UNIVERSIDAD DE PANAMÁ

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

VICERRECTORÍA DE INVESTIGACIÓN Y POSTGRADO

PROGRAMA DE MAESTRÍA EN PSICOLOGÍA CLÍNICA

INTERVENCIÓN SOBRE LA ANSIEDAD Y DEPRESIÓN EN MUJERES RECLUIDAS EN EL CENTRO FEMENINO DE REHABILITACIÓN DE LA CIUDAD DE PANAMÁ

POR

PSIC. ANA RAQUEL MATA ZELAYA

TESIS PRESENTADA EN CUMPLIMIENTO DE
LOS REQUISITOS EXIGIDOS PARA OPTAR POR
EL GRADO DE MAESTRÍA EN PSICOLOGÍA CLÍNICA

PANAMÁ, REPÚBLICA DE PANAMÁ

2012

INSCRIPCIÓN EN LA VIP

UNIVERSIDAD DE PANAMÁ
VICERRECTORÍA DE INVESTIGACIÓN Y POSTGRADO

PROGRAMA DE MAESTRÍA EN PSICOLOGÍA CLÍNICA
FACULTAD DE PSICOLOGÍA

N° CÓDIGO:	327-14-06-07-60
ESTUDIANTE:	ANA RAQUEL MATA ZELAYA
CÉDULA:	8-731-2356
TÍTULO AL QUE ASPIRA:	MAESTRÍA EN PSICOLOGÍA CLÍNICA
TEMA DE TESIS:	INTERVENCIÓN SOBRE LA ANSIEDAD Y DEPRESIÓN EN MUJERES RECLUIDAS EN EL CENTRO FEMENINO DE REHABILITACIÓN DE LA CIUDAD DE PANAMÁ.
ASESOR DE TESIS:	MÁGISTER RICARDO LÓPEZ
FIRMA DEL ASESOR:	_____
FIRMA DEL ESTUDIANTE:	_____
APROBADO POR:	_____
	COORDINADOR DEL PROGRAMA

_____

DIRECTOR DE POSTGRADO DE LA VICERRECTORÍA DE INVESTIGACIÓN Y POSTGRADO

DEDICATORIA

Esta tesis es dedicada a mi madre Irene del Rosario Zelaya, a mi esposo Iván Orlando Belfon y a mi suegra Ana Isabel Belfon, pues ellos estuvieron alentándome todo el tiempo para que culminara mi trabajo de graduación.

También se lo dedico a mis hijas Andrea Victoria Belfon y Ana Sofía Belfon quienes son mi mayor estímulo para seguir superándome profesionalmente.

AGRADECIMIENTOS

Aprovecho este espacio que se me permite para elevar mis más sinceros agradecimientos a las siguientes personas que en su momento me colaboraron al brindarme los recursos necesarios para poder obtener el Magister en Psicología Clínica:

Al Director del Sistema Penitenciario Diómedes Kaa y a la Directora del Centro Femenino de Rehabilitación Frida de Govea, encargados de dichas entidades en la gestión gubernamental anterior.

Al Director de Postgrado Filiberto Morales y a mi asesor de tesis Ricardo López.

A los profesores Gerardo Valderrama, Isaías Madrid, Elsa Fajardo, Carlos Sánchez, Fabio Bethancurt, Ricardo Turner y los demás profesores que impartieron las clases en la maestría.

A las reclusas del Centro Femenino de Rehabilitación que participaron en el Programa y que asistían con entusiasmo a las sesiones.

A mi esposo e hijas, quienes tuvieron que sacrificar de su tiempo conmigo en innumerables ocasiones para poder obtener esta maestría.

Por último, agradecer a Dios, porque su amor es infinito y por darme la sabiduría, el ánimo y la salud para lograr cada una de mis metas propuestas.

ÍNDICE GENERAL

Página

ÍNDICE DE CUADROS

ÍNDICE DE FIGURAS

Página

ÍNDICE DE ANEXOS

Página

RESUMEN

Es un estudio en donde se trabajó con siete (7) mujeres que se encuentran recluidas en el Centro Femenino de Rehabilitación de la Ciudad de Panamá. Se realizará una batería de pruebas psicológicas para conocer si éstas se encuentran en estado de ansiedad y depresión, las que aplican participarán en una terapia de grupo en donde se les permitirá a las mismas presentar sus experiencias y expresar sus sentimientos con el fin de que las otras participantes se identifiquen y no sientan que son las únicas que están pasando por una situación similar. Se les dará herramientas cognitivas conductuales para que puedan mejorar la ansiedad y la depresión a pesar de la situación por la que atraviesan de encontrarse privadas de libertad. Luego de realizarse dieciséis sesiones, dos veces por semana, se volverá a aplicar la batería de pruebas para comprobar si la terapia de grupo causó un efecto positivo en la mejoría de los síntomas de ansiedad y depresión en las integrantes del mismo.

SUMMARY

This is a study that was done with seven (7) women that are secluded in the Female Rehabilitation Center in Panama City. It will be performed a set of psychological tests to find out if they are in a state of anxiety and depression. Those who apply will participate in a group therapy where they will be allowed to present their experiences and express their feelings with the purpose that other participants can identify themselves so they do not feel that they are the only ones going through a similar situation. They will be given cognitive behavioral tools so they can improve the anxiety and depression even though they are detained. After applying sixteen sessions, twice a week, psychological tests will be applied again to check if the group therapy caused a positive effect improving the symptoms of anxiety and depression in the members of the group.

INTRODUCCIÓN

Después de revisar cierta literatura con referencia a la ansiedad y a la depresión y conocer que hay una alta incidencia en las poblaciones cautivas, como lo son las cárceles y los reclusorios, despertó el interés de buscar la forma de cómo se podían disminuir los síntomas que caracterizan a estos padecimientos.

La Terapia Cognitiva Conductual ha resultado ser una de las soluciones más prometedoras para alcanzar este objetivo, por lo que en el siguiente trabajo se podrá apreciar en primera instancia teoría relacionada al Sistema Penitenciario de nuestro país y la situación existente en el Centro Femenino de Rehabilitación, lugar donde fue atendida una parte de la población con una intervención de forma grupal.

Se detallarán igualmente las definiciones, causas, síntomas, diagnósticos y tratamientos de la Ansiedad y de la Depresión y se revisarán las virtudes de esta moderna terapia.

Posteriormente se brindará información sobre la población estudiada, las pruebas psicológicas utilizadas para evaluar la intensidad de los síntomas, los procedimientos que se llevaron a cabo a lo largo de la intervención y el programa que detalla en qué consistía cada una de las sesiones.

Para corroborar si el Programa de Terapia Cognitiva Conductual de Grupo, utilizada de la manera en que se expondrá en este documento logró su cometido: Disminuir los síntomas de ansiedad y depresión en siete mujeres recluidas en el Centro Femenino de Rehabilitación, se utilizará una prueba no paramétrica que permitirá establecer si ha sido efectiva la misma, arrojando resultados significativos.

Como todo trabajo, siempre debe haber una retroalimentación final y este no será la excepción, por lo que será considerada en las conclusiones. De acuerdo a los resultados obtenidos de cualquiera intervención psicológica, siempre surgen ideas de cómo se hubiera podido hacer mejor. En las recomendaciones detallaré esas ideas para que queden plasmadas y puedan contribuir en un futuro al mejoramiento del manejo de los recursos cognitivos conductuales utilizados por mis colegas y por el mío propio.

CAPÍTULO I
MARCO TEÓRICO

1. SISTEMA PENITENCIARIO EN PANAMÁ

1.1. Desarrollo Histórico

En 1912 con el gobierno del Dr. Belisario Porras, mediante la **Ley 41 de 13 de diciembre de 1912**, se destinó a la Isla de Coiba como Colonia Penal y se plasmó la necesidad de crear un establecimiento para mujeres y un edificio de Penitenciaria.

En 1921, por medio de la **Ley 2 de 28 de enero de 1921** se crearon la Cárceles Modelo en Panamá y Colón, cuyas infraestructuras presentarían divisiones en donde se recluirían separadamente a mujeres, adultos y niños.

Las mujeres mayores de dieciocho (18) años debieron cumplir su pena en un Reformatorio de Mujeres, Sección establecida en la Cárcel Modelo, y en 1964 se funda el Centro Femenino de Rehabilitación, que es donde actualmente se ubican a las mujeres en conflicto con la Ley penal.

Por medio de la **Ley 24 de 1951** la Jurisdicción Especial de Menores creó el Tribunal Tutelar de Menores con la finalidad de brindar protección a los menores de 18 años (Dam, Roberto, 2006).

Con la **Ley 6 del 22 de enero** de 1965, se crearon escuelas vocacionales como la de Chapala y con la **Ley 25 del 18 de abril de 1978** se creó en Colón el Centro Vocacional Basilio Lakas.

En 1983 se creó el Centro Femenino de Rehabilitación en Chiriquí por medio de la Resolución **No. 60 del 17 de julio** y se concluye en 1987 pero fue hasta 1991 cuando empezó a funcionar.

En 1990, el Tribunal Tutelar de Menores estableció los centros de diagnóstico y detención en las ciudades de Arraiján, Chorrera, Penonomé, Herrera, Los Santos, Veraguas, Chiriquí, Bocas del Toro y Darién **(Dam, Roberto, 2006)**

El Departamento de Corrección, creado el **22 de julio de 1942**, mediante **Decreto Nº 467**, se elevó a categoría de Dirección del Sistema Penitenciario a través del **Decreto Ejecutivo Nº 139 del 16 de junio de 1999**. Actualmente es una unidad administrativa del Ministerio de Gobierno y Justicia de la República de Panamá y su director es el Licenciado Ángel Calderón.

El sistema penitenciario panameño se fundamenta en el **artículo 28** de la Constitución Política de la República de Panamá; **la Ley 55 de 30 de julio de 2003,** que lo reorganiza, y el **Decreto Ejecutivo 393 de 25 de julio de 2005**, que lo reglamenta. La ley y el reglamento penitenciario son recientes, y fueron elaborados para ajustar el funcionamiento del sistema a las exigencias modernas en asuntos penitenciales y criminológicos, iniciando, con ellos, el

período de modernización de nuestro sistema penitenciario. (Buenas Tareas 2011).

1.2. Organización Penitenciaria

El sistema penitenciario se desarrollará bajo un sistema progresivo técnico en el que se distinguirá el período de observación o diagnóstico de tratamiento, el probatorio de prelibertad y el de libertad, vigilada y condicional.

Crespo, Sergio (2008), menciona en su tesis algunos artículos relacionados al tema:

> "**Artículo 33 del Código Penal**, Organización y Administración General de Cárceles debería estar de un consejo nombrado por el Poder Ejecutivo que dictara, con aprobación de este, los reglamentos para la división de presos en clases, el trabajo penitenciario, los destinos de los productos del trabajo obligatorio, la enseñanza, la práctica del culto y la disciplina en general. Dicho consejo fue organizado en 1923. **(Constitución de Panamá, Ley No. 90 de junio de 1961, Sistema Penitenciario de Panamá. Decreto No. 1 de 2 de enero de 1923).**
>
> Se denominan genéricamente centros penitenciarios, los lugares o establecimientos donde deben permanecer custodiadas las personas privadas de su libertad en razón de detención preventiva, así como las condenadas al cumplimiento de penas privativas de libertad o cualquier otra medida cautelar, ordenadas o decretadas por autoridad o tribunal competente, y cuyo principal objetivo es la resocialización de estas."

1.3. Finalidad de las Cárceles en Panamá

La finalidad de las cárceles en Panamá es el de recibir y mantener internos bajo su custodia a las personas mayores de edad que se encuentre en alguno de los siguientes casos: haber sido condenado y tengan para cumplir pena de reclusión, prisión o arresto por término mayor de dos meses. Los enjuiciados por delitos que merezcan penas de reclusión o prisión por cualquier término manteniéndolos a disposición de funcionarios a cuyo cargo está el conocimiento de la causa, y los que sin estar comprendidos en alguna de los aportes anteriores se encuentren en inminente peligro de delinquir por reiterada conducta desordenada, por el abandono moral en que están y que necesiten un periodo de segregación para reorientar su vida en lo sucesivo, de acuerdo con orden de autoridad competente.

1.4. Situaciones de las Prisiones en Panamá

Las prisiones en Panamá están confrontando muchas dificultades. El Estado y gran parte de la sociedad considera que la causa del problema es la falta de un presupuesto adecuado que pueda solventar las diversas necesidades que éstas generan y la falta de personal capacitado que trate como seres humanos a los internos y a las internas que están privados de su libertad. (Henry, Georgina, 2000).

1.4.1. Problemas Más Frecuentes en el Sistema Penitenciario Panameño

Debido a la lenta e ineficaz administración de justicia, el Sistema Penitenciario Panameño está siendo cuestionado por tener un proceso judicial escrito y no oral, en donde los procesos penales llegan a ser prolongados y lentos, causando las derivadas del incremento de la población de detenidos en los Centros de Detención en espera de juicios. Esto deja una excesiva población que sobrepasa la capacidad de hacinamiento y que caracteriza a los centros penitenciarios. La mora judicial que atrasa las tramitaciones dentro de los procesos de investigación, instrucción y juicios, tiene el efecto de que luego de un prolongado internamiento, los procesados resultan inocentes por faltas de pruebas, habiendo incluso cumplido el máximo de la pena que hubiesen podido cumplir en el caso de que hubiesen sido condenados (Henry, Georgina. 2000).

Las ausencias de abogados o jueces a las audiencias, procesos judiciales formales, escritos y lentos, fallas administrativas, falta de economía procesal y mediocridad de los abogados. Escasez de personal, desarrollo de programas adecuados de rehabilitación, así como la insuficiencia de personal de custodios o policías, con un salario escalonado de acuerdo con la tarea que realizan, son otros problemas que enfrenta el Sistema Penitenciario.

1.4.2. Crisis del Sistema Penitenciario

Entre los problemas que presenta nuestras cárceles:

A. El Hacinamiento: creando los efectos más nocivos de la prisión, que es el contacto con sujetos degenerados de lo cual resulta que el tiempo a permanecer en la prisión se convierta en un periodo de corrupción que afecta sobre todo al que vaya, por primera vez a la prisión, porque para adaptarse al ámbito de algún modo se ve afectado por la conducta de los otros reclusos con los que tiene que convivir.

B. La Estigmatización: La consecuencia de estar recluido en prisión causa, que una vez que se regrese a la vida en sociedad, sea rechazado por la comunidad, precisamente por la marca que impone la prisión.

C. Problemas Sexuales: los reclusos, al no existir un adecuado programa de visitas conyugales, se encuentran igualmente privados de tener relaciones sexuales, lo que puede conllevar al homosexualismo, producto de que numerosas personas del mismo sexo viven durante largo tiempo encerrados en condiciones deplorables. (Dam, Roberto, 2006).

1.5. Primer Reformatorio de Mujeres

En el período de la administración del Dr. Arnulfo Arias Madrid fue aprobada la **Ley 87 del 1° de julio de 1941**, mediante la cual se planteaba por primera vez la creación de un Reformatorio de Mujeres, señalando en el **Capítulo IV, Artículo**

61 de la misma Ley, el siguiente texto: En la capital de la República se creará un reformatorio de mujeres con la capacidad que estime suficiente el poder Ejecutivo, en el cual sufrirán sus penas todas las mujeres mayores de dieciocho años que sean condenadas por los tribunales de justicia, que deben sufrir confinamiento. (Ley 87, 1° de julio de 1941).

En 1942, se utilizaron los edificios del Hospital Psiquiátrico en Los Santos, encargada de su Dirección estaba la Señora Elvia Q. de Zurita, quien acondicionó el lugar con todo lo necesario para su funcionamiento.

En 1945 se promulga el **Decreto N° 18 del 20 de marzo de 1945** por el cual se crea y reorganiza un establecimiento denominado Centro Femenino de Rehabilitación bajo la dependencia del Departamento de Corrección eliminándose así el reformatorio de mujeres delincuentes.

Esta administración se deterioraba, ya para el año 1949, por falta de la Sra. Zurita quien ya no se encontraba al mando de dicha dirección, la administración pasa a manos de La Guardia Nacional, quien se abstuvo de mandar a las internas al reformatorio debido al mal funcionamiento y por lo tanto, las reclusas eran enviadas a una sección de la Cárcel Modelo hasta 1964.

1.6. Centro Femenino de Rehabilitación

1.6.1. Reseña Histórica

Gracias a la voluntad de Doña Cecilia Orillac de Chiari, (esposa de Don Roberto E. Chiari, Presidente de la República) quien logró gestionar como primera Dama, la construcción de un Centro Femenino de Rehabilitación.

A través de la **Ley No 39 del 2 de febrero de 1961,** se autorizó al Gobierno Nacional de la República de Panamá a realizar un empréstito por la suma de seiscientos mil balboas (B/. 600.000) que se utilizaría para la confección de los planos y su construcción.

En el mes de diciembre, **con el Decreto 291 del 6 de diciembre** del mismo año, se ordenó y se reglamentó una emisión de Bonos Nacionales que cumplirían con el empréstito autorizado por la **Ley 39 de 1961** (García, Roberto y Flores, Ismael 2003).

El 24 de julio de 1964, cortó la cinta inaugural del Centro Femenino de Rehabilitación, la Señora Carmen Cecilia Chiari de Arango.

El 9 de agosto de 1964, se firmó el contrato entre la Congregación del Buen Pastor y el Gobierno de Panamá, siendo inaugurado el centro el 24 de agosto de 1964 e ingresaron las primeras internas el 25 de agosto del mismo año y junto con ellas se instauraron los talleres de costura y la escuela.

En 1966 contaba con una población de 60 reclusas aproximadamente recluidas por el delito de hurto y prostitución clandestina.

La Congregación del Buen Pastor tuvo la administración de este centro hasta el 22 de febrero de 1984. (Henry, Georgina, 2000)

Durante la administración de las hermanas del buen pastor en el Centro Femenino, se estuvieron desarrollando programas de tratamiento para las internas, en las mismas se habilitó un área laboral donde se construyeron talleres de corte y confección.

Se estableció igualmente, un área educativa en donde funcionó una escuela primaria regulada por el Ministerio de Educación. Esta escuela estuvo funcionando hasta el año 1997 y fue reabierta en el año 2000. (Figueroa, Maricruz, 2008)

En 1985, la Orden de la Iglesia Católica abandona la administración del centro, toda vez que las reclusas se tornaban cada año más agresivas, ya que existía mucha contradicción en la misión desempeñada por las Hermanitas del Buen Pastor, por lo cual el Ministerio de Gobierno y Justicia asume emprender la administración del centro incorporando una directora, la licenciada Marta Stanziola de Rincón, personal administrativo y personal de custodias civiles. (Castañeda, Fredesvinda, 2008).

Actualmente, el Centro Femenino de Rehabilitación depende directamente de la Dirección del Sistema Penitenciario, del Ministerio de Gobierno y Justicia, encargado de todo lo referente al Sistema Carcelario de Panamá y la Directora es la licenciada Miriam Martínez.

1.6.2. Objetivos del Centro Femenino de Rehabilitación

De acuerdo a García, Roberto y Flores, Ismael (2003), estos objetivos son:

- Rehabilitar a las mujeres mayores de 18 años que ingresen al Centro
- Modificar sus conductas realizando trabajos que estén al alcance del Centro
- Solidificar sus valores Morales y Espirituales
- Reintegrar a la sociedad mujeres convertidas en un elemento útil y productivo, alejándola del delito.
- Lograr una reeducación integral de la mujer

1.6.3. Fundamentos Legales

El fundamento legal, para la creación de lo que hoy es el Centro Femenino de Rehabilitación en Panamá es la **Ley 87 del 1° de julio de 1941.**

Establecido en el Artículo tercero y en el acápite d, en los cuales se expresa lo siguiente:

Artículo 3: "Habrá en la República de Panamá todos los establecimientos penales y correccionales que sean creados por la ley o por el poder Ejecutivo mediante facultad expresa que se le conceda al efecto"

Artículo 4: "por ahora existirán los siguientes: de Reformatorios de mujeres en el cual cumplirán las penas privativas de la libertad las mujeres mayores de dieciocho (18) años cualquiera que sea el término de la pena impuesta".

El **Capítulo VI** de esta misma Ley, en **los Artículos 61, 62, 63 y 64** amplía lo relativo al Reformatorio de Mujeres. Estos artículos señalan lo siguiente:

Artículo 61: "en la capital de la República se creará un Reformatorio de Mujeres con la capacidad que se estime suficiente el Poder Ejecutivo en el cual cumplirán sus penas todas las mujeres de dieciocho (18) años que sean condenados por los Tribunales de Justicia o que deban pagar Confinamiento, también serán alojados en ese Reformatorio las sindicadas de delitos que merezcan pena corporal mayores de dieciocho (18) años."

Artículo 62: "las disposiciones relativas a la Colonia Penal de Coiba, a la Cárcel Provincial de Panamá y a las demás cárceles provinciales y distritoriales y le serán aplicadas hasta donde sea posible, a este establecimiento penal".

Artículo 63: "cuando esté construido el Reformatorio de Mujeres, el Poder Ejecutivo reglamentará su régimen interno en todos los detalles y determinará el personal que lo administrará, y sus sueldos".

Artículo 64: "esta Ley regirá desde su promulgación y deroga el capítulo tercero, título 4, libro tercero del Código Administrativo y las siguientes Leyes. Ley No. 44 de 1919; Ley No. 2 de 1921; Ley 44 de 1925; y la Ley No. 52 de 1930". (García, Roberto y Flores, Ismael, 2003)

Esta ley se consideró y se describió un comité de clasificación y estudios de casos. El establecimiento de libertad condicional y reconocimiento de una compensación monetaria por cada día de trabajo en los talleres. Creación de una Guardería Infantil y la Protección de la mujer detenida de manera. Se contemplan de las visitas domiciliarias.

La detención preventiva en establecimiento carcelario solo podría decretarse cuando todas las otras medidas cautelares resultaren inadecuadas. No se decretará la detención preventiva cuando la persona imputada sea una mujer embarazada; o que amamante a su prole, o una persona que se encuentre en grave estado de salud a que haya cumplido los sesenta y cinco años de edad.

Tampoco se decretará la detención preventiva cuando el imputado sea una persona toxico dependiente y alcohol dependiente, que se encuentre sometido a

un programa terapéutico de recuperación en una institución de salud legalmente autorizada.

En 1945 se promulga el **Decreto No. 18 del 20 de marzo de 1945** por el cual se creó y reorganizó un establecimiento denominado Centro de Femenino de Rehabilitación bajo la dependencia del Departamento de Corrección eliminándose así el reformatorio de mujeres delincuentes. El 24 de julio de 1964 se inaugura el Centro Femenino de Rehabilitación bajo la administración de la Congregación Religiosa de las Hermanas del Buen Pastor hasta febrero de 1984, cuando pasa a la administración del Departamento de Corrección.

Esta **Ley 87 del 1° de julio de 1941** fue derogada por **la Ley 55 de 30 de julio de 2003** o Ley Penitenciaria y que nace como una respuesta a la necesidad de una legislación moderna que sustente y oriente las iniciativas, políticas y programas que harán posible las grandes transformaciones penitenciarias.

1.6.4. Estructura Administrativa

El Centro Femenino de Rehabilitación cuenta con:

- La dirección y la secretaria de la Institución. La directora actual es la licenciada Miriam Martínez.
- Departamento Especializado para el estudio y tratamiento de las internas: Trabajadores Sociales, Psiquiatría, Psicología, Servicios Médicos, Dentistería, Instrucción y Mantenimiento.

1.6.5. Estructura Física

La estructura física del Centro Femenino de Rehabilitación está construida en el área de la Capital, se encuentra ubicado en el Distrito de San Miguelito, corregimiento José Domingo Espinar, sector La Pulida.

Está compuesta por el área de administración, la Preventiva donde llegan todos los casos, un Centro de Observación, Sección de Hogares y un Pabellón de Máxima Seguridad, una clínica de salud donde se brinda asistencia odontológica, medicina general y ginecología.

Cuenta con una escuela, un taller de costura semi-industrial, un salón de repostería, salón para corte y confección, un salón de belleza, una sala de visita, un local de venta de artículos para las mismas internas, un taller de horquillas, un área donde se encuentra el comedor y la cocina. Además dispone de un área de recreación y deporte (Castañeda, Fredesvinda, 2008).

1.6.6. Tratamiento Penitenciario en el Centro Femenino de Rehabilitación

El Centro Femenino de Rehabilitación está constantemente en la búsqueda de mejorar el tratamiento con el objetivo de rehabilitar a la mujer delincuente, la cual se da en tres etapas:

Etapa de Observación y Estudio: se recogen los datos personales de la interna a través de un registro inicial y la clasificación que ubica a la misma en el Centro de Observación y su posterior traslado a los hogares.

Etapa de Evaluación y Estudio: El centro cuenta con un comité de evaluación encargado de establecer las pautas con respecto a la clasificación y tratamiento de las internas, constantemente se realizan juntas disciplinarias en donde se discute el estado de las internas y los problemas disciplinarios de algunas dentro del penal, estas juntas las preside la Directora del Centro, la oficial jefa de las custodias, las psicólogas y las trabajadoras sociales del Centro. (Figueroa, Maricruz, 2008)

Etapa de Rehabilitación y Resocialización: Existen varios programas para la rehabilitación y resocialización de las internas. Son programas de rehabilitación intramuros y extramuros. Intramuros para las actividades dentro del plantel y extramuros para las que son fuera del mismo. Para este último deben ser evaluados, estar condenados y haber cumplido la mitad de su condena. (Castañeda, Fredesvinda, 2008). Cuenta con la escuela Rosa María Pelettier, dependencia del Ministerio de Educación. Su personal docente es nombrado por el Ministerio de Educación. A nivel secundario está la Escuela Silvio Bedoya, que ofrece clases a las internas dentro y fuera del penal con los permisos de estudio. Se les entrega un diplomado expedido por el Ministerio de Educación. Los talleres de aprendizaje cuentan con un taller de manualidades, corte y confección y

cursos de belleza. A estos talleres y cursos ingresas las internas que han culminado estudios de escuela primaria y que han pasado por una evaluación previa del Consejo Técnico. En los talleres de producción, las internas aprenden diversos oficios y ganan un salario fijo en actividades como cría de aves de corral, costura semi – industrial y granjas agrícolas. Además de los talleres de producción, pueden dedicarse a otras actividades como atender en la cocina, la lavandería, áreas verdes y protocolo. Las privadas que gozan de los programas intramuros y extramuros donde no son remuneradas, son beneficiadas con conmutaciones de penas que le permiten agilizar el tiempo de su condenada y las privadas de libertad de permiso laboral, estudio y trabajo comunitario gozan del Plan de Permiso de Salida Progresivas la cual le otorga permiso de fin de semana para la convivencia con sus familias, este Plan de Permiso de Salida Progresivas se estableció a partir del 19 de abril de 2006. (Figueroa, Maricruz, 2008)

1.6.7. Situación existente en el Centro Femenino de Rehabilitación

Las estructuras existentes ubicadas en la actualidad en los terrenos del centro femenino son pésimas, ya que se encuentran en muy mal estado y fuera de mantenimiento. Con el transcurrir del tiempo sino se la da un buen mantenimiento a las instalaciones estas no rendirán de manera eficiente y no tendrán larga vida. Podemos mencionar áreas tales como la cocina, los talleres

de confección de telas, los dormitorios, las celdas de castigo, entre otras. Las tuberías de agua negra y agua potable, como el sistema de cableado eléctrico se encuentran en un estado deplorable atentando con la vida de las internas del penal.

Actualmente, el sistema de aguas negras y tanque séptico no son los más adecuados para este proyecto, su capacidad se queda corta y se encuentran en mal estado, provocando así problemas de salud dentro del penal. Por suerte, ya hay planes para un nuevo Centro Femenino de Rehabilitación.

El Centro Femenino de Rehabilitación establece la custodia de las internas, desarrolla todas las actividades y aplicara todas las medidas a su alcance para lograr por medios científicos su mejoramiento moral y su readaptación a la vida social en condiciones de utilidad y seguridad.

2. ANSIEDAD

2.1. Generalidades de la Ansiedad

Es importante señalar que Lewis (1967), estableció los orígenes del término "ansiedad" en una raíz griega que significa "ahogar" o "estrangular" (Derugetis, Leonard y Wise, Thomas 1996).

El diccionario de Psicología de U. Galimbert, la define como un estado de gran activación emocional que contiene un sentimiento de miedo o aprehensión, que frecuentemente se acompaña de síntomas fisiológicos que pueden conducir a la fatiga o incluso al agotamiento. (Galimbert, U. 2001, en Sánchez, Carlos, 2004).

La ansiedad es la activación del sistema nervioso, consecuente con estímulos externos o como resultado de un trastorno endógeno de las estructuras o de la función cerebral. La activación se traduce como síntomas periféricos derivados del sistema nervioso vegetativo (aumento del tono simpático) y del sistema endocrino (hormonas suprarrenales), que dan los síntomas de la ansiedad. Por otro lado los síntomas en estimulación del sistema límbico y de la corteza cerebral que se traducirán en síntomas psicológicos de ansiedad. La ansiedad la podemos dividir en dos:

- La Ansiedad Positiva: es un fenómeno que se da en todas las personas y que, bajo condiciones normales, mejora el rendimiento y la adaptación al medio social, laboral, o académico. Tiene la importante función de movilizarnos frente a circunstancias amenazantes o preocupantes, de forma que hagamos lo necesario para evitar el riesgo, neutralizarlo, asumirlo o afrontarlo adecuadamente. (ataque o huida).
- La Ansiedad Negativa: el problema surge cuando nuestro cerebro interpreta un peligro irreal, consecuencia de nuestra imaginación, debido a pensamientos negativos y repetitivos, a un cambio brusco en nuestra

vida, situaciones de estrés o preocupaciones constantes. En este caso se producen niveles excesivos de los síntomas de forma persistente de tal manera que interfiere con la actividad diaria del individuo limitando su rendimiento, relación social y libertad personal convirtiéndose en un problema de salud e impidiendo el bienestar.

2.2. Componentes de la ansiedad

La ansiedad como toda respuesta humana se puede contemplar desde distintas perspectivas que se consideran clásicamente en psicología, el cognitivo, el conductual y el emocional. No se trata de componentes independientes, sino de distintos puntos de vista del mismo fenómeno. Por eso, si se comienza estudiando las cogniciones, es decir, los pensamientos, se verá que se asocian a emociones y sensaciones y que ambos, pensamientos y emociones, tienen la misión de favorecer la emisión de las conductas. Si se observa el proceso desde la conducta se ve que se tiene que dar una preparación emocional y cognitiva para realizarla y si se hace desde el punto de vista emocional se comprueba que las emociones son preparaciones para actuar (Frijda, 1986) que conllevan asociados pensamientos y sensaciones.

2.3. Perspectivas de los Factores psicológicos de la Ansiedad

2.3.1. Teoría Psicodinámica

El creador es Freud. Dijo que la angustia es más un proceso biológico (fisiológico) insatisfecho (respuesta del organismo ante la sobreexcitación derivada del impulso sexual) para posteriormente llegar a otra interpretación en donde la angustia sería la señal peligrosa en situaciones de alarma. Según esta teoría la angustia procede de la lucha del individuo entre el rigor del superyó y de los instintos prohibidos (ello) donde los estímulos instintivos inaceptables para el sujeto desencadenarían un estado de ansiedad.

2.3.2. Teorías Conductistas

El conductismo se basa en que todas las conductas son aprendidas y en algún momento de la vida se asocian a estímulos favorables o desfavorables adoptando así una connotación que va a mantenerse posteriormente. Según esta teoría la ansiedad es el resultado de un proceso condicionado de modo que los sujetos que la padecen han aprendido erróneamente a asociar estímulos en un principio neutros, con acontecimientos vividos como traumáticos y por tanto amenazantes, de manera que cada vez que se produce contacto con dichos estímulos se desencadena la angustia asociada a la amenaza. La teoría del aprendizaje social dice que se puede desarrollar ansiedad no solo a través de la

experiencia o información directa de acontecimientos traumáticos, sino a través del aprendizaje observacional de las personas significativas al entorno.

2.3.3. Teorías Cognocitivas

Considera la ansiedad como resultado de "cogniciones" patológicas. Se puede decir que el individuo "etiqueta" mentalmente la situación y la afronta con un estilo y conducta determinados. Por ejemplo cualquiera de nosotros podemos tener una sensación física molesta en un momento determinado, si bien la mayoría de nosotros no concedemos ningún significado a esta experiencia. No obstante existen personas que interpretan ello como una señal de alarma y una amenaza para su salud física o psíquica lo cual provoca una respuesta neurofisiológica desencadenando así la ansiedad.

Derugetis, Leonard y Wise, Thomas, en 1996, mencionan que: los pensamientos y fantasías relacionados con la activación y la intensificación de la ansiedad eran, en su mayoría, una anticipación de daño físico (ser atacado de una forma violenta, estar implicado en un accidente, o caer enfermo); y una anticipación de traumas psicosociales que van desde la humillación o el rechazo en ciertos casos, hasta un completo ostracismo. La ideación idiosincrásica del paciente implicaba expectativas irrealmente desmesuradas de sufrir daño; el grado de ansiedad se relacionaba con el grado de credibilidad de los miedos (desde el

punto de vista del paciente) y la gravedad de la adversidad anticipada. (Beck et al. 1974).

2.4. Causas de la Ansiedad

En el siguiente artículo ("La Ansiedad: ¿Qué es la Ansiedad?", 2009) expone que la causa exacta de este trastorno no es totalmente conocida, pero una serie de factores, incluyendo la genética, la química del cerebro y el estrés ambiental, parecen contribuir a su desarrollo.

Genética: Investigaciones sugieren que el historial de la familia desempeña un papel en el aumento de la probabilidad de que una persona desarrolle la ansiedad. Esto significa que la tendencia a desarrollar la ansiedad puede ser repercutida en las familias.

La química del cerebro: Los neurotransmisores son los mensajeros químicos especiales que ayudan a mover la información de neurona a neurona. Si los neurotransmisores están fuera de balance, los mensajes no pueden ir a través del cerebro adecuadamente. Esto puede alterar la manera en que el cerebro reacciona en determinadas situaciones, lo que lleva a la ansiedad.

Factores ambientales: Trauma y eventos estresantes, como el abuso, la muerte de un ser querido, divorcio, cambio de trabajo o escuelas, pueden conducir a la ansiedad. La ansiedad también puede empeorar durante los períodos de estrés. El uso y el retiro de sustancias adictivas, incluido el alcohol, la cafeína y

la nicotina, también pueden empeorar la ansiedad. Sin embargo, no todos los enfermos que padecen ansiedad refieren algún conflicto amenazante ni toda persona que se enfrenta a una situación de este tipo desarrolla ansiedad.

