hipótesis, determinación de variables y operacionalización, objetivos

de la investigación, el enfoque de la investigación que es mixto, alcance de investigación descriptivo, diseño de la investigación no experimental, población y muestra, contexto y escenarios, procedimientos, instrumentos y el plan del curso taller “Atiende tu mente.”

En el Capítulo V se encuentran los respectivos análisis de los resultados obtenidos a partir del enfoque de investigación mixta por la propuesta aplicada del curso taller “Atiende tu mente.” Estos son: resultados generales, resultados cuantitativos en donde se muestran algunos datos de los participantes y se comprueba la hipótesis de investigación por medio del análisis estadístico de Wilconxon que da como resultado la disminución de síntomas depresivos en padres o cuidadores de familia a cargo de un integrante identificado con una NEE relacionada o no a la discapacidad, bajo este mismo análisis se verá la comprobación del mejoramiento del autoestima cuando esta se trabaja, así también, se podrán observar dos análisis de Spearman para ver la correlación entre edad con depresión y edad con autoestima; hasta el final se muestran los resultados cualitativos.

Así mismo, en el apartado final del presente trabajo de investigación se ostentan en primer lugar las conclusiones a las que se ha llegado, aunado a esto, se proporcionan las referencias bibliográficas que respaldan el trabajo de investigación junto con el apartado de anexos donde se muestran las evidencias que sustentan la aplicación del curso taller “Atiende tu mente” entre las que destacan los instrumentos de investigación y las participaciones de los asistentes.

CAPÍTULO I

SINTOMATOLOGÍA DEPRESIVA

1.1 Alteraciones del Estado del Ánimo: Depresión

Las alteraciones que se dan a nivel del estado del ánimo son también conocidas como Trastornos del Estado del Ánimo que se caracterizan por presentar una serie de cambios variados, alterados e intensos en un incuestionable periodo de tiempo donde se presentan síntomas cognitivos, afectivos, somáticos, interpersonales y conductuales que afectan a nivel personal y social. Las alteraciones del estado de ánimo, mejor conocido son los trastornos depresivos y los bipolares.

Baena, Sandoval, Urbina, Juárez & Villaseñor (2005), mencionan lo siguiente en relación con los trastornos del estado de ánimo:

El rasgo esencial de los trastornos de esta categoría es que todos ellos reflejan un desequilibrio en la reacción emocional o del estado de ánimo que no se debe a ningún otro trastorno físico o mental. Estos se dividen en dos grupos, trastornos bipolares y trastornos depresivos (p. 3).

En base a lo propuesto en la versión del manual DSM-5 (2014) los trastornos del estado de ánimo establecidos son los siguientes:

Los criterios del trastorno bipolar I representan la conceptualización moderna del clásico trastorno maníaco-depresivo o psicosis afectiva que se

describió en el siglo XIX, diferenciándose de la descripción clásica sólo en que ni la psicosis, ni la experiencia de un episodio depresivo mayor a lo largo de la vida son requisitos (p.123).

Sin embargo, la mayor parte de los individuos cuyos síntomas reúnen los criterios del episodio maníaco sindrómico completo también experimenta episodios depresivos mayores durante el curso de sus vidas (p.123).

El trastorno bipolar II, que requiere la presencia a lo largo de la vida de, al menos, un episodio de depresión mayor y, al menos, un episodio hipomaníaco, se ha dejado de considerar una afección "más leve" que el trastorno bipolar I, en gran parte por la cantidad de tiempo que los individuos con esta afección pasan con depresión y porque la inestabilidad del humor que experimentan se acompaña normalmente de un importante deterioro del funcionamiento laboral y social (p.123).

El diagnóstico de trastorno ciclotímico se realiza en los adultos que experimentan al menos 2 años (en niños, un año entero) de períodos tanto hipomaníacos como depresivos sin llegar a cumplir nunca los criterios del episodio de manía, hipomanía o depresión mayor (p.123)

Muchas sustancias de abuso, algunas medicaciones y varias afecciones médicas se pueden asociar a fenómenos similares a la manía. Este hecho se reconoce en los diagnósticos de trastorno bipolar y trastorno relacionado inducido por sustancias/medicamentos, y trastorno bipolar y trastorno relacionado debido a otra afección médica (p.123)

El reconocimiento de que muchos individuos, en particular niños, y en menor medida adolescentes experimentan fenómenos similares a cuadros bipolares que no cumplen los criterios del trastorno bipolar I, bipolar II o ciclotímico se refleja en la disponibilidad de la categoría de otro trastorno bipolar y trastorno relacionado especificado (p.123).

Los trastornos depresivos son el trastorno de desregulación disruptiva del estado de ánimo, el trastorno de depresión mayor (incluye el episodio depresivo mayor), el trastorno depresivo persistente (distimia), el trastorno disfórico premenstrual, el trastorno depresivo inducido por una sustancia/medicamento, el trastorno depresivo debido a otra afección médica, otro trastorno depresivo especificado y otro trastorno depresivo no especificado (p.155).

Es importante puntualizar que otro de los trastornos relacionados con el estado del ánimo pero que no entran en esta categoría son los Trastornos de Ansiedad que se caracterizan por la presencia de un miedo desmedido que paraliza e incapacita a las personas para el cumplimiento de sus actividades diarias. Sabiendo que puede estar relacionada la ansiedad con la depresión, precisamente en esta investigación solo se centralizará en la sintomatología de los episodios y trastornos depresivos como en el episodio depresivo mayor, del trastorno depresivo mayor y del trastorno depresivo persistente (distimia).

Por su parte las alteraciones del Trastorno del Estado del Ánimo comienzan a manifestarse cuando las personas tienen dificultades en llevar a cabo sus funciones de la vida diaria. El impacto se puede constatar cuando se comienzan a hacer evidentes ciertos problemas alimenticios, vicios del ciclo del sueño, consumo de sustancias dañinas para la salud, concurrir a conductas de riesgo como autolesiones, ideación o intento suicida, cambios notorios de tristeza prolongada que llevan a una inactividad y pérdida de interés por las cosas que se hacen con constancia en el día a día, etc., así mismo, es de suma importancia conocer que los factores que inciden en la alteración del estado del ánimo de la depresión son muchos, entre los que se destacan: genéticos, hormonales, personales y sociales. Mismos factores que serán analizados posteriormente.

Ante los padecimientos de las afecciones del estado del ánimo se sugiere acudir a buscar el apoyo profesional en el tema de la salud mental para confirmar diagnósticos, recibir la oportuna atención y comenzar un tratamiento ya sea farmacológico, psicoterapéutico o a su vez de ambos para disminuir y erradicar síntomas cognitivos, afectivos, somáticos, interpersonales y conductuales que se lleguen a presentar. Más adelante en este capítulo se mencionarán las características de estos tratamientos para atender lo referente a la depresión y su sintomatología como parte de los trastornos del estado del ánimo.

A continuación, se aborda el tema de la depresión y su sintomatología como uno de los Trastornos del Estado de Ánimo que afecta a hombres y mujeres en todo el mundo y que puede presentarse en cualquier etapa del ciclo de vida de las personas. Ahora bien, si por un lado se pueden identificar algunas cosas sobre la depresión es importante destacar que esta puede desarrollarse debido a situaciones endógenas de carácter biológico-neuroendocrinas que afectan el estado de ánimo, también a factores exógenos que llegan a perturbar la psique de los individuos como en situaciones relacionadas con la violencia, el estrés, la pérdida de un familiar o de un ser querido, problemas económicos, etc.

En este orden de ideas es importante puntualizar que la Depresión se caracteriza por presentar una serie de síntomas la mayor parte del día durante dos semanas o más y estos van desde tener pensamientos irracionales, sentimientos de tristeza, sensación de desesperanza, presentar displacer hacia actividades que una persona venía realizando; presentar conductas anormales en la ingesta de alimentos disminuyéndola, aumentándola o suprimiéndola; de igual manera, se verá afectada la higiene del sueño donde se puede abusar de este o prescindir de él. En otras palabras, la serie de sintomatologías presentadas durante un trastorno depresivo se verá reflejada en la disminución de la actividad física y mental de las personas llegando a un desgaste emocional.

Actualmente la Depresión es un tema de salud pública en cuanto se concibe como una enfermedad que aqueja a una porción relevante de la población mundial. Es importante diferenciar a la Depresión en comparación con las variaciones habituales del estado de ánimo y de las respuestas emocionales breves a los problemas de la vida cotidiana. La depresión puede convertirse en un problema de salud serio especialmente cuando es de larga duración y de alta intensidad que va de moderada a grave, y que a su vez puede causar sufrimiento, alterar las actividades laborales, escolares y familiares; mismas que en el peor de los casos pueden llevar al suicidio.

“La Depresión suele experimentarse como un abatimiento del Estado de Ánimo normal; los pacientes pueden describir que se sienten “infelices”, “desvalorizados”, “melancólicos”, o muchos otros términos que expresan tristeza” (DSM-5, 2015, p. 113).

“La Depresión es un Trastorno del Estado de Ánimo, caracterizado por tristeza o irritabilidad, abatimiento e infelicidad, y que puede ser transitorio o permanente” (Beck, 2006, En: Moral, 2013, p. 43). Asociado a estas características Berenzon, Lara, Robles, y Medina (2013) mencionan lo siguiente: “la depresión tiene una alta coocurrencia con otros trastornos como la ansiedad, el consumo de sustancias, la diabetes y las enfermedades cardíacas” (p. 74). Por lo que se entiende que se puede padecer otro trastorno o enfermedad impactando más al estado del ánimo.

El término Depresión cubre una variedad de cambios en los Estados de Ánimo negativos y en la conducta. El cambio de Estado de Ánimo puede ser temporal o duradero. Puede abarcar desde un sentimiento de melancolía relativamente menor hasta una visión profundamente negativa del mundo y una incapacidad para funcionar en forma eficaz (Sarason y Sarason, 2006, p. 333).

Papalia, Duskin y Martorell (2012) mencionan que la Depresión se puede caracterizar de diferentes maneras:

El Estado de Ánimo Depresivo es un periodo prolongado de tristeza. El Síndrome Depresivo es un periodo prolongado de tristeza agregado a una variedad de síntomas como llanto y sentimientos de minusvalía o desesperanza. En contraste un Trastorno Depresivo mayor es un diagnóstico clínico con un conjunto específico de síntomas, es considerado más grave y suele requerir atención clínica (p. 430).

Dando continuidad al tema los siguientes autores esclarecen algunos de los factores que causan los trastornos depresivos:

Berenzon, Lara, Robles, y Medina (2013) señalan que “hoy en día existe acuerdo al señalar que la Depresión, como la mayoría de las enfermedades, es el resultado de la interacción entre factores biológicos, heredados, del desarrollo y del contexto, que interactúan con las características individuales.” (p. 74). Lo anterior ejemplifica que no hay un solo factor determinante para padecer rasgos depresivos ya que el tema de la depresión es complejo y diferente para cada persona.

La Depresión puede ser producida por cambios vitales como: pérdida o enfermedad de personas queridas, enfermedad propia, problemas maritales o familiares, problemas o pérdida del trabajo, problemas económicos y cualquier otro acontecimiento que implique que la persona se vea privada de algo que considera importante (Zárate, 2017, p. 16).

Por las citas anteriores podemos identificar los factores biológicos que tienen que ver con la desregularización de neurotransmisores en el sistema nervioso central,

luego están los factores genéticos en los cuales la historia familiar se pueden identificar integrantes que han padecido un trastorno depresivo y finalmente podemos identificar el factor psicosocial que está relacionado a las cosas que pueden acontecer en el entorno o contexto en donde se encuentra una persona y van desde la enfermedad o pérdida de un ser querido, la ruptura de una relación de pareja, la pérdida de un empleo, etc. Estos pueden desencadenar un episodio, un síndrome o un trastorno depresivo e incluso estos pueden confluir entre ellos agravando el trastorno.

Sarason y Sarason (2006) hacen mención de que existen ciertos factores que vulneran a una persona a la depresión. “Los factores de riesgo que afectan la depresión incluyen la herencia, la edad, el género, los eventos de vida negativos y la falta de apoyo social” (p. 334).

Por la parte de la herencia se relaciona con la cercanía directa de algún familiar que haya padecido depresión. El factor de la edad en el rango de edad es de 25 a 29 años para desarrollar un primer episodio depresivo en mujeres y en los hombres de 45 a 49, aquí también es importante identificar los cortes generacionales de las personas. El factor de género hace saber que las mujeres tienden más a desarrollar un trastorno depresivo por las condiciones culturales y socioeconómicas en las que se relacionan. Por otro lado, los eventos desagradables o contradictorios a los que se enfrentan unas personas son característicos por los altos índices de estrés que se pueden experimentar en un corto tiempo debido a las condiciones ambientales. Finalmente, la falta de relaciones de apoyo o simplemente el no recibir apoyo dificultará a una persona que padece depresión a afrontar sus problemáticas llevándole a deprimirse aún más (Sarason y Sarason, 2006, p. 334-336).

A continuación, se hará mención sobre algunos factores sociales propuestos por (Escurdia y Muñoz, 2001 En: Gómez y Heredia, 2014) que influye en el desajuste de la salud mental y en la depresión en México. Son los siguientes:

- El factor pobreza afecta de diferente manera al bienestar de las personas. De acuerdo con la Secretaría de Salud la pobreza origina problemas de mala nutrición, carencia de servicios básicos, marginalidad, acceso limitado a los servicios educativos y de salud; los cuales repercuten de manera directa en las condiciones de vida de la familia y de la sociedad. Encuestas recientes han demostrado que las familias pobres tienen una mayor prevalencia de depresión y trastornos de ansiedad.
- Trabajo. El desempleo puede ser una de las causas por la cual las personas presenten síntomas depresivos.
- Educación. Se ha encontrado una asociación significativa entre la prevalencia de “trastornos mentales comunes”.
- Violencia y Trauma. En comunidades afectadas por la pobreza se detecta que el abuso y la violencia son frecuentes. La violencia intrafamiliar puede dejar lesiones no sólo físicas sino también psicológicas.
- Mujeres trabajadoras. En la actualidad un gran número de mujeres mexicanas trabajan fuera del hogar. En muchas ocasiones las mujeres se ven sometidas a dobles cargas de trabajo que les provoca mayor tensión y por consiguiente se pueden presentar mayores problemáticas mentales como la depresión.
- Población rural. Las características de la vida rural en México, como la falta de oportunidades de trabajo, de infraestructura básica, de servicios de salud y de satisfactores, alimentación deficiente y mal balanceada, oportunidades limitadas para contraer matrimonio fuera del círculo familiar, que incrementan los factores

genéticos de riesgo, aunados al abuso en el consumo del alcohol, embarazos de adolescentes, depresión y limitaciones en el desarrollo de las funciones cerebrales superiores, son factores que favorecen la prevalencia de pacientes con problemas mentales. (Secretaría de Salud. Programa de Acción: Salud Mental.).

- Personas con discapacidad. En México la discapacidad se asocia con otro factor de vulnerabilidad que es la pobreza. Si la población discapacitada no es atendida de manera adecuada, padece desajustes psicosociales, problemas de desintegración familiar, analfabetismo, desempleo, mendicidad y problemas económicos graves; todos ellos, estresores emocionales importantes. (Secretaría de Salud. Programa de Acción: Salud Mental).
- Adultos en plenitud. Las pérdidas paulatinas que tiene el adulto mayor, ya sea de su empleo, de sus seres queridos, del grupo de amigos, de la pareja, de sus bienes, de sus capacidades o de su salud, genera en ellos un Estado de Ánimo Depresivo y de aislamiento (p. 28-30).

Hasta este punto se ha hecho mención sobre algunas definiciones propuestas por autores que estudian el tema de la depresión, así como también algunos factores que repercuten en el origen de esta patología. Ahora bien, aunque algunas de las definiciones tratan de explicar la sintomatología propia de la depresión mencionando algunos de sus puntos más relevantes, es importante precizarla con mayor claridad, por lo que a continuación se reforzarán estos aspectos sintomatológicos a partir del aporte de Sue, Wing y Sue (2010) en donde menciona lo siguiente:

Los síntomas de la depresión pueden ser vistos en cuatro dominios: afectivo, cognitivo, conductual y fisiológico.

Síntomas Afectivos.

“El síntoma afectivo más llamativo de la Depresión es el Estado de Ánimo Deprimido, con sentimientos de tristeza, y un duelo excesivo y prolongado. Los sentimientos de minusvalía y de haber perdido el gozo de vivir son comunes” (p. 304).

Síntomas Cognitivos.

Además de los sentimientos generales de inutilidad, vacío y desesperanza, ciertos pensamientos e ideas, o síntomas cognitivos, están claramente relacionados con las reacciones depresivas. Por ejemplo, la persona deprimida tiene creencias profundamente pesimistas acerca de lo que puede hacer, acerca de lo que los demás pueden hacer para ayudar y acerca de sus prospectos a futuro. Las acusaciones que se hacen a sí mismos de ser incompetentes y su auto denigración general son comunes, así como los pensamientos sobre el suicidio. Otros síntomas incluyen la dificultad para concentrarse y tomar decisiones. La Depresión a menudo se refleja en el pensamiento defectuoso, es decir, mantener creencias irracionales e injustificadas. (p. 305).

Síntomas Conductuales.

Una persona con Depresión a menudo tiene síntomas conductuales como retraimiento social y productividad laboral deficiente. Bajo nivel de energía es uno de los síntomas conductuales dominantes de la depresión. Las personas deprimidas con frecuencia muestran poca motivación y exhiben anhedonia, una

pérdida en la capacidad de obtener placer de las experiencias normalmente placenteras. Otros síntomas incluyen la vestimenta sucia o descuidada, el cabello desarreglado y la falta de preocupación por la limpieza personal. Su discurso es reducido y lento, y sus respuestas se limitan a frases breves. Este letargo en todos los movimientos corporales, los gestos expresivos y las respuestas espontáneas se conoce como retardo psicomotor (movimientos psicomotores lentos). Aunque el retardo psicomotor es típico, algunas personas que sufren depresión manifiestan un estado de nerviosismo y síntomas de agitación (p. 305-306).

Síntomas Fisiológicos.

Los siguientes síntomas fisiológicos o somáticos acompañan con frecuencia a la depresión:

1. Cambios en el apetito y el peso. Durante la depresión, algunas personas pueden experimentar aumento o disminución de la ingesta de alimentos o cambios en el peso. Quienes comen constantemente lo hacen aún sin tener hambre. Para otros, la pérdida del apetito en general proviene de la falta de interés por comer; la comida les parece insípida. En la Depresión severa, la pérdida de peso puede amenazar la vida.

2. Estreñimiento. La persona no tiene movimiento intestinal durante muchos días.

3. Perturbaciones del sueño. Dificultad para conciliar el sueño, levantarse muy temprano, caminar erráticamente durante la noche, insomnio y pesadillas que dejan a la persona exhausta y cansada durante el día. Muchos sienten temor por la llegada de la noche pues representa una gran batalla para conciliar

el sueño que genera fatiga. Algunas personas deprimidas, sin embargo, muestran hipersomnia o sueño excesivo. A menudo se sienten continuamente cansados a pesar de dormir mucho.

4. Interrupción del ciclo menstrual normal de la mujer. Esta interrupción en general es una prolongación del ciclo, y la mujer puede saltarse uno o varios periodos. El volumen del flujo menstrual disminuye.

5. Aversión hacia la actividad sexual. Muchas personas dicen que su excitación sexual declina de manera drástica (p. 306).

Después de exponer los síntomas que caracterizan a la depresión se hará mención de los tipos de Trastornos Depresivos por su nombre a partir de lo establecido en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-5 y son los siguientes: Trastorno de Desregulación Disruptiva del Estado de Ánimo, el Trastorno Depresivo Mayor (incluye el episodio depresivo mayor), el Trastorno Depresivo Persistente (distimia), el Trastorno Disfórico Premenstrual, el Trastorno Depresivo inducido por una Sustancia/Medicamento, el Trastorno Depresivo debido a otra Afección Médica, otro Trastorno Depresivo Especificado y otro Trastorno Depresivo no Especificado.

Como ya se había adelantado en la primera parte de este capítulo, solo se delimitará al análisis del episodio depresivo mayor, trastorno depresivo mayor y en el trastorno depresivo persistente (distimia) debido que esta tipología de diagnóstico es de principal interés para este trabajo de investigación.

En lo que refiere al episodio depresivo mayor el DSM-5 (2015) señala: “El episodio depresivo mayor es una de las bases de los trastornos del estado de ánimo, pero no es un diagnóstico codificable es uno de los problemas más frecuentes por lo

que los individuos solicitan ayuda” (p.112). Un episodio se considerará por su duración y el número de síntomas para poder ser considerado.

En un episodio depresivo mayor se debe cubrir los siguientes criterios:

Debe presentar:

1. Una calidad depresiva del estado de ánimo depresivo (o pérdida de interés o placer)
2. Durante un periodo mínimo
3. Acompañada de cierto número de síntomas
4. Que genere malestar o discapacidad
5. No transgreda ninguno de los criterios de exclusión que se mencionan (DSM-5, 2015, p. 113).

En el Estado de ánimo depresivo se deberá tener presente que no todas las personas presentaran pérdida de interés, melancolía, pérdida de placer, etc; ya que pueden existir circunstancias que interceptan la detención de este, como pudiera ser que las personas no logran reconocer como se sienten, pueden interferir el contexto cultural al momento de abordar una situación de depresión, la sintomatología emocional y conductual es diferente en cada organismo, se da una disminución en los intereses personales sin experimentar tristeza, y como menciona el manual DSM-5 (2015), un individuo puede no notar en qué momento el episodio impacto en su desempeño valiéndose de otras personas para tener conocimiento.

En cuanto a la duración de un Episodio Depresivo Mayor se conoce que:

El paciente debe haberse sentido mal la mayor parte del día, casi todo el día, por lo menos dos semanas. [Que es parecido al tiempo propuesto a la edición anterior del DSM] Este requisito se incluye para asegurar que los episodios depresivos mayores se diferencian de los cuadros transitorios de “abatimiento” que casi todos desarrollamos en ocasiones (DSM-5, 2015, p. 113).

Para hablar de los síntomas del episodio depresivo mayor se debe tener en cuenta la duración de tiempo que ha sido mencionada, así también deberá presentar cinco de los síntomas que el manual DSM-5 resalta en letras negritas. Es considerable resaltar antes de mencionar que estos tendrán que ver con el estado de ánimo y con la disminución del desempeño anterior. Los síntomas son: pérdida de apetito y de peso, problemas para dormir, fatiga, enlentecimiento psicomotor, agitación o disminución del volumen al momento de hablar, autoestima baja o culpa, dificultad para concentrarse. “Los síntomas depresivos más graves de todos son las ideas de muerte y las ideas suicidas, puesto que existe un riesgo real de que la persona actúe con éxito” (DSM-5, 2015, p. 114). Cabe aclarar que el síntoma grave de ideación suicida debe ser recurrente al igual que los planes e intentos suicidas.

Otros síntomas que puede experimentar una persona deprimida son las crisis de llanto, fobias, obsesiones y compulsiones, asimismo llegan a tener sentimientos de desesperanza, de indefensión y desvalorización. Es de suma importancia resaltar que pueden coexistir ataques de pánico mismos que entran dentro de los trastornos de ansiedad

El DSM-5 (2015) Menciona que no se tomara como síntoma cuando exista una afección medica que este interfiriendo con el rendimiento y la fatiga, cuando se presenten alucinaciones o ideas delirantes de forma incongruente por no haber descansado por la noche y a los sentimientos de culpa persistentes cuando se está muy deprimido.

Respectivamente cuando se da una incapacidad de las funciones de un individuo para llevar su ritmo de vida habitual se deberá presentar una tensión física, o el impacto a la esfera laboral, escolar, social, etc. No se hará diagnóstico del episodio depresivo mayor si se sabe que una persona consume medicamentos o sustancias médicas o algún padecimiento médico que desencadene la sintomatología de este.

Al terminar de abordar el episodio depresivo mayor cabe resaltar que no hay un código específico pues un episodio no se califica para diagnóstico, pero si se puede hacer mención.

A continuación, es importante tener en cuenta lo que establece el DSM-5 (2014) acerca del trastorno depresivo mayor:

Se caracteriza por episodios determinados de al menos dos semanas de duración (aunque la mayoría de los episodios duran bastante más) que implican cambios claros en el afecto, la cognición y funciones neurovegetativas, y remisiones interepisódicas. Se puede realizar un diagnóstico basado en un solo episodio, aunque en la mayoría de los casos el trastorno suele ser recurrente. Se debe considerar especialmente la diferencia entre la tristeza normal y la tristeza del episodio depresivo mayor (p. 155).

Criterios Diagnósticos

- A. Cinco (o más) de los síntomas siguientes han estado presentes durante el mismo periodo de dos semanas y representan un cambio del funcionamiento previo; al menos uno de los síntomas es (1) estado de ánimo deprimido o (2) pérdida del interés o placer.
1. Estado de Ánimo Deprimido la mayor parte del día, casi todos los días, según se desprende de la información subjetiva (p. ej. se siente triste, vacío, sin esperanza) o de la observación por parte de otras personas (p. ej. se le ve lloroso).
 2. Disminución importante del interés o placer por todas o casi todas las actividades la mayor parte del día, casi todos los días (como se desprende de la información subjetiva o de la observación).
 3. Pérdida importante de peso sin hacer dieta o aumento de peso (p. ej., modificación de más de un 5% del peso corporal en un mes) o disminución o aumento del apetito casi todos los días.
 4. Insomnio o hipersomnias casi todos los días.
 5. Agitación o retraso psicomotor casi todos los días (observable por parte de otros, no simplemente la sensación subjetiva de inquietud o de enlentecimiento).
 6. Fatiga o pérdida de energía casi todos los días.
 7. Sentimientos de inutilidad o culpabilidad excesiva o inapropiada (que puede ser delirante) casi todos los días no simplemente el autorreproche o culpa por estar enfermo).
 8. Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o para tomar decisiones, casi todos los días (a partir de la información subjetiva o de la observación por parte de otras personas).
 9. Pensamientos de muerte recurrentes (no solo miedo a morir), ideas suicidas recurrentes sin un plan determinado, intento de suicidio o un plan específico para llevarlo a cabo.

- B. Los síntomas causan malestar clínicamente significativo o deterioro de lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.
- C. El episodio no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia o de otra afección médica.
- D. El episodio de depresión mayor no se explica mejor por un Trastorno Esquizoafectivo, Esquizofrenia, un Trastorno Esquizofreniforme, un Trastorno Delirante, u otro trastorno especificado o no especificado del espectro de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos.
- E. Nunca ha habido un Episodio Maníaco o Hipomaníaco. (p.160-161).

Ahora se hará mención del Trastorno Depresivo Persistente (distimia) 300.4 (F34.1) según el DSM-5 (2014) el cual señala:

“El rasgo principal del Trastorno Depresivo Persistente (distimia) es un ánimo deprimido que aparece la mayor parte del día, durante la mayor parte de los días, durante al menos dos años o al menos durante un año en los niños o en los jóvenes” (p. 169).

Cabe resaltar que el DSM-5 dice que cuando una persona presenta los síntomas de un trastorno depresivo mayor durante el tiempo de dos años estos tendrán el diagnóstico de trastorno depresivo persistente además del trastorno depresivo mayor. Lo anterior por el tiempo cumplido por los síntomas.

Para identificar un Trastorno Depresivo Persistente el DSM- 5 (2014) dice que “tiene a menudo un inicio temprano e insidioso (p. ej. en la infancia, la adolescencia o juventud) y, por definición, tiene un curso crónico” (p. 170).

Cabe resaltar que en el trastorno depresivo persistente (distimia) agrupa al trastorno depresivo crónico y al trastorno distímico propuestos en el DSM-4:

Criterios Diagnósticos

- A. Estado de Ánimo Deprimido durante la mayor parte del día, presente más días que los que está ausente, según se desprende de la información subjetiva o de la observación por parte de otras personas, durante mínimo dos años.
- B. Presencia, durante la depresión, de dos (o más) de los siguientes:
 - 1. Poco apetito o sobrealimentación.
 - 2. Insomnio o hipersomnia.
 - 3. Poca energía o fatiga.
 - 4. Baja Autoestima.
 - 5. Falta de concentración o dificultad para tomar decisiones.
 - 6. Sentimientos de desesperanza.
- C. Durante el período de dos años (un año en niños y adolescentes) de la alteración, el individuo nunca ha estado sin los síntomas de los Criterios A y B durante más de dos meses seguidos.
- D. Los criterios para un trastorno de depresión mayor pueden estar continuamente presentes durante dos años.
- E. Nunca ha habido un episodio maníaco o un Episodio Hipomaníaco, y nunca se han cumplido los criterios para el trastorno ciclotímico.
- F. La alteración no se explica mejor por un trastorno esquizoafectivo persistente, Esquizofrenia, un Trastorno Delirante, u otro trastorno especificado o no especificado del Espectro de la Esquizofrenia y otro Trastorno Psicótico.

- G. Los síntomas no se pueden atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia (p. ej. una droga, un medicamento) o a otra afección médica (p. ej. hipotiroidismo).
- H. Los síntomas causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.

De esta primera parte es importante resaltar que el rasgo que distingue a los trastornos depresivos es el estado de ánimo triste, acompañado de síntomas cognitivos, conductuales y fisiológicos que impactan al individuo que padece un trastorno de este tipo incapacitándole para realizar sus tareas diarias.

La duración de los estados, síndromes o trastornos depresivos en los individuos dependerá de un continuo ciclo disfuncional que nada favorece al bienestar mental y emocional, por lo que empezar un plan terapéutico brinda herramientas psicológicas que generan una activación conductual, cambios de pensamiento y de las emociones. Una vez identificando la sintomatología con sus respectivos periodos de duración logran identificarse episodios depresivos transitorios o concurrentes que pueden agravarse a un trastorno depresivo mayor en una intensidad leve, moderada o grave hasta un trastorno depresivo persistente (distimia). Según sea el caso será su tratamiento.

Para el tratamiento de la depresión existen estrategias de intervención psicofarmacológica y psicoterapéutica existiendo la posibilidad de que ambas estrategias converjan en casos específicos. Según la sintomatología serán determinados los tratamientos de atención hacia personas diagnosticadas con depresión.

En cuanto a la creación de la Estrategia Terapéutica se debe basar de acuerdo con el diagnóstico y su severidad: leve, moderado o severo, para posteriormente poder continuar con las pautas que determinaran el tratamiento Heinze & Camacho, 2010 mencionan que “para elaborar el plan general de tratamiento se debe tener como principales elementos la locación, así como la determinación del tratamiento ya sea farmacológico o psicológico” (p.25).

El éxito del tratamiento implica por mucho las elecciones que se le permiten al paciente tener en su plan terapéutico como la formación de redes de apoyo y la conformidad de la locación cuando en caso lo permita.

En cuanto al Tratamiento Farmacológico su función sugiere regular los niveles de Serotonina (5-HT), Dopamina (DA), Noradrenalina (NA) a reserva de la severidad de los episodios que en su mayoría son aplicables para trastornos moderados a graves y en su caso a los leves si lo requieren.

De acuerdo a los estudios y validaciones medicas distintos autores han creado sus propias categorías de fármacos que son de uso común en el tratamiento de la depresión, por mencionar a algunos, para Fava y Rosenbaum (1995, citado por: Pérez y García 2001) se vale de cinco categorías de fármacos: “antidepresivos tricíclicos, antidepresivos tetracíclicos, inhibidores de la monoaminooxidasa (IMAO), inhibidores selectivos de la receptación de serotonina (ISRS) y antidepresivos atípicos” (p. 495), considerados como tratamiento base y parteaguas entre las nuevas creaciones de fármacos diseñados para el uso de los trastornos depresivos. Sáinz & Montes (2000 citado por: Pérez y García 2001, p. 495) proponen fármacos de nueva generación y son “los inhibidores reversibles de la MAO (moclobemida, mirtazapina, nefazodona, venlafaxina) de eficacia comparable a los clásicos, con la ventaja que tenga la reversibilidad de su acción.”

Sin embargo, los protagonistas de la nueva generación de fármacos son los Inhibidores Selectivos de la Recaptura de Serotonina (ISRS), El mecanismo de acción común de este grupo de Antidepresivos es la Inhibición del Transportador de Serotonina (SERT), que en condiciones normales reintroduce la serotonina sináptica a la neurona para ser reciclada. (Actualmente se encuentran disponibles 6 ISRS (fluoxetina, sertralina, paroxetina, fluvoxamina, citalopram y escitalopram), los cuales comparten el mecanismo de bloqueo en SERT (Pérez, 2017 p. 11).

Los siguientes fármacos tienen la función de ajustar los niveles de noradrenalina (NA) y dopamina (DA) los cuales se encuentran vigentes para su uso en el tratamiento de la Sintomatología Depresiva:

- Los Inhibidores de Recaptura de Serotonina y Noradrenalina (IRSN) disponibles en la actualidad son: venlafaxina, desvenlafaxina, duloxetina y milnacipran. En cuanto a los Inhibidores de la recaptura de noradrenalina y dopamina (IRND) el único fármaco disponible de este grupo es el bupropión o anfebutamona.
- Inhibidores Selectivos de Recaptura de Noradrenalina (ISRN) reboxetina y la atomoxetina, aunque su uso actual es controversial y se administra también para el Trastorno de Déficit de Atención con Hiperactividad.
- Agonistas de Melatonina como auxiliar para los Trastornos del Sueño desarrollados a causa de los síntomas del trastorno depresivo mayor y son los Antagonistas alfa-2 sus principales fármacos mirtazapina y mianserina; inhibidores de recaptura de serotonina y antagonistas serotoninérgicos (el nombre del fármaco utilizado en este grupo es la trazodona).

- Inhibidores de la Monoamino Oxidasa (IMAO) este grupo de fármacos que se ha utilizado para tratar tuberculosis tiene efectos favorables en los síntomas depresivos que ha sido limitado para ciertos tipos de depresión.
- Antidepresivos Tricíclicos (ATC) imipramina, desipramina, maprotilina, nortriptilina, amitriptilina y clomipramina con una serie de efectos secundarios algunos no tan controlables.
- Antidepresivos Multimodales uno de los que además de cumplir su efecto antidepresivo también cumple su función en los aquellos síntomas cognitivos que presenta el trastorno depresivo mayor con bajos efectos secundarios (Esparza, 2017 p. 12, 13).

Es importante aclarar que los antidepresivos son una opción de tratamiento desde un enfoque médico llegando a generar beneficios y efectos secundarios, por lo que se requiere trabajar en un plan de tratamiento acertado para cada caso diagnosticado.

No obstante, el tratamiento farmacológico no se limita a ser la única opción ya que también existen otros métodos tales como la psicoterapia a través de los cuales se puede trabajar la disminución de sintomatología depresiva según sea el caso. La psicoterapia otorga herramientas al individuo para enfrentar situaciones con las que se puede encontrar durante su tratamiento incluso cuando este ya haya concluido previniendo recaídas mayores.

En el desarrollo de los modelos psicoterapéuticos podemos encontrar al cognitivo conductual el cual es de interés para el presente trabajo de investigación a razón de que es un modelo que trabaja cogniciones, conductas y emociones. Como antecedente a este modelo es importante considerar a la terapia conductual, pues de

esta se han retomado varios elementos que forman algunas partes del modelo cognitivo conductual

En otro momento se llegó a considerar que la terapia conductual cumplía con la efectividad requerida para tratar los episodios depresivos pues constaba de un panorama que abarcaba varias esferas del individuo.

Dentro de la Terapia de Conducta se pueden reconocer seis procedimientos terapéuticos, todos dentro de una misma prosodia conductual, pero con distinto acento. Sobre una concepción de la depresión en términos de disminución de conducta reforzada positivamente y/o inadecuación de habilidades sociales, 1995; han desarrollado tres formas de tratamiento: 1) Programa de Actividades Agradables, 2) Entrenamiento en Habilidades Sociales, y 3) Curso para el Afrontamiento de la Depresión. Los otros tres procedimientos son los siguientes, cuyo acento también está declarado por el título: 4) Terapia de Autocontrol, 5) Terapia de Solución de Problemas, y 6) Terapia Conductual de Pareja (Pérez y García, 2001, p. 496).

De forma muy independiente la Terapia Cognitiva desarrollada por Aarón T. Beck (2000 citado por: Pérez y García 2001) con el objetivo de tratar la Depresión siendo incluso relacionada con respecto a su efecto con la Imipramina, pero no obstante es necesario recalcar que se trata de un tratamiento de acompañamiento farmacológico, las controversias que se generaron a partir de los estudios sobre su efectividad y la discrepancia de únicamente elegir un tratamiento psicológico o farmacológico fueron un largo camino para determinar su eficacia, sin embargo como en todo proceso de estudio hay diferentes opiniones y puntos de vista, no obstante habrá una diferencia en la forma en que reaccionan cada individuo respecto al tiempo y efectos colaterales aun que reciban el mismo tratamiento.

Parte del objetivo de esta terapia es educar al individuo sobre sí mismo, su entorno y el futuro. Proporcionarle las herramientas que disminuyan sus sintomatologías que es donde se invierte la mayor parte del proceso terapéutico mediante estas herramientas también se debe propiciar la adherencia al procedimiento para evitar el abandono del mismo, también se requiere reconectar al individuo a su espacio social proceso que requiere de un tiempo considerable para normalizarse, monitorear al paciente es parte de los objetivos con el fin de disminuir las recaídas en esta fase es necesario poner en función las herramientas utilizadas en la primer fase del proceso, al término del proceso principal es necesario desprender al paciente de terapia prolongando el tiempo entre una sesión y otra (Figuroa, 2002, p. 6).

