

Grupo Cognitivo Conductual Para Personas Con Depresión: Una Experiencia De Trabajo Social Del Hospital San Juan De Dios

Licda. Patricia Francesa*
Licda. Fidelina Nuñez Aguilar

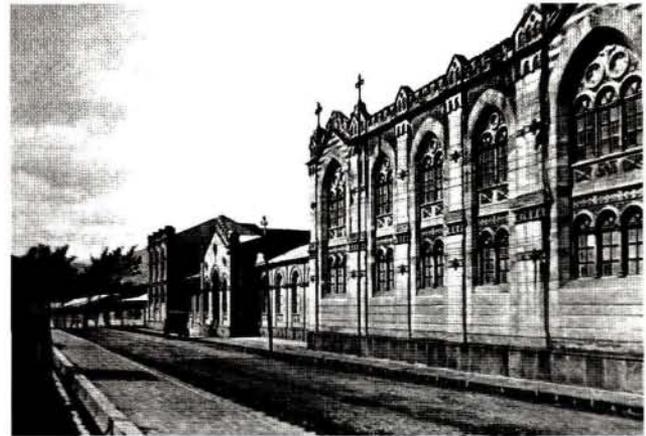
1. INTRODUCCIÓN

El presente artículo tiene como propósito, dar a conocer la experiencia desarrollada por Trabajo Social del área de Psiquiatría del Hospital San Juan de Dios con un grupo terapéutico para personas con depresión, utilizando el enfoque cognitivo conductual.

La realización del proceso terapéutico fue el resultado de la fase práctica de un seminario conducido por la Master Ana Josefina Güell Durán, sobre Terapia Cognitiva Conductual, el cual tuvo una duración de un año y contó con la participación de varias profesionales del Servicio de Trabajo Social del HSJD. El producto de este seminario es precisamente lo que se pretende compartir con la comunidad de las y los profesionales de Trabajo Social, especialmente con los lectores de esta Revista.

En el desarrollo del proceso grupal se produjo una interacción entre las terapeutas y co-terapeutas, conductoras de esta experiencia por una parte, con las y los integrantes del grupo, por otra. En efecto se logró establecer un clima de confianza, colaboración y empatía, lo cual posibilitó y favoreció el éxito del proceso terapéutico.

Asimismo, desde el momento de la preparación (elaboración del proyecto, estructuración de las sesiones, evaluación de la dinámica de cada una de las sesiones, discusión de la metodología y técnicas a utilizar) y hasta la culminación (evaluación final) del proceso grupal, se contó con la supervisión de la profesional facilitadora del seminario y con la participación de profesionales, quienes aportaron sugerencias y a su vez participaron como observadoras en las sesiones programadas.



La experiencia desarrollada fue de gran riqueza y difícilmente podremos traducir en este artículo las lecciones aprendidas; sin embargo es nuestro deseo compartir de manera sucinta los aspectos que hemos considerado de mayor relevancia.

El artículo consta en su primera parte de una conceptualización sobre la depresión: aspectos generales y características que presenta una persona con esta patología; el segundo apartado rescata los aspectos teórico – metodológicos de la Terapia Cognitiva Conductual para personas con depresión, para finalmente culminar con la experiencia vivida específicamente con las y los integrantes del grupo terapéutico.

2. LA DEPRESIÓN: ASPECTOS GENERALES

2.1. LA DEPRESIÓN: UNA ENFERMEDAD DEL ALMA

La depresión es una enfermedad grave y potencialmente letal que según el Instituto Nacional

*Licenciadas en Trabajo Social del Hospital San Juan de Dios

de la Salud Mental (NIMH, por sus siglas en inglés), "afecta el organismo (cerebro), el ánimo y la manera de pensar. Afecta la forma en que una persona come y duerme. Afecta cómo uno se valora a sí mismo (auto – estima) y la forma en que uno piensa" (NIMH, 2004). Se puede afirmar que esta enfermedad afecta el cuerpo, la mente y el alma de la persona. Interfiere negativa y significativamente con la forma en que la persona se relaciona con el mundo, consigo mismo y su círculo social más próximo. Además, la forma en cómo interpreta su ambiente natural y los acontecimientos que le rodean (Puchol, 2005).

Otros autores (Moreno, Sánchez, 2002) entienden la depresión, como un trastorno del estado de ánimo en el cual éste se desplaza hacia la tristeza y la persona nota una considerable disminución de energía e interés en la mayoría de las actividades de la vida diaria, que la limitan para desarrollarlas como lo hacía hasta ese momento, acompañado de un notable pesimismo que no corresponde con el carácter habitual del paciente. Estos cambios originan un deterioro de su funcionamiento interpersonal y una pérdida de interés en los que le rodean. También disminuye el interés en su faceta laboral, puede dejar de ir a trabajar y supone, en ocasiones, la pérdida del puesto de trabajo. El paciente puede abandonar hábitos de higiene y alimentación que previamente hacía sin ningún esfuerzo, y dejar de lado sus pasatiempos y actividades placenteras que tanto le gustaban hasta ese momento.

La depresión es un estado cualitativamente diferente de la tristeza ocasional, o de un "estado de ánimo decaído" de carácter transitorio. Con frecuencia se utiliza el término depresión de manera inadecuada, lo que provoca que sea malinterpretado por la mayoría de las personas. La estigmatización y el desconocimiento asociado a las enfermedades mentales persisten incluso entre los profesionales de la salud.

La depresión no indica debilidad personal. Asimismo no es una condición de la cual una persona puede liberarse a voluntad, quienes sufren de un trastorno depresivo no pueden decir simplemente "ya basta, me voy a poner bien". Sin tratamiento, los síntomas pueden tener una duración de semanas, meses e incluso años. Sin embargo, la mayoría de las personas con este diagnóstico puede mejorar con un tratamiento adecuado.

De acuerdo con Beck et al. (1983), los signos y síntomas de los pacientes diagnosticados clínicamente

con depresión pueden identificarse y subdividirse en afectivos, conductuales, cognitivos, somáticos y motivacionales.

Según Beck (prólogo del libro de Burns, 1990: 11), "el individuo deprimido se ve a sí mismo como un "perdedor", como una persona inadaptada, destinada a la frustración, la carencia, la humillación y el fracaso". De ahí concluye Beck "la depresión debe incluir una perturbación del pensamiento: la persona deprimida piensa de manera idiosincrásica y negativa sobre sí misma, su ambiente y su futuro. Esta tendencia mental pesimista afecta su estado de ánimo, su motivación y sus relaciones con los demás, y culmina en el cuadro de síntomas físicos y psicológicos típico de la depresión."

Para Burns (1990) la depresión es el resultado de un pensamiento negativo distorsionado. Las actitudes pesimistas ilógicas son las que desempeñan la función principal en la aparición y el mantenimiento de todos sus síntomas. En cualquier episodio depresivo y en toda emoción dolorosa siempre se haya presente un pensamiento negativo intenso.

Algunos tipos de depresión tienden a afectar a distintos miembros de la misma familia, lo cual sugeriría que se puede heredar una predisposición biológica. Esto parece darse en el caso del trastorno bipolar. Los estudios de familias con miembros que padecen del trastorno bipolar en cada generación, han encontrado que aquellos que se enferman tienen una constitución genética algo diferente de quienes no se enferman. Sin embargo, no todos los que tienen la predisposición genética para el trastorno bipolar lo padecen. Al parecer, hay otros factores adicionales que contribuyen a que se desencadene la enfermedad: posiblemente tensiones en la vida, problemas de familia, trabajo o estudio (Strock, 2001).

En algunas familias la depresión severa se presenta generación tras generación. Sin embargo, la depresión severa también puede afectar a personas que no tienen una historia familiar de depresión. Sea hereditario o no, el trastorno depresivo severo está a menudo asociado con cambios en las estructuras o funciones cerebrales (Strock, 2001).

Las personas con poca autoestima se perciben a sí mismas y perciben al mundo en forma pesimista. Las personas con poca autoestima y que se abrumen fácilmente por el estrés están predispuestas a la de-

presión. No se sabe con certeza si esto representa una predisposición psicológica o una etapa temprana de la enfermedad (Strock, 2001).