Cualquier persona puede presentar trastornos de ansiedad, unos estarán más predispuestos que otros dependiendo de su personalidad y su vulnerabilidad biológica, así como del soporte social en el que se desenvuelven. De este modo, los sujetos con una organización estable de la personalidad necesitarán estímulos intensos o persistentes para descompensarse, mientras que las personas inestables pueden desequilibrarse ante cualquier estímulo, así sea este insignificante (García, Ana, 2004).

2.5. La ansiedad como respuesta de lucha – huida

En 1929, W. Cannon se refirió a la ansiedad como *Respuesta de lucha-huida*, dado que se trata de una reacción primitiva y refleja que nos prepara para luchar o bien para huir del peligro. Y, efectivamente, si nos encontramos ante una situación de peligro (fuego en el edificio, por ejemplo) tenemos que estar preparados para una acción inmediata, necesitamos que en nuestro cuerpo se produzcan una serie de cambios, encaminados a superar con éxito la situación (escapar de la llamas, sobrevivir). La finalidad de la ansiedad es proteger al organismo y sus intereses.

Nuestro actual mecanismo de defensa es heredero del que como especie hemos ido desarrollando a lo largo de miles de años de evolución. Los peligros a los que estaban expuestos nuestros antepasados estaban ligados a la supervivencia y a funciones primarias de lucha y huida (luchar contra los animales, competir contra otros humanos, correr, pelear, esconderse). Todas estas, son acciones que requieren una activación muscular alta. En la actualidad hay muchos peligros que no se resuelven atacando o luchando pero, sin embargo, seguimos conservando el componente de alta sobre-activación motora cuando interpretamos que una situación es peligrosa.

El encargado de coordinar dicha activación motora y todos los cambios físicos que supone es el Sistema Nervioso Autónomo (SNA), también conocido como Sistema Nerviosos Vegetativo. Conozcámoslo un poco mejor antes de detallar la respuesta de lucha-huida.

El SNA forma parte del sistema nervioso periférico. Es un sistema involuntario que se encarga de regular funciones tan importantes como la digestión, la circulación sanguínea, la respiración y el metabolismo. Entre sus acciones están: el control de la frecuencia cardiaca, la contracción y dilatación de vasos sanguíneos, la contracción y relajación del músculo liso en varios órganos, la acomodación visual, el tamaño pupilar y secreción de glándulas exocrinas y endocrinas. El sistema nervioso autónomo se divide en dos subsistemas que tienen funciones diferentes:

-El sistema nervioso simpático: se encarga de preparar al cuerpo para la acción y la producción de la energía que necesita. Para ello libera dos productos químicos (la adrenalina y la noradrenalina), que desencadenan una respuesta completa, es decir, se experimentan todos los síntomas que componen la respuesta de ansiedad (lucha y huida).

-El sistema nervioso parasimpático: su acción produce efectos opuestos al sistema nervioso simpático. Propicia la desactivación, la recuperación y restauración del organismo. Favorece el almacenamiento y la conservación de la energía. Lo hace a través de la acetilcolina, un neurotransmisor.

La Respuesta de lucha y Huida es una respuesta que nos prepara para hacer frente a los peligros, luego nuestro cerebro interpreta que estamos ante una situación peligrosa. Se comunica con el Sistema Nervioso Autónomo, que activa su rama simpática, produciendo una serie de cambios físicos para preparar al organismo para luchar o huir. Dichos cambios están agrupados por los siguientes sistemas:

- Sistema muscular: Necesitamos que los grandes grupos musculares (extremidades y otros) se tensen para entrar en acción.

- Visión: Las pupilas se dilatan para poder tener una visión más nítida, más agudizada en el centro del campo visual donde suele situarse el peligro.

- Sistema cardiovascular: Se encarga del transporte y la distribución, por vía urgente, de las sustancias nutritivas y el oxígeno mediante el incremento del ritmo y la fuerza de los latidos cardíacos, para que las extremidades puedan recibir las sustancias nutritivas y el oxígeno. A su vez se produce una redistribución del flujo sanguíneo, de manera que los músculos más directamente relacionados con la actividad física reciben más sangre, y reciben menos sangre la piel, los dedos de manos y pies y la zona abdominal. En el cerebro se produce también una redistribución de la sangre que afecta, por un lado, al área frontal (zona vinculada con el razonamiento) donde disminuye el flujo; y por otro, a las zonas relacionadas con las respuestas instintivas y motoras (correr o luchar) donde se incrementa. La redistribución del flujo sanguíneo en el cerebro puede producir sensaciones de mareo, de confusión y dificultar ciertas funciones cognitivas superiores como la capacidad de planificación y razonamiento que se verán reestablecidas cuando se desvanezca el estado de alarma.

- Sistema respiratorio: La preparación del organismo para una reacción rápida e intensa requerirá un aporte energético extra (glúcidos y lípidos). Estas materias primas se transformarán en energía, mediante procesos de combustión, para lo que se necesita oxigeno, en mayor cantidad.

- Sistema exocrino: El proceso de sobre-activación produce un aumento de la temperatura corporal que el organismo compensa incrementando la sudoración,

para refrigerarse. Por otro lado, la piel resbaladiza a causa del sudor dificultaría "ser capturados"

Todos estos cambios constituyen las respuestas fisiológicas de la ansiedad, respuesta, que a su vez acaba influyendo o modulando las respuestas cognitiva y conductual.

Los procesos atencionales juegan un papel destacado en la respuesta de ansiedad: nos fijamos más en las señales que tienen que ver con la amenaza. Se produce, en este sentido, un cambio en la prioridad de las acciones que llevamos a cabo, de modo que lo relacionado con lo peligroso recibe la condición de preferente.

El objetivo principal es protegerse y/o prepararse para superar los peligros:

-Luchar, enfrentarse con el problema.

-Escapar o huir de la situación amenazante.

-Evitar la situación amenazante, en los casos en que la anticipemos.

-Quedarse paralizado o inmovilizado ante la situación amenazante. Es una respuesta más habitual en el reino animal, que se constituye como la alternativa más eficaz en los casos en los que no son posibles las anteriores.

La reacción suele frenarse cuando nos sentimos a salvo, cuando el peligro ya no está presente. Para refrenar la respuesta de ansiedad suelen ponerse en acción, por un lado, el Sistema Nervioso Parasimpático, que se encarga de proteger y

reparar al organismo; por otro lado, el organismo libera una serie de productos químicos que destruyen la adrenalina y la noradrenalina, con la consecuente sensación de desactivación.

La ansiedad acaba convirtiéndose en un problema cuando:

-Si la ansiedad pasa de ser un episodio poco frecuente, de intensidad leve o media y duración limitada, a convertirse en episodios repetitivos, de intensidad alta y duración prolongada.

-Si la ansiedad deja de ser una respuesta esperable y común a la de otras personas para unos tipos de situación, y pasa a ser una reacción desproporcionada para la situación en la que aparece.

-Si la ansiedad conlleva un grado de sufrimiento alto y duradero, en lugar de limitado y transitorio, e interfiere significativamente en diferentes áreas de la vida de la persona que la padece, causando molestias generalizadas que afectan a los hábitos básicos de la persona: ritmos de sueño, alimentación y nivel general de activación.

Siguiendo estos criterios debemos tener en cuenta que cuando estamos sometidos a un nivel de activación muy intenso y/o sostenido, los efectos beneficiosos producidos por los cambios fisiológicos se convierten en sensaciones físicas desagradables. De forma detallada tenemos:

La contracción de los grandes grupos musculares que prepara al organismo para la acción se reconvierte en sensaciones de tensiones musculares o incluso dolor, temblores, espasmos, calambres y sacudidas. Estos últimos son producidos por la acción del ácido láctico, un producto que se obtiene al generarse la energía, que al permanecer en los músculos termina por actuar como un tóxico.

La dilatación pupilar que permite que entre más luz en el ojo y aumenta la discriminación visual, acaba creando molestias como la visión borrosa, sensibilidad a la luz, neblina o puntos luminosos.

El aumento de la presión sanguínea y la frecuencia cardiaca para intensificar el transporte de nutrientes y oxígeno, se viven como palpitaciones o taquicardia. La sudoración profusa aparece por la necesidad del organismo de refrigerarse, liberando el calor generado en la producción de energía.

A su vez la redistribución, por parte del torrente sanguíneo, de los nutrientes y oxigeno a las zonas donde son necesarios, puede producir pérdida de sensibilidad, hormigueo, palidez y frío (especialmente en manos y pies). A su vez, el hecho de que la digestión (y con ella la secreción de saliva) se vea enlentecida o parada puede generar molestias estomacales, náuseas, diarrea y la sensación de boca seca.

La redistribución del flujo sanguíneo cerebral que facilita que el organismo se concentre en la acción (luchar o escapar), más que en un análisis reflexivo, crea

problemas como atención selectiva hacia el peligro, dificultad para pensar con claridad o confusión, mareo y sensación de irrealidad.

El aumento de la frecuencia y e intensidad de la respiración, ideales para tener un mayor suministro de oxígeno en los músculos, puede transformarse en hiperventilación, lo que conlleva que se reduzca el nivel de dióxido de carbono en la sangre y se desencadenan una serie de sensaciones desagradables como: hormigueo, mareo, debilidad, sensación de desmayo, sudoración, escalofríos, visión borrosa, taquicardia, nudo en la garganta, temblor, sensación de irrealidad, opresión/dolor en el pecho, sensación de falta de aire, cansancio.

Normalmente, la respuesta de lucha-huida descrita anteriormente, y la activación que la caracteriza, se vive como muy oportuna ante una situación de peligro que entrañe movimiento o desplazamiento. La cuestión es que muchos de las situaciones amenazantes a que se enfrenta el hombre actual no requieren, para su solución, dicha respuesta motora. Y no sólo eso: una reacción de activación excesiva se podría vivir como interferidora y alarmante, más que como facilitadora para la situación. (Balaguer, Gema, 2006).

2.6. Síntomas de la Ansiedad

Las manifestaciones sintomatológicas de la ansiedad son muy variadas y pueden clasificarse en diferentes grupos:

-Físicos: Taquicardia, palpitaciones, opresión en el pecho, falta de aire, temblores, sudoración, molestias digestivas, náuseas, vómitos, "nudo" en el estómago, alteraciones de la alimentación, tensión y rigidez muscular, cansancio, hormigueo, sensación de mareo e inestabilidad. Si la activación neurofisiológica es muy alta pueden aparecer alteraciones del sueño, la alimentación y la respuesta sexual.

-Psicológicos: Inquietud, agobio, sensación de amenaza o peligro, ganas de huir o atacar, inseguridad, sensación de vacío, sensación de extrañeza o despersonalización, temor a perder el control, recelos, sospechas, incertidumbre, dificultad para tomar decisiones. En casos más extremos, temor la muerte, la locura, o el suicidio.

-De conducta: Estado de alerta e hipervigilancia, bloqueos, torpeza o dificultad para actuar, impulsividad, inquietud motora, dificultad para estarse quieto y en reposo. Estos síntomas vienen acompañados de cambios en la expresividad corporal y el lenguaje corporal: posturas cerradas, rigidez, movimientos torpes de manos y brazos tensión de las mandíbulas, cambios en la voz, expresión facial de asombro, duda o crispación, etc.

-Intelectuales o cognitivos: Dificultades de atención, concentración y memoria, aumento de los despistes y descuidos, preocupación excesiva, expectativas negativas, rumiación, pensamientos distorsionados e inoportunos, incremento de las dudas y la sensación de confusión, tendencia a recordar sobre todo cosas

desagradables, sobrevalorar pequeños detalles desfavorables, abuso de la prevención y de la sospecha, interpretaciones inadecuadas, susceptibilidad, etc.

-Sociales: Irritabilidad, ensimismamiento, dificultades para iniciar o seguir una conversación, en unos casos, y verborrea en otros, bloquearse o quedarse en blanco a la hora de preguntar o responder, dificultades para expresar las propias opiniones o hacer valer los propios derechos, temor excesivo a posibles conflictos, etc.

Los síntomas y la intensidad varían de persona a persona, dependiendo de su predisposición biológica y/o psicológica, se muestra más vulnerable o susceptible a unos u otros síntomas. Algunos de ellos sólo se manifiestan de manera significativa en alteraciones o trastornos de la ansiedad. En casos de ansiedad normal se experimentan pocos síntomas, normalmente de poca intensidad, poca duración, y son poco incapacitantes.

La ansiedad normal, así como sus manifestaciones, no puede ni deben eliminarse, dado que se trata de un mecanismo funcional y adaptativo. Se trata de saber convivir con la ansiedad, sin perder la operatividad. Algunas personas que han sufrido trastornos por ansiedad, sobre todo si han sido muy severos o incapacitantes, están tan sensibilizadas que tienen después dificultades para tolerar la ansiedad normal, e incluso distinguirla de la patológica.

2.7. Criterios para el diagnóstico de Trastorno de ansiedad generalizada F41.1 (300.02)

De acuerdo al Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM IV estos serían los criterios a cumplir para diagnosticar un trastorno de ansiedad generalizada:

•**A**. Ansiedad y preocupación excesivas (expectación aprensiva) sobre una amplia gama de acontecimientos o actividades (como el rendimiento laboral o escolar), que se prolongan más de 6 meses.

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

•**C**. La ansiedad y preocupación se asocian a tres (o más) de los seis síntomas siguientes (algunos de los cuales han persistido más de 6 meses). **Nota**: En los niños sólo se requiere uno de estos síntomas:

1. inquietud o impaciencia
2. fatigabilidad fácil
3. dificultad para concentrarse o tener la mente en blanco
4. irritabilidad
5. tensión muscul
6. alteraciones del sueño (dificultad para conciliar o mantener el sueño, o sensación al despertarse de sueño no reparador)

•**D**. El centro de la ansiedad y de la preocupación no se limita a los síntomas de un trastorno; por ejemplo, la ansiedad o preocupación no hacen referencia a la posibilidad de presentar una crisis de angustia (como en el trastorno de

angustia), pasarlo mal en público (como en la fobia social), contraer una enfermedad (como en el trastorno obsesivo-compulsivo), estar lejos de casa o de los seres queridos (como en el trastorno de ansiedad por separación), engordar (como en la anorexia nerviosa), tener quejas de múltiples síntomas físicos (como en el trastorno de somatización) o padecer una enfermedad grave (como en la hipocondría), y la ansiedad y la preocupación no aparecen exclusivamente en el transcurso de un trastorno por estrés postraumático.

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

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

2.8. Epidemiología

Se estima que el 20% de la población mundial padece algún cuadro de ansiedad. La prevalencia en la consulta médica es de 25%, de este 25% solo el 6% llega a consulta psiquiátrica especializada. Es mayor en mujeres, dos veces más que en los hombres. Es más común en las personas que se encuentran entre los 20 y 40 años. (Cárdenas, Devin. 2010).

2.9. Enfermedades asociadas a la Ansiedad

De acuerdo a García, Ana (2004) La ansiedad puede formar parte de toda una serie de enfermedades médicas, bien orgánicas o bien psiquiátricas. Los trastornos médicos que se asocian a ansiedad se pueden dividir en

- Orgánicos:
    - Neurológicos (epilepsia temporal, demencia incipiente, enfermedad de Parkinson).
    - Endocrinometabólicos (hipoglucemia, feocromocitoma, hiper o hipotiroidismo, hipocalcemia, síndrome premenstrual).
    - Cardiológicos (arritmias, prolapso de la válvula mitral, angina de pecho, infarto agudo de miocardio, hipertensión, insuficiencia cardíaca congestiva).
    - Respiratorios (asma, edema pulmonar, neumotórax, embolismo pulmonar).
    - Digestivos (úlcera péptica, síndrome del intestino irritable).
    - Otros: Cafeinismo, tabaquismo, deficiencias vitamínicas, anemia, toma de determinados fármacos (aminofilina, corticoides, indometacina, anorexígenos) y consumo de determinadas drogas (marihuana, cocaína, anfetaminas, alucinógenos), síndromes de abstinencia (alcohol, hipnóticos, ansiolíticos, opiáceos, nicotina).

- Psiquiátricos: depresión, hipocondría, esquizofrenia, trastornos de somatización y trastorno de conversión.

2.10. Diagnóstico

El diagnóstico se efectúa por la clínica, se debe excluír primero toda una serie de trastornos médicos que pueden cursar con ansiedad. Se le debe preguntar al paciente sobre sus síntomas, acontecimientos vitales que pudiesen influir en la clínica y antecedentes familiares. Además, el médico orientado por la clínica realizará una exploración física y en determinados casos una serie de pruebas complementarias, como pueden ser: determinación de hormonas tiroideas, electrocardiograma, electroencefalograma, hemograma, radiografía de tórax, etc. (García, Ana, 2004).

En el siguiente artículo ("La Ansiedad: ¿Qué es la Ansiedad?", 2009), mencionan que si los síntomas de la ansiedad están presentes, el médico comenzará una evaluación haciendo preguntas acerca de su historial médico y realizando un examen físico. Aunque no existen pruebas de laboratorio para diagnosticar específicamente los trastornos de ansiedad, el médico puede realizar varias pruebas para buscar una enfermedad física a partir de los síntomas.

El psicólogo hace su diagnóstico basandose en la entrevista clínica y el apoyo del uso de pruebas psicológicas que miden la ansiedad.

2.11. Tratamiento para la Ansiedad

Los trastornos por ansiedad si se diagnostican correctamente y se tratan de una forma apropiada pueden controlarse y en algunos casos, resolverse de forma definitiva. De todos modos, la respuesta al tratamiento y la evolución depende del tipo de trastorno y del control de los factores de riesgo. Así, las formas agudas de ansiedad, pueden tener una evolución excelente, mientras que el trastorno obsesivo compulsivo y el trastorno por estrés postraumático son más difíciles de tratar y, a menudo, requieren una terapia más prolongada.

Para un correcto tratamiento, tras haberse descartado otros problemas médicos que justifiquen la sintomatología, debe identificarse el tipo de trastorno de ansiedad que padece el paciente para adoptar las medidas terapéuticas adecuadas. En líneas generales, el esquema terapéutico consiste en la combinación de fármacos con psicoterapia. Los fármacos, aunque no curan la enfermedad, pueden ser muy efectivos a la hora de aliviar los síntomas de la ansiedad. Como norma, se debe comenzar el tratamiento con dosis bajas que se aumentan progresivamente hasta encontrar la dosis mínima eficaz. Cuando se considere que el fármaco puede ser eliminado, su retirada se hará también gradualmente (García, Ana, 2004).

El tratamiento farmacológico se debe completar con psicoterapia que consiste en explicar al paciente su enfermedad, enseñarle a reconocer y controlar los síntomas y a realizar ejercicios de relajación. Una vez lograda una respuesta

satisfactoria el tratamiento debe mantenerse entre 1 ó 2 años para evitar las recaídas. De todas formas, el tratamiento farmacológico aislado es ineficaz (presenta una tasa alta de recaídas), por lo que debe completarse con psicoterapia conductista (técnicas de desensibilización o exposición, entrenamiento de habilidades sociales, etc.) y cognitiva (enseñar al paciente a identificar los pensamientos específicos asociados a la situación productora de ansiedad, ayudándolo a disminuir su temor a perder el control).

Detallaremos más ampliamente el tratamiento para la ansiedad, según el artículo ("La Ansiedad: ¿Qué es la Ansiedad?, 2009):

- Medicamentos: Existen medicamentos disponibles para tratar la ansiedad, y puede ser especialmente útil para las personas cuya ansiedad interfiere con su funcionamiento diario. Los medicamentos más usados para tratar la ansiedad en el corto plazo son una clase de pastillas llamadas benzodiazepinas. Estos medicamentos se denominan a veces como "tranquilizadores", porque hacen que el paciente se sienta tranquilo y relajado. Funcionan disminuyendo los síntomas físicos de ansiedad generalizada, como la tensión muscular y la inquietud.

- La Terapia Conductista: enfocada a cambiar acciones específicas para disminuir o eliminar el comportamiento no deseado. Utiliza técnicas de relajación (como la respiración diafragmática) o técnicas de desensibilización-exposición a la situación desencadenante de la ansiedad. (García, Ana, 2004).

La terapia cognitivo-conductual: personas que sufren de trastornos de ansiedad a menudo participan en este tipo de terapia, en el que aprenden a reconocer y cambiar patrones de pensamiento y conductas que conducen a sentimientos de ansiedad. Este tipo de terapia ayuda a limitar el pensamiento distorsionado mirando a las preocupaciones de forma más realista.

2.11.1. La psicoterapia cognitivo conductual

La psicoterapia cognitivo-conductual consiste, a grandes rasgos, en ordenar los patrones de pensamiento o distorsiones cognitivas que están teniendo el efecto negativo sobre las emociones del individuo y, por tanto, causando su trastorno ansioso. Las terapias varían altamente dependiendo del tipo de paciente, el tipo de trastorno que este padezca y las necesidades específicas de dicho tratamiento. Varían desde los procedimientos que el especialista seguirá para tratar la ansiedad del individuo hasta la frecuencia de las reuniones entre paciente y psicólogo.

En las primeras sesiones el paciente comparte sus problemas de una forma más general con su psicoterapeuta, quién decidirá o recomendará dar énfasis en sesiones siguientes a unos u otros temas concretos a tratar así como la frecuencia con la que el individuo debería visitar.

Este proceso debe convertirse en una colaboración psicólogo-paciente de carácter abierto, en la que la confianza debe fundamentar los cimientos de la

terapia. Tratando con el individuo sobre los principales problemas que le afectan, el psicoterapeuta debe investigar y decidir cuáles son aquellos que impulsan sus trastornos ansiosos, lo cual en ocasiones implica una exploración del origen de los mismos, mientras que en otras este aspecto puede ser pasado por alto. Durante la terapia, el especialista puede proveer a su paciente de determinadas tareas o programas de auto-ayuda que deben, poco a poco, ir teniendo un efecto progresivo y positivo en el mismo.

El proceso debe contener un alto componente auto-didáctico, de tal manera que en la finalización de la terapia, no sólo se hayan producido modificaciones importantes y perdurables en el estado emocional y conductual del individuo, sino que también el paciente haya quedado entrenado para resolver futuros problemas o trastornos por sus propios medios. La eficacia de la terapia habrá dependido, también, de la capacidad desarrollada para prevenir futuros trastornos.

El pensador Epicteto manifestó que "no son los hechos objetivos los que perturban el alma sino aquello que pensamos". Por esta razón, el principal objetivo de la psicoterapia cognitivo-conductual es tratar de modificar la llamada "triada cognitiva", la cual consiste en tres patrones de pensamiento principales que inducen al paciente a considerarse a sí mismo, su futuro y sus experiencias de un modo característico negativo y que van a tener influencia sobre la emoción (tristeza, desánimo), conducta (aislamiento social, abandono del cuidado de sí

mismo, etc), y fisiología (Trastornos del sueño, pérdida o aumento de peso, fatiga, etc).

Visión negativa acerca de sí mismo.

- Se mira desgraciado, torpe, enfermo, con poco valor. Ejemplo: Nadie me quiere, soy feo, soy mala persona.
- Atribuye las experiencias desagradables a un defecto suyo. Ejemplo: Es un castigo de Dios por ser tan mala persona, tengo tan mala suerte que esto me pasa, soy un tonto y me lo merezco.
- Cree que a causa de estos defectos, es un inútil y carece de valor.

Visión negativa de las experiencias.

- El mundo le hace demandas exageradas o le presenta obstáculos insalvables. Ejemplo: Todos en el trabajo me odian, la vida es insoportable para mí.
- Interpreta sus interacciones con el medio en términos de derrota o frustración. Ejemplo: Un alumno que no sacó 100 en el examen, pero si lo aprobó con 75 puntos, piensa: "Soy un bruto, no puedo sacar 100 como Juan lo sacó". O mi novia me presta atención continuamente, o está pensando en dejarme.

Visión negativa acerca del futuro.

- Anticipa que las dificultades o sufrimientos actuales continuarán indefinidamente. Ejemplo: Nunca estaré bien, siempre estaré mal, las cosas cada vez están peor.
- Cuando piensa hacerse cargo de una tarea en el futuro, inevitablemente sus expectativas son de fracaso. Ejemplo: Persona que antes de someterse a una entrevista de trabajo piensa "Me van a rechazar y me sentiré humillado".
- La visión negativa del futuro puede producir una inhibición psicomotriz. Ejemplo: Si pienso que las cosas no van a mejorar, o incluso pueden empeorar, para que voy a usar mis energías en luchar.

3. DEPRESIÓN

3.1 Reseña Histórica de la depresión

La depresión ha acompañado al hombre, quizás, desde su origen; en la Biblia en el Libro de los Reyes, Saúl de Nabucodonosor muestra síntomas que es muy probable que hoy en día se pueden clasificar como depresión.

El término depresión fue descrito desde la época grecorromana con el nombre de melancolía. Ya en el siglo IV A.C., Hipócrates afirmaba que desde el punto de

vista médico, los problemas psiquiátricos estaban relacionados por el conjunto de los cuatro humores corporales; sangre, bilis negra, bilis amarilla y flema. La melancolía era producida por la bilis negra o atrabilis. (Lucas, Kiddi, 2006).

En Roma un siglo Antes de Cristo, Celso y Asdepiades recomiendan para aliviar la depresión las buenas relaciones humanas, estímulos intelectuales y música agradable.

En el siglo 1 A.C. Aretaeus de Cappadocia describe una enfermedad como melancolía. Soranus da como tratamiento para los pacientes deprimidos las idas al teatro a ver comedias. Constantino el africano fue el primero en descubrir los síntomas de la melancolía: miedo a lo desconocido, remordimientos religiosos excesivos y ansiedad.

En la Edad Media había un gran número de variedades de la llamada melancolía, atribuida a espíritus o a causas naturales como exceso de trabajo o de actividad sexual; y hay que recordar que en esta época se etiquetaba de "enmoniacados" a los sujetos con trastornos psiquiátricos.

En 1839 Roberto Burton publica su "Anatomía de la Melancolía" donde identifica los estados depresivos.

En 1883 Emil Kraepelin diferencia entre la psicosis maniaco depresiva y la demencia precoz (esquizofrenia).

Las llamadas escuelas organicistas, hoy biologistas, intentaron explicar el trastorno de la depresión a partir de errores, insuficiencias o intoxicaciones de tipo material, que concuerda con la escuela griega, que entendía la depresión como un exceso de "humor o Bilis negra". Otros estudiosos tratan de comprender la depresión como una disfunción cuyo origen está más allá de lo puramente orgánico.

Con la revolución francesa y la renovación del espíritu humanístico, la idea acuñada por Pinel de "romper las cadenas de los alienados", ayudo a que la medicina comenzara a mostrar un interés más acusado por las enfermedades mentales, entre ellas la depresión.

En el siglo XIX persistieron las interpretaciones organicistas en un afán de identificar y tratar las enfermedades mentales como cualquier otra enfermedad; en este momento se trató de clasificar y homogenizar los trastornos psíquicos en grupos de pacientes que sufrían síntomas iguales o muy parecidos.

A principios del siglo XX se cuenta con la teoría del inconsciente propugnada por Sigmund Freud, entendiendo la enfermedad mental como un proceso dinámico e individualizado.

En los últimos años el gran desarrollo de las ciencias básicas y de la psicología conductual y cognitiva ha aportado nuevas luces sobre la génesis y el tratamiento de la depresión.

Así como en el pasado hoy en día la depresión tiene un lugar dentro de los males que aquejan al hombre. Hay que tener en cuenta que aun cuando la mayoría de estas dolencias ya existían anteriormente las alternativas terapéuticas eran escasas o no se detectaban con tanta claridad como hoy en día.

3.2. Causas de la Depresión

No existe una sola causa para la depresión. La depresión puede estar causada por uno o varios factores. Algunas personas tienen mayor probabilidad de tener depresión que otras. Hay diferentes razones que intentan explicar esta predisposición:

- **Herencia:** Existe un mayor riesgo de padecer de depresión clínica cuando hay una historia familiar de la enfermedad, lo que indica que se puede haber heredado una predisposición biológica. Sin embargo, no todas las personas que tienen una historia familiar tendrán la enfermedad. Además, la depresión grave también puede ocurrir en personas que no tienen ninguna historia familiar de la enfermedad. Esto sugiere que hay factores adicionales que pueden causar la depresión, ya sean factores bioquímicos, o ambientales que producen estrés, y otros factores psicosociales.

- **Factores Bioquímicos:** Se ha demostrado que la bioquímica del cerebro juega un papel significativo en los trastornos depresivos. Se sabe, por ejemplo, que las personas con depresión grave típicamente tienen desequilibrios de ciertas substancias químicas en el cerebro, conocidas como neurotransmisores. Adicional, los patrones de sueño, que se ven afectados por la bioquímica del organismo, son generalmente diferentes en las personas que tienen trastornos depresivos. La depresión puede ser inducida o aliviada con ciertos medicamentos, y algunas hormonas pueden alterar los estados de ánimo. Lo que aún no se sabe es si el "desequilibrio bioquímico" de la depresión tienen un origen genético o es producido por estrés, por un trauma, o por una enfermedad física u otra condición ambiental. Algunas enfermedades como los accidentes cerebro-vasculares, los ataques del corazón, el cáncer, la enfermedad de Parkinson y los trastornos hormonales, pueden llevar a una enfermedad depresiva. La persona enferma y deprimida se siente apática y sin deseos de atender a sus propias necesidades físicas, lo cual prolonga el periodo de recuperación.

- **Situaciones estresantes:** Hay situaciones a las que todos podemos estar expuestos en cualquier momento como lo son la muerte de un familiar próximo o de un amigo, una enfermedad crónica, problemas interpersonales, dificultades financieras, problemas laborales, dificultades académicas, problemas personales como enfrentarse a un divorcio

pueden ocasionar síntomas de depresión que sostenidos a lo largo del tiempo pueden desencadenar en una depresión clínica.

- **Estacionalidad - Trastorno afectivo estacional (SAD):** Se ha observado que hay personas que desarrollan depresión durante los meses de invierno, cuando los días se hacen más cortos. Es posible que la reducción de la cantidad de horas de luz afecte el equilibrio de ciertos compuestos químicos en el cerebro, dando lugar a síntomas de depresión.

- **Personalidad:** Las personas con esquemas mentales negativos, baja autoestima, sensación de falta de control sobre las circunstancias de la vida, tendencia a la preocupación excesiva, que se estresan más fácilmente son más propensas a padecer de depresión. No se sabe si esto representa una predisposición psicológica o una etapa temprana de la enfermedad. Estos atributos pueden resaltar el efecto de las situaciones de estrés o interferir con la capacidad de enfrentarlas o reponerse de las mismas. Aparentemente, los patrones de pensamiento negativo típicamente se establecen en los períodos de la niñez o adolescencia y van conformando a lo largo del tiempo un patrón de pensamiento depresivo. (Antonini, Celia, n.d.).

3.3. La depresión como trastorno

La Depresión es un trastorno afectivo que varía desde la baja del estado de ánimo característica de la vida cotidiana, hasta el síndrome clínico de gravedad y duración prolongada. El término depresión proviene del latín *depressio* y significa hundimiento. Esta imagen ejemplifica claramente el sentimiento típico de la persona afectada, de estar hundida con un peso importante sobre su ser.

El afectado posee un sentimiento profundo de tristeza y desánimo, como así también una apatía inusual que le impide disfrutar de aquello que antes le producía satisfacción. Además, la depresión suele estar acompañada de fatiga o cansancio que no se corresponde con el nivel de actividad.

También son habituales los cambios físicos, la falta de apetito, pérdida del deseo sexual, alteración del sueño, dificultades cognitivas como la pérdida de concentración, de memoria o la dificultad para tomar decisiones. A su vez son habituales los pensamientos derrotistas, la baja autoestima y algunas conductas autodestructivas (ACTAD, n.d.).

Es importante aclarar la diferencia entre un estado depresivo (definido médicamente como cambio en la homeostasis interna sin causa aparentes), con un estado de tristeza (producido por ejemplo con la muerte de un familiar, pérdida de trabajo o una situación de estrés). El trastorno depresivo es una enfermedad que afecta el organismo (cerebro), el ánimo, la manera de pensar, la

forma en que una persona come y duerme, afecta cómo uno se valora a sí mismo (autoestima) y la forma en que uno piensa. Un trastorno depresivo no es lo mismo que un estado pasajero de tristeza. No indica debilidad personal. No es una condición de la cual uno puede liberarse a voluntad. Sin tratamiento, los síntomas pueden durar hasta muchos años.

3.4. Síntomas de depresión

El Instituto Nacional de la Salud Mental dice que no todas las personas que están en fases depresivas o maníacas padecen de todos los síntomas. Algunas padecen de unos pocos síntomas, otras tienen muchos. La gravedad de los síntomas varía según la persona y también puede variar con el tiempo.

- Estado de ánimo triste, ansioso o "vacío" en forma persistente.
- Sentimientos de desesperanza y pesimismo.
- Sentimientos de culpa, inutilidad e impotencia.
- Pérdida de interés o placer en pasatiempos y actividades que antes se disfrutaban, incluyendo la actividad sexual.
- Disminución de energía, fatiga, agotamiento, sensación de estar "en cámara lenta."
- Dificultad en concentrarse, recordar y tomar decisiones.
- Insomnio, despertarse más temprano o dormir más de la cuenta.

- Pérdida de peso, apetito o ambos, o por el contrario comer demasiado y aumento de peso.
- Pensamientos de muerte o suicidio; intentos de suicidio.
- Inquietud, irritabilidad.
- Síntomas físicos persistentes que no responden al tratamiento médico, como dolores de cabeza, trastornos digestivos y otros dolores crónicos.

3.5. Clasificaciones que se le dan a la depresión

3.5.1 Clasificación Técnica

- Un tipo de humor: Falta de placer y alegría, lo que se conoce también como anhedonia. Falta de agrado frente a las cosas que antes le agradaban. Y un predominio de lo displacentero, del pesimismo, una vivencia de inferioridad en relación a los demás, muestra poco interés hacia todo, nada le interesa y se siente insignificante frente a los demás.

- Un síndrome: Consideramos un síndrome, cuando al tipo de humor anterior se le agrega:

  - La hipoenergía: el empobrecimiento energético, la persona lo traduce como aburrimiento, desgano, falta de interés. "No tengo ganas", es una de las frases características de esta experiencia. El enlentecimiento del pensar, el menor rendimiento laboral, torpeza en las tareas que se

realizaban casi automáticamente. El cansancio fácil, el agotamiento, y la tendencia al reposo (necesito acostarme), la dificultad para levantarse de la cama (a veces una tortura matinal por la lucha entre el deber y no poder, con el consiguiente sentimiento de culpa), falta de voluntad para las distracciones, y actividades gratificantes.