El tratamiento psicológico mantiene su efectividad basándose en los modelos anteriores, estos constan de un esquema establecido, que a lo largo de los años y debido a los diferentes estudios se han generado incluso manuales exclusivos de intervención, los cuales van de un proceso de 12 a 16 sesiones, que ofrecen una variedad de técnicas para su intervención. (Pérez y García, 2001, p.503) Generando así un mayor impacto en la reeducación psicológica de los pacientes.

Las discrepancias entre la utilización de los tratamientos no debe mermar en su eficacia ya que ambos tanto psicológico como farmacológico mantienen su utilidad, teniendo en cuenta que cada sintomatología tiene una raíz distinta que necesita de diferentes fórmulas para ser tratadas, por tal motivo se debe explorar el primer plano de todas las sintomatologías para determinar que tratamiento se requiere y en qué tipo de combinación, puesto que ambos comprueban tener resultados favorables en el tratamiento de la depresión.

1. 2 Sintomatología y padres/familiares de personas con NEE

En los últimos años los índices de sintomatologías depresivas ha incrementado y hablar de depresión puede referir a una situación más común que algo alarmante, en la primer adultez surgen cambios en la psique de las personas y muchos de estos no son por elección, sin embargo uno de los cambios más comunes a los que se enfrenta un individuo en esa etapa de la vida es la paternidad, un nuevo reto se hace presente, el reto se hace mayor de acuerdo a cada necesidad que surge al tomar la decisión de ser padre, se hará hincapié ante la tarea de aceptar la paternidad cuando un integrante de la familia es diagnosticado con una necesidad especial. Si bien estaremos empleando el termino NEE es necesario aclarar y hacer énfasis en la nueva terminología que se emplea para este tipo de necesidades para la inclusión. El enfoque de barreras para el aprendizaje y la participación se basa en el modelo social de la discapacidad, a partir del cual se entiende que las limitaciones o restricciones enfrentadas por las personas con discapacidad surgen en contextos sociales particulares (Booth y Ainscow, 2002, citado por Huenul et al. 2016, p. 2)

Según Seguí, Ortiz y De Diego citado por: Guevara & González (2012) mencionan que “los padres de niños con discapacidad experimentan frecuentemente fatiga, depresión, baja autoestima e insatisfacción interpersonal. Aunque dichos trastornos guardan una relación directa con la clase de discapacidad que el niño presenta y la gravedad de los trastornos de conducta presentes” (p. 1027).

En este mismo orden de ideas, según Sánchez y Martínez (2014, citado por: Villavicencio et al 2018) los padres se encuentran invadidos de tristeza, es el resultado de la conciencia de lo ya perdido, en este período la familia es afectada y su cotidianidad se altera, los padres suelen dimensionar sus expectativas con respecto a los límites potenciales del

niño para su crecimiento y desarrollo, es un estado temporal y a partir de esta fase se prepara para la aceptación (p. 3).

Las expectativas que se tienen respecto a tener un hijo se basan principalmente a su salud, en tanto a los diagnósticos que emergen en el embarazo hacen que estas expectativas se reajusten, sin embargo, cuando los diagnósticos se dan a partir del nacimiento o en los próximos años de vida el impacto de estos es mayor, puesto que ya no se habla solo de expectativas.

“También, aspectos relacionados con una enfermedad del feto recién nacido: retraso en el crecimiento uterino, malformaciones o ingresos en la unidad de neonatologías suponen un fuerte impacto para los padres. Pueden llegar incluso hasta auto inculparse de ello y afectar, por tanto, a su salud” (Valencia, 2016, p. 16).

Durante este proceso las emociones van de un extremo a otro, desde la culpa hasta la tristeza, irritación e incluso el rechazo. Se hará énfasis en esta fase de tristeza que se presenta durante el duelo y que, si bien, es un periodo natural de tal proceso, en algunas ocasiones este periodo se vuelve permanente desencadenando así sintomatología depresiva.

Simón y Easvaradoss (2015, citado por: Villavicencio et al 2018) refieren que hay “tristeza, generada por la crisis emocional que están atravesando, expresándose, con llanto y muchas veces con silencio” (p. 3).

Si bien el proceso no termina solo con el diagnóstico, la búsqueda de ayuda y herramientas enfocadas a los hijos son la preocupación principal para los padres,

dejando en segundo plano la búsqueda de ayuda profesional para los ellos, cuando la intervención debe ser bidireccional tanto para los hijos como para los padres. A partir del diagnóstico existe otra fase, socialmente se ha tratado de implementar la conciencia de inclusión y respeto, sin embargo, aún existen muchos tabúes alrededor de las necesidades educativas especiales, lo que hace que los padres de niños con estas características pongan barreras respecto a la situación que están viviendo.

Los padres se ven inmersos en diversas situaciones, pero generalmente las madres son las que terminan cumpliendo con el rol principal de cuidados, atención y protección para sus hijos, en estos casos son las que viven más de cerca el proceso.

Según (Sorrentino 1990, citado por: Hernández, 2017), “son madres que suelen quedarse solas en el momento de afrontar la depresión consiguiente a la pérdida de la identidad social, para la cual probablemente se habían preparado desde muy jóvenes, con estudio, trabajo y grandes sacrificios” (p. 35).

Existe en estas mujeres una despersonalización con relación al rol que necesitan cumplir respecto a la necesidad de su hijo, siendo propensas a desarrollar sintomatologías depresivas, puesto que cumplir con tal rol implica no solo desgaste físico sino también emocional, más aún cuando la estabilidad emocional está afectada desde antes del diagnóstico de sus hijos. Si bien hay padres varones involucrados y que cumplen con su rol, su preocupación está dirigida la mayoría de las veces al ámbito económico y a los costos que va a generar la búsqueda de ayuda requerida, la duda sobre sus capacidades económicas son lo que mueven a los periodos de crisis en estos padres.

A continuación, se mencionará un estudio clínico realizado con la intención de evaluar el predominio de síntomas depresivos en madres de niños diagnosticados con autismo intentando hacer una relación con la calidad de vida.

El estudio fue de carácter exploratorio, descriptivo y transversal en el que participaron 20 mujeres que tenían diferentes grados de educación escolar. Se les aplicaron los siguientes cuestionarios: cuestionario del perfil sociodemográfico y de la versión brasileña del Inventario de Depresión de Beck (BDI) y de la forma abreviada de la Escala de Calidad de Vida WHOQOL-Bref. Los resultados de estos determinaron que el 15% de las madres obtuvieron puntajes para calificar con rasgos depresivos; un 70% estimaron tener una calidad de vida favorable y un 40% manifestaron sentirse satisfechas con ellas (Fávero & dos Santos, 2010, p.1).

Si bien se realizó este estudio con madres de niños identificados con autismo este se puede relacionar con otros tipos de trastornos o discapacidades para sustentar la información de rasgos depresivos, en este estudio el grado académico influye en la persistencia de los síntomas depresivos, de acuerdo a los datos que arrojó el cuestionario a mayor grado académico menor presencia de síntomas depresivos, al parecer esto indica que las mujeres que tienen un mayor grado académico son más resilientes a la presencia de estos síntomas, sin embargo contextualizando esta variable escolar en México según el INEE (Instituto Nacional para la Evaluación Educativa) e INEGI (Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática) hasta el 2016 al menos 2,747.419 mujeres entre 20 y 24 años cumplen con la educación media superior de aproximadamente un 4.1 % de la población en México sin contar que los embarazos en adolescentes menores de 20 años se mantienen en cifras altas, de las cuales solo un pequeño porcentaje tiene acceso a la educación superior. Lo cual aumenta los probables índices de síntomas depresivos en mujeres madres con las características ya mencionadas (Fávero & dos Santos, 2010, p.1).

Por otro lado, la ideación del futuro que perciben los padres de personas con necesidades educativas especiales relacionadas a la discapacidad puede experimentar aún más de episodios depresivos, sin embargo, estos van a depender relacionamente del grado de atención y de la adaptabilidad al entorno para poder vivir con la tranquilidad de que sus hijos serán autónomos.

El rol que juegan los padres a cargo de sus hijos con NEE es sin duda una ardua labor, las cargas emocionales, los esfuerzos físicos y los sacrificios económicos a los que la mayoría de los padres se enfrentan pueden prolongar los estadios depresivos que surgen no solo al conocer un diagnóstico sino también a lo largo de la vida de los niños, puesto que cada día se enfrentan a nuevos retos personales, familiares, educativos y sociales.

Durante la recolección de información se puede encontrar la falta de estudios enfocados al tema e incluso en alguno de los estudios sugiere que sea un tema de mayor consideración para su investigación, se pone más atención a los casos con más alto porcentaje, sin embargo, los síntomas depresivos y la prevalencia de estos son parte de la vida diaria de una parte de la población, la cual requiere de las ayudas e intervenciones correspondientes.

1.3 La importancia de la Autoestima

Las alteraciones del estado de ánimo pueden tener múltiples factores que lo propicien, químicos o cognitivos, así como pueden tener consecuencias en otras de las áreas a nivel psique y físico, para este estudio se propone dar relevancia al

termino autoestima en relación con las alteraciones del estado de ánimo (depresión), establecer lo que sucede si se trabaja en mantener una autoestima favorable.

“La Autoestima corresponde a la valoración positiva o negativa que uno hace de sí mismo. Es la predisposición a experimentarse competente para afrontar los retos de la vida; en consecuencia, confianza en la propia mente y en sus procesos” (Pérez, 2019, p.23).

Para entender el termino autoestima sin caer en complicaciones, es importante aclarar que esta es arbitraria, de igual forma es importante rescatar que no podemos limitarnos a establecer que el factor principal de la autoestima no es la apariencia física, que no todo gira entorno al cuerpo o lo que se ve físicamente, más bien a múltiples factores que influyen en nuestro estado de ánimo y a ciertos factores externos que benefician en parte a lo que las personas piensan de sí mismas.

La autoestima está configurada por factores tanto internos como externos. Entendiendo por factores internos los que radican o son creados por el individuo- ideas, creencias, prácticas o conductas. Entiendo por factores externos los factores del entorno: los mensajes transmitidos verbal o no verbalmente, o las experiencias suscitadas por los padres, los educadores, las personas significativas para nosotros, las organizaciones y la cultura. (Branden s.f., citado por: Mézerville 2004, p. 25).

Podemos comenzar a relacionar ambos términos con la siguiente definición:

“Las alteraciones cognitivas características de los trastornos depresivos, toman primacía sobre la historia personal, los valores propios y la situación vital: los pacientes con depresión tienen una visión negativa de su propia persona (autoestima baja, sentimientos de inutilidad, culpa y desamparo) y expectativas negativas del mundo circundante (aislamiento) y del futuro (desesperanza e ideación suicida)” (Medina, Sarti, & Real, 2014, p.351).

La falta o desconocimiento de la autoestima impide que las personas desarrollen herramientas que propicien un ajuste emocional para afrontar acontecimientos o situaciones que favorecen a la iniciación de sintomatología depresiva; dejemos en claro que la autoestima es también la recopilación de experiencias o que cada uno interpreta de esas auto evaluaciones que se realizan a lo largo de la vida o en etapas específicas, de los logros obtenidos y de la forma en que nos vemos, del reconocimiento que se da cada quien, así como las valoraciones que podemos obtener de los demás.

Para este estudio volvemos a retomar las circunstancias o posibles complicaciones que vive un familiar de una persona con una NEE, esto respecto a las experiencias adquiridas a lo largo de su vida, historia familiar, situación sentimental, crecimiento personal, logros y frustraciones, así como la forma de interpretación y la forma en que afrontan cada etapa del diagnóstico e intervención de la necesidad que tiene la persona de la cual son responsables, factores que podemos considerar para determinar si puede o no afectar también en su autoestima y por consiguiente ser un factor que propicia o intensifica a la sintomatología depresiva.

Como se sugiere en Avance psicólogos (2022) la autoestima se va debilitando cada vez más debido a las bajas probabilidades de que la persona pueda poner en práctica sus habilidades y destrezas ante retos nuevos, y a causa del modo en el que la falta de autocuidados desgasta la apariencia y la propia salud física. Además, esta percepción negativa de uno mismo hace que la depresión sea vista como algo que se desborda, que no puede ser remediado y que, en definitiva, ha llegado para quedarse (p.1).

Por otro lado se puede identificar a quien viviendo alteraciones del estado de ánimo vive modificaciones en su autoestima, en donde esta se ve afectada ya que la sintomatología depresiva presenta hallazgos a nivel cognitivo lo que también provoca una diferencia entre como la persona se ve así mismo y cómo evalúa cada experiencia que vive a través de la sintomatología depresiva, pero sobre todo la capacidad que tiene para afrontarla, si bien el autoestima no es el único factor a trabajar en una intervención psicológica, propiciará a que la persona a través de modificaciones cognitivas pueda tener una mejor percepción de su propia valoración, comenzar a reconocer logros de sus avances y disminuir los sentimientos de culpa e inutilidad que pudieran presentarse.

Como lo cita la Guía de Práctica Clínica sobre el Manejo de la Depresión (2014) en el Adulto “las críticas y los reproches activan los sentimientos propios de la depresión; los elogios y las alabanzas suben la autoestima y tienden a aumentar el ánimo.” (p. 222). De aquí partimos para resaltar la importancia de la autoestima en sus múltiples contextos, pero sobre todo en torno a la sintomatología depresiva.

“En muchos casos las condiciones personales del ser humano, como la autoestima, la depresión o la anomia, pueden verse estrechamente relacionadas con las satisfacciones que tienen con sus propias vidas, con sus formas de percibirse, pensar, actuar y sentir” (Abello et al 2008, p. 2018).

Retomando lo anterior se expone un caso de investigación entre las variables autoestima y depresión, lo cual nos ayudara a comprender esta relación, cabe destacar que son pocos los estudios que se han realizado respecto a estas variables, sin embargo, a continuación, se presenta el siguiente estudio proponiendo esclarecer esta relación.

En 2008, Abello et al. Realizaron un estudio en una población de jóvenes y adultos entre los 18 y 60 años, pertenecientes a un estrato social medio, el método de este estudio fue descriptivo – comparativo, parte de los objetivos de este estudio es describir el bienestar subjetivo en relación con la satisfacción con la vida que tienen estas personas. Describir el bienestar psicológico en relación con el desarrollo personal de los individuos y la manera cómo afrontan sus retos, y describir el bienestar social con relación a la valoración que hacen las personas de sus circunstancias y su función dentro de la sociedad. Finalmente, se busca comparar las características del bienestar de las personas a partir de las variables de: Autoestima, Anomia y Depresión (p.219).

De este estudio se obtuvieron resultados que intervienen en el bienestar subjetivo, teniendo lo siguiente: se descarta que las personas evaluadas presentaban depresión, sin embargo algunos si presentaban sentimientos de tristeza y desesperación moderada, pero descartando depresión patológica, en cuanto al autoestima se determina que la población evaluada se encuentra que tienen sentimientos de satisfacción, de sentirse útiles y dignos; esto demuestra que las personas participantes del estudio tiene autoestima desarrollada que les permite enfrentar el mundo y las circunstancias que se les presenten, situación que es factor para no intensificar síntomas depresivos, desarrollando en las personas la capacidad de afrontamiento.

Por lo tanto, esto nos ayuda a comprender un poco más esta relación y la importancia de enfocar el trabajo con la autoestima. Mantener una autoestima desarrollada efectuará cierto potencial de afrontamiento ante situaciones adversas que permiten a las personas ser menos proclives a presentar alteraciones en el Estado de Ánimo.

CAPÍTULO II

NECESIDADES EDUCATIVAS ESPECIALES

2.1 Necesidades Educativas Especiales

Hablar de Educación hoy en día resulta ser un tema de interés en el estudio las ciencias de la educación desde trabajos de investigación hasta las prácticas de Enseñanza-Aprendizaje dentro de las aulas y fuera de éstas. Se entiende por educación a un continuo proceso que tiene por objetivo el dotar a los individuos de conocimientos intelectuales, morales, espirituales; de potencializar aptitudes, actitudes, de inteligencia emocional como también el desarrollo de habilidades sociales. Todo esto en conjunto favorece a que las personas que reciben educación puedan ingresar al mercado laboral, acceder a conocimientos y tener las herramientas para poder enfrentarse a la vida.

Así pues, Valenzuela (s/f). Afirma que la educación es un proceso gradual mediante el cual se transmiten un conjunto de conocimientos, valores, costumbres, comportamientos, actitudes y formas de actuar que el ser humano debe adquirir y emplear a lo largo de toda su vida, además diversas formas de ver el mundo que nos rodea; todo ello para poder desenvolvemos de manera activa y participativa en sociedad (p.3).

En el presente capítulo se hará énfasis en que se expondrá el tema sobre educación refiriéndose al tipo de educación al que se le considera como formal, el cual ve a los individuos como parte de un sistema en el que se da la interacción profesor-alumno dentro del aula y concorde a un nivel o grado escolar. Por otro lado, la educación informal es aquella que se desarrolla dentro del núcleo familiar donde

se refuerza la relación de padres e hijos en su hogar transmitiéndose valores, costumbres, creencias, prácticas para la vida, afecto, etc., sin embargo, es importante aclarar que no por el hecho de que se llame informal es menos importante ya que es aquí en donde se educa desde la vida y para vida. Por lo tanto, puede entenderse que la educación es un trabajo en conjunto en el que intervienen profesores, alumnos y padres de familia.

En cuanto al tema de la educación hoy en día se habla de inclusión y de derechos humanos, por lo que se entiende que esta es un derecho fundamental para la población en la cual se dota de todo lo necesario a las personas para alcanzar un óptimo desarrollo personal y lograr cambios sociales en el entorno. Actualmente se ha comenzado a trabajar el tema de la Educación Especial en la que se atiende a niños, jóvenes o adultos que presentan obstáculos para acceder a una educación escolar regular porque presentan algún tipo de discapacidad necesitando de una atención profesional especializada con adaptaciones a los currículos escolares, así como también contando con las condiciones estructurales, mobiliario, ayudas técnicas así como materiales diversos adecuados para alcanzar el aprendizaje de conocimientos básicos y necesarios para la vida.

En la declaratoria para universalizar el acceso a la educación y fomentar la equidad la conferencia de Conferencia Mundial sobre Educación para Todos, precisa el siguiente postulado:

Las necesidades básicas de aprendizaje de las personas impedidas precisan especial atención. Es necesario tomar medidas para garantizar a esas personas, en sus diversas categorías, la igualdad de acceso a la educación como parte integrante del sistema educativo. (UNESCO,1990, p.9)

Con lo anterior se puede comenzar a visualizar un panorama donde las barreras de acceso a la educación se ven limitadas dando paso a una Educación Inclusiva. Entiéndase que: “La Educación Inclusiva es un proceso orientado a incrementar el aprendizaje y la participación de todos los estudiantes. Se trata de tener mayores posibilidades de acceso, involucrarse más y conseguir resultados significativos.” (Hollenweger, 2014, p. 8).

Este tipo de educación queda dentro de los marcos educativos con el nombre de educación especial que es la que aborda el tema de la educación de personas con diferentes tipos de discapacidad, de las aptitudes sobresalientes, del rezago escolar y de los problemas de conducta rigiéndose en base al principio de la inclusión social. En este tipo de educación es necesario poseer el conocimiento de lo que significan las necesidades educativas especiales, no solo para conocer de que se trata sino más bien para tener presente los alcances de los alumnos dentro de los programas educativos en instituciones regulares y de la atención educativa especial potenciando el aprendizaje de manera significativa para lograr el cumplimiento de los objetivos curriculares.

Antes de abordar a profundidad el tema de las necesidades educativas especiales es fundamental comenzar a hablar sobre el tema de la discapacidad para concebir en que consiste la educación especial para personas con discapacidad. Consideramos importante destacar que estaremos hablando de discapacidad sin enfatizar que tipo de afección presenta, ya que el estudio se realiza con personas con diferentes afecciones sensoriales, motriz, intelectual o física.

La Discapacidad es un término que engloba deficiencias, limitaciones a la actividad y restricciones a la participación, refiriéndose a los aspectos negativos de la interacción entre individuo (con una condición de salud) y los factores

contextuales de ese mismo individuo (factores personales y ambientales) (Comisión de Política Gubernamental en Materia de Derechos Humanos, s/f, p. 10)

La Discapacidad es un término general que abarca las deficiencias, las limitaciones de la actividad y las restricciones de la participación. Las deficiencias son problemas que afectan a una estructura o función corporal; las limitaciones de la actividad son dificultades para ejecutar acciones o tareas y las restricciones de la participación son problemas para participar en situaciones vitales (ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD [OMS], s/f. citado por: INSTITUTO TLAXCALTECA PARA PERSONAS CON DISCAPACIDAD, 2022, párr. 1).

La Discapacidad es “cualquier restricción o impedimento de la capacidad de realizar una actividad en la forma o dentro del margen que se considera normal para el ser humano” (OMS s.f, citado por: Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado, 2019, párr. 1).

Como se cita en el artículo primero de La Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad y su Protocolo Facultativo se conoce que las personas con discapacidad “incluyen a aquellas que tengan deficiencias físicas, mentales, intelectuales o sensoriales a largo plazo que, al interactuar con diversas barreras, puedan impedir su participación plena y efectiva en la sociedad, en igualdad de condiciones con las demás” (COMISIÓN NACIONAL DE LOS DERECHOS HUMANOS, 2018, p.13).

Es de importancia resaltar que la definición mencionada en el párrafo anterior es retomada también por la Organización Mundial de la Salud, así como la

Organización Panamericana para la Salud en sus páginas oficiales, así como en algunos otros artículos digitales relacionados con el tema de la discapacidad. Así mismo los resultados de la CDPD proporcionan herramientas para las personas involucradas en el trabajo con personas con discapacidad.

La idea de Discapacidad remite a la interacción entre personas que tienen algún problema de salud (como parálisis cerebral, síndrome de Down o depresión) y ciertos factores personales y ambientales (como puedan ser actitudes negativas, medios de transporte y edificios públicos inaccesibles o escaso apoyo social) (OMS, s.f.).

La Discapacidad se entiende como un fenómeno multidimensional, un “continuum” del funcionamiento humano que se hace visible en relación con situaciones específicas de la vida. En otras palabras, la discapacidad es el resultado de la interacción compleja entre el individuo y su entorno (Hollenweger, 2014, p. 11).

El tema de la discapacidad desde las anteriores definiciones indica que hay organismos que trabajan en una constante actualización de los términos desde el tema de los derechos humanos para la inclusión, la participación, el respeto por la diferencia y el respeto a la dignidad humana para hacer algo que impacte a nivel social y mejore las condiciones de vida de las personas que la presentan. Los mismos exponen que la discapacidad desde el tema de la salud no define a las personas por un diagnóstico médico sino a las realidades de vida personal y del ambiente como barreras que impiden desarrollarse, relacionarse y comunicarse en sus diferentes esferas personales.

Se puede entender que existen muchos tipos de discapacidad de acorde a las deficiencias y limitaciones corporales, sensoriales, intelectuales y de impacto psicosocial desde un enfoque médico. En materia de Salud según la OMS como se citó en ITCPD, 2018 propone una clasificación en donde se menciona a la discapacidad física entendiéndose a todo lo que involucre la movilidad del cuerpo; discapacidad sensorial que incluye a las dificultades para escuchar y ver; impactando la comunicación; luego está la dificultad intelectual en donde se nota un bajo o limitado funcionamiento cognitivo y finalmente se habla de una discapacidad psíquica en la que están las alteraciones a nivel de estructuras neurológicas (párr. 5-8).

A continuación, se hará alusión a la propuesta de clasificación de Discapacidad mostrada en el Glosario de Términos sobre la Discapacidad propuesto por la Comisión de Política Gubernamental en Materia de Derechos Humanos (s.f, pp. 11-12) del Gobierno Federal de los Estados Unidos Mexicanos desde una parte médica presentándose de la siguiente manera:

- Discapacidad Física. Es la secuela de una afección en cualquier órgano o sistema corporal
- Discapacidad Intelectual. Se caracteriza por limitaciones significativas tanto en el funcionamiento intelectual (razonamiento, planificación, solución de problemas, pensamiento abstracto, comprensión de ideas complejas, aprender con rapidez y aprender de la experiencia) como conducta adaptativa (conceptuales, sociales y prácticas), que se han aprendido y se practican por las personas en su vida cotidiana.
- Discapacidad Mental. Es el deterioro de la funcionalidad y el comportamiento de una persona que es portadora de una disfunción mental y que es directamente proporcional a la severidad y cronicidad de dicha disfunción.

Derivado del modelo social que incorpora el enfoque de derechos humanos al enfoque médico recientemente ha surgido el término discapacidad psicosocial,

que se define como restricción causada por el entorno social y centrada en una única deficiencia temporal o permanente de la psique debida a la falta de diagnóstico oportuno y tratamiento adecuado de las siguientes disfunciones mentales: depresión mayor, trastorno bipolar, trastorno límite de la personalidad, trastornos generalizados del desarrollo (autismo y Asperger), trastorno por déficit de atención con hiperactividad, trastorno de pánico con estrés postraumático, trastorno fronterizo, esquizofrenia, trastorno esquizo-afectivo, trastornos alimentarios (anorexia y bulimia) y trastorno dual (que es una de estas disfunciones pero con una o más adicciones).

- Discapacidad Múltiple. Presencia de dos o más discapacidades física, sensorial, intelectual y/o mental (por ejemplo: personas con sordo ceguera, personas que presentan a la vez discapacidad intelectual y discapacidad motriz, o bien, con hipoacusia y discapacidad motriz, etcétera). La persona requiere, por tanto, apoyos en diferentes áreas de las conductas socio-adaptativas y en la mayoría de las áreas del desarrollo.
- Discapacidad Sensorial. Se refiere a discapacidad auditiva y discapacidad visual:
- Discapacidad Auditiva: es la restricción en la función de la percepción de los sonidos externos, cuando la pérdida es de superficial a moderada, se necesita el uso de auxiliares auditivos. Cuando la pérdida auditiva no es funcional se utiliza la visión como vía de entrada de la información para aprender a comunicarse, por lo que la lengua natural de las personas con esta condición es la Lengua de Señas Mexicana.
- Discapacidad Visual. Es la deficiencia del sistema de la visión, las estructuras y funciones asociadas con el. Es una alteración de la agudeza visual, motilidad ocular, visión de los colores o profundidad, que determina una deficiencia de agudeza visual, y se clasifica de acuerdo con su grado.

De lo visto hasta aquí del tema de la discapacidad y su clasificación entiéndase que se puede presentar en los individuos de manera temporal o permanente como lo menciona la OMS (2021) “Es probable que casi todas las

personas experimenten alguna forma de discapacidad temporal o permanente– en algún momento de su vida” (párr. 3).

Una vez citadas algunas concepciones sobre la discapacidad a continuación se expone el concepto de las NEE, los tipos, su tipología, el tema de la familia cuando un integrante de la familia está identificado, los procedimientos de intervención y los servicios para su atención.

Entiéndase que la discapacidad es solo unos de los muchos puntos a tratar dentro de las NEE en la educación especial inclusiva.

“El concepto de Necesidades Educativas Especiales está en relación con las ayudas pedagógicas o servicios educativos que determinados alumnos puedan precisar a lo largo de su escolarización, para el logro del máximo crecimiento personal y social” (Bautista, 2002, p.20).

Con lo anterior se entiende que los alumnos con NEE reciben el apoyo específico a través de los diversos recursos y estrategias dentro de su educación para alcanzar los conocimientos necesarios que ayudaran a responder a necesidades o demandas del ámbito personal, familiar, laboral y social.

Por otro lado, se entiende también como NEE a las “Dificultades o las limitaciones que puede tener un determinado número de alumnos en sus procesos de enseñanza-aprendizaje, con carácter temporal o duradero, para lo cual precisa recursos educativos específicos” (Luque, 2009, p.210).

Las ayudas específicas dependerán de las características del diagnóstico de discapacidad o de necesidad de atención que presenten los alumnos para poder abordar y brindar las ayudas que se requieran y así cumplir los objetivos de los procesos educativos que requiera el alumnado.

Para estudiar las NEE es necesario saber la tipología de estas partiendo de su conocimiento general sin dejar a un lado sus particularidades, de tal forma que se pueda ubicar a un alumno según el tipo de NEE que presente para poder intervenir de forma adecuada haciendo las adaptaciones necesarias con el fin de brindar una educación integral e inclusiva. Existen dos tipos de NEE que a continuación se describen:

- Transitorias, sugieren una intervención intermitente en la vida del alumno, ya que solo aparece por una temporada y aunque el estudiante requiere de ayudas extraordinarias en un tiempo determinado podrá continuar una educación escolar de forma regular
- Permanentes, comprende de un apoyo extraordinario desde el inicio hasta el término del proceso educativo, ya que merman la capacidad de involucrarse en los procesos de enseñanza – aprendizaje. (Castejón et al., 2013, p.23).

Por otro lado, nos encontramos con diversas sugerencias respecto a las clasificaciones que datan en la década de los 80's con las integraciones de las necesidades educativas especiales, sin embargo, es necesario plantear datos actuales para su estudio. A sí que las formas de intervención en norma del cumplimiento de las propuestas a favor de la integración del alumnado con NEE demandan de una base clasificatoria que pueda orientar a la elaboración de nuevos programas educativos para satisfacer las necesidades que demanda cada individuo. Para ampliar el panorama de las NEE es necesario presentar la forma en que se

clasifican. Cabe aclarar que a continuación tomaremos solo como referencia la clasificación propuesta por Martínez haciendo las aclaraciones en cuanto a las actualizaciones del manual diagnóstico DSM-5.

Clasificación de las Necesidades Educativas Especiales:

- a) Retraso Mental, se comprende a la capacidad intelectual significativamente inferior al promedio, déficit o alteraciones concurrentes adaptativa actual en por lo menos dos áreas de las siguientes: comunicación, cuidado personal, vida doméstica, habilidades sociales/interpersonales, utilización de recursos comunitarios, autocontrol, habilidades académicas funcionales, trabajo, ocio, salud y seguridad, el inicio es anterior a los 18 años.
- Leve: CI. Menor a 70 a 50-55, se le considera en la categoría pedagógicamente como educable.
 - Moderado: CI. 35-40, equivale a la categoría pedagógica adiestrable.
 - Grave: CI. 20-25.
 - Profundo: CI. Inferior a 20-25 (Martínez, 2012, pp.79-81).

Sin embargo, como se han mencionado las características de esta discapacidad cabe aclarar que el manual DSM-5 sustituye el término de retraso mental por el término Discapacidad Intelectual.

En lo que se refiere a la discapacidad intelectual existe una deficiencia fundamental en su capacidad para pensar. Ésta consiste en una combinación de problemas con el pensamiento abstracto, el juicio, la planeación, la resolución de

problemas, el razonamiento y el aprendizaje general (ya sea a partir del estudio académico o de la experiencia). Su nivel general de inteligencia, determinado por una prueba estándar, es menor que el promedio. (Morrison, 2015, p. 20).

“La Discapacidad Intelectual (trastorno del desarrollo intelectual) es un trastorno que comienza durante el período de desarrollo y que incluye limitaciones del funcionamiento intelectual como también del comportamiento adaptativo en los dominios conceptual, social y práctico” (Psiquiatría, 2013 p.17).

b) Trastornos Generalizados del desarrollo, estos trastornos se identifican por una perturbación grave y en general de varias áreas del desarrollo (habilidades para la interacción social, habilidades para la comunicación, presencia de comportamientos, intereses y actividades estereotipadas), por lo general se desarrolla en los primeros años de vida

Estos trastornos son los siguientes:

- Autismo: “El autismo es una discapacidad del desarrollo que afecta significativamente la comunicación verbal y no-verbal y la interacción social, usualmente evidente antes de los tres años de edad, que afecta adversamente el rendimiento escolar del niño”. (Martínez, 2012, p.81)
- Rett: El síndrome de Rett es un trastorno en el desarrollo neurológico infantil caracterizado por una evolución inicial normal seguida por la pérdida del uso voluntario de las manos, movimientos característicos de las manos, un crecimiento retardado del cerebro y de la cabeza, dificultades para caminar, convulsiones y retraso mental. El síndrome afecta casi exclusivamente a niñas y mujeres. (Arrebillaga, 2012, p.77)
- Asperger: “La persona Asperger presenta un pensamiento distinto. Su pensamiento es lógico, concreto e hiperrealista. Su discapacidad no es

evidente, solo se manifiesta al nivel de comportamientos sociales inadecuados” (Arrebillaga, 2012, p.73)

- Trastorno General del Desarrollo no específico

De acuerdo con las actualizaciones del DSM-5 algunos de los términos mencionados se sistematizaron a manera de agrupar trastornos o síndromes que se asemejan, como por ejemplo en el trastorno del desarrollo como el autismo y el Asperger para ser Trastorno del Espectro Autista con sus respectivos criterios dejando de lado los términos Síndrome de Asperger y Síndrome de Rett.

Cabe mencionar entonces de lo anterior que:

El Trastorno del Espectro Autista (TEA) es un trastorno heterogéneo del neurodesarrollo con grados y manifestaciones muy variables que tiene causas tanto genéticas como ambientales. Suele reconocerse en una fase temprana de la niñez y persiste hasta la edad adulta; no obstante, sus manifestaciones pueden modificarse en gran medida por la experiencia y la educación. (Morrison, 2015, p.26).

Como dato del TEA los individuos identificados con autismo presentan dificultades en las áreas de comunicación, socialización y conducta motriz y esto los puede limitar en la parte social quedando como una discapacidad psicosocial.

En este siguiente inciso se vuelve a mencionar la clasificación desde lo motor, auditivo y visual de la discapacidad entrando un poco más a la diversidad del diagnóstico médico.

c) Discapacidad

- Motora, de acuerdo con (Basi, C y otros citado por: Martínez, 2012) refieren que la discapacidad motriz es una alteración del aparato locomotor causada por un funcionamiento deficiente del sistema nervioso central, del sistema muscular, del sistema óseo o de la interrelación de los tres sistemas que dificulta o imposibilita la movilidad funcional de una parte del cuerpo (p.88).

- I. Osteoarticular
 - i. Malformaciones congénitas
 - ii. Malformaciones distróficas
 - iii. Malformaciones microbianas
 - iv. Reumatismos infantiles
 - v. Lesiones osteoarticulares por desviación del raquis
- II. Muscular
 - i. Miopatías
- III. Espinal
 - i. Poliomiелitis
 - ii. Espina bífida
 - iii. Lesiones medulares degenerativas
 - iv. Traumatismo medular
- IV. Cerebral
 - i. Parálisis cerebral
 - ii. Traumatismo craneoencefálico
 - iii. Tumores (Martínez, 2012, p.87).

- Sensorial, “Son aquellas discapacidades que por una deficiencia o mal desarrollo impiden el uso de algunas partes sensoriales del individuo, como:

- I. Auditiva, la OMS define la deficiencia auditiva como la incapacidad de percibir los sonidos con ayuda de aparatos amplificadores.

Dentro de la tipología del déficit auditivo tenemos:

- i. Hipoacusia, siendo una limitación leve, generalmente resulta no ser permanente impidiendo la capacidad de percibir los sonidos.
 - ii. Sordera moderada, el oído medio es el afectado, existe una pérdida neurosensorial y se pierde la mayoría de los sonidos en una conversación habitual.
 - iii. Sordera grave, el grado de afección en el oído medio es mayor y la pérdida auditiva impide rescatar sonidos en una conversación.
 - iv. Sordera profunda, se limita totalmente la percepción de sonidos del habla y otros.
- II. Visual, según la OMS se considera una pérdida importante en la capacidad de visión de una persona y va desde 3/10 a la pérdida total, es decir, 0. (Martínez, 2012, p.87).

La deficiencia visual se clasifica según Herren y Guillemet, citado por: Martínez, 2012 de la siguiente forma:

- i. Ciego total: persona que presenta una ausencia total de visión o simplemente percepción luminosa.
- ii. Ciego parcial: persona que presenta un resto visual que le permite la percepción de la masa, lo que facilita el desplazamiento y la aprehensión del mundo exterior, pero sin ser suficiente para ser útil en la vida escolar y profesional.
- iii. Ambliope profundo: persona que presenta un resto visual que permite la visión de colores y volúmenes.
- iv. Ambliope: persona que presenta una visión de cerca que le permite seguir una escolarización en negro con métodos pedagógicos particulares. (p.88)

d) Trastornos por Déficit de Atención y Comportamiento Disruptivo (Morrison, 2015, p.19):

- Trastorno por Déficit de Atención/Hiperactividad, “condición frecuente, los pacientes son hiperactivos, impulsivos o distraídos, y a menudo presentan las tres características.”
- Otro Trastorno por Déficit de Atención/Hiperactividad especificada (o no especificado), se utiliza para aquellos casos en los que no se cumple con todos los criterios para el TDA/H.
- Trastorno Negativista Desafiante corresponde a una triada de conductas que van desde la resistencia que apenas rebasa las acciones esperadas hasta aquellas que son execrables. Puede ser leve, con síntomas de negativismo y desafío que parecen surgir de la búsqueda ordinaria de independencia del niño. (Morrison, 2015, p. 380)
- Trastorno de la Conducta, Estas personas rompen las reglas de manera crónica, y no respetan los derechos de otros. En la forma más conspicua, recurren a la agresión contra sus compañeros (y en ocasiones, contra sus mayores) –acoso, inicio de peleas, uso de armas peligrosas, muestra crueldad contra personas o animales, e incluso abuso sexual (Morrison, 2015, p. 382).

e) Síndrome de Down, es un trastorno genético causado por la presencia de una copia extra del cromosoma 21 (o una parte de este), en vez de los dos habituales (trisomía del par 21), caracterizado por la presencia de un grado variable de retraso mental y unos rasgos físicos peculiares que le dan un aspecto reconocible. (Martínez, 2012, p.17).

