

TERAPIA GRUPAL, MODELO DE A. BECK, Y DEPRESIÓN; UN RELACIONAMIENTO

CRISTIAN MATEO FLÓREZ RESTREPO

ANA LUCÍA JIMÉNEZ ARCILA

Asesora:

María Helena Ramírez Pérez

Psicóloga

Trabajo de grado para obtener el título de:

Psicólogos



UNIVERSIDAD DE ANTIOQUIA

FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES Y HUMANAS

DEPARTAMENTO DE PSICOLOGÍA

MEDELLÍN

2017

Resumen

En el presente trabajo de grado se aborda la intervención grupal para el trastorno depresivo a partir del análisis de dos guías de intervención específicas: el *Programa para la terapia cognitiva de grupos*, presentado por Steven D. Hollon y Brian F. Shaw, y el *Manual de terapia de grupo para el tratamiento cognitivo-conductual de depresión*, elaborado por Ricardo F. Muñoz, Sergio Aguilar y John Guzmán, comparando su construcción con el postulado teórico de Aaron Beck sobre la depresión, identificando los posibles vacíos teóricos y oportunidades de mejora que presentan, para posteriormente proponer una discusión en torno a recomendaciones que permitan potencializar la intervención psicológica.

Palabras clave: Depresión, terapia grupal, psicoterapia, Aaron Beck, Cognitivo conductual, guía de intervención.

Abstract:

In the present study, group intervention for depressive disorder is addressed. This is done by an analysis of two specific intervention guides: the program for cognitive therapy of groups presented by Steven D. Hollon and Brian F. Shaw, And the Group Therapy Manual for the cognitive-behavioral treatment of depression, prepared by Ricardo F. Muñoz, Sergio Aguilar and John Guzmán, comparing its construction with Aaron Beck's theoretical postulate on depression, identifying possible theoretical empty and Opportunities for improvement.

Keywords: depression, therapy of group, psychotherapy, Aaron Beck, cognitive behavior, intervention guides.

Tabla de contenido

1.	Introducción	7
2.	Planteamiento del problema.....	10
3.	Antecedentes	12
4.	Pregunta de investigación	18
5.	Justificación	19
6.	Objetivos	21
7.	Marco teórico	22
7.1.	Psicoterapia	22
7.2.	Psicoterapia Grupal	23
7.3.	Depresión	26
7.4.	Teoría Cognitiva.....	28
7.4.1.	Modelo de A. Beck:	31
7.4.1.1.	Triada cognitiva del modelo de A. Beck.....	33
7.4.1.2.	Esquemas.....	34
7.4.1.3.	Errores de procesamiento de la información.....	37
8.	Metodología	40
8.1.	Revisión Documental	41
9.	Visión general de la depresión.....	43
10.	Conceptualización de la psicoterapia grupal.....	46
10.1.	Inicios de la psicoterapia Grupal	46
10.2.	Apogeo de la psicoterapia grupal	51
10.3.	Consideraciones de la psicoterapia grupal.....	54
10.4.	Psicoterapia grupal - Escuela Cognitiva.....	56
11.	Manuales de terapia grupal cognitivo conductual para la depresión	62
11.1.	Análisis	62
11.2.	Herramientas que presentan las guías.....	76
12.	Discusión.....	83
13.	Conclusión	88
14.	Anexos	90
15.	Referencias.....	104

Lista de figuras

<i>Figura 1.</i> Flujograma procesamiento de información.	39
<i>Figura 2.</i> Modelo esquematizado de Muñoz, R.	69
<i>Figura 3.</i> Modelo esquematizado lineal del origen de la depresión	70
<i>Figura 4.</i> Modelo esquematizado cíclico del mantenimiento de la depresión	70

Lista de tablas

Tabla 1. Comparativa de guías.....	74
---	----

Lista de anexos

Anexo A. Termómetro del ánimo	90
Anexo B. Lista de pensamientos negativos	91
Anexo C. Lista de pensamientos positivos	92
Anexo D. Forma de trabajo para el método A-B-C-D.....	93
Anexo E. Lista de actividades agradables.....	94
Anexo F. Escala de disfrute de actividades	96
Anexo G. Inventario de presión de Beck	97
Anexo H. Escala de pensamientos suicidas	100

1. Introducción

El presente trabajo de investigación se lleva a cabo como requisito para obtener el título en psicología de la Universidad de Antioquia, en este se pretenden abordar temáticas como: la psicología cognitivo conductual, el trastorno depresivo, y la psicoterapia grupal, buscando relacionarlas de manera efectiva mediante el análisis de dos guías de intervención cognitivo conductual en la psicoterapia grupal para el trastorno depresivo, pretendiendo finalizar esta investigación poniendo en discusión una serie de posibles mejoras a las guías revisadas.

Los motivos por los cuales se llegó a la selección de la temática y las bases teóricas son variados y trataremos de explicarlos a continuación.

El contexto en el que se desarrolla el psicólogo clínico en la actualidad, exige cada vez más, el uso de diversas herramientas que le permitan realizar una intervención efectiva sobre los diferentes padecimientos que puedan llegar a afectar a un sujeto. Las altas demandas de intervención, la falta de recursos, y la baja rigurosidad en los procesos formativos, son algunos de los aspectos que evidencian la necesidad de brindar herramientas que faciliten a los psicólogos el desarrollo de una intervención objetiva y fundamentada, y que principalmente llegue a beneficiar al paciente que requiere llevar a cabo un determinado proceso psicoterapéutico para dar solución a distintas situaciones que considera problemáticas.

Pensamos entonces en la psicoterapia grupal dado que esta constituye una herramienta de intervención funcional pertinente para las condiciones sobre las cuales el psicólogo desarrolla su quehacer, en términos de recursos presenta una gran ventaja en comparación a la terapia individual por la dinámica propia que se desarrolla dentro de un grupo psicoterapéutico, aunque si bien sus beneficios son significativos, esta posee una limitación referente a la profundidad de la intervención, pues es claro para nosotros como psicólogos que existen una serie de temáticas

que pueden estar influenciando el trastorno o situación problemática que llevó a la persona a consulta que no deben ser discutidos dentro de un medio grupal, y que por lo tanto exigen un acompañamiento individual, esta limitación lleva a postular a la psicoterapia grupal como complementaria dentro de un determinado proceso psicoterapéutico individual.

En la psicoterapia grupal se brinda un espacio a los pacientes con diagnósticos similares, es decir que comparten trastornos, o situaciones problemáticas para que se relacionen entre sí, este contacto permite a los sujetos encontrarse con su afección por medio del otro, y encontrar apoyo, compañía, en personas que empatizan y comparten su situación, al mismo tiempo que permite al psicólogo poner a prueba aquellas herramientas que ha enseñado en la terapia, y observar cómo los sujetos tratados las llevan a cabo en un medio que si bien es controlado puede asemejarse al medio externo. Es decir, la psicoterapia grupal llega a ser altamente beneficiosa tanto para el paciente como para el psicólogo, e influenciar de manera activa el proceso psicológico buscando siempre que el paciente encuentre alivio a sus problemáticas.

Encontramos entonces que la psicoterapia grupal ofrece grandes beneficios tanto al paciente como al psicoterapeuta al momento de realizar una intervención, igualmente evidenciamos que en nuestra facultad no son muchas las investigaciones que se han llevado a cabo al respecto, razón que nos motivó aún más para enfocar nuestra investigación hacia esta propuesta terapéutica.

A partir de esta elección, fuimos llevando una investigación que inició como una revisión sistemática sobre todo lo planteado acerca de la psicoterapia grupal, a un tema mucho más específico como es el estudio de dos guías de intervención grupal para la depresión desde la teoría cognitivo conductual, es decir pasamos de un tema amplio a uno mucho más delimitado. A partir del análisis de las guías nos adentramos en otras temáticas como son los planteamientos de

Aaron Beck, la depresión, que fueron de gran utilidad para el desarrollo de la presente investigación, pues estas de la mano de la psicoterapia de grupo fueron el sustento teórico de la misma.

Buscamos con esta investigación aportar a la solución de la problemática mencionada de manera previa, llevando a cabo una comparación de las citadas guías de intervención grupal para la depresión, con la teoría de A. Beck, buscando a partir de esta investigación generar una discusión sobre posibles mejoras que puedan llevarse a cabo al interior de las guías, de acuerdo a la revisión teórica desarrollada.

A continuación, desarrollaremos la investigación pretendida.

2. Planteamiento del problema

Antes de dar inicio a esta investigación, realizamos un rastreo rápido de las tesis de grado realizadas previamente sobre el tema en nuestra universidad, lo cual nos llevó a inferir que sobre psicoterapia grupal no se enfocan muchas investigaciones de este tipo en el pregrado de psicología de la Universidad de Antioquia. Si bien se encuentra material sobre el cual trabajar, las investigaciones no alcanzan a significar ni una cuarta parte del total de las tesis, en comparación con investigaciones sobre representaciones sociales, pautas de crianza, TDAH o estrés, temas bajo los cuales los estudiantes de nuestro pregrado de psicología prefieren llevar a cabo su trabajo de grado. Nos sorprendimos, la psicoterapia grupal es transversal a la psicología, a sus campos y a sus escuelas, y sin embargo las investigaciones sobre este tema no son frecuentes o tan comunes en nuestro pregrado como podrían serlo. Esta situación, afianzó nuestro interés en el tema, la psicoterapia grupal aporta grandes beneficios tanto a pacientes como psicoterapeutas, ya sea como medio en el que se realiza una práctica activa los métodos enseñados en psicoterapia, evidenciando entre pacientes la problemática que los aqueja, facilitando el proceso de cierre de una terapia individual, y evidenciando a los pacientes que el alivio de sus problemas o trastornos es posible, por esta y otras razones a nuestro modo de ver este tipo de intervención debe ser estudiado, investigado y aplicado.

Decidimos entonces enfocar nuestra investigación en la psicoterapia grupal, aplicada específicamente en personas que sufren depresión, esta elección fue tomada debido a las tasas de incidencia tan altas que tiene el trastorno depresivo, tanto a nivel mundial como en nuestro país, vimos entonces que al ser un trastorno presentado de manera recurrente en la población mundial, es susceptible de llevarse a cabo una intervención de manera grupal, buscando explotar los beneficios que brinda esta forma de psicoterapia.

La Organización Mundial de la Salud (2017) define depresión como: “un trastorno mental frecuente, que se caracteriza por la presencia de tristeza, pérdida de interés o placer, sentimientos de culpa o falta de autoestima, trastornos del sueño o del apetito, sensación de cansancio y falta de concentración.” La depresión es un trastorno psicológico frecuente en la población mundial, de acuerdo con la OMS (2016), se calcula que la padecen alrededor de 350 millones de personas en el mundo. Es por lo tanto uno de los trastornos mentales con un nivel de aparición significativo en la población mundial. Un estudio publicado en la revista PLoS Medicine, sitúa a Colombia entre los tres países con mayor índice de depresión en Latinoamérica, en nuestro país más del 21% de las mujeres presenta este trastorno. Estudiar la depresión, sus síntomas, riesgos, y tratamiento es tarea del profesional en psicología. La prevalencia de la enfermedad invita al conocimiento por parte del psicólogo, y a que este desarrolle investigaciones enfocadas en su tratamiento y cura.

Con esta investigación buscamos dirigir nuestra mirada a una propuesta terapéutica como lo es la psicoterapia grupal. Igualmente, pretendemos exponer un trastorno tan común en la actualidad como la depresión, definiendo una conceptualización y limitación de esta, dimensionando que es un fenómeno ampliamente abordado y del cual se encuentra con mayor facilidad bibliografía, investigaciones, antecedentes y modelos de diferentes escuelas y corrientes, para finalmente llevar a cabo una revisión de acuerdo a la teoría de A. Beck de las guías de intervención planteadas por Ricardo F. Muñoz, Sergio Aguilar y John Guzmán y por Steven D. Hollon y Brian F. Shaw, las cuales relacionan la terapia grupal y la depresión; buscando generar una discusión sobre posibles mejoras a las guías revisadas, que puedan permitir potencializar la psicoterapia grupal para la depresión.

3. Antecedentes

En el año 2015 en España se implementó un programa de intervención psicológica en atención primaria, dicha intervención estaba centrada en realizar un trabajo grupal del duelo. El trabajo de grupo fue desarrollado en 6 sesiones, las cuales se encuentran formuladas bajo la terapia de corte cognitivo conductual, al finalizar las sesiones se encontraron en los sujetos participantes las siguientes mejoras: sensación de mayor comprensión y escucha por parte del grupo, se generó una respuesta de carácter altruista y de apoyo entre los miembros del grupo, en general el grupo manifestó cambios positivos en relación con el inicio de las sesiones y el fin de estas. Este trabajo llamado *Psicoterapia Grupal En Duelo. Experiencia De La Psicología Clínica En Atención Primaria*, fue llevado a cabo por Rosa María Espinosa Gila, María José Campillo Cáscales, Ascensión Garriga Puerto y Julio César Martín García-Sancho, y arrojó como conclusiones que la intervención grupal en duelo es benéfica por la inmediatez del servicio, la no patologización del padecimiento, la reducción psicofarmacológica en algunos casos y la reincorporación laboral que se consigue. Este estudio tiene una limitación considerable referente a lo limitada que la muestra, sin embargo, se evidencia un modelo de intervención de duración breve eficiente; sería necesario mayores estudios al respecto para llevar una medición más profunda.

Encontramos esta investigación relevante puesto que abarca dos de las temáticas principales que pretendemos investigar como son: la psicoterapia grupal y la teoría cognitivo conductual aplicada a la depresión.

Montserrat de la Cruz, Nora Scheuer y Silvia Schlemenson llevaron a cabo en el 2013 una investigación llamada *Un Estudio Exploratorio de la Evolución de los Actos de Habla en Psicoterapia Grupal de Niños con Problemas de Aprendizaje*, en esta investigación buscaban

estudiar un proceso terapéutico grupal de niños con problemas de aprendizaje. Tras un estudio previo del léxico usado por niños y terapeutas esta investigación se centró en el análisis por medio de la identificación de los actos de habla y su categorización de acuerdo a: acto de habla, contenido, ámbito y medio de expresión. Se evidenció que los resultados arrojaban cambios importantes en el proceso terapéutico en tres de los cuatro períodos en que fue dividido este estudio: el primero, el tercero y el cuarto. Es decir, los cambios léxicos respecto del primer período de estudio comenzaron a evidenciarse en el tercero, esto es, después de un año de psicoterapia grupal. El análisis de resultados de esta investigación aporta a la construcción de unos criterios que permitan reconocer cambios en el proceso psicoterapéutico grupal de niños con problemas de aprendizaje, que se manifiestan en sus intercambios con los terapeutas. Los resultados dan cuenta de características específicas de esos intercambios, a través de actos de habla y contenidos referidos en ellos, así como de su evolución en el tiempo.

Nos referimos a esta investigación dentro de nuestro trabajo pues evidencia cómo dentro del proceso psicoterapéutico grupal el contacto con el otro es fundamental para el alivio de los síntomas problemáticos.

En España Diego Padilla y Miguel Ángel Jiménez llevaron a cabo una investigación llamada *Experiencia Clínica de Psicoterapia Grupal Contextual en Adolescentes con Problemas Emocionales* en el año 2014, en este trabajo investigativo se realizó la aplicación de una intervención psicoterapéutica grupal desde el modelo contextual en adolescentes que presentan problemas emocionales derivados a un centro de salud mental. Se enfocaron en las características clínicas que presentan los adolescentes que acuden a consultas de salud mental y las necesidades que plantean. Por otra parte, describen de manera breve el modelo contextual y las terapias sobre las que se ha basado dicha intervención y que están al cobijo de dicho modelo: terapia de

aceptación y compromiso y psicoterapia analítica funcional. Se muestran además las dinámicas psicoterapéuticas introducidas en sesión y las experiencias recogidas por los adolescentes. El análisis realizado a los resultados de la investigación evidencia que a nivel global existe una mejoría en diferentes áreas del adolescente, mejora en el clima familiar y mejoras en la capacidad de concentración de este, además se observa mayor tolerancia a emociones de malestar tras la intervención, y mayor capacidad para centrarse en aspectos positivos frente a emociones negativas, y una reducción de la inflexibilidad psicológica. Estos resultados se empiezan a evidenciar al finalizar la intervención y se mantienen a lo largo de los meses.

En esta investigación se evidencia como la psicoterapia grupal arroja resultados positivos en los pacientes que asisten a ella, además se hace mención de como las diferentes técnicas de corte cognitivo resultan eficaces en la reducción de la sintomatología problemática.

En el año 2014 una pareja de especialistas en salud mental conformada por Mariza López Gironés y Cristina Polo Usaola presentan una experiencia de psicoterapia grupal con mujeres que han sufrido o sufren en el momento actual algún tipo de maltrato (psicológico, físico y/o sexual) por parte de sus parejas o ex parejas y que debido a este abuso presentan secuelas psicopatológicas moderadas o graves que hacen necesaria una intervención específica desde los Servicios de Salud Mental. Las investigadoras plantean que el común denominador del trauma psicológico que deja ser una mujer maltratada por su pareja, es el sentimiento de miedo, indefensión y pérdida de control. En el caso de la violencia de género que suele ser un trauma repetitivo y prolongado en el tiempo la personalidad de las víctimas se ve profundamente afectada al punto de sentir que se pierde la sensación de su propio yo, y con la pérdida de identidad se llega al deterioro de la capacidad para vincularse, elemento primordial en la afectación de la psique de una mujer que ha sufrido maltrato. El objetivo al que se espera llegar

tras estas sesiones grupales es la creación de un espacio en el que sea posible para estas mujeres visibilizar la naturaleza de la relación abusiva que sostienen, ayudarlas a superar la negación, la culpa y demás secuelas psicológicas que el maltrato produjo en ellas, para de esta manera trabajar la reconstrucción de su identidad. Llamaron a su investigación *Intervención en Mujeres Víctimas de Violencia de Género. Experiencia de Psicoterapia Grupal en un Centro de Salud Mental*.