En los últimos años, la investigación científica ha demostrado que algunas enfermedades físicas pueden acarrear problemas mentales. Según Strock (2001), las enfermedades tales 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 período de recuperación. La pérdida de un ser querido, los problemas en una relación personal, los problemas económicos, o cualquier situación estresante en la vida (situaciones deseadas o no deseadas) también pueden precipitar un episodio depresivo. Las causas de los trastornos depresivos generalmente incluyen una combinación de factores genéticos, psicológicos y ambientales. Después del episodio inicial, otros episodios depresivos casi siempre son desencadenados por un estrés leve, e incluso pueden ocurrir sin que haya una situación de estrés.

2.2. EPIDEMIOLOGIA

Según, Glick Ira D (1999), "La enfermedad depresiva es una condición muy común que en algún momento de la vida, afecta a por lo menos el 5% de la población general de más de 18 años de edad. Es más común entre las mujeres que entre los hombres. Aquí cabría preguntarse el por qué son más las mujeres que sufren depresión. Una combinación de factores hormonales y de género podría ayudar a explicar este fenómeno. Factores hormonales podrían contribuir a la tasa más alta de depresión en la mujer; los cambios del ciclo menstrual, el embarazo, el aborto, el período de posparto, la premenopausia y la menopausia. Además de que el proceso de socialización entre hombres y mujeres es diferente, y muchas mujeres tienen más estrés por las responsabilidades en el cuidado de los niños, el mantenimiento del hogar y un empleo. Algunas mujeres tienen una mayor carga de responsabilidad por ser madres solteras o por asumir el cuidado de padres ancianos.

La depresión es profundamente discapacitadora; afecta adversamente la capacidad laboral, produce fracturas en la vida social y familiar. La discapacidad que se manifiesta en los casos severos de depresión excede

la que acompaña a las enfermedades crónicas como la como la diabetes o la hipertensión. La depresión puede ser letal, "por lo menos el 15% de los pacientes con depresión tienen la expectativa de acabar cometiendo suicidio...." (Puchol, 2005).

En la actualidad, se estima que afecta a más de 340 millones de personas en todo el mundo. Es el trastorno psicológico con mayor prevalencia en el mundo occidental, su expansión e incidencia es creciente en todos los grupos de edad, especialmente entre los más jóvenes. Es más común entre las mujeres que entre los hombres. Se calcula que a lo largo de su ciclo vital entre un 5-12% de los hombres y entre un 10-25% de las mujeres sufrirán al menos algún tipo de trastorno depresivo (Puchol, 2005).

Con este ritmo de crecimiento y progresión, según la OMS, para el año 2020 se convertirá en la segunda causa más importante de incapacidad y muerte, tan sólo superada por las enfermedades cardiovasculares (Puchol, 2005).

En un documento elaborado por el Ministerio de Salud, la Organización Panamericana de la Salud y la Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud (2004), se señala que en Costa Rica, "...la depresión constituyó el segundo lugar de causa de incapacidad laboral y el quinto lugar, otros trastornos de ansiedad.... Los factores psicosociales, particularmente la pobreza, el desempleo, el desarraigo, la violencia doméstica, la soledad, el abandono y las situaciones de pérdida, entre otros, pueden intervenir en la génesis y desencadenamiento de los episodios depresivos".

El estudio citado, informa que "de acuerdo con las encuestas periódicas realizadas por el Departamento de Estadísticas de la CCSS, la depresión viene siendo, desde 1987, el segundo diagnóstico más frecuente entre los egresos hospitalarios psiquiátricos. Ocupó en el año 2001, el primer lugar entre los problemas mentales de adultos asistidos en los consultorios externos de la CCSS y el segundo lugar entre las atenciones psiquiátricas brindadas en las salas de emergencia. Las encuestas de la CCSS realizadas en los años 1996 y 2001, muestran las diferencias entre los géneros en relación con la proporción que se diagnostican los episodios depresivos y otros trastornos afectivos en los servicios de consulta externa, Las proporciones de consultas por las causas anotadas correspondientes al género femenino son consistentemente mayores que las del género masculino".

2.3. TIPOS DE DEPRESIÓN

Al igual que en otras enfermedades, por ejemplo las enfermedades del corazón, existen varios tipos de trastornos depresivos. Los tres tipos más comunes de depresión son: la severa, la distimia y el trastorno bipolar. En cada uno de éstos, el número, la gravedad y la persistencia de los síntomas varían.

Para los fines del artículo interesa destacar la depresión severa o mayor y la distimia, debido a que uno de los criterios para la selección de los participantes para el grupo terapéutico Cognitivo Conductual, para personas con depresión, fue el que tuvieran un diagnóstico médico de depresión mayor y/o distimia.

2.3.1. Depresión Mayor

Se manifiesta por una combinación de síntomas que interfieren con la capacidad para trabajar, estudiar, dormir, comer y disfrutar de actividades que antes eran placenteras. Un episodio de depresión muy incapacitante puede ocurrir sólo una vez en la vida, pero por lo general ocurre varias veces en el curso de la vida (Strock, 2001).

Entre los síntomas más característicos de la depresión mayor se incluyen:

- Un persistente estado de ánimo decaído.
- Una pérdida de interés o de capacidad para experimentar placer por aquellas actividades habituales que con anterioridad sí lo producían.
- Cambios significativos en los niveles de apetito o en el propio peso corporal.
- Modificaciones en los patrones de sueño habitual (*bien por exceso o por defecto*).
- Pérdida de energía.
- Sentimientos de inadecuación o culpa.
- Enlentecimiento físico y apatía.
- Dificultades de concentración.
- Entorpecimiento en las habilidades cognitivas.
- Pensamientos sobre el suicidio o la muerte (Puchol, 2005).

El impacto económico de la depresión mayor es comparable a los producidos por el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA), o los trastornos cardiovasculares. Esto debido a los gastos médicos, la pérdida de productividad en las empresas y otras pérdidas relacionadas (Puchol, 2005).

2.3.2. La Distimia o trastorno depresivo menor

Es una forma menos severa aunque de carácter más crónico que la depresión mayor, es diagnosticada cuando el estado de ánimo depresivo persiste durante al menos dos años en adultos, un año en niños y adolescentes y se encuentra acompañado por al menos otros dos síntomas depresivos.

De acuerdo al Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, de la Asociación Americana de Psiquiatría, DSM-IV (www.Psicología – online. com., 2004), la distimia debe presentar las siguientes pautas diagnósticas:

Estado de ánimo deprimido durante la mayor parte del día, durante al menos dos años.

Presencia, mientras está deprimido de al menos dos o más de los siguientes síntomas:

- Baja auto estima.
- Apetito escaso o excesivo.
- Insomnio o hipersomnia.
- Escasa concentración o dificultad para tomar decisiones.
- Fatiga o poca energía.
- Sentimientos de pesimismo, desesperación o desesperanza.
- Sin un episodio depresivo mayor durante los primeros dos años del trastorno.
- No ha sufrido un episodio maniaco, mixto, hipomaniaco.
- No se debe a los efectos directos de una sustancia psico activa o enfermedad médica.
- Los síntomas causan malestar o deterioro clínicamente significativo en el funcionamiento social, laboral o en otras áreas importantes.

2.4. DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO

El primer paso para recibir un tratamiento adecuado para la depresión consiste en un examen médico. Ciertos medicamentos, así como algunas enfermedades, por ejemplo infecciones virales, pueden producir los mismos síntomas que la depresión. El médico debe descartar esas posibilidades por medio de un examen físico, entrevista al paciente y análisis de laboratorio. Si las causas físicas son descartadas, el médico debe realizar una evaluación psicológica o dirigir al paciente a un especialista en psiquiatría (Strock, 2001).

Una buena evaluación diagnóstica debe incluir una historia médica completa. ¿Cuándo comenzaron los síntomas? ¿Cuánto han durado?, ¿Qué tan serios son? 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. ¿Algún pariente ha tenido depresión y si fue tratado? ¿Qué tratamientos recibió? y, ¿Qué tratamientos fueron efectivos? Una evaluación diagnóstica debe incluir un examen del estado mental para determinar si los patrones de habla, pensamiento o memoria se han afectado, como pasa algunas veces en el caso de la enfermedad depresiva o maniaco-depresiva (Strock, 2001).