En el apartado e de la clasificación que menciona Martínez cabe aclarar que el síndrome de Down también forma parte de la discapacidad intelectual, ya que el área intelectual se ve involucrada según el manual DSM-5.

Dificultades de Aprendizaje

- Trastornos de lenguaje,
- Afásicos: disartrias (problema motor del lenguaje), disfonía (proceso de fonación), tartamudeo (inversión fluida del acto de hablar).
- Trastornos del habla, dislalias, las diglosias, los retrasos del habla y las disfemias (Asorey, Fernández, 2014, p.137). buscar cita luz
- Trastornos de atención, atención insuficiente o atención excesiva.
- Trastornos de memoria, visual y/o auditiva (Martínez, 2012, p.91)

f) Superdotados y Talentos Especiales

- Talento Artístico, Manifiestan habilidad excepcional para las artes (música, dibujo, pintura, etc.), disfrutan con sus relaciones y dedican mucho tiempo a este tipo de actividades.
- Talento Social, Destacan considerablemente en habilidades de interacción social. Ejercen una influencia importante en el funcionamiento del grupo, en el que ejecutan liderazgo. Tienen a organizar los juegos y las tareas de los demás y son capaces de asumir responsabilidades no esperables para su edad.
- Talento Creativo, Producen gran número de ideas diferentes sobre un tema, ante un problema encuentra múltiples y variadas soluciones. Sus ideas y realización suelen ser originales y poco frecuentes. Ante planteamientos rígidos se manifiestan con actitud negativa.
- Talento Matemático, Destacan aptitudes intelectuales como el razonamiento lógico-analítico y formas de pensamiento visual y espacial. Muestran una

habilidad excepcional para el aprendizaje de las matemáticas. Su rendimiento escolar en el área de matemáticas es muy alto, puede llegar a sobresalir en el resto de las áreas.

- Talento Académico, son alumnos que no presentan características de las personas superdotadas, pero muestra capacidades para el aprendizaje relevantes. Son grandes consumidores de conocimiento y manejan una alta cantidad de información, No son muy creativos y tienden a reproducir los conocimientos adquiridos más que utilizarlos de manera diferente. (Martínez, 2012, pp. 92-93).

Con lo anterior se distingue cada necesidad en particular buscando así presentar las más destacadas, sin embargo, entiéndase que no se reduce la clasificación solo a los términos anteriores, si no que cualquier limitación física, mental, cultural o de contexto puede representar una necesidad educativa especial. Por otro lado, se esclarecieron conceptos de algunas citas de este capítulo según el manual DSM-5 y otros autores en las actualizaciones más recientes para el diagnóstico clínico.

2.2 Familia de personas con NEE

Hoy en día existen muchas formas de entender la complejidad y la significación de la familia desde las ciencias que estudian al hombre, así como también de sus relaciones con otros grupos. Al tratar de entender la construcción sociocultural de la familia inmediatamente llega a la mente que existen factores externos para su desarrollo como la política, la economía, la cultura y los cambios demográficos (esto está influenciado por el estado y la sociedad) y de factores internos como son los afectos, valores personales, conductas y los estilos de crianza

(de acorde a los aprendizajes preconcebidos de las personas que deciden formar una familia).

La familia tiene su origen o comienzo con la decisión de la elección personal y de la unión de dos personas que voluntariamente, legitima o ilegítimamente quieren establecer lazos conyugales y consanguíneos de mayor solidez, pero también cuando una sola persona decide vivir en responsabilidad, compartiendo el espacio, los recursos emocionales y económicos; establecer lazos de convivencia y protección hacia a otros familiares (hijos naturales, adoptados o anexos como otros familiares de primer grado o de segundo grado) para así poder interactuar y educar de acorde a sus sistemas de creencias, costumbres, valores, practicas, gustos personales e ideologías.

En la familia se identifica una estructura en la que cada uno de sus integrantes ocupa un lugar jerárquico y que tienen un rol específico (conductas específicas esperadas de un miembro de la familia) que en la interacción de todos sus miembros dan funcionalidad y la estabilidad a partir de un orden. Allí mismo se identifican relaciones de poder entre los cuidadores o padres que tendrán que dirigir el cuidado, la crianza y la educación de su progenie, así como también de proveer los recursos financieros para el sustento y la satisfacción de las necesidades biológicas y psicológicas dentro del hogar.

La estructura y los roles tienden a ser varios (estos pueden ser el del protector, proveedor, cuidador, el conciliador, etc.) y pueden modificarse o a cambiar de acorde a la etapa del ciclo de vida familiar en la que se encuentren o de los ajustes periódicos debido a eventualidades imprevistas como enfermedad, despidos, bajas de estudios, salida de un integrante por empleo y la muerte de alguno de sus miembros.

A la familia se le ha entendido como el grupo social primario que va a tener modificaciones y en el que el individuo adquiere una serie de aprendizajes en el caso de los hijos este se obtendrá por parte de sus cuidadores o responsables de crianza para su desarrollo en una etapa adulta.

Papalia, Duskin y Martorell (2012) aporta lo siguiente: Los seres humanos somos seres sociales. Desde el principio nos desarrollamos en un contexto social e histórico. Para un infante, el contexto inmediato normal es la familia, pero ésta se encuentra sujeta a influencias mayores y cambiantes del vecindario, la comunidad y la sociedad (p.10).

La familia es un elemento activo, nunca permanece estacionaria, sino que pasa de una forma inferior a otra superior, de igual manera que la sociedad evoluciona de un estadio a otro. La familia es un producto del sistema social y refleja su cultura (Valladares, 2008, p.4).

Conforme se va dando la vida de familia y en su caso cuando se ha buscado el criar hijos la estructura familiar se desarrolla y se transforma de acorde a las circunstancias específicas de las familias. Por ello es importante tener en cuenta a la familia como agente activo dentro del estudio de esta, además de considerar algunos factores externos como los cambios sociales.

A continuación, se presentan conceptos de familia y algunos tipos de familia a partir de las siguientes definiciones:

“La familia es concebida como un sistema relacional abierto en interacción dialéctica con otros sistemas, con cierta capacidad de autogobierno que le permite modificar como todo organismo activo, sus procesos vitales y adaptarse a las exigencias de los diferentes estadios de su propio desarrollo” (Andolfi, 1991, p.18)

Grupo de personas, relacionadas por lazos de sangre, matrimonio o adopción, que forman una unidad socioeconómica cuyos adultos son responsables de la crianza de los niños. Hay muchas formas diferentes de la familia, como pueden ser las familias reconstituidas, las familias monoparentales... hablar de “familias” en plural para conseguir esta diversidad (Guiddens y Sutton, 2015, p.152).

De acuerdo con Cervel (2005, citado por: Benzanilla y Miranda, 2013) menciona que “la familia es un sistema humano caracterizado por relaciones consanguíneas y de afectividad que facilitan el desarrollo de las personas que lo conforman haciendo posible la adquisición de habilidades psico-sociales” (p. 60).

Por su parte Benzanilla y Miranda (2013) argumentan que la familia es un grupo social primario en el que sus miembros se relacionan por vínculos de parentesco, de donde se derivan roles y jerarquías, partiendo del desempeño de ciertas funciones, se hace posible la formación de la persona mediante interacciones significativas hacia el interior del grupo, que permiten el desarrollo de las habilidades psicosociales, para que aquélla pueda integrarse a su sistema sociocultural y realice su existencia (p.69).

Una variante de familia más conocida en la mayoría de los países con influencia occidental es la familia nuclear. Papalia, Duskin y Martorell (2012) dicen que “La familia nuclear es una unidad domestica formada por uno o dos padres y sus hijos, sean biológicos, adoptados o hijastros” (p.11). Aunque más adelante se mencionara otras variantes de familia con ciertos rasgos que son mencionados por estos autores.

Actualmente y dentro del proceso de modernización social el modelo de familia nuclear se va reduciendo en su número de integrantes y tiende a tomar la decisión de buscar cuidadores para atender a sus hijos mientras los padres trabajan. La opción por el número de hijos surge del deseo de tener solo aquellos a los que puede atender bien. El trabajo de los adultos fuera de casa forza esta decisión. Los hijos, desde edades tempranas pasan parte del día en centros infantiles, lo que ha modificado la tradicional convivencia familiar. Como situación nueva aparece la necesidad de acudir a los propios padres-los abuelos- para atender a los nietos y así facilitar el trabajo de los padres (Valdivia, 2008, p.19).

De la anterior definición cuando se habla de que los padres se encuentran en dificultades para el cuidado de los hijos por razones laborales entran otras personas a encargarse del cuidado y las atenciones de estos recibiendo el nombre de cuidadores y pueden ser familiares como abuelos, tíos, hermanos mayores o personas ajenas al grupo familiar.

Las familias pueden consolidarse por medio del matrimonio religioso y legítimo de acorde a las leyes establecidas por lo que compromete el cumplimiento de ciertos aspectos y características en un vínculo que considera de mayor solidez en cuanto a la relación de pareja y la crianza de los hijos por los cumplimientos de contratos

establecidos. Por otro lado, está la concepción de unión libre la cual es definida por Valdivia (2008) de la siguiente manera: “La forman parejas que viven en común unidos por vínculos afectivos y sexuales, incluyendo la posibilidad de tener hijos, pero sin mediar el matrimonio” (p. 20).

Las familias extensas son aquellas “que abarcan tres o más generaciones y están formadas por los abuelos, los tíos y los primos. Subsisten especialmente en ámbitos rurales, aunque van perdiendo progresivamente relevancia social en los contextos urbanos” (Martínez, Estévez & Inglés, 2013, p.7). Las familias extensas carecen de reglas jerárquicas, también los roles se ven afectados ya que hay miembros de todas las edades y el conflicto entre generaciones es notorio.

La familia monoparental es una variante a lo establecido tradicionalmente de lo que debe ser la familia, de acorde a las nuevas configuraciones y ajustes en la estructura y dinámica encontramos una nueva forma de convivencia. “Familias monoparentales son el resultado del divorcio o separación, de la paternidad fuera del matrimonio o de la muerte” (Papalia, Duskin & Martorell, 2012, p. 332).

Así mismo encontramos que Rodríguez (2002) menciona que las familias monoparentales son aquellas que mayor atención han recibido en la literatura científica, centrándose fundamentalmente en las repercusiones que la separación o el divorcio tiene sobre los hijos. La ruptura de una pareja genera cambios personales, económicos, sociales y familiares que en los niños y adolescentes se han relacionado con una mayor probabilidad de presentar problemas psicológicos (citado por: Martínez et al. 2013, p.9).

Por otro lado, existe otra manera de vivir la familia monoparental en la que no solo tiene que ver la separación o divorcios y que consiste en la elección de los

individuos en el hacerse responsables por su propia cuenta de la crianza y educación de los hijos. Un ejemplo de ello son las mujeres que se le conoce como madres responsables, a lo que (Block 2000, citado por: Martínez, Estévez & inglés, 2013, p.11).) dice que “es otro tipo de monoparentalidad, que se ha hecho visible más recientemente, es el caso de las madres solteras por elección. Se trata de mujeres solteras que han optado por ser madres sin tener pareja estable”.

Dentro de la complejidad de este tipo de familia Valdivia (2008, p.19) hace un listado de la diversidad de la familia monoparental de la siguiente manera:

La monoparentalidad reviste hoy muchas modalidades.

Según la persona que la encabeza:

- Hombre
- Mujer

Según la causa de la monoparentalidad:

- Muerte de un miembro.
- Separaciones de larga duración: hospitalizaciones, encarcelamientos, emigraciones de uno de los conyugues.

Por separación según las diversas modalidades:

- Pactada con acuerdos firmes.
- Con desacuerdos y conflictos continuos.
- Abandono de un miembro.

Por origen:

- Buscada: Adopciones, embarazos en madres solteras, etc....
- No deseada: violaciones, embarazos accidentales.

Por naturaleza o edad de la madre:

- Personas adultas, o maternidades en límites de edad o por inseminación o adopción.
- Madres en plenitud fértil.
- Madres adolescentes.

Para Virginia Satir, existen cuatro características que definen si una familia es funcional o no. A continuación, se enlistan:

- Autoestima. Los sentimientos e ideas que el individuo tiene de sí mismo.
- Comunicación. Los métodos que utilizan las personas ideas a los demás.
- Reglas que rigen en la vida familiar. Las reglas que usan los individuos para normar cómo deben sentirse y actuar.
- Enlace con la sociedad. La manera de cómo la gente se relaciona con otros individuos e instituciones ajenas a la familia. (Satir, 2002, p.17-18)

La familia adoptiva comprende diversas características las cuales dependen considerablemente del móvil que llevo a adoptar a un integrante al núcleo familiar y para poder definirla es necesario conocer el concepto de adopción el cual se considera que es aceptar como hijo a un menor que “la adopción consiste en incorporar a una persona extraña en el seno de una familia” (Gamboa, 2016, p.7).

Cuando el deseo de formar una familia en donde por factores biológicos y físicos lo impiden, se puede dar una motivación para adoptar hijos, sin embargo, en la actualidad hay familias constituidas que se ven motivadas a adoptar a un nuevo miembro desamparado por su familia biológica. Estas razones son las que hacen tan diversas las características de las familias adoptivas. Por otra parte, debemos considerar también factores como la edad, la cultura de la cual proviene y el estado

de salud del miembro que es adoptado; en este punto es importante resaltar las dificultades a las que se puede enfrentar el nuevo miembro ya sea dentro de la familia o en su entorno, además de que existe otra variable como el tiempo, es decir, considerar si será una adopción temporal o definitiva.

Otro tipo de familia es la que se puede conformar a partir de los hijos de una primera familia. “La familia reconstituida como una estructura familiar en la que al menos uno de los miembros de la pareja aporta algún hijo fruto de una relación previa” (Espinar et al. 2003, En Gorell Barnes Thompson, Daniel y Burchardt, 1998 p.303).

En la actualidad los índices de familias mixtas o reconstituidas se han elevado pues estos están correlacionados con los divorcios. Cada vez más personas divorciadas y con hijos vuelven a contraer nupcias lo cual implica la constitución de una familia mixta. Una de las características principales de estas familias es el estrés que se ve relacionado al reajuste de los roles familiares, se considera que las principales afectadas son las mujeres que contraen nupcias con hombres que tienen hijos, pero el impacto no solo lo viven los padres si no también los hijos al adaptarse a nuevos roles y reglas familiares.

De los cinco tipos de familia descritos y conforme a sus características se puede considerar que son los modelos que se pueden encontrar dentro de las sociedades occidentales de tal forma se quiere resaltar que hay familias que tienen hijos con alguna discapacidad o que presentan alguna necesidad educativa especial en el campo educativo por lo que representa un reto para toda la estructura familiar, principalmente para los padres o responsables de estos por los cuidados y atenciones que un integrante con estas características requiere a nivel personal

durante su crianza y el cuidado requerido dentro del hogar; la instrucción académica, sus relaciones con el entorno, sus relaciones sociales, etc.

La familia que tiene un miembro con discapacidad no tiene por qué diferenciarse aparentemente de las familias que no la tienen, sin embargo, cuentan con necesidades características diversas según el grado o tipo de discapacidad que presente un familiar. Al igual que todas las familias tener bases sólidas dentro del núcleo familiar determinaran el impacto y afrontamiento para el futuro de esta. Por estas razones no se cataloga el constructo “familia con discapacidad”; sin embargo, se plantean características propias del proceso que vive una familia cuando un miembro presenta una necesidad especial.

Por lo anterior se infiere que el diagnóstico de un integrante de la familia impacta emocionalmente en los demás miembros, especialmente en los padres o cuidadores, que son los que asumen la responsabilidad de estos.

Se podrá hablar y tratar de entender el término discapacidad, trastorno y deficiencia en relación con el diagnóstico de algún integrante de la familia, pero poco es el apoyo a los padres de familia que cargan con el estigma social y la responsabilidad física de estos. Así pues, en la mayoría de los casos existen integrantes de la familia diagnosticados en la primera infancia donde pueden surgir creencias irracionales, culpas, complejos, así como sentimientos de desesperanza que pueden desencadenar tendencias depresivas al no contar con las ayudas necesarias para afrontar estas situaciones.

Algunas de las propuestas que surgen para mejorar la calidad de vida de las familias que tienen un integrante con discapacidad son las siguientes:

Que las familias dispongan de formación adecuada a sus necesidades.

- Que las posibilidades de las familias de disponer de tiempo personal aumenten.
- Que las posibilidades de las familias de conciliar su vida familiar y laboral aumenten.
- Que los profesionales y las asociaciones cuenten con los apoyos necesarios para que lleven a cabo las actividades con familias del programa.
- Que las entidades dispongan de información sobre el servicio de apoyo a las familias y su implementación. (Benítez & González, 2012 p.16)

Reforzando lo anterior podemos considerar tres aspectos importantes que se obtienen de un movimiento de apoyo a familias con integrantes diagnosticados con una discapacidad mediante ciertas actividades que realizan, algunas familias experimentan mayor calidad de vida cuando:

- Se satisfacen las necesidades familiares.
- Los miembros de la familia disfrutan de la vida familiar.
- Los miembros de la familia tienen oportunidades de buscar y lograr objetivos que son significativos para ellos. (Benítez & González, 2012 p. 17)

Consideremos también que estas necesidades son particulares para cada familia no solo dependiendo de su estructura sino también de las propias necesidades y demanda del diagnóstico que tenga el integrante de la familia.

Finalmente, al hablar de familia, como ya se ha visto se conoce que tiene una estructura, roles, una dinámica y estilos de crianza en base a valores, creencias, ideologías, comportamientos, el tipo de comunicación, etc. En este apartado se ha hecho mención de que existe diferentes tipos de familias y por lo tanto queda claro que no todas entran dentro de una sola construcción social, lo anterior lleva replantear de qué tipo de familia se está hablando para así entenderla o estudiarla. Asimismo, retomando el tema de las NEE en las familias permite esclarecer que existen herramientas personales y familiares; psicológicas y pedagógicas para padres e hijos favoreciendo un desarrollo óptimo en la crianza y cuidados de algún miembro para buscar el equilibrio y la funcionalidad dentro ella.

2.3 Procedimientos y servicios para la atención de las necesidades educativas especiales

Como se ha expuesto las NEE se van a enfocar al alcance de los aprendizajes necesarios para el desarrollo personal, intelectual y social de los alumnos a partir del ajuste, la adaptación, la mejoría y la implementación de pedagogías adecuadas; no olvidando el currículo educativo para hacer las adaptaciones y elegir las ayudas pedagógicas pertinentes de acorde a las especificaciones y necesidades de cada alumno.

Para trabajar las NEE con los alumnos se deberá ser consciente de la integración de la atención psicológica clínica y educativa al campo de la educación para acompañar el proceso de aprendizaje en los alumnos, así también esta se enfoca en la capacitación u orientación del personal docente como también de las familias de los alumnos identificados con alguna NEE.

En este contexto, para entender los procedimientos de intervención de las NEE es necesario tener presente el objetivo de la educación inclusiva.

El concepto de inclusión nace justamente a partir de que los sistemas educativos de muchos países se han preocupado por atender a la diversidad de alumnos ofreciendo respuestas educativas específicas desde un planteamiento global de trabajo en la escuela y en el aula; por ello, se define como escuela inclusiva a aquella que ofrece una respuesta educativa a todos sus alumnos, sin importar sus características físicas o intelectuales, ni su situación cultural, religiosa, económica, étnica o lingüística. Así entonces, la educación inclusiva no es otro nombre para referirse a la integración de los alumnos que presentan discapacidad, más bien implica identificar e intentar resolver las dificultades que se presentan en las escuelas al ofrecer una respuesta educativa pertinente a la diversidad; implica promover procesos para aumentar la participación de todos los estudiantes, independientemente de sus características, en todos los aspectos de la vida escolar y, con ello, reducir su exclusión; la inclusión implica reestructurar la cultura, las políticas y las prácticas de las escuelas para que puedan atender a la diversidad de los alumnos de su localidad (Teutli, Escandón y Puga, 2006, p. 16-17).

Lo anterior pone de manifiesto que la educación que se dé dentro del aula debe incluir a chicos y chicas identificados con alguna NEE en una sana convivencia con profesores, personal y alumnos regulares que no presentan alguna dificultad en el proceso de enseñanza aprendizaje.

Los procedimientos de intervención deberán tener presente la inclusión para poder lograr los objetivos de aprendizaje a nivel cognitivo, emocional, conductual y social de acorde a las generalidades y a las particularidades de cada alumno. La

condición social incluye al grupo familiar (padres o cuidadores) que son los encargados de reforzar de manera constante lo establecido y lo enseñado en la institución.

De acorde a la clasificación y tipos de NEE se planificará el tipo de intervención y evaluación psicopedagógica para cada a uno de los alumnos identificados dentro de las aulas. “Es necesario reconocer cuales son las necesidades específicas de cada alumno, sobre todo aquellos que presentan alguna discapacidad o talento especial” (Martínez, 2012, p.101).

En un primer momento para poder intervenir en un proceso de atención de alguna NEE se debe hacer la identificación del sujeto a partir de la observación en el aula de enseñanza regular en el caso de que no exista un diagnóstico o de que no se tenga identificada alguna discapacidad o aptitud sobresaliente en específico por parte de maestros y profesionistas de apoyo. Esta también se puede hacer en centros especializados para atender NEE. Por otro lado, pueden existir dentro del aula alumnos ya identificados desde el momento en que son inscritos a las instituciones educativas, estos mismos pueden traer de sus anteriores escuelas planes de trabajo y los alcances obtenidos más no deben ser desatendidos.

Lo que se pretende al observar dentro del aula puede ser entendido desde el punto de vista de Díaz (2010): Al observar lo que el sujeto es, se busca conocer por medio de su estructura morfológica y del sistema nervioso si presenta alguna alteración que influya en su comportamiento, que le permita al psicólogo entender la importancia de conocer e investigar por medio de la observación sistemática el proceso de maduración y desarrollo del sistema nervioso como elemento básico para que se manifieste el ser humano y que la alteración de ese sistema nervioso origina. (p. 27)

Al realizar la observación se puede tener un poco más claro el panorama y se pueden visualizar cuáles pueden ser las herramientas psicológicas y pedagógicas para poder detectar las NEE de los alumnos.

En primera instancia, para comenzar una evaluación psicopedagógica se debe tener presente el involucramiento de la familia y de los profesores que mantienen un contacto directo con el alumno a valorar ya que estos proporcionarán algunos datos a partir de entrevistas que llevarán a tener una noción más clara de la situación.

La evaluación psicopedagógica es aquella que vendrá después de la detección de alumnos dentro de las instituciones educativas. Esta se puede hacer dentro de los centros educativos o en instituciones especializada del sector salud en atención a la salud mental ya sean públicos o privados. En estos espacios se les aplica una batería de pruebas estandarizadas de acorde a la edad y a las especificaciones ya remitidas por parte de las instituciones educativas teniendo en cuenta los antecedentes de desarrollo y la situación actual. Posteriormente se hacen las evaluaciones y se determinan los posibles diagnósticos para implementar estrategias y planes de intervención. Esta valoración deberá tenerse siempre presente dentro del proceso de enseñanza aprendizaje para poder ajustar el currículo a los ritmos y necesidades de cada alumno.

En el contexto de la integración educativa la evaluación psicopedagógica debe concebirse como un proceso de aporte de información útil principalmente para los profesores de educación regular, quienes podrán así orientar sus acciones para satisfacer las necesidades educativas de sus alumnos (García, et al. 2009, p.89).

Después de elegir las pruebas pertinentes a cada caso y de aplicarlas se procede a la calificación e interpretación de los resultados para finalmente llevar a cabo la redacción de un informe de resultados, este último debe ser mostrado a los padres de familia y a los profesores para dar recomendaciones, comprometer, establecer, iniciar y continuar con un proceso de intervención con sus hijos y alumnos según sea el caso. Así dentro de este proceso se resolverán las dudas que puedan surgir. En algunos casos puede hacerse saber a los hijos o alumnos los resultados, así como la situación en la que se encuentran de acorde al grado de conciencia para dimensionar su rendimiento de manera que se pueda potencializar las habilidades y cualidades en el ámbito escolar.

Así pues, en lo que se refiere a la entrega de resultados se deberá evitar caer en la etiqueta diagnóstica a pesar de que se recurra en los criterios diagnósticos de los manuales de evaluaciones psicológicas para no incidir en la propuesta de la inclusión y de las reformas educativas actuales.

Con respecto a la intervención de personas con NEE desde una etapa temprana del proceso de desarrollo se encuentra la siguiente definición del libro Blanco de la Atención Temprana de España y que puede dirigir los procesos de intervención de toda NEE con el apoyo de un equipo de especialistas:

Se entiende por Atención Temprana al conjunto de intervenciones, dirigidas a la población infantil de 0-6 años, a la familia y al entorno, que tienen por objetivo dar respuesta lo más pronto posible a las necesidades transitorias o permanentes que presentan los niños con trastornos en su desarrollo o que tienen el riesgo de padecerlos. Estas intervenciones, que deben considerar la globalidad del niño, han de ser planificadas por un equipo de profesionales de

orientación interdisciplinar o transdisciplinar (Federación Estatal de Asociaciones de Profesionales de Atención Temprana, 2005, p.12).

De la definición anterior se expondrá el caso de una niña de nivel preescolar que manifestaba problemas de conducta que repercutían en su desempeño escolar y en la interacción social con sus compañeros. Se elaboró un marco de integración educativa desde el trabajo a la atención de las necesidades educativas especiales en donde se involucró a la profesora del aula del jardín de niños y a su madre. Es de importancia aclarar que con este ejemplo se debe resaltar que la intervención en este caso no estuvo relacionada con alguna discapacidad sino a una manifestación conductual anómala para la adaptación de la niña a su entorno escolar. En este caso se habla de una NEE transitoria.

En 2005, Hernández realizó un estudio de intervención con el caso de una niña que provenía de una familia de padres separados por acuerdo. La madre era su cuidadora de tiempo completo, el padre estaba al pendiente de ella y mantenía una buena relación con la madre. Dentro de su historia de desarrollo su madre no refirió haber presentado complicaciones en el embarazo o en el parto. Es a partir de los tres años de edad que comienza a manifestar problemas de conducta dentro de las instancias por las que paso y es hasta el segundo grado de preescolar cuando se le sugiere a la madre trabajar el aspecto conductual. Se observó que arrebatava los materiales a sus compañeros, empujaba a sus compañeros, ocupaba un lenguaje poco apropiado y se le observaba aislada en el área de los juegos de su escuela (p. 8). Este estudio de caso se dividió en tres fases:

- FASE I OBTENCIÓN DE LA INFORMACIÓN: que se obtuvo por la observación directa y por entrevistas. Cuando se concentró la suficiente

información se diseñó una estrategia de intervención que involucró a su madre, maestra y compañeros.

- FASE II INTERVENCIÓN EN TRES EJES ANALITICOS: que son el sujeto, en el contexto familiar y en el contexto escolar
- FASE III SEGUIMIENTO DEL CASO.

Retomando la fase II INTERVENCIÓN EN TRES EJES ANALITICOS se encuentran:

- El Nivel Personal. Se brindó atención psicológica debido a que el comportamiento de la niña era una manera de manifestar la necesidad de atención ante la situación de separación de sus padres. Se trabajó la técnica del dibujo, aplicación de entrevista, “se trabajaron los siguientes aspectos: su autoconcepto, autoestima y aceptación propia, la separación de los padres y se reforzó la imagen de su familia.
- A Nivel Escolar se hicieron las adecuaciones pertinentes al currículo y a las metodologías elaborando un programa para la modificación de conducta dentro del aula.
- A Nivel Familiar se trabajó con la madre quien desde un principio solicitó que no participara el padre (este fue enterado del proceso de intervención). La madre se comprometió a seguir trabajando con el modelo de modificación de conducta ya comenzado en la escuela y por otra parte trabajó en su persona bajo asesoría psicológica algunas situaciones como culpas por la separación con su pareja, identificación de maltrato hacía su hija, comunicación con su hija, el trabajar la relación con su hija y mejorar la relación mediante un mayor acercamiento emocional.

El tiempo de intervención de este caso fue de cuatro meses en donde se recabo información de la madre y de la niña dos veces al mes, se mantuvo comunicación por teléfono con la madre. Por otro lado, la profesora se dedicó a observar sus comportamientos una vez por semana.

En conclusión, después de implementar el programa de intervención el comportamiento de la menor fue mejorando en la escuela y se observó que podía mostrar tolerancia en sus relaciones, mejoró la comunicación con sus compañeros, en su familia acepto que sus padres ya no vivían juntos y se ajustó a los cambios que hizo su madre como fueron la democracia para la obtención de ciertas cosas, además de que se le ajustaron las reglas para obtener premios y evitar sanciones ante ciertos comportamientos. Su madre modifico aspectos que no favorecían el desarrollo de la menor y opto por asumir la paternidad basada en la tolerancia.

Con el caso anterior se constata que para obtener mejoras en los casos de los chicos y chicas que presentan NEE transitorias o permanentes es necesario planear procesos integrales dentro y fuera de la escuela.

Por otro lado, contextualizando la parte del apoyo, la vinculación y la atención de las NEE en base a la educación inclusiva, existen centros y unidades de servicios especializados.

Dentro del sistema educativo mexicano en atención a mejorar la labor de la enseñanza y en cuanto al tema de la educación especial, se han creado espacios que brindan servicios dentro y fuera de las áreas de la educación regular favoreciendo la inclusión de alumnos niños y jóvenes que presentan dificultades para adquirir conocimientos o para ayudar a potenciar aptitudes sobresalientes, por lo

que, estos se plantean las adecuaciones necesarias al currículo, buscan los métodos apropiados y se valen de las ayudas pedagógicas oportunas.

Son los servicios de educación especial encargados de apoyar el proceso de integración educativa de alumnas y alumnos que presentan necesidades educativas especiales, prioritariamente aquellas asociadas con discapacidad y/o aptitudes sobresalientes, en las escuelas de educación regular de los diferentes niveles y modalidades educativas. Estos servicios promueven, en vinculación con la escuela que apoyan, la eliminación de las barreras que obstaculizan la participación y el aprendizaje de los alumnos, a partir de un trabajo de gestión y de organización flexible, de un trabajo conjunto y de orientación a los maestros, la familia y la comunidad educativa en general (Teutli, Escandón y Puga, 2006, p. 37).

Los servicios de educación especial en México se dividen en servicios de apoyo, servicios escolarizados y servicios de orientación; cada uno cumple un papel importante dentro del proceso educativo. A continuación, se mencionará cuál es su función y cómo se encuentran por su nombre.

Los servicios de apoyo:

“Son los encargados de apoyar el proceso de inclusión educativa de alumnos con necesidades específicas que requieren de mayores apoyos educativos, en las instituciones de educación inicial y las escuelas de educación regular” (Romero, 2014 p. 21).

Dentro de estos servicios se encuentran el Centro de Atención Psicopedagógica de Educación Preescolar (CAPEP) y la Unidad de Servicios de Apoyo a la Educación Regular (USAER), este último se encuentra en el nivel primario y secundaria.

Los servicios escolarizados:

“Tienen la responsabilidad de escolarizar a aquellos alumnos que presentan discapacidad severa, múltiple, trastornos generalizados del desarrollo, o que por la discapacidad que presentan, requieren de adecuaciones curriculares altamente significativas de apoyos generalizados y/o permanentes” (Romero, 2014 p. 21).

A los servicios escolarizados se les conoce por el nombre de Centro de Atención Múltiples (CAM) en los cuales se atiende a niños y jóvenes que no logran ajustarse a escuelas regulares brindándoles la oportunidad de poder cursar el nivel preescolar, primaria y secundaria; también se encuentra con el nombre de Centro de Atención Múltiple Laboral (CAM Laboral) ya que también se capacita a jóvenes para poder laborar en industrias o se capacita en talleres para ayudar a sus destinatarios a ser económicamente independientes.

Servicios de Orientación:

Ofrecen información, asesoría y capacitación al personal de educación especial, inicial y básica a las familias y a la comunidad sobre opciones educativas y estratégicas de atención para los alumnos con necesidades educativas que requieren de mayores apoyos educativos. Así mismo ofrece orientación sobre

materiales específicos para dar respuesta a las necesidades de dichos individuos (Romero, 2014 p. 21).

Los nombres de las instancias que brindan los servicios de orientación son el Centro de Recursos e Información para la Integración Educativa (CRIE) y la Unidad de Orientación al Público (UOP).

La Dirección General de Bachillerato (2018) señala que hay educación a nivel bachillerato para personas con discapacidad por parte de la Dirección General de Bachillerato (DGB). Esta educación se brinda en los Centros de Atención para Estudiantes con Discapacidad (CAED) en donde no hay un tiempo fijo para terminar, no tiene importancia la edad, los equipos y los materiales se adaptan a los alumnos, se brindan asesorías de carácter especializada, etc.

Finalmente se debe mencionar que estos servicios son de gran apoyo a la población que presenta alguna discapacidad o que necesitan de una atención más específica. Así también se tiene presente que estas atenciones se pueden complementar con la labor de otros centros independientes o asociaciones civiles que trabajan el tema de la educación especial.

CAPITULO III

ENFOQUE COGNITIVO CONDUCTUAL

3.1 Fundamentos teóricos del Modelo Cognitivo Conductual

Durante la evolución del estudio de la disciplina psicológica se ha referenciado cada perspectiva desde lo llamado modelo psicológico, lo cual permite que toda la información obtenida durante los procesos sea objetiva, es decir que tenga una guía específica que propicie la adecuada recolección de datos y que las aplicaciones de las herramientas psicológicas cumplan con lo que el proceso de intervención requiere para ser exitoso. Cada modelo psicológico cumple con características que buscan adecuarse a cada individuo y situación, por lo que en este capítulo se hará referencia del modelo cognitivo conductual como medio de intervención para este proyecto.

El Modelo Cognitivo Conductual se constituye de dos variables el pensamiento (cognición) y comportamiento (conducta), respectivamente cada variable tiene su origen en otros modelos psicológicos, pero que en conjunto residen como un solo modelo.

El termino cognición se utiliza aquí en un sentido amplio que incluye ideas, constructos personales, imágenes, creencias, expectativas, atribuciones, etc. En este sentido amplio, este término no hace referencia únicamente a un proceso intelectual sino a patrones complejos de significado en los que participan emociones, pensamientos y conductas (Feixas y Miró, 1993 p.208).

Al surgir de otros modelos psicológicos, se puede decir que posee cuatro pilares básicos: Aprendizaje Clásico, Aprendizaje Operante, Aprendizaje Social y Aprendizaje Cognitivo. Cabe resaltar que el modelo cognitivo conductual se basa en la teoría del aprendizaje para comprender y explicar cómo se adquieren las conductas y las creencias en las primeras etapas del desarrollo.

Según Caro (1997 citado por: Hernández 2013) plantea que:

La realidad la crea la persona a partir de su individualidad percepción de los estímulos que alcanza o desea percibir y que la recepción, acomodo, procesamiento y utilización de toda la información, está siempre mediada por patrones que el individuo ha desarrollado a lo largo de la vida y que son independientes de las situaciones del exterior, las cuales pueden influir, pero no determinar la respuesta final (p. 3).

Lo cual nos lleva a determinar que las creencias que cada individuo posee son las generadoras de ciertas sintomatologías que a lo largo de la vida se presentan, por tanto, si se cambia el esquema de pensamiento (cognición) se podrán modificar ciertas conductas, así como pensamientos aislados o bien sentimientos que producen también malestares en la persona.

Para Ellis “un pensamiento irracional es todo aquél que conduce a consecuencias (emotivas, de pensamiento o conductas), disfuncionales, contraproducentes o destructivas y por ende interfieren en el desarrollo del individuo” (citado por: Hernández 2013 p.6).

La búsqueda de información que propicie a la integración de los factores internos y externos del sujeto se debe guiar de los siguientes tres supuestos: El primero contempla la evaluación cuidadosa del caso, se refiere al momento de formular hipótesis explicativas acerca de los problemas que trae la persona y trazar los objetivos del tratamiento. Esas hipótesis conducen a la segunda fase, la intervención propiamente dicha, vale decir, el empleo de técnicas terapéuticas orientadas al logro de objetivos planteados. Finalmente, la tercera fase, el seguimiento, consiste en la evaluación de la aplicación de programa terapéutico y la realización de los ajustes necesarios para el mantenimiento de los cambios. (Minici, Rivadeneira, Dahab, 2001 p.4)

Si bien el modelo cognitivo conductual es desarrollado desde décadas pasadas es uno de los modelos que ha generado diversas líneas de investigación que propician nuevas técnicas y métodos de intervención convirtiéndose en flanco de señalizaciones en cuanto a su efectividad como se mencionó en el capítulo anterior, sin embargo, es uno de los métodos contemporáneos más utilizados y con respuestas favorables en su intervención.