Volvemos a identificar en esta investigación la función del otro, aquel que asiste a terapia por una razón similar a la nuestra es reflejo de la vivencia propia, y por esta razón se vuelve posible visibilizar ciertas situaciones de las que fácilmente no se tiene consciencia, esta sería entonces una de las formas en que la psicoterapia grupal moviliza hacia la cura.

La investigación llamada, *Terapia Grupal en Prevención de Recaídas del Alcoholismo Frente al Seguimiento Ambulatorio Habitual*, plantea que la prevención de las recaídas es el punto central de la terapia en adicciones, y menciona la gran aceptación que tiene la terapia grupal para ser usada en prevención de consumo de sustancias psicoactivas. La investigación, tenía por objetivo comparar la terapia grupal de prevención de recaídas con el seguimiento habitual del paciente con abuso /dependencia al alcohol. La metodología utilizada fue: se asignaron 14 pacientes al grupo de prevención de recaídas y 10 pacientes realizaron el control ambulatorio habitual. Se recogieron el número de recaídas durante el tiempo que duró la terapia grupal. Los resultados evidenciaron diferencias estadísticamente significativas en cuanto a las tasas de abstinencia y recaída entre ambos grupos en el seguimiento a 12 meses. Y llegaron a la conclusión de que la terapia grupal de prevención de recaída es fácil de aplicar en la consulta externa, eficiente y obtiene mejores tasas de abstinencia que el tratamiento ambulatorio habitual.

Esta investigación fue llevada a cabo por Pilar Calvo, Alfonso Pérez, Pilar Sacristán y Cristina Paricio.

En la mencionada investigación queda en evidencia la funcionalidad que tiene la psicoterapia grupal en la disminución de las recaídas, situación recurrente dentro de diferentes trastornos psicológicos.

Ascensión Bellver, llevó a cabo en el año 2007 un estudio que denominó como: *Eficacia de la terapia grupal en la calidad de vida y el estado emocional en mujeres con cáncer de mama*; la investigación tuvo por objetivo, analizar la eficacia de la intervención de la terapia grupal en el estado emocional y la calidad de vida de aquellas mujeres que han padecido cáncer de mama al finalizar los tratamientos médicos. Además, se evaluó la eficacia entre de diferentes tipos de terapia sobre las mismas variables. El programa estuvo dividido en dos módulos de intervención, uno donde se trabajaba la autoestima y habilidades de comunicación, y otro en el que se entrenaba a las pacientes en técnicas cognitivo conductuales para el manejo de estados emocionales. Los resultados arrojaron que las pacientes mejoraron emocionalmente en comparación con la situación antes de la terapia, las mujeres participantes presentan menor malestar emocional, que cuando iniciaron el grupo de apoyo. También se observa una recuperación de la satisfacción con el aspecto físico. Se arroja evidencia estadística de la mejora del estado emocional conjunto, la recuperación de la ilusión por las cosas y las actividades y la valoración global de la calidad de vida.

Este estudio arroja evidencia estadística sobre la efectividad de la psicoterapia grupal como método de intervención psicológico.

Más cercano a nuestro espacio académico, encontramos una tesis de grado realizada en el año 2009 por Jhon Alexander Sánchez, su tesis fue llamada, *Efecto de la aplicación de un programa de intervención grupal centrado en el juego sobre la conducta agresiva*. Este

programa buscaba implementar por medio del juego habilidades prosociales en niños entre los 6 y 9 años de la fundación Huellas, ubicada en la ciudad de Medellín.

Jaime Alberto Agudelo, egresado de la Universidad de Antioquia del programa de psicología, realizó en el año 2006 el trabajo de grado titulado *La formación en una actitud analítica y su actualización en el trabajo con grupos*. Este trabajo de grado es una reflexión teórica sobre la formación en el método analítico y el método psicoanalítico -entendiendo éste como una orientación específica del primero-; y cómo alguien que se forma de esta manera se desempeña en una práctica concreta como es la del trabajo grupal.

Nos ocupamos de este trabajo de investigación buscando obtener referencias investigativas teóricas sobre la temática a desarrollar en este trabajo de grado.

El rastreo de los antecedentes es fundamental en todo tipo de investigación que se planea desarrollar, conocer aquello que se ha hecho sobre un tema permite diseñar tu pregunta de investigación, establecer el plan de trabajo que se realizará, seleccionar efectivamente tu tema, delimitarlo de manera concreta, saber cuál será tu enfoque, decidir si llevarás a cabo una investigación que permita confirmar una teoría o técnica ya realizada, o si piensas refutar un programa o ideas planteados previamente. En esta investigación buscábamos encontrar una serie de estudios llevados a cabo de manera previa que nos permitirían y facilitarían el abordaje sobre la temática planteada, la revisión más profunda de antecedentes la llevamos a cabo entorno a la búsqueda de intervenciones de carácter grupal, pues eran estas las que se encontraban más limitadas. En el presente apartado señalamos aquellas que por su temática, resultados o medio en el que fueron llevadas a cabo nos llamaron más la atención y que funcionaron como ideas base de la investigación a realizar.

Presentaremos ahora nuestra pregunta de investigación.

4. Pregunta de investigación

¿Existe una relación teórica entre el *Programa para la psicoterapia cognitiva de grupos*, presentada por Steven D. Hollon y Brian F. Shaw, y el *Manual de psicoterapia de grupo para el tratamiento cognitivo-conductual de depresión*, elaborado por Ricardo F. Muñoz, Sergio Aguilar y John Guzmán, con el modelo cognitivo sobre la depresión planteado por Aaron Beck?

5. Justificación

Elegir un tema sobre el cual trabajar nunca es fácil, mucho menos si el tema a elegir será sobre el cual se va a realizar la investigación más relevante de un pregrado. La tesis de grado, como requisito para obtener un título en psicología, nos acompañó en el paso por el último tramo de la formación académica, es por esto, que la elección del tema es un asunto complejo. En psicología, es posible trabajar una extensa cantidad de temáticas, las cuales podemos elegir por afinidad, intriga, necesidad, o demás indicadores cada uno de ellos válidos y pertinentes en la individualidad de cada uno.

Elegimos realizar nuestra investigación, teniendo por ejes centrales de su desarrollo la psicoterapia grupal y la depresión según lo propuesto por Aarón Beck.

Elegimos el tema de psicoterapia grupal, por ser transversal a la psicología, porque puede ser visto desde las diferentes escuelas, y dado que está inmerso en cada uno de los campos de la psicología – exceptuando claramente la terapia individual-, buscábamos ampliar nuestro conocimiento sobre aquellas dinámicas propias de las intervenciones grupales y que son de gran ayuda para el proceso de cura, además de ahondar un método de intervención que resulta eficaz y funcional dentro de nuestro medio actual, consideramos que el conocimiento amplio que nos puede brindar esta investigación no podemos encontrarlo en ninguna otra, de allí la elección de uno de nuestros ejes.

Nos interesamos en el trastorno depresivo, ya que como lo señalamos anteriormente es una de los trastornos más comunes en la actualidad, es un trastorno que puede presentarse en cualquier población y al cual todo individuo puede llegar a estar expuesto de forma directa o indirecta. Por estas razones vemos necesario continuar con la investigación sobre este

padecimiento buscando realizar aportes que contribuyan a lograr una intervención grupal sobre el trastorno depresivo efectivos.

Consideramos que nuestros ejes —psicoterapia grupal, teoría cognitivo conductual, trastorno depresivo— son pertinentes dentro del contexto actual, ya que una investigación que los relacione, como la que pretendemos realizar, se puede convertir en una herramienta que contribuya a los terapeutas, tanto en ejercicio como en formación, a tener una mayor comprensión del fenómeno abordado: la depresión desde la terapia grupal. Además, planteando como cuestión principal la depresión, nos encontramos con un trastorno que atraviesa a la población, en la medida en que puede presentarse en cualquier individuo por múltiples causas, lo que hace relevante su abordaje teórico en miras a contribuir a la intervención postulando alternativas que puedan hacer más eficaz la labor terapéutica.

6. Objetivos

General:

- Aportar, a partir de una revisión del modelo cognitivo sobre la depresión planteado por Aaron Beck, unos componentes que enriquezcan la propuesta de intervención del *Programa para la psicoterapia cognitiva de grupos* de Steven D. Hollon y Brian F. Shaw y el *Manual de psicoterapia de grupo para el tratamiento cognitivo-conductual de depresión*, elaborado por Ricardo F. Muñoz, Sergio Aguilar y John Guzmán.

Específicos:

- Indagar sobre la terapia grupal, su historia, sus implicaciones, sus campos de acción.
- Revisar los planteamientos de Aaron Beck sobre el concepto de depresión.
- Examinar la propuesta de intervención planteada en el *Manual de Terapia Grupal para el tratamiento cognitivo conductual de Depresión*, realizado por Muñoz, Aguilar y Guzmán en el año 1995 y el *Programa para la psicoterapia cognitiva de grupos* Steven D. Hollon y Brian F. Shaws.
- Aportar nuevos elementos para el tratamiento de la depresión desde la psicoterapia grupal.

7. Marco teórico

En el presente apartado se tiene como propósito aclarar, unificar y señalar aquellos conceptos y teorías que se abordarán dentro de la presente investigación, estos son: psicoterapia, psicoterapia grupal, depresión, teoría cognitiva, modelo de Aaron Beck.

7.1. Psicoterapia

*“Tratamiento de enfermedades mentales, psicosomáticas y problemas de conducta
mediante técnicas psicológicas”*

Real Academia de la Lengua Española.

Realizado el rastreo bibliográfico encontramos que trastornos cognitivos, comportamentales y emocionales, han sido tratados mediante el uso de la palabra o la realización de rituales de diversos tipos a lo largo de la historia de la humanidad (Benito, 2008). Es decir que la terapia, como forma para tratar aquellas enfermedades que escapan al cuerpo, al dolor físico y tangible, ha estado presente desde tiempos históricamente remotos. Aun cuando estos métodos, vistos con los ojos del siglo XXI, no sean los más adecuados, útiles, o simplemente correctos, no puede negarse su función dentro del desarrollo de la psicoterapia actual.

Sin embargo, y a pesar de la influencia de la primera sobre la segunda, entre ambas existe una diferencia clara e indiscutible: la psicoterapia es realizada de manera exclusiva por profesionales “psi”, es decir psicólogos, psiquiatras o psicoanalistas.

La psicoterapia es curación a través de la palabra, y es esta la que permite tanto al psicólogo como al psiquiatra o psicoanalista adentrarse junto a su paciente en el pensamiento de

este, ya que todo pensamiento es verbal y no es posible entenderlo de otra manera (García, 1998).

Actualmente la psicoterapia es un tratamiento de colaboración mutua entre el psicólogo —u otro profesional de los ya mencionados— y la persona que acude a esta. Tiene por base fundamental el diálogo y brinda a quien asiste un espacio en el cual pueda sentirse libre para hablar sobre aquello que le sucede, con un profesional objetivo, neutral e imparcial. En la psicoterapia los profesionales en salud mental, hacen uso de una serie de procedimientos que le permitan a quien asiste la creación de hábitos más sanos y efectivos (Apa.org, 2016).

7.2.Psicoterapia Grupal

«Las dolencias del cuerpo no pueden ser curadas sin tratar ante todo y sobre todo el alma; ahora bien... ¿cómo se cura el alma? el alma se cura con ciertos ensalmos»

Platón.

Se entiende por psicoterapia de grupal, aquella forma de terapia que hace uso del medio grupal, aprovechando los fenómenos internos del mismo con fines de carácter terapéutico (García, 2016).

De la misma manera en que realizamos un rastreo corto sobre el inicio, desarrollo y concepto teórico sobre la psicoterapia, lo realizamos también sobre la psicoterapia grupal. Y encontramos que ambas han viajado por la historia humana cogidas de la mano. Es claro, que han tenido un ciclo vital diferente, pues si bien han crecido juntas no lo han hecho de manera homogénea, cada una ha vivido momentos de auge, aunque es la psicoterapia grupal aquella que en ocasiones ha quedado relegada a un segundo plano sobre su compañera.

Si observamos la historia de la humanidad nos encontramos que líderes tribales y líderes religiosos se han servido del vínculo social como método para la curación/solución de ciertas problemáticas conductuales, cognitivas o emocionales; incluso antes de que existieran especialistas en el tratamiento de la salud mental. Ritos chamánicos rituales mágicos, festividades públicas, el drama griego con sus actuaciones de carácter moralista, peregrinajes religiosos, etcétera, hacen parte de las diversas manifestaciones de trabajo terapéutico grupal.

Sin embargo, la psicoterapia grupal como aquel tipo de terapia que es dirigido de manera activa por un especialista es relativamente nueva, pues podemos decir que “nació” en el siglo XX y que a partir de ese momento se extendió por los continentes como método de cura, catarsis o tratamiento para los diferentes problemas asociados a la psique (Portillo, 2000).

El doctor Jacob Levy Moreno, entusiasta de la psicoterapia grupal, fue quien hizo por primera vez —que se tenga registro específico— mención del nombre *psicoterapia grupal*, usándolo en el año 1932 en el Congreso de la Asociación Americana de Psiquiatría.

Aunque esta terapia no fue propiamente bautizada sino hasta 1932 en el año 1905 el internista Joseph Pratt se posicionó como el primer psicoterapeuta de grupo. Éste hacía uso del modelo educativo-inspiracional para el tratamiento psíquico de pacientes con tuberculosis en la ciudad de Boston, Estados Unidos (Colli, Lorenzo, 2004). A partir de este momento la terapia grupal fue utilizada por diferentes especialistas, en diferentes afecciones, y con diversos grupos de pacientes, algunos de los profesionales que hicieron uso de ella fueron: Lazell, psiquiatra que atendía soldados que volvían a EEUU de vivir la guerra en el continente europeo, Cody Marsh quien llevó a cabo un tratamiento para pacientes internos en el Hospital Estatal Worcester. A estos dos considerados los pioneros de la psicoterapia grupal les siguieron, Louis Wender, Paul Schilder, Fritz Redl, Alexander Wolf, Jacob Levy, entre otros (Portillo, 2000). Desde su inicio la

psicoterapia grupal ha ido evolucionando y se ha adecuado a diversas teorías, escuelas, métodos y campos.

En la psicoterapia grupal es fundamental la presencia de otro —de los otros— pues estos, son un medio principal del que se vale la psicoterapia para la movilización. La psicoterapia grupal, interviene en mí, yo intervengo en el otro, y el otro interviene en mí de manera recíproca. Los movimientos, situaciones, y características presentes en un grupo, cumplen funciones dentro de la terapia. En el grupo, el otro —participante que no soy yo— "se vuelve un alter, que me altera con su presencia" (López-Yarto, 2016). Es decir, que el otro miembro del grupo es alguien distinto a mí, pero a la vez es cercano y semejante, lo que permite que pueda verme reflejado en él y compararme con él, pues al encontrarme con el otro es posible encontrarme conmigo mismo.

Mediante el trabajo grupal el paciente empieza a desarrollar una serie de referencias más universales, es decir empieza a replantearse la idea errónea que sostiene al decir que aquello que le está pasando a él no le está pasando a nadie más en el mundo. Ingresar a un grupo, permite al paciente reconocer que él no es el único que sufre, que no es la única persona que se ve afectada por aquello que le aqueja (López-Yarto, 2016) De igual manera el grupo permite llevar a cabo el encuentro con la experiencia de cura, dicha experiencia no tiene que ser obligatoriamente vivida en carne propia, me puedo encontrar con la cura definitiva del otro o con un miembro que se adentra en el camino de la mejora y de la posible cura, esto es fundamental dentro de la psicoterapia grupal dado que se muestra entonces un mensaje claro y fundamental para el proceso psicoterapéutico, y es que; el alivio de mis problemas es posible (López-Yarto, 2016).

7.3. Depresión

La depresión es un trastorno psicológico estudiado a profundidad por todas las corrientes psicológicas. En la actualidad se encuentran un sin número de modelos explicativos que pueden complejizar la comprensión de esta, ya que se presentan serias diferencias en cuanto a su causalidad, desarrollo y tratamiento; sin embargo, la sintomatología de este trastorno es un aspecto en el que se presenta un relativo consenso, ya sea mediante explicaciones nosológicas o fenomenológicas, generalmente se referencian una serie de conceptos básicos.

Según el Manual Diagnóstico y Estadístico de La Asociación Americana de Psiquiatría, la depresión está basada en ocho criterios principales:

- Pérdida de apetito acompañada de pérdida de peso o incremento del apetito acompañado de aumento de peso.
- Insomnio o somnolencia excesiva (hipersomnía).
- Hiperactividad o inactividad física.
- Pérdida de interés o placer en las actividades habituales, o disminución del apetito sexual.
- Pérdida de energía, sensación de fatiga.
- Sentimiento de inutilidad, auto-reproche o de culpabilidad sin motivo.
- Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse.
- Ideas de muerte o suicidio recurrentes.

“A medida que estos síntomas van ganando terreno la persona empieza a sentirse inútil e improductiva, abandona sus responsabilidades, incluso descuida su higiene personal, las exposiciones emocionales son crecientes, la idea de la muerte ya no es lejana.” (Barlés, C. 2000. p. 39).