Los tratamientos más comúnmente utilizados y aceptados para afrontar con éxito los trastornos depresivos son la medicación antidepresiva y la psicoterapia individual y grupal.

2.4.1. TRATAMIENTOS FARMACOLOGICOS

Glick, (1999) señala que "en la ciencia del desarrollo de las drogas antidepresivas, se han hecho muchos esfuerzos por comprender mejor la química del cerebro y cómo estas anomalías pueden llevar a la depresión... El cerebro es una intrincada red de billones de células nerviosas (neuronas). Para que el cerebro pueda cumplir cualquiera de sus infinitas funciones..., estas neuronas tienen que comunicarse entre sí de algún modo. Para ello transmiten mensajes, que van dirigidos de una a otra, elaborando productos químicos, que llevan el concordante nombre de neurotransmisores y que pueden ser interpretados por las células vecinas.

Hay muchos tipos de neurotransmisores, pero algunos de ellos parecen tener una importancia especial en la depresión profunda. Entre ellos encontramos un grupo de componentes químicamente parecidos, llamados monoaminas, tales como la serotonina, la norofedrina y la dopamina. Los neurotransmisores actúan sobre lugares específicos de las células vecinas llamadas receptores.... Todos los antidepresivos conocidos que han mostrado alguna eficacia parecen afectar el equilibrio entre los neurotransmisores y los receptores en el cerebro".

Asimismo, afirma que, "todos los antidepresivos parecen trabajar fundamentalmente en los sistemas de serotonina y norefedrina. Del mismo modo, parece que todos los antidepresivos requieren entre tres y seis semanas para hacer sentir los efectos. Es probable que sea éste el tiempo que hace falta para producir modificaciones importantes en los receptores" (Glick, 1999).

Hay varios tipos de medicamentos utilizados para tratar trastornos depresivos. Los antidepresivos tienen al menos dos nombres: un nombre genérico y un nombre comercial, que es otorgado por el fabricante para presentar el producto al público (Glick, 1999).

Los antidepresivos tricíclicos (imipramina, amitriptilina, desipramina, nortriptilina y protriptilina) y compuestos relacionados se suelen prescribir a los pacientes con un grado leve o intermedio de depresión (Beck et al, 1983) y actúan tanto sobre la serotonina como sobre la norepinefrina (Glick, 1999).

Entre los efectos colaterales o secundarios que acompañan a los antidepresivos tricíclicos se encuentran: resequedad en la boca, retención urinaria, constipación y vista nublada, sin embargo con el tiempo el cuerpo termina por acostumbrarse a estos medicamentos. Hay otros efectos que pueden ser más serios: se puede presentar una importante disminución de la presión sanguínea en el momento de ponerse de pie rápidamente (ortostasis), lo que puede ocasionar desmayos o caídas que causen daños serios y también, puede afectar el corazón, especialmente cuando se aplican grandes dosis (Glick, 1999).

Algunas drogas inhiben la destrucción de una de las enzimas principales, la monoamina oxidasa. Son llamadas inhibidores de monoamino oxidasa (IMAO) e incluyen medicamentos como la fenelcina y tranilcipromina y se utilizan en el tratamiento de depresiones profundas (Glick, 1999). Estos medicamentos son los antidepresivos de mayor antigüedad en su aplicación, pero a la vez son, actualmente, los menos utilizados, debido a los efectos colaterales y a que son potencialmente letales cuando interactúan con otros medicamentos (Glick, 1999).

Entre los efectos secundarios que presentan se encuentran, la ortostasis; incremento de la presión sanguínea, llamada crisis de hipertensión, lo que puede ocasionar un fuerte dolor de cabeza y a veces apoplejía, también puede ocurrir un peligroso aumento de la temperatura esto se da cuando el paciente ingiere

alimentos que contienen una gran cantidad de tiramina, entre los que figuran los quesos, salame o vino tinto. (Glick, 1999).

Otros antidepresivos bloquean la re-captación de serotonina, norefedrina o dopamina, entre ellos se incluye lo que se llama inhibidores selectivos de la recaptación de la serotonina (ISRS), entre los cuales figura la fluoxetina (Glick, 1999). Son recetados en la mayor parte de los tipos de depresión, especialmente en las personas que sufren de depresión profunda a moderada. En la actualidad estos antidepresivos gozan de bastante popularidad y son los más prescritos, lo anterior se explica porque: funcionan, presentan pocos efectos secundarios, son sencillos en el uso y son bastantes seguros. Entre los efectos colaterales que presentan estos medicamentos se mencionan, efectos gastrointestinales, insomnio o somnolencia y disfunción sexual (Glick, 1999).

El litio sirve como antidepresivo, especialmente, para las personas que presentan una historia de manía personal o familiar (Beck et al. 1983). Otro tratamiento para la depresión consiste en la utilización de la terapia electro-convulsiva (ECT), que de hecho es uno de los más antiguos para tratar la depresión. La terapia electroconvulsiva se viene utilizando desde 1930, al parecer y de acuerdo a estudios realizados, es el procedimiento más eficaz para la depresión profunda (Glick, 1999 y Beck et al, 1983).

2.4.2 Terapia naturista

En los últimos años, el uso de hierbas para el tratamiento tanto de la depresión como de la ansiedad ha generado un gran interés. La hierba de San Juan o Corazoncillo (St. John's wort o *Hypericum perforatum*) muy utilizada en Europa para el tratamiento de la depresión moderada, ha captado la atención de los estadounidenses. Es una planta de crecimiento lento, se cubre de flores amarillas en el verano, ha sido usada durante siglos en muchos remedios naturales y populares. En Alemania, se utiliza para el tratamiento de la depresión más que cualquier otro antidepresivo. Sin embargo, la eficacia de esta hierba no se ha aclarado porque los estudios científicos que se han llevado a cabo fueron a corto plazo y utilizaron varias dosis diferentes (Strock, 2001).

2.4.3 TRATAMIENTO PSICOTERAPÉUTICO

La depresión puede ser tratada con una combinación de psicoterapia y antidepresivos, incluso es esta combinación la que se recomienda para la mayoría de los pacientes que presentan este diagnóstico.

Glick (1999) señala que las estrategias del tratamiento combinado varían, según se apliquen cada uno de los siguientes métodos:

- Si es un psiquiatra el que está a cargo de los dos tratamientos (farmacoterapia y psicoterapia).
- Si existe un psicoterapeuta no médico trabajando en equipo con un psiquiatra.
- Si existe un psicoterapeuta trabajando con un médico no psicoterapeuta.

Las estrategias estarán condicionadas también por el tipo de tratamiento que recibe:

Si únicamente recibe tratamiento psicoterapéutico, es probable que la depresión "es el resultado de emergentes relacionadas a la presión de actitudes y creencias distorsionadas, entonces la terapia cognitiva puede ser el tratamiento más adecuado" (Glick, 1999).

Si por el contrario, la depresión es "producida por el estrés de la transmisión de monoaminas, entonces será suficiente con un antidepresivo para salvar tal irregularidad" (Glick, 1999), sin embargo, el mismo autor afirma que todavía no están bien desarrollados los métodos clínicos que permitan establecer una combinación más adecuada de los tratamientos para la enfermedad y señala que "lo máximo que se puede esperar de la farmacología es que ayude al paciente a recuperar su nivel de funcionamiento previo a la enfermedad... lo que se espera de la farmacoterapia es corregir o reestabilizar anomalías dependientes del cuadro del funcionamiento del sistema nervioso central, cosa que se refleja en un mejor estado de ánimo, más energía, más libido, sueño y apetito".

Por su parte, la psicoterapia trabaja con el paciente "sobre modelos de intervención creados para aumentar el manejo de síntomas agobiantes, mejorar la capacidad de resolver problemas, fortalecer el apoyo social ya existente y toca temas de pérdidas o duelos no elaborados. La terapia puede involucrar sólo al paciente identificado o basarse en formato de parejas, familias o grupos" (Glick, 1999). La eficacia de este tratamiento dependerá, según el autor de que el modelo

sea relevante para el paciente, así como de la capacidad de éste de usar las intervenciones del modelo para efectuar cambios importantes.