3.2 Antecedentes Históricos

El Modelo Cognitivo Conductual tiene influencia desde los supuestos teóricos del inconsciente representado por el psicoanálisis argumentando que todas las conductas provienen de un pensamiento, posteriormente surge el conflicto que se crea entre el conductismo y el ya mencionado, pues la carencia de un método científico llevó a esta confrontación, de esta forma, el conductismo se opone a los supuestos psicoanalíticos, sin embargo, tampoco cubre con las exigencias que en esos momentos se presentaban.

Sin embargo, los terapeutas cognitivos mencionan como referente histórico al estoicismo basándose en lo expuesto en el Enchiridion de Epicteto (siglo 1 d.C.) “No son las cosas mismas las que nos perturban, sino las opiniones que tenemos de esas cosas.” (Figueroa, 2002 p. 1).

Pero las discrepancias que surgen de la falta de resultados del modelo conductual y psicoanalítico junto con la aparición de las nuevas tecnologías como lo fueron los ordenadores procesadores de información y los nuevos estudios de la lingüística, así como los primeros trabajos de investigación del desarrollo de las estructuras y procesos de aprendizaje dirigidos por Jean Piaget, abrieron paso a la aparición de la psicología cognitiva.

Para Hernández y Sánchez (2007 citado por: Hernández 2013) se empieza a:

Retomar la importancia de los procesos de pensamiento del individuo, pero con la diferencia de la utilización del método científico en cuanto a observable, medible y repetible, y contraponiéndose a una parte del conductismo y del mismo psicoanálisis al darle importancia al individuo como un ser activo, no dominado por un impulso o un estímulo, sino más bien como alguien capaz de influir en su propia realidad y transformarla de cierta manera a voluntad (p. 2).

También cabe destacar que se inició una tendencia en el Enfoque Conductista la cual fue propiciada por Bandura en la cual se ve la aceptación de un determinismo recíproco entre el organismo y su entorno, dejando ya de lado el determinismo ambiental de los conductistas clásicos y la postulación de procesos básicos de cambio conductual que implican mecanismos centrales de tipo cognitivo- simbólico (Feixas y Miró, 1993 pp. 212, 213).

El surgimiento del enfoque cognitivo se da partir de los estudios de diversos autores que tenían en común la función de los procesos mentales, así se desprenden los principios formales de las terapias cognitivas. Nombrando a autores como Kelly, Ellis y Beck, así como otros desarrolladores de teorías cognitivas. De esta forma con la tendencia en otros enfoques tocaron la cúspide siendo desarrolladas por autores independientes y junto con las aportaciones futuras que otros enfoques proporcionaron terapias cognitivas para dar paso al enfoque cognitivo conductual.

3.3. Principales exponentes del modelo cognitivo-conductual

Como en otros modelos psicológicos el modelo cognitivo conductual está sustentado en base a investigaciones científicas y en la práctica de conocimientos construidos de ciertos autores para abordar temas relacionados con el comportamiento humano que se ven en la terapia con relación consigo mismas, como se percibe el mundo y la visión del futuro teniendo presente que ciertos pensamientos pueden generar malestar emocional y conductas poco adaptativas ocasionando psicopatologías.

A continuación, se mencionará a los principales exponentes de este modelo y sus aportes en relación a los procesos cognitivos que llevan a manifestar conductas y emociones. Estos son: George Kelly, Albert Ellis y Aaron Beck.

George Kelly teórico cognoscitivo el cual abordó una teoría de la personalidad diferente a las demás en base al concepto de lo que es un constructo como un significante de algo. “En nuestros esfuerzos por entender el mundo, desarrollamos constructos que actúan como hipótesis que hacen a este significativo para nosotros” (Engler, 1996, p. 407).

Al respecto Engler (1996) refuerza la idea afirmando: En nuestros esfuerzos por entender al mundo, desarrollamos constructos o patrones que lo hacen significativo para nosotros. Vemos al mundo “a través de patrones o plantillas transparentes” de nuestra propia creación. Es como si cada persona pudiera percibirlo solo a través de lentes para el sol de su propia elección. Ningún constructo o patrón es definitivo o un reflejo perfecto del mundo. Siempre hay un constructo alternativo que podría servir mejor para explicar los hechos que percibimos. Por tanto, nuestra posición en el mundo es de alternativismo constructivo, ya que cambiamos o revisamos nuestros propios constructos para entenderlo con mayor precisión (p.408).

Albert Ellis con su aporte teórico de la terapia racional emotiva (TRE) fundamentándose en la filosofía estoica con la premisa de que las personas no son perturbadas por las cosas que suceden, sino más bien por la percepción que tienen de ellas propone su modelo de terapia como una teoría de la personalidad que lleva al conocimiento y al cambio de pensamientos, conductas y emociones de las personas. Al estudiar sus aportes se debe tener en cuenta que son los pensamientos o creencias de el origen de sus malestares emocional de las personas, a estos pensamientos, se les conoce como pensamientos automáticos o irracionales.

Engler (1996) menciona además: Las personas de todas las edades tienen numerosos pensamientos irracionales, sentimientos inadecuados y conductas disfuncionales que se inclinan en socavar su potencial. Los individuos nacen con una propensión distintiva a realizar conductas autodestructivas y aprenden, por medio del conocimiento social, a exacerbar en lugar de minimizar dicha propensión. No obstante, tienen una capacidad considerable para entender que lo que creen de forma insensata puede estar causando angustia y entrenarse a sí mismos para cambiar sus creencias, emociones y conductas autosaboteadoras (p.429).

El aporte que aclara lo anterior se basa en la teoría del ABC de la personalidad en donde A es un evento activador, B son las creencias que se generan o surgen a partir del evento activador y C es la consecuencia emocional. Estos elementos son debatidos por el terapeuta para caer a la parte racional de las cosas y se agrega la letra D.

“El principio básico de la teoría de la terapia racional emotiva es que los malestares emocionales, que se distinguen de los sentimientos de pensar, arrepentimiento, enfado y frustración, son causa de creencias irracionales” (Engler 1996, p. 431).

La propuesta de Aaron Beck fue la terapia cognoscitiva en la cual se enfatiza la manera de pensar o cogniciones de las personas “está basada en una teoría de la personalidad que sostiene que la manera en que se piensa está en gran medida determinada en gran parte por la forma en que el individuo siente y se comporta” (Wessler, 1986, p. 5 citado por: Engler, 1996). Los conceptos más sobresalientes en su teoría son los esquemas cognitivos en donde están las creencias y las formas de percibirse y de ver el mundo de las personas, mismos que se van formando desde etapas tempranas de la vida; otro concepto es el de las distorsiones cognitivas que son fallos en la manera de pensar ante eventos perturbadores, otros conceptos son el de las dimensiones de sociotropía y autonomía como maneras de conducta. El aporte que se rescata en la teoría de Beck y que es más conocido es el de la triada cognitiva en el que se tienen tres referentes para que un sujeto pueda estar ubicado en un estado de conciencia de sí mismo, del mundo y del futuro.

3.4. Técnicas del enfoque

Como en otros modelos psicológicos el enfoque Cognitivo Conductual tiene sus propias técnicas para ser empleadas durante un proceso terapéutico siendo seleccionadas por un terapeuta según los objetivos de un proceso terapéutico. A continuación, se expondrán las siguientes técnicas en relación con su categorización como técnicas conductuales, técnicas emotivas y técnicas cognitivas según Ruiz, Díaz, Villalobos y Paz (2012):

Técnicas conductuales.

“Estas técnicas permiten que el paciente inicie acciones que le ayuden a reducir los pensamientos obsesivos, modificar actitudes poco adecuadas y obtener sentimientos de bienestar” (p.384).

- a. Programación de Actividades: Es una de las estrategias terapéuticas más importantes en Terapia Cognitiva. Durante la sesión, terapeuta y paciente van programando las actividades diarias que realizará el paciente, utilizando una jerarquía de tareas según la dificultad percibida por éste. Puesto que un objetivo fundamental es que el paciente se perciba capaz de controlar su tiempo y realizar algunas actividades, el programa que se establezca ha de ser realista para que pueda llevarlo a cabo y obtener pruebas a favor de su capacidad.
- b. Role-playing: En la aplicación de esta técnica se presenta una especial atención a los pensamientos automáticos de los pacientes (...) se suele llevar a cabo durante las sesiones, mediante ensayo de conducta o modelado con el terapeuta. Se trata de realizar con esta técnica experimentos en los que

comprobar o refutar las hipótesis planteadas con relación a sus creencias ante una acción o interacción determinada.

c. Técnicas de afrontamiento: Además de las anteriormente indicadas se utilizan otras muchas técnicas conductuales según el trastorno objeto de tratamiento, aunque siempre con el objetivo de modificar los pensamientos disfuncionales.

- Técnicas de Afrontamiento: Se utilizan, por ejemplo, para aliviar las dificultades de sueño que suelen presentarse en los trastornos de ansiedad y depresión. Incluye reducir los estímulos que interfieren en el sueño e incrementar los que lo inducen (e.j. no tomar café por la tarde/noche, no trabajar o realizar actividades estimulantes, tratar de ir a la cama a la misma hora, hacer ejercicios de relajación antes de acostarse o en la cama, evitar rumiaciones sobre problemas o preocupaciones que han ocurrido durante el día, tratar de alejarlos con distracciones sobre acontecimientos agradables, etc.).
- Relajación como Estrategia de Coping. Es decir, utilizar la relajación para poder reducir la ansiedad que interfiere con el afrontamiento adecuado de una situación en particular.
- Exposición Graduada a las situaciones temidas o evitadas, fundamentalmente en pacientes con problemas de ansiedad. La exposición se puede realizar mediante Desensibilización Sistemática en la imaginación, o exposición in vivo, estableciéndose previamente la jerarquía de situaciones según el nivel de dificultad.
- Control de la Respiración o Técnicas de Hiperventilación. Se utiliza especialmente en el trastorno de pánico o ante síntomas somáticos amenazantes como ocurre en los problemas de agorafobia. Se utilizan también cuando la relajación resulta difícil de aplicar.
- Entrenamiento Asertivo: que permita poner en práctica las estrategias entrenadas para manejar adecuadamente en situaciones o ante personas que producen ansiedad. Incluye ser capaz de decir “no”, expresar opiniones, realizar preguntas o pedir ayuda. (p. 384-385).

Técnicas emocionales

Las siguientes técnicas son las emotivas y estas son empleadas cuando una persona necesita regular sus emociones o para hacer contacto con ellas con relación a sus pensamientos y así poder sentirse de una manera más asertiva o inteligente. Ruiz, Díaz, Villalobos y Paz (2012) mencionan que:

Se utilizan inicialmente por el terapeuta durante las sesiones, y en ellas se entrena al paciente para que las use en su medio natural cuando sienta que la emoción es demasiado elevada y necesite controlarla. Beck menciona algunas de las que pueden ser útiles con pacientes depresivos:

- a. Inducción de Autocompasión. Se utiliza excepcionalmente con algunas personas cuando no pueden llorar y necesitan hacerlo (...).
- b. Inducción de Cólera Controlada. Se trata de señalar aspectos de la experiencia o la situación que puedan provocar cierto enfado con la vida, personas o situaciones. El sentimiento de enfado es útil para reducir la profunda tristeza que se puede sentir en un momento determinado (...).
- c. Distracción Externa. Ver la T.V., llamar por teléfono, leer un libro, etc., son formas de distracción que sirve para aliviar los sentimientos de tristeza, angustia o ansiedad. Igualmente, el paciente puede concentrarse en algún aspecto del medio y poner en juego el mayor número posible de modalidades sensoriales (vista, oído, gusto, tacto...) y mantener la distracción hasta que se reduzca el malestar.
- d. Hablar de forma limitada de los sentimientos. Otro procedimiento para reducir el sentimiento de tristeza es procurar no estar hablando permanentemente de sus sentimientos con las personas de su alrededor, puesto que la expresión continua del malestar hace que el sentimiento se mantenga y se intensifique el recuerdo que provoca la expresión verbal constante.

- e. Evitar verbalizaciones internas catastróficas o de incapacidad del tipo “no puedo soportar tanto sufrimiento” ayuda a aliviar el sentimiento de tristeza, dado que estas verbalizaciones incrementan la percepción de incapacidad y catastrofismos. El paciente ha de intentar sustituir estos comentarios por otros que resalten su fortaleza para soportar el sufrimiento y que le permitan incrementar su tolerancia a la frustración y al dolor.
- f. Análisis de responsabilidad. Para reducir los sentimientos de culpa, frecuentes en los pacientes depresivos, es conveniente analizar con todo detalle las razones que se da al paciente para sentirse responsable de la conducta de los otros (...) (p. 386-387).

Técnicas cognitivas

Este tipo de técnicas tienen el fin de poder detectar y trabajar pensamientos negativos o distorsionados. Para trabajar estos pensamientos hay dos procesos que son los autorregistros y el descubrimiento guiado. Ruiz, Díaz, Villalobos y Paz (2012) los entienden de la siguiente manera:

- a. Los autorregistros se utilizan desde las fases iniciales para recoger información sobre el estado emocional del paciente a lo largo del día y conocer ante qué situaciones, personas o conductas se incrementa o disminuye el malestar, así como para analizar el grado de dominio y agrado de las actividades que llevan a cabo (...) Tienen una doble utilidad: permiten obtener información detallada de lo que le ocurre al paciente a lo largo de la semana, y sirven de línea base para comparar los cambios posteriores (p.387).
- b. Descubrimiento guiado
“Hace referencia al proceso de ayudar al paciente a alcanzar nuevas perspectivas que desafíen sus creencias disfuncionales mediante el cuestionamiento socrático” (p.389).

En el descubrimiento guiado se emplea el cuestionamiento socrático en el que el terapeuta va a guiar una serie de preguntas y el paciente contestará y obtendrá sus razonamientos. Las siguientes preguntas son un ejemplo del cuestionamiento: ¿Cuál es la evidencia a favor o en contra de estos pensamientos? ¿Cuáles son las formas alternativas de pensar en esa situación? ¿Cuáles son las consecuencias de pensar de esta manera? Estas las menciona Ruiz, Díaz, Villalobos y Paz (2012).

De las técnicas cognitivas anteriores se da una serie de técnicas variadas las cuales presenta Ruiz, Díaz, Villalobos y Paz (2012) como:

c. Técnicas cognitivas específicas

Las técnicas cognitivas específicas que se utilizan mediante el cuestionamiento socrático y el descubrimiento guiado son muy variadas. Algunas de las más habituales son:

- Técnicas de reatribución: encaminadas a modificar los sesgos cognitivos relacionados con las dimensiones atribucionales de locus de control (interno/externo), estabilidad (estable/inestable) y especificidad (global/específico) (...).
- Técnica de conceptualización alternativa: Se trata de buscar de forma activa, con la ayuda inicial del terapeuta, interpretaciones distintas a las realizadas por el cliente en un primer momento y encontrar explicaciones alternativas a los problemas que se le plantea (...).
- Técnicas basadas en la imaginación: (...). Una forma habitual de explicar la influencia de las cogniciones en las emociones y en la conducta, es pedir que se imagine una situación particular e ir preguntando al cliente por los sentimientos y conductas que le acompañan, luego cambiar los

pensamientos manteniendo la situación y preguntar por el cambio de sentimientos y conductas que se producen (p. 390).

En cuanto a las diferentes técnicas que se emplean en el enfoque Cognitivo Conductual se seleccionaron aquellas que pudieran responder a las características de la muestra seleccionada para su aplicación durante un curso taller con el objetivo de favorecer a una disminución de sintomatología depresiva. Cabe hacer énfasis que las técnicas seleccionadas son las siguientes: Plan o programación de actividades, role -playing, técnicas de afrontamiento, relajación progresiva, respiración diafragmática o control de la respiración, inducción de autocompasión, distracción externa, imaginación racional emotiva, descubrimiento guiado y técnicas basadas en la imaginación.

3.5 Área de la Psicología. Clínica.

Dentro del estudio y la aplicación de la Psicología se puede constatar que existen diversas áreas dentro de ella y que intervienen en procesos de la vida diaria a nivel personal y grupal. Las áreas de la psicología son sociales, educativas, industriales, de investigación y la clínica. Cada una atenderá ciertas necesidades y dará respuestas de acuerdo con su contexto.

La Psicología Clínica parte de las necesidades que otras áreas ya existentes requerían, el estudiar todas aquellas conductas anormales que los individuos presentaban, el poder evaluar de forma detallada y objetiva cada uno de los comportamientos que se presentaban, y de esa forma poder intervenir de forma adecuada. Es aquí donde se une la psiquiatría y psicometría que en conjunto proponen evaluar y diagnosticar al individuo. Sin dejar de mencionar que esta propuesta mantiene como bases como las teorías y procedimientos,

convirtiéndola en un campo heterogéneo y diverso. Históricamente parte fundamental del establecimiento de esta área fueron las dos guerras mundiales, ya que se necesitaba utilizar parte de los supuestos de la psicología clínica en el reclutamiento militar, dando así más importancia y reconocimiento al trabajo que proponían los investigadores. Posteriormente las publicaciones de revistas con temas de psicología clínica o como la *Journal of consulting and clinical psychology* fueron la consolidación de la psicología clínica (Sánchez, 2008, pp. 1-5).

La Psicología Clínica será entonces la encargada de llevar a la práctica los principios teóricos enfocados a la salud mental, así como el aplicar técnicas que atiendan la parte cognitiva, emocional y conductual para obtener avances y alcanzar el estado de salud de las personas que se encuentran identificados con algún malestar o un trastorno mental.

En el área de la Psicología Clínica, la intervención por parte de un experto de la salud debe ser necesario para atender y comprender el proceso de la salud y la enfermedad de personas que necesiten de un apoyo profesional para alcanzar un estado de salud.

“Es de importancia destacar que ya en el ejercicio de la profesión el psicólogo clínico desempeña muchas funciones que son las siguientes: Evaluar, diagnosticar, explicar, dar algún tratamiento terapéutico, modificar, prevenir la enfermedad mental y promocionar la salud mental” (Centeno, 2018, pp. 93-95).

CAPÍTULO IV

METODOLOGÍA

4.1 Planteamiento del Problema

En un mundo en el que aun radica la desigualdad y la salud mental continúa siendo un privilegio para algunos y tema tabú para otros se pueden visibilizar diferentes problemáticas ante los constantes cambios políticos, económicos y sociales a los que se enfrenta la mayor parte de la población mundial y que poco favorecen a mantener un estado de salud social e individual. Por lo anterior se puede ver el impacto a nivel familiar que esto conlleva en situaciones que alteran las estructuras, relaciones y las dinámicas internas entre los individuos que conforman a una familia dándose escenarios imprevistos como la muerte de algún integrante, el desempleo, la falta de vivienda, no contar con servicios básicos, la dificultad para acceder a la educación, las separaciones conyugales, la migración, alcoholismo, violencia, la llega de un nuevo integrante, enfermedades, el tema de la discapacidad entre otros que impactan en todo el grupo familiar.

Rescatando el tema de la discapacidad y relacionandolo a las necesidades educativas especiales sea por esta o por cualquier otra situación se puede constatar que hay un mayor impacto en los miembros de la familia encargados de cuidar a integrantes identificados con NEE debido a implicaciones, de demanda de dinero para pagar tratamientos y servicios, tiempo para llevar a sus familiares a los servicios de atención además de las atenciones y cuidados especiales.

En la mayoría de los casos son los integrantes adultos los responsables de cuidar y educar a estos miembros de la familia con NEE llegando a experimentar un

desgaste físico, mental, emocional y un deterioro de sus relaciones interpersonales por las múltiples tareas que llegan a presentar en sus diversos roles lo que en muchos casos desencadena alteraciones psicológicas en el estado del ánimo tal es el caso de la depresión.

Conforme al termino necesidad educativa especial desde del ámbito educativo se habla de un diagnóstico médico, psicológico, pedagógico y sociocultural para llevar a cabo un plan de intervención, así como un acompañamiento ante diagnósticos relacionados con una discapacidad motriz, sensorial, intelectual, psicosocial, las actitudes sobresalientes, las dificultades para el aprendizaje, etc. En este contexto es que la psicología y la pedagogía comienza a atender las necesidades inmediatas de los alumnos en el proceso de enseñanza aprendizaje dando los seguimientos que se requieran desde la propuesta de un trabajo de conjunto que involucra alumnos, maestros y padres o cuidadores de familia. Ante mencionada realidad queda de manifiesto que existe una atención para las personas con NEE relacionadas o no con la discapacidad, sin embargo, ante esta situación, la pregunta que surge es: ¿quién atiende a las personas que acompañan y cuidan a las personas con NEE?

Actualmente en la mayoría de los países de Latinoamérica no se cuenta con un régimen que apoye a las familias de personas que requieren una atención especial en cuanto a la atención psicológica por el impacto que tiene esta realidad, si bien, se han creado centros de apoyo mediante fundaciones en donde sus labores solo destinan en la mayoría de los casos a la atención del miembro de familia que requiere de una ayuda especial dejado a un lado a los padres o cuidadores de estos, quienes pueden comenzar a enfermar psicológicamente.

Se puede entender que la parte del acompañamiento emocional a esta población de la sociedad es casi inexistente de manera gratuita por lo que los involucrados caen en una desventaja y en una desatención hacia su propio cuidado de la salud mental, ya que esto implica gasto económico que por lo general está ya destinado a las necesidades del hogar, así como a la atención de las necesidades de los demás miembros de familia.

En la actualidad pocos son sistemas de apoyo que promueven la atención de la salud mental de los padres y/o familiares de personas con NEE como es el caso de los países desarrollados donde se entretajan redes de apoyo y se dan espacio de atención psicológica. Así mismo, son muchos los padres y/o familiares de personas con NEE que carecen y necesitan de herramientas psicológicas que les permitan el favorecimiento de una salud mental y emocional cuando se enfrentan a los obstáculos y retos dentro de sus sistemas familiares.

En este contexto, los trabajos de investigación que hacen referencia al impacto psicológico de familiares que tienen a cargo personas que presentan NEE debidas o no a una discapacidad, son pocos, por lo que no se cuenta con un acervo bibliográfico sustancial que ofrezca orientaciones suficientes respecto a este tema, por tal motivo esto sigue siendo una necesidad de urgencia para la investigación.

En cuanto a la psicología clínica y los pocos estudios referentes a la enfermedad mental se limitan únicamente al tema de la ansiedad y el estrés olvidando afecciones del estado del ánimo como la depresión o a las sintomatologías depresivas que pueden padecer padres y/o familiares de personas con NEE.

Si bien es sabido que durante los últimos años se ha comenzado a fomentar la inclusión de personas con discapacidad o que presentan una NEE en la sociedad sigue dándose un cierto rechazo a esta población formando en los padres y/o familiares una serie de ideas irracionales acompañados de sentimientos de incertidumbre, miedo y culpa respecto a la calidad de vida que pueden obtener sus hijos desencadenando en estos niveles altos de sintomatología depresiva aumentando la probabilidad de desarrollar patologías mayores.

Considerando lo anterior surge la necesidad de promover las herramientas psicológicas que sirvan como respaldo para los padres, miembros de familia o cuidadores de personas identificadas con NEE favoreciendo la disminución de los niveles y presencia de sintomatologías depresivas que puedan surgir en ellos. Es importante comenzar a visibilizar y atender los padecimientos que vayan surgiendo en las etapas en que se encuentran en relación a los diagnósticos de sus familiares ya que no se reduce todo a un diagnóstico médico, educativo o sociocultural, justo no se termina ahí, pueden aparecer signos de deterioro de la salud mental en cualquier etapa del desarrollo de una persona, por lo que este tema puede tener un mayor alcance de estudio para el desarrollo y la aplicación de herramientas que promuevan y mejoren la salud mental en la población.

4.1.1 Pregunta de investigación

¿Es la falta de herramientas de apoyo psicológico un factor determinante en la presencia de sintomatología depresiva en familiares a cargo de personas con Necesidades Educativas Especiales?

4.1.2 Justificación

Mucho se ha investigado y se ha dado importancia en relación con el tema de la discapacidad y las NEE en base a la inclusión educativa y social por medio de diferentes instituciones en cuanto a temas de la salud, educación y trabajo como también de la creación de espacios en las ciudades para la movilización de personas con estas características, pero a pesar de los esfuerzos por atender a este sector de la población, aún existe un estigma social hacia estas. Son los profesionales del campo de la salud y la educación los encargados de generar conciencia para visibilizar y generar espacios inclusivos en donde se hagan valer y respetar los derechos humanos. Por otro lado, se tiene a las familias, en especial los padres y/o familiares de personas con diagnósticos que requieren de atenciones específicas buscando la atención médica, educativa y psicológica para sus hijos llegando a olvidar incluso de sí mismos viéndose deteriorada su salud mental.

En este trabajo de investigación se menciona el tema de las NEE relacionadas o no a la discapacidad en el campo educativo abarcando a las distintas discapacidades, a los problemas o dificultades para el aprendizaje, problemas de conducta, pero también a aquellas características de aptitudes intelectuales sobresaliente. Sabiendo que el trabajo orientado a personas con NEE implica un dedicado y arduo esfuerzo, es que existen profesionistas especialistas que son los encargados de dar la atención y la orientación a los padres y/o familiares para conseguir los objetivos de aprendizaje. Ahora las siguientes preguntas dan paso a la propuesta de este trabajo de investigación, Pero ¿quién atiende a las personas que cuidan a estos individuos? O ¿cómo se atienden estos? es por eso por lo que se debe favorecer la creación de espacios que brinden el apoyo psicológico a estos encargados de las familias que asumen la responsabilidad del cuidado y la educación de los integrantes que están identificados con una NEE.

Para justificar esta investigación cabe señalar que son los padres y/o familiares los que cargan con la responsabilidad de cuidar, dar protección, así como educar para ver crecer física, intelectual, emocional, moral y espiritualmente a todos los integrantes que conforman su sistema familiar especialmente a aquellos que tienen dificultades para poder adaptarse al entorno debido o no a una discapacidad conllevando un trabajo de doble esfuerzo de cuidados en cuanto a la atención personal, el cumplimiento de actividades del hogar o tareas laborales llegando a experimentar cansancio físico, mental y emocional perjudicando su salud así como también dándose el descuido de relaciones interpersonales que pudieran tener por la constante preocupación de atención y cuidados a estos integrantes desencadenando alteraciones psicológicas como ansiedad o depresión.

Por lo anterior es que surge esta propuesta de dar importancia a promocionar la atención psicológica para facilitar herramientas que sirvan de apoyo personal para padres y/o familiares de personas con NEE ya sea temporal o permanente durante el desarrollo de las personas a su cargo debido o no a una discapacidad, esto cuando pudieran desencadenarse una serie de malestares cognitivos, emocionales, conductuales buscando el bienestar personal y de la familia.

Como antecedente existen ya estudios sobre la presencia de síntomas de estrés y ansiedad en personas en su caso mujeres que tienen al cuidado a un integrante de la familia que presenta una discapacidad y del cómo se han implementado estrategias para reducir la sintomatología en personas que se dedican a esta tarea. El interés por esta investigación fue por el encontrar poca información sobre el tema para el apoyo psicológico a personas que cuidan a otras personas en el ámbito familiar en el tema de las NEE y que por la falta de atención psicológica pueden presentar una sintomatología depresiva que va de síntomas cognitivos como son las creencias o pensamientos irracionales que conllevan a síntomas emocionales como preocupaciones excesivas, desaliento, sentimientos de culpa, desesperanza,

sentimientos de temor; síntomas conductuales, interpersonales y somáticos, por lo que es de importancia hacer investigación en torno a este tema.

En cuanto a la parte operacional de esta investigación pretende ayudar a padres y cuidadores de familia por medio de un curso taller para a identificar y trabajar pensamientos, creencias o ideas irracionales que desencadenan síntomas cognitivos, emocionales, conductuales, somáticos y psicosociales en específico de los trastornos depresivos abordando no solo la explicación de estos sino más bien tocando temas como el trabajo del autoestima, el conocimiento y la regulación emocional, el desarrollo de hábitos saludables, la motivación intrínseca, el estrés, la resolución de problemas, proyecto de vida y prevención de recaídas para reducir síntomas depresivos que pudieran aparecer.

El beneficio de esta investigación será que se tendrá como acervo para para brindar apoyo psicológico a futuras investigaciones hacia la parte de la atención de la sintomatología depresiva en la población de padres y/o familiares que tienen a cargo a una persona o integrantes de la familia con NEE relacionada o no a una discapacidad viéndose como un aporte en beneficio de la sociedad.

4.1.3 Formulación de la hipótesis

El curso taller “Atiende tu mente” favorece a la disminución de Sintomatología Depresiva en familiares a cargo de personas con Necesidades Educativas Especiales.

4.1.4 Determinación de las variables y operacionalización

Variable dependiente: Depresión.

Variable independiente: Curso taller.

Variable	Definición teórica	Definición operacional
Dependiente: Sintomatología depresiva	“La depresión es un trastorno del estado de ánimo, caracterizado por tristeza o irritabilidad, abatimiento e infelicidad, y que puede ser transitorio o permanente” (Beck, 2006, citado por: Moral, 2013, p. 43	<p>Escala de Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos (CES-D-R)</p> <p>La escala está compuesta por 35 ítems con respuesta de tipo Likert en una escala del 0 al 4. Para su aplicación se tendrá presente que los síntomas deberán haberse presentado en las últimas dos semanas.</p>
Autoestima	La autoestima como actitud es la forma habitual de pensar,	CUESTIONARIO DE AUTOESTIMA GENERAL CAG

	<p>amar, sentir y comportarse consigo mismo. Es la disposición permanente según la cual ordenamos con nosotros mismos y el sistema fundamental por el cual ordenamos nuestras experiencias refiriéndolas a nuestro yo ideal (Alcántara, 2004, p. 17).</p>	<p>ALFONSO BARRETO</p> <p>Este cuestionario cuenta con 33 ítems los cuales miden el nivel general de autoestima en tres niveles: Nivel alto, Nivel medio y Nivel bajo como resultado del sumatorio total de las respuestas de opción tipo escala Likert en donde nunca se puntúa con un 1, muy poco con 2, Algunas veces con 3, Casi siempre con 4 y Siempre con 5.</p>
<p>Independiente: "curso taller"</p>	<p>Un curso taller se puede conceptualizar como lo indica Bugdud (1997, En Castillo, 2003) "la forma de impartir un curso haciendo aplicaciones prácticas de la teoría respectiva, con la</p>	<p>Consiste en 13 sesiones con duración de 1 hora y 30 minutos, que tiene su desarrollo de forma virtual mediante una plataforma digital llamada zoom.</p>

	<p>finalidad de que todos los participantes participen activamente”. (p.15)</p>	
--	---	--

4.1.5 Objetivos de la investigación

Objetivo general.

Disminuir la sintomatología depresiva de padres y/o familiares a cargo de un integrante con Necesidad Educativa Especial mediante el curso taller “Atiende tu mente”.

Objetivo específico.

- Sustentar teóricamente las variables de necesidades Educativas Especiales y depresión en la investigación mediante la lectura y el análisis de las teorías.
- La elaborar y diseñar un curso taller para brindar las herramientas psicológicas.
- Reportar los resultados cuantitativos y cualitativos de la investigación mediante el análisis estadístico y la observación.

4.2 Enfoques de la investigación: Mixto.

Para esta investigación se eligió un enfoque mixto que involucra la parte cuantitativa y cualitativa ya que permitirá la recolección de datos numéricos y observables de los participantes en un ambiente de estudio para poder comprobar la

hipótesis a partir de la medición numérica de datos obtenidos de instrumentos psicológicos, la interpretación de resultados del taller por análisis estadísticos y el registro de características observables con la finalidad de demostrar los conocimientos teóricos en relación a los temas de depresión en cuanto a la sintomatología depresiva como también al de las Necesidades Educativas Especiales demostrando la relación entre la variables depresión y curso taller.

La definición de este enfoque se entiende a partir de lo que menciona (Hernández y Mendoza, 2008 citado por: Hernández et al., 2014, p. 534) acerca del enfoque mixto:

Los métodos mixtos representan un conjunto de procesos sistemáticos, empíricos y críticos de investigación e implican la recolección y el análisis de datos cuantitativos y cualitativos, así como de su integración y discusión conjunta, para realizar inferencias producto de toda la información recabada (meta inferencias) y lograr un mayor entendimiento del fenómeno bajo estudio.

Por lo anterior la parte de investigación cuantitativa y la cualitativa permiten entender el fenómeno de estudio de una manera más profunda por las interpretaciones numéricas de los resultados obtenidos de instrumentos de medición y las cualidades observables del fenómeno estudiado.

4.3 Alcance de la investigación. Descriptivo

El alcance descriptivo seleccionado para esta investigación pretende especificar las características y propiedades más relevantes de cada elemento y fenómenos que son sometidos a análisis. Centrándose en medir y recolectar

información de los conceptos o variables del estudio respecto al tema de padres y/o familiares a cargo de un integrante con NEE que presentan sintomatología depresiva. Este procedimiento pretende analizar y comprender los fenómenos ocurridos para poder contrarrestar estas sintomatologías (Hernández et al., 2014, p. 189).

4.4 Diseño de la investigación. No experimental

En esta investigación se eligió el diseño no experimental ya que no se llevará a cabo la manipulación de variables por lo que solo se observará el fenómeno de estudio en su propio contexto para solo hacer un análisis sin generar situaciones que lleven a la experimentación.

Hernández et al., (2014) menciona que:

En un estudio no experimental no se genera ninguna situación, sino que se observan situaciones ya existentes, no provocadas intencionalmente en la investigación por quien la realiza. En la investigación no experimental las variables independientes ocurren y no es posible manipularlas, no se tiene control sobre dichas variables ni se puede influir en ellas, porque ya sucedieron al igual que sus efectos (p. 152).

En relación con el tema de la sintomatología depresiva en padres y/o familiares a cargo de un integrante con alguna NEE permitirá conseguir información de conductas de los participantes en sus propios contextos en que viven y se desarrollan produciendo un análisis más profundo del fenómeno de estudio.

4.5 Población y Muestra

Familiares a cargo de personas con Necesidades Educativas Especiales que se encuentran cursando algún grado escolar en alguna escuela regular o centro de educación especial.

Muestra: no probabilística.

La selección de la muestra para esta investigación se llevó a cabo mediante el muestreo no probabilístico, proceso que se orienta por las características de esta, apartándose de los criterios estadísticos; respecto al tema de exploración dirigida a padres y/o cuidadores a cargo de un integrante con NEE y que presenten sintomatología depresiva. (Hernández et al., 2014, p. 189)

4.6 Contextos y escenarios

Se suministraron los cuestionarios para este estudio por medio de llamada telefónica y de video llamada por la aplicación de la red social de WhatsApp a padres y/o familiares a cargo de alguna persona que tuviera alguna NEE relacionada o no al tema de la discapacidad cuidando la cuestión de la pandemia y las conglomeraciones evitando la propagación del virus SARS-CoV-2.

4.7 Procedimientos

Para hacer la recolección de datos en esta investigación se llevó a cabo la búsqueda de instrumentos psicométricos que tuvieran validez en el tema de la depresión y la autoestima. Después se pasó a la etapa de aplicación de estos instrumentos a la población seleccionada con las características de la investigación. Estos fueron los siguientes: Escala de Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos (CES-D-R) en su versión revisada y el CUESTIONARIO DE AUTOESTIMA GENERAL (BARRETO, 2020). La aplicación se realizó en la modalidad de llamada telefónica y video llamada por la aplicación de WhatsApp debido al contexto de la pandemia actual del covid-19 respetando y cuidando el no hacer conglomeraciones de personas en espacios físicos. Más tarde de la aplicación de los inventarios se comenzó el vaciado de datos en el programa estadístico SSPS el cual se utilizó como una herramienta para la obtención de resultados y finalmente se llevó a cabo el respectivo análisis estadístico para finalmente pasar al punto de la exposición de resultados.

4.8 Instrumentos

Para este trabajo de investigación se utilizaron dos instrumentos para medir depresión y autoestima en dos etapas de aplicación de test y retest.

Una fue Escala de Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos (CES-D-R) que es una modificación actualizada por el Centro para la Investigación de Prevención de la Universidad de Johns Huopkins a partir del instrumento de CES-D creado por Radloff en 1977. Esta actualización se da a partir de los criterios diagnósticos del DSM-IV. Las características de la escala son que tienen confiabilidad y validez, es aplicable a población de jóvenes adolescentes y adultos,

permite evaluar el malestar de sintomatología depresiva, la temporalidad a tener presente al momento de responder es de las últimas dos semanas, tiene 35 ítems y 5 posibles tipos de respuesta de tipo Likert de 0 a 4. Algunos reactivos para calificar tienen que ver con el estado de ánimo decaído o deprimido, cambios de talla, pensamientos derrotistas, aletargamiento, ideación suicida, alteraciones en el sueño, etc.

El otro instrumento que se aplicó fue el Cuestionario General de Autoestima CAG de Alfonso Barreto que es muy viable y práctico para evaluar la autoestima de manera cuantitativa. Algunas de sus características es que se puede aplicar en un tiempo de 10 a 20 minutos, puede ser aplicado de manera individual o colectiva, cuenta con 33 ítems los cuales miden o evalúan 8 dimensiones del autoestima y el nivel general de autoestima en tres niveles: Nivel alto, Nivel medio y Nivel bajo, se puede hacer uso de este cuestionario en el área clínica y educativa no limitándose a otras áreas de la psicología, la población de aplicación es de adolescentes ya adultos hispanos (12 años en adelante). Las respuestas son tipo escala Likert en donde nunca se puntúa con un 1, muy poco con 2, Algunas veces con 3, Casi siempre con 4 y Siempre con 5.