- Cambio en la interacción personal: El cambio en la interacción personal consiste en introversión, intolerancia a las reuniones, a los ruidos, a las esperas en los negocios, ataca y se siente atacado; hay hipersensibilidad a todos los hechos dramáticos. Se descuidan la vestimenta y la imagen que se quiere dar a los otros.

- El ritmo y la alternancia en los síntomas y la alternancia. Si el malestar es acentuado por las mañanas y mejora hacia la noche. A veces se acentúa hacia la noche o dos o tres horas después de almorzar, las alteraciones en el dormir: en conciliar el sueño, el despertarse sistemáticamente a una hora determinada de la madrugada, o muy temprano y después no volver a dormir. También aquí vemos las variaciones en el apetito, en la sexualidad, en la pérdida o aumento de peso. Todos estos síntomas van acompañados, están acentuados o son causados por la ansiedad y la angustia que tiñen todo el síndrome.

- Una enfermedad: Se sabe muy poco de las causas y patología de la depresión, por lo que es difícil determinar cuándo se trata de una enfermedad y cuándo de un síndrome, siendo una mera cuestión de convenio o de opiniones.

3.5.2. Clasificación según sus Causas

- Depresión sintomática: debida a causas orgánicas (aspecto anatomofisiológico)
- Depresión de situación o por agotamiento: debida a una situación: jubilación, mudanza, duelo, algún aspecto social, etc.
- Depresión neurótica: según la teoría psicoanalítica, debida a una reactualización de conflictos de depresión neurótica.
- Depresión endógena: debida a algo que viene del interior, sin motivo aparente.
- Depresión enmascarada: depresión sin depresión, (una depresión que juega a las escondidas).

3.5.3. Clasificación según el DSM IV

De acuerdo al Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM IV, cada desorden del estado de ánimo está caracterizado por un sistema único de síntomas o de criterios diagnósticos. Incluye los trastornos que tienen como característica principal una alteración del humor.

Los trastornos del estado de ánimo están divididos en trastornos depresivos, trastornos bipolares, trastornos del estado de ánimo debido a enfermedades médicas y trastornos del estado de ánimo inducidos por sustancias.

A continuación se detallan los criterios diagnósticos utilizados para la clasificación de los trastornos del estado de ánimo, específicamente los trastornos depresivos, que son los que nos interesan conocer para efectos de este trabajo.

3.5.3.1. (F32.x) Trastorno depresivo mayor, episodio único [296.2x] o (F33.x) recidivante [296.3x]

La característica esencial es un curso clínico caracterizado por uno o más episodios mayores sin historia de episodios maníacos, mixtos o hipomaniacos. Si el episodio es único, el diagnóstico es trastorno depresivo mayor de episodio único, mientras si ha habido más de un episodio, se diagnostica trastorno depresivo mayor recurrente. El término depresión unipolar se opone al de depresión bipolar o trastorno maníaco-depresivo, e indica que el estado de ánimo se mantiene en un solo polo emocional, sin existencia de períodos de manía. Los criterios que establecen tanto el DSM-IV como el CIE-10 para el trastorno depresivo mayor son:

- **Criterio A**: La presencia de por lo menos cinco de los síntomas siguientes, durante al menos dos semanas:
    - Estado de ánimo triste, disfórico o irritable durante la mayor parte del día y durante la mayor parte de los días

- Anhedonia o disminución de la capacidad para disfrutar o mostrar interés y/o placer en las actividades habituales
- Disminución o aumento del peso o del apetito
- Insomnio o hipersomnio (es decir, dificultades para descansar, ya sea porque se duerme menos de lo que se acostumbraba o porque se duerme más
- Enlentecimiento o agitación psicomotriz
- Astenia (sensación de debilidad física)
- Sentimientos recurrentes de inutilidad o culpa
- Disminución de la capacidad intelectual
- Pensamientos recurrentes de muerte o ideas suicidas

- **Criterio B**: No deben existir signos o criterios de trastornos afectivos mixtos (síntomas maníacos y depresivos), trastornos esquizoafectivos o trastornos esquizofrénicos.

- **Criterio C**: El cuadro repercute negativamente en la esfera social, laboral o en otras áreas vitales del paciente.

- **Criterio D**: Los síntomas no se explican por el consumo de sustancias tóxicas o medicamentos, ni tampoco por una patología orgánica.

- **Criterio E**: No se explica por una reacción de duelo ante la pérdida de una persona importante para el paciente.

Nota: Para ser considerado como recidivante tiene que haber un intervalo de al menos dos meses seguidos en los que no se cumplan los criterios para un episodio depresivo mayor.

3.5.3.2. (F34.1) Trastorno distímico [300.4]

- **Criterio A**: Situación anímica crónicamente depresiva o triste durante la mayor parte del día y durante la mayor parte de los días, durante un mínimo de dos años.

- **Criterio B**: Deben aparecer dos o más de estos síntomas:
    - Variaciones del apetito (trastornos en la alimentación)
    - Insomnio o hipersomnio (es decir, dificultades para descansar, ya sea porque se duerme menos de lo que se acostumbraba o porque se duerme más; véanse los trastornos en el dormir)
    - Falta de energía o fatiga
    - Baja autoestima
    - Pérdida de la capacidad de concentración
    - Sentimiento recurrente de desánimo o desesperanza
- **Criterio C**: Si hay periodos libres de los síntomas señalados en A y B durante los dos años requeridos, no constituyen más de dos meses seguidos.

- **Criterio D**: No existen antecedentes de episodios depresivos mayores durante los dos primeros años de la enfermedad. La alteración no se explica mejor por la presencia de un trastorno depresivo mayor crónico o un trastorno depresivo mayor, en remisión parcial.

- **Criterio E**: No existen antecedentes de episodios maníacos, hipomaniacos o mixtos, ni se presentan tampoco los criterios para un trastorno bipolar.

- **Criterio F**: La alteración no aparece exclusivamente en el transcurso de un trastorno psicótico crónico, como son la esquizofrenia o el trastorno delirante.

- **Criterio G**: Los síntomas no son debidos a los efectos fisiológicos directos de una sustancia o a enfermedad médica.

- **Criterio H**: Los síntomas originan malestar y deterioro de las capacidades sociales, laborales o en otras áreas del funcionamiento del paciente.

3.5.3.3. (F32.9) Trastorno depresivo no especificado [311]

Se denomina trastorno depresivo no especificado a aquella situación en la que aparecen algunos síntomas depresivos, pero no son suficientes para el diagnóstico de alguno de los trastornos previos.

Los ejemplos de trastorno depresivo no especificado incluyen:

- Trastorno disfórico premenstrual: Los síntomas se presentan con regularidad durante la última semana de la fase luteínica y remiten a los pocos días del inicio de las menstruaciones. Estos síntomas tienen que ser de la suficiente gravedad como para interferir notablemente en el trabajo, los estudios o las actividades habituales y estar completamente ausentes durante al menos una semana después de las menstruaciones.

- Trastorno depresivo menor: episodios de al menos 2 semanas de síntomas depresivos, pero con menos de los cinco ítems exigidos para el trastorno depresivo mayor.

- Trastorno depresivo breve recidivante: episodios depresivos con una duración de dos días a dos semanas, que se presentan al menos una vez al mes durante 12 meses.

- Trastorno depresivo psicótico en la esquizofrenia: un episodio depresivo mayor que se presenta durante la fase residual en la esquizofrenia.

- Un episodio depresivo mayor superpuesto a un trastorno delirante, a un trastorno psicótico no especificado o a la fase activa de la esquizofrenia.

- Casos en los que el clínico ha llegado a la conclusión de que hay un trastorno depresivo , pero es incapaz de determinar si es primario, debido a enfermad médica o inducido por sustancia

3.5.4. Otras formas de clasificarlas

- según el tono psicomotor: depresión inhibida o depresión agitada
- según el supuesto etimológico: depresión reactiva o depresión endógena
- según su patogenia: depresión primaria o depresión secundaria
- según su psicopatología: depresión neurótica o depresión psicótica
- según su forma clínica: depresión unipolar o depresión bipolar

3.6. Esquemas del pensamiento depresivo.

Los pensamientos tienen significados comunes que responden a las creencias nucleares, que el individuo ha desarrollado por aprendizaje a lo largo de su vida. Las categorías de creencias nucleares más comunes en la depresión son del tipo no amado (soy feo, indeseable, estoy abandonado, no tengo valor) y desamparado (soy incapaz, no puedo controlar la situación, soy vulnerable). El individuo atiende selectivamente a estímulos específicos (los que se adaptan a sus creencias nucleares de no amado o desamparado), los combina y conceptualiza la situación, en términos de un pensamiento negativo.

Este patrón de modelo cognitivo se vuelve cada vez más común y se generaliza a situaciones menos relacionadas. Por ejemplo: un paciente deprimido al ser regañado por su madre porque no se levanta temprano puede tener el pensamiento automático de "no me quiere" en una situación con cierto grado de relación y lógica; pero posteriormente al pasar el tiempo puede generalizar el pensamiento automático de "no me quiere" cuando un amigo despistado no lo saluda por la calle.

3.6.1. Distorsiones cognitivas más frecuentes en la depresión

Las distorsiones cognitivas son esquemas equivocados de interpretar los hechos que generan múltiples consecuencias negativas: alteraciones emocionales como consecuencia de la perjudicial creencia en los pensamientos negativos, conflictos en las relaciones con los demás donde es posible que las interpretaciones erróneas generen conflictos, o en la manera de ver la vida dando lugar a una visión simplista y negativa.

Beck (1979) en Berganza, Carlos (2012), identifica las siguientes distorsiones cognitivas en la depresión:

1. Inferencia arbitraria: Adelantar determinada conclusión en ausencia de evidencia o pruebas reales. Ej.: Pensar que mi jefe me va a despedir del

trabajo, cuando nunca he recibido una llamada de atención suya, ni he dejado de cumplir con mis obligaciones laborales.

2. Abstracción selectiva: Centrarse en un detalle abstraído de su contexto, ignorando otras características relevantes de la situación (Visión túnel). Ej.: En la fiesta de mi cumpleaños, en la cual recibí a muchos amigos, mi novia llegó 15 minutos después de la hora acordada, yo pensé "No me quiere", a pesar de que después me explicó que estaba terminando de empacar el regalo sorpresa y fue muy atenta y cariñosa conmigo durante el resto de la fiesta.

3. Generalización excesiva: Elaborar una conclusión general a partir de uno o varios hechos aislados negativos, aplicar el contexto a situaciones relacionadas e inconexas. Ej.: Pensar que siempre seré un fracasado por haber fallado en un examen, y que perderé todos los cursos.

4. Maximización y minimización: A los errores o defectos se les presta mucha atención y a los aciertos y experiencias de éxito poca. Ej.: Han disminuido los síntomas de depresión y mi jefe me felicita por mi trabajo, yo pienso "es pura suerte". Una noche no logro conciliar el sueño y mi ánimo esta bajo, a pesar de que estado por muchos días durmiendo bien y con buen ánimo, yo pienso "Estoy deprimido, las cosas empeorarán"...

5. Personalización: Tendencia y facilidad de la persona para atribuirse a sí mismo fenómenos externos, cuando no existe base firme para hacer tal conexión. Ej.: Un paciente deprimido mira a unas personas charlando y riéndose en la calle y piensa "Me miro ridículo y se están burlando de mí".

6. Pensamiento absolutista, dicotómico "Todo o nada": Se manifiesta en la tendencia a clasificar todas las experiencias según una o dos categorías opuestas. Ej.: O saco 100 en el examen o soy un fracasado.

3.6.2. Triada Cognitiva de la Depresión

Existen sesgos cognitivos demostrados empíricamente, entre ellos suelen encontrarse algunos prototípicos en la depresión, conocidos como tríada cognitiva. Este modelo cognitivo consiste en tres patrones cognitivos principales que inducen al sujeto a considerarse a sí mismo, su futuro y sus experiencias, de un modo idiosincrásico.

- El primer componente de la tríada se centra en la visión negativa del paciente acerca de sí mismo. Tiende a atribuir sus experiencias desagradables a un defecto suyo de tipo psíquico, moral o físico. Debido a este modo de ver las cosas, el paciente cree que, a causa de estos defectos es un inútil carente de valor. Por último, piensa que no tiene los atributos esenciales para lograr la alegría y la felicidad.

- El segundo componente de la tríada cognitiva se centra, en el caso del depresivo, a interpretar sus experiencias de una manera negativa. Le parece que el mundo le hace demandas exageradas y/o le presenta obstáculos insuperables para alcanzar sus objetivos. Interpreta sus interacciones con el entorno en términos de relaciones de derrota o frustración. Estas interpretaciones inadecuadas se hacen evidentes cuando se observa cómo construye el paciente las situaciones en una dirección negativa, aun cuando pudieran hacerse interpretaciones alternativas más plausibles.

- El tercer componente de la tríada cognitiva se centra en la visión negativa acerca del futuro. Sólo espera penas, frustraciones y privaciones interminables. Cuando piensa en hacerse cargo de una determinada tarea en un futuro inmediato, inevitablemente sus expectativas son de fracaso.

El modelo cognitivo considera el resto de los signos y síntomas, por ejemplo de un síndrome depresivo, como consecuencia de los patrones cognitivos negativos. Por ejemplo, si el paciente piensa erróneamente que va a ser rechazado, reaccionará con el mismo efecto negativo (tristeza, enfado) que cuando el rechazo es real. Si piensa erróneamente que vive marginado de la sociedad, se sentirá solo.

Los síntomas motivacionales (por ejemplo poca fuerza de voluntad, deseos de escape o evasión) también pueden explicarse como consecuencias de las

cogniciones negativas. La poca fuerza de voluntad viene provocada por el pesimismo y desesperación del paciente. Si esperamos un resultado negativo, no puede comprometerse a realizar una determinada tarea. Los deseos de suicidio pueden entenderse como expresión extrema del deseo de escapar a lo que parecen ser problemas irresolubles o una situación intolerable.

La creciente dependencia también se puede entender en términos cognitivos. Dado que el paciente se ve como inepto y dado que sobreestima la dificultad de las tareas, espera fracasar en todo. Así tiende a buscar la ayuda y seguridad en otros que él considera más competentes y capacitados. Por último, el modelo cognitivo también puede explicar los síntomas físicos de una depresión. La apatía y las pocas energías pueden ser consecuencia de la convicción del paciente de que está predestinado a fracasar en todo cuanto se proponga. La visión negativa del futuro puede producir una inhibición psicomotriz. (Wikipedia, 2012).

3.7. Epidemiología

Las cifras de prevalencia de la depresión varían dependiendo de los estudios, en función de la inclusión tan sólo de trastornos depresivos mayores o de otros tipos de trastornos depresivos. En general, se suelen recoger cifras de prevalencia en países occidentales de aproximadamente 3 por ciento en la

población general, y para el trastorno depresivo mayor, una incidencia anual del 1 al 2 por mil.

Los estudios arrojan que la prevalencia es casi el doble en la mujer que en el hombre, y que existen factores estresantes vitales, como el nacimiento de un hijo, las crisis de pareja, el abuso de sustancias tóxicas (principalmente alcohol) o la presencia de una enfermedad orgánica crónica se asocian con un riesgo incrementado de desarrollar un trastorno depresivo mayor. En cuanto a la asociación familiar debida a factores genéticos, la existencia de un pariente de primer grado con antecedentes de trastorno depresivo mayor aumenta el riesgo entre 1,5 y 3 veces frente a la población general. (Asegurar Ediciones, 2008)

La depresión es la cuarta enfermedad más común en el mundo, unos 121 millones de personas la padecen. La depresión grave puede traer como consecuencia el suicidio, y provoca 850.000 muertes cada año. Recientemente la revista Nature Neuroscience ha publicado una revisión que demuestra que, aunque muchos trastornos mentales se diagnostiquen en la edad adulta, los primeros síntomas aparecen en la infancia y en la adolescencia y los problemas del neurodesarrollo que acaban produciendo esos síntomas se producen muy tempranamente. Según la OMS, estas enfermedades constituyen un problema de salud pública siendo prioritaria antes que los accidentes de tráfico o algunas enfermedades infecciosas como el VIH o la malaria. (Parra, Sergio, 2012).

enmascarar una depresión. La depresión en los hombres se manifiesta con irritabilidad, ira y desaliento, en lugar de sentimientos de desesperanza o desamparo. Por lo tanto, puede ser difícil de reconocer. Incluso cuando el hombre se da cuenta de que está deprimido, comparado con la mujer, tiene más resistencia a buscar ayuda.

- **La depresión en la vejez:** Es erróneo creer que es normal que los ancianos se depriman. La depresión en los ancianos, si no se diagnostica ni se trata, causa un sufrimiento innecesario para el anciano y para su familia. Con un tratamiento adecuado tendría una vida placentera. Cuando la persona de edad va al médico, puede describir solo síntomas físicos siendo reacio a hablar de sus sentimientos de desesperanza y tristeza. La persona puede no querer hablar de su falta de interés en las actividades normalmente placenteras, o de su pena después de la muerte de un ser querido, incluso cuando el duelo puede prolongarse por mucho tiempo. Los profesionales van reconociendo que los síntomas depresivos en los ancianos se pueden pasar por alto fácilmente. Los síntomas depresivos también pueden deberse a efectos secundarios de medicamentos que la persona está tomando, o debidos a una enfermedad física concomitante. Si se hace el diagnóstico de depresión, el tratamiento con medicamentos o psicoterapia ayuda a que la persona deprimida recupere su capacidad para tener una vida feliz y satisfactoria. La psicoterapia es efectiva para reducir a corto plazo los síntomas de la

depresión en personas mayores, también es útil cuando los pacientes no pueden o no quieren tomar medicamentos. La depresión en la vejez puede tratarse eficazmente con tratamiento piscoterapéutico. El rápido reconocimiento y tratamiento de la depresión en la vejez hará que este periodo de la vida sea más placentero para el anciano deprimido, para su familia y para quienes le cuidan.

- **La depresión en la niñez:** La depresión en la niñez se empezó a reconocer solo hace dos décadas. El niño deprimido puede simular estar enfermo, rehusar a ir a la escuela, no querer separase de los padres o tener miedo a que uno de los padres se muera. El niño más grande puede ponerse de mal humor, meterse en problemas en el colegio, comportarse como un niño travieso o indisciplinado, estar malhumorado o sentirse incomprendido. Dado que los comportamientos normales varían de una etapa de la niñez a la otra, es a veces difícil establecer si un niño está simplemente pasando por una fase de su desarrollo o si está verdaderamente padeciendo de depresión. A veces el niño tiene un cambio de comportamiento marcado que preocupa a los padres, o el maestro menciona que el "niño no parece ser él mismo". En tal caso, después de descartar problemas físicos, el pediatra puede sugerir que el niño sea evaluado, preferiblemente por un psiquiatra especializado en niños. Los niños constituyen una población diferente y no pueden ser tratados como si sólo fueran adultos en miniatura. Una forma definida de

depresión, denominada depresión anaclítica tiene lugar en la segunda mitad del primer año de vida en niños que han estado separados de su madre. En diferentes combinaciones y grados de severidad, este tipo de depresión combina aprensión, tristeza, llanto frecuente, rechazo del entorno, retraimiento, retraso, aletargamiento, falta de apetito, insomnio y expresiones de desdicha. (Antonini, Celia, n.d.).

3.9. Depresión asociada a otras Enfermedades

- **Alzheimer**: La enfermedad de Alzheimer es una demencia que produce una alteración neurodegenerativa que suele aparecer a partir de los 65 años, aunque también puede presentarse en personas más jóvenes. El 10 % de los enfermos de Alzheimer padecen depresión mayor, entre un 30% y 40% pueden sufrir depresiones de menor gravedad o ciertos síntomas depresivos. La depresión incrementa el deterioro de las capacidades mentales. La depresión es un mal común entre los que padecen de demencia. En las fases iniciales de la enfermedad de Alzheimer la depresión reduce la capacidad de pensar con claridad y de llevar a cabo las tareas de cada día. También aumenta la posibilidad de que se produzcan cambios comportamentales como la inquietud y la agresión. Los adultos de edad avanzada que padecen Alzheimer y depresión, suelen mostrar signos de mejoría lenta cuando se le administran medicamentos antidepresivos.

- **Diabetes**: Las personas que padecen diabetes son dos veces más propensas a sufrir depresión, según señalan los investigadores en la revista Diabetes Care., entre el 15% y 25% de la población diabética ha sufrido de depresión en algún momento. Si bien cualquier enfermedad crónica incrementa el riesgo de depresión, la correlación con diabetes es particularmente fuerte debido a las numerosas complicaciones de este padecimiento, así como a los cambios en el estilo de vida que tienen que hacer quienes la padecen.

- **Cáncer**: La depresión es una afección comórbida, un síndrome incapacitante que afecta aproximadamente del 15% al 25% de los pacientes con cáncer. Si se está padeciendo la depresión en estos casos, fuera prudente una intervención que podría abarcar desde una consejería leve, a grupos de apoyo, medicación o psicoterapia.

- **Infarto de miocardio**: Existe una elevada proporción son personas con un patrón de conducta conocida como tipo "A", caracterizada por la tendencia a la competitividad, obsesión por el tiempo y la puntualidad, baja tolerancia a estar inactivos y, sobre todo, con una faceta tan negativa como la hostilidad, todo lo cual determina que sean sujetos altamente expuestos a estrés psíquico. La aparición de un evento coronario agudo conlleva efectos devastadores sobre el estado de ánimo de las personas que lo sufren, debido a que las personas que sufren un infarto suelen ser

personas que hasta ese momento se consideraban sanas, y a partir de ese momento se encuentran sometidos a una terapia médica muy agresiva. Esto hace que frecuentemente estos pacientes presenten trastornos depresivos de diversos grados. La presencia de depresión mayor tras un infarto de miocardio constituye un factor de riesgo importante de muerte en los seis primeros meses. Debido a los posibles efectos secundarios en el ámbito cardiaco de los fármacos antidepresivos se recomienda el control de estos pacientes por el psiquiatra.

- **HIV/AIDS**: Casi el 85% de los individuos infectados por HIV exhiben algún síntoma de depresión durante el curso de su enfermedad. El diagnóstico de depresión en la enfermedad por HIV puede ser complicado por factores como: tristeza apropiada en relación con una enfermedad que amenaza la vida, aflicción aguda y duelos múltiples, u otras reacciones psicológicas. Existen otros diagnósticos que también deben ser considerados, como: depresión debida a una enfermedad médica general, a abuso de sustancias o a medicación relacionada al HIV, sepsis secundaria a infección oportunista, neoplasias sistémicas, o complicaciones a nivel del SNC. Los factores de riesgo para suicidio en pacientes con infección por HIV incluyen: episodio actual o pasado de depresión mayor, intentos de suicidio previos, abuso de sustancias, aislamiento social, percepción de carencia de sostén social, trastorno adaptativo con estado de ánimo depresivo, trastorno de personalidad,

problemas interpersonales o laborales relacionados al HIV, y duelo complicado. (Antonini, Celia, n.d.)

3.10. Evaluación diagnóstica

El primer paso para recibir un tratamiento adecuado para la depresión consiste en un examen médico. Hay medicamentos y algunas enfermedades, por ejemplo infecciones vitales que pueden producir los mismos síntomas que la depresión. El médico debe descartar esas posibilidades por medio de un examen físico, entrevista del paciente y análisis de laboratorio. Si causas físicas son descartadas, el médico debe dirigir al paciente a un psiquiatra o psicólogo.

Para realizar un diagnóstico de depresión, es necesario por parte del profesional seguir determinados procedimientos. Estos procedimientos se ajustan a un sistema de clasificación de enfermedades. Para poder diagnosticar una depresión el profesional deberá indagar en la historia del paciente, sus manifestaciones clínicas, la presencia de síntomas específico, el tiempo que lleva dicha sintomatología. Además de la evaluación clínica puede indicar la realización de estudios adicionales que complementen el diagnóstico. La depresión, en todas sus formas tiene una manera característica de presentarse, tiene una forma de hablar, de expresarse y de mostrarse diferente.

Una buena evaluación diagnóstica debe incluir una historia médica completa de los síntomas, de la intensidad y durabilidad de los mismos. Si el paciente los ha

tenido antes, el médico debe averiguar si los síntomas fueron tratados y qué tratamiento se dio.

El médico también debe preguntar acerca del uso de alcohol y drogas, y si el paciente tiene pensamientos de muerte o suicidio. Además, la entrevista debe incluir preguntas sobre otros miembros de la familia para conocer si existe una predisposición genética.

Por último, una evaluación diagnóstica debe incluir un examen del estado mental para determinar si los patrones de habla, pensamiento o memoria se han afectado. (Antonini, Celia, n.d.).

3.11. Tratamiento

La selección del tratamiento dependerá del resultado de la evaluación. Se puede utilizar una gran variedad de medicamentos antidepresivos y de psicoterapias para tratar los trastornos depresivos.

Hay varios tipos de medicamentos antidepresivos utilizados para tratar trastornos depresivos. Estos incluyen los "inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (SSRI siglas en inglés) que son medicamentos nuevos, los tricíclicos y los "inhibidores de la monoaminoxidasa (MAOI siglas en inglés). Aunque algunos medicamentos son inocuos cuando se toman solos, si se toman en combinación con otros pueden ocasionar efectos secundarios

peligrosos. Algunas substancias, como el alcohol y las drogas de adicción, pueden reducir la efectividad de los antidepresivos y por lo tanto se deben evitar.

Muchas formas de psicoterapia, incluso algunas terapias a corto plazo (10-20 semanas), pueden ser útiles para los pacientes deprimidos. Las terapias "de conversación" ayudan a los pacientes a analizar sus problemas y a resolverlos, a través de un intercambio verbal con el terapeuta. Algunas veces estas pláticas se combinan con "tareas para hacer en casa" entre una sesión y otra. Los profesionales de la psicoterapia que utilizan una terapia "de comportamiento" procuran ayudar a que el paciente encuentre la forma de obtener más satisfacción a través de sus propias acciones. También guían al paciente para que abandone patrones de conducta que contribuyen a su depresión o que son consecuencia de su depresión. (Catholic Health, 2012).

Derugetis, Leonard y Wise, Thomas (1996) señalan:

> "El enfoque de Beck respecto a la terapia sobre la depresión es consistente con su teoría de la etiología: el terapeuta debe, en primer lugar ayudar al paciente a identificar los esquemas cognitivos distorsionados; en segundo lugar, debe poner de manifiesto los efectos destructores de esos pensamientos; el tercer paso implica la sustitución de las estructuras cognitivas distorsionadas por una organización de pensamientos productiva; y el objetivo final es el de proporcionar reforzamientos de los patrones de pensamiento productivo mediante un feedback positivo".

En la actualidad, existe bastante evidencia de que la terapia cognitiva de grupo reduce la sintomatología inicial. En estudios realizados por Morris (1975) Rush y

Watkins (1978), Shaw y Hollon (1978), se ha observado que los pacientes tratados con terapia cognitiva de grupo mostraban en el post-tratamiento puntuaciones de depresión significativamente menores que las que habían obtenido en el pre-tratamiento. (Jaén, Rolando, 2000).

CAPÍTULO II

TERAPIA COGNITIVA CONDUCTUAL

1. TERAPIA COGNITIVA CONDUCTUAL

1.1. Teorías en las que se basa la Terapia Cognitiva Conductual

1.1.1. El conductismo

La psicología conductista norteamericana se forjó como una disciplina naturalista con inspiración en la física. Se caracteriza por recoger hechos sobre la conducta observada objetivamente, y a organizarlos sistemáticamente, elaborando «teorías» para su descripción, sin interesarse demasiado por su explicación.

Estas teorías conductistas se basan en el método científico, y procuran conocer las condiciones que determinan el comportamiento de cualquier animal, siguiendo el esquema causa-efecto, y permiten en ocasiones la predicción del comportamiento y la posibilidad de intervenir en ellas.

La mayor parte de los estudios se realizan en seres humanos. No obstante, es habitual que la psicología experimental realice estudios del comportamiento animal, tanto como un tema de estudio en sí mismo (cognición animal, etología), como para establecer medios de comparación entre especies (psicología comparada), punto que a menudo resulta controvertido, por las limitaciones evidentes derivadas de la extrapolación de los datos obtenidos de una especie a otra.

1.1.2. El cognitivismo

La psicología cognitiva es una escuela de la psicología que se encarga del estudio de la cognición, es decir los procesos mentales implicados en el conocimiento. Se define a sí misma como heredera de la ciencia fundada por Wundt (Leipzig, 1879) y está enfocada en el problema de la mente y en los procesos mentales. Tiene como objeto de estudio los mecanismos de elaboración del conocimiento, desde la percepción, la memoria y el aprendizaje, hasta la formación de conceptos y razonamiento lógico. Lo «cognitivo» se refiere el acto de conocimiento, en sus acciones de almacenar, recuperar, reconocer, comprender, organizar y usar la información recibida a través de los sentidos.

Howard, Richard, (2001), menciona que "La perspectiva cognoscitiva se originó probablemente con el filosofo estoico Epicteto, quien escribió: "Los hombres son perturbados no por acontecimientos, si no por la visión que se tienden de ellos".

El modelo cognoscitivo se fundamenta en el supuesto de que las personas se originan sus propios problemas y sus síntomas por la manera en que interpretan los acontecimientos y las situaciones. Tradicionalmente, los conductistas han descartado los eventos que no pueden ser observados ni medidos.

En la década de 1970, los enfoques cognitivo conductual y cognitivo toman auge.

La teoría cognoscitiva de Beck, A. (1970), sostiene que la manera que se piensa determina en gran parte la forma en que el individuo siente y comporta. La mayoría de las teorías se forma en que un individuo percibe, anticipa o evalúa un acontecimiento más que el acontecimiento per se, tiene el impacto mayor en la conducta de esa persona. (Howard, Richard, 2001).

La manera en que una persona interpreta los eventos en una función de un esquema cognoscitivo. Estos esquemas son estructuras cognoscitivas que consisten en creencias y supuestos fundamentales de la persona acerca de la forma en que funciona el mundo."

1.1.2.1. Terapia Cognitiva

Es un tratamiento de corto-mediano plazo que utiliza la colaboración activa del paciente. Los pensamientos del paciente se consideran hipótesis a verificar. En colaboración con el terapeuta se elaboran alternativas y se las pone a prueba en situaciones reales.

Ha demostrado tener éxito en las siguientes aplicaciones clínicas: depresión, distimia, trastornos de ansiedad, fobias, anorexia nerviosa, bulimia nerviosa, trastorno obsesivo-compulsivo e hipocondría, entre otros.

Howard, Richard, (2001), dice que: "La terapia cognitiva está centrada en el presente, es directa, activa y está dirigida hacia el problema y se adaptan mejor

que los casos en que los problemas pueden ser delimitados y las distorsiones cognoscitivas son obvias, Engler (1996)".

Beck, Rush y colaboradores (1979) mencionan que la terapia cognitiva consiste en experiencias de aprendizaje específicas, estructuradas para enseñar a los clientes a efectuar cinco funciones:

- Vigilar sus pensamientos o cogniciones negativas automáticas
- Reconocer las conexiones entre cognición, afecto y conducta
- Examinar la evidencia que confirman o rechazan los pensamientos automáticos distorsionados
- Reemplazar las cogniciones prejuiciadas con interpretaciones más ajustadas a la realidad
- Aprender a identificar y modificar las creencias la predisponen a distorsionar sus experiencias,

Una de las técnicas principales de la terapia cognitiva es la de las cuatro columnas, donde las tres primeras permiten analizar el proceso por el cual una persona ha llegado a estar deprimida. La primera columna registra la situación objetiva; en la segunda, el paciente escribe los pensamientos negativos que se le ocurrieron; la tercera columna registra los sentimientos negativos y las conductas disfuncionales que resultaron de ellos. Los pensamientos negativos de la segunda columna se consideran un puente que conecta la situación con los sentimientos angustiantes. Finalmente, la cuarta columna se emplea para

desafiar el pensamiento negativo sobre la base de la evidencia de la experiencia del paciente. (Barrios, Ana, 2009).

1.2. Orígenes de la Terapia Cognitiva Conductual

La terapia cognitivo conductual tiene sus bases en la terapia conductual. Albert Ellis comenzó a notar, ya para el año 1947, que sus pacientes parecían mejorar más rápidamente adoptando un papel más activo combinando consejos e interpretaciones directas que cuando utilizaba procedimiento psicoanalíticos pasivos. En 1955, Ellis, ya había sustituido el psicoanálisis, por la técnica centrada en el cambio de las personas a través de la confrontación de sus creencias irracionales y persuadiéndoles para que adoptaran ideas racionales (Gautier, 2005, en Donato, Mariela, 2006).

Hacia 1956, se da una nueva corriente psicoterapéutica, conocida hoy como Terapia Racional Emotiva Conductual (TREC). Seis años más tarde (1962), el Dr. Aaron Beck desarrolló la Terapia Cognitiva (TC), como una nueva propuesta en psicoterapias, la cual fue realmente muy eficaz en el tratamiento de depresiones y trastornos de ansiedad.

Tanto la propuesta de Ellis, como la de Beck, junto a diversos desarrollos, orientaciones y corrientes, como por ejemplo, los modelos integrativos, conductuales, sociales, etc... conforman lo que actualmente se conoce en psicoterapia como Corriente Cognitivo Conductual (Instituto Gubel, n.d.).

En 1976 se le dio un amplio reconocimiento a la terapia cognitivo conductual debido a la novedad del tratamiento, el cual prometía en la solución de problemas emocionales. (Donato, Mariela, 2006).

1.3. Generalidades de la Terapia Cognitiva Conductual

La terapia cognitiva conductual es un tipo de psicoterapia en donde se da una intervención psicoterapéutica en la que se utiliza principalmente la reestructuración cognitiva, la promoción de una alianza terapéutica colaborativa, y métodos conductuales y emocionales asociados, mediante un encuadre estructurado (Matteus, Jeny, 2004). Su hipótesis de trabajo es que los patrones de pensamiento, llamados distorsiones cognitivas tienen efectos adversos sobre las emociones y la conducta, y que, por tanto, su reestructuración que se basa en aprender a remplazar estas distorsiones con ideas sustitutivas más realistas, por medio de intervenciones psicoeducativas y práctica continua, puede mejorar el estado del consultante. Es empleada para tratar la depresión, trastornos de ansiedad, fobias, y otras formas de trastornos psicológicos.

Los pensamientos se consideran la causa de las emociones, y no a la inversa. Los terapeutas cognitivos invierten el orden causal empleado habitualmente por los psicoterapeutas. La terapia consiste esencialmente en:

- A) identificar aquellos pensamientos irracionales que nos hacen sufrir

- B) identificar qué es irracional en ellos; esto se hace mediante un trabajo de autoanálisis por parte del paciente, que el terapeuta debe promover y supervisar.