Beck et al. (1983), señala que es evidente la necesidad de desarrollar un tipo de terapia psicológica eficaz para el tratamiento de la depresión, sin embargo, afirma que se hace crucial definir formas específicas de terapia y determinar su efectividad, de tal modo que los que reciben este tratamiento puedan saber si están logrando algún resultado satisfactorio. A su vez enumera los beneficios que ésta puede tener y que se resumen en los siguientes factores:

- Aunque los fármacos antidepresivos son más baratos que la terapia psicológica, existen pacientes que no responden a la medicación.
- Pacientes que se podrían beneficiar de los fármacos antidepresivos, en muchas ocasiones los rechazan o se niegan a ingerirlos, ya sea por razones personales o por los efectos secundarios que les producen.
- Es probable que la larga dependencia de fármacos, impida indirectamente la utilización por los pacientes de sus propios métodos psicológicos para hacer frente a la depresión. "La sabiduría popular sugiere que un buen curso de terapia psicológica, podría ser, a largo plazo, más beneficioso que la quimioterapia, ya que el paciente puede aprender de su propia experiencia psicoterapéutica. Es decir, se podría esperar que tales pacientes manejasen mucho mejor posibles depresiones ulteriores, que lograsen eliminar depresiones incipientes, o incluso que fuesen capaces de prevenir posibles depresiones" (Beck et al. 1983).

3. GRUPO COGNITIVO CONDUCTUAL PARA PERSONAS CON DEPRESIÓN: UNA EXPERIENCIA DE TRABAJO SOCIAL DEL HOSPITAL SAN JUAN DIOS.

3.1 ¿POR QUÉ GRUPO?

La efectividad del trabajo en grupos ha sido reconocida desde hace mucho tiempo no solo desde la perspectiva de Trabajo Social como disciplina, sino por muchas otras de ellas. Esta modalidad de grupo fue elegida, para el mejor aprovechamiento de los recursos materiales y profesionales del Hospital, y al mismo tiempo, por el aporte de la energía grupal al proceso de

desarrollo de cada uno de sus integrantes. "La terapia de grupo es una modalidad sin parangón en la psicoterapia porque se apoya en una herramienta terapéutica muy poderosa, el escenario grupal" (Vinogradov, 1996).

El trabajo planificado con grupos pequeños para el tratamiento de problemas de personalidad se remonta a 1930, con S.R. Slavson quien "comenzó como educador y trabajador social, llegando a adquirir una amplia autoformación como psicoterapeuta". Desde un enfoque psicoanalítico observó, como "muchachos típicamente inhibidos y afectados, ganaban en espontaneidad gracias a las interacciones dentro del grupo... orientó la terapia a la expresión de fantasías y sentimientos mediante acción y juego. Afirmando que el clima permisivo dentro del grupo favorece la regresión benigna, a partir de la que se pueden expresar conflictos precoces en el contexto de un medio aceptador y estable. Los ingredientes terapéuticos básicos surgen de la interacción de los niños entre sí y con el terapeuta. Con fines terapéuticos se utilizan dentro del grupo diversos materiales, instrumentos, juguetes y alimentos" (Slavson, 1943, citado por Kaplan y Saddock, 1996). De esta forma Trabajo Social como disciplina ha sido, desde sus inicios, promotor y artífice de la terapia de grupo.

A partir de aquí la terapia de grupo ha sido desarrollada y utilizada por gran variedad de profesionales y enfoques, pero lo que interesa rescatar en este artículo, es que los elementos positivos del grupo, como unidad de trabajo que potencian el desarrollo de las personas, siguen siendo los mismos. O sea, que independientemente del enfoque utilizado, el escenario grupal es una poderosa herramienta, dada la importancia que tienen las interacciones interpersonales en nuestro desarrollo psicológico (Sullivan, citado por Vinogradov, 1996). La personalidad es casi por completo un producto de la interacción con otros seres humanos significativos. La psicopatología por lo tanto es el resultado de interacciones que no posibilitaron el desarrollo de una personalidad sana. Por tanto, la intervención de Trabajo Social consiste en posibilitar el encuentro de personas con historia de interacciones problemáticas comunes, que estén dispuestas a construir relaciones realistas y mutuamente gratificantes.

Konopka (1991, citada por Güell D, 1999), delimita claramente, que la interpretación del material inconsciente corresponde al psiquiatra. Sin embargo, la influencia del contexto y su significado para las perso-

nas, la dinámica y el intercambio de las relaciones entre los miembros del grupo, es potestad de Trabajo Social. Es precisamente al interior del entorno grupal que se fragua la síntesis de las individualidades, dentro de un proceso dialéctico.

Getzel (1991, citado por Guell D.1999), indica que "además de los claros beneficios instrumentales, el proceso grupal le permite a sus integrantes, compartir sentimientos e ideas y, por consiguiente, potenciar la vivencia y la fuerza ideológica que influye en los participantes". Superar el aislamiento, al compartir experiencias parecidas, tiene una fuerza motivadora que no da la terapia individual. Esta participación en la escucha de experiencias de otro ser humano, en un contexto de igualdad, solidaridad, libre de juicio y crítica provoca la apertura de una gama de alternativas de solución a los problemas de cada uno, además de la sensación de respaldo y poder para intentar y sostener lo intentado hasta el logro.

Getzel (1990, citado por Güell D. 1999), señala que "el grupo de terapia se convierte en una fuente de apoyo y ánimo para aquellos que presentan la misma situación de dolor. Brinda la oportunidad de crecer, cambiar y pertenecer a un colectivo a pesar de las ocupaciones.

Compartiendo gustos, aversiones, similitudes, diferencias, envidias, timidez, agresión, miedo y competitividad. Todo ello bajo la mirada del grupo y un cuidadoso liderazgo terapéutico.

3.2 Enfoque Cognitivo Conductual

El enfoque Cognitivo Conductual o Terapia de la Conducta cognitiva debe su evolución en los últimos 30 años, principalmente a los trabajos realizados por Aaron Beck y sus colaboradores. También se basa en los escritos de Albert Ellis, Charles Ferster y Joseph Wollpe y es la forma más ampliamente estudiada de psicoterapia para la depresión (Thase, 1999).

La base de esta terapia es su énfasis en el contenido de los pensamientos de la persona con depresión. "Es un procedimiento activo, directivo, estructurado y de tiempo limitado que se utiliza para tratar distintas alteraciones psiquiátricas (por ejemplo, la depresión, la ansiedad, las fobias, problemas con el dolor, etc.). Se

basa en el supuesto teórico subyacente de que los afectos y la conducta de un individuo están determinados en gran medida por el modo que tiene dicho individuo de estructurar el mundo" (Beck, Aarón, et. al, 1983).

De ahí que se afirme que sus "cogniciones "eventos" verbales o gráficos en su corriente de conciencia se basan en actitudes o supuestos (esquemas) desarrollados a partir de experiencias anteriores" (Beck, Aarón, et. al, 1983). Las cogniciones, son entonces, los modos de pensar y de sentir que una persona tiene en determinado momento y son estas cogniciones o pensamientos los que crean todos los estados de ánimo (Burns, 1990).

La terapia cognitiva es eficaz para tratar los pensamientos disfuncionales automáticos y ayuda a producir el cambio cognitivo que partiendo del modo de procesamiento depresivo, conduce al nuevo modo normal (Beck, Aarón, et. al. 1995).

Los supuestos generales en que se basa el enfoque cognitivo conductual son:

- La percepción y, en general, la experiencia son procesos activos que incluyen tanto datos de inspección como de introspección.
- Las cogniciones del paciente son el resultado de una síntesis de estímulos internos y externos.
- El modo que tiene un individuo de evaluar una situación se hace evidente, por lo general, a partir de sus cogniciones (pensamientos e imágenes visuales).
- Estas cogniciones constituyen la "corriente de conciencia" o campo fenoménico de una persona, que refleja la configuración que esa persona tiene acerca de sí misma, su mundo, su pasado y su futuro.
- Las modificaciones del contenido de las estructuras cognitivas de una persona influyen en su estado afectivo y en sus pautas de conducta.
- Mediante la terapia psicológica un paciente puede llegar a darse cuenta de sus distorsiones cognitivas.
- La corrección de estos constructos erróneos puede producir una mejora clínica (Beck, Aarón, et. Al, 1983).