4.9 Tablas

Sesión 1	Nombre: ¿Me conozco?
Duración: 90 minutos	
*La duración de la sesión puede ser modificada a consideración del instructor.	
Objetivo: Fomentar el autoconcepto y la autoestima de los participantes a través de la autoobservación de sus rasgos físicos - corporales, mentales, intelectuales y emocionales para favorecer el conocimiento y la aceptación de sí mismos.	
Actividad de integración o rompe hielo	Nombre: “Yo soy”
Objetivo: Promover la interacción personal de los participantes de la reunión virtual facilitando el conocimiento y la interacción de estos.	
Desarrollo: Cada participante se apoyará de una hoja en donde escribirá su nombre completo y completará la frase “Yo soy” ... cinco veces con cinco aspectos de su vida o personalidad y finalmente escribirán qué esperan de este curso taller. Una vez que los participantes terminaron de escribir se le pedirá que compartan voluntariamente su actividad.	
Duración: 20 minutos	
Contenido temático:	
<ul style="list-style-type: none">● Conocimiento Personal● Concepto de Autoestima● Concepto de Autoconcepto● Concepto de Autoimagen● Concepto de Autoesfuerzo● Concepto de Autoeficacia● La importancia de poseer un sano autoconcepto y la salud mental	
Duración: 20 minutos	
Actividad o técnica reforzadora.	Nombre: Autoregistro
Objetivo: Examinar información del cómo se perciben y lo que saben de sí mismos con relación a lo físico- corporal, lo mental, intelectual y emocional	

para tener un mejor conocimiento de sí mismos.

Autor: En base a la técnica de Aarón Beck

Duración: 20 minutos

Receso

Duración: 5 minutos

Actividad de Compartir Nombre: Foro

Objetivo: Expresar frente a sus compañeros la actividad de autoregistro y generar reflexión a partir de lo visto en el contenido temático.

La actividad se puede dirigir a partir de las siguientes preguntas:

¿Qué pensé? ¿Qué sentí? ¿De qué me doy cuenta? ¿Qué puedo comenzar a hacer para afianzar el autoconcepto?

Duración: 20 minutos

Cierre Nombre: Asignación de tarea.

Objetivo: Extender el autoconocimiento de los participantes a través de la percepción de las personas que los conocen en su vida diaria para reforzar lo que ya saben e integren nuevas cosas.

Conocer que aprendizaje se llevan las personas del grupo sobre la primera sesión del curso taller.

Instrucciones: Se les pedirá a los participantes que busquen personas que les puedan ayudar con esta tarea y les solicitaran que les escriban en un papel o en un mensaje de texto una lista de cualidades, actitudes o habilidades que vean en ellos. Esta tarea será vista en la próxima sesión.

Duración: 5 minutos

<p>Sesión 2</p> <p>Duración: 90 minutos</p> <p>*La duración de la sesión puede ser modificada a consideración del instructor.</p> <p>Objetivo: Identificar los diferentes tipos de pensamientos irracionales o automáticos que puedan tener los participantes del taller por medio del contenido temático para poder hacerlos conscientes de que estos activan ciertos síntomas que perturban el estado de ánimo.</p>	<p>Nombre: ¿Cómo estoy pensando?</p>
<p>Actividad de revisión de tarea</p> <p>Objetivo: Explicar lo que ya sabían y lo nuevo que descubrieron para ayudarles a ver que son también aquello que las personas observan y que ellos no.</p> <p>Preguntas de apoyo: ¿cómo me sentí...? ¿De qué me doy cuenta? ¿Qué puedo comenzar a hacer para afianzar la autoestima?</p> <p>Duración: 15 minutos</p>	<p>Nombre: ¿Qué más aprendí?</p>
<p>Contenido temático:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Concepción de pensamiento ● Esquemas cognitivos ● Triada cognitiva de Beck ● Pensamientos automáticos o distorsiones cognitivas y sus efectos ● ABC de Albert Ellis. ● Pensar saludable ● Reestructurar los pensamientos negativos <p>Duración: 25 minutos</p>	
<p>Actividad o técnica reforzadora.</p> <p>Objetivo: Dramatizar los diferentes tipos de pensamientos automáticos para tener mayor conocimiento de estos y comenzar a identificarlos.</p> <p>Para esta técnica se repartirá entre los integrantes los 15 pensamientos automáticos propuestos por Ruiz y Lujan dentro de la teoría cognitiva conductual. Pidiendo de su imaginación de los participantes elaboraran y representaran una escena de la vida cotidiana en la que puedan identificar estos pensamientos.</p>	<p>Nombre: Rol play o dramatización</p>

<p>Autor: Aarón Beck</p> <p>Duración: 35 minutos</p>
<p>Receso</p> <p>Duración: 5 minutos</p>
<p>Cierre Nombre: Retroalimentación</p> <p>Objetivo: Reconocer los aprendizajes vistos durante la sesión</p> <p>Instrucciones: Se les pedirá a los participantes que de manera voluntaria compartan aquellos aprendizajes que se llevan de la sesión.</p> <p>Duración: 10 minutos.</p>

<p>Sesión 3</p> <p>Duración: 90 minutos</p> <p>*La duración de la sesión puede ser modificada a consideración del instructor.</p> <p>Objetivo: Identificar los pensamientos automáticos que puedan presentar los participantes del curso taller favoreciendo un espacio de reestructuración cognitiva para comenzar a trabajar la sintomatología depresiva</p>	<p>Nombre: Reestructurando pensamientos</p>
<p>Actividad de integración</p> <p>Instrucciones: Se elige a un integrante para que tome el papel del rey dando indicaciones a los demás integrantes al pedir objetos o cosas que se pudieran encontrar al alcance de los demás participantes, ir por ellos rápidamente, volver y mostrar el elemento a la cámara.</p> <p>La verbalización de la orden es “El rey manda a traer... (Objeto o cosa)”.</p> <p>Materiales: Ninguno</p> <p>Duración: 10 minutos</p>	<p>Nombre: El Rey manda</p>
<p>Contenido temático:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Pensamientos automáticos ● Efectos de los pensamientos en las personas 	

- Reestructurar los pensamientos negativos
- Pensar saludable

Duración: 20 minutos

Actividad o técnica reforzadora Nombre: Descubrimiento guiado

Objetivo: Favorecer el cambio de perspectiva sus pensamientos o creencias disfuncionales a través del cuestionamiento socrático ante la identificación de los pensamientos disfuncionales.

Para esta actividad se pedirán voluntarios para llevar a cabo la técnica

Autor: Aarón Beck

Duración: 40 minutos

Receso

Duración: 5 minutos

Cierre Nombre: Plan de actividades

Objetivo: Crear un plan de actividades diarias en las que incluyan aquellas que sean de su agrado y que puedan llevar a cabo para activarse conductualmente.

Instrucciones: Se les pedirá a los participantes que en una hoja escriban una lista de actividades que puedan realizar y que sean de su agrado. Posteriormente se les pedirá que integren estas actividades de acorde a sus tiempos laborales y/o domésticos.

Una vez realizada esta actividad se les pedirá a manera voluntaria puedan compartir las actividades que comenzaran a realizar. Finalmente, se les explicara la finalidad de esta actividad.

Duración: 25 minutos.

<p>Sesión 4</p> <p>Duración: 90 minutos</p> <p>*La duración de la sesión puede ser modificada a consideración del instructor.</p> <p>Objetivo: Promover en los participantes el conocimiento de las emociones para tener mayor conciencia de estas en su vida diaria mediante la reflexión del contenido temático</p>	<p>Nombre: Conociendo mis emociones</p>
<p>Actividad de integración</p> <p>Instrucciones: De manera voluntaria se le pedirá a un integrante del grupo que comience la secuencia valiéndose de una parte del cuerpo nombrándolo y tocándolo, por ejemplo, se menciona palmas de las manos y estas se tocan. Una vez que un integrante haya tomado la iniciativa un segundo participante entrará a jugar teniendo identificada alguna otra parte del cuerpo, pero comenzará mencionando y tocando la parte del cuerpo que el participante anterior menciona. Y así sucesivamente hasta que todos hayan pasado.</p> <p>Nota: Se motivará a los participantes a realizar la actividad tomando el tiempo que requieran, especialmente aquellos a los que se les dificulte.</p> <p>Materiales: Ninguno</p> <p>Duración: 10 minutos</p>	<p>Nombre: Secuencia</p>
<p>Contenido temático:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● ¿Qué son las emociones? ● Funciones de las emociones ● Tipos de emociones ● Emociones básicas: <ul style="list-style-type: none"> ○ Alegría ○ Asco o desagrado ○ Enojo ○ Miedo ○ Sorpresa ○ Tristeza ● Emociones secundarias 	

Duración: 30 minutos
Receso Duración: 5 minutos
Actividad: Foro de las emociones Objetivo: Crear un ambiente de dialogo entre todos los participantes a través del tema central de las emociones Duración: 30 minutos
Cierre Nombre: Elabora un dato curioso Objetivo: Crear un dato curioso para compartir con los demás integrantes y con las personas más cercanas en su entorno, a partir de lo visto a lo largo de la sesión. Instrucciones: Se les pedirá a los participantes que en una hoja escriban un dato curioso y lo compartan. Duración: 15 minutos.

Sesión 5	Nombre: Autocontrol de las emociones
Duración: 90 minutos *La duración de la sesión puede ser modificada a consideración del instructor.	
Objetivo: Reconocer el tema de las emociones con relación al autocontrol de estas para que los participantes sepan cómo afrontarlas y/o controlarlas ante diversas situaciones.	
Actividad Comentar lo visto en la sesión anterior para dar continuidad con el tema de las emociones Duración: 15 minutos	
Contenido temático: <ul style="list-style-type: none"> ● Autocontrol de las emociones ● Beneficios del autocontrol emocional 	

<ul style="list-style-type: none"> • ¿Cómo autocontrolo las emociones? <p>Duración: 20 minutos</p>
<p>Actividad o técnica reforzadora. Nombre: Inducción de autocompasión</p> <p>Objetivo: Originar en los participantes autocompasión para expresar la tristeza contenida</p> <p>Autor: Aarón Beck</p> <p>Duración: 40 minutos</p>
<p>Receso</p> <p>Duración: 5 minutos</p>
<p>Actividad de cierre: ¿Sabías qué?</p> <p>Objetivo: Añadir más información sobre el tema de autocontrol de las emociones que pueda servirle a los participantes para vivir las emociones de una forma ajustada</p> <p>Duración: 10 minutos</p>

<p>Sesión 6 Nombre: Bájale al estrés</p> <p>Duración: 90 minutos</p> <p>*La duración de la sesión puede ser modificada a consideración del instructor.</p> <p>Objetivo: Identificar el estrés y que los participantes tengan herramientas psicológicas para hacerle frente cuando este se presente</p>
<p>Actividad de introductoria “Lluvia de ideas sobre el estrés”.</p> <p>Instrucciones: Introducir a la sesión preguntando sobre las nociones que tienen los participantes sobre el tema del estrés.</p> <p>Duración: 10 minutos</p>
<p>Contenido temático:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Concepto de estrés

- Tipos de estrés y características
- Circuito del estrés
- Causas del estrés
- Consecuencias de vivir con estrés

Duración: 30 minutos

Actividad de Compartir Nombre: Foro

Objetivo: Expresar desde la vida personal la experiencia de vivir con estrés y generar reflexión a partir de lo visto en el contenido temático

La actividad se puede dirigir a partir de la siguiente pregunta detonadora
¿De qué me doy cuenta?

Duración: 20 minutos

Receso

Duración: 5 minutos

Técnica reforzadora: Respiración diafragmática

Objetivo: Disminuir la activación fisiológica asociada al estrés

Duración: 15 minutos

Cierre Nombre: Comentario

Objetivo: Expresar los aprendizajes que se llevan de la sesión del tema del estrés

Duración: 10 minutos.

Sesión 7

Nombre: Bájale al estrés continuación

Duración: 90 minutos

*La duración de la sesión puede ser modificada a consideración del instructor.

Objetivo: Identificar factores de estrés y tengan herramientas psicológicas de afrontamiento y/o resolución de problemas.

<p>Contenido temático:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Prevención del estrés • Identificación del estrés • Qué hacer si tengo estrés <p>Duración: 20 minutos</p>
<p>Receso</p> <p>Duración: 5 minutos</p>
<p>Actividad o técnica reforzadora. Nombre: Relajación progresiva</p> <p>Objetivo: Disminuir la activación del estrés a través de la relajación muscular al ejercer tensión en diferentes grupos musculares.</p> <p>Autor: Edmund Jacobson</p> <p>Duración: 50 minutos</p>
<p>Cierre Nombre: Retroalimentación</p> <p>Objetivo: Expresar los aprendizajes obtenidos de la anterior sesión y de la actual desde lo aprendido en el contenido temático y las técnicas.</p> <p>Duración: 15 minutos</p>

<p>Sesión 8 Nombre: Hábitos saludables</p> <p>Duración: 90 minutos</p> <p>*La duración de la sesión puede ser modificada a consideración del instructor.</p> <p>Objetivo: Enseñar a los participantes los cambios de hábitos, en específico los del sueño, la alimentación y la activación física para mejorar su estado de ánimo.</p>
<p>Actividad de integración Nombre: Soy una taza</p> <p>Instrucciones: Se les pedirá a los participantes que dispongan de un espacio para llevar a cabo el baile de la canción “Soy una taza” en la cual se les enseñara los movimientos a realizar. La finalidad de esta actividad será el</p>

activarse para comenzar la sesión.

Materiales: Ninguno

Duración: 15 minutos

Contenido temático:

- La importancia de alimentación saludable
- La importancia del sueño
- La importancia de hacer actividad física

Duración: 15 minutos

Técnica reforzadora. Nombre: Ejercicio de metas fuera de lo corriente

Objetivo: Crear y establecer objetivos que favorezcan el incremento de conductas de baja frecuencia como también reducir conductas de alta frecuencia en las que se quiera trabajar en relación con el tema de la alimentación, el sueño y la activación física para regular el estado de animo

Autor: Albert Ellis

Duración: 30 minutos

Receso

Duración: 5 minutos

Actividad de compartir objetivos con relación a la técnica reforzadora

Objetivo: Expresar sus objetivos con relación al incremento de conductas saludables y a la disminución de conductas no saludables. **Duración:** 15 minutos

Cierre Nombre: Datos curiosos

Objetivo: Enseñar a los participantes algunos datos curiosos con relación al tema de hábitos saludables.

Duración: 10 minutos.

<p>Sesión 9</p> <p>Duración: 90 minutos</p> <p>*La duración de la sesión puede ser modificada a consideración del instructor.</p> <p>Objetivo: Identificar una situación problemática para buscar posibles soluciones.</p>	<p>Nombre: ¿Cuál es el problema?</p>
<p>Actividad de integración.</p> <p>Desarrollo:</p> <p>Estando todos de vacaciones, un accidente provoca un incendio en la embarcación, con tan solo unos breves instantes para tomar unos cuantos artículos.</p> <p>1. El grupo deberá decidir qué artículos deberían llevar y definir las mayores prioridades. Trabajando en conjunto el equipo utiliza su habilidad para tomar decisiones y cooperan para definir la lista de diez artículos prioritarios.</p> <p>Duración: 10 minutos</p>	<p>Nombre: Todos a la deriva</p>
<p>Contenido temático:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Identificación del problema ● Solución del problema ● Toma de decisiones <p>Duración: 20 minutos.</p>	
<p>Receso</p> <p>Duración: 5 minutos.</p>	
<p>Actividad o técnica reforzadora. Nombre: La solución</p> <p>Objetivo: Desarrollar en el participante la capacidad de orientar los problemas para darle solución, así como aprender a descartar alternativas de solución para tomar decisiones al respecto.</p> <p>Instrucciones: En una hoja el participante responderá a una serie de cuestionamientos que el facilitador le dará, al final el mismo integrante hará una autoevaluación a sus respuestas. Posteriormente se dará al participante una serie de tips para la resolución de conflictos</p> <p>Materiales: Lapicero y hoja blanca</p> <p>Duración: 35 minutos</p>	

Autor: D'Zurilla y Nezu	
Cierre.	Nombre: Plan de actividades placenteras
Objetivo: Expresar lo que han realizado a lo largo de las sesiones con su calendario de actividades.	
Instrucciones:	
Se abrirá un foro de dialogo en el que los participantes puedan compartir lo que han realizado, los logros y/o dificultades que se presentaron durante el desarrollo de este plan, además el instructor dará un reforzamiento y retroalimentación por parte de todo el grupo.	
Duración: 20 minutos	

Sesión 10	Nombre: Lo que hay dentro de mí...
Duración: 90 minutos	
*La duración de la sesión puede ser modificada a consideración del instructor.	
Objetivo: Originar en el participante el conocimiento del potencial que tiene para crear motivaciones desde su interior.	
Actividad de revisión.	Nombre: Lo que cambio (ABC)
Objetivo: Evaluar los pensamientos irracionales que cambiaron con respecto al trabajo realizado.	
Desarrollo: Mediante un foro de comentarios y la revisión de las bitácoras de los participantes podrán compartir sus avances, dudas y comentarios extras, de igual manera el instructor reforzará la actividad.	
Duración: 10 minutos	
Contenido temático:	
<ul style="list-style-type: none"> ● Motivación ● Motivación intrínseca 	

- Necesidades psicológicas
- Orientación de la motivación intrínseca para su prevalencia
- Incentivos que mantienen la motivación

Duración: 25 minutos

Actividad o técnica reforzadora. Nombre: Control de la motivación y el incentivo

Objetivo: Crear en el participante la capacidad de mantener la atención en la motivación intrínseca y aprenda el uso del incentivo.

Instrucciones:

El instructor pedirá a cada integrante desarrollar los siguientes planteamientos:

- Identificación de la situación a desarrollar
- Centrar la atención sobre la actividad
- Reglas específicas sobre las contingencias y la forma de encauzar la actividad
- Qué hacer con los errores cometidos
- Auto-refuerzo

Materiales: Papel y lápiz

Duración: 30 minutos

Receso

Duración: 5 minutos

Cierre.

Tarea

Objetivo: Practicar las herramientas para realizar en su día a día.

Instrucciones: Desarrollar una meta, esta debe ser evaluada durante la realización, reconociendo aquellos pequeños logros obtenidos durante el desarrollo de este objetivo, auto reforzando aquellos momentos en los que se reconozca un logro obtenido incluso aunque no se haya planeado.

Duración: 10 minutos

<p>Sesión 11</p> <p>tanto?</p> <p>Duración: 90 minutos</p> <p>*La duración de la sesión puede ser modificada a consideración del instructor.</p> <p>Objetivo: Promover en el participante la consolidación y/o replanteamiento de un plan de vida que lo acerque al cumplimiento de metas que favorezcan su bienestar emocional.</p>	<p>Nombre: ¿Que viene que me gusta</p>
<p>Actividad de integración.</p> <p>Objetivo: Originar conciencia en los participantes sobre la importancia en realizar un proyecto de vida de acuerdo con las situaciones de la actualidad.</p> <p>Desarrollo: Empieza el instructor diciendo su nombre y lo que se llevaría a una isla desierta. El siguiente tiene que decir el nombre del anterior y lo que este se llevaría a la isla, luego su nombre y su objeto preferido. El tercer participante debe recordar los dos anteriores y decir lo suyo. Y así hasta el final.</p> <p>Duración: 15 minutos</p>	<p>Nombre: La isla</p>
<p>Contenido temático:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Proyecto de vida ● Reajuste del proyecto de vida ● Proyección de escenarios futuros <p>Duración: 25 minutos</p>	
<p>Receso</p> <p>Duración: 5 minutos</p>	
<p>Actividad o técnica reforzadora. Nombre: Mi proyecto de vida</p> <p>Objetivo: Modificar su proyecto de vida respecto a sus valores, aprendizajes previos de sí mismo y su entorno.</p> <p>Instrucciones: El instructor pedirá a los participantes analizar qué plan de vida tienen en caso de tenerlo, posteriormente se pedirá que se centren en la realidad actual y puedan hacer la proyección de compatibilidad, en caso de no ser compatibles (plan de vida – realidad) se generara un reajuste de este. Para concluir se adjuntará a este proyecto de vida individual un anexo que incluya la</p>	

proyección de escenarios futuros y sus posibilidades de reajuste.

Materiales: Bitácora y lápiz

Duración: 30 minutos

Cierre.

Nombre: Espacio catártico

Objetivo: Expresar sus vivencias con relación a lo que se trabajó durante la sesión.

Instrucciones: El instructor pedirá a alguno de los participantes que comparta su opinión sobre lo que reflexiono durante la sesión y las dificultades al realizar la actividad. Al finalizar se dará un espacio para revisar la tarea por medio de un foro de participación.

Duración: 15 minutos

Sesión 12

Nombre: Duelo

Duración: 90 minutos

*La duración de la sesión puede ser modificada a consideración del instructor.

Objetivo: Desarrollar auto herramientas que proporcionen al participante un estado emocional regulado respecto al duelo que estén pasando.

Actividad.

Nombre: Abogado defensor

Objetivo: Originar opciones de pensamiento desde una perspectiva real con respecto al devenir y lo que está bajo control.

Instrucciones: Mientras los participantes se encuentran en un estado de relajación guiada se les pide que se imaginen ser litigantes, estar defendiendo a un "cliente" que tiene culpas respecto a las pérdidas que ha vivido, mediante cuestionamientos se les guiara a responder con respecto a lo que debió o no hacer y reflexionar sobre sus discursos.

Contenido temático:

- ¿Qué es el duelo?
- Tipos de perdidas
- Etapas del duelo

<ul style="list-style-type: none"> ● Prácticas de autocuidado ● Duelo patológico ● Mitos respecto al duelo <p>Duración: 30 minutos</p>
<p>Receso</p> <p>Duración: 5 minutos</p>
<p>Actividad o técnica reforzadora. Nombre: Imaginación racional emotiva</p> <p>Objetivo: Identificar los pensamientos que activan el recuerdo de sus pérdidas, así como poder ubicar pensamientos racionales para reestructurar los pensamientos automáticos.</p> <p>Duración: 30 minutos</p>
<p>Cierre. Nombre: La película de tu vida</p> <p>Objetivo: Modificar los pensamientos comparando con su realidad actual.</p> <p>Instrucciones: Se les pedirá a los participantes imaginen que tienen en sus manos la posibilidad de realizar una película de su vida, comenzando con visualizar el lado A como se miran ahora con respecto a pensamientos, conductas y emociones, para posteriormente proyectar el lado B como se visualizan en un futuro, se pedirá que compartan lo que visualizaron para poder retroalimentar su práctica.</p> <p>Duración: 15 minutos</p>

<p>Sesión 13</p> <p>Duración: 90 minutos</p> <p>*La duración de la sesión puede ser modificada a consideración del instructor.</p> <p>Objetivo: Enseñar herramientas que faciliten la identificación de sintomatologías que puedan generar una recaída, así como la implementación de estas.</p>	<p>Nombre: Lo que puedo hacer si caigo</p>
<p>Actividad de revisión. Nombre: Incentivo funcional</p> <p>Objetivo: Examinar lo que el participante se propuso y logro en las</p>	

sesiones anteriores.

Instrucciones:

Uno a uno los participantes compartirán aquellos logros obtenidos y los incentivos que utilizaron como medio para mantener la motivación (intrínseca).

Duración: 10 minutos

Contenido temático:

- Concepto de recaída
- Factores de riesgo
- Identificación de las señales de alerta
- Manejo de situaciones estresantes
- Habilidades saludables de afrontamiento

Duración: 30 minutos

Receso

Duración: 5 minutos

Actividad o técnica reforzadora. Nombre: Conexión interrumpida

Objetivo: Crear actividades que generen una pauta de desconexión a pensamientos que refuercen las sintomatologías de recaída.

Instrucciones:

Cada integrante hará una introyección para identificar de momentos pasados que los han llevado a recaer, reconocerán que cosas han dejado de hacer e identificarán que acciones llevar a cabo para las situaciones futuras.

Duración: 30 minutos

Cierre.

Nombre: Lo que tengo y puedo utilizar

Objetivo: Promover la autoevaluación del participante e identificar sus conocimientos.

Instrucciones: El instructor previamente proporcionara una tabla que los participantes deberán llenar de acuerdo con lo que aprendieron durante el taller, posteriormente en el siguiente apartado colocaran aquellas técnicas que identificaron son útiles para su problemática.

Duración: 15 minutos

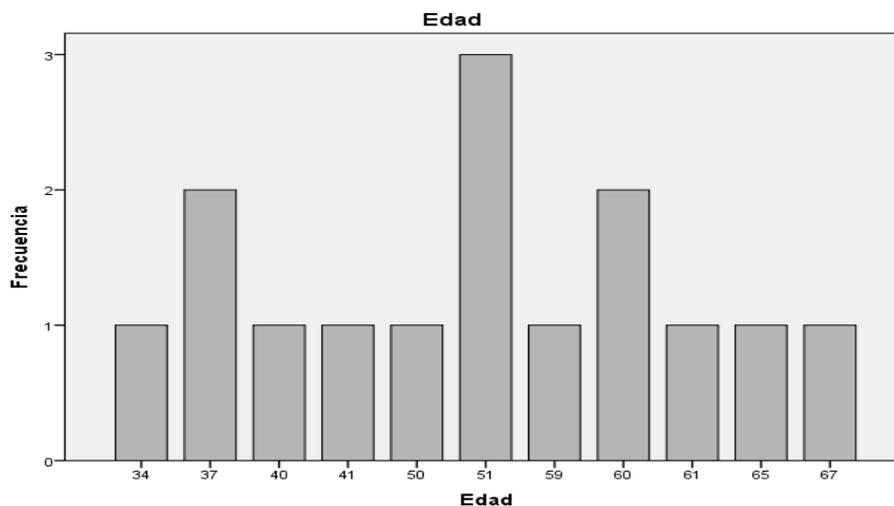
CAPITULO V

ANALISIS DE RESULTADOS

5.1 Resultados cuantitativos

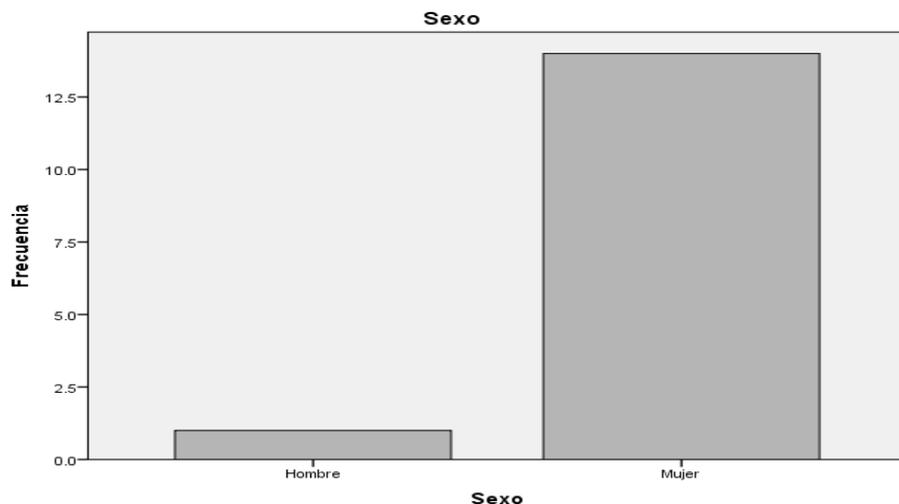
A continuación, en este capítulo se mostrarán los resultados cuantitativos que se obtuvieron a partir de análisis en el programa estadístico informático IBM SPSS usado para la investigación social y de las ciencias aplicadas.

Se agrupo a una muestra de 15 participantes para llevar a cabo el curso taller “Atiende tu mente” donde no hubo un parámetro establecido de edad para que pudieran participar, la única característica necesaria fue el ser padres y/o familiares de algún integrante con algún tipo de discapacidad y que cubrieran su atención en el tema de las Necesidades Educativas Especiales. Los participantes tenían entre 34 a 67 años. Como se representa en la gráfica numero 1 las edades que presentan mayor porcentaje son: 51 años con tres participantes, dos con 37 años y dos con 60 años.



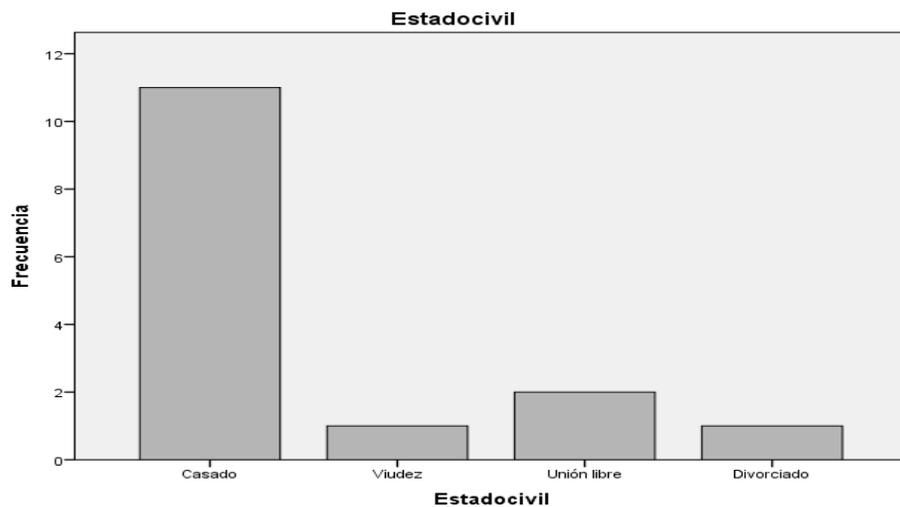
Gráfica número 1. Frecuencia de la distribución de edades de la muestra total.

En la gráfica 2 se observa que la muestra estuvo constituida por más participantes mujeres. Solo hubo un participante del hombre.



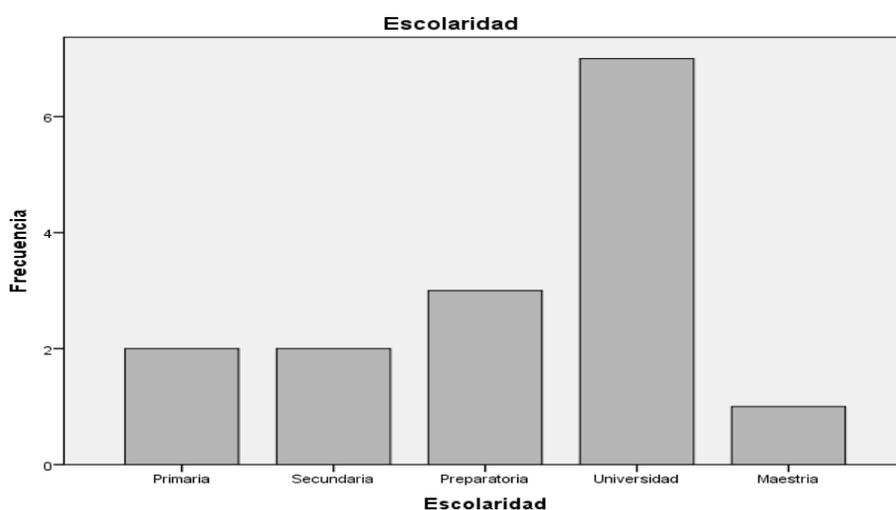
Gráfica número 2. Frecuencia de la distribución del sexo de la muestra total.

En la gráfica 3 se percibe el estado civil de los 15 participantes del taller en el que hay una mayor frecuencia de casados ya sea por lo civil o la iglesia.



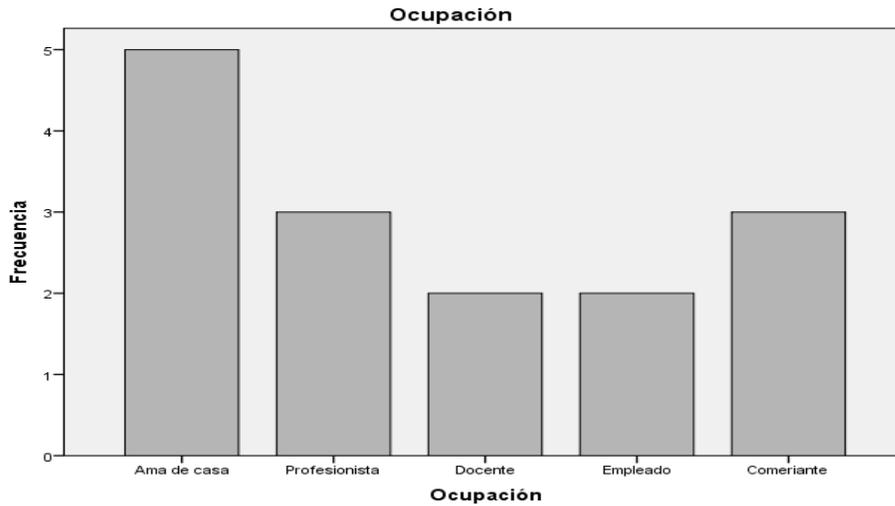
Gráfica número 3. Frecuencia de la distribución del estado civil de la muestra

En la siguiente gráfica se puede observar que el nivel de estudios de los participantes va desde la educación básica hasta un nivel superior donde la escolaridad universitaria se puede observar con mayor frecuencia. La formación de los participantes que presentan esta escolaridad es de licenciatura en psicopedagogía, derecho, nutrición e ingeniería química industrial, cabe mencionar que una participante expresa tener un grado de maestría en administración de empresas.



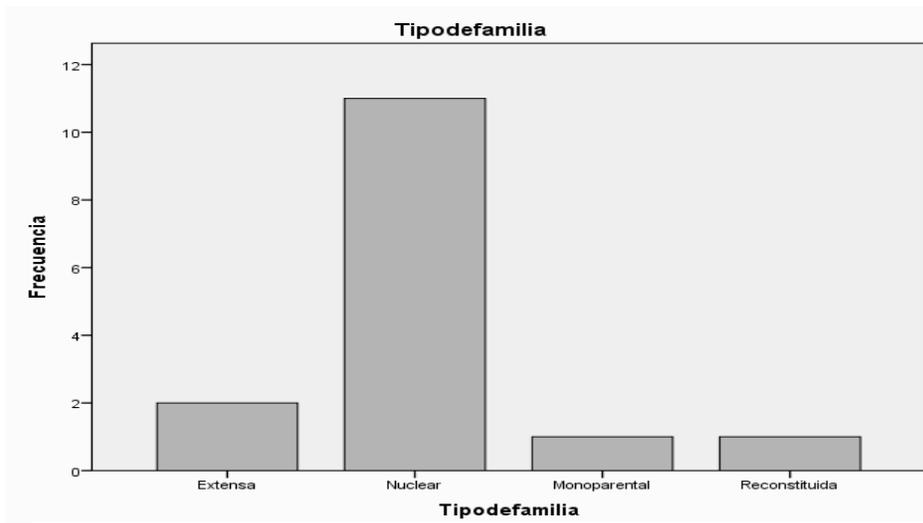
Gráfica número 4. Frecuencia de la distribución del grado de escolaridad de la muestra total.

En la gráfica número 5 se puede notar que la ocupación de los participantes del taller muestra mayor frecuencia en las labores del hogar como amas de casa, pero a su vez, pueden encontrarse laborando desde su profesión, cargos jurídicos, la docencia o la consultoría nutricional; por otro lado, están los que se dedican al comercio por la venta de artículos elaborados como comida, artesanías, productos de belleza, ropa o el emprendimiento de la cosmetología. Finalmente se encuentran los participantes que se emplean en tiendas departamentales y en la limpieza de casas.



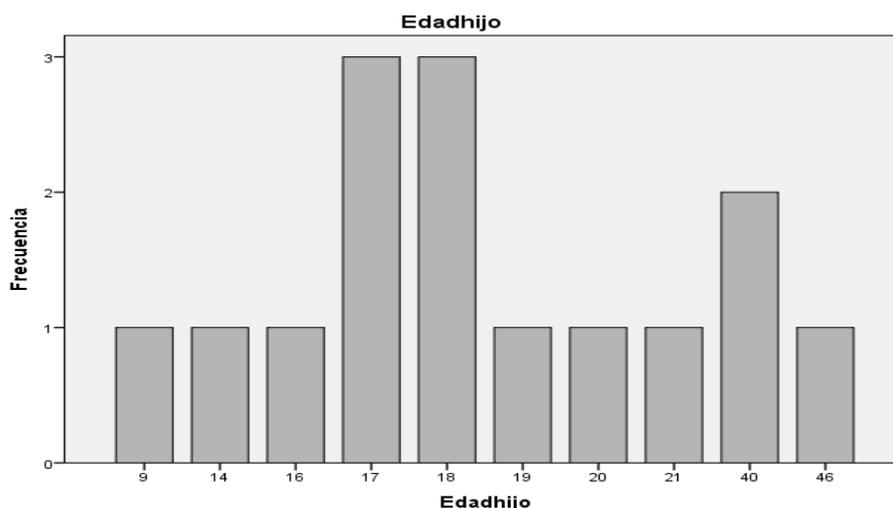
Gráfica número 5. Frecuencia de la distribución de ocupación de la muestra total.

La gráfica número 6 muestra la frecuencia de los tipos de familia de los participantes del curso taller. Se puede observar que la familia nuclear es la más representativa, pero de igual forma se encuentra a familias extensas, monoparentales y reconstituidas.