De acuerdo con el DSM V, para que un estado se pueda llamar depresión debe corresponder al menos con cinco de los ocho aspectos mencionados y debe estar presente por al menos durante un mes. Esta descripción de la Asociación Americana de Psiquiatría corresponde a lo que la mayoría de corrientes psicológicas denominan como la sintomatología de un cuadro depresivo; se puede incluso equiparar con la descripción sintomática del modelo psicoanalítico que hace Freud en la exposición del caso del Señor K: “Síntomas: apatía, inhibición, presión endocraneana, trastornos del sueño: un cuadro completo.” (Ávila, A. 1990. p. 39).

Ahora bien, cuando se refiere a los modelos explicativos que indagan la causa de estos síntomas, o lo que está detrás de ellos, inician las discrepancias o contradicciones entre los diferentes autores. Por ejemplo, Alonso Fernández en su artículo *Las causas de la depresión* postula la concepción de la depresión como un *síndrome vital* por dos motivos:

“Síndrome, porque engloba un conjunto de síntomas que puede ser movilizado por causas diversas, responsables cada serie de ellas de una unidad nosológica depresiva.

Vital, porque lo que se hunde en el TD (la palabra «depresión» proviene del latín *deprimere* que significa disminuir o hundirse) es el plano vital de la persona.” (Alonso, 2011 pp. 579).

Mientras que Freud (1950. Citado por Ávila, 1990), plantea la depresión como un duelo causado por una pérdida de libido en los sujetos débiles. Así como el fenómeno se puede concebir de diferentes formas (como síndrome, duelo, enfermedad, patología), su causalidad se puede situar en diferentes lineamientos.

Según Fernández (2011), la depresión obedece a cinco posibles causas:

- La transmisión genética localizada en distintos cromosomas.
- La personalidad vulnerable a agentes ambientales depresógenos.

- El antecedente de experiencias infantiles adversas traumáticas.
- Cuadros de estrés severos.
- Los elementos corporales patológicos que van desde la salud precaria hasta algunas intoxicaciones.

Junto con este planteamiento el autor señala que “*el trastorno depresivo no tiene una etiología homogénea ni es una enfermedad unitaria.*” (Fernández, 2011. pp. 577). Este postulado se aproxima a una perspectiva integradora de los factores psicológico, biológico y social; que puede ser más funcional para el contexto actual, ya que como él mismo señala “En efecto, todo fenómeno se compone de un aspecto subjetivo y un aspecto objetivo, ambos complementarios entre sí” (Fernández, 2011).

7.4. Teoría Cognitiva

El modelo cognitivo es una corriente teórica y de intervención que surge a partir de la denominada “Revolución Cognitiva”, que hace referencia a un momento en el cual los intentos por comprender la lógica del comportamiento humano hacen un énfasis en los posibles procesos mentales que pueden intervenir en su forma de actuar (aunque es correcto aclarar que este hecho dio inicio a diferentes ciencias cognitivas como la lingüística cognitiva, la filosofía cognitiva y la inteligencia artificial entre otras). Esta corriente surge a partir de la inconformidad con las debilidades y falta de practicidad de los modelos que regían la comprensión e intervención psicológica de la época.

En cuanto a la concepción de psicopatología, se pueden rastrear dos antecedentes en dos líneas diferentes que dieron origen a cómo se entiende desde el modelo cognitivo.

La primera línea nos lleva al conductismo, en donde no se expone un término de psicopatología como tal, sino que se resalta la subjetividad del comportamiento con base en las múltiples posibilidades de asociaciones y aprendizajes que puede experimentar cada sujeto, aunque al mismo tiempo expone que procesos de aprendizaje determinados pueden generar patrones de comportamiento concebidos como patologías por otras corrientes teóricas. Así mismo, deja a un lado los determinismos de normal o anormal, y se centra en la funcionalidad del comportamiento en el medio. Desde esta concepción se origina la denominada *psicología cognitiva*, en la cual se conservan algunos aspectos de lo que se contempla como patología que serán señalados más adelante.

La segunda línea nos refiere al modelo psicoanalítico, en el cual se ven las psicopatologías —hablando en términos generales—, como manifestaciones que hacen referencia a la interacción pasada entre una experiencia vivida y su relación con un mecanismo intrapsíquico compuesto por distintos factores conformados en diferentes etapas críticas de formación. A partir de las falencias de este modelo surge la *terapia cognitiva*, la cual realizará grandes aportes en la construcción teórica dentro del modelo cognitivo.

Ahora, si bien el modelo cognitivo surge desde las debilidades de los modelos mencionados, como la falta de delimitación temporal en la terapia psicoanalítica y la incógnita de *la caja negra*, —la metáfora con la cual se suele hacer referencia al proceso desconocido en medio de la entrada de la información o *input* y la salida de información, *output* o respuesta— conserva diferentes aspectos tanto en su concepción de los fenómenos como en su forma de intervención, que hacen pertinente el haber elaborado esta contextualización sobre el origen del modelo y los antecedentes de la concepción de psicopatología. Para J. Beck “Todas las perturbaciones psicológicas tienen en común una distorsión del pensamiento, que influye en el

estado de ánimo y la conducta de los pacientes” (Beck, 2000). En otras palabras, las psicopatologías son afecciones producidas en el sujeto por el procesamiento erróneo que se hace de la información que nos llega del medio.

Estas distorsiones del pensamiento no solo dan origen a las patologías, también las mantienen como lo afirma Leahy citado por Riso (2003) “El modelo de terapia cognitiva está basado en la idea que los estados disfuncionales como la depresión, la ansiedad y la ira son frecuentemente mantenidos o exacerbados por pensamientos distorsionados” (Leahy, citado por Riso, 2003). Pero esta no es la única causa de su mantenimiento, si bien anteriormente en el modelo conductual se referían a la conducta como determinada por su función en el medio, en el modelo cognitivo se afirma que el síntoma desempeña una función para el sujeto que conlleva a su prevalencia, la cual generalmente tiene que ver con la disminución del sufrimiento que da la categorización de patología a la afección.

Esta exposición muestra la lógica de cómo se originan y mantienen las psicopatologías desde el modelo cognitivo, aunque es preciso señalar que desde este modelo no hay una negación del componente biológico que puede interferir en la conducta humana. Clark y Beck lo señalan de la siguiente forma:

“Acorde con el modelo cognitivo, el sistema de procesamiento de la información conduce a la aparición de los síntomas afectivos, conductuales, motivacionales y fisiológicos de la ansiedad y la depresión. Sin embargo, el modelo cognitivo no afirma que el sesgo en el procesamiento de la información sea la única causa de psicopatología: las variables genéticas, del desarrollo, hormonales, físicas y fisiológicas pueden también estar involucradas en estos desórdenes” (Clark & Beck, 1995)

La concepción que se adquirió en el modelo sobre lo psicopatológico determinó la forma en la que se abordan las problemáticas de esta naturaleza. Si bien bajo esta perspectiva se pueden utilizar distintas técnicas para la intervención, todas se usan enfocadas en la modificación de los paradigmas y errores de procesamientos de la información, modificación que se espera sea reflejada en el cambio del síntoma manifiesto por el sujeto.

7.4.1. Modelo de A. Beck:

“La teoría psicológica más importante que trata de explicar tanto la ansiedad como la depresión es la teoría cognitiva de Beck” (Sanz, J. 1992). Esta ha tenido un gran impacto en la investigación de las patologías, desarrollos metodológicos y conceptuales, y métodos de evaluación de los diferentes modelos.

La teoría de A. Beck se basa en la concepción del hombre como un organismo procesador de la información. Asume que los seres humanos están inmersos en un contexto cambiante y demandante, al cual se enfrentan construyendo su propia realidad a través de la selección, transformación codificación, almacenamiento y recuperación de información; tanto sobre sí mismo como del mundo que los rodea, y basados en este proceso desarrollan un repertorio de respuestas emocionales y conductuales para hacer frente a sus necesidades de una forma operativa.

Así pues, con esta noción de hombre, se plantea que los trastornos emocionales —como considera Beck la depresión— se dan debido a una distorsión cognitiva o un sesgo sistemático en el procesamiento de la información. Los individuos depresivos, en su procesamiento de la información del medio, les dan más valor a los sucesos negativos, los generalizan, y consideran

determinantes; con base en esto se constituye la denominada triada cognitiva negativa: una visión negativa del yo, del mundo y el futuro. (Sanz, J. 1992).

En este modelo la etiología de esta patología se sitúa en la interacción de tres factores:

“... (a) la presencia de actitudes o creencias disfuncionales sobre el significado de ciertas clases de experiencias, actitudes que impregnan y condicionan la construcción de la realidad; (b) una alta valoración subjetiva de la importancia de esas experiencias que resulta de la estructura de personalidad del individuo, y (c) la ocurrencia de un estresor específico a los anteriores factores, es decir, un suceso considerado importante y que incide directamente sobre las actitudes disfuncionales del individuo.”(Sanz, J. 1992).

Beck afirma que las actitudes o creencias disfuncionales que surgen de dicha interacción están representadas mentalmente en *esquemas*: estructuras relativamente duraderas del conocimiento y la experiencia previa, las cuales dirigen todo el procesamiento informativo de forma arbitraria en aras de una economía cognitiva. En la depresión, según este modelo, los esquemas que procesan información de carácter negativo están más activos que los que procesan lo positivo. Dicho procesamiento cognitivo conduce también a un tipo de productos cognitivos (pensamientos voluntarios y pensamientos involuntarios) intrínsecos a los trastornos depresivos que actúan como mantenedores de tal estado psicopatológico.

Por otro lado, esta teoría también asume que los esquemas depresógenos pueden activarse por diferencias determinadas de las estructuras de personalidad, postulando los rasgos de personalidad como esquemas cognitivos de un orden jerárquico superior a los otros.

7.4.1.1. Triada cognitiva del modelo de A. Beck

El modelo de A. Beck para la depresión es un modelo cognitivo, es decir, propone como núcleo de la patología el contenido de los pensamientos y de los procesos cognitivos.

Específicamente “postula tres conceptos específicos para explicar el sustrato psicológico de la depresión: (1) la triada cognitiva, (2) los esquemas, y (3) los errores cognitivos (errores en el procesamiento de la información)” (Beck, et al. 2010).

La triada cognitiva se refiere a la tendencia cognitiva que lleva a quien sufre de depresión a pensar sobre a sí mismo, su futuro y sus experiencias de forma negativa en relación al mundo de modo idiosincrático, es decir, de una manera arbitraria o inherente. En este modelo se consideran todos los signos y síntomas del trastorno depresivo como consecuencia —en mayor medida— de estos tres patrones que se desarrollan de forma negativa. En este supuesto cabe señalar que se le está otorgando un enorme grado de responsabilidad al paciente sobre su propia dolencia, aunque si bien se propone el aspecto cognitivo como núcleo del síndrome, no se plantea como una cuestión de etiología última o la única causa de depresión unipolar, ya que se señalan aspectos como la predisposición hereditaria, el aprendizaje inadecuado, lesiones cerebrales, trastornos bioquímicos, y combinaciones de estos como influyentes en determinado grado de la aparición y mantenimiento de la patología.

El primer componente de la tríada cognitiva, *la visión negativa del paciente sobre sí mismo*, se refiere a que él se percibe como desdichado, incapaz, enfermo y de poca valía; tiende a responsabilizar a sus defectos —físicos, psíquicos o morales— de todas las experiencias desagradables que llega a experimentar, y como consecuencia de estos se invalida a sí mismo, se subestima y se califica de forma negativa.

El segundo componente, *la visión negativa sobre el futuro*, plantea que una persona depresiva hace proyectos y proyecciones a largo plazo bajo el supuesto de que sus dificultades o sufrimientos actuales continuarán de manera indefinida. Con base en su experiencia actual se pronostica a sí mismo el fracaso en las tareas de las que pueda llegar a hacerse cargo. Si bien este componente podría verse como derivado de los otros dos de la triada por aparentemente desarrollarse a partir de estos, lo que aquí se resalta además del contenido del pensamiento es el estilo del pensamiento, el sesgo de procesamiento de información que lleva a creer que aún en un futuro —sobre el cual no debería haber certeza total— se será igual o más inútil, desgraciado, incapaz o enfermo.

El tercer y último componente es la *visión negativa sobre sus experiencias con relación al mundo que lo rodea*. En este patrón de procesamiento cognitivo el depresivo percibe que el mundo demanda de él capacidades exageradas o le presenta obstáculos insuperables que le impiden llegar sus objetivos.

“Interpreta sus interacciones con el entorno, animado o inanimado, en términos de relaciones de derrota o frustración. Estas interpretaciones negativas se hacen evidentes cuando se observa cómo construye el paciente las situaciones en una dirección negativa, aun cuando pudieran hacerse interpretaciones alternativas más plausibles” (Beck, et al. 2010).

7.4.1.2. Esquemas

El concepto de “esquemas” que concibe Aaron Beck en su modelo sobre la depresión es fundamental para entender la lógica que él postula sobre dicho trastorno. Este concepto ha sido utilizado en múltiples áreas como en la teoría de conjuntos, la geometría algebraica, en

educación, en análisis literarios y en programación computacional entre otras (J. Young, J. Klosko & M. Weishaar, 2015) y su uso se registra desde cientos de años atrás, por ejemplo, Chrysippus y algunos estoicos presentes en la antigua filosofía griega presentaron los principios de la lógica en forma de *esquemas inferenciales*; Kant por su parte introduce un concepto de esquemas que se refiere a lo que es común para todos los miembros de una clase. (Nussbaum, 1994. Citado por J. Young, et al. 2015). Incluso dentro del campo de la psicología este concepto ha tenido diferentes usos dependiendo de la corriente y el área de estudio de los diferentes autores.

Uno de los autores de teorías psicológicas que introdujo el concepto de esquemas fue Piaget, quien centró sus estudios en entender el desarrollo evolutivo de las personas en sus primeros años, sus patrones de interacción con el exterior, y la forma de adquirir y organizar información del medio. Piaget postuló que el conocimiento adquirido del mundo se organizaba en lo que llamó esquemas, entendidos como “un conjunto de acciones físicas, de operaciones mentales, de conceptos o teorías con los cuales organizamos y adquirimos información sobre el mundo” (A. Linares, 2007). Este autor establece una diferenciación clara entre un esquema y concepto: el esquema se refiere a operaciones mentales y estructuras cognitivas, mientras que el concepto se refiere a clasificaciones perceptuales.

Young (2015), por su parte, introduce el concepto de esquemas maladaptativos tempranos o esquemas precoces desadaptativos, que se refieren a “[...] patrones emocionales y cognitivos contraproducentes que se inician al comienzo de nuestro desarrollo y se van repitiendo a lo largo de la vida.”(J. Young, et al. 2015). En esta concepción, al igual que la que realiza Beck, las conductas no hacen parte del esquema mismo; para Young las conductas surgen como respuesta del esquema. Según este autor, tal como define el concepto, los esquemas se

forman en el individuo a temprana edad, es decir en la infancia o la adolescencia como representaciones de la realidad; y se pueden catalogar como positivos o negativos, siendo los segundos los denominados *mal adaptativos* o *desadaptativos*.

En cuanto a Beck y su conceptualización de los esquemas, estos constituyen la base sobre la cual desarrolla su teoría, ya que para él “la personalidad se ve como una organización de sistemas integrados —cognitivos, afectivos, motivacionales y conductuales— cada uno englobando estructuras estables denominadas esquemas” (Beck et al., 1990, 2004. Citado por Gabalda, 2006). Además, para este autor el concepto no se limita a módulos de organización de información, los esquemas, según Beck, constituyen la base para localizar, diferenciar y codificar el estímulo con que se enfrenta el individuo, y así categorizar y evaluar las experiencias por medio de una matriz de esquemas dándoles una interpretación determinada en relación a los esquemas que ya se poseen. Además, estos módulos se organizan de forma jerárquica, catalogando como esquemas nucleares o centrales a los que tienen un mayor peso en el procesamiento de la información, ya que estos son los más arraigados en el individuo, los más reforzados o validados por él, y sobre los cuales se van desarrollando los demás esquemas denominados esquemas secundarios, los cuales se presentan en términos de reglas, supuestos y actitudes que hacen referencia al esquema inicial.

Según Beck los esquemas se activan de manera que favorecen la economía cognitiva, creando dos procesos de asimilación de la información automáticos y conscientes, y de igual forma creando respuestas automáticas y conscientes ante dicha información procesada, uno de los productos más relevantes que surgen en este proceso son los pensamientos automáticos, un patrón de pensamientos conformado por supuestos fundamentales en los cuales se basan las reglas con las cuales el individuo intenta integrar y asignar un valor a los datos brutos de la

experiencia; todo esto gracias a la categorización, diferenciación y codificación que realizan dichos esquemas. Sin embargo, esto también abre paso a la existencia de errores de procesamiento de la información o sesgos cognitivos que originan los síntomas de trastornos como la depresión.

7.4.1.3. Errores de procesamiento de la información

“Los errores sistemáticos que se dan en el pensamiento del depresivo mantienen la creencia del paciente en la validez de sus conceptos negativos, incluso a pesar de la existencia de evidencia contraria” (Beck, et al. 2010). Estos errores son producto de los esquemas cognitivos. Se han determinado múltiples tipos de errores de procesamiento de información en la corriente cognitiva, los cuales pueden centrarse en la forma de interpretación del estímulo que viene del medio o en la respuesta que tiene el sujeto a nivel cognitivo a partir de dicho estímulo; de ellos Beck señala 6 básicos en su monografía *Terapia Cognitiva Para La Depresión (2010)*, a grandes rasgos estos son:

- Inferencia arbitraria (relativo a la respuesta): Consiste en adelantar conclusiones sobre una situación sin una evidencia que las respalde, o incluso, aun cuando las evidencias señalan todo lo contrario.
- Abstracción selectiva (relativo al estímulo): Se refiere a centrarse en un fragmento de todo lo presente en el contexto de manera selectiva dejando de lado las demás condiciones, y significar toda la experiencia con base en ese fragmento.
- Generalización selectiva (relativo a la respuesta): Elaborar una regla a partir de una situación específica y generalizarla a múltiples contextos que no necesariamente tienen condiciones en común.