Según estos autores el modelo cognitivo de la depresión comprende tres postulados que explican la base psicológica de la depresión y son los que a continuación se describen:

- La Tríada Cognitiva. Se dice que las personas con depresión tienen una Tríada Cognitiva Negativa, es decir, tienen una visión negativa de sí mismos, del mundo y del futuro. En la visión negativa de sí mismos, la persona se ve desgraciada, torpe, enferma, con poca valía. Al mismo tiempo, les parece que el mundo les hace demandas exageradas o les presenta obstáculos insuperables para alcanzar sus objetivos. Finalmente, en lo que respecta a la visión negativa acerca del futuro, cuando hacen planes de gran alcance, anticipan que sus dificultades o sufrimientos actuales continuarán indefinidamente.
- Los Esquemas. "Cualquier situación está compuesta por un amplio conjunto de estímulos. El individuo atiende selectivamente a estímulos específicos, los combina y conceptualiza la situación.... Una persona determinada tiende a ser consistente en sus respuestas a tipos de fenómenos similares. Ciertos patrones relativamente estables constituyen la base de la regularidad de las interpretaciones acerca de un determinado conjunto de situaciones. El término "esquema" designa estos patrones cognitivos estables" (Beck, Aaron, et. al, 1983). Una vez que se forman y activan, los esquemas facilitan el procesamiento consistente con el contenido del esquema y obstaculizan el procesamiento de la información inconsistente con el contenido del esquema. Así, se introduce un sesgo sistemático dentro del procesamiento de la información que resultará en formas exageradas y persistentes de reacciones emocionales normales (Ackerman, 1993).
- Errores en el procesamiento de la información (o distorsiones cognitivas). Los errores que se presentan en el pensamiento de la persona con depresión "mantienen la creencia del paciente en la validez de sus conceptos negativos, incluso a pesar de la existencia de evidencia contraria" (Beck, Aaron, et. al, 1983). Los errores de pensamiento o distorsiones cognitivas que describen estos son:

Inferencia arbitraria: es el proceso de adelantar una determinada conclusión en ausencia de evidencia que la apoye o cuando la evidencia es contraria a la conclusión. Es decir, la tendencia a extraer una conclusión sin una evidencia que la respalde.

Abstracción selectiva: consiste en centrarse en un detalle extraído fuera de su contexto, ignorando

otras características más relevantes de la situación, y conceptualizar toda la experiencia con base en ese fragmento.

Generalización excesiva: es el proceso de elaborar una regla general o una conclusión a partir de uno o varios hechos aislados y de aplicar el concepto tanto a situaciones relacionadas como a situaciones inconexas.

Maximización y minimización: Se reflejan en los errores que se cometen al evaluar la significación o magnitud de una situación, la tendencia a sobredimensionar los significados o magnitud de sucesos negativos y a no darle importancia a los significados o magnitud de experiencias positivas.

Personalización: la tendencia y facilidad de la persona para atribuirse a sí mismo fenómenos externos cuando no existe una base firme para hacer tal conexión. Es tomar responsabilidad por cosas que tienen poco o nada que ver con uno mismo.

Pensamiento absolutista dicotómico: pensar en términos extremos o absolutos (blanco o negro). La tendencia a clasificar todas las experiencias según una o dos categorías opuestas, para describirse a sí mismo, el paciente selecciona las categorías del extremo negativo.

Otros autores además de las anteriores, describen otras distorsiones cognitivas, por ejemplo, Burns, 1990, menciona las siguientes:

Filtro mental: se escoge un solo detalle negativo y se fija exclusivamente en él, de modo que toda la visión de la realidad se oscurece.

Descalificación de lo positivo: es un rechazo de las experiencias positivas insistiendo en que éstas no tienen validez por una u otra razón.

Conclusiones apresuradas: cuando se hace una interpretación negativa aunque no existan hechos definidos que fundamenten convincentemente la conclusión. Se presenta de dos formas: a) Lectura del pensamiento, cuando se decide arbitrariamente que alguien está reaccionando de modo negativo con respecto a uno mismo y no se toma la molestia de averiguar si realmente es así. b) El error del adivino, cuando uno decide o prevé que las cosas saldrán mal y está convencido de que la predicción es un hecho ya establecido.

Razonamiento emocional: es cuando se presupone que las emociones negativas reflejan necesariamente lo que son las cosas en la realidad.

Enunciación debería: cuando la persona se guía por el debería o no debería, la consecuencia emocional es la culpa.

Etiquetación y etiquetación errónea: es una forma extrema de generalización excesiva. En lugar de describir un error, la persona se coloca una etiqueta negativa, por ejemplo "soy un perdedor".

4. PROCESO METODOLÓGICO

4.1. Base epistemológica del grupo terapéutico

Las bases epistemológicas que sirvieron de fundamento al proceso grupal son las humanistas existenciales, cuyas premisas fundamentales son:

- La persona se debate en constante búsqueda del sentido de la vida.
- El ser humano se caracteriza por su capacidad y potencialidad para tomar decisiones.
- La naturaleza del ser humano es positiva con un impulso innato al crecimiento y la autorrealización.
- Es responsable de su propia existencia. Al tener libertad para elegir también es responsable de las consecuencias de sus elecciones y la naturaleza propia que lo impulsa al crecimiento y la autorrealización, le permite aprender de sus errores y cambiar.
- Importa el aquí y el ahora, observando el pasado como referencia explicativa para entender el presente.
- La persona es una unidad biológica, psicológica, social y espiritual.
- Como ser humano tiene potencialidades y recursos internos que le permiten resolver crisis existenciales y circunstancias de la vida.

4.2 Técnicas cognitivas conductuales

A continuación se presentan las principales técnicas que se utilizaron en el grupo terapéutico.

-Método de hacer preguntas. Una de las técnicas de este tipo de terapia es el de hacer preguntas. Lo que se busca es ayudar a la persona a aislar

y considerar en profundidad un determinado tema, decisión o idea. A la vez, puede hacer que los pensamientos de esa persona sobre un contenido determinado se vuelvan más abiertos, permitiendo de esta manera, tener en cuenta otras informaciones y experiencias ya sean actuales o pasadas (Beck, Aarón, et. al. 1983). Mediante una serie de preguntas se puede incentivar la curiosidad de la persona y convertirse en hipótesis de trabajo sus aparentemente rígidos puntos de vista. También las preguntas se utilizan para eliminar los pensamientos depresivos (Beck, Aarón, et. al. 1983).

-Programación de actividades. Sirve para contrarrestar la escasa motivación del paciente, su inactividad y su preocupación acerca de las ideas depresivas. La planificación de actividades con las y los integrantes del grupo es un paso para demostrar que son capaces de controlar su propio tiempo (Beck, Aarón, et. al. 1983).

-Asignación de tareas graduales. Tiene como propósito que la persona, a partir de realizar con éxito una serie de pequeñas tareas, perciban una mejoría y se sientan motivados a realizar tareas más complejas.

-Detección de los pensamientos automáticos negativos. Es importante que la persona descubra cuáles son los pensamientos negativos que le ocasionan la depresión. Ello se puede hacer mediante el ejercicio diario de pensamientos, con la técnica nemotécnica del ABC, donde A es la situación o el evento determinado; B es el pensamiento automático activador de esa situación y; C, corresponde a las emociones que son producto del pensamiento automático. Luego que aprenden a identificar los pensamientos automáticos, éstos se relacionan con las distorsiones cognitivas. Para que finalmente descubran los esquemas o las creencias centrales que subyacen a los pensamientos automáticos y a la visión de mundo que corresponden.

-Búsqueda de alternativas. Una vez que han logrado identificar los pensamientos automáticos y las creencias centrales se procede a trabajar en la refutación de los mismos, lo anterior se puede hacer mediante la confrontación con pensamientos racionales y con la práctica de los mismos.

El Inventario de Depresión de Beck (IBD), "es un mecanismo fiable para medir los estados de ánimo con el que se detecta la presencia de la depresión y se mide exactamente su gravedad" (Burns, 1990).