Cuando los pensamientos irracionales (falsos o incorrectos) son detectados, se pasa a la fase de modificación, que es central en la Terapia cognitiva y consiste en reemplazar los viejos hábitos irracionales por otros más ajustados a la realidad y a la lógica. Esto se hace mediante un esfuerzo para rechazar los pensamientos distorsionados y reemplazarlos por pensamientos más exactos y más alegres. Cabe destacar que este esfuerzo de observación y crítica que el paciente hace de sus propios pensamientos distorsionados no debe confundirse con la tendencia conocida como "Pensamiento positivo", que solo promueve el autoadoctrinamiento por medio de frases positivas u optimistas ("Merezco ser feliz", "soy una persona valiosa", etc), porque la Terapia Cognitiva se vale del pensamiento crítico para conseguir el cambio en sus pacientes y no de una imposición dogmática de pensamientos predeterminados.

La terapia cognitiva conductual no es un proceso "de un día para el otro". Aun, cuando un paciente ha aprendido a reconocer cuándo y dónde su proceso de pensamiento se ha torcido, puede llevar meses de concentrado esfuerzo el reemplazar un pensamiento inadecuado por uno que sí lo sea. Pero con paciencia y un buen terapeuta, la terapia cognitiva puede ser una herramienta valiosa en la recuperación. La persona deprimida experimenta pensamientos

negativos como más allá de su control. El terapeuta conductual ofrece técnicas para dar al paciente un mayor grado de control sobre el pensamiento negativo corrigiendo las "distorsiones cognitivas". (Instituto Gubel, n.d.).

Beck afirma que en los trastornos emocionales existe una distorsión sistemática en el procesamiento de la información, por lo que la perturbación emocional depende del potencial de los individuos para percibir negativamente el ambiente y los acontecimientos que les rodean.

Algunas de las características más destacadas de esta terapia son:

- Su brevedad.
- Su centrado en el presente, en el problema y en su solución.
- Su carácter preventivo de futuros trastornos.
- Su estilo de cooperación entre paciente y terapeuta.
- La importancia de las tareas de auto-ayuda a realizarse entre sesiones.
- Este enfoque apunta al acceso a estructuras muy profundas y a su modificación, con resultados comprobados y perdurables. (Garzón, Teófilo, 2009).

1.4. Objetivos de la Terapia Cognitivo Conductual

Los objetivos a conseguir durante la terapia cognitivo conductual son:

- Aprender a evaluar las situaciones relevantes de forma realista.
- Aprender a atender a todos los datos existentes en esas situaciones.

- Aprender a formular explicaciones alternativas para el resultado de las interacciones.
- Poner a prueba los supuestos desadaptativos llevando a cabo comportamientos diferentes que proporcionas oportunidades para un repertorio más amplio de cara a la interacción con otras personas y a la resolución de problemas. (Monroy, Luz, 2007).

Según Donato, Mariela (2006): "la terapia cognitiva conductual tiene como finalidad actuar sobre la conducta a través de la modificación de los pensamientos, sentimientos, creencias conscientes o inconscientes y de las expectativas del sujeto."

1.5. Principios Básicos de la Terapia Cognitiva Conductual

De acuerdo a Serrano, Katia, (2004) en su tesis, la Terapia Cognitiva Conductual está regida por una serie de principios básicos que son:

> "1. Terapia enfocada a la conducta y a las cogniciones: esta terapia enfatiza en las conductas actuales y en los pensamientos conscientes, su objetivo es modificar tanto las conductas actuales y las cogniciones más que dar al paciente la oportunidad de simplemente ventilar sus sentimientos.
>
> 2. Orientada en el presente: se enfatiza principalmente en como los pensamientos actuales, la conducta, los beneficios y los castigos mantienen patrones disfuncionales.
>
> 3. Terapia de corta duración: los formatos de terapias cognitivas toman menos de 20 sesiones con altos índices de eficacia.

4. Enfatiza en la medición: La terapia cognitiva procura medir los cambios a través de evaluar la frecuencia, duración intensidad y severidad de síntomas específicos.

5. Responsabilidad: Los progresos son evaluados constantemente durante el curso de la terapia, tanto por el terapeuta como por el paciente.

6. Colaboración: la colaboración entre el terapeuta y el paciente es indispensable.

7. Didáctica: La terapia visualiza al paciente como a un estudiante, se utiliza la Biblioterapia. Se recomienda lecturas, cintas de audio y video e incluso el terapeuta sirve de modelo para conductas y pensamientos adecuados, se espera que entre más el paciente sabe, mejor podrá enfrentarse con sus problemas.

8. Se estimula la independencia del paciente: su principal objetivo consiste en sacar al terapeuta del negocio. Esto lo logra al enseñar al paciente técnicas de auto ayuda, juego de papeles, tareas para la casa, incremento de la asertividad, resolución de problema.

9. Apuntar al síntoma: la terapia cognitiva se dirige a modificar los síntomas específicos, el propósito es incrementar o disminuir las conductas, pensamientos, sentimientos o interacciones específicas.

10. Modelo del Cliente: Al paciente se le trata como a un cliente de tal forma que como tal se le explica los costos y beneficios de la terapia.

11. Rechazos a la sustitución de síntomas: la terapia cognitiva rechaza la idea que los síntomas al ser eliminados son sustituidos por otros. Se enfatiza que al eliminar o reducir síntomas en una área conducirá al mejoramiento en otras áreas.

12. Cambios continuos: los cambios son vistos como un proceso acumulativo; en toda sesión se le pide al paciente que ensaye los pensamientos y conductas aprendidas y que practiquen las mismas en casa.

13. Rechazo del concepto de Disposición al Cambio: Este enfoque rechaza la idea de que al paciente debe de estar listo para el cambio más bien dice a sus pacientes que actúen como si ya hubiesen cambiado, incluso se insiste en esto con pacientes que manifiesten inconformidad.

14. Reto a la posición del Paciente: confrontar al paciente con la idea de que hay alternativa a su usual patrón de comportamientos.

15. Enfocado el Resolver Problemas: Cada sesión es vista como una oportunidad para hacer progresos en la solución de problemas más que solo ofrecer la oportunidad de ventilar problemas emocionales.

16. Planes de Tratamiento: cada intervención obedece a un plan de intervención estructurado el cual incluye sus constantes evaluaciones.

17. Continuidad del Tratamiento: Al utilizar un plan de tratamiento en cada sesión se revisan las tareas asignadas, el problema del día y el plan para la próxima semana.

18. Desmitificando la Terapia: utilizando Blibioterapia, planes de tratamiento, modelamiento, juego de papeles, tareas y la responsabilidad el paciente es dirigido dentro de una relación de colaboración con el terapeuta.

19. Retroalimentación del Paciente: esta modalidad ayuda a ir corrigiendo las estrategias utilizadas, cada paciente es único.

20. Tratamientos Basados en la Investigación: la terapia cognitiva ha sido evaluada a través de una gran cantidad de estudios en una variedad de trastornos que incluyen: depresión, ansiedad, pánico, trastorno obsesivo - compulsivo, conflictos maritales, abuso de sustancia, trastornos de conducta en niños y el trastorno de Déficit de Atención con hiperactividad."

Serrano, Katia (2004), también explica algunas técnicas específicas de esta terapia que son:

- Restructuración Cognitiva

- Entrenamiento en habilidades Sociales
- Afrontamiento de estrés en la solución de problemas
- Terapia de inoculación de estrés
- Juego de Papeles en donde se ensaya situaciones de la vida real
- Visualización
- Tareas cognitivas para la casa enfatizándose la auto-observación y la auto-supervisión
- Técnicas Emotivas
- Técnicas Conductuales
- La terapia de Grupo

2. PSICOTERAPIA DE GRUPO

2.1. Antecedentes de la terapia de grupo

La terapia de grupo se inicio en la sociedad norteamericana de 1930 quien brindó las condiciones necesarias para que surgiera este movimiento intelectual hacia fines de los años treinta. Fue Kurt Lewin quien popularizo el término dinámica en grupo y quien en 1945 estableció la primera organización dedicada exclusivamente a investigar la dinámica de grupo

Otro precursor de la terapia de grupo y más específicamente de los grupos experienciales, lo constituye el psicodrama de Jacob Levy Moreno en Europa

Este psiquiatra de formación psicoanalítica creó una representación teatral en la que el paciente daba a conocer sus sentimientos con respecto a personas significativas y a las cuales era incapaz de expresar estos sentimientos en la vida real. Su psicodrama se extendió rápidamente y hoy es utilizado en el tratamiento de pacientes neuróticos y psicóticos, así como para formar a los profesionales que trabajan con enfermos mentales. (Conesa, Xavier, 2004).

En la actualidad se practican varias modalidades de psicoterapia de grupo y la mayoría de las corrientes teóricas que defienden métodos de psicoterapia individual tienen sus variantes grupales. Muchos terapeutas atienden a sus pacientes simultáneamente de forma individual y grupal. Es la modalidad de trabajo psicoterapéutico de mayor auge de esta época.

2.2. Definiciones de Psicoterapia de Grupo

La terapia grupal, Kaplan y Sadock (1995) le definen como una: Forma de tratamiento en la que las personas emocionalmente enfermas que han sido cuidadosamente seleccionadas se colocan dentro de un grupo, guiadas por un terapeuta, con el propósito de ayudarse entre ellos mismos a efectuar un cambio en su personalidad. Para Phares, (1992), la experiencia grupal les brinda la oportunidad a sus integrantes de aprender nuevas cosas y modificar patrones incorrectos de pensamiento, pues una de sus principales metas consiste en

hacer al cliente un ser humano más competente y efectivo. (Carrera, Dania, 2002).

Por lo tanto la psicoterapia de grupo es un tratamiento en el que los pacientes seleccionados a partir de ciertos criterios, se colocan en grupo coordinado por un terapeuta experto, para ayudarse unos a otros a efectuar cambios de conducta o personalidad y superar sus problemas.

Se utilizan distintos enfoques en la terapia de grupo (de orientación conductual, psicoanalítica, transaccional, cognitiva) dependiendo de las necesidades de las personas. El terapeuta de grupo dirige las interacciones de los miembros del grupo para que logren sus cambios.

Es frecuente su indicación para:

- Fobias
- Problemas para enfrentar situaciones estresantes
- Problemas para enfrentar situaciones de cambio
- Conflictos con adolescentes
- Problemas familiares
- Conflictos de pareja
- Celos
- Timidez

2.3. Objetivos

En un artículo reciente (Vivir Mejor, 2010), menciona que en cualquiera de sus modalidades, los objetivos de la terapia de grupo son:

- Fomentar la salud mental de sus participantes.
- Aliviar los síntomas.
- Cambiar las relaciones interpersonales, facilitando la expresión verbal; enseñar a relacionarse con los demás; potenciar las características personales favorables.
- Facilitar la comprensión de los demás y de las propias dificultades.

Los tipos de grupos, sus objetivos, sus técnicas e indicaciones son múltiples: grupos de sensibilización (para conectarse con las emociones) grupos terapéuticos (para mejorar situaciones), grupos de autoayuda (alcohólicos anónimos) etc. La psicoterapia de grupo suele tener una frecuencia menor que la individual (una sesión semanal por lo común), un límite temporal prefijado y el terapeuta suele asumir en ella un papel más activo.

2.4. Ventajas de la Terapia de Grupo sobre la Terapia Individual

Comparada con las terapias individuales la terapia de grupo tienen las siguientes ventajas:

- El apoyo del resto de los componentes del grupo y del terapeuta. Suele proveer un mayor enriquecimiento por la interacción con los compañeros, además de tener la posibilidad de aprovechar distintos puntos de vista y obtener diferentes soluciones frente a un mismo problema.
- La reducción del aislamiento en el que viven muchos pacientes en la terapia de grupo se le demuestra a los pacientes que sus problemas no son únicos.
- La oportunidad de obtener información inmediata por parte de los compañeros del paciente sobre las situaciones que experimenta, y la oportunidad, tanto para el paciente como para el terapeuta, de observar las respuestas psicológicas, emocionales y conductuales del sujeto frente a determinados temas o situaciones, gracias a la interacción con las demás personas del grupo.
- Por exigir un número menor de terapeutas, la psicoterapia de grupo resulta menos costosa que la individual, resultando ser una modalidad económica, y suele necesitarse de un tiempo menor para ir experimentando modificaciones en uno mismo y en las personas que lo rodean. (Vivir Mejor, 2010).

2.5. Formación y Desarrollo de un grupo terapéutico

Donato, Mariela (2006), explica la formación y desarrollo de un grupo terapéutico y señala lo siguiente:

Entorno físico: es recomendable que cuando se trabaje en un grupo terapéutico todos sus miembros se coloquen en círculo, incluyendo al terapeuta y co-terapeuta (si existe); ya que esto nos ayuda a eliminar las diferencias de estatus entre los miembros y también permite que se reduzcan las reacciones negativas que se producen a menudo cuando el espacio personal del invadido. Se recomienda también que las sesiones se lleven a cabo en un lugar donde haya privacidad, buena iluminación y de ser posible una temperatura del grupo.

Variables personales de los miembros del grupo: en ciertos grupos terapéuticos es recomendable que se tomen en cuenta determinadas características como la edad, sexo, escolaridad, necesidades individuales, rasgos de personalidad y otros; puesto que esto influye en el proceso y la dinámica del grupo; especialmente si se está tratando de modificar actitudes. Es importante que en los grupos terapéuticos, se combinen características personales, ya que esto permite una interacción mayor de los miembros. Por ejemplo, si todos los sujetos del grupo tuvieran características de personalidad agresiva constantemente estarían a la defensiva unos de otros al igual que si todos fueran pasivos el grupo no avanzaría.

Consideraciones generales que el terapeuta deberá tomar en cuenta: el terapeuta deberá establecer ciertas pautas para el comportamiento de los pacientes. Al trabajar con el enfoque cognitivo conductual, el terapeuta enfatiza que los pacientes, que son miembros del grupo, tienen que hacer ciertas cosas, con el fin de cambiarse a sí mismo y a sus vidas. Se les hace comprender que no solamente se debe dejar el problema a nivel intelectual, si no que hay que manejarlo conductualmente. Una de las funciones del terapeuta es crear la estructura de cada reunión del grupo y simultáneamente la función de los miembros del grupo es proporcionar el contenido revelando sus problemas y hablando de ellos abiertamente. El terapeuta no deberá ser un facilitado para el crecimiento positivo de sus miembros; no deberá comentar sus problemas personales en la sesión ni deberá interactuar con los miembros del grupo fuera de la sesión.

El terapeuta deberá tomar un papel activo en cada sesión: a menos que intencionalmente escoja retirarse de la discusión y actuar como animador en vez de hacerlo como terapeuta. El terapeuta deberá controlar la sesión de manera que no la dominen uno o dos miembros, y deberá permanecer abierta

cuando el grupo se desvía del trabajo con las cogniciones y dificultades psicológicas. Además el terapeuta tiene la responsabilidad de la interacción de sus miembros con respecto a las emociones.

Tamaño del grupo: el tamaño del grupo va a depender de los objetivos, del tiempo del terapeuta y el número de sujetos disponibles. El numero de sujetos recomendados para trabajar en el entrenamiento de habilidades sociales es de 8 a 12 miembros.

Tiempo de duración de las sesiones: generalmente las sesiones para el entrenamiento de habilidades sociales tienen lugar una vez a la semana (aunque hemos encontrado estudios que emplearon 4 o 5 días a la semana), a largo de 8 a 12 semanas (aunque se han dado programas que tienen una duración de 3 a 17 semanas). A pesar que la duración de cada sesión puede variar de 30 minutos a 2:30 horas. Caballo y Carboles (1998) creen que una duración de dos horas por sesión es lo más adecuado.

2.6. Terapia Cognitiva Conductual de grupo

El objetivo fundamental de la terapia cognitiva-conductual de grupo no es tanto la reducción del malestar o la curación de los síntomas, sino el aprendizaje de competencias y habilidades para el manejo y afrontamiento de las situaciones que influyen en la vulnerabilidad de la persona a presentar distintos problemas emocionales y relacionales. Es decir, ayudar a los pacientes en sus intentos de vivir más eficazmente en sus propios ambientes sociales de ser más productivos en sus vidas personales y de estar relativamente libres de problemas emocionales extenuantes.

Jaén, Rolando (2000), detalla los siguientes objetivos como los más importantes para los asistentes a los grupos de Terapia Cognitiva Conductual que son:

- Comprender los orígenes de sus síntomas y funcionar mejor en sus relaciones interpersonales;
- Entender las dificultades de los otros miembros del grupo y servirles de ayuda;
- Minimizar las perturbaciones básicas, para sentirse mejor emocionalmente;

  Llegar a un cambio, conductual y filosófico. Aceptar lo desagradable de la realidad; renunciar a los pensamientos mágicos y saboteadores, desistir en considerar los infortunios y frustraciones de la vida como horribles y catastróficos; tomar la responsabilidad total de sus propias dificultades emocionales; y abandonar cualquier forma de autodevaluación y en su lugar, aprender a aceptarse completamente a sí mismos y a otros como personas humanas que pueden fallar y cometer errores.

El desarrollo en el grupo facilita una importante experiencia de aprendizaje social, de nuevas habilidades de afrontamiento que son practicadas en la situación grupal como una especie de microcosmos social donde pueden ser aprendidas y corregidas las experiencias y patrones de funcionamiento disfuncionales o deficitarias. En las sesiones se pueden llevar a cabo las prácticas de nuevas habilidades en grupo, se repase las experiencias personales y se prescriban tareas entre sesiones para fomentar y aplicar lo

aprendido a situaciones reales fuera del grupo. Es frecuente que la terapia cognitiva conductual tenga un formato general de afrontamiento y manejo del estrés emocional, que se suele dirigir al desarrollo habitual de:

A) Atención a los "aspectos físicos-corporales": Manejo de sensaciones físicas-corporales mediante técnicas de relajación, respiración, etc.

B) Atención a los "aspectos mentales": Manejo de actitudes, creencias y actitudes disfuncionales mediante Terapia cognitiva de pensamientos y creencias negativas o disfuncionales, etc.

C) Atención a los "aspectos de conducta y relación social": Manejo de conductas de relación social mediante técnicas como la resolución de problemas, el entrenamiento asertivo y el entrenamiento en habilidades sociales.

Algunas limitaciones de la Terapia Cognitiva Conductual de Grupo son las siguientes:

- El terapeuta debe limitar los tiempos dedicados a cada persona, ya que puede ser que dos o más participantes quieran participar utilizando el tiempo de los demás.
- Puede haber demasiada profundización en temas irrelevantes.
- Algunos pacientes se pueden sentir bastantes restringidos en su intento de implicar a los demás. (Garzón, Teófilo, 2009).

CAPÍTULO III

METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

1. Planteamiento del Problema

En 1945 se promulga el decreto No 18 del 20 de marzo de 1945 por el cual se crea y reorganiza un establecimiento denominado Centro Femenino de Rehabilitación bajo la dependencia del Departamento de Corrección, que era lo que actualmente se conoce como la DGSP (Dirección General del Sistema Penitenciario) desde 1999, eliminándose así el reformatorio de mujeres delincuentes.

Este primer centro de rehabilitación se estableció en la provincia de Los Santos en las instalaciones del hospital psiquiátrico. Su objetivo fue el de recibir y mantener internas bajo su custodia, a las mujeres de 17 años en adelante que se encontraran en algunos de los siguientes casos:

Haber sido condenada y deban cumplir pena de reclusión, prisión o arresto por termino mayor de 2 meses. Las enjuiciadas por delitos que merecían pena de reclusión o prisión por cualquier término manteniéndolas a disposición de funcionarios a cuyo cargo estaba el conocimiento de la causa, y las que sin estar comprendidas en alguna de las situaciones anteriores se encuentran en inminente peligro de delinquir por reiterada conducta desordenada, por el abandono moral en que están y necesitan un periodo de segregación para reorientar su vida en lo sucesivo, de acuerdo con orden de autoridad competente.

Así mismo se estableció que al asumir el Centro Femenino de Rehabilitación la custodia de las internas, desarrollaría toda las actividades y aplicaría todas las Medidas a su alcance para lograr por medio científicos su mejoramiento moral y su readaptación a la vida Social en condiciones de utilidad y seguridad.

El 24 de julio de 19[illegible] se inaugura el Centro Femenino de Rehabilitación bajo la administración de la Congregación Religiosa de las Hermanas del Buen Pastor, las que tenían a su haber la implementación de los programas, planes y métodos científicos de regeneración, las mismas estuvieron regentando el Centro Femenino de Rehabilitación hasta febrero de 1984 cuando pasa a la administración del Departamento de Corrección (antigua DGSP).

Las condiciones desde aquellos años a la fecha, no han cambiado mucho, ya que las instalaciones siguen siendo las mismas, sin modificaciones importantes, de tal manera que estas condiciones ambientales donde residen las reclusas son deprimentes, aunado a las moras judiciales, largos tiempos de espera para la sanciones. Y otro aspecto, importante es la falta de programas de rehabilitación formales tendientes a reinsertar al individuo.

Por la deficiencia que mantiene el centro en el área de rehabilitación, es necesario implementar programas que ayuden a mejorar la situación de las reclusas para que puedan sobrellevar la larga espera para su salida, pero lo más importante es que en esta reinserción social que les tocará en un momento

determinado sean mujeres de bien que puedan seguir adelante con sus vidas y sean mujeres que brinden provecho a la sociedad.

La prevalencia de los estados de ansiedad y depresión en la población general es alta, por lo que en consecuencia las personas privadas de libertad presenten estados de ansiedad y de depresión, por lo que urge una intervención que contemple la mejora de estos estados. La Psicoterapia Cognitiva de Grupo ha sido utilizada en gran escala para tratar la ansiedad y la depresión por lo que queda saber si ¿será efectivo el Programa de Terapia Cognitiva Conductual de Grupo aplicada en un grupo de mujeres que se encuentran recluidas en el Centro Femenino de Rehabilitación de la Ciudad de Panamá para disminuir la ansiedad y la depresión?, interrogante esta que se constituye en nuestro problema de investigación.

2. Justificación

En Panamá los centros carcelarios tienen una alta incidencia de sujetos con diferentes tipos de trastornos, que se agravan con el internamiento y las condiciones propias de una cárcel. En el Centro Femenino de Rehabilitación no se escapa de esta realidad. Es por ello que realizaremos este estudio, que tiene el objeto de contribuir en el buen desarrollo del trabajo a nivel terapéutico, desde un punto de vista científico.

El interés científico de la presente investigación, se basa en la importancia del tratamiento de la Ansiedad y la Depresión en las reclusas que la presenten; que por tratarse de mujeres en reclusión se consideran más susceptibles a sufrir o padecer dichos problemas, que sus pares masculinos.

Con esta investigación se permitirá levantar un informe científico que exponga datos, tratamiento y resultados en mujeres recluidas con problemas de Ansiedad y Depresión, y trabajar de acuerdo a dichos resultados y así poder replicar en otros centros de internamiento.

Otros aspectos a considerar es que la Ansiedad y la Depresión son factores que limitan el desarrollo de la persona, comenzando con la sensación de bienestar, conductas adictivas, de agresión y suicidio, por lo que es de suma importancia la disminución de los síntomas para que haya un manejo adecuado de las personas en reclusión.

3. Objetivos de la Investigación

3.1. Objetivos Generales:

- Disminuir los síntomas de ansiedad en un grupo de mujeres recluidas en el Centro Femenino de Rehabilitación de la Ciudad de Panamá por medio del Programa de Terapia Cognitiva Conductual de Grupo.

Disminuir los síntomas de depresión en un grupo de mujeres recluidas en el Centro Femenino de Rehabilitación de la Ciudad de Panamá por medio del Programa de Terapia Cognitiva Conductual de Grupo.

3.2. Objetivos Específicos

Desarrollar en cada una de las reclusas participantes la capacidad de cambio dentro del grupo.

- Describir el proceso de intervención psicológica para mejorar la ansiedad y la depresión que se les aplicará por medio del Programa de Terapia Cognitiva Conductual de Grupo a las reclusas participantes.
- Evaluar con pruebas psicológicas después de la intervención psicológica la efectividad del Programa de Terapia Cognitiva Conductual de Grupo para la depresión y la ansiedad
- Incrementar la asertividad en las mujeres que participarán en el Programa de Terapia Cognitiva Conductual de Grupo.
- Incrementar las habilidades sociales en las mujeres que participarán en el Programa de Terapia Cognitiva Conductual de Grupo.

4. Hipótesis

4.1. Hipótesis de Investigación

El Programa de Terapia Cognitiva Conductual de Grupo disminuirá la ansiedad y depresión de un grupo de mujeres que se encuentran recluidas en el Centro Femenino de Rehabilitación de la Ciudad de Panamá.

4.2. Hipótesis Estadística

Ho: El Programa de Terapia Cognitiva Conductual de Grupo no disminuirá los rangos de ansiedad del pre-test al post-test en la Escala de Ansiedad de Beck.
H1: El Programa de Terapia Cognitiva Conductual de Grupo disminuirá los rangos de ansiedad del pre-test al post-test en la Escala de Ansiedad de Beck.

Ho: El Programa de Terapia Cognitiva Conductual de Grupo no disminuirá los rangos de depresión del pre-test al post-test en el Inventario de Depresión de Beck.
H2: El Programa de Terapia Cognitiva Conductual de Grupo disminuirá los rangos de depresión del pre-test al post-test en el Inventario de Depresión de Beck.

Ho: El Programa de Terapia Cognitiva Conductual de Grupo no disminuirá los rangos de humor depresivo del pre-test al post-test en el Cuestionario Estructural Tetradimensional para la Depresión (CET-DE).

H3: El Programa de Terapia Cognitiva Conductual de Grupo disminuirá los rangos de humor depresivo del pre-test al post-test en el Cuestionario Estructural Tetradimensional para la Depresión (CET-DE).

Ho: El Programa de Terapia Cognitiva Conductual de Grupo no disminuirá los rangos de anergía del pre-test al post-test en el Cuestionario Estructural Tetradimensional para la Depresión (CET-DE).

H4: El Programa de Terapia Cognitiva Conductual de Grupo disminuirá los rangos de anergía del pre-test al post-test en el Cuestionario Estructural Tetradimensional para la Depresión (CET-DE).

Ho: El Programa de Terapia Cognitiva Conductual de Grupo no disminuirá los rangos de discomunicación del pre-test al post-test en el Cuestionario Estructural Tetradimensional para la Depresión (CET-DE).

H5: El Programa de Terapia Cognitiva Conductual de Grupo disminuirá los rangos de discomunicación del pre-test al post-test en el Cuestionario Estructural Tetradimensional para la Depresión (CET-DE).

Ho: El Programa de Terapia Cognitiva Conductual de Grupo no disminuirá los rangos de ritmopatía del pre-test al post-test en el Cuestionario Estructural Tetradimensional para la Depresión (CET-DE).

H6: El Programa de Terapia Cognitiva Conductual de Grupo disminuirá los rangos de ritmopatía del pre-test al post-test en el Cuestionario Estructural Tetradimensional para la Depresión (CET-DE).

5. Tipo de Investigación

En vista de que las variables no fueron controladas totalmente, no podemos decir que sea una investigación experimental, por lo que debemos definirla como una investigación de tipo cuasi experimental.

6. Diseño de Investigación

Se trata de un estudio cuasi experimental de pre-prueba – post-prueba con un solo grupo, que es el que se le aplica una prueba previa al estímulo o tratamiento experimental a un grupo, después se le administra el tratamiento y finalmente se le aplica una prueba posterior al tratamiento para determinar el efecto de la intervención psicológica a aplicar, que en este caso es una terapia de grupo.

Durante la primera fase de esta investigación se diagnosticará de forma individual a través de entrevistas clínicas y pruebas psicológicas que miden la depresión, ansiedad, autoestima y factores estresantes.

En la segunda fase se llevará a cabo la aplicación del Programa de Terapia Cognitiva Conductual de Grupo, con el propósito de conocer si se puede producir una reducción de la depresión y de la ansiedad en las mujeres que participan en esta intervención psicológica.

En la tercera y última fase se volverá a evaluar a las integrantes del grupo por medio de las mismas pruebas que se usaron anteriormente a la intervención para conocer la efectividad de la misma.

7. Definición de las Variables

7.1. Identificación de las Variables

7.1.1. Variable Independiente

- Programa de Terapia Cognitiva Conductual de Grupo para la depresión y la ansiedad.

7.1.2. Variables Dependientes

- Ansiedad y Depresión

7.2. Definición Conceptual de las Variables

7.2.1. Variable Independiente

7.2.1.1. Programa de Terapia Cognitiva Conductual de Grupo para la depresión y la ansiedad

El Programa de Terapia Cognitiva Conductual de Grupo es una forma especial de terapia en la cual un grupo pequeño se reúne, guiado por una psicoterapeuta profesional, para ayudarse individual y mutuamente.

Por medio de técnicas cognitivas conductuales ayuda a la persona a conocerse a sí misma, y también a mejorar sus relaciones interpersonales. Puede centrarse en los problemas de la depresión y ansiedad. Nos ayuda a realizar cambios importantes para mejorar la calidad de la vida.

7.2.2. Variables Dependientes

7.2.2.1. Ansiedad

La ansiedad debe entenderse como una emoción básica del organismo que constituye una reacción adaptativa ante una situación de tensión, peligro o amenaza. Se manifiesta como una actividad predominante del sistema nervioso simpático que permite afrontar al sujeto situaciones de riesgo. Sin embargo, cuando la reacción es excesiva carece de eficacia adaptativa y es necesario pensar en la presencia de patología.

7.2.2.2. Depresión

La definición de depresión, considera un "eje nuclear afectivo", es decir "Tristeza vital y profunda que envuelve al sujeto", hasta afectar todas las esferas de su relación intra e interpersonal. Secundarios a este eje nuclear afectivo, pueden emerger otros estados emocionales como irritabilidad y ansiedad, que son más destacados en depresiones neuróticas y tardías.

7.3. Definición Operacional de las Variables

7.3.1. Variable Independiente

7.3.1.1. Programa de Terapia Cognitiva Conductual de Grupo para la depresión y la ansiedad

El Programa de Terapia Cognitiva Conductual de Grupo pretende crear una reestructuración cognitiva y está enfocada a detectar y modificar los pensamientos distorsionados en relación con la ansiedad y la depresión. La psicoterapia cognitiva de Grupo es un tipo de psicoterapia empleada de manera grupal para tratar la depresión, trastornos de ansiedad, fobias, y otras formas de trastornos psicológicos. Se basan en reconocer el pensamiento distorsionado que las origina y aprender a reemplazarlo con ideas sustitutivas más realistas. Sus practicantes sostienen que la causa de muchas de las depresiones (pero no todas) son los pensamientos irracionales. Por lo tanto, se utilizará esta intervención psicológica programada para 16 sesiones de dos horas, dos veces

por semana, para disminuir la ansiedad y la depresión en las reclusas del Centro Femenino de Rehabilitación de la Ciudad de Panamá. La misma se dividirá en 4 módulos: relajación, restructuración cognitiva, habilidades sociales y asertividad y por último la resolución de conflictos. En las sesiones se verificarán las tareas asignadas, se dará información sobre los temas y se realizarán actividades para afianzar los temas que se expliquen.

7.3.2. Variables Dependientes

7.3.2.1. Ansiedad

En este trabajo la Ansiedad será medida por medio de la Escala de Ansiedad de Beck para poder evaluar el grado de ansiedad que padecen las reclusas del Centro Femenino de Rehabilitación de la Ciudad de Panamá.

7.3.2.2. Depresión

Utilizaremos el Inventario de Depresión de Beck y el Cuestionario Estructural Tetradimensional para la Depresión para poder evaluar el grado de depresión que sufren las reclusas del Centro Femenino de Rehabilitación de la Ciudad de Panamá.

8. Población y Muestra

8.1. Población

Las mujeres que integran la población en estudio son mujeres que se encuentran recluidas en el Centro Femenino de Rehabilitación de la Ciudad de Panamá y que presentan ansiedad y depresión. Esta está constituida por n 15 mujeres.

8.2. Muestra

La muestra está constituida por 7 mujeres, seleccionadas de 15 mujeres que se encuentran recluidas en el Centro Femenino de Rehabilitación de la Ciudad de Panamá y que se encuentran cumpliendo condena. Estas 15 fueron escogidas por la psicóloga encargada del plantel por presentar síntomas de ansiedad y depresión.

9. Método de Selección

El tipo de muestreo es no aleatorio o de juicio. Corresponde a uno de los métodos de muestreo en el cual se (es aquel que) elige cada uno de los elementos de la muestra sin intervención del azar. Es decir, los elementos se selección bajo un criterio, donde no interviene la aleatoriedad (casualidad). De las 15 mujeres, resultaron 9 las que presentaban los síntomas de ansiedad y de

depresión de acuerdo a los resultados de las pruebas psicológicas Escala de la Ansiedad de Beck y el Inventario de la Depresión de Beck. De las 9 que iniciaron el Programa, hubo una muerte experimental de 2 mujeres, por lo que se concluye el tratamiento con 7 reclusas.

9.1. Criterios de Inclusión

- Mujeres mayores de 18 años y menores de 50 años
- Interés de participar en la intervención Psicológica.
- Contar con síntomas de depresión y ansiedad.
- Estar recluidas en el Centro Femenino de Rehabilitación de la Ciudad de Panamá.

9.2. Criterios de Exclusión

- Faltar a tres sesiones durante el tratamiento.
- No tener interés de participar en la intervención Psicológica.
- Padecer de Trastornos de Ansiedad o de Depresión que requiera hospitalización.

10. Instrumentos

10.1. Historia Clínica

La historia Clínica es la obtención de los datos pertinentes que permitan elaborar y comprender los diferentes síntomas, los comportamientos del paciente, el pasado personal, el motivo de consulta, las reacciones actuales a los estímulos y la forma de resolver los conflictos con la finalidad de establecer el diagnóstico (provisional o definitivo) y definir las estrategias terapéuticas. En ese sentido, algunos autores hablan de *anamnesis* para definir lo que es el interrogatorio en lo que tiene que ver con la recolección de datos relevantes de filiación, motivo de consulta, antecedentes, etc. (Vallejo - Ruiloba, 1992). La anamnesis sería un aspecto de la historia clínica.