- Maximización y minimización (relativo a la respuesta): Evaluar de manera errónea la magnitud o relevancia de un evento o el fragmento de una situación.
- Personalización (relativo a la respuesta): Consiste en atribuirse una relación con fenómenos externos, aunque no exista un motivo válido o la evidencia de que hay una relación existente.
- Pensamiento absolutista o dicotómico (relativo a la respuesta): Se caracteriza por presentar una clasificación de todas las experiencias en dos categorías opuestas, sin dejar espacio a un juicio gradual entre los polos, o categorías externas a las establecidas.

Si bien los sesgos cognitivos se pueden catalogar según su dinámica de operación de la forma planteada, cabe señalar que operan sobre la historia particular de cada persona, lo que produce que el síndrome depresivo de cada sujeto, obedezca a condiciones totalmente diferentes a las que obedecen para las demás personas; un aspecto que se debe tener muy presente a la hora de intervenir de forma grupal y que puede significar una limitación para este tipo de intervención

En este punto es pertinente aclarar los planteamientos referenciados sobre el procesamiento de la información presente en la teoría de A. Beck, si se quisiera representar o graficar el proceso de procesamiento de información el producto sería similar a este flujograma:

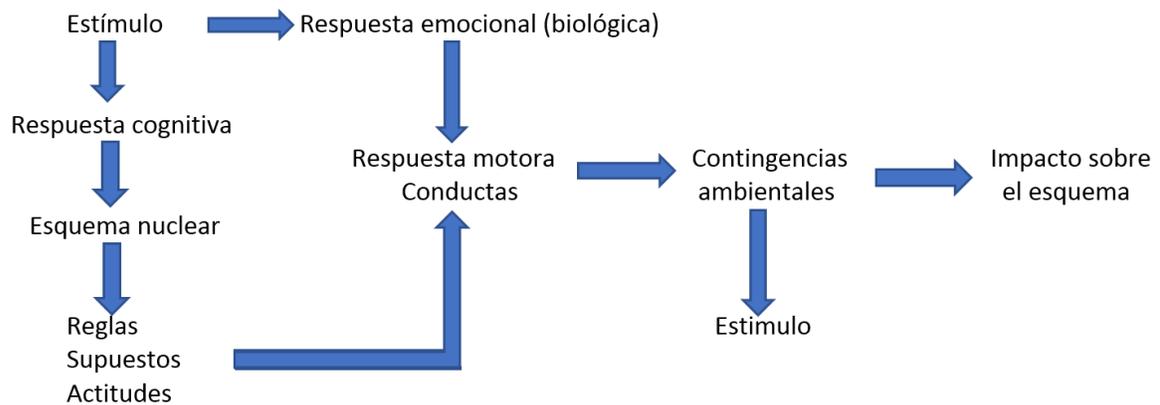


Figura 1. Flujograma procesamiento de información.

Es en la línea de la respuesta cognitiva donde ocurren los errores de procesamiento de información que originan los síntomas del trastorno. Además, como se expresa en el gráfico, el procesamiento de información da inicio a una conducta que se da dentro de un ambiente determinado, lo que puede dar pie a un nuevo estímulo el cual inicia una nueva cadena de procesamiento. Y la información de esta contingencia ambiental también es interpretada por el sujeto de manera que se compara con la información que contienen los esquemas poseídos, como se expresó anteriormente con el fin de catalogarla e interpretarla, y este proceso posiciona los datos de manera que refuerzan el sistema de creencia ya instaurado o van en contra de este, abriendo la posibilidad de su modificación; una dinámica de mantenimiento que se abordará más adelante.

Habiendo planteado las teorías y conceptos base sobre los cuales se llevó a cabo la presente investigación, se continuará haciendo mención a la metodología utilizada para desarrollar la misma.

8. Metodología

La metodología hace referencia al modo en que enfocamos nuestro problema investigativo, y la manera en que buscamos las respuestas de este; es decir, la metodología nos indica el modo de llevar a cabo la investigación afrontada. (Quecedo & Castaño, 2002). Por lo tanto, la metodología a utilizar en esta investigación será la cualitativa. Esta forma metodológica puede ser definida de manera amplia como, el tipo de investigación que arroja como producto datos descriptivos.

De acuerdo con Smith M.L (citado en Quecedo & Castaño) la investigación cualitativa posee una serie de criterios que la definen, estos son:

- Lo empírico como característica de su proceso.
- Estudia cualidades y busca comprenderlas desde su proceso particular.
- Busca conocer procesos subjetivos.
- Es sensible al contexto.
- Estudia el hecho en su medio específico.
- Esta metodología no tiene, entre sus funciones básicas, el garantizar la verdad.

La metodología por la cual se estructura la presente investigación no es elegida de manera aleatoria, sino que la investigación misma es la que la exige, dado que esta posee las características mencionadas con anterioridad, y la misma no tendría cabida en las metodologías cuantitativas o mixtas.

Llevada a cabo, entonces, la descripción de la metodología a utilizar en la presente investigación y esperando que ésta haya quedado clara y fundamente de manera efectiva este proyecto, planteamos a continuación el tipo de investigación cualitativa que se ha de abordar.

Al momento de definir el tipo de investigación cualitativa que íbamos a realizar y que se acoplara a nuestros objetivos y fines, nos encontramos con una problemática: que nuestra investigación no era fácil de definir de acuerdo a un tipo de metodología específico; pero encontramos que se ajustaba mucho más la revisión documental; puesto que llevamos a cabo una revisión de las teorías, estudios e ideas que se han planteado sobre las diferentes temáticas sobre las cuales enfocamos el desarrollo de la investigación, para posteriormente dar pie a una discusión sobre posibles aportes que puedan potencializar el tratamiento de la depresión en la psicoterapia.

Expondremos el tipo de metodología utilizado.

8.1. Revisión Documental

De acuerdo con Alfonso (1995) la investigación documental hace referencia al proceso sistemático de indagación, recolección, análisis e interpretación de información de un tema determinado con anterioridad por los investigadores; por su parte, Baena (1985) menciona que la investigación documental es una técnica de selección y recopilación de información mediante lectura del material bibliográfico disponible sobre la temática elegida, buscando, a partir de este análisis, generar ideas, material nuevo, conclusiones sobre ciertas teorías o claridades en cuanto a las mismas. De acuerdo con Morales (2003) el objetivo de una revisión documental es “llevar a cabo un trabajo sistemático, objetivo, producto de la lectura, análisis y síntesis de la información producida por otros, para dar origen a una nueva información, con el sello del nuevo autor”. Esta metodología entonces es una estrategia de recolección y análisis de información frente a un tema determinado de manera previa, es decir, que nuestro análisis y foco del desarrollo de la revisión, se encuentra en las temáticas “psicoterapia grupal”, “depresión” y “teoría cognitivo conductual”;

sustento teórico de las dos guías revisadas en busca de una relación entre estas, que pudiera arrojar una serie de mejoras a ser aplicadas en pos de la eficacia del tratamiento a impartir.

Para la presente investigación, dada su naturaleza documental, se procedió con una exhaustiva revisión de material bibliográfico, focalizándose en el análisis y estudio de las teorías que confluyen en las guías revisadas; es por esta razón que nuestro estudio hace una exploración documental de diversas variables que influyen, de manera directa, en el proceso de investigación y que son fundamentales para el desarrollo de una nueva guía de intervención, que es nuestro fin último.

Para la revisión de teoría y bibliografía sobre la temática, se procedió con una pesquisa sobre la información existente respecto al tema en cuestión, dentro de los trabajos de grado realizados por estudiantes de diversas universidades de Colombia. Esto no arrojó resultados significativos, por lo tanto, profundizamos nuestra búsqueda en bases de datos bibliográficas universales, enfocándonos en temas de salud tanto mental como física, tales como: Scielo, Ebsco, Redalyc, Apa Psyc, Wilson, DOAJ y DialNet. Los criterios principales de búsqueda estaban basados en la temática grupal y el enfoque cognitivo conductual, temáticas principales de nuestras guías de intervención base; de allí fueron revisados aquellos estudios que coincidían con ambos criterios de búsqueda, es decir, que trataban desde la teoría cognitivo conductual y con enfoque grupal, diferentes dolencias. Entrados a este punto, revisamos aquellos que se enfocaran en el trastorno depresivo, buscando hacer una revisión exhaustiva de las investigaciones con un enfoque similar al nuestro.

Luego de este extenso proceso de búsqueda de investigaciones de corte y temática similar a la nuestra, nos propusimos identificar una gran cantidad de información acerca de la teoría sobre la depresión de Aaron Beck, como el modelo explicativo de la depresión desde una

perspectiva cognitiva, debido a que esta es la teoría base de las guías para relacionar la psicoterapia grupal con el trastorno depresivo. Esta búsqueda y análisis de información bibliográfica fue fundamental para el desarrollo de la nueva guía de intervención, pues la revisión teórica vislumbró las fallas existentes al interior de las guías, y evidenció, además, la forma en que estas fallas pueden ser modificadas en pos de sacar el máximo provecho de las intervenciones que se lleven a cabo teniendo como base las guías propuestas.

Planteada la metodología que utilizamos para el desarrollo de la presente investigación, daremos paso al análisis aplicado y a partir del cual se pretendió lograr los objetivos planteados. .

9. Visión general de la depresión

“La depresión es un trastorno mental frecuente, que se caracteriza por la presencia de tristeza, pérdida de interés o placer, sentimientos de culpa o falta de autoestima, trastornos del sueño o del apetito, sensación de cansancio y falta de concentración”.

OMS

Como mencionamos anteriormente la depresión es uno de los trastornos psicológicos, más investigados y estudiados. A esta afección los profesionales de la salud -tanto física como mental- dedicamos gran parte de nuestro tiempo, ya sea en investigación o intervención. Sin embargo el gran cubrimiento de este trastorno genera una gran cantidad de teorías en cuanto a su surgimiento, una serie de ideas que rondan en torno al mantenimiento, o a la caída en un estado depresivo crónico; en psicología es casi imposible determinar un modelo o técnica de intervención que sea aplicado de manera unificada por los profesionales "psi", y es mucho más complejo unificar una forma de intervención entorno a un trastorno ampliamente estudiado e investigado desde las diferentes ramas y escuelas de la psicología.

No solo es complejo establecer una forma de tratamiento, también resulta tortuoso encontrar una definición y conceptualización general sobre el trastorno. A continuación, se expondrán los planteamientos encontrados sobre depresión tanto en el CIIIE-10 como lo considerado por la Organización Mundial de la salud, a fin de complementar lo mencionado sobre este trastorno.

Anteriormente fueron señalados los indicadores sobre depresión encontrados en el Manual Diagnóstico y Estadístico de la Asociación Americana de Psiquiatría, y a su vez fueron comentadas las apreciaciones del DSM-V y la semejanza existente entre ambos. En este momento se expondrá la información sobre depresión presente en el CIE-10

En el CIE-10 se ubica la depresión dentro de los trastornos del humor. Esta a su vez se divide en:

- Episodio depresivo leve
- Episodio depresivo moderado
- Episodio depresivo grave sin síntomas psicóticos
- Episodio depresivo grave con síntomas psicóticos
- Otros episodios depresivos
- Episodio depresivo sin especificación.

Se plantea que, en un episodio depresivo típico, el enfermo que lo padece sufre de:

- Pérdida de capacidad para interesarse y disfrutar de cosas y actividades.
- Disminución de la vitalidad y actividad,
- Sensación de un cansancio exagerado que surge al primer esfuerzo.
- Disminución de la atención y concentración
- Pérdida de confianza en sí

- Sentimiento de inutilidad
- Perspectiva catastrófica del futuro
- Trastornos de sueño
- Pérdida de apetito
- Y en episodios graves, actos suicidas o autolesiones.

Para el diagnóstico de un estado depresivo se requiere que la persona haya experimentado la sintomatología por mínimo dos semanas, sin embargo, es posible aceptar períodos más cortos siempre y cuando los síntomas sean excepcionalmente graves o si su inicio es brusco.

De acuerdo con la OMS la depresión es uno de los trastornos psicológicos más frecuentes en el mundo, se calcula que afecta aproximadamente a 350 millones de personas.

Este trastorno es un problema de salud serio ya que puede causar un gran sufrimiento y ser capaz de alterar las actividades de una persona, llevando incluso a que esta no sea capaz de realizar las labores cotidianas de su día a día; en los casos más graves la depresión puede llevar al suicidio de la persona que la sufre. Se plantea además que, aunque existen muchos tratamientos y formas de terapia que resulta eficaces para la depresión, una gran cantidad de las personas no llegan a ser tratadas, los sujetos que la padecen se enfrentan a una serie de obstáculos que les impiden acceder a un tratamiento, algunos de estos son: falta de recursos económicos, falta de personal capacitado, evaluación y diagnósticos erróneos. Se vuelve entonces un problema social buscar soluciones a las limitaciones al acceso de un tratamiento, a saber, que la depresión es un trastorno tratable y curable, el objetivo que se ha de tener será garantizar el acceso al tratamiento y a obtener un diagnóstico acertado.

10. Conceptualización de la psicoterapia grupal

En el presente apartado haremos referencia a la psicoterapia grupal, señalaremos sus momentos de inicio y quienes fueron sus precursores, también enseñaremos el momento en que esta se consolidó como una forma de psicoterapia efectiva y llevada a cabo de manera activa por los profesionales en salud mental, señalaremos algunas de sus características y la manera en que es aplicada según la teoría cognitivo conductual.

10.1. Inicios de la psicoterapia Grupal

Como mencionamos anteriormente, la terapia grupal, inicio en el año 1905 con el médico internista Joseph Pratt, él utilizaba el modelo educativo/inspiracional para llevar a cabo encuentros terapéuticos con enfermos de tuberculosis.

Pratt se encontraba preocupado por aquellos pacientes que no podían pagar el tratamiento médico ofrecido en la época, se planteó la apertura de un espacio al cual estos enfermos pudieran asistir y en el cual por medio de la dinámica grupal se pudieran tratar temas que les sirvieran de apoyo y pudieran socializar conductas de cuidado que derivaran en una curación de la enfermedad. Para estas clases sobre el “control del pensamiento” se formaron grupos de aproximadamente 20 participantes, al principio los grupos eran básicamente de carácter académico, pues Pratt enseñaba formas de alimentación saludable, métodos de descanso y cómo lidiar con la enfermedad en ambientes laborales y en el medio familiar. Pratt, revisaba los registros diarios que los pacientes afiliados al grupo debían llenar, allí registraban información médica como, la presión, temperatura y pulso que hubieran tenido durante el día, así como la comida que ingerían, el tiempo en que estaban fuera de sus casas, etc. Con el paso del tiempo, Pratt encontró que aquello que resultaba más importante a nivel de grupo no eran sus palabras de

aliento o la guianza médica que él podía impartir, sino que era el clima creado por el grupo aquello que influía en el bienestar de sus pacientes; pues cada uno de los miembros era para los otros, visto como un apoyo (Portillo,2000).

Las dos décadas siguientes a la conformación del grupo por parte de Pratt, se fueron multiplicando las experiencias grupales, E. W. Lazell, L. Cody Marsh, L. Wender, y P. Schilder, fueron unos de los estudiosos que se interesaron y aplicaron las técnicas grupales; todos ellos abordaron el trabajo grupal desde la situación hospitalaria y de manera general hicieron uso de técnicas educativas combinadas con los factores que hacen aparición en la dinámica de grupo, como lo es el apoyo grupal debido a la similitud de condiciones (Colli y Lorenzo, 2004). El psiquiatra Edward Lazell, adoptó la metodología de trabajo grupal propuesta por Pratt para trabajar con paciente diagnosticados con esquizofrenia, hacía uso de discusiones grupales acordes al método dictado por el psicoanálisis, además de llevar a cabo con sus pacientes unas lecturas que servían de apoyo a sus encuentros.

Diez años más tarde, a las intervenciones llevadas a cabo por Lazell, el psiquiatra y sacerdote Cody Marsh implementó una serie de conferencias dirigidas a pacientes psiquiátricos internados en un hospital de Long Island, además de las conferencias les dejaba a los pacientes “tareas para la casa”, realizaba con ellos lecturas, ejercicios grupales como el *role playing* o sesiones de preguntas y respuestas entre participantes de las conferencias. El psiquiatra tenía como fin último de estos encuentros que los pacientes experimentaran un estado de ánimo feliz.