Gráfica número 6. Frecuencia de la distribución de tipos de familia de la muestra total.

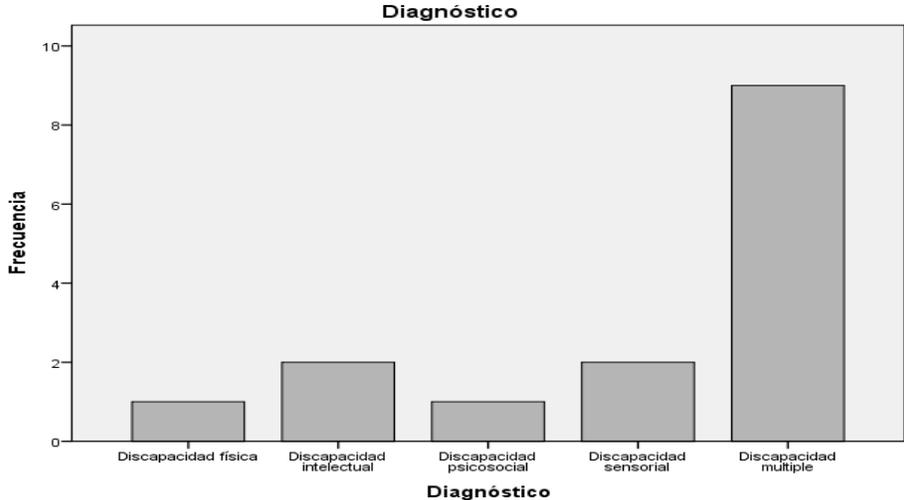
La siguiente gráfica que es el número 7 expone las edades que tienen los hijos de los participantes del curso taller y que están identificados con algún tipo de discapacidad. Esta es una característica de relevancia para este trabajo de investigación, debido a que la convocatoria para poder participar no condicionaba a los participantes por la edad cronológica de sus hijos ya que en el ámbito educativo en atención a las necesidades educativas especiales cabe los Centros de Educación Especial no restringen el acceso a sus planes de estudio por temas de edad.



Gráfica número 7. Frecuencia de la distribución de edad de los hijos de los participantes de la muestra total.

La gráfica número 8 muestra la frecuencia de los diagnósticos en cuanto al tema de la discapacidad de los hijos o hijas de los participantes del taller. Cabe hacer mención que la clasificación para la discapacidad se tomó en cuenta de lo mencionado en el Glosario de Términos sobre Discapacidad establecido por Comisión de Política Gubernamental en Materia de Derechos Humanos. La discapacidad con mayor frecuencia es la múltiple, esta se manifiesta por la presencia de dos o más discapacidades mismas que se visualizan en la tabla en los diagnósticos de los hijos o hijas de los participantes y estos son: TEA y Trastorno del tono muscular hipertónica; Discapacidad Intelectual (Síndrome de Down) y Discapacidad motriz (Dificultad con la motricidad fina); Discapacidad Intelectual y

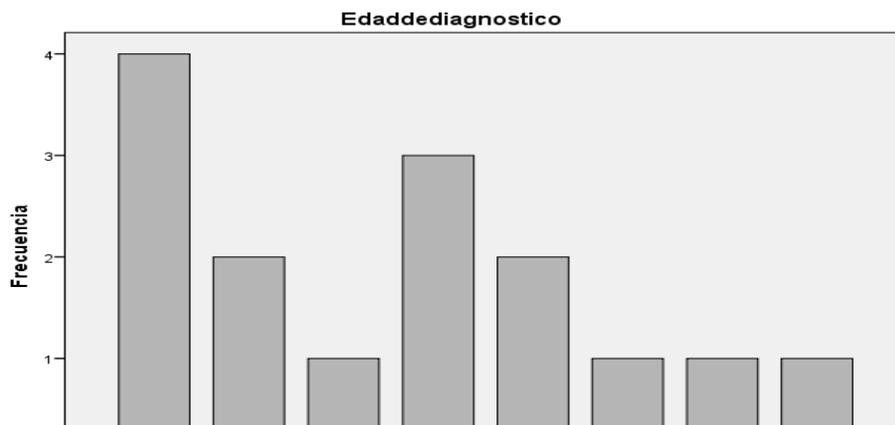
Discapacidad Motriz; TEA y Discapacidad Intelectual; Discapacidad Visual y Discapacidad Auditiva; Discapacidad Física y Discapacidad Visual; y Discapacidad Motriz e intelectual. Cabe destacar que los participantes del taller tienen identificados a sus hijos con las discapacidades que presentan, pero exactamente no recuerdan el diagnostico.



Gráfica número 8. Frecuencia de la distribución de los diagnostico de discapacidad de los hijos de los participantes de la muestra total.

Finalmente, la última gráfica que es la 9 corresponde a la edad en que los hijos o hijas de los participantes fueron diagnosticados con discapacidad. Se puede notar que la edad en la que fueron diagnosticados corresponde a los primeros años de

vida y son las mixtas, la sensorial y la física.



Gráfica número 9. Frecuencia de la distribución de edad de los hijos de los participantes de la muestra total.

5.1.1 Comprobación de la hipótesis

Para poder comprobar la hipótesis planteada del curso taller “Atiende tu mente” favorece la disminución de sintomatología depresiva en padres y/o familiares a cargo de un integrante con alguna discapacidad en relación con las necesidades educativas especiales, se puede constatar que mediante el análisis estadístico de Wilcoxon si existe una diferencia significativa menor de 0.05 observada en 0.006 en la tabla número 1, por lo que se puede decir que si hubo una disminución de síntomas depresivos en los participantes del curso taller.

Estadísticos de contraste^a

	RDEPRESIÓN - TDEPRESIÓN
Z	-2.727 ^b
Sig. asintót. (bilateral)	.006

Tabla número 1. Estadístico de contraste mediante la prueba de Wilconxon.

Así también en la tabla número 2 se puede observar que existe una diferencia significativa menor de 0.05 en el mejoramiento de la autoestima de los participantes cuando se trabaja los síntomas depresivos obteniendo 0.031 como resultado final.

Estadísticos de contraste^a

	RAUTOESTIMA - TAUTOESTIMA
Z	-2.159 ^b
Sig. asintót. (bilateral)	.031

Tabla número 2. Estadístico de contraste mediante la prueba de Wilconxon.

En esta última parte se representa la diferencia significativa menor a 0.05 en las siguientes tablas para comprobar desde el coeficiente de Spearman la correlación entre Edad con Depresión y Edad con Autoestima.

La tabla número 3 concibe diferencia significativa de 0.018 entre Edad y Depresión por lo que se entiende que entre menor Edad tengan los participantes más alteraciones del estado de ánimo en relación con la depresión presentan.

Así mismo, en la tabla número 4 se puede apreciar una diferencia significativa de 0.013 de la correlación entre Edad y Autoestima interpretando que a mayor Edad los participantes poseen una autoestima saludable.

Correlaciones

			Edad	TDEPRESIÓN
Rho de Spearman	Edad	Coeficiente de correlación	1.000	-.600*
		Sig. (bilateral)	.	.018
		N	15	15
	TDEPRESIÓN	Coeficiente de correlación	-.600*	1.000
		Sig. (bilateral)	.018	.
		N	15	15

La tabla número 3 de Correlación de Edad y Depresión

Correlaciones

			Edad	TAUTOESTIMA
Rho de Spearman	Edad	Coeficiente de correlación	1.00	.624*
		Sig. (bilateral)	.	.013
	N	15	15	
	TAUTOESTIMA	Coeficiente de correlación	.624*	1.000
		Sig. (bilateral)	.013	.
		N	15	15

La tabla número 4 de Correlación de Edad y Autoestima

5.2 Resultados cualitativos

Pretest.

Por medio digital se contactó a los participantes para la aplicación de los inventarios, a este punto se les informo el objetivo del curso taller, así como la información general de los horarios en que se impartiría.

Durante la aplicación de los inventarios surgieron comentarios durante cada cuestionamiento, por ejemplo, “me separe hace algún tiempo y desde entonces no puedo dormir bien”, “recientemente falleció alguien importante de mi familia”, “hace un par de años murió mi hijo menor”, “no cuento con el apoyo de mi familia”, “tengo poco tiempo para mí”, “creo que no me conozco”, “no me puedo quejar de la vida que me toco, pero si cambiaria algunas cosas”, “gracias a Dios ahí la llevo, no me puedo

quejar”, “intento hacer lo mejor pero a veces me desespero”, “no puedo demostrar lo que siento”.

Algunos comentarios puntuales fueron los siguientes:

Participante 1: “Me parece interesante el taller que van a dar y me llama la atención las preguntas que me has hecho porque me identifico. Tengo síntomas que me incomodan de depresión”.

Participante 2: “Me interesa mucho tomar este taller porque tengo a mi hija con Discapacidad Auditiva de Sordera bilateral profunda, ella se comunica por lengua de señas, me preocupa mucho cuando yo no este para ayudarle. Hay días en los que me preocupo y tengo tristeza”.

Participante 4: “Estoy agradecida por este espacio para que nos atendamos como padres de hijos especiales. Tengo discapacidad motriz no tengo una pierna y eso es desde que era una bebé. Me siento pequeña a un lado de un gigante. Tengo muchos problemas”.

Participante 5: “¿Qué va a ser de nuestros hijos cuando nosotros no estemos? Esto me deja inquieta. Yo me dedique a mi hija desde que era una bebé y me descuide”.

Participante 6: “Me la paso la mayor parte del tiempo en hospitales y consultas por la discapacidad de mis tres hijos, tienen síndrome de morquio y hay que viajar a los hospitales o terapias. Poco tiempo tengo para mí. Mi esposo no me apoya”.

Participante 7: “Con la discapacidad de mi hija y por mi trabajo que tuve siempre he estado en cursos y capacitaciones, todo es bueno para aprender. Soy viuda y me apoyo con mis hermanos que viven en el mismo predio. Jamás me he sentido deprimida”.

Participante 8: “Me separe hace algún tiempo y he tenido problemas legales, he sentido que en ocasiones ya no puedo, visito a mi hijo que tiene autismo, me quiero involucrar”.

Participante 9: “Se me dificulta dormir, muchas de las veces no duermo al saber que estoy sola en casa con mis hijos”.

Participación 10: “Últimamente me siento muy mal, deprimida y sin ganas de seguir, con la enfermedad de mi hijo, atender a mi hermana y aparte vivir el duelo de la muerte de otra de mis hermanas, ha sido muy difícil levantarse de la cama, pero lo tengo que hacer”.

Participante 12: “Hace año y medio mi hijo menor murió, muchas veces he pensado que ya lo estoy superando, pero cuando eso pasa al poco tiempo me siento peor, además mi hijo enfermo demanda cierta atención, trato de apoyarme en mi familia pero me dan la espalda en la mayoría de las ocasiones y no me entienden”.

Participante 13: “Me es muy difícil darme un espacio, mis dos niños tienen discapacidad, entre el trabajo y atenderlos a veces ya no puedo”.

Participante 14: “Me cuesta prestar atención y para dormir tengo problemas”.

Participante 15: Se abstuvo de comentar.

Esto nos pudo dar un panorama general de las necesidades que cada participante tenía y de esa manera dar una mejor orientación en cada una de las sesiones.

Se les informo también que por medio de un grupo de WhatsApp se les estaría enviando antes de cada sesión el enlace para unirse a una video conferencia y poder participar en ella.

Sesión 1.

Al dar inicio con esta primer sesión ya se podían distinguir comentarios que hacían cumplir la hipótesis con referencia a la falta de conocimiento propio, ya que a la hora de compartir su presentación no llegaban a cumplir con los cinco puntos establecidos en la actividad, entre los comentarios de los participantes se podían

escuchar características como las de la participante 3: “Yo soy una persona que le gusta ayudar a los demás”, la opinión de la participante 7 fue: “Yo soy una persona respetuosa”, etc. En un primer momento se detectó la dificultad para realizar este análisis entre los participantes, sin embargo, al paso de escuchar los comentarios de las demás personas pudieron proyectar y reconocer algunos aspectos que coincidían con lo que ellos querían compartir.

La participación de los integrantes fue constantemente buena y activa, incluso en la exposición del contenido temático en forma de participación o tomando nota del contenido, de igual forma en las actividades de reforzamiento se mostró el foro interesado por participar sin que los ponentes lo solicitaran de inmediato comenzaron a exponer aquellos aspectos que reconocieron de sí mismos como la participante 4 compartiendo el siguiente comentario: “me doy cuenta que dedico poco tiempo de ponerme atención para conocerme” o el comentario de la participante 12: “puedo dedicarme un momento del día para mí, y descubrir lo que ahora me gusta”. Se pudieron observar rostros de intriga a la hora del auto registro, cierta dificultad para comenzar a escribir, también se pudo notar caras de sorpresa al indagar más a profundidad sobre sí mismos, e incluso rostros confusos, por lo cual constantemente se les decía que cualquier duda la podíamos responder sin ningún problema.

Sesión 2.

Los comentarios de esta sesión comenzaron con la participante 3 menciona que podría hacer lo siguiente para mejorar su autoestima: “ayudar a los demás, ya que con la experiencia que los demás tienen eso ayuda a hacer todo mejor (aprender)”, también hubo otra participación destacada de la participante 12 que indicaba lo siguiente: “me dijeron que soy mandona y en eso coincidieron todos, lo cual me hizo sentir mal, pero la verdad es que si tengo un carácter así”, en el lado de las virtudes “me dicen que soy fuerte, que soy valiente pero yo no siento que sea así”, lo cual nos deja ver esa ausencia de aceptación y validación, al observar a la

participante se notaba en su expresión un poco de tensión facial que evolucionó a una expresión desencajada incluso con tendencia a llorar o la tristeza.

La iniciativa por participar fue constante, en este caso fue la participante 5, comenta que se identificó con el pensamiento de afirmación “debería”, ya que lo relaciona a una situación que vivió recientemente con su madre de lo cual menciona lo siguiente: “fui a visitar a mi mamá y yo llego con mis ojos llorosos, ella solo habla de sus cosas, entonces yo pienso que no debería darse cuenta que estoy triste, tengo los ojos llorosos y no vio”, de igual manera la participante 2 nos expone que se identifica con el pensamiento catastrófico el cual lo interpreta de la siguiente manera: “cuando salen mis hijos soy muy catastrófica, les digo que no tomen, que se fijen que no les pongan nada en su bebida, que no se vistan de cierta manera, porque pienso que algo les puede pasar”.

Sesión 3.

Durante la presentación de esta sesión la participante 9, sin pedir autorización como tal alzo la voz y comento una situación que sirvió como ejemplo para mostrar parte de la técnica de dialogo socrático en la cual comentaba lo siguiente: “yo debería meditar antes de contestar”, su evidencia estuvo en que recientemente tuvo una situación en la cual por enojo dijo cosas que lastimaron a otras personas, menciona que “no sabe cómo reaccionar”.

A medida que avanza la sesión y durante la técnica reforzadora, la participante 2 menciona que su hija mayor fue al nevado de Toluca: “con estos fríos, yo pensé que iba a estar muy nevado que no podrían subir, que la carretera estaría peligrosa y me angustiaba, pero no le digo nada, y estoy pendiente”, “no debería

tener ese pensamiento porque ella es muy responsable, pero como mamá me siento con ese miedo, pero intento rezar para tranquilizarme”, “podría también tenerles más confianza porque tengo evidencia de poder confiar en ellos” , de igual forma se les comentó al resto del grupo que en caso de querer mencionar alguna situación en privado, lo podrían hacer para dirigirlos con la técnica.

Sesión 4.

En esta sesión los participantes daban pequeños comentarios de lo que reconocían de las emociones, se notaban rostros de asombro al descubrir las variantes de las emociones para así llegar a una emoción más exacta, por ejemplo la participante 11 menciona que se enojó por una situación vial en la cual reconoce como emoción secundaria: “frustración, porque realmente la otra persona que estuvo implicada no tomó en cuenta su enojo, lo cual no valió la pena enojarse por algo así, pero al final me sentí irritada por todo lo sucedido”, se puede reconocer que la participante tiene la capacidad de identificar sus emociones y llevarlas a la parte racional, al observarla podemos identificar una expresión aun de enojo en su rostro, sin embargo al tener racionalizada la emoción sus palabras cambian su semblante al término de su comentario.

Ese tipo de participaciones dio la pauta para iniciar con el foro de comentarios, en el cual otros integrantes dieron sus comentarios, la participante 1 comenta que el día de hoy vivió la sorpresa, aportando lo siguiente: “mi hijo es autista no verbal, y cuando dice una palabra o frase, a mí me genera sorpresa, el día de hoy tuvo una expresión de una emoción en la cual al despertar, él tiene una almohada de un color característico con la que siempre duerme, sin querer por la noche se le cayó y reclamó que alguien había tirado su almohada, cuando él fue, mi sorpresa fue esa, que él se expresó diciendo mamá mi almohada roja me la tiro papá, cuando realmente él la tiró”, menciona también que posteriormente esa emoción la llevó a sentirse impresionada: “me impresionó la forma tan clara y fluida en la que pudo decir las cosas, para mí es algo muy especial, al final me quedo liberada”, se reflejó

tranquilidad en su voz un tono más tenue y en ocasiones efusiva. Como aportación de la participante 10 retomando que su situación es similar a la de su compañera dice: “me siento liberada, eufórica, sorprendida por que ahora sé que puedo hacer más por mi hijo, él ya está grande y le he visto avances, ahora trabajaré más con él, porque creía que ya no podía lograr más con él, al escuchar a mi compañera me da esa motivación de poder hacer más por mi hijo”. Casos como este fueron recurrentes, que entre los participantes mostraran empatía y compartieran experiencias, desde este punto se logró predecir que se podría formar una red de apoyo entre los participantes.

Para el final de la sesión la participante 7 comenta: “¿sabías qué, las emociones producen que nuestro organismo segregue sustancias químicas?”, de igual forma la participante 5 menciona: “¿sabías qué las emociones se forman de las experiencias que vivimos todos los días?”, continuando esta serie de datos la participante 9 dice: “¿sabías qué el miedo si lo sabes usar a tu favor es un mecanismo de defensa que te ayuda a salir adelante?” En las expresiones faciales de los participantes se pudo observar sorpresa por conocer datos del tema.

Sesión 5.

Para iniciar esta sesión se retomó el tema anterior, del cual se partió con comentarios como el de la participante 3: “no había prestado atención a las emociones que vivo”, lo cual nos permite observar que algunos participantes se identifican con este comentario, además de identificar que se tiene etiquetada de forma “mala o buena” a las emociones, lo cual los lleva a hacer una gestión equivocada de ellas.

En cuanto a lo rescatado durante la aplicación de la técnica reforzadora nos encontramos con experiencias de los participantes muy particulares que van desde duelos, hasta situaciones diarias en la dinámica familiar o simplemente en la función social que cumplen día con día. Se obtuvieron comentarios como el de la participante

3: “me siento muy triste pero no puedo demostrarlo, porque debo ser fuerte por mis nietos”. Se le pudo observar facciones de tristeza lo cual nos indicó que sí se estaba viviendo la emoción, sin embargo, aún había cierta resistencia para acercarse al punto máximo de esta emoción y dejar de reprimirla. La participante menciona: “me hace sentir estresada el tener que evadir lo que estoy sintiendo”, lo cual reflejó en ella una compostura rígida que incluso se podía observar tomando con fuerza su asiento, e incluso cierta tensión en la mandíbula. Para el momento de regular la emoción desde la compasión la participante manifiesta sentirse relajada comentando: “siento un peso menos y mi pecho desahogado”, además de reconocer que no está mal vivir la emoción por un momento para evaluarla y darle una mejor dirección.

Al finalizar la sesión los asistentes que participaron mencionan que, si bien la técnica las llevo a vivir su tristeza al máximo, para este momento se sienten relajadas. Mientras que al final la participante 14 menciona: “esta actividad me ayudo a saber cómo vivo mis emociones y más que nada a aprender a hacerlo mejor”. La participante 15 por su parte menciona: “voy a hacer esta actividad en los siguientes días porque siento que en ocasiones lo necesito”; otro comentario más general fue el de la participante 1: “me sigo conociendo”, también comentan que hay actividades que les ayudan a sentirse mejor y complementar con lo demás que van aprendiendo, por ejemplo el hacer de comer algo nuevo, salir, retomar amistades, rezar, pertenecer a grupos religiosos que les permiten sentirse productivos, salir a caminar o hacer ejercicio.

Sesión 6.

Al iniciar esta sesión se realizó un foro de compartir ideas sobre el conocimiento previo que se tiene sobre el estrés para esto hubo comentarios generales como la participante 14: “el estrés es malo”, el de la participante 1: “pues creo que es normal”, o el del participante 8: “cuando me siento estresado siento que no rindo igual”.

Algunos participantes reforzaban con comentarios tales como con la participante 13: “la mayoría de las veces creo que el estrés me detiene, me frustró y me estreso más”, posteriormente se guio a la participante a evaluar si de verdad es el estrés es totalmente malo o puede funcionar como una oportunidad de movimiento a la acción. Durante la aplicación de la actividad reforzadora los participantes aportan los siguientes comentarios, como la participante 4: “no sabía que vivía con estrés y que eso era lo que me hacía sentir así”, como primer paso para los participantes fue el hecho de reconocer su estrés, de aceptar que en algún momento lo han experimentado y las consecuencias que esto ha traído, tal es el caso de la participante 6 que comenta: “el estrés me ha llevado a tener conflictos con mi familia, el vivir irritada por no poder manejarlo y quizá hacer que las cosas solo empeoren”, incluso comentarios como el de la participante 15 “no sé cómo manejar el estrés y tiendo a ser explosiva cuando ya no encuentro la salida para solucionar las cosas”, a esta participaciones se les dio la guía para llegar a un mejor entendimiento y esa forma poder continuar a la siguiente actividad.

Al finalizar se compartieron las experiencias de la técnica reforzadora, de esto surgen comentarios tales como el del participante 8: “estoy viviendo un momento de estrés por algo financiero, algo que no se ha podido resolver y constantemente me mantiene con la incertidumbre de cómo se va a resolver”, menciona que al iniciar se sentía inquieto e incluso alterado físicamente, pero al ir realizando la respiración la alteración física disminuía aportando lo siguiente “sentí que mi cuerpo dejó de sentirse tenso” y al momento de compartir su experiencia dice lo siguiente: “ahora me siento más tranquilo y pienso que el problema que tengo se tendrá que resolver de alguna u otra manera, cada que sienta que me voy a alterar voy a recurrir a esta técnica”. De igual forma, la participante 10 menciona lo siguiente : “ ya había tenido una experiencia con esta técnica, antes iba a retiros espirituales y me la enseñaron ahí, sin embargo la dejé de hacer, recuerdo que me funcionaba muy bien, ya que con el estrés que llego a vivir en ocasiones no puedo dormir y esa técnica me ayuda mucho para conciliar el sueño, lo voy a retomar” también comenta que antes de iniciar se sentía un tanto intranquila, pero que al haber realizado la actividad se

sentía más tranquila, a partir de este comentario la participante 9 aporta lo siguiente “yo ahora me siento con sueño, creo que me relajó mucho y la utilizare para poder dormir, también a veces no puedo dormir”, de esta manera los comentarios concluyeron y de pudo dar fin a la sesión.

Sesión 7.

Para iniciar esta sesión se hizo un pequeño recordatorio de la sesión pasada, así surgieron algunos comentarios por ejemplo la participante 4 aportó lo siguiente: “al concluir la sesión de ayer después de la actividad me sentí con náusea y mareada”, a lo cual se le sugirió intentar hacer la técnica de una forma gradual hacerla en menos tiempos para evitar sentir el malestar.

Otra aportación fue de la participante 11 que menciona: “cuando estoy estresada trato de enfocarme en alguna otra actividad, por ejemplo salir a andar en bicicleta, de esa forma puedo pensar mejor ante lo que me está generando el estrés”, por el contrario la participante 6 comenta: “a mí me cuesta mucho dejar de sentirme estresada, la mayor parte del tiempo me encuentro sola con todas las responsabilidades de mis hijos, los tres requieren de mucha atención porque están enfermos, no cuento con el apoyo de mi familia ni de mi esposo, por lo tanto no tengo un momento en el que pueda dedicar solo a mí, sin embargo, intentaré hacer las técnicas en el momento que mis hijos entren a consulta o su terapia”, después de este comentario los asistentes del taller se mostraron muy empáticos con la situación de su compañera y la participante 12 comenta que ella vivió una situación parecida de vivir estresada y en un hospital, de esta manera le ofrece el apoyo directo a su compañera y al resto del grupo para poder hablar en algún momento respecto a lo que sienten o están pasando, e incluso para apoyar con comida o cosas por el estilo.

Al concluir, al igual que en las técnicas anteriores se les pidió que comentaran su experiencia, de esto surgen comentarios como el de la participante 1: “al inicio de la técnica detecté un dolor en el cuello del cual no me había percatado, ahora que ya

realicé la actividad el dolor ha disminuido bastante quizá durante el día llegué a estresarme, pero no lo logré detectar, creo que debo poner un poco más de atención, la técnica me hizo sentir relajada, espero dormir bien hoy”.

Sesión 8.

La participación de los asistentes del taller al inicio de esta sesión fue satisfactoria, se dio comienzo con una actividad dinámica que implicaba movimiento y el uso de las extremidades, todos los asistentes participaron, al principio se podía observar un poco de reacciones incómodas con cierta vergüenza, sin embargo, con el paso de los segundos la mayoría se fue adaptando a la actividad, e incluso podíamos observar facciones de diversión.

La actividad reforzadora llevó a los participantes a elaborar y establecer objetivos que les propicien mejores hábitos, entre los objetivos que se compartieron en el foro fueron los siguientes; la participante 9 se propone lo siguiente “salir por 30 minutos de mi casa para distraerme”, con respecto a esta propuesta cabe destacar que esta asistente tiene una situación particular, ya que no le gusta salir de su casa principalmente sola, esto le genera cierto miedo y ansiedad, así que uno de sus objetivos es salir por sí sola, por otro lado la participante 5 comenta “voy a retomar el hacer deporte con mi hija hasta donde yo pueda, hace muchos años lo hacía pero por mi enfermedad lo fui dejando”, otro comentario de la participante 4 “pondré más atención en lo que como de ahora en adelante, quizá dejar esas cosas que ya sé que me hacen daño”, la participante 12 retoma una de las actividades pasadas y comenta “hacer relajación progresiva antes de dormir, para poder conciliar el sueño”, la participante 11 “voy a continuar saliendo por las tardes a andar en bicicleta, eso me cansa y aparte hace que despeje la mente”. Con respecto a esta actividad estos fueron los comentarios más destacados entre ellos también hubo comentarios con respecto a hábitos del sueño como el siguiente de la participante 3: “tener esa paz con Dios, hacer mi oración y la respiración de la actividad pasada”, la mayoría de los participantes llevan sus comentarios de la mano del ámbito religioso.

Sesión 9.

Los primeros comentarios puntuales de esta sesión fueron los siguientes, la participante 11 menciona: “Un problema es una situación difícil pero no imposible de resolver”, otro comentario fue por el participante 7 argumentó: “Los problemas son oportunidades para crecer”, la participante 9 dijo: “Los problemas nos mantienen preocupados y aterrados todo el tiempo hay que aprender a relajarnos y resolverlos”, y otro comentario fue el de la participante 4: “Tengo muchos problemas y no sé cómo empezar a resolverlos”.

Durante el desarrollo de la sesión se destaca el comentario de la integrante 9 la cual expuso su problema: “Tengo un problema con mi esposo, los implicados somos los dos. Nos hemos tomado un tiempo porque ya no funcionamos como pareja, sucede que me siento triste ya que de aquí tomaremos la decisión de seguir juntos o no, esto sucedió esta semana hablamos y pareciera que él no escucha, yo he llorado y me he enojado porque no puedo expresar lo que pienso y siento, tengo miedo porque estaré sola en la casa, mi esposo no dice nada para solucionar esto, las consecuencias de esto serán para mis hijos ¿qué va a pensar la gente?”. Se rescató la participación de la participante 9 y en su listado de la actividad reforzadora ella escribió: “Por el momento respetar la decisión de mi esposo, tomar el tiempo, no involucrar a los niños, validar mis emociones, identificar mis pensamientos como en la sesión del taller que vimos el otro día, hacer cosas que me relajen, hacer relajación progresiva porque me estreso, igual el ejercicio de la respiración del diafragma, aceptar mis emociones, no encerrarme y salir con mis hijos al parque y cuando pase el tiempo hablar las cosas y aceptar lo que tenga que pasar porque la vida continua”. La participante expresa que lo trabajado en esta sesión y el pensar en las soluciones le deja satisfacción y que las demás sesiones le están ayudando a valorarse y a cuidar de ella pues esto le permitirá vivir, enfrentar la vida y ver por sus hijos, el fijar metas de solución para resolver su situación. La aportación de la participante número 9 sirvió de ejemplo para los demás que expresaron algunos

detalles de los que no se habían dado cuenta los demás, mencionando así la participante 13: “no me había detenido a pensar todo esto y lo comenzaré a poner en práctica”, la participante 15 mencionó: “algunas cosas las tenía en cuenta pero otras no o quizá mi método no me ha funcionado, sigo aprendiendo cosas nuevas e interesantes” y el participante 8: mencionó “comencé a ver una situación de un problema legal y económico que tengo y me puse a analizar la situación con todo lo que dijeron ustedes psicólogos y las compañeras de taller, veo posibles soluciones, esto ya me comenzaba a preocupar”.

Para finalizar algunos integrantes mencionaron que comenzaron a caminar por ejercicio, visitar amistades y familia, cuidar plantas, así como su alimentación, cuidar sus hábitos del sueño, darse un tiempo para repasar las técnicas aprendidas, descansar de la labor en el hogar, meditar, salir a dar la vuelta entre otras cosas, esto como proyecto de sesiones pasadas.

Sesión 10.

Se inició haciendo mención que faltaban ya tres sesiones para terminar el curso taller en lo que se conectaban los participantes algunos hicieron los siguientes comentarios, participante 5 argumentó que le ha parecido muy interesante el taller diciendo que le permite conocerse y aprender cosas nuevas que ha puesto en práctica,” la Participante 3 mencionó: “Me parece interesante y me ha ayudado mucho”.

Durante el desarrollo de la sesión la Participante 2 logró identificar un pensamiento catastrófico y pone en práctica la reestructuración de este por lo que comentó: “Pensaba que cada vez que mis hijos salían de la casa les ocurrirían las peores tragedias”. En la sesión 3 en donde se trabajó la reestructuración cognitiva esta participante expuso el caso de que en una ocasión llegó a sentirse con mucho miedo e inquieta al imaginarse los peores escenarios con una de sus hijas que había salido de excursión a una zona con nieve, el pensamiento que tenía la participante

presente era: “A mi hija algo malo le va a pasar, se va a accidentar en el camino o se la van a robar”. Desde el modelo ABC ella identifico que el Evento activador (A) comienza cada vez que sus hijos salen fuera de casa a viajes o diversiones, luego la creencia (B) está en que afuera hay muchos peligros que ponen en riesgo a sus hijos y las consecuencias emocionales (C) es que experimenta niveles altos de miedo, en las conductuales se siente agitada llegando a moverse de un lugar a otro y las fisiológicas las identifica en llanto, ella pudo identificar hasta este momento por el modelo ABC su creencia que le ha generado malestar cognitivo, emocional y conductual, expresó la Participante 2 que comenzó a hacer la técnica conductual de la respiración diafragmática para calmarse llegando a hacer oraciones y ocupándose del cuidado de su jardín y es cuando debate su pensamiento catastrófico internamente (D) preguntándose: “Qué evidencia tengo de que les sucederá algo terrible a mis hijos ¿Pensar de esta manera me trae un beneficio y me pone peor?” comento que llegó a un pensamiento racional (E) que la deja tranquila “Mis hijos se saben cuidar bien, se llevan con personas buenas y los eduque para medir los peligros” llevándola a tener una nueva filosofía de vida. En esta participación se le apoyo a la participante a reforzar el modelo sugiriéndole ponerlo en práctica en los otros pensamientos irracionales que identifico en ella.

Otra aportación de la Participante : “Es necesario estar con motivación para salir adelante y lograr el cumplimiento de nuestros objetivos, las personas luego nos motivan, pero hay algo dentro de nosotros que nos impulsa”, así mismo la Participante 7 mencionó: “Desde siempre me he motivado a mí misma a hacer cosas de mi agrado, cuando era joven me gustaba salir a caminar a las montañas, cuando era profesora de universidad algunos alumnos que tenían el mismo gusto que yo nos organizábamos e íbamos a caminar sin medir los peligros, en lo personal me sentía libre y saludable. Luego me inscribo a los maratones a mis 60 años y me gusta hacer ejercicio por mi salud, eso me hace sentirme bien y yo misma me motivo”, y otro comentario fue el de la Participante 11 que mencionó: “A mí me motiva el sentirme capaz de realizar cosas como el cocinar, disfruto mucho, me gusta hacer las cosas ricas, y de que mencionaron de la motivación extrínseca mis hijos me dicen que les

gusta lo que preparo y eso igual me ayuda”. En esta participación se pudo notar que ella diferencia los dos tipos de motivación que se pueden dar al mismo tiempo, esta participante rescato que es momento de prestar atención a la motivación intrínseca. Otra aportación fue la del Participante 8 que a partir de la sesión anterior de la resolución de problemas expresó: “Me siento motivado a resolver mis problemas y he pensado algunas alternativas de solución al igual para que no me quedé sin hacer nada y viva mi vida haciendo otras cosas que vengo descuidando”.

Sesión 11.

De los primeros comentarios relevantes de esta presentación se encuentran los siguientes, como el de la Participante 4 que dice: “Me enfoqué a mi familia, me case y llegaron los hijos “¿no sé qué sigue,?””, la Participante 7 comentó: “Con el tema de la discapacidad de mis hijos en el ir y venir de sus consultas y en donde tengo que viajar poco tiempo tengo para mí, voy a pensar en mí”, la participante 10 señaló: “Cuando ya los hijos crecen se queda uno solo, entonces hay que ocuparse, aprender cosas o hacer lo de antes cuando era uno joven”. Cabe resaltar que en esta parte se explicó que el proyecto de vida siempre está presente, es decir, conforme pasan los años este se puede anticipar, modificar, modelar y organizar para su cumplimiento, además de que es necesario el comenzar a hacer pequeños proyectos o metas que les acerquen más a sus metas a mediano y largo plazo llenando de sentido de acuerdo con los estilos de vida de cada persona, del estatus familiar, empleo, etc.

De la actividad reforzadora se obtuvieron comentarios como el de la participante 1, que comentó: “Era el estudiar una carrera, el tener un buen trabajo, casarme, tener una casa, los hijos y ser feliz. La verdad con el tema de la discapacidad de mi hijo me enfoqué en él, me vine para abajo, quiero darme la oportunidad de no estar tan preocupada y pensar en mi salud porque necesito estar bien para los demás y hacer cosas que he querido hacer”.

Finalmente se abrió un espacio de escucha y dialogo para escuchar a quienes querían compartir su proyecto de vida y lo aprendido durante la sesión. La Participante 13 que es una mamá joven compartió: “Me ha ayudado mucho esta sesión ya que por muchas situaciones y unas cuestiones económicas no he podido estudiar una carrera universitaria, hace años apliqué en la carrera de medicina y no pasé, luego intenté de nuevo y lo pasé, pero tuve que abandonarla, ya no pude hacer nada por recuperar, más sin en cambio me sugirieron buscar otro plan es estudios y espero la convocatoria para hacer examen en enfermería, ahora en febrero sale la convocatoria. Para lograrlos si tengo que estudiar, pero ya me medí y si pasé el otro examen estudiando este igual, tengo que estudiar. Aprendí que no hay nada determinado y que puedo planear mi proyecto de vida para darle un futuro a mi hijo”. Otra aportación fue la de la Participante 7 quien dijo: “Yo que ya me jubilé puedo ver mi recorrer en la vida y es muy satisfactorio darme cuenta de que mi mamá siempre me apoyó, mis hermanos y mi pareja que ya falleció. Me gustó estudiar y el ser maestra. Como mencioné anteriormente me gustaba salir a los cerros ahora ya no puedo hacerlo, pero sí salir a correr y cuidar mi salud, ver por mi hija y seguir tomando cursos de estos temas”, Participante 8 dijo, “Voy a seguir con mi vida y aplicar todos lo que nos están enseñando”. La Participante 5 comentó “Voy a pensar más en mí, quiero seguir conociéndome ya debo darme tiempo y pensar en mi proyecto de vida en mi adultez”. Después de escuchar a todos los participantes se dio las gracias a todos por su asistencia al taller y por su participación.

Sesión 12.

Cabe mencionar que esta sesión surgió a partir de que la mayoría de los participantes comentaron que les gustaría tener una sesión sobre el duelo debido a que a pesar de los años sienten que les cuesta trabajo aceptar el tema de la discapacidad de sus hijos, además han tenido pérdidas de familiares a causa de la pandemia del COVID-19, pérdidas materiales, entre otras.