10.2. Inventario de Depresión de Beck

Este inventario fue creado por Aaron T. Beck, es un cuestionario que consta de 21 preguntas de respuesta múltiple. Es uno de los instrumentos más comúnmente utilizados para medir la severidad de una depresión. Las versiones más actuales de este cuestionario pueden ser utilizadas en personas de a partir de 13 años de edad. Está compuesto por ítems relacionados con síntomas depresivos, como la desesperanza e irritabilidad, cogniciones como culpa o sentimientos como estar siendo castigado, así como síntomas físicos relacionados con la depresión (por ejemplo, fatiga, pérdida de peso y de apetito

sexual). Beck et al. (1988), detallan cuatro rangos según los resultados que se arrojen en el inventario: No deprimido (0 – 9 puntos), ligeramente deprimido (10 – 18 puntos). Moderadamente deprimido (19 – 29 puntos) y gravemente deprimido (30 puntos o más). Se necesitan evaluaciones complementarias (entrevista psicológica/psiquiátrica, valoración del contexto psicosocial, etc.), para realizar un diagnóstico de depresión, ya que por sí sólo no es suficiente, pero es una herramienta útil para despistaje o chequeo.

Este instrumento se utiliza mucho en investigación y ha sido traducido en múltiples idiomas europeos, así como en árabe, japonés, persa y xhosa.

10.3. Escala de Ansiedad de Beck

Valora la severidad de los síntomas de ansiedad. Son 21 ítems. Se centra en los aspectos físicos de la ansiedad. Se puntúa de 0 a 3. La puntuación media en paciente con ansiedad es de 25,7 y en sujetos normales es de 15,8. Beck et al. (1988), detallan cuatro rangos según los resultados que se arrojen en la escala: No ansioso (0 – 9 puntos), ligeramente ansioso (10 – 18 puntos), moderadamente ansioso (19 – 29 puntos) y gravemente ansioso (30 puntos o más) Se evaluará con esta escala el grado de ansiedad que padecen las reclusas del Centro Femenino de Rehabilitación de la Ciudad de Panamá, que por encontrarse en la situación de estar privadas de libertad y que todavía deben esperar un largo período han sido propensas a sufrir de Ansiedad.

10.4. Cuestionario Estructural Tetradimensional para la Depresión (CET-DE):

Se compone de 63 ítems distribuidos en cuatro bloques de preguntas, de los que cada uno corresponde a una dimensión distinta, con una evaluación independiente, característica que permite definir a esta prueba como la única en el mundo para la depresión, absolutamente original. La aplicación del CET-DE exige alrededor tan sólo de quince minutos y ofrece valiosa información para resolver problemas relacionados con las funciones siguientes: la detección de la depresión, ya que todo resultado igualo superior a los 32 puntos, aunque sea en una sola dimensión, denota con un 90 por ciento de probabilidades la presencia de un estado depresivo. Las dimensiones que evalúa son:

Humor depresivo: Dolor moral, dolor de vivir, desesperanza, anhedonia, sentimientos de culpa, insuficiencia económica y sentimientos corporales difusos y localizados como opresión dolorosa precordial, hormigueos en la cabeza, pesadez de todo el cuerpo. 21 ítems (el puntaje bruto debe multiplicarse por .666).

Anergía: Vaciamiento impulsivo, aburrimiento, desinterés, apatía, y vaciamiento mental, fatigabilidad precoz, falta de energía para moverse, empobrecimiento motor y vegetativo. 14 ítems.

- Discomunicación: Falta de sociabilidad, empobrecimiento de la comunicación, introversión, rotura de la lógica comunicacional, asociación de sentimientos de desconfianza, irritabilidad y un comportamiento inadecuado de mantenerse alejado físicamente de otras personas. 14 ítems.

- Ritmopatías: Desestabilización de los ritmos biológicos y psicológicos, fuertes oscilaciones circadianas del estado subjetivo o de comportamiento. 14 ítems.

11. Diseño Estadístico

Para el análisis estadístico de los datos se utilizaron métodos descriptivos e inferenciales. En los métodos descriptivos se usaron gráficas lineales y circulares.

Para probar o rechazar hipótesis nula Ho planteada se utilizó la prueba No Paramétrica de los Rangos con Signos de Wilcoxon. Esta prueba es no paramétrica, diseñada para establecer la diferencia entre la primera y segunda medición en un mismo sujeto, es decir, analiza la misma medida en el mismo individuo en dos instantes específicos.

12. Procedimiento

Primero: Se solicitó a la directora del Sistema Penitenciario con carta firmada por el Director de la Maestría de Psicología Clínica autorización para hacer una intervención en el Centro Femenino de Rehabilitación.

Segundo: Una vez aprobada la solicitud por el Sistema Penitenciario, se procede a entrevistarse con la Directora y Psicóloga del Centro Femenino de Rehabilitación para coordinar inicio de sesiones.

Tercero: Se les aplica las Pruebas psicológicas: Escala de Ansiedad de la Depresión de Beck, Inventario de Depresión de Beck y el Cuestionario Estructural Tetradimensional para la Depresión (CET-DE) a 15 mujeres escogidas por la psicóloga del plantel, pertenecientes a la población del Centro Femenino de Rehabilitación.

Cuarto: Después de la revisión de las pruebas psicológicas aplicadas, se escogen 9 mujeres que presentaban síntomas de ansiedad y de depresión más marcada.

Quinto: Se le realiza una entrevista clínica a cada una de las futuras participantes del tratamiento para poder lograr hacer la evaluación cualitativa, se firma contrato de consentimiento voluntario para la participación en el Programa.

Sexto: Se da la intervención por medio de 16 sesiones, dos veces a la semana, con una duración de 2 horas.

Séptimo: Una vez finalizada las 16 sesiones se procede a evaluar con la misma batería de pruebas del inicio a 7 mujeres participantes, ya que hubo muerte experimental de 2 mujeres en medio de la aplicación del Programa.

Octavo: Para poder determinar la efectividad del tratamiento, se verifican los resultados pre – pruebas y post – pruebas de las evaluaciones, utilizando la prueba no paramétrica de Wilcoxon de rangos, con signo de pares ajustados para diferencias, ya que, de acuerdo a Mason y Lind (1980), puede ser usada en experimentos de antes y después y en estudios con ausencia de grupo control, donde cada sujeto actuó bajo su propio control.

13. Descripción del Tratamiento

En el siguiente cuadro se presenta la descripción del tratamiento por sesiones:

CUADRO No. 1: Módulos del Programa de la Terapia Cognitiva Conductual de Grupo para la Depresión y la Ansiedad

MÓDULO 1: RELAJACIÓN
Primera sesión
a. Presentación de los componentes uno a uno incluido el terapeuta y cada miembro del grupo. b. Planteamiento de las reglas básicas para el funcionamiento del grupo. c. Se les exponen ***conceptos básicos sobre ansiedad y la depresión***, sus

manifestaciones y conceptos básicos de relajación y preliminares de técnicas de relajación, así como los beneficios que obtendrán de la realización de dichas técnicas. d. Instrucción y aprendizaje de técnicas de relajación, basadas en el control de la respiración: respiración diafragmática (de forma teórica y práctica). e. Para terminar, se les entregan hojas de registro y explicación de cómo utilizarlas (en el registro se anotan, situaciones que causan ansiedad y depresión creadas durante la semana, medidas de afrontamiento y control, más problemas surgidos en el intento de control de los mismos). f. Aplicación del Pre- Test
Segunda sesión
a. Exposición de su registro personal, una a una de las componentes del grupo. b. Comentarios de las hojas de registro entre las usuarias del grupo. c. Comprobar si hubo una buena asimilación de la técnica de relajación: respiración diafragmática, si no fuera así, volverla a explicar. d. Se practica varias veces hasta que tengan idea clara de la metodología de la ***técnica de Benson.***
Tercera sesión
a. Exposición de su registro personal, una a una de las componentes del grupo. b. Comentarios de las hojas de registro entre las usuarias del grupo. c. Reforzar la asimilación de la técnica de relajación: respiración diafragmática, recorderis de los conceptos. d. Se practica varias veces hasta que tengan idea clara de la metodología de la ***técnica de Benson.*** e. Asignación de Tareas para la Casa. Seguir practicando la técnica de relajación aprendida.
Cuarta sesión
a. Exposición del registro, una a una de las componentes del grupo. b. Comentarios de las hojas de registro entre las usuarias del grupo. c. Comentar si hubo problemas durante la semana, exponer cuáles (siempre respetando la capacidad de expresión) y explicar las posibles soluciones que tuvieran (se da tiempo para que se expresen sin tensión y se anima a que ellas mismas sean cooterapeutas). d. Se practica varias veces hasta que tengan idea clara de la metodología de la ***técnica de Jacobson***. e. Para finalización de la sesión se realiza técnica de relajación, trabajando en esta Sesión cabeza, cuello, extremidades superiores, tronco y abdomen. f. Asignación de Tareas para la Casa. Seguir practicando las técnicas de relajación.
.Quinta sesión
a. Exposición del registro, una a una de las componentes del grupo b. Comentarios de las hojas de registro entre las usuarias del grupo. c. Comentar si hubo problemas, cuáles y exponer las posibles soluciones (se les vuelve a dar tiempo para que se expresen sin tensión y se anima a que ellas mismas sean cooterapeutas). d. Se procede a presentar los conceptos básicos de las ***técnicas de relajación completa.***

a. Al final de la sesión se les entrega un CD de relajación (la misma adaptación del método de relajación de Jacobson) para que pongan en práctica en casa (se les vuelve a recordar los preliminares y condiciones adecuadas para llevar a cabo los ejercicios de relajación).
e. Asignación de Tareas para la casa.

MÓDULO 2: RESTRUCTURACION COGNITIVA

Sexta sesión

a. Exposición del registro, una a una de las componentes del grupo.
b. Comentarios de las hojas de registro entre las usuarias del grupo.
c. Reestructuración Cognitiva. ***Se exponen conceptos básicos sobre el ABC de la TREC (Ellis)***
d. Reestructuración Cognitiva. ***Identificación de Creencias Irracionales***
e. Asignación de Tareas para la casa.

Séptima sesión

a. Exposición de su registro personal, una a una de las componentes del grupo.
b. Comentarios de las hojas de registro entre las usuarias del grupo.
c. Se procede con la técnica de relajación completa, pero esta vez escuchando el CD de relajación.
d. Reestructuración Cognitiva. ***Identificación de Creencias Irracionales***
e. Reestructuración Cognitiva. ***Debate de Creencias Irracionales***
f. Asignación de tareas para la casa.

Octava sesión

a. Exposición del registro, una a una de las componentes del grupo.
b. Comentarios de las hojas de registro entre las usuarias del grupo.
c. Se procede con la técnica de relajación completa, pero esta vez escuchando el CD de relajación.
d. Reestructuración Cognitiva. ***Identificación de Pensamientos Automáticos.***
e. Asignación de tareas para la casa.

Novena sesión

a. Exposición del registro, una a una de las componentes del grupo
b. Comentarios de las hojas de registro entre las usuarias del grupo.
c. Se procede con la técnica de relajación completa, escuchando el CD de relajación.
d. Reestructuración Cognitiva. ***Cuestionamiento de Pensamientos Automáticos.***
e. Restructuración Cognitiva. ***Atribuciones erróneas y autocontrol.***
f. Asignación de tareas para la casa. (Lectura).

Décima sesión

a. Exposición del registro, una a una de las componentes del grupo
b. Comentarios de las hojas de registro entre las usuarias del grupo.
c. Se procede con la técnica de relajación completa, pero esta vez escuchando

el CD de relajación.
d. ***La técnica de las tres columnas y la comprobación de Hipótesis***
e. Asignación de tareas para la casa. (Lectura).

MÓDULO 3:HABILIDADES SOCIALES Y ASERTIVIDAD

Onceava sesión

a. Exposición del registro, una a una de las componentes del grupo
b. Comentarios de las hojas de registro entre las usuarias del grupo.
c. Introducción al campo de las ***Habilidades Sociales***
d. Charla sobre los diferentes componentes de las Habilidades Sociales.
e. Se procede con la técnica de relajación completa, pero esta vez escuchando el CD de relajación
f. Asignación de tareas para la casa. (Lectura).

Doceava sesión

a. Exposición del registro, una a una de las componentes del grupo
b. Comentarios de las hojas de registro entre las usuarias del grupo.
c. Se procede con la técnica de relajación completa, pero esta vez escuchando el CD de relajación
d. Introducción al ensayo del Mantenimiento de conductas de ***Habilidades Sociales*** (Entrenamiento)
e. Representación de ***Psicodramas*** entre las participantes.
f. Asignación de tareas para la casa. (Lectura).

Treceava sesión

a. Exposición del registro, una a una de las componentes del grupo
b. Comentarios de las hojas de registro entre las usuarias del grupo.
c. Se procede con la técnica de relajación completa, escuchando el CD de relajación.
d. Charla sobre la ***Asertividad.***
e. Representación de ***Psicodramas*** entre las participantes.
f. Asignación de tareas para la casa. (Lectura).

MÓDULO 4: RESOLUCIÓN DE CONFLICTOS

Catorceava sesión

a. Exposición del registro, una a una de las componentes del grupo
b. Comentarios de las hojas de registro entre las usuarias del grupo.
c. Introducción al campo de la ***Resolución de Conflictos***
d. Charla sobre la Resolución de Conflictos. Como identificar los Problemas.
e. Se procede con la técnica de relajación completa, con el CD de relajación
f. Asignación de tareas para la casa. (Lectura).

Quinceava Sesión

a. Exposición del registro, una a una de las componentes del grupo
b. Comentarios de las hojas de registro entre las usuarias del grupo.
c. Resolución, identificación y ***Resolución de Conflictos.***

d. Se procede con la técnica de relajación completa, con el CD de relajación e. Asignación de tareas para la casa. (Lectura).
Dieciseisava sesión
a. Exposición del registro, una a una de las componentes del grupo b. Comentarios de las hojas de registro entre las usuarias del grupo. c. ***Integración del trabajo realizado durante la exposición del Programa***. d. Por último se deja tiempo para comentarios o dudas en general sobre el grupo, dando la posibilidad de hablar de forma individual con el terapeuta, una vez acabado el trabajo del grupo. e. Aplicación del post-Test

Fuente: Mata, A.R., 2012

CAPÍTULO IV

RESULTADOS: ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

1. PRESENTACIÓN DE RESULTADOS

En este capítulo se mostrarán los resultados obtenidos en los pre-tests y post-tests de las tres pruebas psicológicas aplicadas a las 7 mujeres recluidas en el Centro Femenino de Rehabilitación. Estos datos serán detallados por medio de estadística descriptiva y presentados en gráficas para facilitar la comprensión.

Para remplazar los nombres se utilizarán números para cuidar el derecho de privacidad de las reclusas.

1.1. Datos Demográficos

A continuación los datos demográficos de las participantes:

CUADRO No. 2: Datos demográficos

Sujeto	Edad	Sexo	Escolaridad	Delito
1	27	F	VI	Robo
2	40	F	XII	Falsificación de documentos
3	23	F	VII	Robo a mano armada
4	26	F	V	Homicidio
5	34	F	VII	Cómplice de homicidio
6	19	F	XI	Ventas de drogas
7	20	F	X	Posesión de drogas

Fuente: Mata, A.R., 2012

De acuerdo al cuadro anterior se puede distinguir que es una población meramente femenina, con una media de edad de 27 años, en donde la más

joven tiene 19 años y la mayor tiene 40 años, siendo un grupo relativamente joven.

La que alcanzó menor grado de escolaridad fue aquella que llegó sólo hasta quinto grado y de mayor grado de escolaridad fue una que concluyó su sexto año. Este grupo es bastante variable en cuanto a la escolaridad.

1.2. Informes Clínicos

CASO # 1

Nombre: 1

Edad: 27 años

Nivel académico: VI grado

Domicilio: Patio Pinel

Acusada de: Robo

Tiempo de Internamiento: 8 meses

Breve Historia:

La vida de "1" fue bastante complicada, ya que de su padre apenas sabe cómo se llama, la madre, tuvo otros 5 hijos, todos de padres diferentes, donde ella es la mayor. "1" le conoció cuatro maridos a la mamá. Recuerda, que su madre salía todas las noches a trabajar, según decía ella, iba para la calle a ganarse la vida para darles de comer. Ella comentó en una ocasión: "Después entendí, que salía era a putear ...y yo me tenía que quedar cuidando a mis hermanos hasta

que me cabrié y me fui de la casa...eso paso varias veces, pero tenía que regresar. porque no había donde comer, ni donde quedarme hasta que me encontré un hombre que me dio cariño, y algo más, me enseño lo que es la vida a vivirla a ser una mujer, pero me decepcionó porque me engañó con otra, por eso también lo queme con otros y ya después he andado con varios hombres, pero no me he dejado preñar, yo ya cuide bastante chiquillos."

Observaciones:

"1" es una mujer caracterizada por la inestabilidad en su carácter, en ocasiones se ve alegre jovial, en otras es lenta para hablar y actuar, luego se puede tornar muy agresiva. Su vocabulario es obsceno y en una frase la mayor parte son palabras vulgares.

Con respecto a su estadía, refiere, que a veces está enojada con cualquiera sin que le hagan nada, pero le molesta cuando dicen algo aunque no sea con ella, se siente triste y se queda en la cama, no quiere hacer nada, solo dormir. También se pone ansiosa de pensar el tiempo que tiene que estar recluida, se desespera porque siente que las cosas no le salen como ella quiere.

Antecedentes y situación judicial:

Esta joven es reincidente de robo. Su tiempo de internamiento es de ocho meses. En esta ocasión robó a unos turistas a los cuales se les mostro muy amablemente para acompañarlos, pero cuando los mismos estuvieron confiados, les robó, sus pertenencias. El móvil del robo fue: diciéndoles que los llevaría a

conocer el Casco Viejo, o sea, San Felipe. "Aproveché un descuido de los gringos y me arranqué con dos cámaras y una videograbadora, me metí por unos callejones y llegué a la casa de un amigo que tenía bastante tiempo que no lo veía a esperar que se fueran los gringos, pero los guardias me agarraron cuando salí, con las cámaras en cartucho, me confié porque pasaron como tres horas y pensé que ya no había peligro"

Evaluación Multiaxial:

Eje I:	F41.1 Trastorno de ansiedad generalizada [300.02]
	F33.1 Trastorno depresivo mayor, recidivante, moderado [296.32]
Eje II:	F60.2 Trastorno Antisocial de la Personalidad [301.7]
Eje III:	Ninguno.
Eje IV:	Problemas con la madre.
	Problemas conyugales.
	Disciplina inadecuada.
	Problemas económicos.
	Arrestos por robo.
Eje V:	EEAG = 45 (al inicio)
	EEAG = 50 (al final)

CASO # 2

Nombre: 2

Edad: 40 años

Nivel académico: XII grado

Domicilio: Colón

Acusada de: Falsificación de documentos

Tiempo de Internamiento: Un año

Breve Historia:

La historia de "2", inicia cuando sus padres se unen, cada uno ya tenía otra familia, es decir, que es producto de un hogar reconstruido. La madre tenía dos hijos y el padre tenía tres. "2" recuerda que sus hermanos formaban dos bandos y se peleaban, mas tarde cada padre defendía a sus hijos y había muchos gritos y peleas entre ellos. Sus hermanos no la querían, porque decían que por culpa de ella tenían que estar allí. Además la odiaban porque le iba bien en la escuela. Más tarde sus padres se separaron, pero su papá la visitaba ocasionalmente y estaba pendiente de ella.

Su vida transcurrió sin sobresaltos importantes, terminó su secundaria, empezó a trabajar, pero cambiaba constantemente de trabajos, ya que ganaba poco. Vivía con su pareja desde los 35 años, sufría maltrato físico por parte de éste. También vivía con su suegra y el hermano de su pareja con quien nunca se llevó bien.

Por esta razón decidió estar sola y a "2", le gusta la buena vida y lo que necesitaba era plata, por lo que empezó a ir al Casino y refiere que le empezó a ir muy bien, ya que la primera vez que fue se ganó 20 Balboas, volvió al día siguiente y se ganó 500 Balboas, de manera que le pareció un buen negocio por lo que se convirtió en una jugadora compulsiva, ya no quería trabajar, sino solo estar en el casino, pero ya no tenía la misma suerte de los primeros días. Luego decide cambiar de estrategia e inicia a cambiar cheques, luego a falsificar firmas y documentos para todo tipo de necesidades.

Observaciones:

"2" es una mujer agradable, de buen manejo, siempre dispuesta a hacer lo que se tenga que hacer. Ella cuenta que le gusta la buena vida y que ella nació para que le sirvieran y no para servir. Es una mujer inteligente, pero algo ansiosa y temerosa.

Desde hace varios meses, "2" presenta síntomas que la hace suponer que padece una enfermedad cardiaca. Refiere sentirse nerviosa, con arritmias cardiacas, dolores en el pecho, falta de aire, miedo a morirse, mareos, esto le hace creer que en "cualquier momento le va a dar de nuevo", tal como dice "2".

Ella se limita a quedarse en su "hogar" no participa en las actividades que se llevan a cabo dentro de las instalaciones (intramuros).

Antecedentes y situación judicial:

Lleva dos años en la cárcel por falsificación de documentos legales. Era la segunda vez que queda detenida. La primera fue a sus 33 años, por robo y estuvo un año presa en esa ocasión.

Evaluación Multiaxial:

Eje I: F41.1 Trastorno de ansiedad generalizada [300.02]

F33.2 Trastorno depresivo mayo, recidivante, grave sin síntomas psicóticos [296.33]

F63.0 Juego Patológico [312.31]

Eje II: F60.2 Trastorno Antisocial de la Personalidad [301.7]

Eje III: Ninguno.

Eje IV: Conflictos con los hermanos.

Problemas laborales.

Problemas conyugales.

Arrestos por robo y falsificación de documentos legales

Eje V: EEAG = 48 (al inicio)

EEAG = 57 (al final)

CASO # 3

Nombre: 3

Edad: 23 años

Nivel académico: VII grado

Domicilio: Tocumen

Acusada de: Robo a Mano Armada

Tiempo de Internamiento: Dos años y 6 Meses.

Breve Historia:

"3" se crió con su madre en el interior, hasta los 12 años, cuando se traslada a casa de una prima de su mamá para estudiar la secundaria. "3" cuenta que el hijo de su tía con quien vivía, o sea su primo, la tocó en sus partes intimas varias veces, pero que nunca llegó a penetrarla porque ella se defendió.

Desertó de la escuela en VIII grado, ya que se sentía inútil, incapaz de seguir adelante. Por esta y otras razones más, "3" no se relacionaba con su madre, que aún vive en el interior. Habiendo desertado de la escuela comienza a salir e ir a fiestas, en donde conoce a chico del cual se enamora e inician una relación de noviazgo desde que ella tenía 16 años. Este joven que también había desertado de la escuela, que no trabajaba y que tenía amistades comprometidas con el mundo delictivo. Luego cuando cumplió los 18 años de edad, se fue a vivir con su novio en casa del padre de este.

Observaciones:

"3" es una joven tranquila, puntual a la hora de asistir al trabajo de grupo, es muy aguda en sus comentarios, a pesar de ser de pocas palabras. Es una mujer sensual y atractiva. Se viste muy sexy, cuida su cabello y su presentación en general es buena, sin embargo se come las uñas, y esto le da pena y no quiere

mostrarlas. Además constantemente mueve sus pies y no los deja quietos. Manifiesta que en ocasiones está muy triste y confundida, que no quiere salir, ni le provoca vestirse bonita e incluso le da pereza hasta bañarse y hasta asistir a las actividades que se hacen en el Centro.

Manifiesta que en el tiempo que tiene de estar detenida, ha estado en muchas ocasiones muy triste y desesperada, que ha pensado desde fugarse hasta quitarse la vida, "porque estar aquí es angustiante. Otra de las razones es que no puedo ver a mi novio. Estaba acostumbrada a él, ya que tenemos varios años de estar juntos y ahora nos separa esta situación, no me puede visitar ni yo puedo visitarlo, esto es desesperante. Por otro lado, mi mamá no quiere saber nada de mí, la verdad es que le he fallado a ella, pero yo la quiero bastante, pero me cuesta aceptarlo y no nos tratamos"

Antecedentes y situación judicial:

"3" refiere que se encuentra detenida por robo a mano armada, desde hace dos años y medio, ya que junto a su novio asaltaron una tienda de chino por Torrijos Carter, pero los capturaron y desde ese entones, están ambos detenidos, por eso está muy triste porque no puede ver a su novio.

Evaluación Multiaxial:

Eje I: F41.1 Trastorno de ansiedad generalizada [300.02]

F34.1 Trastorno distímico, de inicio temprano [300.4]

Eje II: F60.2 Trastorno Antisocial de la Personalidad [301.7]

Eje III:	Ninguno
Eje IV:	Problemas con la madre
	Problemas con familiares (primo)
	Disertación escolar
	Apoyo social inadecuado
	Separación del cónyuge
	Arrestos por robo armada
Eje V	EEAG = 43 (al inicio)
	EEAG = 50 (al final)

CASO # 4

Nombre: "4"

Edad: 26 años

Nivel académico: V grado

Domicilio: Chepo

Acusada de: Homicidio

Tiempo de Internamiento: Ocho años

Breve Historia:

"4" tuvo una infancia tormentosa, ya que primero en casa lo que reinaba gritos, peleas y malos tratos, pero lo que vivió desde los ocho años con s hasta los doce años son muy duros, ya que tuvo que soportar violaciones

Refiere que su padre se cambiaba de camas en la noche o cuando quedaban solos él se empezaba a acariciarla y luego tenia sexo con ella, hasta cuando se escapó de su casa, a la edad de doce años, porque le contó a su mamá y esta lo que hizo fue enojarse mucho y pegarle por mentirosa, luego se fue a vivir a casa de unos primos, pero uno de ellos también abusó de "4", cuando esto sucedió estaba en quinto grado, y ya no regresó a la escuela, porque se fue a vivir por un tiempo en las calles, donde consumió drogas, se prostituyó, para sobrevivir, según dice ella. Esta vida la llevo hasta los 17 años, entre entradas a la cárcel de menores, casa hogar y juzgados. Pero cuando cumplió la mayoría de edad, se fue a casa de una amiga, pero luego se hicieron novias, sin embargo, esta ya tenía una relación que era conflictiva con un señor, a quien fue que mató para defender a su novia, pero eso dice "yo maté, pero por amor."

Observaciones:

"4" es una mujer ordinaria, con rasgos y actitudes masculinas. Extrovertida, con firmeza al hablar, entusiasta, pero agresiva cuando no puede controlar la situación.

Viste con ropa de hombre, y actúa como un hombre, incluso dentro del hogar donde reside, ya no esconde ni niega que mantiene una relación sentimental con otra reclusa.

Dedica bastante tiempo a la iglesia evangélica, donde es miembro. Dice que ella "hizo lo que cualquiera haría por amor", pero a la vez, tiene sentimientos de

arrepentimiento por el asesinato, porque "esto me puede condenar eternamente."

A veces se comunica con su mamá, pero aún no la perdona por no creerle que su papá abusaba de ella y ellos aún viven juntos.

Antecedentes y situación judicial:

Lleva 8 años detenida. Mató a un señor que estaba gritándole a una amiga (novia) por un problema entre ellos y el hombre trató de matar a la amiga y ella se metió cortándolo con un hacha en el brazo y a un costado.

Evaluación Multiaxial:

Eje I:	F41.1 Trastorno de ansiedad generalizada [300.02]
	F33.1 Trastorno depresivo mayor, recidivante, moderado [296.32]
	F64.0 Trastorno de la identidad sexual [302]
	F19.2x Trastornos relacionados con varias sustancias [304.80]
Eje II:	F60.2 Trastorno Antisocial de la Personalidad [301.7]
Eje III:	Ninguno.
Eje IV:	Problemas con la madre
	Problemas con el padre
	Víctima de abuso sexual
	Disertación escolar
	Falta de hogar
	Arrestos por homicidio

Eje V: EEAG = 37 (al inicio)

EEAG = 44 (al final)

CASO # 5

Nombre: "5"

Edad: 34 años

Nivel académico: VII grado

Domicilio: Santa Ana

Acusada de: Cómplice de Homicidio

Tiempo de Internamiento: cuatro años

Breve Historia:

"5" refiere que su infancia fue difícil, porque era ella y seis hermanos mas, Malena es la cuarta en orden de nacimiento.

Las condiciones eran bastante precarias, vivían en una casa de zinc y piso de tierra y su madre tenía que trabajar para poder mantenerlos, y con todo eso a veces se acostaban con hambre, pues no había que comer.

Recuerda vagamente a su papá de niña que iba a visitarla a su casa, pero después de los seis, siete años, su papá cada vez la visitaba menos y desde los doce años no supo más de él, a excepción de un par de veces que se encontraron en la calle y él la saludaba.

"5" se dedicaba al comercio, vendía de todo (buhonería) y no le iba mal. Primero vivía en casa de su mamá, pero después se fue a vivir con una amiga, con la cual tenía ya dos años, refiere que tenía una vida casi normal.

Tenía una relación de ocho años, o sea desde que tenía 22 años con un hombre casado, lo cual no le permitía vivir juntos, solo era amante. Esto complicó las cosas, porque la esposa de su novio se enteró y en varias ocasiones la había amenazado con matarlos a los dos si los veía juntos. Ella estaba convencida que ese hombre era para ella, él fue su primer hombre y por tanto el único, de manera que no lo podía dejar. Hasta que la esposa llegó a su casa a cumplir lo que había prometido, pero su novio le ganó la partida.

Observaciones:

"5" es una mujer reservada carácter dulce, pasiva, algo distraída y prefería estar aislada del grupo. Es una mujer de pasos lentos, sonrisa fácil, que no habla mucho, ella dice que por pena, porque no estudió mucho y que le cuestan las palabras.

Manifiesta que se siente triste y desesperada porque jamás se imaginó estar detenida y esto la pone en ocasiones muy mal, a veces sensible, llora mucho, sin deseos de hacer nada. En otras ocasiones se asusta mucho porque sueña que la mujer de su novio la corretea y cuando la va a alcanzar se despierta asustada y sin aliento. Esto le produce mucha angustia y desesperación.

Antecedentes y situación judicial:

La razón de su detención es porque su amante, quien estaba casado mató a su esposa, cuando esta última llega a la casa de "5" para enfrentarlos con una pistola se da una discusión acompañada de un forcejeo que resulta en un disparo del amante a su esposa.

Evaluación Multiaxial:

Eje I:	F41.1 Trastorno de ansiedad generalizada [300.02]
	F33.0 Trastorno depresivo mayor, recidivante, leve [296.31]
Eje II:	Ningún diagnóstico [V71.09]
Eje III:	Ninguno.
Eje IV:	Abandono por parte del padre
	Pobreza extrema
	Disertación escolar
	Arrestos por ser cómplice de un homicidio
Eje V:	EEAG = 60 (al inicio)
	EEAG = 65 (al final)

CASO # 6

Nombre: "6"

Edad: 19 años

Nivel académico: XI grado

Domicilio: Las Cumbres

Acusada de: Ventas de drogas

Tiempo de Internamiento: 4 meses

Breve Historia:

La joven "6" procede de un hogar disfuncional, donde habían muchas agresiones verbales de parte del padre hacia la madre, ya que el padre libaba mucho licor y casi siempre estaba ebrio, la madre por su parte lloraba frecuentemente y casi nunca estaba, porque ella laboraba como dependiente de un almacén y llegaba en las noches por lo que no había supervisión, ya que no se quedaba ningún adulto en la casa. Solo tenía una hermana menor que ella, dos años. "6" sospechaba que su papá tenía otras relaciones, pero nunca lo confirmó. Suponía que la razón de muchas peleas entre sus padres.

Estudió en escuelas privadas, porque su papá podía pagar, pero no llegó a graduarse, pues en XII grado solo estuvo hasta medio año, donde decidió desertar, porque sus notas eran bajas y además tenía varios fracasos en diferentes materias.

Los recuerdos de "6" es que su papá la regañaba constantemente, con gritos y palabras obscenas, lo que la hacía sentir culpable y muy miserable.

Observaciones:

"6" se caracteriza por parecer una persona insípida, poco capaz, sin embargo, es astuta y capta rápidamente las cosas.

No cuida muy bien su imagen, ya que anda despeinada, en chancletas y descuidada en términos generales. Especialmente su manera de vestir, un vocabulario soez, que mantiene en frente de quien sea.

En ocasiones no quiere salir del hogar, donde reside, siente que todo le molesta, hasta si la miran otras compañeras, ella se siente con miedo a explotar, ya que siente que no sirve para nada, excepto para darle problemas a la familia, por eso se ha cortado los brazos varias veces, por lo cual han tenido que llevarla a la clínica del Centro.

Antecedentes y situación judicial:

A "6" la sorprendieron, en plena acción vendiendo drogas a un grupo de jóvenes por la barriada donde vivía cerca de su casa, ya que los vecinos la denunciaron y las autoridades procedieron a allanarle la casa, encontrando varios cartuchos con marihuana, carrizos de cocaína y dinero en efectivo, no era gran cosa, pero no pudo hacer mas nada para impedir que le "tumbaran el negocio y no pudo achacárselo a nadie más"

Evaluación Multiaxial:

Eje I:	F41.1 Trastorno de ansiedad generalizada [300.02]
	F32.9 Trastorno depresivo no especificado [311]
Eje II:	F60.2 Trastorno Antisocial de la Personalidad [301.7]
Eje III:	Ninguno.
Eje IV:	Problemas con el padre

Disertación escolar

Arrestos por venta de droga

Eje V: EEAG = 48 (al inicio)

EEAG = 60 (al final)

CASO # 7

Nombre: "7"

Edad: 20 años

Nivel académico: X grado

Domicilio: Chilibre

Acusada de: Posesión de Drogas

Tiempo de Internamiento: Un año

Breve Historia:

"7" residía con su madre, dos hermanas más pequeñas, con una tía, el esposo de la tía y sus cuatro primos. Nunca conoció su papá, aunque su padrastro y padre de las dos hermanas vive con ella desde los 8 años de edad. Las relaciones en casa eran muy difíciles, tenía problemas frecuentemente con los primos, por un lado y por el otro, tanto su mamá como su padrastro, según "7", vivían su vida como si ella y sus hermanas no existieran, por eso ella era independiente y "hacía lo que ella quería", una de ellas fue abandonar la escuela, cuando estaba ya en 5º año, porque se quedó en unas materias y no quiso rehabilitarla por lo que decidió no regresar nunca más.

Desde ese momento se dedicó a "vivir la vida" a ir de fiesta en fiesta, a tener relaciones con hombres, especialmente con aquellos que la hacían sentir placer, por atreverse a hacer cosas atrevidas.

Observaciones:

"7" se caracteriza por ser una mujer introvertida, poco entusiasta, insegura, con ideas confusas y poca disposición al trabajo.

Se queja de no tener ganas de nada, no quiere hablar con nadie, quiere estar solamente en su cuarto o en su cama, dormir y dormir, le molestan los ruidos, las risas, la música, siente una flojera enorme, que todo le duele, a veces no quiere bañarse y no le encuentra sentido a la vida, nada la motiva, esta distraída, no le da hambre, no tiene nada claro en su mente, refiere, "7" que esta así como "en blanco"

Además, tiende a mover su pierna, sin parar, afirma que el aire le falta, siente miedo y no sabe con exactitud por qué. Tiene un mismo pensamiento o palabras que ruedan en su mente una y otra vez, sin parar, dice "tengo miedo, miedo a algo venidero, algo negativo se adueña de mi mente y no me deja así como que me persiguieran, pero sé que nadie me persigue.