El psiquiatra nacido en Lituania Louis Wender fue otro de los pioneros en psicoterapia grupal (MacKenzie, 1992), hizo uso de la misma para abordar los problemas de convivencia que se presentaban dentro del hospital Hillside de Hudson entre pacientes mentales. la psicoterapia grupal tenía una duración aproximada de cinco meses, es decir el paciente que ingresaba debía

asistir a las mismas por un período no inferior a cinco meses. En las sesiones de encuentro el médico llevaba a cabo una exposición sobre la motivación para el desarrollo de una conducta, sobre el conflicto inconsciente. Buscaba apelar a la comprensión de la conducta no desde lo emocional sino desde lo cognitivo, esta actividad grupal era complementada con intervención individual (Portillo, 2000). Junto con Wender, Paul Schilder psiquiatra y psicoanalista Austriaco aplicaron los principios de los psicoanálisis dictados por Freud en el desarrollo de las actividades grupales, él llevaba a cabo interpretaciones de sueños, asociaciones libres al igual que de la transferencia. Introdujo además la realización de actividades estructuradas y dentro del grupo, como por ejemplo la escritura de biografías, incluyó también la terapia por el arte, interpretando aquello que los participantes del grupo produjeran, esta interpretación se asemejaba a la interpretación de sueños. Al igual que Wender de la misma manera como llevaba a cabo intervención grupal realizaba intervención individual, buscando obtener *insight* por parte de sus pacientes (Portillo,2000).

A partir del año 1921 el médico y psicoterapeuta Alfred Adler puso en evidencia su interés por la psicoterapia de carácter grupal. Este junto con R. Dreikurs quien además fue pionero en llevar la consulta grupal al medio privado, fundó una clínica en donde se trataba tanto al paciente como a la familia de éste, por medio de un método que fue bautizado por ellos como “terapia colectiva”. Adler consideraba al hombre como un ser social que debía ser tratado dentro de la sociedad misma y no como un ente aislado, además su foco de tratamiento se hallaba en el contexto social de la conducta del sujeto; para esto el grupo como un dispositivo colectivo ofrece las condiciones para poder reproducir el medio social; de allí su interés por la aplicación de psicoterapia de grupo (Bechelli, dos Santos, 2004).

El método utilizado por los pioneros de la psicoterapia grupal tenía como figura principal del grupo al terapeuta. Contrario a este método en el año 1935 nace la organización Alcohólicos Anónimos en Estados Unidos de la mano de Bill Wilson —alcohólico rehabilitado— y el médico Bob Smith —alcohólico buscando rehabilitarse— estos descubrieron que su capacidad para mantenerse alejados de la bebida estaba relacionada con la ayuda que le podían brindar a otros alcohólicos, del estímulo mutuo para permanecer sobrios y del compartir experiencias unos con otros. En el año 1939, con la publicación del libro AA, la comunidad empezó a extenderse por otros países ("Historia De AA En El Mundo", 2016). Este tipo de grupos funciona con una estructura fraternal, en donde la homogeneización de sus participantes resulta siendo una de sus características principales. Está compuesto por doce pasos que el alcohólico debe seguir si busca llegar a recuperarse, el apoyo que cada uno de los participantes brinda al otro es fundamental, en esta comunidad no se culpabiliza, pero se busca que la persona asuma la responsabilidad de su actuar y se trace una serie de metas que ayuden en su recuperación y bienestar (Alcohólicos anónimos, 2016). A partir de la aparición de AA (alcohólicos anónimos) han surgido diversos grupos de ayuda que comparten las características de AA, como son Neuróticos Anónimos, Alateen (hijos de alcohólicos), Familias Anónimas, Comedores Compulsivos Anónimos, etcétera.

Jacob Levy Moreno, psiquiatra creador del psicodrama, a quien se atribuye haber acuñado el término “psicoterapia de grupo” fue, además, el fundador de la *American Society for Group Psychotherapy and Psychodrama* (American Society of Group Psychotherapy and Psychodrama, 2016). En la psicoterapia grupal llevada a cabo por Moreno, el psicodrama era fundamental, puesto que para él la dramatización de los conflictos logra movilizar hacia la superación de los mismos (Bechelli & dos Santos, 2004). El método de Moreno, se asemeja un

poco al grupo de estructura fraternal —como AA— puesto que si bien hay un líder que coordina la ejecución del psicodrama su papel se encuentra restringido dado que allí los pacientes y participantes son tanto agentes terapéuticos para aquellos que observan su actuación como beneficiarios directos por la ejecución del método. Es del encuentro con el otro desde donde se moviliza el sujeto.

El psicólogo alemán Kurt Lewin (Lacouture, 1996) desarrolló en la década de 1930 el concepto dinámica de grupo. Lewin sostuvo la idea de que los grupos tienen una serie de aspectos como son liderazgo, cohesión, comunicación, interdependencia, cooperación y competencia que los diferencia de los subgrupos y de los individuos externos que influyen dentro del individuo que pertenece al grupo. La conducta de un grupo no es predecible sin antes tener en cuenta los valores propios del mismo. Por estas razones Lewin se dedicó a estudiar las formas de interactuar de un grupo, las características del líder y de cada uno de los miembros, la relación entre la interacción del grupo con los fines del mismo. Por medio de la investigación sobre los grupos, las dinámicas y jerarquías del mismo, Lewin encontró que:

"El enfrentamiento objetivo y la reflexión de los miembros de un grupo, sobre las características y efectos de su propia conducta, produce un aprendizaje significativo sobre sí mismos, las respuestas de los demás y la evolución del grupo en general"

Si bien distintas fuentes coinciden en asegurar que fue Pratt el precursor de la psicoterapia grupal, es apropiado mencionar que esta afirmación no es posible de corroborar en un ciento por ciento, Moreno también resulta un buen candidato en el cual se pueden encontrar las bases de la terapia grupal, así mismo la diferencia en la fecha de aplicación de terapia grupal por diversos autores no posee una brecha cronológica considerable. Si bien el inicio no es totalmente claro, sabemos que los autores nombrados anteriormente fueron pioneros en la

psicoterapia, fue gracias a ellos, a sus investigaciones, puesta en escena y experiencia directa que se dio inicio a una forma de psicoterapia de gran valía para el trabajo psicoterapéutico.

10.2. Apogeo de la psicoterapia grupal

La Segunda Guerra Mundial trajo consigo el fortalecimiento, expansión y auge del uso de la psicoterapia de carácter grupal. Al verse enfrentados a un aumento considerable de los casos psiquiátricos, aquellos profesionales en medicina y psiquiatría que trabajaban con militares - población en la que aumentó la aparición de casos de estrés postraumático, depresión ansiedad, estrés, etc.- se vieron “obligados” a realizar sesiones de psicoterapia grupal, puesto que estaban encargados de satisfacer una demanda que en caso de haber intentado suplir mediante la intervención individual, hubiese resultado imposible.

Implicado de manera directa en el impulso brindado por la segunda guerra mundial a la psicoterapia grupal Wilfred Bion aplicaba los principios del psicoanálisis a las sesiones de psicoterapia grupal en la que participaban una serie de soldados que habían sido hospitalizados por neurosis de guerra. A partir de estas sesiones se buscaba que los soldados pudiesen ser reintegrados a la vida militar lo antes posible (Bion, 1980) De sus observaciones a las sesiones grupales que llevaba a cabo, Bion planteó que en los grupos surgen dos tipos de actividades una racional con tendencias a la cooperación y otra inconsciente que es compartida entre los miembros del grupo y que actúa de acuerdo a un supuesto básico que se ha instaurado en la colectividad. Esta idea de un proceso inconsciente en cada individuo de un grupo y que además sirve como ente cohesionador del mismo, es una de las teorías propuestas por Bion que han sido más aceptadas dentro de la psicoterapia grupal (Portillo, 2000).

Karl Menninger consideró que el uso de la psicoterapia grupal fue uno de los grandes aportes que realizó la psiquiatría militar a la práctica psiquiátrica privada.

Fue tanta la acogida por parte de las fuerzas militares a la psicoterapia grupal que, al finalizar la Segunda Guerra Mundial, la Cruz Roja Norteamericana la instituyó como uno de los tratamientos base para los veteranos de guerra.

Si bien como hemos mencionado la segunda guerra mundial fue uno de los detonantes del auge de la psicoterapia grupal, esta no fue la única. Desde el año 1949 diversos autores se mostraron interesados en dirigir su atención a esta forma de psicoterapia, de allí que una gran cantidad de la información conceptual y teórica sobre la psicoterapia grupal haya sido desarrollada a partir de ese año. Martin Peck quien simpatizaba con la teoría de los sistemas planteó que cuando un paciente cambia su conducta, el cambio no se produce únicamente en él, si no que el grupo al cual asiste también sufre un cambio. Es decir que el cambio en una pieza del sistema afecta a las otras.

Por su parte Samuel Slavson (1964) quien fuera el fundador de la Asociación Americana de Psicoterapia de Grupo, encontró que una atmósfera grupal de característica permisiva facilita al grupo la descarga de la agresividad de sus miembros, mientras que mitiga los sentimientos de culpa.

Alexander Wolf (Colli & Lorenzo, 2004) explicó uno de las fines principales de AA para realizar el trabajo grupal sin un terapeuta: al suprimir este rol, los pacientes que se muestran inhibidos al estar frente a una figura de autoridad pueden expresarse más abiertamente, al mismo tiempo, esto libera a los participantes —tanto los inhibidos como los desinhibidos— de la dependencia que se suele depositar en el terapeuta.

Sumados a los autores y situaciones históricas ya mencionados. Del desarrollo y auge de la psicoterapia grupal fueron partícipes diversos autores, investigadores, psicólogos, psiquiatras e instituciones que contribuyeron a la solidificación de esta. Algunos de ellos fueron, H. Foulkes, S. Ezriel, T. Main quienes eran parte de la Clínica Tavistock en Gran Bretaña. Esta Clínica -y su personal- manejaba un método de terapia grupal, en el cual el terapeuta atendía al grupo como si este fuese un todo. Posteriores investigaciones llevadas a cabo por personal interno de la clínica arrojaron que, pensar al grupo como un todo hacía que la terapia no fuese tan exitosa, pues esta idea hería el narcisismo de los pacientes y los hacía sentir deshumanizados. Al encontrarse con esta información la clínica decidió realizar una reestructura de todo su método de trabajo, y cambiarlo por un modelo en el cual todas las relaciones y actividades del equipo clínico y los pacientes estaban al servicio del trabajo terapéutico (Portillo, 2000). El modelo adoptado por la Clínica Tavistock, fue precursor del modelo de comunidad terapéutica desarrolladas por Maxwell Jones en los años 60 (Vandavelde, 1999).

Para el año 1982, se tuvo claridad en la diferencia entre la psicoterapia grupal la cual tenía como objetivo primario la superación de la patología individual, la terapia grupal y demás grupos de crecimiento y desarrollo personal. Se encontró además que los psicoterapeutas experimentados así fuesen de diversas corrientes obtenían resultados similares al dirigir un grupo (Portillo, 2000).

Habiendo hecho un breve recorrido histórico por el inicio y desarrollo de la psicoterapia grupal, podemos decir que esta desde 1905 ha estado en crecimiento constante. Ha ido recogiendo adeptos al igual que personas que se oponen a ella; hay quienes consideran como una forma de psicoterapia eficaz, algunos piensan que únicamente debe ser un complemento de la psicoterapia individual, y otros simplemente no la consideran valiosa. La variedad de

psicoterapeutas que se han interesado en ella, ha resultado fructífera a la hora de establecer las técnicas de intervención, las escuelas psicológicas han nutrido la práctica con sus planteamientos, técnicas e instrumentos. En general la psicoterapia grupal ha crecido, es sólida, estructurada y posee una gran cantidad de formas y particularidades en la intervención logrando que pueda adecuarse a una gran cantidad de problemáticas psicológicas y que se adapten al estilo de intervención de cada psicoterapeuta.

10.3. Consideraciones de la psicoterapia grupal

Como es sabido, el comportamiento de un sujeto se encuentra determinado por tres factores: lo psicológico, lo biológico y lo social. Con lo biológico se hace referencia a aquellas particularidades que son heredadas, como la formación del cuerpo y el funcionamiento del mismo; el factor psicológico hace referencia a características, emociones, motivaciones, ideales, etcétera; finalmente, el aspecto social es aquel determinado por el medio en el que un sujeto se encuentra inmerso desde el momento de su nacimiento, y en el que confluyen su factor biológico y psicológico.

Estos tres factores son determinantes en el proceso de consolidación de la personalidad de un sujeto.

El tercer factor, es decir el factor social, es aquel que nos interesa al momento de hablar de psicoterapia grupal; dado que el ser humano es social por naturaleza, las relaciones interpersonales son de suma importancia en el desarrollo y aparición de diferentes problemáticas de carácter mental; y así como lo social es fundamental en el proceso de aparición de trastornos, es también fundamental en el proceso de cura y superación de los mismos. Por esto, la psicoterapia grupal es altamente relevante dentro de un determinado proceso psicológico.

La psicoterapia grupal es la reunión de un grupo de sujetos a los que se denomina pacientes, y que se encuentran de manera permanente y voluntaria lo largo de un periodo de tiempo, y entre los cuales interactúan y se relacionan en pos de un proceso terapéutico, los integrantes de este se encuentran en un medio determinado por un terapeuta y se ajustan a una serie de características determinadas por este; por lo tanto, se mantiene la relación entre psicoterapeuta y paciente, pero bajo la premisa de psicoterapeuta y grupo (González Núñez, 1992).

La psicoterapia grupal cuenta con una característica fundamental que la diferencia de cualquier otro tipo de psicoterapia: al ser desarrollada en grupo, es decir, dentro de un medio social, permite a los sujetos que participan de ella encontrarse en un contexto similar a aquel en que se relacionan de manera cotidiana. Es decir, el grupo se asemeja a la dinámica social regular del día a día, y a través de este se pueden producir cambios positivos que facilitan el desempeño de las personas en las diferentes situaciones a las que deben enfrentarse cotidianamente.

De acuerdo con Olmsted (1963), el grupo puede ser descrito como una pluralidad de sujetos que se relacionan entre sí, que tienen en cuenta la existencia del otro y que son conscientes de la presencia de un elemento común que los une.

El grupo terapéutico psicológico es un medio por el cual se hace uso de las dinámicas sociales en pos de la recuperación de cierta problemática; es decir, toma cierto trastorno, enfermedad o problema como el aspecto unificador que menciona Olmsted (1963) y muestra al otro como un reflejo de mí mismo, frente a aquello que me aqueja.

Dentro de un grupo psicoterapéutico, cada uno de los sujetos que lo conforma aporta los recursos de los cuales dispone al grupo y éste, a su vez, le retribuye con los recursos que tiene; esto permite el crecimiento de cada individuo de acuerdo a sus propias capacidades y

potencialidades. Es decir, el grupo le permite a un sujeto crecer mediante la contención emocional que le brinda, la vinculación empática con diversas personas, y favorece su proceso de integración social (González Núñez, 1999). El grupo permite a un sujeto sentirse identificado, pues logra expresar su queja en un medio en que no se siente juzgado, por encontrarse rodeado de otros sujetos a los que aquejan situaciones similares.

La psicoterapia de grupo utiliza al grupo como un medio que proporciona fuerza al proceso terapéutico de los sujetos que hacen parte de él.

10.4. Psicoterapia grupal - Escuela Cognitiva

Como mencionamos anteriormente de acuerdo con Beck (2000) "Todas las perturbaciones psicológicas tienen en común una distorsión del pensamiento que influye en el estado de ánimo y conducta de los pacientes" Por esto la psicoterapia cognitiva plantea que las afecciones psíquicas son producto de un procesamiento erróneo de la información del medio.

La psicoterapia cognitiva, se enfoca en el vínculo existente entre pensamiento y conducta. Es una manera de comprender cómo uno piensa acerca de sí mismo, de otros y del mundo, y como las conductas que realizamos afectan los pensamientos y sentimientos de un sujeto. Esta orientación psicoterapéutica pretende ayudar a un sujeto a cambiar pensamientos y acciones que pueden estar generando problemas y dificultades, buscando su bienestar.

La orientación cognitiva es de carácter activo, estructurado, directivo y además considera un límite de tiempo, suele utilizarse como tratamiento para diversas alteraciones psíquicas (Beck, 1987). Las técnicas que se utilizan suelen ir encaminadas a identificar y modificar las falsas creencias, es decir que el paciente logra resolver situaciones anteriormente problemáticas por medio de la reevaluación y modificación de pensamientos (Clark & Beck, 2010).

La psicoterapia cognitiva consiste de manera esencial en:

- Identificar pensamientos irracionales.
- Identificar aquello que es irracional en ellos.
- Modificar aquello que es irracional.

En cuanto a la terapia cognitiva y su relación con el medio terapéutico grupal, este vínculo inicia aproximadamente en el año 1967, fecha en la cual Aaron Beck postula de manera formal el modelo cognitivo, a partir de esta fecha se inicia la aplicación del modelo cognitivo en procesos terapéuticos grupales. De manera general los grupos se conformaban por sujetos con una problemática similar, esto facilitaba la enseñanza de conductas concretas y afianzar patrones de refuerzo al interior del grupo. Se aprovechaba además la presencia de diversos modelos para llevar a cabo *feedback* grupal, y fácilmente se podía llevar a cabo entrenamiento en habilidades sociales. Durante los años 70 se produjo un auge en el entrenamiento asertivo en la terapia grupal. De la mano con la teoría de Bandura (1977) del aprendizaje social el enfoque más importante de la psicoterapia grupal fue el entrenamiento de habilidades. En los años ochenta surgió el interés por realizar intervenciones grupales para el manejo del estrés y la agresividad, lo cual continúa siendo un enfoque de las psicoterapias en la actualidad.

Hacia finales de los 70 y mediados de los 80 se empezó a considerar al grupo como un factor fundamental en el proceso terapéutico, en lugar de ser considerado únicamente como un medio. Esta concepción del grupo como un movilizador de la cura se mantiene hasta el día de hoy.