Es importante señalar que antes de la aplicación de una determinada técnica se explica su fundamento teórico. En primer lugar se procede a dar una explicación general del fundamento teórico metodológico de la terapia cognitiva conductual, de la depresión, de las

diferentes técnicas y ejercicios a realizar en el desarrollo del proceso terapéutico, así como de los resultados que se esperan alcanzar.

4.3 Metodología de trabajo previa al grupo

A continuación se expone la metodología de trabajo, previo al desarrollo del proceso terapéutico grupal.

4.3.1 Problema.

El problema que guió el proceso fue el siguiente: Las personas con depresión presentan distorsiones cognitivas que limitan negativamente su proceso de recuperación.

4.3.2 Objetivo general

Reducir los síntomas y las recaídas de las personas que sufren depresión, por medio del desarrollo grupal basado en la Terapia Cognitiva Conductual, con el propósito de que mejoren su salud mental y que interactúen de una manera más adecuada con su entorno inmediato.

4.3.3 Objetivos específicos

Los objetivos específicos que se plantearon fueron los siguientes:

- Ofrecer información básica sobre depresión, síntomas, tratamientos y estilos de vida saludables.
- Que los pacientes conozcan y dominen el enfoque cognitivo conductual, pensamientos automáticos negativos, distorsiones cognitivas, así como que aprendan el manejo de técnicas para reconocer sus pensamientos negativos, para enfrentarlos y sustituirlos por otros más realistas o racionales.
- Ofrecer un espacio grupal realimentador para intercambio de experiencias, fortalezas y esperanzas.

4.3.4 Variables e indicadores

Entre las variables e indicadores propuestos para evaluar el desarrollo grupal se destacan las siguientes:

VARIABLES	INDICADORES
1. Distorsiones cognitivas.	Pensamientos automáticos Tipo de distorsiones Creencias Centrales
2. Proceso de recuperación.	Identifiquen y registren sus pensamientos automáticos negativos. Aprendan a identificar las conexiones entre pensamientos y reacciones. Aprendan a examinar las pruebas a favor y en contra de los pensamientos automáticos negativos. Sustituyan pensamientos automáticos negativos por interpretaciones más realistas. Identifiquen y cambien suposiciones inapropiadas que predisponen a las distorsiones cognitivas. Reestructuren las distorsiones cognitivas. Resultado Inventario de Depresión de Beck (IBD)
3. Depresión.	3.1 Resultado IBD. 3.2 Diagnóstico de depresión del psiquiatra.

4.4 Formación del grupo

Previo al inicio del grupo terapéutico se tomaron en cuenta los siguientes elementos:

Se trataría de un grupo cerrado: Por la naturaleza del grupo y de la terapia.

En cuanto a la duración del proceso: se realizarían de 18 a 20 sesiones, una vez por semana, con una duración de 2 horas cada una.

Se trataría de un grupo homogéneo en cuanto a la patología y heterogéneo con respecto al género. En relación al tamaño del grupo, se decidió que el mismo estaría formado por un máximo de 12 y un mínimo de 6 personas, con edades comprendidas entre los 25 y 50 años, preferiblemente con dominio básico de la lecto-escritura.

Un requisito fundamental para la selección de los participantes consistió en la valoración previa de un psiquiatra, cuyo diagnóstico resultante, según criterio de la cuarta edición revisada del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, de la Asociación Americana de Psiquiatría (DSM-IV), fuera depresión o distimia sin episodios sicóticos.

Para la selección de participantes se determinó aplicar dos instrumentos: una entrevista inicial y el Inventario de Depresión según la escala de Beck (IBD).

4.5 Estructura de las sesiones

Una de las características diferenciales de este tipo de terapia con otras, es la estructuración de las sesiones. El manejo del tiempo estaba previamente programado, por lo que en algunos momentos se limitó la participación de los miembros del grupo, sin que por ello se cayera en la rigidez. La Agenda se elaboraba con base a la propuesta presentada por Michael E. Thase (1999), que a continuación se describe:

- Establecer el orden del día.
- Verificación del estado de ánimo.
- Puente de la última sesión.
- Temas para hoy.
- Tarea para el hogar.
- Evaluación y despedida.
- Crónica de la sesión.

En el punto cuarto se planificaba un tema, el cual se exponía en la sesión y complementariamente se aplicaban técnicas cognitivo-conductuales. Cabe mencionar que no siempre se cumplía la agenda en su totalidad, debido a los emergentes que se presentaban en el proceso terapéutico.

A continuación listamos los principales temas que fueron desarrollados en las sesiones:

- Teoría del ABC.
- Generalidades de la depresión.
- Pensamientos automáticos y distorsiones cognitivas.
- Creencias centrales.
- Reconocimiento de las principales creencias centrales.
- Esquemas de pensamiento.
- Temas vitales.
- Mapas cognitivos.
- Pensamientos retadores.
- Técnicas de enfrentamiento.
- Mis tarjetas de enfrentamiento
- Reglas tácitas.
- Fotografía del yo soy.

5. CARACTERÍSTICAS DEL GRUPO TERAPÉUTICO COGNITIVO CONDUCTUAL

El grupo terapéutico se conformó por nueve

personas: siete mujeres y dos hombres cuyas edades oscilaban entre los 27 y 49 años, cuatro de ellos tenían estudios universitarios completos, uno terminó la secundaria, dos contaban con estudios secundarios incompletos, uno terminó la primaria y otro llegó a tercer grado de escuela, tal como se detalla en el siguiente cuadro.

CUADRO N°1
Integrantes del grupo terapéutico según edad, sexo y escolaridad

N°	Edad	Sexo	Escolaridad
1	27	Femenino	Universidad completa
2	28	Masculino	Secundaria incompleta
3	30	Femenino	Secundaria incompleta
4	32	Femenino	Primaria incompleta
5	36	Femenino	Universidad completa
6	40	Femenino	Secundaria completa
7	47	Femenino	Universidad completa
8	48	Masculino	Primaria completa
9	49	Masculino	Universidad completa

En lo que se refiere a la ocupación laboral del grupo, se consignó que cinco integrantes trabajan asalariadamente, tres son amas de casa y uno se encuentra desempleado, en el cuadro N°2 se muestra lo anterior.

CUADRO N° 2
Ocupación laboral de los integrantes del grupo terapéutico según sexo

N°	Sexo	Escolaridad
1	Femenino	Ama de casa
2	Femenino	Asistente
3	Femenino	Ama de casa
4	Femenino	Ama de casa
5	Femenino	Desempleada
6	Femenino	Enfermera
7	Femenino	Secretaria
8	Masculino	Enfermero
9	Masculino	Operario

En lo que respecta al tratamiento farmacológico, al momento de inicio del grupo terapéutico, de los

nueve integrantes, siete tomaban medicamento anti-depresivo y dos no recibían ningún tratamiento farmacológico. Los problemas por los cuales consultaron o el principal motivo de consulta se pueden resumir en el siguiente cuadro:

CUADRO N°3
Problema principal por el cual consultaron y tratamiento farmacológico que reciben

N°	Problema de consulta	Medicamento que toma
1	Duelo no resuelto, miedo a la soledad	Fluoxetina
2	Pérdida de confianza a raíz de la infidelidad del esposo con una hermana	Amitriptilina
3	Infidelidad del esposo, a partir de ahí "el mundo se le vino abajo"	Fluoxetina
4	Malas relaciones y comunicación con el padre	No toma
5	Persona sumisa, prefiere quedarse callada para no ofender o complicar las cosas	Fluoxetina
6	Se considera a si misma primero mamá. Lo más importante son sus hijos. Tiene problemas con la hija porque quiere que sea una excelente estudiante	Fluoxetina
7	Sufrió una crisis de pánico, con "escalofríos horribles". Tuvo una infancia muy dura, no tuvo madre	Fluoxetina
8	Depresión por muerte de esposa. "Antes era un vago". Ahora ha sobresalido por si mismo	Sin información
9	Ha sufrido de violencia por parte de su excompañero, no se lo contó a nadie. Culpó a su mamá	No toma

Entre los pensamientos negativos que manejaban se identificaron los siguientes:
 "Me culpo por todo lo malo que me sucede".
 "Creo que estoy siendo castigada".