Durante el desarrollo de la sesión se dieron comentarios como el de la participante 11 quien compartió su experiencia de cómo trabajó un duelo en el

pasado: “En una ocasión asumí un duelo y que tuve auxilio de un tanatólogo me hacía más o menos la comparación de un espiral en donde de un círculo en el que yo iba avanzando y pasaba al segundo círculo de repente al volver a dar una vuelta yo retornaba a mi primer círculo, yo eso no lo entendía primero y me fui dejando guiar, y ya yo lo entendí cuando él me indicó que es como una especie de espiral cuando uno va avanzando se regresa a lo anterior aun pensando que ya iba saliendo, lo entendí así no pasaba nada y me seguía a las otras etapas de las etapas del duelo y cuando vi estaba en la aceptación y ahí me cayó el veinte volteé la mirada hacia atrás y vi por todo los pasos por los que camine esa fue mi experiencia”. Después de esta participación se realizó un ejercicio en donde más que comentarios se observó que los participantes se mostraban más serenos a comparación de la anterior técnica. Además de que externaron que pudieron ver sus temas con valentía y con posibilidad de llegar a otro estado emocional reestructurando sus pensamientos, regulando sus emociones y activándose conductualmente. Mencionaron que se sentía relajados por la imaginación y los ejercicios de respiración y que para esta sesión del duelo ya comenzaban a poner en práctica las técnicas y el contenido temático.

Sesión 13.

Al inicio para esta sesión se compartieron los avances de las sesiones anteriores, entre los comentarios de los participantes uno de los más destacados fue el de la participante 9 comentando lo siguiente: “pude salir al centro yo sola, de ahí fui a casa de mi mamá, me sentí muy orgullosa de poder salir sin compañía, seguiré intentando hacerlo lo que más pueda”.

Al desarrollarse la presentación se obtuvieron comentarios como el de la participante 4 menciona haber tenido una pérdida de un familiar, problemas legales y la preocupación del tema de la discapacidad de su hija, misma que a lo largo de las sesiones llegó a expresar.

Al finalizar la sesión se obtuvieron comentarios muy importantes por parte de todos los participantes activos, los cuales se presentan a continuación:

Participante 2 mencionó: “A mí las actividades que me gustaron o con las pude tener empatía fue el buscar hacer actividades placenteras y hacer auto registros porque no había pensado escribir lo que hacía en el día, reestructurar mi proyecto de vida a mediano y a largo plazo con cosas que he querido hacer y la parte de los hábitos saludables como comer bien, descansar y activarme. Me gustaron muchos los ejercicios de relajación”.

Participante 9 compartió: “Me quedó con el aprendizaje de relajación progresiva porque creo que fue la que más me ayudó y me relajó, ahora pienso más las cosas de una manera racional con el ABC identifico las cosas las pienso más. Me regulo. Todas las actividades y temas despertaron muchas cosas que me enseñó una parte diferentes. A mí me ayudó a sanar muchas cosas todas las sesiones. Me siento mejor. Entiendo más cosas con respecto a los temas que nos dieron de la depresión, no decía lo que me llamaba la atención, pero si lo meditaba después de cada sesión y al otro día lo analizaba con mayor calma lo que me llamaba la atención”.

Participante número 3 dijo: “Pues yo creo que todo lo que hemos aprendido durante estas sesiones han sido de mucha utilidad para nuestra vida futura y nuestra vida presente porque con lo que vimos ya tenemos muchas herramientas que podemos utilizar como la relajación, la respiración, los auto registros, la búsqueda de soluciones es tratar de ver que todo tiene solución y que todo lo que nos han dado es muy bueno”.

Participante número 5 argumentó: “Todas las actividades nos dejaron una enseñanza, han sido muy bonitas. Me di cuenta de que no me conocía a fondo, lo estoy haciendo, tengo cosas por cambiar y la motivación del taller ha sido muy bonita. Los ejercicios de respiración me han ayudado bastante para descansar y pues estoy aprendiendo porque me exalto muy rápido, auto controlarme me está gustando. Me quedo con que estoy aprendiendo cosas nuevas que tenía y que

desconocía y me gusta. Estaba en segundo lugar, pero para mí ya voy a comenzar a estar primero porque estoy aprendiendo en eso y voy a hacer lo que yo quería hacer que no pudiera hacer y desde hoy para querer a los demás me comenzaré a querer yo primero”.

Participante número 6: “Pues yo me quedó con el autor registro, la relajación y la respiración me han hecho muy bien. He hecho cambios en mis hábitos y pienso ahora de diferente manera. Ayudarnos con los hábitos saludables”.

Participante número 4: “Pues me llevo un aprendizaje, pongo en práctica la relajación, los hábitos saludables, regulación emocional, tener tiempo para mí, atenderme porque hoy me siento primero, quiero que me vean que sepa que me duele y no quedarme callada para no sufrir. El ejercicio de relajación ahora que estuve enferma de COVID-19 me ayudó a relajarme y descansar. Puedo darme cuenta de que al principio del taller mi cuerpo se sentía tenso y ahora me siento relajada como sin carga. Gracias porque nos ayudan a darnos el valor de conocernos y a atendernos”.

Participante 7 comentó: “El taller ha sido muy interesante, he recordado cosas reafirmando y confirmando cosas, yo soy muy concreta para hablar y lo que les puedo decir es que siempre me ha funcionado la motivación intrínseca, el ejercicio, la vida saludable en eso me he basado hasta la actualidad, sigo haciendo ejercicio. Corro por mi vida porque tengo una persona que depende de mí, porque tengo que estar al cien para ella. Aprendí que hay problemas y que siempre hemos salido adelante. Compartimos el tema de la discapacidad de nuestros hijos y salimos adelante”.

Por su parte la participante 10 compartió: “Lo que más me pareció importante para mí que estoy en depresión es de estas señales a las que hay que estar pendiente, es todo el medio lo que tiene que ver en una depresión personal, sentirse sin apoyo, ser sensible a las críticas, no saber tomar decisiones. Estar pendiente a estas señales. Yo me quedo con los auto registros, las actividades placenteras porque la última persona en la que pensaba era en mí, la respiración diafragmática

que es la que hago para dormir la conocía, pero no la había practicado tanto como ahorita, los ejercicios de relajación, respiración, la alimentación, proyecto de vida, la motivación intrínseca y extrínseca y son cosas que me van a ayudar mucho. Lo que más valoró ahorita son lo de las señales porque no había estado pendiente y reconocía a las señales, estoy teniendo una recaída y lo reconozco como una recaída y todo esto me va a ayudar mucho. Ahora al revisar lo de las emociones veo que sentir las no nos hace ni muy malo ni tampoco muy buenos porque desde la culpa la veía como una carga emocional que aprendo a quitármela y esto me ayude a valorarme como persona. El taller me ayudo bastante. Al hablar de duelo siento que me ayudó”.

Por su parte el participante número 8 dijo: “Yo me quedo en cómo nos veíamos a nosotros y el cómo nos veían los demás de la autoestima, las emociones, los hábitos saludables hasta llegar a los ejercicios de relajación la importancia de la respiración, trabaje el duelo de hace muchos años y parece que con las técnicas voy a sanar”.

Así mismo el participante número 14 compartió: “A mí me cuesta trabajo expresar, con la cámara me pongo nerviosa, de las sesiones yo tomé fotos para ver con calma las sesiones, a veces no le damos importancia a lo psicológico y que uno no toma en cuenta para estar mejor, recordé cosas que hace 20 años atrás y ya no lo hacía, todo me ha ayudado, muy agradecida, muy contenta de tomar el curso, haber conocido a los demás compañeros que estuvieron en la sesión. Aun no pongo en práctica las técnicas y eso, pero si los tengo y lo voy a hacer”.

Participante número 1 comentó: “Los temas que abordaron definitivamente están reforzando varias áreas que yo ya he venido estudiando desde hace siete meses más o menos, comencé a tener unas fuertes recaídas puesto que tengo pequeños decidí poder hacer algo al respecto ya que de mi dependen prácticamente no solamente lo económico sino lo emocional mis hijos y decidí comenzar este camino aun no culmina. Lo que aprendí en estos días fue reforzar varias situaciones que ya conocía y otras como las emociones, resolución de problemas de manera

personal, ahora no pongo en práctica las técnicas, pero me llevó eso, hago un registro un tipo agenda del día a día que hago de meses atrás, y voy anotando, pero ahora voy mejorando los aspectos de mí misma, me ayuda a cumplir metas y objetivos y con esto voy dando reforzamiento a lo que hago”.

Después de estos comentarios los participantes se mostraron entusiasmados al expresar lo que iban a implementar o lo que ya han comenzado a hacer y por lo aprendido en el taller en cuanto conocimiento y herramientas psicológicas. Así lo manifestaron de manera verbal.

Finalmente se aterrizó el objetivo del taller, se recapitaron las sesiones, se dieron recomendaciones generales, se dieron las gracias y se felicitaron todos los participantes. Todos dieron las gracias y a manera de cierre todo el grupo aplaudió y se comenzaron a desconectar los participantes.

Re-test

Al finalizar con el taller se contactó nuevamente con los participantes vía digital, además de la aplicación de los inventarios, se obtuvieron más comentarios relevantes, por ejemplo, los siguientes:

Participante 1: “Me doy cuenta de que tengo mayor conocimiento de mí. Quiero trabajar el tema de mi salud mental y en la de mi hijo ¿Conoces a algún psicólogo infantil que me puedas recomendar? Me faltó comentarte que he aprendido mucho del tema de las emociones. Me doy cuenta de que me he sentido bien conmigo después de este taller”.

Participante 2: “Lo que nos enseñaron en el taller me ha funcionado porque ahora me activo durante el día con cosas que me gustan, me preparo haciendo respiración diafragmática y relajación para dormir, logré concentrarme para dormir, ya no me cuesta trabajo conciliar el sueño y seguiré practicando estas técnicas. Mis pensamientos dejaron de ser negativos, identifico pensamientos y emociones y las

regulo a partir de lo que aprendimos y de cosas que ya hacía. Ahora trato de no engancharme. He practicado el tener detalles conmigo de comenzar a darme espacio y ponerme en primer lugar. Me compré un suéter rojo, ya me lo había probado y no lo compraba, me lo compré al fin. Comí lo que me gusta sin pensar que es caro. Comienzo por comer saludable, comí fruta”.

Participante 3: “Me acepto como persona, mi físico lo acepto a esta edad que tengo. La experiencia de hacer respiración diafragmática me ayuda bastante para relajarme, lo hago cuando estoy sola y frente al espejo. Me evaluó de forma positiva. Ahora pienso y hago ejercicio por el tema de comenzar a tener hábitos saludables. La sesión de los hábitos saludables me ayudo a pensar en mí”.

Participante 4: “Tantas cosas que he pensado y vivido en las sesiones, me duelen cosas y elijo resolver cosas del pasado, a veces me atrasaba en el entender, pero me resulto interesante todo”.

Participante 5 “Comencé a ya darme mi lugar y trabajar en mi persona en el autoestima y cuidado, expreso mis emociones que son válidas, expreso lo que no me parece, expreso ya mis necesidades con mi esposo. Me siento con más valor. El taller fue nutritivo para mi vida diaria, me sirvió para ver las situaciones tal como son. Me impulsa y ayuda a salir adelante. Esto es una semillita que está creciendo para salir adelante”.

Participante 6: “Yo creo que ya estoy mejor porque estaba estresada en el ir y venir. He identificado las cosas que me estresaban y quiero dejar de hacerlo, doy tiempo a hacer mis actividades del taller y a descansar. Aprendí que es bueno hablar lo que siento y a reflexionar un poco sobre mi vida, a no presionarme por las cosas que están en la casa porque me ocupo de todo y me estreso. La vida sigue ya me dio

el azúcar y de tener hábitos saludables me ayudará a mí porque si no estoy ¿qué va a ser de mis hijos? Por eso comenzaré a cuidarme. Yo soy la cabeza de ellos y yo me hago cargo de mis hijos”.

Participante 7: “Siento que me ha ayudado mucho porque en cierta etapa de la vida uno cae en la pasividad y no se hace nada por uno. Descubro con el taller que siempre he tenido motivación intrínseca y me ha ayudado este tema para recordarlo. Veo que quiero salir de la monotonía. Recordé cosas del pasado, no me había dado cuenta de que me encantaba salir y ahora lo tengo en cuenta para volver a hacerlo. Mi forma de ser me ha ayudado a salir adelante.

Participante 8: “El darme la oportunidad de participar me abrió mucho el panorama, uno ya mayor deja cosas de lado y va posponiendo el verse a uno mismo, esto lo hice por mi hijo, pero me ayudo bastante a mí, el darme cuenta de que tengo duelos sin resolver y que tengo que hacer algo con eso para estar mejor. Me ha hecho bastante bien el taller puse más en práctica la actividad de respiración siento que esa la puedo hacer en cualquier momento y en donde sea, estoy muy agradecido por la invitación y por todas sus atenciones”.

Participante 9: “Me siento muy bien de ver lo que avance con respecto al miedo por estar sola, aún tengo cosas por mejorar por mí y por mis hijos, pero confié en dios que tendré la fuerza para poder hacerlo, ojalá vuelvan hacer un taller para que podamos tratar otros temas, la verdad me ayudó mucho”.

Participante 10: “Estoy muy agradecida por todo lo que nos ofrecieron en el taller, me ayudó mucho, aunque he tomado terapia y aparte he asistido a cursos por parte de la escuela de mi hijo nunca me sentí como en este, el que se hayan enfocado en cómo nos sentimos como papas se agradece mucho, pocas veces se

nos toma en cuenta. Ahora me siento mejor, más ligera y con la seguridad de que voy a poder, hoy en día pienso en que ya no cambiaría nada de mi vida. Dios los bendiga y les siga permitiendo desarrollar estos temas”.

Participante 11: “Aprendí cosas que no sabía o que no había prestado suficiente atención, como el tema de las emociones o el estrés. Ya he estado en proceso terapéutico, pero siempre me parece buena idea aprender más, o ver las cosas de diferente perspectiva”.

Participante 12: “Me falta mucho aún, este camino me parece aun largo, sin embargo, tengo la confianza en mí y en Dios de poder seguir por mis niños y por mí”.

Participante 13: “Me siento muy contenta y motivada, tengo planes y eso me hace sentir mejor, ya no como un peso más bien como algo que me hace seguir adelante, sé que podre aun que me tenga que esforzar el doble por lograrlo”.

Participante 14: “Siento que algo sí cambio en mí, el poner en práctica las actividades, regresar a mis apuntes y ver lo que tengo para ayudarme me hace sentir segura”.

Participante 15: “Gracias por todo, al iniciar el taller me costó darme el tiempo, pero conforme fueron pasando las sesiones se me hacía algo muy importante, que ya esperaba que llegara la hora para poder conectarme. Me siento muy bien, sé que tengo asuntos por resolver, pero primero trataré de enfocarme más en mí y darme ese tiempo que pude darme para el taller, pero ahora para mí misma o compartirlo con mis hijos”.

CONCLUSIONES

De lo expuesto anteriormente, lo que refiere a la parte teórica de la variable Depresión y Necesidades Educativas Especiales para la población de padres y/o familiares a cargo de un integrante identificado con estas situaciones, se ha podido comprobar la efectividad de la propuesta llevada a la acción del curso taller “Atiende tu mente” por medio del uso de técnicas o herramientas psicológicas del enfoque cognitivo conductual para lograr disminuir sintomatologías depresivas teniendo a su vez presente el tema del autoestima para la disminución de estas.

En lo que respecta al uso de los aportes teóricos de las necesidades educativas especiales propios de este trabajo de investigación, se justifica desde el hecho de la escasez de información respecto a las Barreras Para el Aprendizaje y la Participación dentro del enfoque de la educación inclusiva misma que ha comenzado a implementarse en los últimos años bajo este marco.

En este contexto en este trabajo de investigación se opta por hablar sobre terminología de las NEE, sin embargo, es importante tener presente lo propuesto por la educación inclusiva y las BAP, entendiendo ambas a partir de las siguientes citas:

La COMISIÓN NACIONAL PARA LA MEJORA CONTINUA DE LA EDUCACIÓN (2022) señala que: La educación inclusiva promueve la plena participación en la educación para todos los estudiantes, con especial énfasis en los grupos en situación de vulnerabilidad. No puede alcanzarse sin una serie de ajustes integrales dentro de las escuelas –tanto regulares como de educación especial–, los cuales deben realizarse de manera progresiva, para atender los

requerimientos, las características y necesidades de la comunidad educativa bajo un enfoque de DDHH (p.27).

En base a los ajustes de transición de términos para la educación inclusiva y así como a la nueva propuesta de Booth y Ainscow (2000) en lo que se refiere a las BAP, Covarrubias (s.f) refiere que: El uso del concepto de barreras para el aprendizaje y la participación está asociado a la atención a la diversidad, en donde el alumnado con condiciones asociadas a diferente capacidad (discapacidad o alta capacidad), origen étnico, cultural o social han sido excluidos del currículo homogéneo. Si bien es cierto que la discapacidad está dentro de esta diversidad, la educación inclusiva contempla a un grupo más amplio de alumnos que pueden enfrentar obstáculos en los diferentes contextos en los que interactúa y no solo al grupo de alumnos con esa condición (pp.136-137).

Por otra parte, los temas vistos en la propuesta del curso taller permitieron lograr el trabajo personal y grupal desde los objetivos de cada sesión siendo éstos: autoconocimiento, autoestima, identificación de pensamientos irracionales, reestructuración cognitiva, conocimiento emocional, autocontrol de las emociones, identificación de estrés y manejo del estrés, tema que fue implementado sabiendo que no está relacionado con los Trastornos del Estado del Ánimo, sin embargo fue propuesta por población de estudio; de igual manera se tocaron los temas de hábitos saludables del sueño, alimentación y la actividad física en los cuales los participantes se enfocaron en lograr una planeación de actividades y comenzar a erradicar la sintomatología depresiva por la activación conductual; de la misma manera se aborda el tema de la resolución de problemas, la motivación intrínseca, el proyecto de vida, duelo y la elaboración de un plan de recaídas. Las técnicas que se vieron en este taller fueron cognitivas, emocionales y conductuales mismas que los

participantes aprendieron y argumentan que las realizaron durante las 13 sesiones impartidas.

En este orden de ideas, cabe resaltar que los participantes del curso taller fueron en su mayoría mujeres que pertenecen a diferentes tipologías de familia, edades, estados civiles, escolaridad, ocupaciones; mismas que llegaron a expresar antes de comenzar el taller que el tener a cargo a un integrante identificado con NEE relacionada o no al tema de la discapacidad era una tarea muy desgastante, ya que el asistir a los servicios médicos, psicológicos y escolares de sus hijos ha impactado en su estado de ánimo sintiéndose tristes desmotivadas y desesperanzadas, con culpa, pero con la fortaleza para seguir viendo por el bienestar de ellos. Estas verbalizaciones fueron comprobadas por la aplicación de los instrumentos de medición Escala de Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos (CES-D-R) y el Cuestionario General de Autoestima CAG de Alfonso Barreto.

Aunado a esto y en base al enfoque cognitivo conductual se confirma que el trabajar con la interpretación de pensamientos de una manera saludable reduce el impacto del malestar emocional y favorece el incremento de conductas adaptativas saludables. Esto mismo constataron las participantes del curso taller tendiendo presente que el sentido de la autoestima permite a las personas sentirse competentes para desempeñar sus actividades y enfrentar las adversidades de la vida diaria con un sentido más realista por la confianza y estima que se comienzan a desarrollar hacía ellas mismas.

Adicionalmente y en base con los análisis estadísticos para la comprobación de la hipótesis de esta investigación que fue “El curso taller “Atiende tu mente” favorece a la disminución de sintomatología depresiva en padres y/o familiares a cargo de un integrante con Necesidad Educativa Especial se encontró diferencia significativa menor a 0.05 mediante un análisis de Wilcoxon observada en 0.006

por lo que se puede decir que sí hubo una disminución de síntomas depresivos en los participantes del curso taller y que también el mejoramiento del autoestima aumenta cuando los participantes trabajan los síntomas depresivos obteniendo diferencia significativa 0.031.

En este contexto otro de los resultados que apoyan la efectividad de este estudio son los obtenidos del análisis estadístico de correlación por coeficiente de Spearman sabiendo que entre menor edad tengan los participantes más alteraciones del estado de ánimo en relación con la depresión presentan concibiendo diferencia significancia 0.018 y la correlación entre edad y autoestima interpretando que a mayor edad los participantes poseen una autoestima saludable 0.013

En cuanto a la obtención de datos cualitativos se comprueba que la propuesta de este curso taller es efectiva para trabajar con personas que presentan sintomatología depresiva y que tienen a cargo a una persona identificada con una NEE. A pesar de haberse llevado en la modalidad en línea, por el tema de cuidar las distancias ante la pandemia actual, el resultado fue favorable ya que los aprendizajes externalizados en comentarios expresan una mejoría en el estado de ánimo por la práctica de conocimientos teóricos y de las técnicas cognitivo-conductuales.

En conclusión, los resultados obtenidos en el presente trabajo de investigación, pueden servir para futuras investigaciones que indaguen en temas referentes a estado de ánimo decaído, culpa, desesperanza y otros que cumplan las características de la población referida durante este trabajo de investigación. De igual manera la propuesta del curso taller puede ser adaptada a diferentes situaciones y contextos sociales.

REFERENCIAS

- Abello, R., Amarís, M., Blanco, A., Madariaga, C., Díaz, D., Arciniegas, T. (2008). Bienestar, autoestima, depresión y anomia en personas que no han sido víctimas de violencia política y social. *Investigación & Desarrollo*, vol. 16, núm. 2. Recuperado el 24 de mayo de 2022 de <https://www.redalyc.org/pdf/268/26816201.pdf>
- Alcántara, J. (2004) *Educación de la Autoestima Métodos Técnicas y Actividades*. España: Ediciones ceac
- Andolfi, Maurizio. (1991). *La terapia familiar: Un enfoque interaccional*. Roma: Ediciones Paidós Ibérica.
- Arrebillaga, M. E (2012). *Neuropsicología Clínica Infantil: intervenciones terapéuticas en TGD, autismo, Asperger, Síndrome de Rett (1ª Ed)*. Córdoba, Argentina: Brujas.
- Baena, A., Sandoval, M., Urbina, C., Juarez, N. & Villaseñor, S. (2005). LOS TRASTORNOS DEL ESTADO DEL ANIMO. *Revista Digital Universitaria*, núm. 11. Recuperado el 26 de febrero de 2022 de http://www.revista.unam.mx/vol.6/num11/art110/nov_art110.pdf
- Covarrubias, P. (s.f). *Barreras para el aprendizaje y la participación: una propuesta para su clasificación*. Recuperado el 10 de octubre de 2022 de <http://ensech.edu.mx/pdf/maestria/libro4/TP04-2-05-Covarrubias.pdf>
- Corrales Huenul, A., Soto Hernández, V., & Villafañe Hormazábal, G. (2016). BARRERAS DE APRENDIZAJE PARA ESTUDIANTES CON DISCAPACIDAD EN UNA UNIVERSIDAD CHILENA. *DEMANDAS ESTUDIANTILES – DESAFÍOS INSTITUCIONALES*. *Revista Electrónica "Actualidades Investigativas en Educación"*, 16(3),1-29.[fecha de Consulta 25 de Abril de 2023]. ISSN: . Recuperado de: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=44746861005>
- Bautista, R. (2002). *Necesidades Educativas Especiales*. Málaga: ediciones aljibe

- Benzanilla, J. & Miranda, M. (2013) La Familia como grupo social: una reconceptualización. *Alternativas en Psicología*, núm. 29. Recuperado el 01 de Julio de 2021, de <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/alpsi/v17n29/n29a05.pdf>
- Berenzon, S., Lara, M., Robles, R. & Medina, M. (2013) Depresión: estado de conocimiento y la necesidad de políticas públicas y planes de acción en México. *Salud pública de México*, núm. 1. Recuperado el 12 de Julio de 2021, de <http://www.scielo.org.mx/pdf/spm/v55n1/v55n1a11.pdf>
- Castejón, J., Navas, L. Pérez, A., Sampascuali, G., Gonzales, C. Milla, M. & Ivorra, S. (2013). *Unas bases psicológicas de la educación especial (3ª. Ed.)*. ECU.
- CNDH MEXICO. (2018) La Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad y su Protocolo Facultativo. *Alternativas en Psicología*, núm.41. Recuperado el 25 de febrero de 2022 de <https://www.cndh.org.mx/sites/default/files/documentos/2019-05/Discapacidad-Protocolo-Facultativo%5B1%5D.pdf>
- Centeno, C. (2018) *Psicología Clínica Aplicada*. Alcalá: Editorial FORMACIÓN ALCALÁ
- COMISIÓN NACIONAL PARA LA MEJORA CONTINUA DE LA EDUCACIÓN (2022) El marco de la educación inclusiva y la función del docente en los Centros de Atención Múltiple. *Intervención formativa: prácticas inclusivas en las aulas de los Centros de Atención Múltiple*. Recuperado el 10 de octubre de 2022 de <http://fasciculo1-docentes-servicio-eb.pdf>
- Comisión de Política Gubernamental en Materia de Derechos Humanos (s.f) GLOSARIO DE TERMINOS SOBRE DISCAPACIDAD. Recuperado el 26 de febrero de 2022 de http://www.semarmex.gob.mx/derechos_humanos/glosario_terminos_discapacidad.pdf
- Díaz, L. (2010) La observación. *Textos de Apoyo Didáctico*. Facultad de Psicología, UNAM. Recuperado el 04 de Julio de 2021, de

http://www.psicologia.unam.mx/documentos/pdf/publicaciones/La_observacion_Lidia_Diaz_Sanjuan_Texto_Apoyo_Didactico_Metodo_Clinico_3_Sem.pdf

DSM-5 (2015) DSM-5 Guía para el diagnóstico clínico. México, D.F: Editorial El Manual Moderno, S. A. de C.V.

DSM-5 (2014) MANUAL DIAGNOSTICO Y ESTADISTICO DE LOS TRASTORNOS MENTALES DSM-5. EDITORIAL MÉDICA PANAMERICANA.

De Mézerville, Gastón. (2004). Ejes de salud mental. Los procesos de autoestima, dar y recibir afecto y adaptación al estrés. México: Trillas.

Engler, B (1996) Teorías de la Personalidad. México, D.F: MC GRAW-HILL INTERAMERICANA EDITORES, S.A. de C.V.

Espinar, I., Carrasco, J., Martínez, P. & Garcia, A. (2003) Familias reconstituidas: Un estudio sobre las nuevas estructuras familiares. Clínica y Salud, vol. 14 n°. 3. Recuperado 16 de diciembre de 2019 de <https://xdoc.mx/documents/redalycfamilias-reconstituidas-un-estudio-sobre-las-nuevas-5ea4a4a40a331>

Fávero, M., & dos Santos M. (2010). Depresión y calidad de vida en madres de niños con trastornos invasores de desarrollo. Rev. Latino-Am. Recuperado el 17 de diciembre 2021 de http://www.scielo.br/pdf/rlae/v18n1/es_06.pdf

Figueroa, G. (2002). La terapia cognitiva en el tratamiento de la depresión mayor. Revista chilena de neuro-psiquiatría. Vol 40. Recuperado el 15 de diciembre de 2021 <https://dx.doi.org/10.4067/S0717-92272002000500004>

Federación Estatal de Asociaciones de Profesionales de Atención Temprana (2005) LIBRO BLANCO DE LA ATENCIÓN TEMPRANA. Recuperado el 10 de junio de 2020 de <http://gat-atenciontemprana.org/wp-content/uploads/2019/05/LibroBlancoAtenci%C2%A6nTemprana.pdf>

García, I., Escalante, I., Esacandón M., Fernández, L., Mustri A., &Puga, I. (2009) LA INTEGRACIÓN EDUCATIVA EN EL AULA REGULAR. PRINCIPIOS,

FINALIDADES Y ESTRATEGIAS. Recuperado el 07 de Julio de 2021 de https://www.educacionespecial.sep.gob.mx/pdf/doctos/2Academicos/2Integracion_Educativa_aula_regular.pdf

Gamboa, C. Valdés, S. & Gutiérrez, M. (2016) LA FIGURA DE LA ADOPCIÓN EN MÉXICO Marco Teórico Conceptual, Marco Jurídico, Instrumentos Internacionales, Jurisprudencia, Iniciativas y Opiniones Especializadas (Primera Parte). Dirección General de Servicios de Documentación, Información y Análisis Dirección de Servicios de Investigación y Análisis Subdirección de Análisis de Política Interior. Recuperado el 16 de diciembre de 2019 de <http://www.diputados.gob.mx/sedia/sia/spi/SAPI-ISS-06-16.pdf>

Gómez, E., & Hereida, M. (2014) PSICOPATOLOGÍA Y TRATAMIENTO DE LOS PROBLEMAS INFANTILES. México: Editorial El Manual Moderno S.A. de C.V.

Guevara, Y., & González, E. (2010). LAS FAMILIAS ANTE LA DISCAPACIDAD. Revista Electrónica de Psicología Iztacala, núm 3. Recuperado el 15 de mayo de 2021 de <https://www.iztacala.unam.mx/carreras/psicologia/psiclin/vol15num3/Vol15No3Art13.pdf>

Guiddens, A., & Sutton, P. (2015) Conceptos esenciales. Madrid: Difusora Laurosse- Alianza Editorial

Heinze, G., & Camacho, P. (2010). Guía clínica para el manejo de la depresión. México: Patricia Fuente de Iturbide. Recuperado el 14 de Julio de 2021 de http://inprf-cd.gob.mx/guiasclinicas/manejo_depresion.pdf

Hernández, O. (2005) REPORTE DE UN CASO EN EL MARCO DE LAS NECESIDADES EDUCATIVAS ESPECIALES. Procesos Psicológicos y Sociales. Núm. 1. Recuperado el 10 de Julio de 2021 de <https://www.uv.mx/psicologia/files/2013/06/ocho.pdf>

Hernández, N. (2013) Revisión de la situación actual de la Terapia Cognitivo Conductual. Recuperado 15 de diciembre 2021 de

<https://1library.co/document/y96v6ood-revisi%C3%B3n-situaci%C3%B3n-terapia-cognitivo-conductual-review-cognitive-behavioral.html#fulltext-content>

Hernández, R., Fernández, C. & Baptista, P. (2014) METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN. México, D.F: MCGRAW-HILL/INTERAMERICANA EDITORES, S.A. DE CV.

Hernández-Altamirano, N. (2017). Recuperación personal. Intervención con madres de niños con discapacidad, basado en el enfoque centrado en la persona, en el Centro de Rehabilitación Infantil Teletón Occidente. Trabajo de obtención de grado, Maestría en Desarrollo Humano. Tlaquepaque, Jalisco: ITESO. <http://hdl.handle.net/11117/4767> Descargado del Repositorio Institucional de Iteso,Rel

Hollenweger, J. (2014) Definición y clasificación de la discapacidad. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) Nueva York.

Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (2019) Hablemos de Discapacidad. Recuperado el 26 de febrero de 2022 de <https://www.gob.mx/issste/es/articulos/hablemos-de-discapacidad?idiom=es>

Instituto Tlaxcalteca para Personas con Discapacidad (2022) ¿Quiénes somos? Qué es Discapacidad. Recuperado el 26 de febrero de <https://www.itpcd.gob.mx/index.php/que-es-discapacidad>

Luque, D. (2009) Las necesidades educativas especiales como necesidades básicas. Una reflexión sobre la inclusión educativa. Recuperado el 01 de Julio de 2021, de <https://www.redalyc.org/pdf/270/27015078009.pdf>

Martínez, M., Estévez, E., & inglés, C. (2013) Diversidad familiar y ajuste psicosocial en la sociedad. Revista Psicológica.com, núm. 17. Recuperado el 01 de Julio de 2021, de <https://www.uv.es/lisis/estevez/art13/psicologia-com-art13.pdf>

Martínez, L. (2012) Sistema de Educación Especial. Estado de México: Red Tercer Milenio. Recuperado el 04 de Julio de 2021, de aliat.org.mx/BibliotecasDigitales/Educación/Sistemas_de_educación_especial.pdf

Medina, M., Sarti, E., Real, T., 2014, LA DEPRESIÓN Y OTROS TRASTORNOS PSIQUIÁTRICOS. Academia Nacional de Medicina (ANM). Recuperado 07 de Julio de 2022 de http://www.anmm.org.mx/publicaciones/CAnivANM150/L27_ANM_DEPRESION.pdf.

Minici, A., Rivadeneira, C., Dahab, J., (2001) ¿Qué es la terapia cognitivo conductual? . Revista de terapia conductual n.1. Recuperado el 20 de julio 2021 de <https://cetecic.com.ar/revista/pdf/que-es-la-terapia-cognitivo-conductual.pdf>

MINISTERIO DE SANIDAD, SERVICIOS SOCIALES E IGUALDAD (2014) Guía de Práctica Clínica sobre el Manejo de la Depresión en el Adulto. Editorial Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Galicia, avalia-t. Recuperado el 24 de mayo de 2022 de <https://avalia-t.sergas.gal/DXerais/61/avalia-t201306GPCdepression-adultoVC.pdf>

Moral, J. (2013) Validación de un formato simplificado del inventario de Depresión de Beck. (BDI-2). Psicología Iberoamericana, num. 1. Recuperado el día 12 de Julio de 2021, de redalyc.org/pdf/1339/133929862006.pdf

Morrison, J. (2015). Guía para el diagnóstico clínico. México: Manual Moderno.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (S.F) Depresión. Recuperado el 12 de Julio de 2021, de who.int/es/health-topics/depresión#tab-1

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (2021) Discapacidad y Salud. Recuperado el 12 de diciembre de 2021 de <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/disability-and-health>

Organización Mundial de la Salud (2022) Discapacidad y salud. Recuperado el 26 de febrero de <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/disability-and-health>

Organización Mundial de la Salud (2011) INFORME MUNDIAL SOBRE LA DISCAPACIDAD. Recuperado el 27 de febrero de 2022 de <https://apps.who.int/iris/handle/10665/75356>

Papalia, D., Duskin, & Marturell, G. (2012) Desarrollo Humano. México: MC GRAW-HILL/INTERAMERICANA EDITORES, S.A. DE.CV.

Pérez, H. (2019) Autoestima, teorías y su relación con el éxito personal. Recuperado el 10 de enero de 2022 de [https://alternativas.me/attachments/article/190/2.%20Autoestima,%20teor%C3%A](https://alternativas.me/attachments/article/190/2.%20Autoestima,%20teor%C3%ADas%20y%20su%20relaci%C3%B3n%20con%20el%20%C3%A9xito%20personal.pdf)
[Das%20y%20su%20relaci%C3%B3n%20con%20el%20%C3%A9xito%20personal](https://alternativas.me/attachments/article/190/2.%20Autoestima,%20teor%C3%ADas%20y%20su%20relaci%C3%B3n%20con%20el%20%C3%A9xito%20personal.pdf)
.pdf

Perez, M., Garcia, M. (2001) Tratamientos psicológicos eficaces para la depresión. Psicothema, Vol. 13, nº 3 Recuperado el 07 de mayo de 2020 de <https://www.psicothema.com/pdf/471.pdf>

Perez, R. (2017) Tratamiento farmacológico de la depresión: actualidades y futuras direcciones. Laboratorio de Investigación en Adicciones. Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía. Ciudad de México. Recuperado 12 de mayo de 2020 de http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0026-17422017000500007

Romero, F. (2014) EDUCACIÓN ESPECIAL EN MÉXICO. Recuperado el 11 de Julio de 2021 de <http://innovec.org.mx/home/images/educacion%20especial-mexico%20fabiana%20romero.pdf>

Ruiz, M., Díaz, M. & Villalobos, A. (2012) Manual de Técnicas de INTERVENCIÓN COGNITIVO CONDUCTUALES. Recuperado el 14 de Julio de 2021, de

https://www.medicinaconductual-unam-fesi.org/uploads/1/0/3/4/103420148/ruiz_et_al-manual_de_t%C3%A9cnicas_de_intervenci%C3%B3n_cognitivo-conductuales_1.pdf

Sánchez, P. (2008) Psicología Clínica. México: Editorial El Manual Moderno

Sarason, I. & Sarason B. (2006) PSICOPATOLOGÍA. Psicología anormal: el problema de la conducta inadaptada. (12ª ed.): México: PEARSON EDUCACIÓN

Satir, Virginia. (2002) NUEVAS RELACIONES HUMANAS EN EL NUCLEO FAMILIAR. México: Editorial Pax México

SUE, D., WING, S. & SUE, S. (2010) PSICOPATOLOGÍA COMPRENDIENDO LA CONDUCTA ANORMAL. México, D.F: Lenguaje Learning Editores, S.A. de C.V.