Según lo planteado por Pérez y García (2003) citados en Sanz (2014) hay tres formas de intervención en depresión que han demostrado su eficacia al ser puestas a prueba mediante estudios controlados; estas son las terapias de: conducta, cognitiva e interpersonal. Estas además

son viables de ser aplicadas de manera grupal, y de esta manera aumentar la eficacia y la eficiencia de estas.

Dentro de la psicoterapia cognitivo conductual muchos de los problemas que son discutidos son de tipo socio-interaccional por esto la presencia de varios sujetos brinda a los pacientes la posibilidad de poner en práctica las habilidades sociales que se han adquirido, contarán además con la posibilidad de compartir sus experiencias con otras personas que probablemente se identificarán con ellas, y así mismo, identificarse con la historia y la realidad de los demás participantes del grupo, acá evidenciamos lo planteado por López-Yarto (2016) de "el otro es un alter que me altera con su presencia" puesto que el otro es similar a mí y por esto es posible verme reflejado en él.

El grupo de carácter cognitivo conductual ofrece a sus miembros la posibilidad de poner en práctica conductas y pensamientos, así mismo realizar *feedback* a los otros; producto de esto los pacientes suelen desarrollar sus habilidades de liderazgo, y lograr por medio de la ayuda a otros, ayudarse a sí mismos. Otra de las características positivas que posee la terapia cognitivo conductual grupal es la posibilidad de que los miembros del grupo evalúan aquellas conductas que producen desagrado en los demás, a la vez que aprenden aquellas que resultan atractivas a los otros, es decir se lleva a cabo una evaluación de las dinámicas sociales mantenidas por el sujeto, es posible además confrontar los pensamientos irracionales del paciente pues resulta beneficioso que sean sus propios compañeros a quienes considera como iguales quienes hagan estos señalamientos en lugar de ser realizados por un terapeuta. Para el terapeuta el grupo es un espacio en que puede evidenciar los comportamientos de un sujeto de manera activa, y así formular de una manera más clara su intervención. La terapia cognitivo conductual brinda al

paciente una gran cantidad ejercicios de trabajo y esto en conjunto con la terapia grupal, posibilita una intervención satisfactoria y completa.

A continuación, realizaremos una conceptualización de la psicoterapia grupal de corte cognitivo conductual de acuerdo con lo planteado por Martha Sanz (2014):

- Organización del grupo: Los grupos psicoterapéuticos son usualmente llevados a cabo de manera semanal, estableciendo un aproximado entre 14 o 18 sesiones, agregando a estas una serie de sesiones de control que se llevarán a cabo meses después de la finalización del trabajo grupal.
 - Proceso del tratamiento: Lo primero que ha de ser realizado es una evaluación diagnóstica buscando evidenciar aquellas conductas y pensamientos que han de ser modificados, las situaciones que los pacientes consideran como conflictivas, los puntos en los que el paciente deberá trabajar y aquellos que son sus fortalezas, el medio del paciente y las redes de apoyo con las cuales cuenta, y se aquellas potencialidades que puedan ser utilizadas para la cura. De esta evaluación dependerá la manera en la que el grupo sea conformado. Posterior a la evaluación previa, se pasará a enseñar a los pacientes a definir sus problemas en términos de conducta observable y descripciones de pensamientos y sentimientos que se manifieste como respuesta a conducta ansiógenas; relacionado a esto se pide al grupo que ayuden a perfeccionar la evaluación diagnóstica de los otros, buscando por medio de un aparente juego de roles se brinden los unos a los otros *feedback*, buscando incrementar la afinidad entre los miembros.

- Planificación de la terapia: La planificación de una terapia grupal ha de ser realizada dos veces, en una se lleva a cabo el diseño de un plan para cada paciente y luego en relación con este diseño individual se estructura un plan común que coincida con las necesidades de cada uno de los miembros.
 - Resolución sistemática de problemas: En el entrenamiento para la resolución sistemática de problemas, los pacientes aprenden a analizar los problemas de manera que se posibilite el descubrimiento de las diversas alternativas de su abordaje y eligiendo aquella que sea la adecuada de acuerdo al contexto en que se desarrolla la situación problemática. Dentro del grupo el paciente expone sus estrategias y este le ayuda a evaluar la elección realizada y los resultados que obtuvo de la misma.
 - Reestructuración cognitiva: Usualmente los pacientes manifiestan la aparición de pensamientos irracionales y creencias distorsionadas en situaciones estresantes, y en algunos caso las ideas y pensamientos que se genera llevan a sentimientos de ansiedad y depresión; la reestructuración cognitiva consiste entonces en el proceso llevado a cabo por un sujeto en el que se identifican y evalúan los pensamientos desadaptativos y se busca que estos sean reemplazados por unos más apropiados, esperando que se produzcan una serie de cambios positivos. En el grupo se anima a los participantes a que den su ejemplo sobre la relación entre los pensamientos irracionales y el resultado de estos en sus vidas, de esta manera se pasa a la identificación de las cogniciones irracionales de cada uno de los sujetos, mientras que el grupo mediante devoluciones señala lo irracional de las ideas del sujeto y además plantea

posibilidades de respuesta más adecuadas, que puedan resultar positivas para el sujeto.

- Entrenamiento en habilidades: Se enseña al grupo una serie de habilidades que son útiles para el manejo de situaciones que suelen generar tensión. Las habilidades que suelen enseñarse son: Relajación, respiración profunda, clarificación, y evitación. La relajación y respiración se enseñan mediante ejercicios grupales en los cuales las técnicas se enseñan y se practican en parejas. La clarificación se instruye en momentos en que un sujeto vive una situación estresante y la comparte en grupo, se le plantea al sujeto que tipo de información hubiera requerido para reducir la ambigüedad de la situación, y posiblemente actuar de una mejor manera. Se les plantea que la evitación de una determinada situación problemática puede ser útil únicamente cuando el costo no sea mucho mayor que afrontarla.

Las técnicas enseñadas y practicadas en el grupo le permiten al paciente sentirse más confiado al momento de hacer uso de ellas en el mundo exterior, es decir el medio ajeno al grupo.

En síntesis, la terapia grupal de tipo cognitivo conductual ha demostrado su utilidad en la reducción del estrés, la depresión y la ansiedad, entrenamiento en habilidades, resolución de problemas etc., es decir este tipo de terapia se ha venido aplicando en el tratamiento de múltiples trastornos y ha dejado evidencia de su funcionamiento. (Sanz, 2014).

Habiendo hecho referencia a la terapia grupal, pasaremos a señalar algunas de las diferencias que se pueden encontrar entre los procesos psicoterapéuticos grupal e individual.

11. Manuales de terapia grupal cognitivo conductual para la depresión

Desde la psicología cognitivo-conductual, existen dos guías de intervención terapéutica para el síndrome depresivo en los cuales se pueden ver aplicados los conceptos anteriormente expuestos. Sin embargo, cada una presenta una serie de características cuestionables que llevan a pensar que una guía de intervención terapéutica para la depresión puede estar mejor estructurada o formulada, por ejemplo, con un sustento teórico más amplio que se vea reflejado en la ejecución, esto ya que “Aunque se pueden ofrecer algunas pautas sobre la planificación e implementación de la terapia cognitiva de grupo, éstas se basan en gran medida en el nada sistemático método de ensayo y error” (Hollon & Shawn, 2010). Es decir, los acercamientos a este tipo de intervención no han obedecido en gran medida a una teorización inicial, sino que se han construido empíricamente sobre el quehacer.

11.1. Análisis

La primera guía para referenciar es el *Programa para la terapia cognitiva de grupos*, presentada por Steven D. Hollon y Brian F. Shaw en el Capítulo 16 del libro *Terapia Cognitiva Para La Depresión*. En este capítulo ambos autores realizan una exposición sobre la terapia cognitiva de grupo para pacientes depresivos, iniciando con un apartado de consideraciones generales donde se señalan las diferencias básicas entre la terapia grupal y la individual, como la heterogeneidad que se presenta en el grupo, el rol que pueden jugar los compañeros de un grupo para aquel que sufre de depresión, y la efectividad de este tipo de intervenciones. Dichos aspectos los plantean principalmente en términos de interrogantes, empezando una exposición que se verá a lo largo del capítulo sobre lo poco estructurada que se encuentra esta modalidad de intervención y el amplio campo que hay por explorar a nivel teórico y práctico. Posteriormente

se realiza un análisis de las diferencias puntuales en cuanto a beneficios y dificultades que se pueden presentar tanto en la intervención grupal como en la individual, aspectos que se hacen pertinentes de analizar ya que no solo se presentan en este capítulo sino a lo largo de todo el libro de A: Beck.

Existen claras diferencias al momento de comparar la intervención grupal para la depresión con la intervención individual. Bajo la idea de que ambas son un tratamiento efectivo para este trastorno, la psicoterapia grupal tiene una clara ventaja en cuestiones de recursos, ya que en un período de tiempo determinado se pueden tratar un mayor número de pacientes.

La psicoterapia grupal por su parte, introduce diferentes variables a la intervención sobre las patologías, una de ellas es que además de establecerse un vínculo entre el paciente y el terapeuta, se establece uno entre los miembros del grupo, el cual puede ser más difícil de controlar en pro de la mejora de los participantes de las sesiones por el hecho de que se da al margen del terapeuta, quien a fin de cuentas es el que posee el conocimiento sobre cómo operan las dinámicas de las relaciones terapéuticas. Además de esto, cabe señalar que no todos los pacientes son candidatos para una intervención grupal, como lo dicen Hollow & Shaw (2010) “En primer lugar, muchas veces se teme que las fuertes y particulares necesidades de estos pacientes no queden cubiertas en el contexto de un grupo o, lo que es peor, que las propias características de estos pacientes influyan negativamente sobre el grupo”. Estos autores inicialmente se refieren a la posibilidad de que el cuadro clínico presentado por un paciente puede requerir un trabajo más específico y enfocado, que no da pie a brindarle la palabra, el espacio y el tiempo a un otro que también padece.

Posteriormente se hace referencia a que, en la condición grupal, la relación entre sus integrantes puede darse de múltiples maneras, por ejemplo, puede dar lugar a la comparación

negativa con otros miembros del grupo percibidos como menos graves o menos deprimidos, una idea razonable si nos basamos en que los pacientes aquí referidos son potencialmente perjudiciales por la condición casi invalidante producida por la patología. Por lo tanto, la actitud de replegarse sobre sí mismo, el pesimismo, el deseo de un alivio inmediato de los síntomas y el rechazo de las sugerencias y señalamientos positivos de los demás, deben considerarse impedimentos que se deben controlar para los procesos terapéuticos de grupo.

Lo expresado anteriormente señala una de las principales limitaciones de la intervención grupal que no se presenta en la individual: la selectividad. Para que el trabajo colectivo sea exitoso se debe seleccionar un grupo homogéneo que, de pie al establecimiento de relaciones adecuadas entre sus miembros, mientras que en la terapia individual está prevista para intervenir sobre cualquier patología (aunque sea con apoyo de otra intervención como la farmacológica). También, el hecho de que una intervención individual sea personalizada brinda la oportunidad de una mayor profundidad en la modificación del cuadro presentado.

Otro aspecto que introduce trabajar con pacientes en un contexto de grupo es la posibilidad de referenciar una serie de inferencias negativas que no tendrían por qué salir a la luz necesariamente en las sesiones individuales, las cuales pueden ser perjudiciales o beneficiosas para la terapia. Esto se da debido a que, en este contexto terapéutico, el paciente está en un ambiente más práctico que teórico, introducido en una situación donde se encuentra con un otro ante el cual se debe exponer y al cual debe interpretar, en donde se pone a prueba el modo de procesamiento de información que se tiene tanto sobre la propia experiencia, como la expuesta por los demás.

Dado que cada tipo de psicoterapia —grupal e individual— tiene cuestiones a favor y en contra a la hora de intervenir sobre las personas que padecen un síndrome depresivo, es

pertinente plantearlas como formas de intervención complementarias, ambas apuntan a un mismo objetivo y la una se puede apoyar en la otra para suplir necesidades que no cubre.

Un aspecto específico en el que se pueden complementar es en la finalización de una psicoterapia individual, en este momento suceden dos cosas relevantes: el paciente ya posee una base sobre el trabajo cognitivo y una corrección inicial sobre su procesamiento de la información que lo vuelven candidato a una intervención grupal, y por otra parte, puede sufrir de ansiedad o preocupación por la culminación de la intervención, ya que se traduce en la necesidad de ser autosuficiente para continuar con el éxito obtenido. Sobre esto Beck, Hollow & Shaw afirman:

“[...] gran parte de los progresos producidos por la terapia cognitiva pueden perderse si ésta se finaliza de un modo inadecuado. Por esta razón, es importante que el proceso de terminación de la terapia tenga lugar de la forma más paulatina posible”

(Beck, A. et al, 2010).

Así, la intervención grupal se puede plantear como un cierre adecuado para un proceso terapéutico que se inicie de forma individual, brindando un ambiente de transición entre el consultorio y la vida real.

Como ya se ha hecho mención de las diferentes temáticas de principal abordaje dentro de esta investigación, pasaremos a realizar el análisis de los manuales que las relacionan de manera efectiva, y a partir de los cuales desarrollaremos una revisión que permita evidenciar y modificar las diferentes fallas que estos puedan estar presentando.

Luego de realizar la exposición y debate sobre las diferencias fundamentales entre la terapia individual y la grupal se presenta un programa para la terapia cognitiva de grupo, en este señalan que el número de miembro de un grupo terapéutico está determinado por criterios pragmáticos más que teóricos, señalando que pueden ser constituidos de cuatro a ocho

miembros, dependiendo de la gravedad de los pacientes sobre los que se desea intervenir y la experiencia de terapias pasadas para cada uno de ellos.

El programa consiste en una serie de 12 sesiones distribuidas en 4 momentos claves para la terapia: Un momento cero en el cual se realiza un análisis de cada candidato a la intervención grupal de forma individual con la intención de definir si es adecuado para este tipo de trabajo, evaluar y discutir sus expectativas sobre el programa, y evaluar de forma estructurada y objetiva el síndrome que presenta. El siguiente momento lo conforma la primera sesión grupal, la cual tiene los siguientes objetivos:

- Medir el grado de depresión (IDB).
- Presentación del/los nuevos miembros.
- Establecer la agenda.
- Establecer las normas.
- Discutir las expectativas y revisar los objetivos de tratamiento.
- Introducir el fundamento teórico de la terapia y la depresión.
- Discutir las respectivas preocupaciones de los pacientes.
- Entrenamiento en habilidades de autocontrol y/o experimentos conductuales.
- Asignar tareas para casa.
- Evaluar las reacciones ante la sesión.

Es una sesión que tiene principalmente una función de encuadre, en la cual se explica tanto la dinámica del trabajo que se realizará, como las características del problema a intervenir, es decir, el trastorno depresivo. Desde este momento se puede concluir que el número de objetivos propuestos condiciona la cantidad de participantes en el trabajo grupal, pues como ya se expresó anteriormente, la terapia cognitiva está caracterizada por delimitar su duración

temporal, y si el número de participantes es muy alto no se podrá cumplir todos los objetivos con cada uno en el tiempo establecido, o al menos no en un nivel de profundidad adecuado; por ejemplo, si el grupo es demasiado amplio al momento de discutir las respectivas preocupaciones de cada paciente frente a su padecimiento se abordará mucho tiempo en relación a la duración total del encuentro.

El tercer momento está comprendido entre la segunda y la décima sesión grupal, para estas ocho sesiones los objetivos planteados son los mismos:

- Medir la intensidad de la depresión (IDB)
- Establecer la agenda
- Revisar el estado de cosas desde la última sesión
- Discutir las reacciones ante sesiones anteriores
- Revisar las tareas para casa
- Introducir nuevos contenidos y relacionar el material con la teoría cognitiva
- Asignar tareas para casa
- Evaluar las reacciones ante la sesión

Si se analizan los objetivos propuestos sólo enuncian momentos de la sesión, no señalan aspectos propios de intervención como puntos de enfoque al estilo de conductas o cogniciones, y tampoco señala aspectos de la dinámica grupal que deban ser tenidos en cuenta a lo largo del trabajo de intervención. Además, al generalizar los objetivos del 75% de las sesiones crea un vacío sobre las especificaciones que se pueden elaborar dentro del desarrollo terapéutico.

Postular que los objetivos de la segunda sesión sean los mismo que los de la décima no concibe que al interior de la terapia hay un progreso, al menos idealmente, que genera cambios dentro de las necesidades del grupo para continuar con el mismo, algo que no se daría si se especificara los

puntos específicos de intervención, de una forma casi lineal que se deben abordar a lo largo de la terapia grupal para generar una evolución de los participantes en cada sesión terapéutica; al menos en términos de aprendizaje o elaboración propia.

El último momento de este programa se conforma por las sesiones once y doce, las cuales tienen la intención de ser sesiones de cierre del proceso de intervención, en ellas se interroga por los procesos alcanzados y las expectativas ante la finalización de la terapia.

La segunda guía puesta en análisis en esta investigación es el *Manual de terapia de grupo para el tratamiento cognitivo-conductual de depresión*, elaborado por Ricardo F. Muñoz, Sergio Aguilar y John Guzmán. Este fue desarrollado a partir de un estudio clínico en el cual se evaluaron tres formas de terapia para la depresión: conductual, cognitivo y uno centrado en estrategias de socialización. Es decir, este modelo de intervención surgió de un trabajo clínico empírico, de lo que se esperaría un alto grado de validez para su aplicación. Dicho estudio dio origen a un libro titulado *Control your depression* o *Controle su depresión*, el cual posteriormente fue adaptado por Muñoz en 1983 como el curso para la prevención de la depresión, una primera versión de este manual compuesta por 8 sesiones en el que se trataba de evaluar métodos para prevenir la depresión; una versión que fue adaptada a un formato de 12 sesiones para su uso en la Clínica de Depresión del Hospital General de San Francisco.