"Me critico por mis debilidades y errores".
 "Creo que soy muy sumisa".
 "Creo que he fracasado más que cualquier persona normal".
 "Me considero primero mamá".
 "Me he decepcionado conmigo misma".
 "Creo que me veo fea".
 "Mi esposo era un hombre perfecto".
 "La vida es llevar garrote".

Finalmente y de acuerdo al Inventario de Beck sobre la Depresión, el nivel de depresión que presentaron los integrantes del grupo, al inicio del proceso terapéutico fue el siguiente:

CUADRO N°4
Nivel de depresión según el Inventario de Depresión de Beck

N°	Sexo	Puntaje	Grado
1	Femenino	47	Depresión extrema
2	Femenino	33	Depresión grave
3	Femenino	16	Leve perturbación del Estado de Animo
4	Femenino	33	Depresión grave
5	Femenino	16	Leve perturbación del Estado de Animo
6	Femenino	20	Estado de depresión intermitente
7	Femenino	16	Leve perturbación del Estado de Animo
8	Masculino	16	Leve perturbación del Estado de Animo
9	Masculino	16	Leve perturbación del Estado de Animo

6. RECONSTRUCCIÓN DEL PROCESO TERAPÉUTICO

6.1 Papel de la terapeuta y coterapeuta

Este proceso grupal fue conducido por dos terapeutas, quienes se rotaron el rol de terapeuta y coterapeuta, en cada una de las sesiones con el fin de desarrollar ambas habilidades. Estos roles estuvieron enmarcados en el modelo cognitivo y las premisas hu-

manista-existenciales (Villalta, 2004) que se pueden resumir en los siguientes puntos:

- Propician la alianza terapéutica.
- Son abiertas, cálidas, preocupación e interés sinceros.
- Enfatizan la colaboración y la participación activa.
- Habilidad para estructurar sesiones, utilizar técnicas, conceptuar en términos cognitivos, plantear hipótesis y profundizar conceptualizaciones.
- Es básico el encuentro entre personas, en apoyo de su crecimiento.
- Compromiso con la tarea, en relación horizontal, y las terapeutas no son las que tienen todo el conocimiento.
- Habilidad para notar cambios en el estado de ánimo de las personas que atienden, sus expresiones verbales, faciales, las posturas, los gestos, el tono de voz.
- Presentan al grupo el proceso terapéutico, son guías, revisan los ejercicios que el grupo realiza, evalúan, corrigen y dan información acerca de errores.
- Debaten las creencias irracionales.
- Planifican las tareas del hogar.

El ejercicio del rol de terapeuta fue una experiencia enriquecedora y exitosa, dado que las características de las dos personas se complementaron. No se presentaron conflictos serios sino los roces normales por diferencia de opiniones, situación que se presentó en muy pocas oportunidades. Aunque siempre se planeaba quien iba a ser la terapeuta y coterapeuta ya en la sesión el rol se trasladaba en forma muy flexible de una a otra lo cual favoreció el proceso terapéutico.

6.2 Desarrollo de las sesiones.

Para la estructuración de las sesiones, se tomó como base el texto de Segura Cháves (2004), complementado con el material elaborado por las autoras. En las primeras sesiones terapéuticas se trabajó en la explicación a los integrantes de los conceptos básicos de la Terapia Cognitiva Conductual, pensamientos automáticos negativos y su relación con las distorsiones cognitivas. En esta etapa se dio énfasis al reconocimiento de los pensamientos automáticos negativos, se practicó hasta que dominaran el ejercicio del ABC, al que gradualmente se le fueron incorporando otras categorías, como las distorsiones cognitivas.

A nivel grupal se inició el conocimiento de los integrantes del grupo, se estableció el contrato terapéutico y se trabajó en el compromiso de los miembros con el proceso, especialmente con el cumplimiento de las tareas para el hogar.

En las sesiones intermedias, el énfasis estuvo en el trabajo de la identificación de sus creencias centrales, principales esquemas y a la visión de mundo que correspondían. Las técnicas implementadas fueron dirigidas a lograr estos propósitos, entre ellas se destacan, la flecha descendente, el análisis lógico y cómo se forman las percepciones.

A nivel grupal, el mismo se cohesionó al salir los miembros que tuvieron problemas, ya sea con el enfoque cognitivo conductual o falta de compromiso personal para asistir a este tipo de terapia. En esta fase fueron dos integrantes del género masculino que decidieron abandonar el proceso grupal. Uno de ellos esgrimió que su compromiso laboral no le permitía seguir con el grupo y el otro integrante que abandonó la terapia, indicó que éste enfoque no se aplicaba a su problema particular. Finalmente, los integrantes del grupo trabajaron en la identificación de sus principales creencias centrales y en la búsqueda de soluciones a sus problemas y creencias, encontrando pensamientos retadores o racionales y realizando los respectivos cambios de conducta y actitudes que los predisponían a la depresión. En este nivel el grupo se fortaleció, únicamente una integrante lo abandonó, debido a que obtuvo un empleo y no era posible que pidiera permiso para asistir a las sesiones; sin embargo siguió en tratamiento de forma individual.

7. RESULTADOS DE LA EXPERIENCIA TERAPÉUTICA GRUPAL

En primer lugar se destacan las situaciones y problemas por las cuales las participantes se incorporaron al grupo, para luego comprobar cómo estos fueron superados con la descripción de los resultados alcanzados en el desarrollo del proceso terapéutico.

Problema por el cuál asistió a terapia

- Traición del esposo, falta de confianza en las personas y en sí misma.
- Sentía que no servía para nada.
- Por serios problemas de depresión (triste, aburrida, sin ganas de salir de su casa, lloraba mucho). Por el estrés con la hija, su conducta y estudios.
- Por problemas familiares y baja auto estima.

- Pérdida de un familiar cercano (madre o esposa).

Puntaje del Inventario de la Depresión de Beck (IBD) Este inventario fue aplicado en tres momentos del proceso terapéutico, antes de iniciarlo, aproximadamente a la mitad y al final del mismo y los resultados fueron los siguientes:

CUADRO N°5
Cuadro comparativo.
Resultados aplicación del IBD.

Puntaje / Integrantes	Momentos		
	I	II	III
1	32	--	10
2	14	9	1
3	16	4	3
4	33	28	7
5	16	13	5
6	20	8	6

En el cuadro se observa claramente como las integrantes del grupo fueron disminuyendo los síntomas de la depresión en los tres momentos en que se aplicó. En el segundo momento ya se observa una mejoría importante (no aparece el puntaje del primer paciente, por ausencia), de manera tal que al final del proceso grupal, todas las integrantes obtuvieron un puntaje comprendido entre 10 y 1 puntos, lo que equivale a altibajos considerados como normales.

En los casos 1 y 4 la puntuación inicial era de 32 y 33 respectivamente, correspondiendo a depresión grave, reportando luego del proceso grupal una puntuación de 10 y 7 que corresponde al rango de altibajos considerados como normales. En el sexto caso la puntuación inicial era de 20 que corresponde a estados de depresión intermitente, reduciéndose al final a 6, altibajos considerados como normales. Y en los casos 2, 3 y 5, dos de ellos con 16 puntos estaban al borde de estados de depresión intermitente y el tercero con 14 en leve estado de perturbación. Todos ellos también redujeron el puntaje a menos de 10 que indica, como ya se anotó, altibajos considerados como normales.

7.1 Cambios experimentados según las integrantes del grupo

7.1.1 Reconocimiento de Pensamientos Automáticos

En lo que se refiere al reconocimiento de Pensamientos Automáticos Negativos, tres participantes, manifestaron que siempre reconocen sus pensamientos automáticos, dos casi siempre y una refirió que sólo a veces los reconocía. Cinco integrantes dijeron que casi siempre relacionan sus pensamientos negativos con las respectivas distorsiones cognitivas; solo una integrante dijo que a veces lo hacía.

Al relacionar sus pensamientos automáticos con la consecuencia emocional, cuatro integrantes refirieron que siempre lo hacen y otras dos que casi siempre establecen la relación.