Antecedentes y situación judicial:

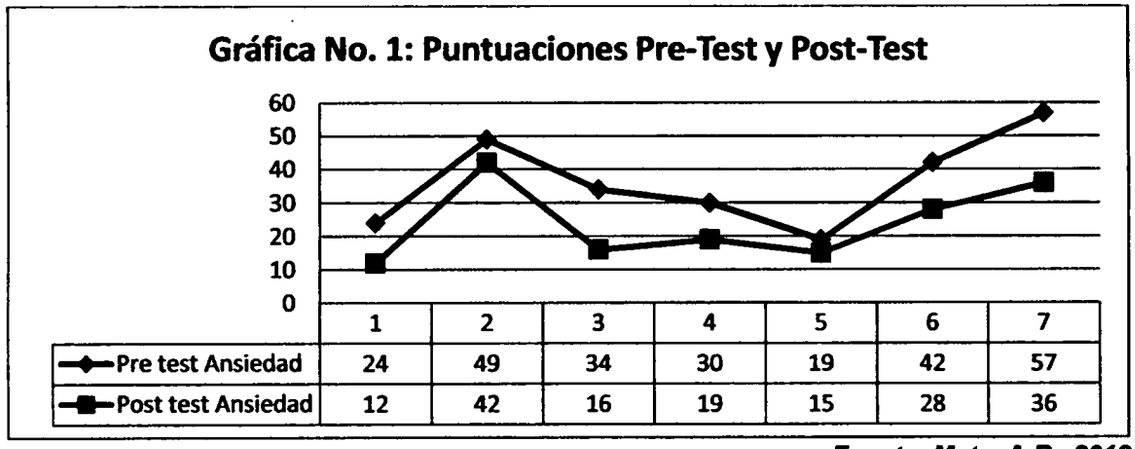
Se encuentra detenida, desde hace dos años, por que se le encontró junto a otras personas dentro de un auto, cocaína, ella asegura que no era de ella, que no sabía siquiera que esa droga iba dentro de ese auto. Sin embargo, acepta que el tipo de persona con que comparte no son "personas santas", es decir que tienen prontuarios delictivos igual que ella.

Evaluación Multiaxial:

Eje I:	F41.1 Trastorno de ansiedad generalizada [300.02]
	F34.1 Trastorno distímico, de inicio temprano [300.4]
Eje II:	F60.2 Trastorno Antisocial de la Personalidad [301.7]
Eje III:	Ninguno.
Eje IV:	Problemas familiares (primos)
	Hacinamiento
	Disertación escolar
	Arresto por posesión de droga
Eje V:	EEAG = 28 (al inicio)
	EEAG = 40 (al final)

1.3. Resultados Descriptivos

GRÁFICA No. 1: Distribución de Puntuaciones Pre-Test y Pos-Test en la Escala de Ansiedad de Beck.

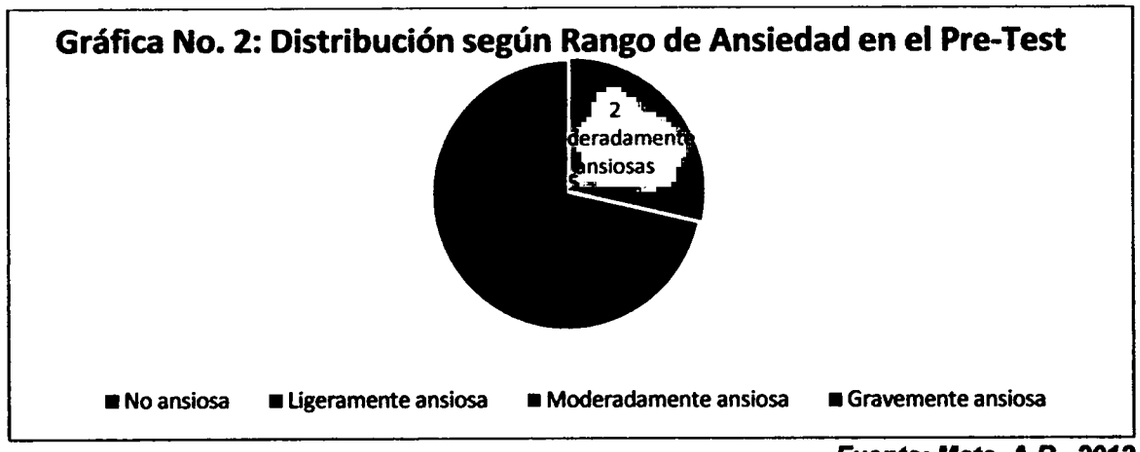


	1	2	3	4	5	6	7
Pre test Ansiedad	24	49	34	30	19	42	57
Post test Ansiedad	12	42	16	19	15	28	36

Fuente: Mata, A.R., 2012

En la **Gráfica No. 1**, se puede observar, que las puntuaciones en la Escala de Ansiedad de Beck bajaron después de aplicado el Programa de Terapia Cognitiva Conductual de Grupo.

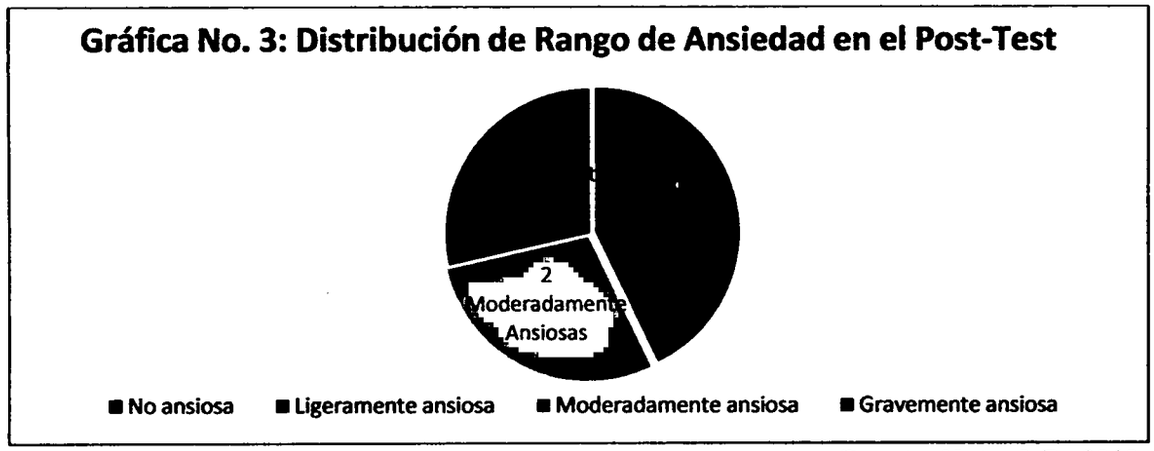
GRÁFICA No. 2: Distribución según Rango de Ansiedad en el Pre-Test de la Escala de Ansiedad de Beck.



Fuente: Mata, A.R., 2012

En la **Gráfica No. 2**, donde se detallan los datos del Pre-Test en la Escala de Ansiedad de Beck, se aprecia que de los siete casos, 5 están en el rango de gravemente ansiosa y 2 son moderadamente ansiosa. No hay casos dentro del rango de no ansiosa, ni de ligeramente ansiosa, por lo que nos da una idea de una población que padece una ansiedad significativa.

GRÁFICA No. 3: Distribución según Rango de Ansiedad en el Post-Test de la Escala de Ansiedad de Beck.



Fuente: Mata, A.R., 2012

En la **Gráfica No. 3**, puede apreciarse que ahora sólo quedaron 2 gravemente ansiosas, 2 moderadamente ansiosas y hay 3 ligeramente ansiosas. En el siguiente cuadro se podrá conocer quiénes fueron las pasaron a otro rango y quiénes se mantuvieron.

CUADRO No.3: Rangos de Ansiedad en el Pre-Test y Post-Test de la Escala de Ansiedad de Beck.

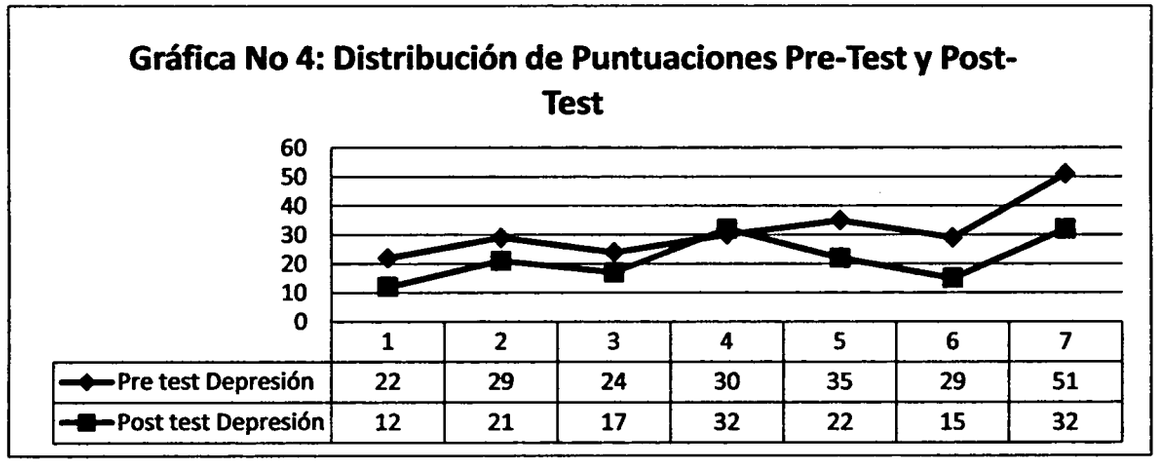
SUJETO	PRE-TEST	POST-TEST	EVOLUCIÓN
1	M.A.	L.A.	↘
2	G.A.	G.A.	≈
3	G.A.	L.A.	↘
4	G.A.	M.A.	↘
5	M.A.	L.A.	↘
6	G.A.	M.A.	↘
7	G.A.	G.A.	≈

G.A.: Gravemente ansiosa
M.A.: Moderadamente ansiosa
L.A.: Ligeramente ansiosa

Fuente: Mata, A.R., 2012

Después de la intervención hubo un cambio reflejado en el **Cuadro No. 3**, que son los rangos de ansiedad que arrojaron los Post-Tests y refleja una variación en donde 2 que estaban gravemente ansiosas pudieron mejorar su ansiedad bajando al nivel de moderadamente ansiosas y una de las gravemente ansiosa pasaron a ligeramente ansiosas y las 2 que eran moderadamente ansiosas bajaron al rango de ligeramente ansiosas. Las otras dos que marcaban en el rango de gravemente ansiosas mejoraron, pero no lograron salir de ese rango.

GRÁFICA No. 4: Distribución de Puntuaciones Pre-Test y Post-Test en el Inventario de Depresión de Beck.

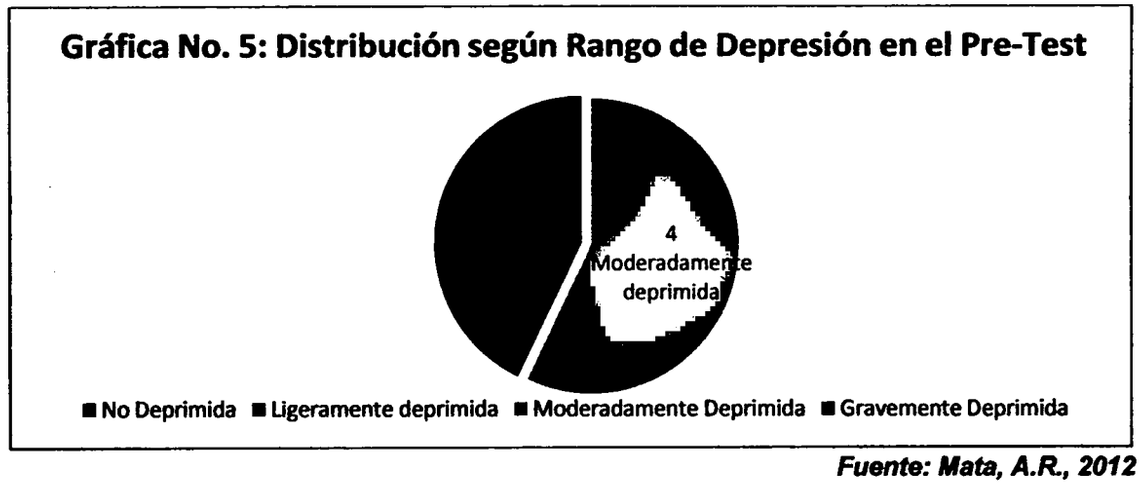


	1	2	3	4	5	6	7
Pre test Depresión	22	29	24	30	35	29	51
Post test Depresión	12	21	17	32	22	15	32

Fuente: Mata, A.R., 2012

En la **Gráfica No. 4**, las puntuaciones en el Inventario de Depresión de Beck bajaron después de aplicado el Programa de Terapia Cognitiva Conductual de Grupo, aunque una de las reclusas aumentó en su puntuación.

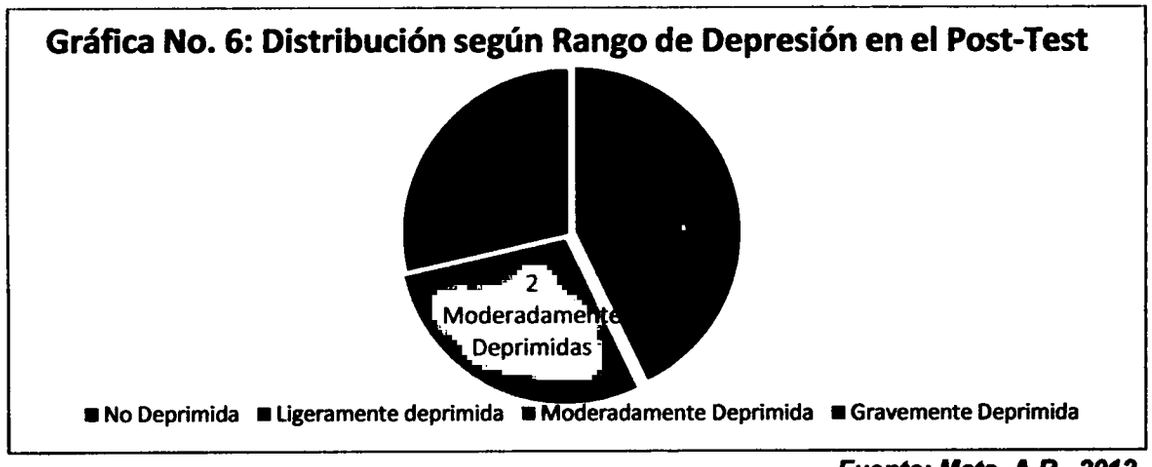
GRÁFICA No. 5: Distribución según Rango de Depresión en el Pre-Test del Inventario de Depresión de Beck.



Fuente: Mata, A.R., 2012

En la **Gráfica No. 5**, donde se presentan los datos obtenidos en el Pre-Test, 3 casos eran gravemente deprimidas y 4 eran moderadamente deprimidas. No hubo casos de no deprimida, ni de ligeramente deprimida, por lo que nos da una idea de una población que padece una depresión severa.

GRÁFICA No. 6: Distribución según Rango de Depresión en el Post-Test del Inventario de Depresión de Beck.



Fuente: Mata, A.R., 2012

En la **gráfica No. 6**, se observa la variación en el Post-Test en comparación con el pre-test y ahora sólo hay 2 gravemente deprimidas, 2 moderadamente deprimidas y 3 ligeramente deprimidas. En el siguiente cuadro se podrá apreciar mejor, quiénes variaron de rango y quiénes no.

CUADRO No. 4: Rangos de Depresion en el Pre-Test y Post-Test del Inventario de Depresión de Beck.

SUJETO	ANTES	DESPUÉS	EVOLUCIÓN
1	M.D.	L.D.	↘
2	M.D.	M.D.	≈
3	M.D.	L.D.	↘
4	G.D.	G.D.	≈
5	G.D.	M.D.	↘
6	M.D.	L.D.	↘
7	G.D.	G.D.	≈

G.D.: Gravemente deprimida
M.D.: Moderadamente deprimida
L.D.: Ligeramente deprimida

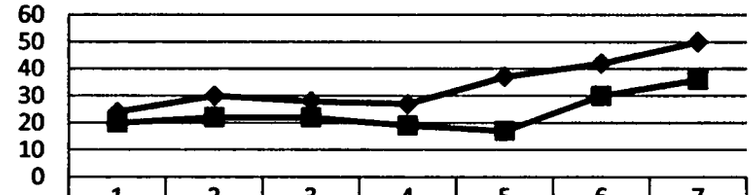
Fuente: Mata, A.R., 2012

Después de la intervención se ve un cambio reflejado en el Cuadro No. 4, donde 1 que estaba gravemente deprimida, baja a moderadamente deprimida, 3 de las que estaba moderadamente deprimida antes de la intervención ahora están ligeramente deprimidas. Sin embargo, las otras 2 que estaban antes gravemente deprimidas, se mantuvieron en ese rango y 1 que estaba moderadamente deprimida se mantuvo dentro de moderadamente.

Entre las pruebas aplicadas, se utilizó el Cuestionario Estructural Tetradimensional para la Depresión (CET-DE), que evalúa la depresión en cuatro dimensiones: humor depresivo, anergía, discomunicación y la ritmopatía. A continuación, las puntuaciones en los pre-Test y pos-Test del humor depresivo.

GRÁFICA No. 7: Distribución de Puntuaciones de Humor Depresivo en el Pre-Test y Post-Test del CET-DE.

Gráfica No. 7: Distribución de Puntuaciones de Humor Depresivo en el Pre-Test y Post-Test



	1	2	3	4	5	6	7
Pre test Humor Depresivo	24	30	28	27	37	42	50
Post test Humor Depresivo	20	22	22	19	17	30	36

Fuente: Mata, A.R., 2012

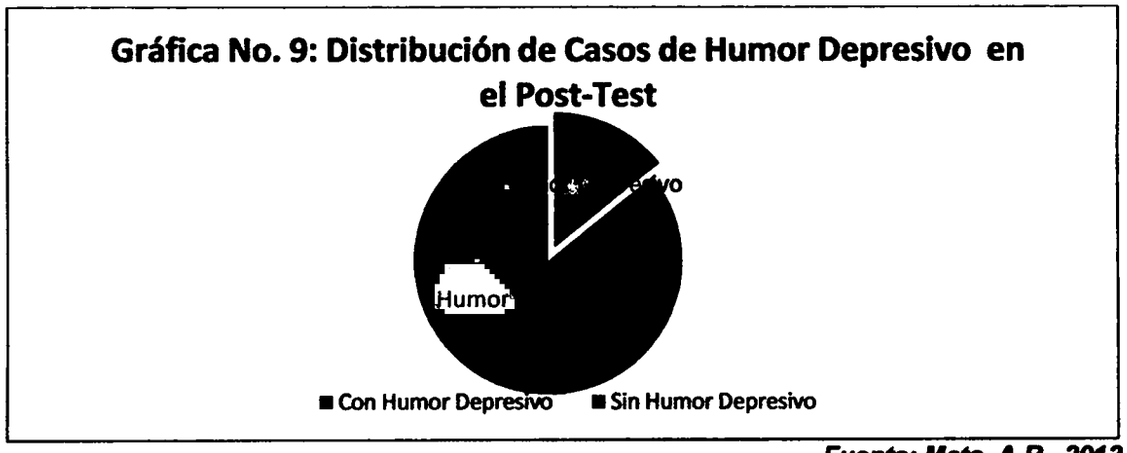
En la **gráfica No. 7,** se puede apreciar que hubo una disminución en las puntuaciones después de la intervención. Más adelante, se determinará, que tan efectiva fue dicha intervención en la mejoría de los síntomas.

GRÁFICA No. 8: Distribución de Casos de Humor Depresivo en el Pre-Test del CET-DE.

Gráfica No. 8: Distribución de Casos de Humor Depresivo en el Pre-Test

Fuente: Mata, A.R., 2012

GRÁFICA No. 9: Distribución de Casos de Humor Depresivo en el Post-Test del CET-DE.

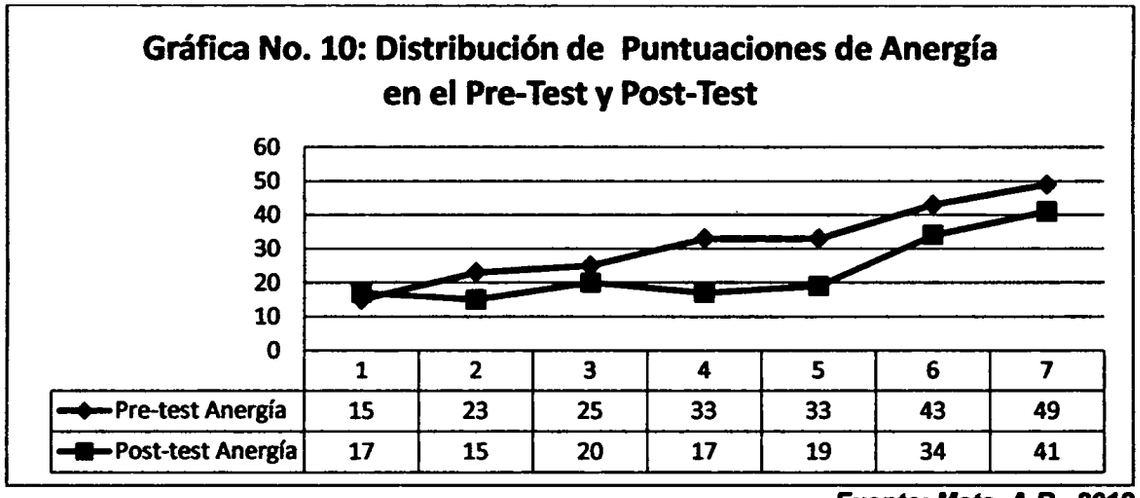


Fuente: Mata, A.R., 2012

En la dimensión de Humor Depresivo del CET-DE, se pudo ver que antes de la intervención, 3 casos marcaron humor depresivo y 4 sin humor depresivo, representado en la **Gráfica No. 8.**

En la **Gráfica No. 9**, se representa esa clasificación después de la aplicación del Programa de Terapia Cognitiva Conductual de Grupo, observándose que de los tres casos con humor depresivo, 2 lograron superarlo, mientras que 1 se mantuvo con dicha afección.

GRÁFICA No. 10: Distribución de Puntuaciones de Anergía en el Pre-Test y Post-Test del CET-DE.

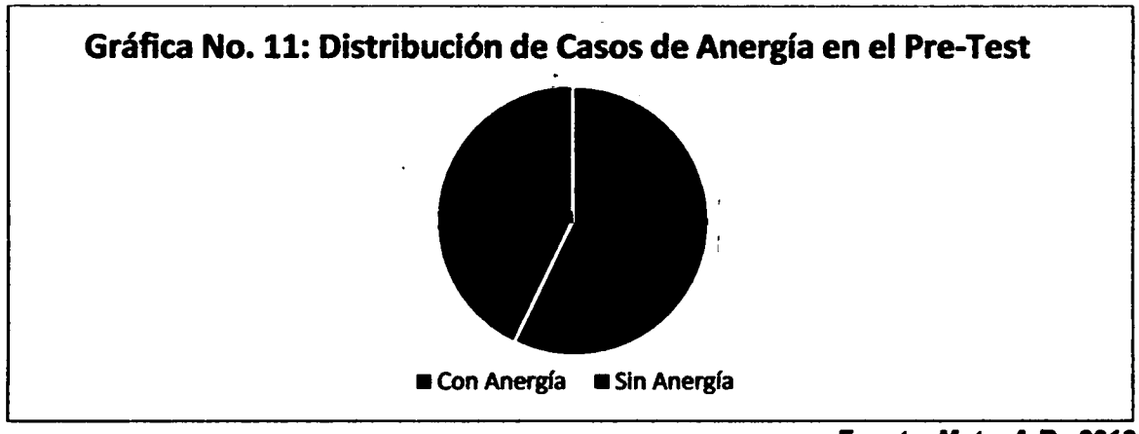


	1	2	3	4	5	6	7
Pre-test Anergía	15	23	25	33	33	43	49
Post-test Anergía	17	15	20	17	19	34	41

Fuente: Mata, A.R., 2012

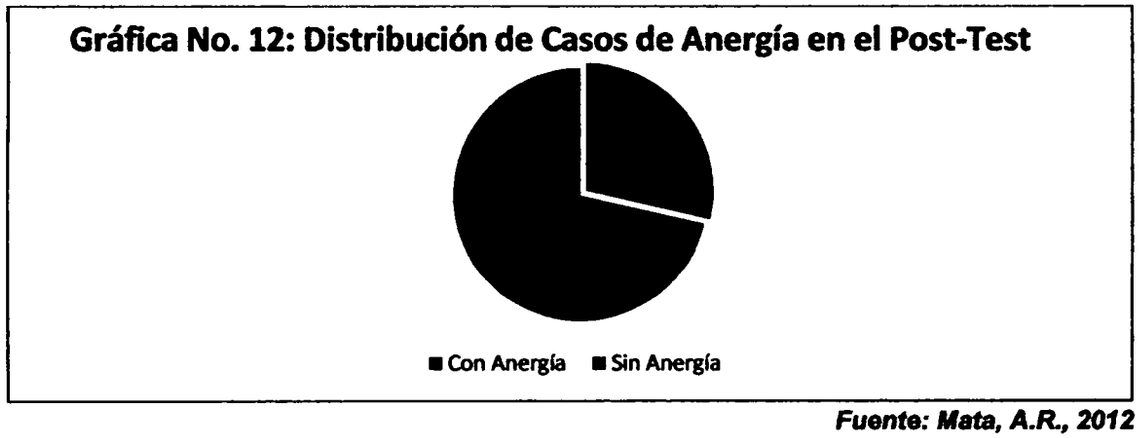
En la **Gráfica No. 10** se mostraron las puntuaciones Pre-Test y Post-Test de la Dimensión de Anergía, que es una de las cuatro dimensiones que evalúa el Cuestionario Estructural Tetradimencional de la Depresión (CET-DE). Se observa una disminución de puntuaciones en 6 de los 7 casos, pero en un caso, aumenta.

GRÁFICA No. 11: Distribución de Casos de Anergía en el Pre-Test del CET-DE.



Fuente: Mata, A.R., 2012

GRÁFICA No. 12: Distribución de Casos de Anergía en el Post-Test del CET-DE.



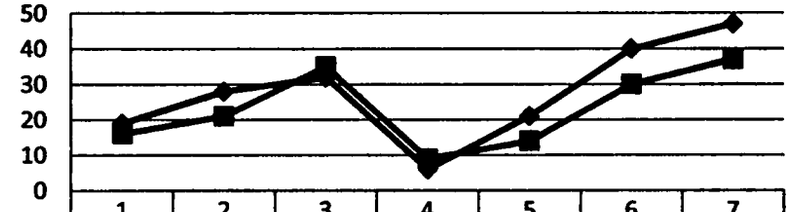
Fuente: Mata, A.R., 2012

En la dimensión de Anergía antes de la intervención, 4 casos marcaban presencia de anergía y 3 sin anergía como se podrá apreciar en la **Gráfica No. 11.**

Después de la aplicación del Programa de Terapia Cognitiva Conductual de Grupo, de estos 4 casos que sufrían de anergía, 2 lograron superarlo y 2 se mantuvieron con dicha afección. **(Gráfica No. 12).**

GRÁFICA No. 13: Distribución de Puntuaciones de Discomunicación en el Pre-Test y Post-Test del CET-DE.

Gráfica No. 13: Distribución de Puntuaciones de Discomunicación en el Pre-Test y Post-Test



	1	2	3	4	5	6	7
Pre test Discomunicación	19	28	32	6	21	40	47
Post test Discomunicación	16	21	35	9	14	30	37

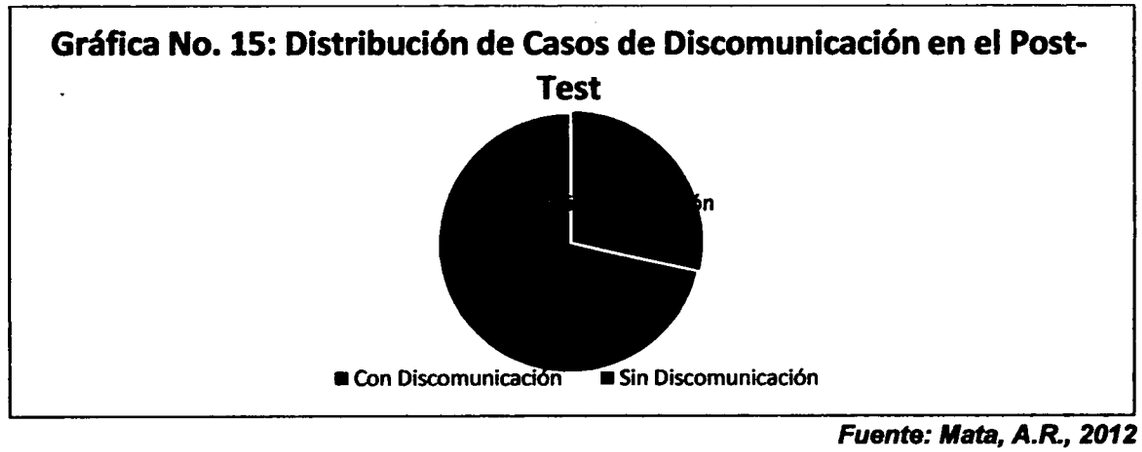
Fuente: Mata, A.R., 2012

Según esta última gráfica **(Gráfica No. 13)** la distribución de puntuaciones Post-Test que representa la discomunicación no mejoraron mucho comparándolo con el pre-test. En 2 casos, hubo un aumento en las puntuaciones indicando que la dimensión de la discomunicación se vio más afectada después de la intervención.

GRÁFICA No. 14: Distribución de Casos de Discomunicación en el Pre-Test del CET-DE.

Fuente: Mata, A.R., 2012

GRÁFICA No. 15: Distribución de Casos de Discomunicación en el Post-Test del CET-DE.



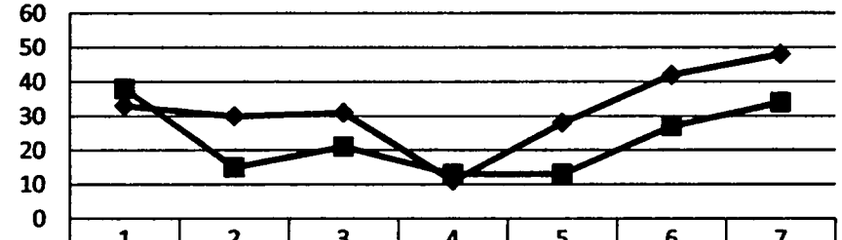
Fuente: Mata, A.R., 2012

A pesar que 2 casos no resultaron beneficiados para una mejora en la descomunicación, de los 3 casos que se encontraban en la dimensión de discomunicación antes de la intervención, mostrada en la **gráfica No. 14**, un caso logró salir de ese rango, y pasar a la sin discomunicación, mientras que dos

se mantuvieron con dicha afección después de aplicada la psicoterapia cognitiva conductual de grupo, tal y como se ve en la **gráfica No. 15.**

GRÁFICA No. 16: Distribución de Puntuaciones de Ritmopatía en el Pre-Test y Post-Test del CET-DE.

Gráfica No. 16: Distribución de Puntuaciones de Ritmopatía en el Pre-Test y Post-Test

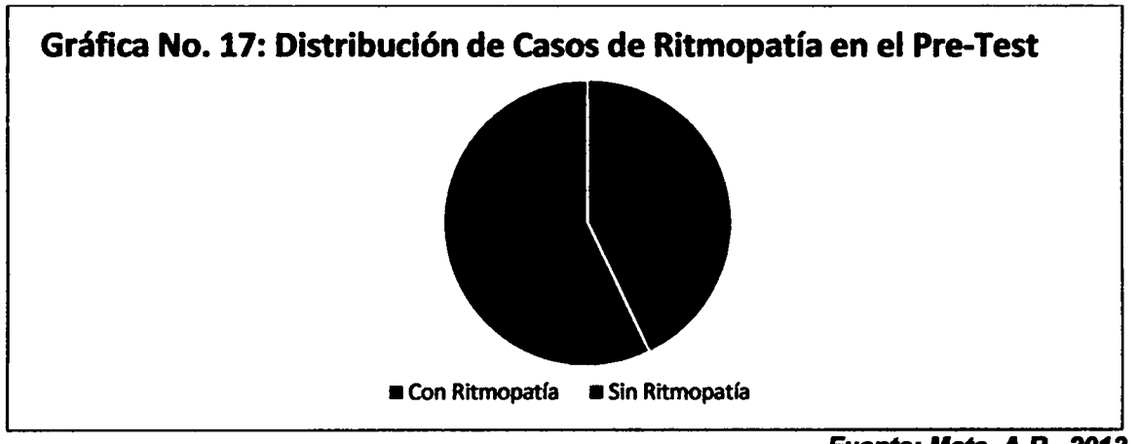


	1	2	3	4	5	6	7
Pre test Ritmopatía	33	30	31	11	28	42	48
Post test Ritmopatía	38	15	21	13	13	27	34

Fuente: Mata, A.R., 2012

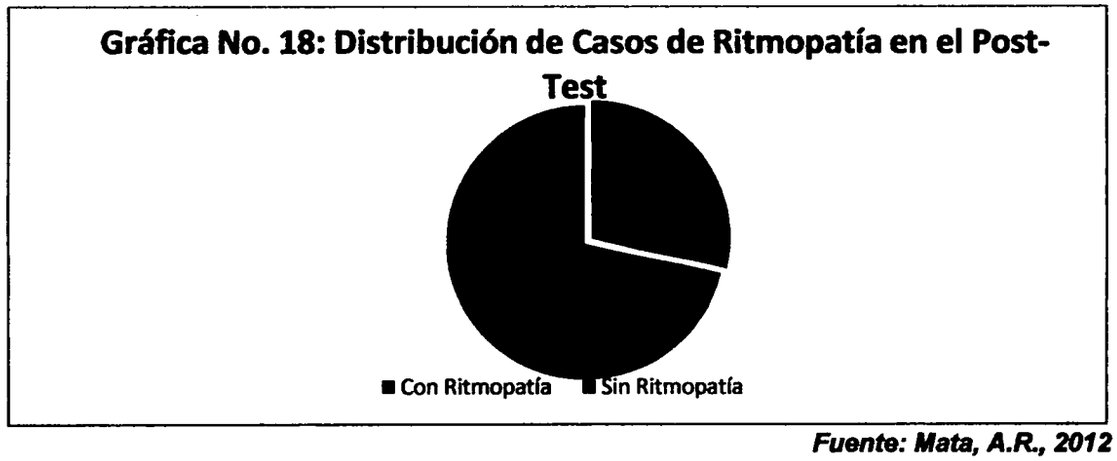
En la **gráfica No. 16** se muestra la distribución de las puntuaciones arrojadas por la prueba CET.DE en la dimensión de la ritmopatía. 2 Casos no mejoraron después de la intervención.