Este manual fue creado pensando en aprovechar las características que ofrece la intervención grupal en términos del aprovechamiento de recursos (tiempo, espacio, costo) en combinación con las características de la terapia cognitiva. Compuesto por una serie de 12 sesiones, en su inicio se ofrece un modelo explicativo del problema esquematizado de la siguiente forma:

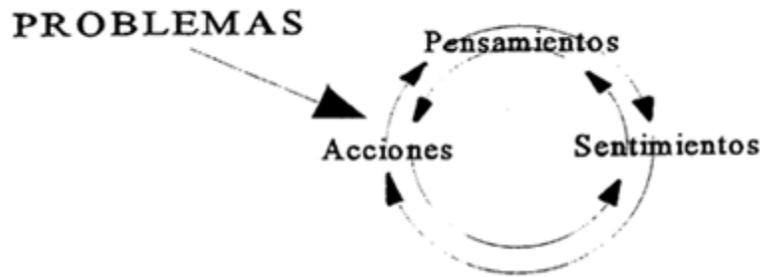


Figura 2. Modelo esquematizado de Muñoz, R.

Fuente: Extraído de Muñoz, R. et al. (2000). Manual de terapia de grupo para el tratamiento cognitivo-conductual de la depresión.

Esta representación expone como determinantes entre sí, y a manera cíclica los factores de Pensamientos, Sentimientos y Acciones o Conductas, sin embargo, “El modelo cognitivo postula tres conceptos específicos para explicar el sustrato psicológico de la depresión: (1) la tríada cognitiva, (2) los esquemas, y (3) los errores cognitivos (errores en el procesamiento de la información) [...] El modelo cognitivo considera el resto de los signos y síntomas del síndrome depresivo como consecuencia de los patrones cognitivos negativos” (Beck, et al. 2010). Además, en dicho modelo también se expone cómo las conductas (incluyendo las que involucran un sentido social), funcionan como mantenedores en una dinámica cíclica como la expuesta en el gráfico sustraído de la guía, así pues, el modelo que ofrecen Muñoz y compañía para explicar el síndrome depresivo, corresponde al mantenimiento del mismo. El origen del síndrome depresivo, si se intentase graficar obedecerá más a un patrón lineal como:

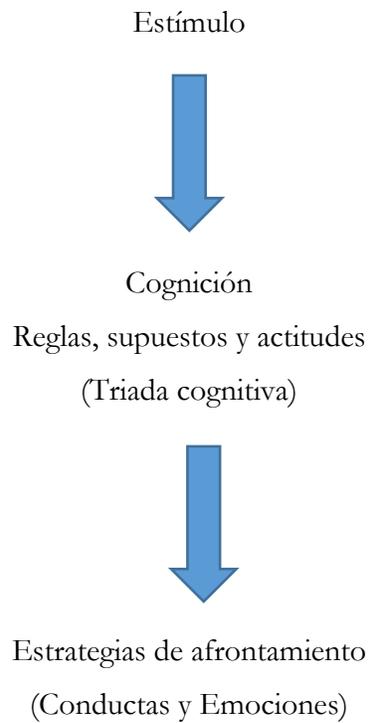


Figura 3. Modelo esquematizado lineal del origen de la depresión

Y luego su mantenimiento se daría de forma cíclica con los mismos factores añadiendo la variable de las contingencias ambientales de la siguiente forma:

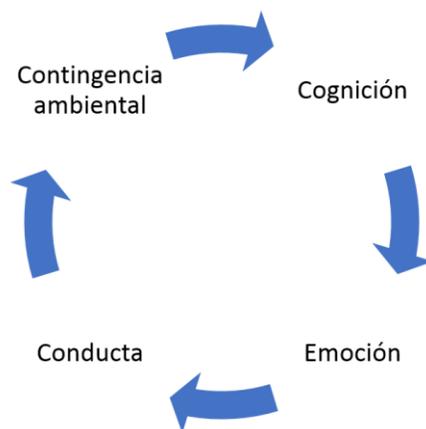


Figura 4. Modelo esquematizado cíclico del mantenimiento de la depresión

Las contingencias ambientales —es decir el impacto que tiene sobre el ambiente las conductas del sujeto— producidas por el propio sujeto, se convierten en información que se interpreta de forma errónea, lo que termina reforzando los esquemas inadecuados que originan el trastorno depresivo; dando pie a un mantenimiento de éste de manera cíclica.

Entrando a un análisis de la estructura que propone este manual, se encuentran doce sesiones divididas en tres módulos correspondientes a las diferentes terapias desde las cuales se originó: cognitivo, conductual y social. Así, las primeras cuatro sesiones se destinan a realizar una intervención sobre el pensamiento, no obstante, los objetivos de la primera sesión están más destinados a realizar un encuadre sobre el trabajo a realizar durante toda la terapia y las características de sus participantes, lo que limita aún más las sesiones destinadas al aspecto cognitivo, contrario a lo que debería hacerse.

La estructura expuesta en la guía para las sesiones muestra directivas muy específicas sobre lo que se debe hacer o exponer en cada momento de la sesión. Por ejemplo, la tercera sesión del apartado destinado al plano cognitivo presenta la siguiente distribución:

- Repaso de los formatos de seguimiento asignados para este encuentro y retroalimentación de la sesión pasada.
- El apartado “*Aumentando Sus Pensamientos Para Cambiar Su Estado De Ánimo*”, en el cual se dan instrucciones como: “Felicítese mentalmente a usted mismo”, “Tómese una pausa” o “Proyección al futuro”.
- Un espacio nombrado “*Disminuyendo Los Pensamientos Que Nos Hacen Sentir Mal*” en que se realizan indicaciones con las mismas características del apartado anterior como: “Interrumpa sus pensamientos”, “Ríase de los problemas exagerándolos”, o “Sea su propio entrenador”.

- Posteriormente se introduce un nuevo contenido para los pacientes bajo el título de *“Hablándole A Sus Pensamientos”*; en este momento se le expone el método A-B-C-D, el cual les sirve para entender la mecánica de cómo se activan los pensamientos negativos en ellos (este método se expondrá más a profundidad en un apartado siguiente).
- Se finaliza asignando las tareas y formatos de monitoreo del estado del ánimo para la siguiente sesión.

Esta estructura es similar en todas los encuentros del grupo, se inicia con una retroalimentación de la sesión anterior y una revisión de las actividades encomendadas, se introducen nuevos contenidos a través de directrices en términos de “esto es lo que se debe hacer” y frases sugestivas como “esto es lo bueno y esto es lo malo”, para finalizar con una asignación tareas y herramientas de monitoreo del estado del ánimo.

Con base en el modelo cognitivo, y específicamente en los planteamientos de A. Beck, se puede afirmar que la intervención terapéutica del trastorno depresivo debe hacerse con un énfasis en el plano cognitivo al ser quien produce el resto de signos y síntomas negativos, lo que no concuerda con la estructura planeada en este manual, pues al ver una distribución equitativa en los módulos de intervención e incluso una reducción en las sesiones de cognición, no se le da a este último la relevancia correspondiente. Además, el plano cognitivo del trastorno depresivo se presenta mucho más complejo, según todo lo referenciado anteriormente, que sus productos conductuales y emocionales, al estar compuesto por el contenido de los esquemas y los sesgos cognitivos presentes en la triada cognitiva —visión negativa de sí mismo, el mundo y el futuro—, se hace pertinente ampliar el tiempo de intervención dedicado este módulo en relación a los otros dos del manual y llevarlo a un grado de especificidad basado en la triada cognitiva.

Adicional a esto, el módulo dedicado al plano cognitivo lleva por título *Como nuestros pensamientos afectan nuestro estado de ánimo*, y en este se definen los pensamientos como “cosas que nos decimos a nosotros mismos” (S. Aguilar, et al. 2000). Al revisar el contenido de este apartado del manual encontramos que se centra solo en los pensamientos, que como se ha señalado anteriormente, es un producto automático o consciente de todo el proceso de asimilación e interpretación de información en el cual se pueden presentar los errores cognitivos que conducen a la depresión; es decir, en este apartado Aguilar y compañía se centran en un producto que evidencia el padecimiento y no en la causa de este como lo son los errores de procesamiento. Además, si bien en él se introduce una parte pedagógica de los tipos de sesgos cognitivos, no se lleva más allá de los productos que resultan de estos, solo se ilustra con ejemplos cuando podría resultar más provechoso el apoyo de herramientas como esquemas que vayan más allá del simple producto; adicional a esto, los ejemplos que se muestran de los posibles pensamientos están planteados en términos como: ¿cómo piensan los deprimidos? o ¿cómo piensan los no deprimidos? Y seguido a esto se muestran oraciones que podrían aplicar a cada caso, lo que pareciera sugerir que la forma de pensar está determinada por la formulación verbal de los pensamientos y no por el contenido propio del sistema cognitivo.

Con base en todo lo anterior, es acertado postular que este apartado del manual de Aguilar y compañía podría centrarse en el plano cognitivo de una manera más profunda, integrando componentes como los esquemas, la triada cognitiva y los errores en el procesamiento de la información; claro está si buscarse una fundamentación teórica estricta en el postulado de A. Beck analizado anteriormente; ya que como se indica en el mismo manual de intervención, este está desarrollado sobre un fundamento más empírico que teórico. Esta podría ser una oportunidad de mejora dependiendo del profesional que desee implementarla y sus

consideraciones pragmáticas sobre el quehacer terapéutico y el grado de pedagogía, especificidad, y fundamentación teórica que debe tener una herramienta como esta.

Los apartados siguientes de la guía, destinados la conducta y la interacción social presentan la misma estructura expuesta previamente para cada sesión, introduciendo periódicamente nuevas herramientas de monitoreo del estado del ánimo, el pensamiento y la conducta. De estos se podría cuestionar igualmente la posible asertividad o no de un discurso instructivo en términos totalitarios en diferentes momentos de las sesiones, al igual de que tan apropiadas son o no las herramientas que plantea como apoyo de la terapia y sobre las cuales es pertinente realizar un análisis.

A continuación, se presenta una comparación y evaluación más objetiva de las guías mencionadas

Tabla 1.

Comparativa de guías

	Programa para la terapia cognitiva de grupos. Hollon & Shaw	Manual de terapia de grupo para el tratamiento cognitivo-conductual de depresión. Muñoz, Aguilar & Guzmán
Sustento teórico	Es una guía presentada dentro una monografía que recopila el postulado cognitivo de A. Beck sobre la depresión, a lo largo de dicha recopilación de documentos se expone todo un modelo explicativo del padecimiento, con el que se supone está relacionada la herramienta de intervención	Es una guía de intervención desarrollada a partir de lo empírico, de intervenciones anteriores de diferentes autores que han mostrado cierto grado de eficacia sobre el padecimiento y han sido adaptadas a una estructura específica de psicoterapia. En ella no se presenta un marco teórico específico sobre la depresión o una relación directa entre modelos teóricos rigurosos y la intervención que se pretende realizar.
Estructura y número de las sesiones	Antes de exponer la guía de intervención los autores dedican uno de los apartados de	Esta guía no presenta una sustentación teórica sobre la duración de la misma, solo referencia que conservan el

	<p>introducción a sustentar la duración y la frecuencia de las sesiones dentro de una terapia grupal, indicando cual debe ser según las evidencias de eficacia en terapias realizadas por ellos mismo. La guía consta de trece sesiones divididas en tres momentos, un momento de diagnóstico e inicio de la terapia, uno de intervención constituido por ocho sesiones en las cuales se da la misma estructura, y un momento de cierre de la terapia compuesto por dos sesiones.</p>	<p>mismo número de sesiones del Curso para la prevención de la depresión, desarrollado por el mismo Muñoz a partir de un libro titulado <i>Control your Depression</i>, publicado por Prentice Hall en 1978. Es una herramienta que consiste en doce sesiones divididas en tres módulos de cuatro sesiones orientados a la forma como los pensamientos, la conducta y el contacto con la gente (respectivamente a cada módulo) afectan el estado de ánimo.</p>
<p>Pedagogía sobre los pacientes</p>	<p>En ninguna de las guías se especifica un carácter pedagógico para el paciente, en el cual se le instruya sobre los conceptos básicos desde la perspectiva cognitiva para la depresión, que le contribuyan a desarrollar una autonomía sobre el control de su padecimiento. En ambas el carácter pedagógico que se puede resaltar está dado por el aprender de la práctica que significan los ejercicios dentro de los encuentros terapéuticos.</p>	
<p>Direccionamiento al terapeuta</p>	<p>No muestra un direccionamiento para cada sesión de terapia que instruya al terapeuta con un protocolo según el supuesto desarrollo de la intervención, simplemente muestra una estructura que se generaliza a las sesiones según los tres momentos en los que las divide; por lo que se puede concebir como un direccionamiento leve, no adecuado para terapeutas que estén iniciando con su ejercicio profesional.</p>	<p>Presenta una estructura para cada encuentro terapéutico con el grupo, indicando al terapeuta que implementa la herramienta los focos de intervención para cada momento. Es una guía que se percibe más adecuada para realizar una incursión dentro de la terapia grupal.</p>
<p>Herramientas de apoyo</p>	<p>La principal herramienta de evaluación para apoyar el desarrollo de la terapia es el Inventario de Depresión de Beck (IDB), usado para monitorear o medir el grado de depresión en cada uno de los pacientes previo al inicio de cada sesión terapéutica. Dentro de la monografía donde se encuentra esta guía también se encuentra la</p>	<p>Esta guía introduce herramientas de monitoreo para cada uno de los módulos de intervención, intentando ser los más específicos posibles sobre los aspectos que se pueden monitorear. La pertinencia o no de las herramientas que utiliza para dicho monitoreo se analizará posteriormente.</p>

	Escala de pensamientos suicidas, la cual puede ser un apoyo relevante para el monitoreo del contenido cognitivo de los pacientes en terapia.	
Exposición de técnicas de intervención	No incluyen técnicas de intervención complementarias específicas que puedan ser utilizadas por el terapeuta, de la naturaleza de técnicas de relajación, exposición o moldeamiento que puedan ser adaptadas a la terapia cognitiva grupal para la depresión.	

11.2. Herramientas que presentan las guías

Tanto el Programa para la terapia cognitiva de grupos, presentada por Steven D. Hollon y Brian F. Shaw, como el Manual de terapia de grupo para el tratamiento cognitivo-conductual de depresión, elaborado por Ricardo F. Muñoz, Sergio Aguilar y John Guzmán, presentan material de apoyo para la intervención, la medición del progreso dentro del grupo terapéutico, y el monitoreo de las conductas y cogniciones del paciente.

Al analizar cada una de ellas y compararlas entre sí, se pueden reconocer tres objetivos específicos que se buscan alcanzar con cada una de ellas: realizar una evaluación general del estado del paciente, realizar una evaluación a profundidad del estado del paciente, y facilitar la comprensión sobre la dinámica del propio trastorno para el paciente. Con la salvedad de que existen herramientas que pueden obedecer a dos objetivos al mismo tiempo.

El manual de Muñoz y compañía presenta siete herramientas o formatos destinados al monitoreo del trastorno, cada uno destinado a una de las etapas de intervención que plantean: cognición, conducta o actividades, y contacto social.

En la etapa de pensamiento se plantea un inventario de posibles pensamientos divididos en dos listas impresas en papel, una con 34 pensamientos positivos o propios de una persona que

no padece de depresión, y otra con 42 pensamientos negativos o propios de quien padece de depresión; quien llena el inventario debe registrar con una marca el número de veces que se presenta cada uno de los pensamientos en un día, llevando así un registro de los pensamientos más frecuentes y evidenciándolos para un posterior control de los mismos. Esta herramienta pretende llegar a un grado de especificidad sobre el registro y control de los pensamientos automáticos que aparecen en el paciente que pueden ser favorables o no para el cuadro que padece, sin embargo, el analizar como está planteada se llega a cuestionar si es un método adecuado; en términos de eficiencia probablemente signifique un desgaste innecesario para quien la completa, teniendo en cuenta que hay una evaluación del paciente previa al trabajo grupal, en la cual se empiezan a identificar los pensamientos y las dinámicas específicas que operan sobre él. Analizando que este formato va a ser diligenciado en repetidas ocasiones, puede ser conveniente realizar una versión personalizada para cada paciente, contemplando los puntos más críticos para cada uno, y sumando un apartado para los pensamientos nuevos que se puedan presentar, señalando al paciente que esté atento cuando aparezcan. Este formato se volvería pertinente cuando el paciente no tenga al menos una noción clara de los pensamientos que lo invaden, en este caso la lectura de opciones posibles puede invitarlo a realizar una introspección adecuada, sin embargo, el hecho de presentarle esta diversidad de pensamientos negativos facilitaría dar el paso hacia consideración de algunos y la resignificación de manera negativa de experiencias pasadas, algo en lo que el terapeuta deberá prestar un cuidado especial.

En el apartado de conducta o actividades, se presenta una herramienta que además del monitoreo de las actividades del paciente de una forma detallada, sirve para la comprensión de la dinámica de la depresión por parte del mismo. Las guías son la forma de trabajo para el método A-B-C-D, y constituyen una explicación de la conducta y sus consecuencias en el ambiente en

términos de: **Activante** (¿qué sucedió?), **Belief** o creencia de lo que sucedió (y que influenció su reacción), **Consecuencia** (¿cómo reaccionó?), y **Debate** o discusión de la creencia. Este método de evaluación del comportamiento (modelo ABCD) es bastante utilizado dentro de la terapia cognitiva, ya que ofrece una explicación en términos de contingencias de los factores que interfieren en los casos específicos en que se manifiestan los síntomas del trastorno. Esta herramienta es muy pertinente dentro del proceso terapéutico por su naturaleza pedagógica, y además facilita la nueva valoración de experiencias pasadas por parte de los pacientes debido al análisis que se debe hacer para completar el formato.