En cuanto a la confrontación de los pensamientos automáticos negativos con otros más realistas o racionales, cinco integrantes manifestaron que casi siempre lo hacen y una refirió que siempre realiza la confrontación.

7.1.2 Cambios conductuales

Entre los cambios conductuales experimentados se pueden detallar los siguientes:

- Mejor comunicación con las personas con las que tenía problemas.
- Pueden hablar de lo que les pasó sin que les afecte tanto, ahora toman decisiones y las mantienen.
- Han logrado resolver problemas que antes no podían.
- Se sienten con más confianza y más seguras de si mismos/as.
- Alegres y luchando por sus ideales.
- Mejor relación con los hijos.
- Cambios en la toma de decisiones.
- Realizan actividades que le gustan y la hacen sentir bien.
- Son más positivas y tienen una mejor autoestima.

7.2 Papel del grupo en el proceso terapéutico

De acuerdo a lo manifestado por las participantes, el grupo fue importante por los siguientes aspectos:

- Les enseñó que todas las personas no son iguales.
- Les proporcionó más confianza y seguridad, especialmente para expresar sus opiniones.
- Les ayudó a salir de la depresión con el intercambio de opiniones.
- Mejoró su auto estima e hicieron nuevas amistades.
- Les ayudó a liberar tensión y se dieron cuenta de que los pensamientos los manejan ellos.
- Les ayudó a liberar todo lo que tenían adentro, hablar de situaciones que no eran fáciles.
- Una integrante manifestó que el grupo le ayudó a tomar decisiones cruciales en su vida. Pudo separarse y divorciarse, lo que la hizo sentirse bien. "Ahora soy feliz".

7.3 Aspectos positivos de la terapia:

Sobre éstos se mencionan los siguientes.

- Les permitió conocerse mejor.
- Pudieron reconocer sus Pensamientos Automáticos Negativos y poder confrontarlos.
- Les enseñó a ser positivos y salir delante de muchas creencias.
- A no sentir tanta presión y pensar con claridad.
- Pensar antes de actuar, analizar situaciones antes de apresurarse a pensar mal.
- Les dio mayor seguridad y aumento de auto estima.

7.4. Estados de ánimo antes y después de la terapia

Finalmente y a modo de conclusión, se presentan los estados de ánimo que sentían las integrantes del grupo antes de iniciar la terapia, y los estados de ánimo que sintieron cuando finalizaron la misma. La comparación resulta muy ilustrativa y demuestra los beneficios que les reportó el grupo terapéutico cognitivo conductual.

CUADRO No. 6
Estados de ánimo antes y después de la terapia

ANTES DE LA TERAPIA	DESPUES DE LA TERAPIA
Se sentía "triste enojada consigo misma, sola e insegura".	Se siente "más tranquila relajada se preocupa por sí misma". Aprendió a disfrutar de otras cosas, por ejemplo de las flores, que le transmiten paz y alegría.
"Bastante deprimida, muy triste, todo lo veía negro y oscuro. Sólo había negatividad".	Se encuentra "más tranquila, más segura". Le afectan menos situaciones que antes le molestaban.
"Triste, pensativa, sin ganas de vivir, fea, desmotivada y aturdida".	"Hoy siento que he recuperado todo lo de antes y ahora soy más positiva y alegre".
"Mi vida era un poco extraña, me sentía aburrida, encerrada y atrapada en el círculo de estudio de la hija, me sentía enferma, todo me salía mal".	"Me encuentro sin mayores preocupaciones, tranquila, si pasa algo en la vida pues que pase, ya sea bueno o con dificultad, pero estaré tranquila".
"Estaba a la defensiva, muy enojada, insegura para tomar decisiones, quería vivir encerrada, escondida".	"Se siente feliz y quiere dar mucho más de ella. Encontró otras actividades de las que disfruta mucho. Está entusiasmada con las clases de música que está recibiendo. Además quiere cambiar y mejorar su apariencia física."
Se sentía "fea, mala madre y mala esposa y se sentía culpable de lo que pasó en la pareja" (separación).	Se siente "muy feliz, tranquila, con ganas de seguir adelante, disfrutar lo que la vida me da. He vuelto a reír".

LECCIONES FINALES

En relación a la recuperación de las pacientes se puede afirmar que la terapia fue un éxito ya que todas las que terminaron el proceso lograron reducir sus niveles de depresión, a altibajos considerados normales, de acuerdo a la escala de Beck.

En cuanto a otros beneficios adicionales, reportados por las participantes como producto de la terapia se destacan: aumento significativo en el conocimiento y seguridad de ellas mismas, elevación de la autoestima, reconocimiento de pensamientos negativos como causantes de sus emociones, pensar antes de actuar, mejoramiento de las relaciones con los demás, más tranquilas, más felices, disfrutando y emprendiendo nuevos proyectos.

Para las terapeutas, trabajadoras sociales fue una experiencia innovadora que abrió nuevos espacios de intervención dentro del trabajo terapéutico con grupos, respondiendo de esta manera a problemas actuales y urgentes de intervenir, como lo constituye la depresión.

8. BIBLIOGRAFIA

Ackerman Ruby; Engel M.A. (1993). "Terapia Cognoscitiva Breve". En Bellak, L. "Manual de psicoterapia Breve Intensiva y de urgencia. Editorial Manual Moderno. 2a Edición. México.

Beck, Aaron. et al. (1983) "Terapia Cognitiva de la Depresión". Editorial Desclée De Brouwer, 14a. Edición. España.

Beck, Aaron. Et al. (1995) "Terapia cognitiva de los trastornos de personalidad." Editorial PAIDOS . 1o Edición, castellano. España.

Burns, David D. (1990). "Sentirse Bien, Una nueva terapia contra las Depresiones". Editorial Paidós. 1a. Edición en castellano. México

Glick, Ira D. Yalom Irvin. Compilador general (1999). "Tratamiento de la Depresión, Técnicas Clínicas actuales". Editorial Granica. 1a. Edición. México.

Güell D. Ana Josefina. (1999). "Experiencia Terapéutica Grupal para Personas VIH/SIDA homosexuales. Un aporte desde La perspectiva Cognoscitiva". Informe de Sistematización para optar por el Título de magistra e n Trabajo Social con énfasis en intervención terapéutica. Universidad de Costa Rica. Sistema de Estudios de Posgrado.

Kaplan, Saddock. (1996). "Terapia de Grupo". Editorial Médica Panamericana. 3a Edición. España.

Ministerio de Salud, Organización Panamericana de la Salud, Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud (2004). "**Situación Actual de la Salud Mental en Costa Rica**". Publicación del Ministerio de Salud. Costa Rica.

Moreno; Sánchez. (2002). "**La Depresión**". Editorial Arural. 2da. Edición. España.

NIMH, (2004). "**Qué es la Depresión**". Internet. www.nimh.nih.gov/publicat/spdep3561.cfm

Puchol Esparza, David. (2005) "Depresión: 50 claves esenciales para su comprensión. Internet (www.psico-centro.com)

Segura Chávez, Leidy (2004) "Módulo de grupo terapéutico para personas VIH-SIDA con enfoque cognitivo conductual". Servicio de Trabajo Social. Hospital San Juan de Dios. San José. Costa Rica.

Strock, Margaret. (2001) "Hablemos claro sobre la depresión" (Plain Talk About Depression), Instituto Nacional para la Salud Mental (NIMH).

Thase, Michael E. (1999). "Terapia de la Conducta Cognitiva". En Tratamiento de la Depresión, Técnicas Clínicas actuales". Editorial Granica. 1a. Edición. México.

Villalta, Calderón Yorleny. (2004). "Evaluación y sistematización de una intervención terapéutica grupal: una experiencia de respuesta a problemas vinculados con distorsiones cognitivas que afectan negativamente las relaciones padre, madres e hijos/as." Informe de sistematización de la residencia práctica para optar por el título de magistra en Trabajo Social con énfasis en intervención terapéutica. Universidad de Costa Rica. Sistema de Estudios de Posgrado.

Vinogradov, Sophia (1996) "¿Qué es la Psicoterapia?". En Yalom Irvin. "Guía Breve de Psicoterapia de Grupo". Editorial Paidós. 1a. Edición. España

www.Psicología-online.com. (2004).