GRÁFICA No. 17: Distribución de Casos de Ritmopatía en el Pre-Test del CET-DE.



Fuente: Mata, A.R., 2012

GRÁFICA No. 18: Distribución de Casos de Ritmopatía en el Post-Test del CET-DE.



Fuente: Mata, A.R., 2012

En la **gráfica No. 17** se presentan los casos con ritmopatía y sin ritmopatía. Antes de la intervención se ven 3 casos que tienen ritmopatías y después de la aplicación del Programa de Terapia Cognitiva Conductual de Grupo, uno de

esos 3 casos mejora y pasa a no presentar ritmopatía, pero 2 casos siguen manteniéndose con dicha afección, como se representa en la **gráfica No. 18.**

CUADRO No. 5: Distribución de Puntuaciones según caso y dimensión en el Pre-Test del CET-DE.

Nombre/Dimensión	Humor Depresivo	Anergía	Discomunicación	Ritmopatía	Total Puntos/Caso
"1"	24	15	19	33	91
"2"	30	23	28	30	111
"3"	28	25	32	31	116
"4"	27	33	6	11	77
"5"	37	33	21	28	119
"6"	42	43	40	42	167
"7"	50	49	47	48	194
Total Puntos/dimensión	238	221	193	223	

Fuente: Mata, A.R., 2012

En el **Cuadro No. 5**, los números que están en rojos, son aquellas puntuaciones que las participantes arrojaron y que entraban en esas dimensiones. Se aprecian que fueron 13 entre los siete casos los detallados en el Pre-Test del CET-DE.

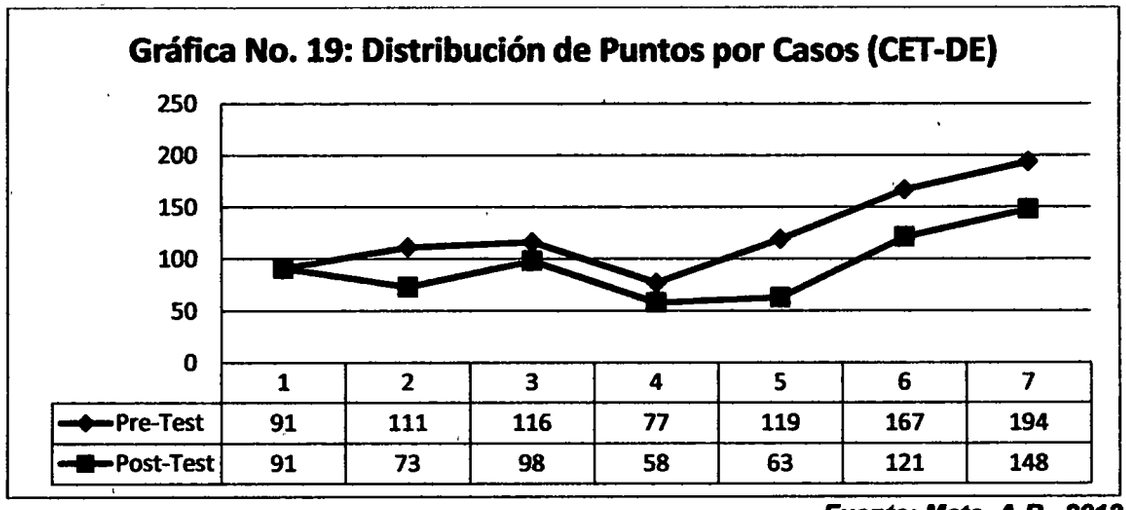
CUADRO No. 6: Distribución de Puntuaciones según caso y dimensión en el Post-Test del CET-DE.

Nombre/ Dimensión	Humor Depresivo	Anergía	Discomunic.	Ritmopatia	Total Puntos/Caso
"1"	20	17	16	38	91
"2"	22	15	21	15	73
"3"	22	20	35	21	98
"4"	19	17	9	13	58
"5"	17	19	14	13	63
"6"	30	34	30	27	121
"7"	36	41	37	34	148
Total Puntos/dimensión	166	163	162	161	

Fuente: Mata, A.R., 2012

Después de la intervención puede verse que ahora son siete dimensiones en los resultados arrojados por la prueba CET-DE entre los siete casos, por lo que a simple inspección puede verse una mejoría después de aplicado el Programa de Terapia Cognitiva Conductual **(Cuadro No. 6).**

GRÁFICA No. 19: Distribución de Puntos por Casos del CET-DE.



	1	2	3	4	5	6	7
Pre-Test	91	111	116	77	119	167	194
Post-Test	91	73	98	58	63	121	148

Fuente: Mata, A.R., 2012

En la **gráfica No. 19** se distribuyen las puntuaciones que resultaron de la sumatoria de las puntuaciones de las cuatro dimensiones de cada una de las participantes, tanto para antes como para después de la aplicación del programa con el objetivo de conocer la gravedad de depresión de cada una y comparar a manera general qué tanta mejoría se da después del tratamiento. Mientras más alto es la puntuación, más afectada está la persona.

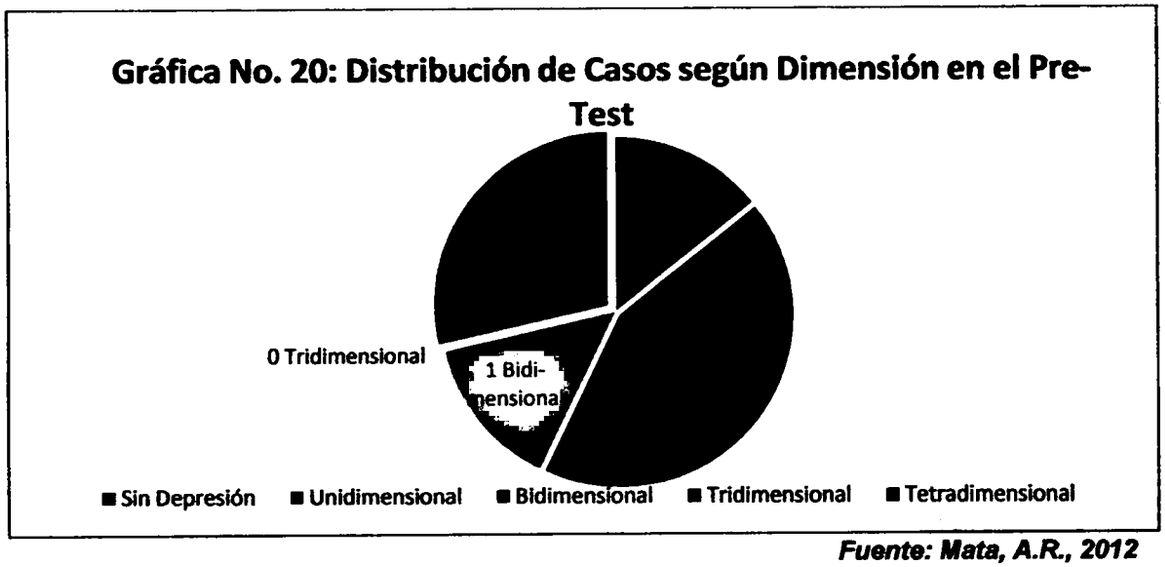
En todos los casos se ve una mejoría, a excepción de 1 caso que se mantiene igual. Esta fue No. 1, que no mejoró, manteniendo sus puntuaciones en el Pre-Test y Post-Test iguales.

No. 5, fue la que mejoró más notablemente en el grupo con una disminución en sus puntuaciones de 56 puntos después de haber recibido el tratamiento

En el Pre-Test la que se encontraba mayor afectada era No. 7, quien logra mejorar, bajando 46 puntos, aunque al final del tratamiento, sigue siendo la mayor afectada.

Según el Pre-Test, la menos afectada era No. 4, quien al final de la Terapia Cognitiva Conductual logra seguir siendo la de puntuaciones más bajas.

GRÁFICA No. 20: Distribución de Casos según Dimensión en el Pre-Test del CET-DE.

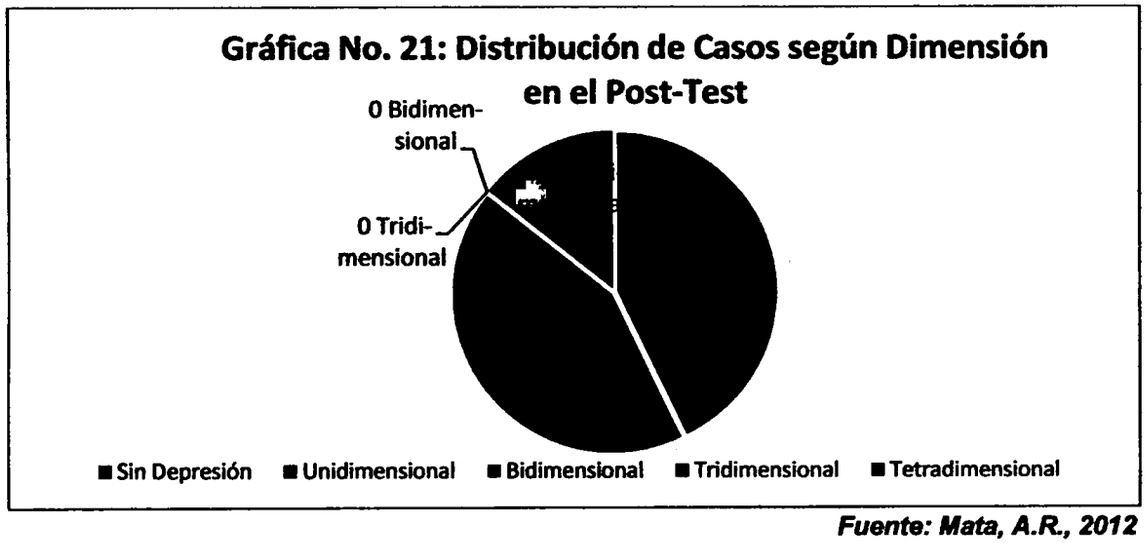


Fuente: Mata, A.R., 2012

En la **gráfica No. 20** se refleja la distribución de las dimensiones por caso. Es decir, que muestra la cantidad de dimensiones de depresión en la que se encontraba cada caso antes de la intervención. Para ello, hay que recordar que para que un caso caiga dentro de una dimensión debe tener un puntaje por encima de 32 puntos. Sólo había un caso que no presentaba ninguna dimensión

de la depresión. De acuerdo al CET-DE, ella no se encontraba deprimida, pero participó en el Programa de Terapia Cognitiva Conductual de Grupo porque en el inventario de la Depresión de Beck y en la entrevista clínica si mostraba una marcada depresión. En los pre-test, 3 Casos se encontraban en una dimensión de depresión, un caso se encontraba en dos dimensiones, ningún caso estaba en tridimensional y 2 casos eran tetradimensionales (4 dimensiones).

GRÁFICA No. 21: Distribución de Casos según Dimensión en el Post-Test del CET-DE.



Fuente: Mata, A.R., 2012

Después de aplicado el Programa de Terapia Cognitiva Conductual de Grupo hubo una variación en las dimensiones en las que se encontraban los casos, tal **y como se mostró en la gráfica No. 21.**

Para que se tenga una mayor comprensión, a continuación se presentará un cuadro que detallará cómo fue la evolución en este aspecto.

Cuadro No. 7: Distribución de casos según dimensión en el Pre-Test y Post-Test del CET-DE

SUJETO	ANTES	DESPUÉS	EVOLUCIÓN
1	Unid.	Unid.	≈
2	Sin	Sin	≈
3	Unid.	Unid.	≈
4	Unid.	Sin	↘
5	Bid.	Sin	↘
6	Tetrad.	Unid.	↘
7	Tetrad.	Tetrad.	≈

Fuente: Mata, A.R., 2012

Sin.: **Sin depresión**
Unid.: **Unidimensional**
Bid.: **Bidimensional**
Tri.: **Tridimensional**
Tetrad.: **Tetradimensional**

De los 2 casos tetradimensionales, uno se mantiene allí y el otro baja a ser un caso unidimensional, saliendo de tres dimensiones y quedándose sólo en la dimensión de anergía.

Del caso que estaba en el bidimensional, que correspondía a las dimensiones de humor depresivo y anergía, sale para quedar en ninguna dimensión.

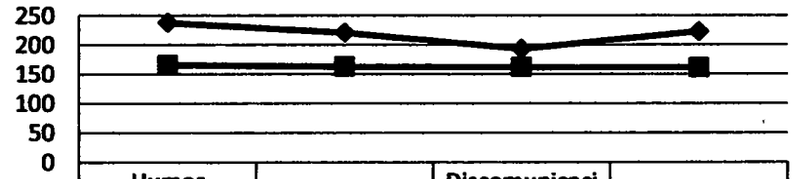
De los 3 casos unidimensionales, 2 casos que se encontraban en la dimensión de la ritmopatía y discomunicación respectivamente, siguen manteniéndose en

esas dimensiones después de la intervención. Y el caso que se encontraba en anergía, sí logra superarlo saliendo de esa unidimensión.

El caso que no se encontraba en ninguna dimensión, sigue manteniéndose allí, después de la psicoterapia cognitiva conductual de grupo.

GRÁFICA No. 22: Distribución de Puntos según Dimensión (CET-DE).

Gráfica No. 22: Distribución de Puntos según Dimensión (CET-DE)



	Humor Depresivo	Anergía	Discomunicación	Ritmopatia
Pre Test según dimensión (CET-DE)	238	221	193	223
Pos test según dimensión (CET-DE)	166	163	162	161

Fuente: Mata, A.R., 2012

En la gráfica anterior **(Gráfica No. 22)** se hizo una distribución de los resultados que surgieron de la sumatoria de todos los puntajes de los 7 casos por dimensión en el Pre-Test y Pos-Test del CET-DE.

Antes de la intervención se puede notar que la dimensión más afectada fue la de humor depresivo y la menos afectada o la que se padecía en menor grado era la discomunicación.

Después de la aplicación de la terapia, se logra ver una mejoría en las puntuaciones de las dimensiones, manteniéndose como la más afectada la de humor depresivo, aunque fue la que presentó mayor variación entre sus puntajes antes del tratamiento y después del tratamiento con una disminución de 72 puntos. La que quedó menos afectada al finalizar la intervención fue la ritmopatía.

La que presentó menos variación fue la de discomunicación, que tan solo tuvo una disminución de 31 puntos.

Es importante resaltar que todas las dimensiones presentaron un promedio parecido entre sí en el post-test.

2. Pruebas de Hipótesis

Para poder probar o descartar las hipótesis de investigación es necesario utilizar Estadística Inferencial, en este caso, el estadístico de Prueba de Wilcoxon, que es una prueba no paramétrica que permitirá conocer los resultados del Programa de Terapia Cognitiva Conductual de Grupo para la depresión y la ansiedad utilizado por mi persona por ser el más apropiado para realizar las mediciones necesarias, ya que Wilcoxon, compara la mediana de dos muestras relacionadas, en este caso pre-test y post-test y determina si existen diferencias entre ellas, tal y como se hará comparando las diferencias de los datos antes y después del tratamiento.

Las hipótesis planteadas en páginas anteriores, serán resueltas utilizando un nivel de significación que determina que para todo valor de probabilidad igual o menor que 0.05, se podrá aceptar la Ha y rechazar Ho. Y en el caso de todo valor de probabilidad mayor que 0.05, se aceptaría Ho y se rechazaría Ha.

CUADRO No. 8: Datos de Pre-Test y Post-Test de la Escala de Ansiedad de Beck

Z	-2.366	
P	0.018	
ALFA	0.05	
BASADO	Rangos Positivos	
PRUEBA DE LOS RANGOS	Signo de Wilcoxon	
Pre-Test Ansiedad	**Post-Test Ansiedad**	**Diferencias**
24	12	12
49	42	7
34	16	18
30	19	11
19	15	4
42	28	14
57	36	21
	Diferencia Promedio	**12.4**

Fuente: Mata, A.R., 2012

Como el resultado es menor a 0.05, comparando el Pre-Test y el Post-Test en la Escala De Ansiedad de Beck se concluye:

- Existe suficiente evidencia estadística para rechazar la Ho y aceptar la H1.
- Se puede sustentar diferencias entre el Pre-Test y el Post-Test en la Escala de Ansiedad de Beck. Por lo tanto, se puede decir, que los resultados variaron significativamente comparándolos entre antes y después de recibir el tratamiento.
- El Programa de Terapia Cognitiva Conductual de Grupo logró disminuir los rangos de ansiedad de un grupo de mujeres que se encuentran recluidas en el Centro Femenino de Rehabilitación.

CUADRO No. 9: Datos de Pre-Test y Post-Test del Inventario de Depresión de Beck.

Z		-2.197
P		0.028
ALFA		0.05
BASADO		Rangos Positivos
PRUEBA DE LOS RANGOS		Signo de Wilcoxon
Pre-Test Depresión	**Post-Test Depresión**	**Diferencias**
22	12	10
29	21	8
24	17	7
30	32	-2
35	22	13
29	15	14
51	32	19
	Diferencias Promedio	**9.86**

Fuente: Mata, A.R., 2012

Como el resultado es menor a 0.05, comparando el Pre-Test y el Post-Test en el Inventario de Depresión de Beck se concluye:

- Existe suficiente evidencia estadística para rechazar la Ho y aceptar la H2.
- Se puede sustentar diferencias entre el Pre-Test y el Post-Test en el Inventario de Depresión de Beck. Por lo tanto, se puede decir, que los resultados variaron significativamente comparándolos entre antes y después de recibir el tratamiento.
- El Programa de Terapia Cognitiva Conductual de Grupo logró disminuir los rangos de depresión de un grupo de mujeres que se encuentran recluidas en el Centro Femenino de Rehabilitación.

CUADRO No. 10: Datos de Pre-Test y Post-Test de Humor Depresivo del CET-DE

Z		-2.371
P		0.018
ALFA		0.05
BASADO		Rangos Positivos
PRUEBA DE LOS RANGOS		Signo de Wilcoxon
Pre-Test Humor Depresivo	**Post-Test Humor Depresivo**	**Diferencias**
24	20	4
30	22	8
28	22	6
27	19	8
37	17	20
42	30	12
50	36	14
	Diferencias Promedio	**10.29**

Fuente: Mata, A.R., 2012

Como el resultado es menor a 0.05, comparando la dimensión de Humor Depresivo en el Pre-Test y el Post-Test del CET-DE se concluye:

- Existe suficiente evidencia estadística para rechazar la Ho y aceptar la H3.
- Se puede sustentar diferencias en el Humor Depresivo entre el Pre-Test y el Post-Test del CET-DE. Por lo tanto, se puede decir, que los resultados variaron significativamente comparándolos entre antes y después de recibir el tratamiento.
- El Programa de Terapia Cognitiva Conductual de Grupo logró disminuir los rangos de humor depresivo que detalla el CET-DE en un

grupo de mujeres que se encuentran recluidas en el Centro Femenino de Rehabilitación.

CUADRO No. 11: Datos de Pre-Test y Post-Test de Anergía del CET-DE

Z		-2.201
P		0.028
ALFA		0.05
BASADO		Rangos Positivos
PRUEBA DE LOS RANGOS		Signo de Wilcoxon
Pre-Test Anergía	**Post-Test Anergía**	**Diferencias**
15	17	-2
23	15	8
25	20	5
33	17	16
33	19	14
43	34	9
49	41	8
	Diferencias Promedio	**8.29**

Fuente: Mata, A.R., 2012

Como el resultado es menor a 0.05, comparando la Anergía en el Pre-Test y el Post-Test del CET-DE se concluye:

- Existe suficiente evidencia estadística para rechazar la Ho y aceptar la H4.
- Se puede sustentar diferencias en la Anergía entre el Pre-Test y el Post-Test del CET-DE. Por lo tanto, se puede decir, que los resultados variaron significativamente comparándolos entre antes y después de recibir el tratamiento.

- El Programa de Terapia Cognitiva Conductual de Grupo logró disminuir los rangos de anergía que detalla el CET-DE en un grupo de mujeres que se encuentran recluidas en el Centro Femenino de Rehabilitación.

CUADRO No. 12: Datos de Pre-Test y Post-Test de Discomunicación del CET-DE

Z		-1.71
P		0.09
ALFA		0.05
BASADO		Rangos Positivos
PRUEBA DE LOS RANGOS		Signo de Wilcoxon
Pre-Test Discomunicación	**Post-Test Discomunicación**	**Diferencias**
19	16	3
28	21	7
32	35	-3
6	9	-3
21	14	7
40	30	10
47	37	10
	Diferencias Promedio	**4.43**

Fuente: Mata, A.R., 2012

Como el resultado es mayor a 0.05, comparando la Discomunicación en el Pre-Test y el Post-Test del CET-DE se concluye:

- No existe suficiente evidencia estadística para rechazar la Ho por lo que no se puede aceptar la H5.

- No se puede sustentar diferencias significativas en la Discomunicación entre el Pre-Test y el Post-Test del CET-DE. Por lo tanto, se puede decir, que los resultados no variaron significativamente comparándolos entre antes y después de recibir el tratamiento.
- El Programa de Terapia Cognitiva Conductual de Grupo no logró disminuir los rangos de discomunicación que detalla el CET-DE en un grupo de mujeres que se encuentran recluidas en el Centro Femenino de Rehabilitación.

CUADRO No. 13: Datos de Pre-Test y Post-Test de Ritmopatía del CET-DE

Z	-1.87	
P	0.06	
ALFA	0.05	
BASADO	Rangos Positivos	
PRUEBA DE LOS RANGOS	Signo de Wilcoxon	
Pre-Test Ritmopatía	**Post-Test Ritmopatía**	**Diferencias**
33	38	-5
30	15	15
31	21	10
11	13	-2
28	13	15
42	27	15
48	34	14
	Diferencias Promedio	**8.86**

Fuente: Mata, A.R., 2012

Como el resultado es mayor a 0.05, comparando la Ritmopatía en el Pre-Test y el Post-Test del CET-DE se concluye:

- No existe suficiente evidencia estadística para rechazar la Ho por lo que no se puede aceptar la H6.
- No se puede sustentar diferencias significativas en la Ritmopatía entre el Pre-Test y el Post-Test del CET-DE. Por lo tanto, se puede decir, que los resultados no variaron significativamente comparándolos entre antes y después de recibir el tratamiento.
- El Programa de Terapia Cognitiva Conductual de Grupo no logró disminuir los rangos de ritmopatía que detalla el CET-DE en un grupo de mujeres que se encuentran recluidas en el Centro Femenino de Rehabilitación.

El Programa de Terapia Cognitiva Conductual de Grupo aplicado a las reclusas ha logrado dar mejoras significativas en los síntomas de ansiedad y de depresión de las mismas de manera general, aunque no logró mejorar dos de las cuatros dimensiones de la depresión que fueron la discomunicación y la ritmopatía.

CONCLUSIONES

1. El Sistema Penitenciario en nuestro país tiene muchas deficiencias en su objetivo de resocializar a las personas que se encuentran recluidas en sus cárceles y el Centro Femenino de Rehabilitación, no se escapa de esta realidad. Entre esas deficiencias está el de no contar con suficientes profesionales en la psicología que manejen de forma efectiva terapias para disminuir los síntomas de ansiedad y depresión.

2. La ansiedad se ve reflejada en síntomas físicos y psicológicos, en el comportamiento de la persona, en las alteraciones cognitivas y en las distorsiones del desenvolvimiento social. La terapia cognitivo conductual ayuda a que las personas aprenden a reconocer y cambiar patrones de pensamiento y conductas que conducen a sentimientos de ansiedad y a limitar el pensamiento distorsionado mirando las preocupaciones de forma más realista.

3. En la depresión se dan los cambios físicos, la falta de apetito, pérdida del deseo sexual, alteración del sueño, dificultades cognitivas como la pérdida de concentración, de memoria o la dificultad para tomar decisiones, se dan pensamientos derrotistas, baja autoestima y a veces conductas autodestructivas. El modelo cognitivo considera que la depresión surge como consecuencia de los patrones cognitivos negativos. En la actualidad, existen evidencias que

demuestran que la terapia cognitiva conductual de grupo reduce la sintomatología de la depresión.

4. La decisión de trabajar este Programa de Psicoterapia Cognitiva Conductual de manera grupal y no de manera individual se debió a las ventajas que trae consigo el trabajar en grupo que son: el enriquecimientos que se obtiene de la interacción con otras personas, la reducción del aislamiento propio de la terapia individual, el conocer las respuestas psicológicas, emocionales y conductuales del sujeto frente a determinados temas o situaciones, el ser menos costosa y por requerir menos tiempo del que se hubiera necesitado si se hubiera escogido la terapia individual.

5. La terapia cognitiva conductual de grupo es una forma de como tratar la ansiedad y la depresión, es por ello que se utilizó en esta población de mujeres reclusas logrando disminuir los síntomas de la ansiedad, y en cierta medida los de depresión, aunque en esta última, no consiguió disminuir los síntomas en dos de las 4 dimensiones que comprende este trastorno según el CET-De y que fueron anteriormente expuestas.

RECOMENDACIONES

1. Es primordial que las cárceles de nuestro país, incluyendo el Centro Femenino de Rehabilitación contrate más profesionales en psicología para poder que esta población cuente con el apoyo y contención de sus emociones y se les permita a las internas, sobrellevar el tiempo de estadía dentro de los reclusorios y se pueda llevar a cabo una "resocialización" a la sociedad, valga la redundancia, más efectiva.

2. Se debería trabajar el Programa de Psicoterapia Cognitiva Conductual de Grupo en otras modalidades, usando las herramientas cognitivas conductuales para conocer de qué manera puede ser más efectiva tratar la ansiedad y la depresión con las privadas de libertad

3. Se podría manejar mejor el Programa de Terapia Cognitiva Conductual si se realizaran evaluaciones intermedias para llevar un control y así poder conocer la efectividad del tratamiento en un plazo mayor.

4. Fuera conveniente extender el número de sesiones para darle más profundidad a los módulos y que el Programa de Psicoterapia Cognitiva Conductual de Grupo sea más asertiva.

5. Si se realiza este Programa de Terapia Cognitiva Conductual de Grupo nuevamente a mujeres recluidas en un centro penitenciario, fuera recomendable

trabajar con un grupo control para comparar si los cambios que se den son meramente por la participación en el Programa y no por otro factor.

6. Fuera prudente que en una próxima ocasión, se tome en cuenta aplicar más pruebas psicológicas, por lo menos para darle apoyo a las evaluaciones en la ansiedad, que tuvo su deficiencia por ser sólo una, ante las dos pruebas que evaluaban la depresión.

BIBLIOGRAFÍA

I. LIBROS

American Psychiatric Association. (2001). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales.(DSM-IVR).* (4 ed.). Texto revisado. Barcelona, España: Editorial Masson, S.A.

Beck, Judith. (2000). *Terapia Cognitiva: Conceptos Básicos y Algo Más.* Barcelona: Gedisa Editorial.

Bernstein, Douglas, Nietzel, Michael T. (1988). *Introducción a la Psicología Clínica.* México: Mcgraw – Hill.

Castillo del Pino, Carlos. (1966). *Un Estudio sobre la Depresión.* España: Ediciones 62 S/A.

Constitución de Panamá, Ley No. 90 de junio de 1961, *Sistema Penitenciario de Panamá.* Decreto No. 1 de 2 de enero de 1923.

De la Gándara, M. y Fuertes, J.C. (1999). *Ansiedad y Angustia: Causas, Síntomas y Tratamiento.* Madrid: Pirámide.

Derugetis, Leonard y Wise, Thomas N. (1996). *Trastornos Depresivos y de Ansiedad.* España: Ediciones Martínez Roca.

Echevería, Enrique. (1985). *Avances en el Tratamiento Psicológico.* España: Ediciones Pirámide, S.A.

Ellis, A. (1987). *Entrenamiento en Asertividad.* (1 ed.). España: Editorial Desclée de Brouwer

Kazdin, A. (2001). *Métodos de Investigación en Psicología Clínica.* (3 ed.). México: Pearon Educación.

Kelly, J.A. (1992). *Entrenamiento de las Habilidades Sociales.* (1 ed.) España: Editorial Desclée de Brouwer

Hernandez Sampieri, H. y otros. (2006). *Metodología de la Investigación.* (4 ed.). México: Mcgraw Hill.

Rojas, E. (1989). *La Ansiedad: Cómo diagnosticar y superar el estrés, las fobias y las obsesiones.* Madrid: Ediciones Temas de Hoy.

Sanders, Deidre. (1985). *La Depresión en la Mujer.* España: Ediciones Pirámide, S.A.

Shank, L. y Shaffer, C. (1993). *Manual del Terapeuta para la Terapia Cognitiva Conductual en Grupos.* Bilbao: Desclée de Brouwers.

Yalom, I.D. (1995) *Teoría y Práctica de la Psicoterapia de Grupo.* México: Fondo de Cultura Económica.

Yost, E.B; Beutler, L.E; Corbishley, M.A , Allender, J.R. (1986). *Group Cognitive Therapy. A Treatment Approach for Depressed Older Adults.* Nueva York: Pergamon Press.

II. TESIS

Barrios Pinilla, María I. (2005). *Manejo del Estrés y de la Ansiedad en un Grupo de Pacientes Diabéticos. Un abordaje Cognitivo – Conductual.* Panamá.

Bayo, Obdulia. (1997). *La Pena Privativa de la Libertad y la Crisis de la Prisión.* Panamá.

Carrera Herrera, Dania I. (2002). *Efectos de Una Intervención Grupal en Mujeres Sobrevivientes de Incesto.* Panamá.

Castañeda, Fredesvinda M. (2008). *Propuesta para la Implementación de un Programa para el Fortalecimiento de la Relación Conyugal dirigido a las Privadas de Libertad del Centro Femenino de Rehabilitación Cecilia Orillac de Chiari.* Panamá.

Crespo Rosas, Sergio E. (2008). *Proyecto de Investigación de Trabajo de Graduación "Propuesta de Diseño de un Nuevo Centro Penitenciario".* Panamá.

Dam Maxwell, Roberto A. (2006). La Prisión Abierta como una Modalidad de Readaptación Social del Individuo en Conflicto con la Ley Penal. Panamá.

Donato B, Mariela del Carmen. (2006). *Programa Terapeutico Cognitivo Conductual Orientado al Manejo de la Conducta Asertiva, aplicado a un Grupo de Adolescentes del Sexo Femenino de la Fundación Hogar Niñas de la Capital.* Panamá.

Domínguez Cedeño, Laura J. (2007). *Terapia Cognitiva Conductual para la Reducción de los Síntomas de Estrés y Ansiedad en un Grupo de Pacientes Hipertensos.* Panamá.

Figueroa, Maricruz. (2008). *Rasgos de Personalidad de Privadas de Libertad del Centro de Rehabilitación Femenino Condenadas por Homicidio.* Panamá.

García, Roberto y Flores, Ismael. (2003). *Estudio General Básico para la Estructuración de un Programa de Educación Física en el Centro de Rehabilitación Femenino.* Panamá.

Henry, Georgina M°. (2000). *Principales Causas de la Violencia Manifestada durante las Protestas de las Internas en el Centro Femenino de Rehabilitación de la Ciudad de Panamá en Opinión de 71 internas.* Panamá.

Howard, Richard. (2001). *Terapia Cognitivo – Conductual para la Reducción de la Conducta Agresiva en Niños con Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad.* Panamá.

Jaén, Rolando A. (2000). *Un Programa para Reducir la Ansiedad y la Depresión en Adultos: Una Experiencia de Grupo en la Policlínica del S.S. J.J. Vallarino.* Panamá.

Lucas, Kiddi. (2006). *Eficacia de una Técnica Cognitiva Conductual en la Prevención de la Depresión en Adolescentes.* Panamá.

Madrid Flores, Isaías. (2000). *Intervención Terapéutica en Niños con Depresión.* Panamá.

Matteus Escobar, Jeny. (2004). *Programa de Terapia de Grupo Cognitivo Conductual para Maestros de la Escuela Básica General del IPHE que presentan Síndrome de Bornout.* Panamá.

Monroy Luz C. (2007). *Arteterapia, Depresión y Violencia Intrafamiliar.* Panamá.

Sánchez Madrid, Carlos I. (2004). *Una Intervención Terapéutica en los Adolescentes con Ansiedad y Depresión.* Panamá.

Serrano Mayorga, Katia L. (2004). *Aplicación de Psicoterapia Grupal como Alternativa de Trastorno a un Grupo de Alternadoras del Área Metropolitana de Salud, que presentan Depresión Clínicamente Significativa*. Panamá.