Teutli, F., Escandón, M. & Puga, R., (2006) Orientaciones generales para el funcionamiento de los servicios de educación especial. Recuperado el 08 de Julio de 2021 de [https://www.secolima.gob.mx/doctos/juridico/NORMATECA%20INTERNA%20COMPLETA/\(03\)%20NORMAS%20SEP/\(31\).pdf](https://www.secolima.gob.mx/doctos/juridico/NORMATECA%20INTERNA%20COMPLETA/(03)%20NORMAS%20SEP/(31).pdf)

UCSan Diego Health (2021) Descripción general de los trastornos del estado de ánimo. Recuperado el 26 de febrero de 2022 de <https://myhealth.ucsd.edu/Spanish/RelatedItems/85,P03852>

Valdivia, C. (2008) La Familia: conceptos, cambios y nuevos modelos. La Revue du REDIF, núm. 1, Recuperado el 03 de Julio de 2021, de edumargen.org/docs/2018/curso44/intro/apunte04.pdf

Valenzuela, M. (s/f) La importancia de la EDUCACIÓN EN LA ACTUALIDAD. Recuperado el 08 de marzo de 2020 de <https://es.calameo.com/read/0055051337c0a27d8917d>

Villavicencio, C., Romero, M., Criollo, M., y Peñaloza, W. (2018). Discapacidad y familia: Desgaste emocional. ACADEMO, núm. 1. Recuperado el 06 de junio de 2020 de <http://scielo.iics.una.py/pdf/academo/v5n1/2414-8938-academo-5-01-00089.pdf>

Valladares, A. (2008) La familia. Una mirada desde la Psicología. Revista Electrónica de las Ciencias Médicas en Cienfuegos, núm 1. Recuperado el 06 de junio de 2020 de <http://www.medisur.sld.cu/index.php/medisur/article/view/402/3800>

Zárate, F. (2017) EL MANEJO DE RECURSOS PERSONALES PARA LA PREVENCIÓN DE LA RECURRENCIA DE ESTADOS DEPRESIVOS EN ADULTOS. Tesis de maestría en Desarrollo Humano. Recuperado el 12 de julio de 2021 de <https://cdigital.uv.mx/bitstream/handle/123456789/48305/ZarateNonakaFernando.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

ANEXOS

A) Instrumentos

FICHA DE DATOS GENERALES

Instrucciones: Proporcione la información que se solicita y marque con una “x” en la opción de respuesta que aplique. Conteste a cada uno de los cuestionamientos.

Fecha de aplicación:		N° de cuestionario:
Nombre completo del entrevistado:		
Edad:	Género: M / F	Estado civil:
Escolaridad:	Ocupación:	Edad (hijo):
Diagnostico (hijo):		Tiempo de diagnóstico:
Entrevistador:		Observaciones:
Tipo de familia:		
Resultados de los inventarios:		

VERSIÓN REVISADA DE LA CES-D-R

A continuación, hay una lista de emociones y situaciones que probablemente hayas sentido o tenido. Por favor escribe durante cuántos días en la semana pasada te sentiste así, o si te ocurrió casi diario

Durante cuantos días...	En la semana pasada			Últimas dos semanas	
	Escasamente (0 a 1 día)	Algo (1 a 2 días)	Ocasionalmente (3 a 4 días)	La mayoría (5 a 7 días)	Casi diario (10 a 14 días)
1. Tenía poco apetito	0	1	2	3	4
2. No podía quitarme la tristeza	0	1	2	3	4
3. Tenía dificultad para mantener mi mente en lo que estaba haciendo	0	1	2	3	4
4. Me sentía deprimido(a)	0	1	2	3	4
5. Dormía sin descansar	0	1	2	3	4
6. Me sentía triste	0	1	2	3	4
7. No podía seguir adelante	0	1	2	3	4
8. Nada me hacía feliz	0	1	2	3	4
9. Sentía que era una mala persona	0	1	2	3	4
10. Había perdido interés en mis actividades diarias	0	1	2	3	4
11. Dormía más de lo habitual	0	1	2	3	4
12. Sentía que me movía muy lento	0	1	2	3	4
13. Me sentía agitado(a)	0	1	2	3	4
14. Sentía deseos de estar muerto(a)	0	1	2	3	4
15. Quería hacerme daño	0	1	2	3	4
16. Me sentía cansado(a) todo el tiempo	0	1	2	3	4
17. Estaba a disgusto conmigo mismo(a)	0	1	2	3	4
18. Perdí peso sin intentarlo	0	1	2	3	4
19. Me costaba mucho trabajo dormir	0	1	2	3	4
20. Era difícil concentrarme en las cosas importantes	0	1	2	3	4
21. Me molesté por cosas que usualmente no me molestan	0	1	2	3	4
22. Sentía que era tan bueno(a) como otra gente	0	1	2	3	4
23. Sentí que todo lo que hacía era con esfuerzo	0	1	2	3	4
24. Me sentía esperanzado(a) hacia el futuro	0	1	2	3	4
25. Pensé que mi vida ha sido un fracaso	0	1	2	3	4
26. Me sentía temeroso(a)	0	1	2	3	4
27. Me sentía feliz	0	1	2	3	4
28. Hablé menos de lo usual	0	1	2	3	4
29. Me sentía solo(a)	0	1	2	3	4
30. Las personas eran poco amigables	0	1	2	3	4
31. Disfruté de la vida	0	1	2	3	4
32. Tenía ataques de llanto	0	1	2	3	4
33. Me divertí mucho	0	1	2	3	4
34. Sentía que iba a darme por vencido(a)	0	1	2	3	4
35. Sentía que le desagradaba a la gente	0	1	2	3	4

en las últimas dos semanas.

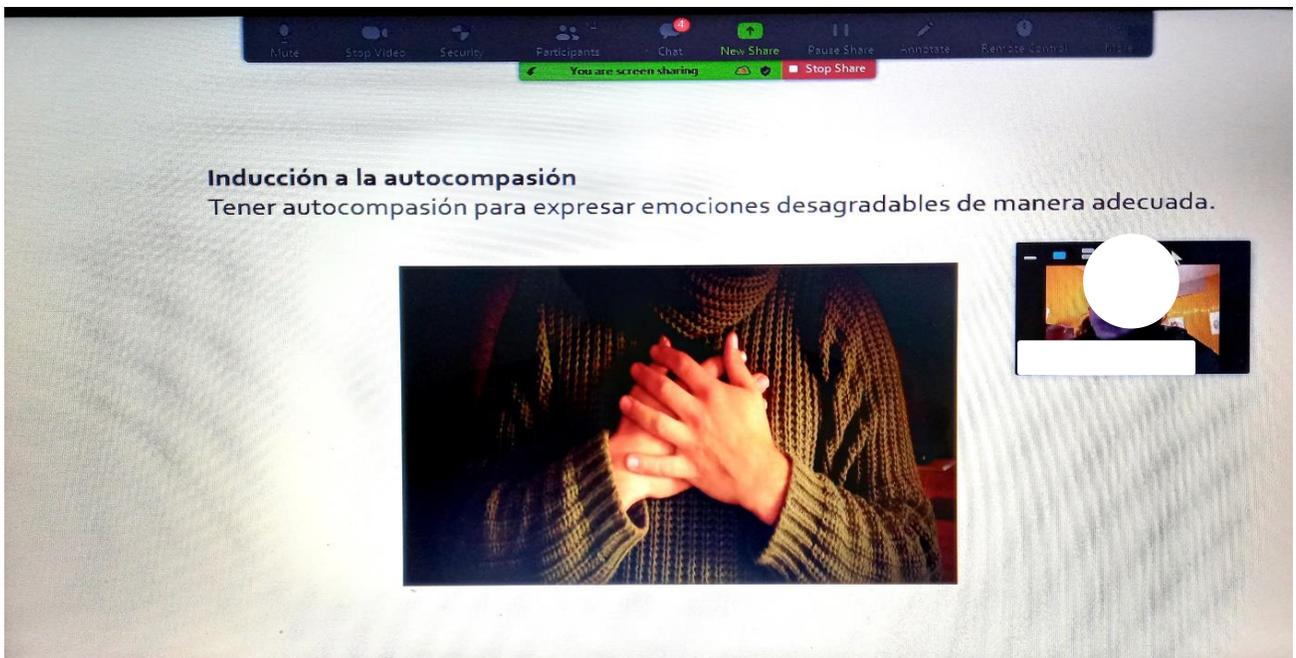
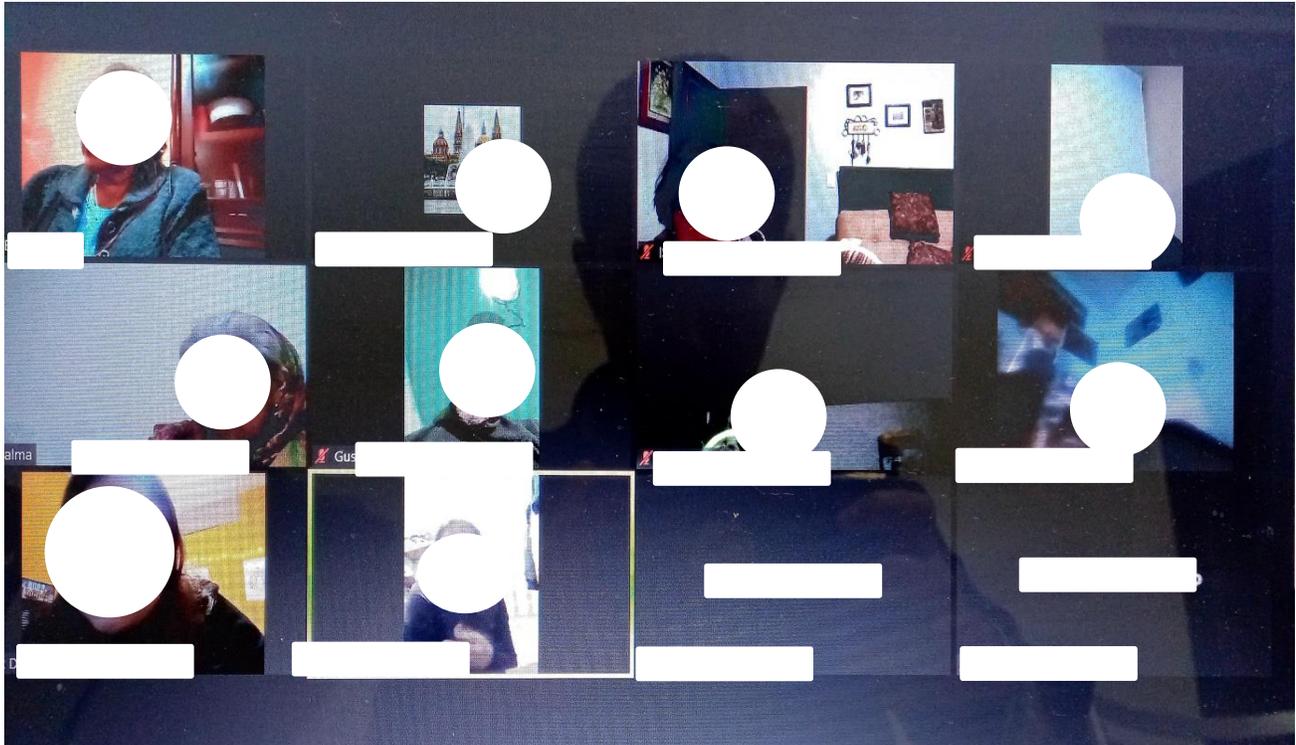
CUESTIONARIO DE AUTOESTIMA GENERAL (BARRETO, 2020)

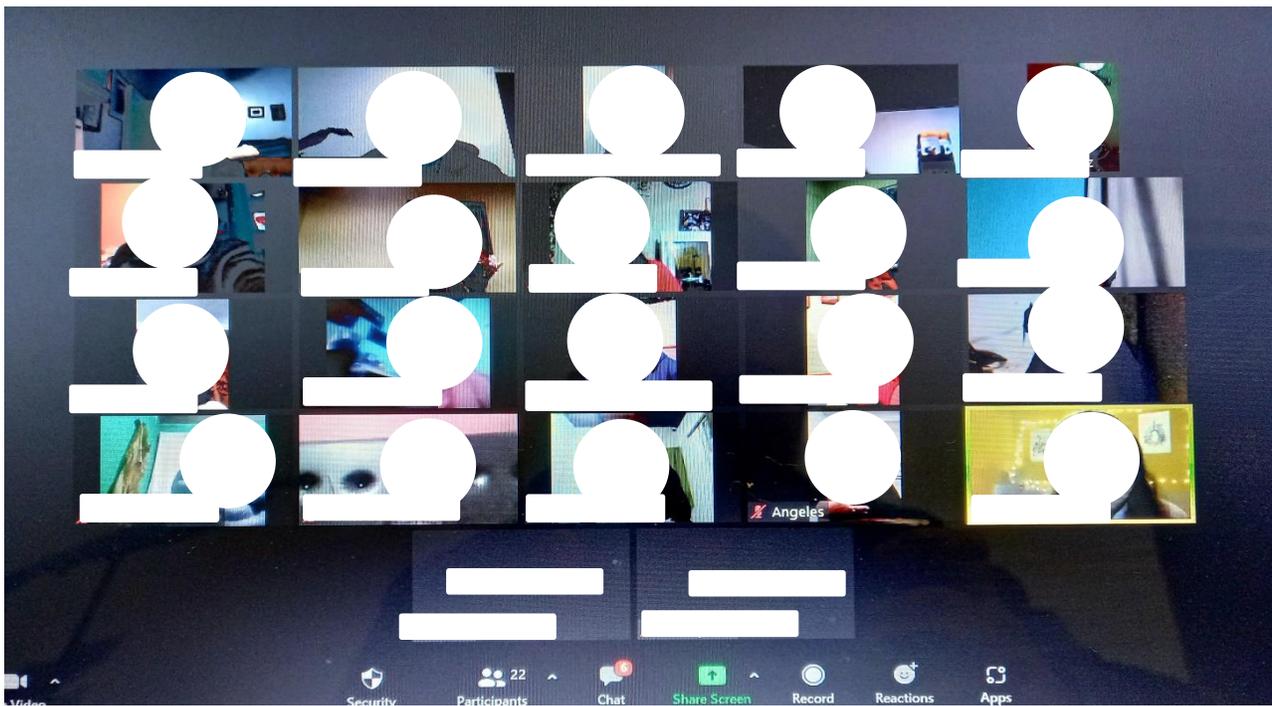
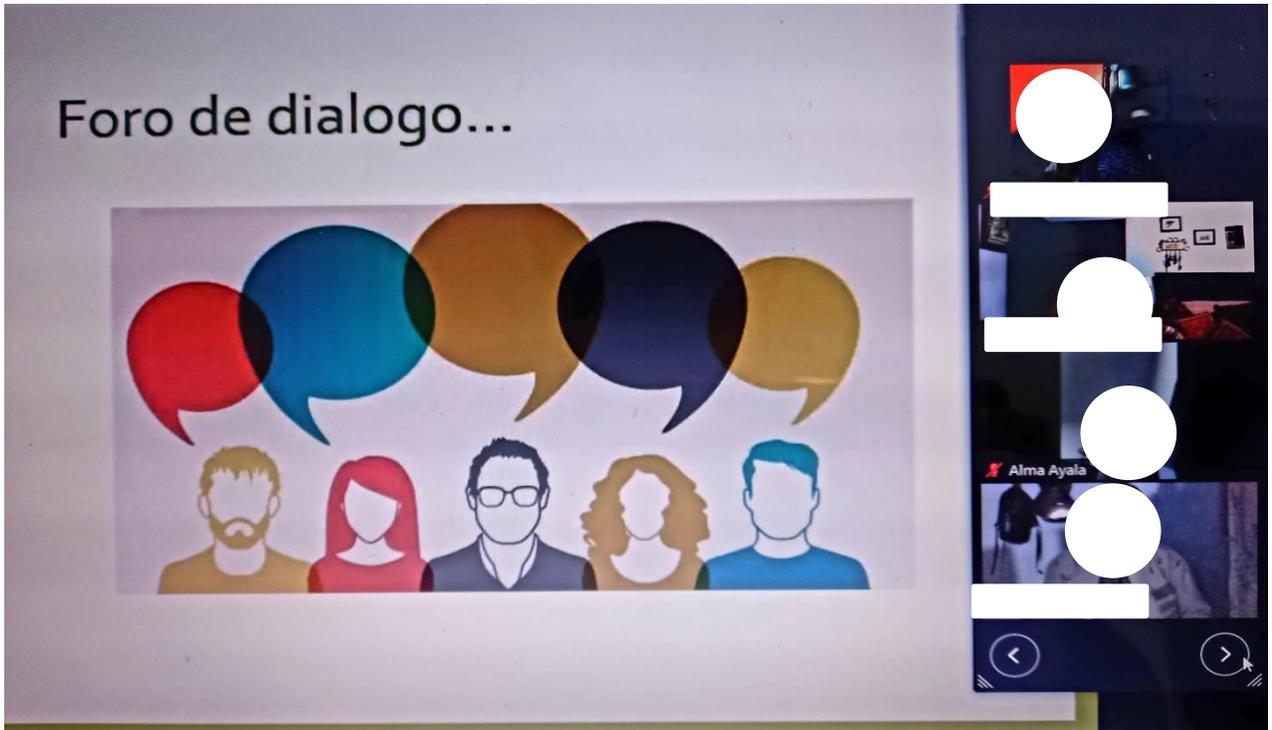
Indique o marque con una X en cada uno de los siguientes enunciados, la opción que más se aplique a usted, es decir, refleja o identifica sus sentimientos o experiencias

ENUNCIADOS	Nunca	Muy poco	Algunas veces	Casi siempre	Siempre
1. Cuento con el aprecio de mi familia					
2. Me aprecio a mí mismo					
3. Siento aprecio auténtico de otras personas					
4. Me siento digno					
5. Pienso bien de mí mismo					
6. Puedo sacar conclusiones positivas de mi vida					
7. Tengo un adecuado conocimiento de mí					
8. Me cuido de comportamientos inmorales					
9. Siento que me quiero					
10. Creo que he logrado una posición en la vida					
11. Puedo expresar palabras adecuadas de mí mismo					
12. Siento que valgo como persona					
13. Volvería a elegir la vida que llevo					
14. Las personas valoran lo que hago					
15. Debo aprender más sobre mí como persona					
16. Valoro mi carácter único como persona					
17. Me valoro					
18. Puedo dar una opinión positiva de mí					
19. Me gusta como soy físicamente					
20. He logrado el éxito en algunas áreas de mi vida					
21. Mis padres siempre me han apoyado					
22. Puedo tener detalles para conmigo					
23. Puedo referir cualidades o defectos que poseo					
24. Soy acertado en mis decisiones					
25. Mis ideas influyen en otras personas					
26. Tomo decisiones por mí mismo					
27. Confío en mí mismo					
28. Practico auténticamente los valores					
29. Conozco mis límites como persona					
30. Suelo compararme con otras personas					
31. Actúo tímido en distintas situaciones					
32. Puedo criticarme de forma constructiva					
33. Siento que soy una persona auténtica					

personales regularmente.

B) Evidencias de aplicación





Mute Stop Video Security Participants Chat New Share Pause Share Annotate Remote Control More

You are screen sharing Stop Share

Setup professional audio in "Audio Settings"

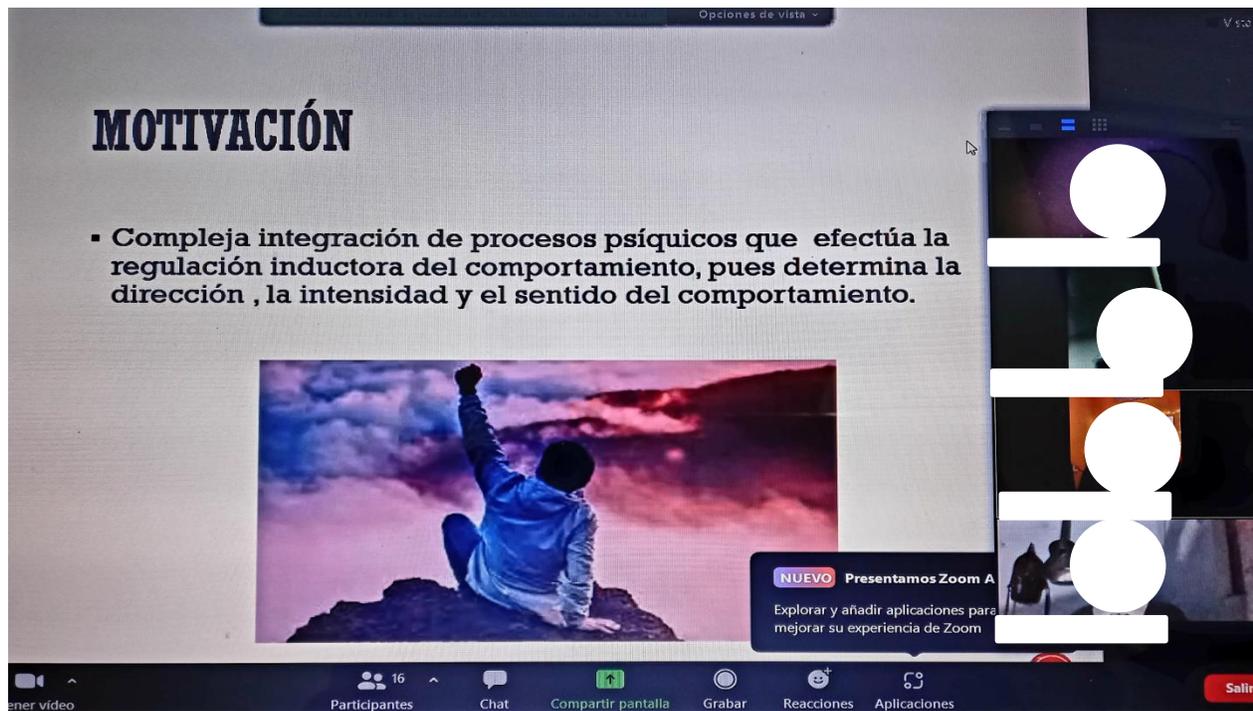
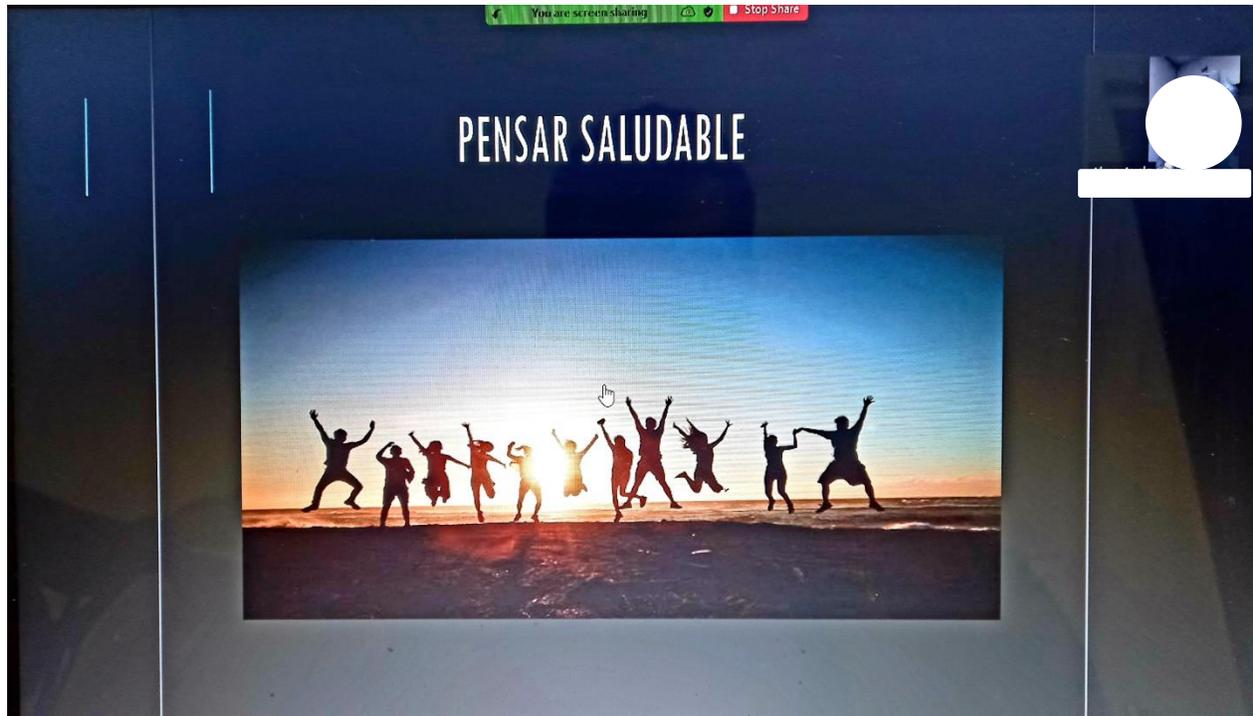
DISTORSIONES COGNITIVAS	DEFINICIÓN	EJEMPLO
Inferencia arbitraria / saltar a las conclusiones	Proceso de obtener una conclusión negativa en ausencia de evidencia empírica suficiente que la avale.	"No encuentro trabajo porque soy un desastre"
Catastrofismo	Proceso de evaluar el peor resultado posible de lo que ocurrió o va a ocurrir.	"Es peor que no lo intente, fracasaré y será horrible"
Comparación	Tendencia a compararse llegando generalmente a la conclusión de ser inferior o mucho peor que los demás.	"Aunque me esfuerce tan agradable como m..."
Pensamiento dicotómico/blanco o negro	Tendencia a colocar las experiencias o comportamientos de uno mismo y de los demás en categorías que sólo admiten dos posibilidades opuestas (bueno/malo, positivo/negativo).	"O saco un 10 en el examen o soy un fracasado."
Descalificación de lo positivo	Proceso de rechazar o descalificar las experiencias, rasgos o atributos positivos.	"Me salió bien la cena chiriipa."
Razonamiento emocional	Formar opiniones o llegar a conclusiones sobre uno mismo, los otros o situaciones basándose en las emociones que experimenta.	"Siento terror de subir a un avión, así que voy a dejar de volar."

Mute Stop Video Security Participants Chat New Share Pause Share Annotate Remote Control More

You are screen sharing Stop Share

Setup professional audio in "Audio Settings"

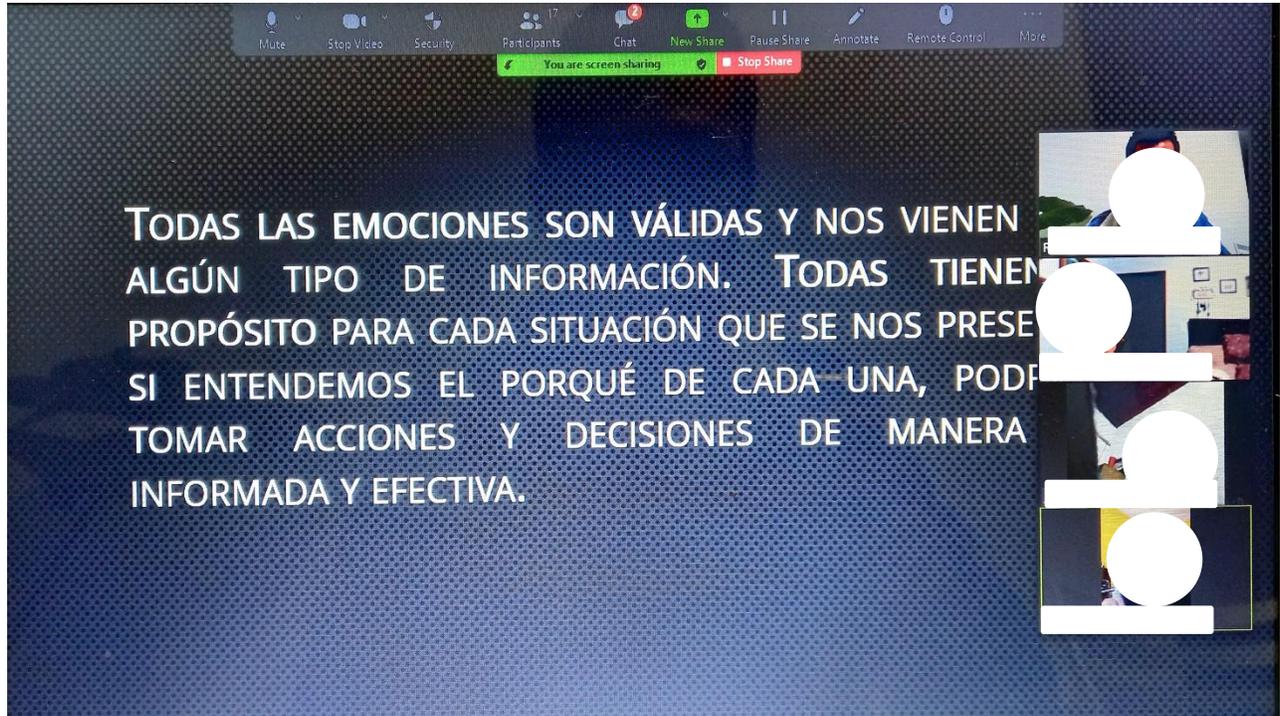
Construir la valía personal en base a opiniones externas	Desarrollar y mantener la valía personal en función de la opinión de los otros.	"Mi novio me dice que soy una inculca, seguro que tiene razón."
Adivinación	Proceso de pronosticar o predecir el resultado negativo de conductas, emociones o acontecimientos futuros y creerse que las predicciones son absolutamente verdaderas.	"Estoy segura de que aunque salga con amigos me sentiré mal."
Etiquetado	Etiquetarse a uno mismo o a los demás de forma peyorativa.	"Soy un fracasado."
Magnificación	Tendencia a exagerar o a magnificar lo negativo de un rasgo, persona, situación o acontecimiento.	"Me ha salido el examen horrible, no lo puedo seguir."
Leer la mente	Conclusión arbitraria de que alguien está pensando negativamente de uno sin evidencia que la apoye.	"Sé que mi padre, en el fondo, piensa que soy un inútil."
Minimización	Proceso de minimizar o quitar importancia a algunos eventos, rasgos o circunstancias.	"Me han llamado los amigos muchas veces pero podrían haberme llamado más."
Sobregeneralización	Proceso de extraer conclusiones basándose en una o pocas experiencias, o aplicarlas a una amplia gama de situaciones no relacionadas.	"Me ha salido mal la última vez, así que nunca seré capaz de hacer nada bien."



Mute Stop Video Security Participants 17 Chat 2 New Share Pause Share Annotate Remote Control More

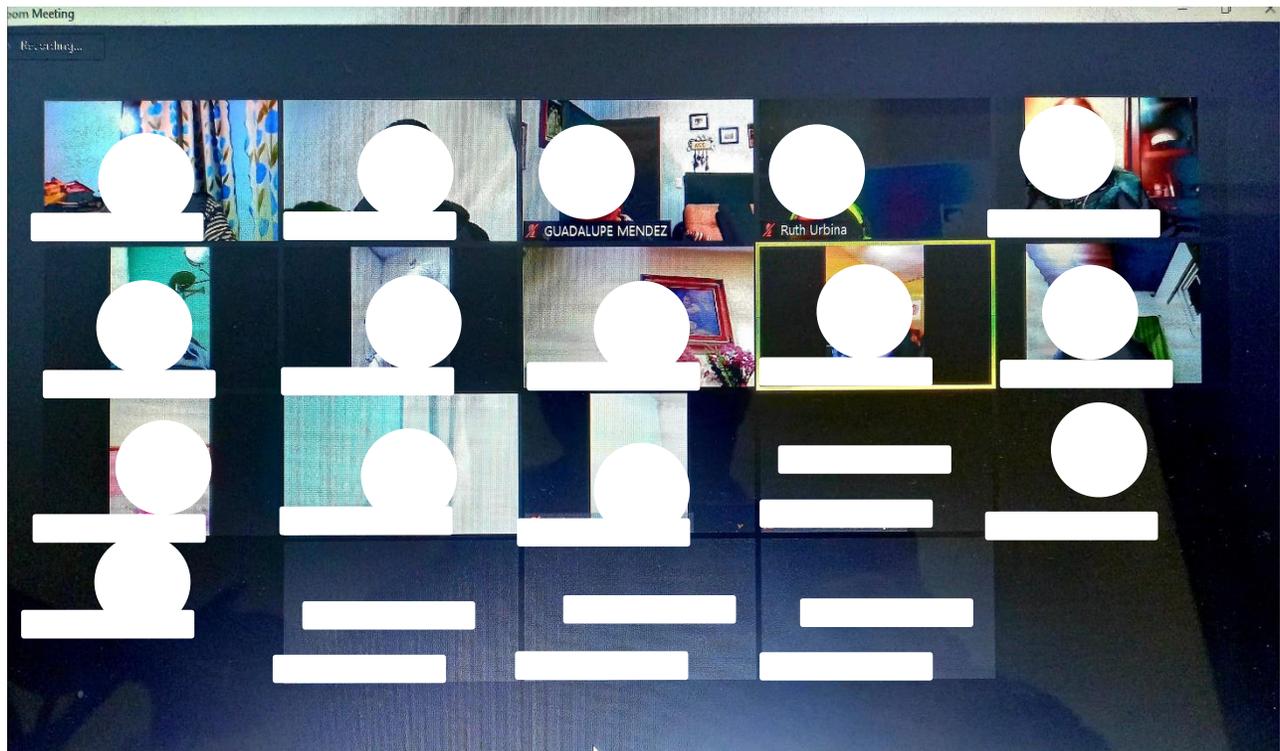
You are screen sharing Stop Share

TODAS LAS EMOCIONES SON VÁLIDAS Y NOS VIENEN ALGÚN TIPO DE INFORMACIÓN. TODAS TIENEN PROPÓSITO PARA CADA SITUACIÓN QUE SE NOS PRESENTA. SI ENTENDEMOS EL PORQUÉ DE CADA UNA, PODRÍAMOS TOMAR ACCIONES Y DECISIONES DE MANERA INFORMADA Y EFECTIVA.



Zoom Meeting

Reconnect...



GUADALUPE MENDEZ Ruth Urbina

C) Evidencias físicas de los participantes

Actitud
El Rey manda.

Restauramos Pensamientos
Pensamiento Automático.

A → B → C

Acentuaciones Hechos o situaciones internos e externos	Creencias Racionales e Irracionales Percepción	Consecuencias Emocionales Conductas Cognitivas
--	---	---

A → B → C → D

Termino mi rehabilitación	Tengo que seguir mis Actitudes	Debe tener Pensamientos saludables	D
------------------------------	--------------------------------------	--	---

Ruleta
El ovalo de las amosiones.

Sabes que la felicidad es...

Podemos	Intima	optimista	contente
---------	--------	-----------	----------

...pintual, como uno me...
...ales son me mismo,
...en el autogestio para...
Actitud
...reguntar como me...
...de me rodean, los...
yo buena, confieso, que los...
niga. trabajador, amable, etc.
2º día.
Como estoy pensando?

Taller para padres
1 actividad
Alma Alma Ayuda...
Autoconciencia

Yo soy = trabajador
Yo soy = amigable
Yo soy = hijo de Dios
Yo soy = mamá
Yo soy = hijo

Se nos dibuja un...
A mí se me dibuja...
virtudes, Que en mi...
hay cosas buenas,... y malas

Esquemas de nuestra...
Creencias
Pensamiento Automático
"Yo le gano a mis
pensamientos negativos."
pensamiento - Emoción - conducta.
Video Charles y
Charles
Aprender a identificar pensamientos.
Hay 5 pasos para identificar los pensamientos
negativos.
identificar los pensamientos ¿que ideas?
error del pensamiento. cuales son las emociones
buscar evidencia + - Que le demuestran
incluir si hay error del pensamiento

10 Distorsiones Cognitivas

Personalización: Todo esto que pasa es mi culpa.

Creando pánico que es un exagerado hacer todo

Los deberes: Tengo que ser el mejor en mi trabajo

Tengo que hacer más y por 100 en mi casa

Pensamiento polarizado = Todo es blanco o negro

Emociones extremas ejemplo todo me preocupa

Quando etiquetamos a personas como inabarcables, cuando etiquetamos a personas

Generalización = Todo, nada, siempre siempre nos vamos a los extremos

Vision catastófica = seguro que me voy a morir

Falacia de cambio: Todas tienen que cambiar menos yo.

Inferencia Arbitraria: No me han elegido

Razonamiento Emocional: Si me siento mal todo va mal.

Filtro Negativo: Todo está mal.

Sabias que las emociones las podemos manejar.

Diario de emociones. sirve para tener conocimiento interior y aprender a disfrutar el momento presente.

Preguntas que nos podemos hacer.

¿Que soy?

De donde viene la emoción?

Que pensamos.

Autoempatía es ser amables y comprensivos con nosotros mismos. cuando fallamos.

Autocondonamos a nosotros mismos.

Técnicas para relajarnos

Motivación: fuerza que nos impulsa a nuevos retos.

Motivación Intrínseca, Motivación Externa.
Resonar a nuestro niño interior

Distorsión psicológica

ver diferente

Tabla Verde:

Inferencias arbitrarias y salto a las conclusiones

1. No encuentro trabajo porque soy un desastre

2. Catastrofe. Pensamos lo más caótico. Creemos que vamos a fracasar.

3. Comparación. Aunque yo me esfuerce no lo voy a lograr.

4. Pensamiento dicotómico / blanco o negro. No hay término medio.

5. Descalificación de lo positivo. Descalifica las experiencias y atributos positivos.

Razonamiento emocional. Toma opiniones, llega a conclusiones basadas a sus experiencias.

Construir la valía personal en base a opiniones

Desarrollar y mantener la valía personal en función de la opinión de los otros.

Divinación: Predecir, predecir el resultado de conductas.

Actividad

Cierra la ojos e imagínate delante de un espejo.

Hay trabajos como cuando los ojos no me miran. disfruto relajado. con los años que tengo. me gusta mi cuerpo. me gusta como uso. en este momento.

Que no me gusta. hablar con Omar no me agrada verlo por que me exige y no creo o no se manejarlo. trabajar.

* Es importante conocernos a nosotros mismos.

Responsabilizarnos de nuestras actas.

Pensamientos internos.

Habitos saludables.

Acto registro.

Es importante para observar nuestras conductas. (que) podemos observar.

Podemos a tener conciencia de lo que pensamos, sentimos.

Es un seguimiento de nuestra vida

D) Evidencias digitales