III. INTERNET

ACTAD, (n.d.). *¿Qué es la Depresión?*. Obtenida el 23 de agosto de 2011 en http://www.actad.org/actad_cas/que_es_depresion.php

Antonini, Celia. (n.d.) *Causas de la Depresión*. Obtenida el 27 de julio de 2011 en http://www.respuestasaladepresion.com/causas/causas.php

Antonini, Celia. (n.d.).*Causas de la Depresión*. Obtenida el 27 de julio de 2011 en http://www.respuestasaladepresion.com/diagnostico/diagnostico.php

Balaguer Fort, Gemma (2006). *Ansiedad: el porqué de los síntomas*. Clínica de la Ansiedad. Barcelona y Madrid. Psicólogos especialistas en el tratamiento de la ansiedad. Obtenida el 28 de julio de 2011 en http://www.clinicadeansiedad.com/Documento.asp?doc=216

Barrios, Ana María (2009). *Terapia Cognitiva paraTrastorno Bipoloar*. Obtenida el 12 de mayo de 2012 en http://anambarrios.wordpress.com/2009/05/27/terapia-cognitiva-para-transtorno-bipolar/

Berganza, Carlos. (2012). *Manual Latinoamericano de la Terapia Cognitiva Conductual. Capítulo 6: El Modelo Cognitivo en el Tratamiento de la Depresión.* Obtenida el 12 de agosto de 2012 en http://es.scribd.com/doc/52294173/6/capitulo-6-el-modelo-cognitivo-en-el-tratamiento-de-la-depresion

Buenas Tareas. (2011). *Sistema Penitenciario de Panamá.* Obtenida el 8 de agosto de 2012 en http://www.buenastareas.com/ensayos/Sistema-Peniteciario-De-Panama/3208975.html

Cárdenas, Devin. (2010). *Psicología y Calidad de Vida.* Consultorio Psicológico, especializado en diagnóstico, evaluación e intervención Psicoterapéutica. Trastornos de Ansiedad. Obtenida el 29 de mayo de 2011 en http://psicocalidad.blogspot.com/2010/11/trastornos-de-ansiedad.html

Catholic Health Library (n.d.). *Depresión.* Obtenida el 28 de agosto de 2012 en http://www.stayinginshape.com/3chsbuffalo/libv_espanol/m01s.shtml

Cautela, Joseph, Groden June. (n.d.). *Técnicas de Relajación.* Editorial Roca. Obtenida el 10 de mayo de 2009 en http://www.terra.es/personal/acm00000/ejercicios.htm

Centro de Terapia Cognitiva Conductual y Ciencias del Comportamiento. Argentina. (n.d.) *Reestructuración Cognitiva.* Obtenida el 10 de mayo de 2009 en http://www.cognitivoconductual.org/tecter/reestr.htm

Conesa, Xavier. (2004). *La Depresión. Cómo tratarla. Capítulo 42: Terapia de Grupo.* Obtenida el 8 de mayo de 2009 en http://www.mailxmail.com/curso/vida/depresion/capitulo42.htm

Editorial Asegurar Ediciones. (2008). *Depresión en el Hombre y la Mujer. Epidemiología de la Depresión.* Obtenida el 13 de agosto de 2012 en http://depresion-hoy.blogspot.com/2008/09/epidemiologa-de-la-depresin.html

García Díez, Ana. (2004). *Ansiedad.* Especialista en Medicina Interna. Hospital de Asturias Oviedo. España. Obtenida el 10 de agosto de 2011 en http://www.lasalud.com/pacientes/ansiedad.htm

García Higuera, José A. (2007). *Asertividad.* Centro de Psicología Clínica y Psicoterapia. Obtenida el 10 de agosto de 2011 en http://www.psicoterapeutas.com/pacientes/desensibilizacion.htm

García Higuera, José A. (2011). *Tratamiento de la Ansiedad.* Madrid. Obtenida el 10 de agosto de 2011 en http://www.psicoterapeutas.com/pacientes/asertividad.htm

Garzón, Teófilo. (2009).*Terapia Grupal Cognitiva Conductual.* Otbenida el 13 de agosto de 2012 en http://es.scribd.com/doc/22526975/Terapia-Grupal-Cognitiva-Conductual

Instituto Gubel. (n.d.). *Psicología Cognitiva Tratamientos y Terapias Breves.* Buenos Aires, Argentina. Obtenida el 23 de agosto de 2011 en http://www.hipnosisnet.com.ar/cognitiva-terapia-cognitiva-conductual.htm

Jaén, Rolando. (n.d.). *Terapia Cognitivo – Conductual en el Manejo de la Depresión y Ansiedad.* Obtenida el 9 de junio de 2012 en http://www.psiesa.com/psiesa/docs/4-TCCdelaAnsiedadyDepresion.DOC

La Ansiedad.net (2009). *La Ansiedad: ¿Qué es la Ansiedad?* Obtenida el 11 de agosto de 2011 en http://www.laansiedad.net/

Loayza, Antonio. (2005). *El Sistema Penitenciario Panameño.* Obtenido el 10 de agosto de 2012 en http://www.cidh.oas.org/PRIVADAS/Seminario/Seminario.III.i.pdf

Marsellach, Gloria. (2002). *La Reestructuración Cognitiva. El Psicólogo en la Red.* Obtenida en 10 de mayo de 2009 en http://psicologoenlared.org/articulos/re_cognitiva.htm

Mckay M; Davis, M, Fanning, P. (n.d.) *Técnicas para el Tratamiento del Estrés.* Obtenida el 8 de febrero de 2011 en http://www.forofs.com/La-Reestructuracion-Cognitiva-h5.htm

Parra, Sergio. (2012). *La Depresión afecta más a los países ricos...y a los cerebros hiperactivos.* Obtenida el 20 de julio de 2012 en

http://www.xatakaciencia.com/salud/la-depresion-afecta-mas-a-los-paises-ricos-y-a-los-cerebros-hiperactivos

Ruíz Sánchez, Juan J. (n.d.). *Manual de Psicoterapia Cognitiva. IV. Aplicaciones Clínicas: Elementos Básicos.* Obtenida el 20 de julio de 2012 en http://www.psicologia-online.com/ESMUbeda/Libros/Manual/manual10.htm

Ruíz Sánchez, Juan J. (2002). *Psicoterapia Adleriana, Cognitiva y Constructivista de Grupo.* España. Obtenida el 12 de junio de 2012 en http://www.cop.es/colegiados/GR00724/14.html

Vivir Mejor. (2010). *Terapia de Grupo.* Obtenida el 29 de mayo de 2011 en http://sentirmebien.com/vivir-mejor/terapia-de-grupo/

Wikipedia. (2012). *La Depresión.* La Enciclopedia Libre. Obtenida el 10 de julio de 2012 en http://es.wikipedia.org/wiki/Depresi%C3%B3n

Wikipedia. (2012). *La Terapia Cognitiva.* La Enciclopedia Libre. Obtenida el 10 de julio de 2012 en http://es.wikipedia.org/wiki/Terapia_cognitiva

ANEXOS

ANEXO No. 1

Contrato de Consentimiento Voluntario

CONTRATO DE CONSENTIMIENTO

VOLUNTARIO

Yo, _____, por medio del presente contrato me comprometo a recibir un tratamiento grupal cognitivo conductual para reducir los síntomas de ansiedad y depresión que padezco.

Al firmarlo me comprometo a asistir puntualmente a las 16 sesiones programadas, dos veces por semana (lunes y jueves) en un horario de 9:00 a.m. a 11 a.m.

Además de participar activamente de las sesiones y cumplir con las tareas que se asignen.

Firma:_____

ANEXO No. 2

REGLAS PARA LAS SESIONES DEL GRUPO

1. LLEGUE A TIEMPO
No deje a los demás miembros del grupo esperando

2. VENGA CADA SEMANA
Al formar parte de
l grupo, usted adquiere un compromiso con él.
Si usted no puede venir mande a avisar que se ausentará, de esta manera podremos informarles al resto del grupo su ausencia.

3. SEA CONSTRUCTIVO (A) EN SUS INTERPRETACIONES
Evite la crítica negativa, proporcione comentarios constructivos.
Ayúdense mutuamente a encontrarle el lado positivo a las cosas.
No se presionen innecesariamente unos a otros.

4. MANTENGA UNA ACTITUD PRÁCTICA
Concéntrese en las soluciones y no en lo mal que parecen estar las cosas.

5. HAGA LA TAREA
Si usted no practica lo que se le enseña en el grupo ahora, entonces, quizás nunca sabrá si estos métodos le podrán ayudar a controlar sus sentimientos de depresión.
Además, si usted no hace la tarea, es más fácil para los otros miembros no hacerla tampoco.
En cambio, si usted la hace, esto animará también a los demás miembros a hacerla.

6. LO QUE SE DICE EN EL GRUPO ES CONFIDENCIAL
No repita nada afuera de lo que se dijo adentro del grupo. Esto se aplica sobre todo a cosas privadas o personales de los otros miembros. Sin embargo, esta bien discutir lo que usted ha aprendido acerca de la ansiedad y de la depresión con otras personas afuera del grupo.

7. TRATE DE SER LO MÁS HONESTO (A) POSIBLE Y EXPRESARSE TAL Y COMO USTED ES Y SIENTE.

ANEXO No. 3

SUGERENCIAS PARA LOS MIEMBROS DEL GRUPO

1. Permita que otros conozcan cuáles son sus ideas.
- Es *importante lo que cada miembro del grupo tiene que decir.*
- El compartir sus pensamientos y reacciones con el grupo estimulará a otros miembros a participar y les ayudará a compartir lo que están pensando.

2. Haga preguntas.
- Si tiene una pregunta o hay algo de lo que quisiera saber más, pregunte. En éste grupo no existen preguntas "tontas" o "estúpidas".
- Es probable que varios miembros del grupo quieran saber lo mismo que usted.

3. No acapare la plática.
- Otros también quieren participar y no podrán si usted acapara la plática.

4. Ayude a otros miembros a participar.
-Si le parece que alguien quisiera decir algo, pero no lo ha dicho anímelo(a) que participe.
- Especialmente los miembros que son callados pueden necesitar su apoyo y aliento para animarse a participar. Sin embargo, no fuerce a las personas a hablar.
- Un miembro no necesita hablar para estar involucrado en lo que está sucediendo en el grupo.

5. Escuche atentamente a los otros miembros.
- Trate de escuchar tan atentamente de tal forma que usted sea capaz de repetir lo que el otro miembro dijo. Usted no estará escuchando atentamente si está pensando en lo que planea decir cuando tenga su oportunidad.
- Trate de entender las ideas de los otros miembros y permítase estar abierto a sus ideas.
- Escuche a los otros de la misma manera en la que usted le gustaría que lo escucharan.

6. Esté abierto al punto de vista de los otros miembros.
- No insista que usted está en lo correcto y todos los demás están mal.

7. Participe en la discusión.
- Si la discusión es confusa para usted, dígalo.

8. En este grupo, esta bien hablar de sus sentimientos y reacciones.

Landretth, G.L. 1973. Group Counseling:
To Structure or no to Structure. The School Counselor

ANEXO No. 4

MÓDULOS

MÓDULO 1 (1° a la 5° Sesión)

Relajación

- **Relajación de Benson**
- **Relajación de Jacobson**

Relajación de Benson

Herbert Benson es uno de los científicos más destacados que iniciaron el estudio de la meditación trascendental, y ha intentado desmitificarla proporcionando las siguientes instrucciones sencillas para conseguir la relajación:

- Sentarse o estirase en silencio en una postura cómoda.
- Cerrar los ojos.
- Relajar a fondo todos los músculos del cuerpo dejándolos "sueltos", apoyados en la superficie donde nos encontremos, como si tuviéramos la sensación de que esa parte nos pesara más de la cuenta.
- Empezar por los pies, pensar que nos están pesando, que se apoyan libremente sobre el sofá, cama, etc., avanzar lenta y progresivamente esta sensación de pesadez con el resto del cuerpo: las piernas, las manos, los brazos, el abdomen (sentir que toda la espalda se apoya relajadamente

sobre la superficie donde nos encontremos) y así hasta los músculos de la cara. Mantenerlos relajados.

- Respirar por la nariz. Tomar conciencia de la respiración. Al aspirar, decirse a sí mismo la palabra "uno", luego "dos", y así progresivamente. Respirar con naturalidad, no profundamente.
- Continuar durante diez a veinte minutos. Pueden abrirse los ojos, para comprobar el tiempo, pero no utilizar un despertador ni un sistema de alarma. Al terminar, permanecer sentado durante algunos minutos más, primero con los ojos cerrados y después abiertos. No levantarse hasta que hayan pasado algunos minutos.
- No preocuparse por conseguir un nivel de relajación profunda. Mantener una actitud pasiva y dejar que la relajación se presente según su propio ritmo. Si aparecen pensamientos perturbadores, debe intentar ignorarlos no ocupándose de ellos y volviendo a repetir "uno". Con la práctica, la respuesta sobrevendrá sin apenas esfuerzo.

Actividad: Se practicó esta técnica de relajación, se discutió cómo se sintieron mediante la aplicación de la misma y después de haber concluida la relajación.

Tarea: Se les indicó a las reclusas que debería practicarse esta técnica una vez al día, pero no durante las dos horas siguientes a una comida, porque los procesos digestivos interfieren en el surgimiento de la respuesta relajante.

Relajación de Jacobson

Esta tecnica consiste en tensar deliberadamente los músculos que se tensan en una situación de ansiedad o temor para posteriormente relajarlos conscientemente. Es muy buena para que con el tiempo y mucho entrenamiento lleguemos a estar completamente seguros de que podemos relajarnos cuando queramos, incluso en situaciones que ahora consideremos imposibles o a evitar a toda costa.

Actividad: Se practicó esta técnica de relajación, se discutió cómo se sintieron mediante la aplicación de la misma y después de haber concluida la relajación.

Tarea: Se les mandó a practicar este ejercicio una veces al día o antes de enfrentarse a una situación estresante que ayudará a mantener un nivel bajo de ansiedad y a perder el miedo a ciertas situaciones.

MÓDULO 2: (6° A 10° Sesión)

La Reestructuración Cognitiva

La reestructuración cognitiva es una técnica psicológica, el objetivo de la cual es identificar, analizar, y modificar las interpretaciones o los pensamientos erróneos que las personas experimentan en determinadas situaciones o que tienen sobre otras personas.

Lo que piensa una persona incide de forma directa en su estado emocional y en su conducta. Para poder hacer frente al estrés y controlar su incidencia es importante controlar lo que se piensa delante de situaciones conflictivas. La aplicación de esta técnica permite identificar las interpretaciones, atribuciones, etc. no adaptativas antes, durante y/o después de una situación conflictiva, evaluar estos pensamientos y buscar alternativas adecuadas.

Las personas tienden a interpretar de forma diferente una situación conflictiva. Estas variaciones dependen de factores individuales (las experiencias anteriores, los propios miedos, las expectativas personales, etc.). Las maneras diferentes de ver una situación llevan a sentir diferentes emociones (miedo, seguridad, etc.) y a que las formas de comportarse ante la situación también varíen. En definitiva, la forma en que se interpreta una situación influye de forma determinante sobre como se vive y por lo tanto sobre el estrés y la ansiedad que se padece.

A continuación se explicará de manera detallada, como llevar a la práctica el procedimiento para desarrollar la técnica de la reestructuración cognitiva que debe comprender los siguientes elementos:

- Identificación de los pensamientos inadecuados
- Evaluación y análisis de estos pensamientos
- Búsqueda de pensamientos alternativos

Primer paso: Identificación de los pensamientos inadecuados: (Identificación de creencias irracionales / Identificación de pensamientos automáticos)

Las personas están constantemente inmersas en un diálogo consigo mismas, aunque no siempre se den cuenta. Una persona puede creer que no está pensando nada en una determinada situación, ya que los pensamientos han estado tan bien aprendidos que llegan a hacerse automáticos (como sucede en algunos actos como conducir un coche o caminar). Esto, en general, es positivo. Sería imposible estar continuamente pendientes de los pensamientos. Aún así, cuando inciden negativamente en la manera de sentir o actuar, es necesario identificarlos para poderlos modificar.

En general los pensamientos (inadecuados) irracionales o automáticos tienden a:

- Extraer conclusiones generales a partir de un pequeño detalle, un hecho aislado o un único incidente.
- Interpretar cualquier hecho o situación de manera extremista o sin término medio.
- Juzgar cualquier situación a partir de valores dogmáticos (prejuicios).
- Culpabilizarse a uno mismo de los errores ajenos o culpar a los otros o a las circunstancias de los errores propios.
- Intentar probar contínuamente que nuestro punto de vista es el único correcto.
- Exagerar las consecuencias de algún acontecimiento desafortunado.
- Minimizar o infravalorar las propias capacidades, etc.

Segundo Paso: Evaluación y análisis de estos pensamientos: (Debate de creencias irracionales / Cuestionamiento de pensamientos automáticos)

Una vez identificados los pensamientos, se tienen que analizar. Una buena manera de hacerlo es mediante preguntas; el hecho de tenerlas que responder mentalmente obliga a reflexionar. El tipo de preguntas tienen que ir encaminadas en plantearse tres ámbitos.

Tipos de preguntas para analizar los pensamientos:

- Analizar hasta que punto los pensamientos se ajustan a la realidad (Objetividad)
- Analizar las consecuencias de los pensamientos (Consecuencias)
- Analizar qué pasaría si lo que se piensa fuese cierto (Relativizar)

De esta manera se verá que hay pensamientos que no son realistas, que dificultan la resolución de la situación y que, aunque fuesen reales, el nivel de gravedad no seria tan alto como parecía en un principio.

Para ayudar a los pacientes, el terapeuta intenta que se replantee lo que piensa a través de una serie de preguntas utilizando el método socrático). según Beck (2000), es aquel que lleva al paciente a determinar la precisión y la utilidad de sus ideas, mediante una revisión cuidadosa de los datos, técnica en la cual se logra un análisis del propio pensamiento y una respuesta adaptativa. Se inicia con varios tipos de preguntas, hasta que los detalles de éstas respuestas se utilicen como base para alcanzar creencias subyacentes, en el sistema cognitivo del paciente.

A continuación se plantean una serie de preguntas, a modo de ejemplo, de cada uno de estos apartados. Se ha de tener en cuenta que son ejemplos generales que se tienen que adaptar a cada situación.

Analizar hasta que punto los pensamientos se ajustan a la realidad:

(Siempre haciéndonos preguntas sobre el hecho en cuestión)

- ¿Tengo evidencias suficientes?
- ¿Qué datos confirman lo que estoy pensando?
- ¿Me hace falta información?
- ¿Me infravaloro?
- ¿Mi interpretación es parcial?
- ¿Exagero?
- ¿Me responsabilizo en exceso?

Analizar las consecuencias de pensar de esta manera:

(Siempre haciéndonos preguntas sobre los propios pensamientos)

- ¿Me sirve de algo pensar en ello todo el tiempo?
- ¿Me ayuda el darle vueltas y más vueltas?
- ¿Cómo incide mi forma de pensar en mis relaciones sociales/familiares? ¿En mi trabajo? ¿En mi estado de ánimo?

Analizar qué pasaría si lo que se pensara fuese cierto:

(Siempre con preguntas)

- Me gustaría que las cosas fuesen de otra manera pero... ¿Sería trascendente para mi?
- ¿Sería un contratiempo o seria una cosa realmente grave?
- ¿Sería una circunstancia desagradable o insuperable?
- ¿Me afectaría durante un periodo de tiempo (un mes, dos meses, un año) o durante toda mi vida?
- ¿Me podrían pasar cosas más graves? ¿Cuáles?

Tercer Paso: Búsqueda de pensamientos alternativos:

El último paso del procedimiento es la búsqueda de formas alternativas de interpretar la situación que reflejen de manera inadecuada la realidad. Es muy importante tener claro que no se trata de engañarse, sinó de ver las cosas de la forma más realista posible para afrontarlas adecuadamente.

Para encontrar pensamientos alternativos pueden ser de utilidad las siguientes preguntas:

- ¿Es esta la única manera posible de ver la realidad?
- ¿Hay otras maneras de hacerlo? ¿Cuáles?
- ¿Qué le diría a un amigo que tuviera estos tipos de pensamientos?
- ¿Qué me diría un amigo o un familiar? ¿Por qué?
- ¿Podría hacer alguna cosa más productiva para afrontarlo que darle vueltas al mismo tema una y otra vez? ¿Qué?

- ¿Qué probabilidades hay que estas formas sean las más adecuadas?
- ¿Tienen más probabilidades de ayudarme a conseguir mis objetivos que la forma inicial de plantearme la situación?
- ¿Tienen más probabilidades de conseguir mejorar mi estado de ánimo?
- ¿Tienen más probabilidades de incidir positivamente en mi manera de actuar?

Actividad:

Se intentó enseñarles a las participantes las formas alternativas de pensar como medio para combatir los problemas derivados del estado de ánimo (depresión, ansiedad) y los trastornos conductuales. Los patrones disfuncionales o distorcionados de pensamientos son identificados y se les enseñó métodos que les van a permitir desafiar sus pensamientos automáticos negativos y sustituirlos por respuestas más racionales. Para ello se trabajo autoregistros de pensamientos automáticos.

Tarea:

- Lectura del tema
- Anotación en los autoregistros de pensamientos automáticos

MÓDULO 3: (11° - 14°)

Habilidades Sociales y Asertividad

Habilidades Sociales

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

De aquí podemos sacar varia ideas de gran interés para la vida diaria:

1. Contexto interpersonal: Hay que examinar el contexto, con quién, cuando cómo se emiten las respuestas habilidosas.
2. Respetando las conductas de los demás: Tan habilidoso es expresar un cumplido cómo aceptarlo de la forma adecuada. La forma como reaccionamos a las conductas de los demás tiene siempre sus consecuencias.
3. Resuelve y minimiza problemas: Las habilidades sociales están orientadas a un objetivo. Estos objetivos pueden ser de varios tipos:
    a. Objetivos materiales - Efectividad en los objetivos (Ej. conseguir que nos den un premio)

b. Objetivos de mantener o mejorar la relación - Efectividad de la relación (Ej. no tener un conflicto con la madre)
c. Objetivo de mantener la autoestima - Efectividad en el respecto a uno mismo (Ej. no sentirnos inferiores si no nos lo conceden ni criticarnos por ello)

Las habilidades sociales, como cualquier otra competencia humana, pueden mejorarse a través de un aprendizaje adecuado. A continuación un análisis de los elementos que componen las conductas habilidosas:

La mirada

Podemos definir una mirada como el mirar a una persona a los ojos o a la zona superior de la cara (zona que rodea los ojos). No es ningún secreto que las miradas son un canal de información paralelo al lenguaje hablado y hay que saber utilizarlas para que los dos canales estén sincronizados. La forma en que miramos es muy importante en la interacción con los demás. Tanto que puede afianzar, quitar importancia o desmentir aquello que nuestros labios están diciendo. Como se ha dicho algunas veces "los ojos tienen su propio lenguaje".

Si miramos a nuestro interlocutor conseguiremos mayor respuesta que si estamos mirando hacia otro lado, esto es un indicativo de que seguimos la conversación y de que nos interesa. Sin embargo hay que tener en cuenta que un exceso de contacto ocular muy fijo y continuo puede resultar molesto a nuestro interlocutor.

Si retiramos la mirada estamos indicando desinterés, timidez, sumisión o sentimientos de superioridad. Son muchos los estudios que indican que la gente que mira más es vista como más agradable (un extremo de esto son los enamorados, donde se da la mayor frecuencia de contacto ocular).

La distancia interpersonal

Según el análisis que hace Edward T. Hall (1959) sobre el tema existirían distintas zonas:

a. Distancia íntima (0-50 cm): En esta persona se sitúan las personas amadas y familiares.
b. Distancia personal (50-125 cm): Es el espacio personal de cada uno, una especie de esfera protectora que nos gusta mantener entre nosotros y el resto de los individuos.
c. Distancia social (1,25-3,5 m): Distancia que se usa para trabajar en equipo o en relaciones sociales ocasionales.
d. Distancia pública (Más de 3,5 m): Distancia que nos gusta mantener con los desconocidos (al caminar por la calle).

Hay situaciones en las que no se respetan estas distancias o la persona se sitúa en una distancia que no le corresponde, entonces nos sentimos incómodos. Esto se produce en los dos sentidos, tanto si un desconocido se sitúa en nuestra distancia personal como si una persona muy cercana (nuestro esposo o esposa) se mantiene alejado de nosotros y evita el acercamiento.

La postura

La postura es la posición que adoptan los miembros (brazos y piernas) de una persona con respecto a cuerpo, los cual influye en la disposición que tiene este en el espacio. La postura de nuestro cuerpo es algo que nuestro interlocutor percibe a simple vista y que con lleva un mensaje.

Cruzar los brazos

El tener los brazos cruzados se ha asociado con una actitud defensiva, mientras que la distención y relajación de los brazos trasmite una actitud confiada. El mantener una conversación con alguien que mantiene sus brazos cruzados puede indicarnos que la persona no pretende cambiar sus planteamientos.

Son muchos los aspectos posturales que se han asociado con un mensaje. La inclinación de nuestro cuerpo hacia el interlocutor suele ser interpretado por este como muestra de atención y acercamiento, mientras que estar echado hacia atrás en la silla indica desinterés o rechazo.

Actividad: Se realizaron psicodramas utilizando los elementos expuestos para el desarrollo de habilidades sociales.

Tarea: Lectura sobre el tema

La Asertividad

La Asertividad se define como: "la habilidad de expresar nuestros deseos de una manera amable, franca, abierta, directa y adecuada, logrando decir lo que queremos sin atentar contra los demás. Negociando con ellos su cumplimiento".

Está en el tercer vértice de un triángulo en el que los otros dos son la pasividad y la agresividad. Situados en el vértice de la pasividad evitamos decir o pedir lo que queremos o nos gusta, en la agresividad lo hacemos de forma tan violenta que nos descalificamos nosotros mismos

Emplear la asertividad es saber pedir, saber negarse, negociar y ser flexible para poder conseguir lo que se quiere, respetando los derechos del otro y expresando nuestros sentimientos de forma clara. La asertividad consiste también en hacer y recibir cumplidos, y en hacer y aceptar quejas.

El elemento básico de la asertividad consiste en atreverse a mostrar nuestros deseos de forma amable, franca, etc., pero el punto fundamental consiste en lanzarse y atreverse, pero de forma adecuada para que nadie se puede ofender. Pero cuando la ansiedad y el miedo son demasiado grandes hasta el punto de que nos dificultan o impiden expresar nuestros deseos, hemos de plantearnos una estrategia para superarla.

Para poder ejercitar la asertividad tenemos que tener capacidad de negociación. En la negociación se intenta conseguir lo que se quiere con el beneplácito del otro, que lógicamente también va a tener algunos beneficios.

La realización de una negociación comprende varias fases.

1° Fase de preparación:

En ella tenemos que pensar la estrategia que tenemos que seguir en el encuentro con el otro en el que se va a plantear los problemas y se va a hacer la negociación propiamente dicha.

Para poder conseguir cualquier cosa tenemos que saber como hacerlo y para ello hay que prepararse. Ir a un encuentro sin tener una mínima guía de comportamiento, cuando, además, no somos negociadores experimentados, nos expone a no lograr para nada los objetivos que perseguimos. Por tanto hay que preparar lo que se va a decir y a hacer en la negociación cara a cara con el otro.

2° Fase de preparación personal

Se trata de una fase previa, para evitar caer en la pasividad o en la agresividad, necesaria para tener muy claros los objetivos que perseguimos en el encuentro. Es lo que nos motiva a la negociación. Cuando negociamos tenemos que tener la vista puesta en nuestros objetivos. Hay algunas cosas que nos pueden distraer de ellos y hacernos fracasar. Por ejemplo, nuestra emoción. No podemos confundir la emoción con el objetivo.

Nos gustaría quedar bien, pero normalmente ese no es el objetivo. Nos gustaría machacar al otro, pero así no lograremos lo que realmente queremos. Nos gustaría que el otro reconociese que tenemos razón y que él estaba equivocado, pero nos tenemos que preguntar si ese es nuestro objetivo o si así solamente conseguiremos una recompensa de tipo emocional, mientras que nuestro objetivo se pierde. No hay que olvidar la máxima: "lo que cuenta son los hechos y no las palabras". Si nos explayamos y nos descargamos emocionalmente puede que hayamos conseguido una recompensa a corto plazo, pero la pregunta que tenemos que hacernos es si hemos conseguido nuestros objetivos. Hay que huir de juicios de intenciones. Si juzgamos las intenciones de la otra persona y nos basamos en ellas para plantear la relación con el otro, corremos el riesgo de contestar y reaccionar a las intenciones que pensamos que tiene el otro y perdemos de vista nuestros objetivos. Así podemos llegar a ser agresivos o a ser pasivos. Si nos han hecho algo que nos ha dolido y pensamos que lo ha hecho con buenas intenciones, podemos estar tentados de dejarlo pasar y no decir nada. Si juzgamos que lo ha hecho con mala intención, vamos a atacar su "maldad" y no los hechos y seremos agresivos. En una negociación no se trata de agredir y someter al otro, aunque lo veamos como un rival. Hay que darle una salida, más o menos airosa porque si no se revolverá contra nosotros. Querer que nos reconozca lo equivocado que está y se someta completamente a nuestros deseos puede ser un objetivo emocional, que compense la humillación que hemos sentido, pero ¿es realmente nuestro objetivo? Sí tenemos que

intentar entender que cosas son las pueden motivar al otro para hacer lo que nosotros queremos que haga.

Tenemos que pensar en como crear la oportunidad de la negociación. Si es algo pendiente desde hace mucho tiempo y que queremos abordar, hay que buscar al otro y plantear un tiempo y un espacio en el que se pueda dar la negociación. Es lo primero que tenemos que conseguir del otro. Sin ellos no se consigue, no es posible hacer la negociación. En muchas ocasiones no hay que buscar la oportunidad, es la propia situación en la que se genera el problema. Pero en ella nos puede ocurrir que cuando el otro se va es cuando se nos ocurre aquello teníamos que haber dicho. "Siempre hay una segunda oportunidad aunque haya que crearla. Crear la oportunidad es buscar al otro y plantear, aunque sea por enésima vez, el tema que nos ocupa. Cualquier frase introductoria como decirle, "de lo que hablamos ayer me gustaría comentarte algo" o frases parecidas para iniciar la conversación son ayudas inestimables para crear la oportunidad. Con los objetivos claros podemos controlar nuestra agresividad y motivarnos para dejar de ser pasivos, con la oportunidad creada y el entendimiento de lo que el otro espera podemos preparar el momento concreto de la negociación.

3° Preparación del diálogo

Sin perder de vista que lo importante es lo que hagamos y lo que decimos solamente puede ser una guía para que el otro sepa cuales van a ser nuestros siguientes pasos, tenemos que preparar aquello que vamos a decirle. El diálogo

que tengamos con él tiene que cumplir los siguientes requisitos para ser un diálogo asertivo:

1. Describir los hechos concretos. Se trata de poner una base firme a la negociación, en la que no pueda haber discusión. Cuando describimos hechos que han ocurrido el otro no puede negarlos y así podemos partir de ellos para discutir y hacer los planteamientos precisos. En este punto es donde más tenemos que evitar hacer los juicios de intenciones. No se trata de decir "eres un vago" sino decir, "vengo observando que te levantas desde hace ya varias semanas a la hora de comer". Diremos me has dicho 10 veces "no sirves para nada" en lugar de "me quieres denigrar y hundir".

2. Manifestar nuestros sentimientos y pensamientos. Es decir comunicar de forma contundente y clara como nos hace sentir aquello que ha ocurrido y que juicio moral o de pensamiento nos despierta. Es el momento de decir "estoy hasta las narices de esta situación y no la soporto más", o "me he sentido humillado y denigrado". Hay que recordar que no se trata de que el otro lo encuentre justificado o no. Le puede parecer desproporcionado, o injusto, pero es lo que nosotros sentimos y tenemos derecho a hacerlo así, no aceptaremos ninguna descalificación, defenderemos nuestro derecho a sentirnos tal y como le decimos. Le estamos informando, no le

pedimos que nos entienda o nos comprenda, por eso no puede descalificarnos ni aceptaremos críticas a nuestros sentimientos.

3. Pedir de forma concreta y operativa lo que queremos que haga. No se trata de hablar de forma general o genérica, "quiero que seas más educado", "quiero que me respetes" "quiero que no seas vago"; sino que hay que ser concreto y operativo: "quiero que quites los pies de mi mesa", "quiero que cuando hablo me mires a los ojos y contestes a lo que te pregunto", "quiero que estudies tres horas diarias". Son conductas concretas que el otro puede entender y hacer.

4. Especificar las consecuencias. Es decir, aquello que va a ocurrir cuando haga lo que se le ha pedido. Se le podría plantear también las consecuencias que tendrá para él no hacerlo, pero es preferible especificar lo que va a obtener de forma positiva. De otra manera lo que planteamos es un castigo y los castigos son mucho menos efectivos que los premios o refuerzos. Muchas veces se trata solamente de una forma de presentación, hay que tener en cuenta que frecuentemente algo que puede ser planteado como un castigo, si no lo hace, se puede ver como algo positivo si lo hace. "Si no lo haces tendrás un castigo" se puede convertir en "Si lo haces evitarás que haga lo que no quiero hacer que es lo que supone un castigo para ti, que es algo que, por supuesto, yo tengo

que hacer para ser consecuente con mis objetivos y los sentimientos que ya he expresado".

Actividad: En estas sesiones se hicieron representaciones de psicodramas, utilizando la asertividad en una situación determinada. Se les solicitó que relataran alguna situación en donde hayan sido asertivas o hubiesen deseado serlo.

Tarea: Lectura del tema

MÓDULO 4: (14° – 16°)

Resolución de Problemas y Cierre.

Se basa en el entrenamiento para resolver futuros problemas y facilitar el desarrollo del autocontrol. Sus programas implican determinar los patrones de pensamiento y estrategias en situaciones estresantes, y enseñarles autodeclaraciones más productivas. El terapeuta entrena al paciente a usar estas declaraciones para combatir el estrés y la ansiedad (Serrano, Katia, 2004).

Actividad: Se les mandó a hacer una lista de todos los problemas que tengan y que siempre están pensando en ellos. Por cada problema, debían anotar lo siguiente:

- ¿Quien tiene el problema?

-¿Quién sufre las consecuencias?

- ¿Quién es el responsable para remediarlo?

Es importante no asumir todos los problemas, pues muchas veces no son de uno mismo, sino de otros. Si es de uno se acepta y se le da el nivel de prioridad, es decir,

- Se anota el grado de urgencia y la fecha tope para solucionarlo

- Se anota las consecuencias reales y no imaginarias de no solucionarlo,

Se les mandó a dedicar tiempo a los problemas prioritarios y a evitar los que no lo son. Se les dijo que solo pueden solucionar un problema si son capaces de idear una acción apropiada e implementarla; puede ser que necesite conversar con alguien para idear una solución.

Cuando le tocaba a cada participante exponer los problemas, las demás compañeras, hacían lista de las posibles formas de solucionar los mismos. El dueño del problema asignaba una puntuación a las diferentes alternativas de propuestas.

Tareas:

- Lectura del tema

- Debían traer en la siguiente sesión en una hoja blanca las alternativas de alguna decisión que piensa tomar y que anotaran las ventajas y desventajas de cada una. Les expliqué la importancia de escribir todo, porque se puede llegar a un punto, dejarlo cuando no puede más, y resumir después cuando uno se siente más claro, sin perder el hilo, y se pueden manejar decenas de problemas, en lugar de tenerlos bailando en la cabeza, enredándose entre sí.

En un estado de depresión uno se vuelve sedentario, pasivo, cayendo en un círculo vicioso de baja autoestima e inactividad, pobre auto imagen y sentimiento de indiferencia, rechazo y hasta odio hacia el cuerpo. Romper el círculo vicioso cuesta un esfuerzo justo cuando la depresión le está quitando energía.

Para el cierre se hizo un resumen de toda la experiencia compartida, cada participante expuso lo que más le gustó y lo que no le gustó, se despejaron las dudas que habían quedado y se les brindó un tiempo individual a cada una.

En todas las sesiones se mandaron tareas para que se revisaran y discutieran en las reuniones siguientes. Siempre se les facilitaba el material expuesto de cada día para su lectura y para despejar dudas y ampliar con comentarios el material de la sesión anterior.