Este mismo apartado presenta un formato llamado *Lista de actividades agradables*, el cual presenta 100 posibles actividades que el paciente probablemente realizó durante el día, y que deberá marcar de acuerdo con la cantidad de veces que las realizó. Esta herramienta apunta a un aspecto que puede ser indicador del progreso como el monitoreo de las actividades que se realizan, bajo la afirmación de que estas son el reflejo de la gravedad del trastorno en cuestión, sin embargo, al igual que en el formato para el conteo de pensamientos puede haber una pérdida de eficiencia en cuanto al método de evaluación, la lista, al intentar tener un amplio margen de opciones, puede volverse contraproducente para quien la completa, tanto por el gran número de ítems que convierten en tediosa la tarea, como por abrir la puerta a pensar sobre el sin número de actividades que no se logran desarrollar, lo que puede significar algo negativo para el sujeto. Así pues, podría ser adecuado usar una versión del formato que permita registrar de una forma más metódica y precisa teniendo siempre en cuenta las necesidades y condiciones de cada paciente.

Finalmente, en el apartado de interacción o contacto social se presentan dos formatos para llevar el control del progreso del paciente. El primero pretende medir en una escala de 1 a 100 las expectativas que tiene el paciente de disfrutar de una actividad específica programada

previamente, para posteriormente realizar el mismo ejercicio indicando cuál fue el grado de disfrute tras haber realizado la actividad; el segundo formato es una tabla de control, en la cual se registran las actividades realizadas en la semana calificando si se realizaron contactos positivos o negativos—según el juicio del paciente— con otras personas. Estos dos formatos serían provechosos para el paciente siempre y cuando esté preparado para utilizarlos, por ejemplo, si el paciente aún no discrimina los contactos positivos o negativos con las demás personas de manera objetiva, la tabla utilizada para este control no cumplirá su objetivo.

Adicional a estas herramientas, el manual presenta un formato llamado *Termómetro de ánimo*, el cual consiste en una valoración de 1 a 9 sobre el estado de ánimo que el paciente presenta en un momento específico, esta herramienta se utiliza antes de iniciar todas las sesiones, y se le puede encargar al paciente que la diligencie por cuenta propia algunos días en los cuales no se tenga terapia. Este formato constituye una evaluación general sobre el paciente pues solo arroja la cifra cuantitativa de la sensación actual del paciente, sin entrar en detalles de los motivos de este estado, o diferencias respecto a mismos valores obtenidos anteriormente.

En cuanto al Programa para la terapia cognitiva de grupos, de Steven D. Hollon y Brian F. Shaw, los autores indican que se ha de realizar un monitoreo frecuente de la sintomatología del paciente con el Inventario de Depresión de Beck (IDB); bajo la premisa de que su repetida implementación permite un control sobre el trastorno, e indica los posibles cambios relevantes de la sintomatología, y mantiene la atención en el objetivo de modificarla.

El IDB consiste en una lista de 21 ítems, y cada uno ofrece 4 pensamientos o afirmaciones de los cuales el paciente debe escoger con cual se identifica más respecto a la última semana; las afirmaciones elegidas por quien diligencia el inventario arrojan una puntuación directa que sirve de indicador para valorar la gravedad del síndrome.

Esta herramienta constituye una ayuda diagnóstica bastante utilizada en la actualidad por los terapeutas cognitivos, por el hecho de posibilitar una evaluación amplia con una lista de ítems relativamente corta; además, ha sido validada y adaptada a través de múltiples investigaciones en diferentes poblaciones; características que la convierten en una de las mejores opciones para mantener el control sobre el estado de los participantes de las sesiones de terapia grupal.

Adicional a estas herramientas que encontramos en las dos guías de intervención referenciadas, existen herramientas de monitoreo y evaluación de la depresión que pueden ser utilizadas en el proceso terapéutico tanto grupal como individual, y pueden representar un apoyo para progreso de los pacientes; de dichas herramientas se resaltan dos de manera puntual presentadas como anexos en la monografía de *Terapia cognitiva de la depresión* de A. Beck, a. Rush, B. Shaw & G. Emery (2010); estas son: la *Escala de pensamientos suicidas* y la lista de *Posibles razones para la no realización de las tareas de autoayuda*.

La escala para pensamientos suicidas es una herramienta esencial que se debe usar en el trabajo sobre la depresión por la relación que existe entre este padecimiento y las probabilidades de suicidio, consiste en una lista de 24 ítems divididos en 5 módulos que evalúan:

- Características de las actitudes hacia la vida/muerte
- Características de los pensamientos/deseos de suicidio
- Características del intento
- Actualización del intento
- Factores de fondo

En esta monografía, también aparece un formato de posibles razones para la no realización de las tareas de autoayuda, una herramienta que puede contribuir a la comprensión del padecimiento expresando los factores que pueden interferir en la realización de las tareas de

ayuda por parte del propio paciente, y por lo tanto obstaculizar el progreso de la terapia. En este formato se presentan 14 posibles causas para la no realización de las actividades, y se añade un campo para insertar otras posibles razones que posiblemente presente el paciente. Algo que resulta ser altamente útil si se tiene en cuenta que uno de los objetivos de la terapia es que el paciente sea autónomo en el control de su padecimiento, esto podría ser más sencillo si se es consciente de aquellos aspectos que pueden dificultar este progreso.

En conclusión, las herramientas de apoyo para la terapia grupal de la depresión son un aspecto fundamental que debe ser correctamente administrado por parte del terapeuta, y ser utilizados de manera que efectivamente representen una ayuda real para el paciente, y no se conviertan en un desgaste o una rutina contraproducente, como puede pasar al incluir un exceso de formatos que se deberán diligenciar cotidianamente. En este sentido el uso de los formatos de registro, monitoreo y evaluación deben obedecer a una medida justa, que brinde la información necesaria y oportuna de la forma más efectiva. La implementación de los formatos de forma rutinaria y repetitiva puede sesgar los resultados que estos arrojan por el conocimiento que el paciente tendría sobre estos luego de un tiempo, por razones como la memorización de los ítems o la repetición de las respuestas por la misma rutina dejando de lado el proceso de introspección. Además, existe un aspecto relevante de estos formatos de apoyo para el monitoreo y registro del síntoma, y es que llevan al paciente a fijar la atención permanente en aquello que se quiere evitar, se introduce el dilema de qué tan posible es dejar de tener pensamientos negativos si se está permanentemente atento a cuantos pensamientos positivos se pueden tener; en este punto se resalta nuevamente la relevancia del correcto uso de estas herramientas, ya que cada uno se muestra provechoso para momentos específicos de la intervención, por ejemplo, los formatos de

registro y monitoreo de síntomas puede ser más útil en un momento de comprensión de la dinámica del síndrome por parte del paciente.

12. Discusión

En el plano de la forma, se puede iniciar postulando como apropiada la estructura planteada por Ricardo F. Muñoz, Sergio Aguilar y John Guzmán, en su Manual de Terapia de Grupo para el Tratamiento Cognitivo-Conductual de Depresión, agrupando las sesiones de intervención en módulos destinados a la intervención de la cognición, la conducta y el contacto social; esto debido a que no solo imparte un orden lógico sobre la terapia sino que da pie a una intervención fundamenta en distintos modelos de intervención, como se ve en este caso, sin limitarse a los cognitivo exclusivamente, algo apropiado debido a la evidencia de eficacia de la intervención sobre la depresión con modelos basados en la conducta o la interacción social, lo que no implica que la guía planteada por Muñoz y compañía no sea adecuada, esta afirmación se hace comparando las dos guía en cuestiones de practicidad y especificidad en las instrucciones para la intervención. Sin embargo, si nos referimos al modelo expuesto por A. Beck como lo hemos hecho a lo largo de este trabajo investigativo, en el *Módulo Cognitivo* se podría abarcar el contenido cognitivo y el procesamiento de la información, en términos diferentes a entenderlo como “ideas que nos decimos a nosotros mismos” (Aguilar, S. et al. 2000), teniendo en cuenta los conceptos ya abordados de la triada cognitiva, los sesgos cognitivos y los esquemas cognitivos.

Anteriormente se expuso que el número de pacientes a considerar dentro de una intervención grupal va de 4 a 8 personas, aunque todo depende de un criterio más pragmático que teórico. En torno a este aspecto de la terapia si se puede establecer un concepto que indique una relación inversamente proporcional entre la gravedad del trastorno padecido por cada paciente y el número de los mismos dentro del grupo; es decir, si los pacientes presentan un cuadro depresivo moderado, o está en una etapa de cierre de una terapia para este padecimiento

(usando la terapia grupal como método de transición entre la terapia individual y la autosuficiencia del paciente) la cantidad de pacientes para esta modalidad de intervención puede llegar a los 7 u 8 pacientes, puesto que ya se supone en ellos un control sobre su padecimiento y una conceptualización previa la cual no permitirá que las condiciones propias de la terapia grupal se conviertan en un estímulo contraproducente. Y en este mismo orden, las personas con un cuadro sintomático más complejo deberán pertenecer a grupos más reducidos que permitan tener un mayor control sobre las contingencias ambientales dentro del contexto terapéutico, haciendo la salvedad de que un cuadro depresivo puede llegar a una gravedad que no permita la participación del paciente dentro de un grupo terapéutico, necesitando una intervención individual previa, una vez más, acorde con lo señalado previamente.

La conformación en un grupo más numeroso al propuesto puede poner en riesgo la consecución de objetivos establecidos para cada una de las sesiones planteadas dentro de la terapia, si bien la persona que participa dentro de un grupo terapéutico tendrá momentos como protagonista, como colaborador o como espectador; un gran número de pacientes puede inducir a periodos demasiado extensos como espectador por la necesidad de abordar las problemáticas singulares que puedan presentarse dentro del contexto terapéutico, y si recordamos que una de las características de la terapia cognitiva es posicionar a quien padece, llevándolo a la transición de una posición activa a una pasiva, se podría afirmar que los grupos extensos no permitiría un protagonismo adecuado de cada uno de los miembros para lograr el empoderamiento y los avances significativos deseados.

En cuanto a la metodología de la intervención, la terapia cognitiva contiene un alto porcentaje pedagógico que apunta a la autonomía del paciente posterior a la terapia, este es un principio básico que toda guía de intervención con una base teórica cognitiva debe obedecer. En

el caso de la guía planteada por Hollon y Shaw, se evidencia toda una exposición de conceptos y consideraciones teóricas que apuntan a una comprensión del trastorno depresivo, debido a que se presenta en medio de una monografía que tiene el fin de abordar dicho padecimiento, instruyendo sobre la dinámica de su aparición, su mantenimiento, y los conceptos relevantes desde la teoría cognitiva para abordar el padecimiento. En el caso del planteamiento de Muñoz y compañía, no presenta un marco teórico de referencia ni una explicación conceptual sobre el fenómeno como tal que cumpla una función pedagógica que contribuya a la comprensión del trastorno por el paciente, lo más cercano a esto son las directrices en términos de lo que se debe hacer que se van brindando en cada sesión según el tema que se aborda.

Luego de analizar ambos casos y confrontándolos con la naturaleza pedagógica propia de la terapia cognitiva, se expone como apropiada la inclusión de un marco teórico previo a la intervención que simplifique la comprensión del fenómeno para quien lo padece, haciendo incluso las veces de un proceso de darle nombre a esas experiencias, sentimientos y sucesos que no habían sido nombradas o reconocidas por el sujeto. Sin embargo, la exposición de este marco teórico puede darse de diferentes maneras, brindarse en su totalidad al inicio del proceso terapéutico, o poco a poco mientras se avanza en las sesiones de intervención. Consideramos adecuada la exposición paulatina del marco teórico para la comprensión y pedagogía sobre la depresión, ya que la inclusión de los diferentes conceptos a medida que se va avanzando en las sesiones abre la oportunidad para realizar una exposición teórica y confrontarla inmediatamente con un ejercicio práctico de introspección o de debate de los mismos pacientes, así se incorporarán más rápidamente los conceptos y la relación entre los mismos.

Luego de toda la revisión realizada se puede afirmar que, en términos generales los objetivos fundamentales de la intervención cognitiva para la depresión deberían ser: la mejoría

significativa del trastorno padecido, la autonomía del paciente posterior a la terapia, la pedagogía orientada a la comprensión del síndrome por parte del paciente, la planeación de objetivos luego de la terapia por parte del paciente, y el desarrollo de la visión crítica del paciente sobre su percepción de la realidad.

Aunque se consideró que una guía bajo una estructura como la propuesta por Hollon & Shaw es pertinente por diferentes aspectos, podrían plantearse ciertas modificaciones o aspectos a tener en cuenta, bien sea al implementar esta herramienta o una similar con fundamentos en la teoría cognitiva. En el plano estructural debería haber una relación adecuada entre el número de las sesiones de cada módulo y el contenido los mismos. Ya se señaló anteriormente que en esta guía hay una incoherencia en el primer apartado dedicado a la cognición, esto debido a que el primer encuentro se destina más a realizar un encuadre sobre la intervención a realizar que a abordar el tema propio de dicho módulo. Por esto sería pertinente antes de iniciar con la intervención como tal, postular un apartado de encuadre en el que se expliquen todas las condiciones de la intervención en cuanto a compromisos, convivencia, normas y acuerdos de situaciones especiales para alguno de los candidatos, y para una conceptualización inicial sobre la metodología y los objetivos de la terapia cognitiva, para que desde un inicio el paciente dimensione el fin de este proceso e inicie una relación con los conceptos que abordará más adelante y confrontará de forma práctica.

En el relacionamiento de esta guía con el propuesto teórico de A. Beck, el cual es el objetivo primordial de este trabajo investigativo, se expuso que obedece más a una construcción empírica a una fundamentación teórica cercana a lo propuesto por dicho autor, por lo que al visualizarla desde los argumentos propios de Beck salen a flote diferentes puntos de análisis y discusión en el módulo dedicado a la cognición, estos ya han sido señalados previamente pero es

adecuado introducirlo a la discusión final producto de esta investigación, dado que la teoría cognitiva postula la cognición como el centro sobre el que se desarrollan los padecimientos psicológicos, sería lógico darle una mayor relevancia a este aspecto en comparación con los módulos dedicados a la conducta y el contacto social, al menos en términos del número de sesiones dedicadas para su intervención; y una vez más refiriéndonos al postulado de Beck, se propondría una intervención más específica introduciendo conceptos fundamentales como los esquemas, la triada cognitiva y los sesgos cognitivos, enfocando un número de encuentros a la comprensión de cada uno de ellos.

En cuando a los apartados dedicados a la intervención centrada en la conducta y el contacto social, se expone lo adecuada que puede ser una terapia integral como esta, teniendo en cuenta todos los aspectos que pueden interferir sobre quien padece de depresión. Estos aspectos, combinados con la exposición periódica de un marco teórico que contrastar con la práctica de introspección y debate, pueden contribuir de manera significativa al proceso de cura de una manera eficaz como lo expusieron los mismo autores, recordando en este punto que la terapia cognitiva no se cierra a las posibles intervenciones que provengan de otros modelos de intervención, siempre y cuando se implementen bajo una sustentación teórica adecuada y coherente a lo que constituye el modelo cognitivo.

Al igual que se postuló un apartado inicial de encuadre e introducción conceptual, sería lógica la implementación de un apartado de cierre que sirva para brindar un espacio de retroalimentación y la evaluación de la obtención o no de los objetivos planteados, pudiendo así verificar si los pacientes están en un nivel de autosuficiencia y estabilidad emocional adecuado que les permita culminar la terapia para su padecimiento, y el qué tan probable sería una recaída en un corto, mediano o largo plazo.

13. Conclusión

El recorrido documental realizado en este trabajo investigativo junto con la revisión de las dos guías de intervención, nos deja ver que si existe una relación teórica entre las guías analizadas y el modelo propuesto por A. Beck, principalmente en el Manual de Terapia de Grupo para el Tratamiento Cognitivo-Conductual de Depresión propuesto por Muñoz y compañía, en el cual predominan las herramientas de evaluación y monitoreo propuestas por Beck, sin embargo, este manual no se limita al planteamiento del autor, debido a que fue desarrollado a partir de un trabajo clínico que consideró diferentes tipos de intervención sobre la depresión, como la intervención conductual, la cognitiva, y las estrategias de socialización.

En cuanto al Programa Para la Terapia Cognitiva de Grupo de Hollon y Shaw, en esta propuesta se vuelve más complejo el análisis de una relación teórica debido a que no presenta una especificación del contenido de cada sesión, sino que muestra una guía estructural general sobre la intervención grupal; en ella no se evidencia una fundamentación teórica en la terapia cognitiva y un apoyo en las herramientas propuestas por Beck, específicamente en el IDB, pero no se desarrolla sobre un modelo explicativo que de luces de una relación más directa con el modelo planteado por Beck.

Existen relacionamientos adecuados sobre la terapia grupal y sus diferencias con la terapia individual, y teorías sobre el trastorno depresivo; los cuales brindan herramientas básicas para el terapeuta que considere adecuado este tipo de intervención para este padecimiento. En dichas relaciones se pueden encontrar posiciones consideradas como acertadas o no, dependiendo de la postura teórica que asume el psicólogo, como se evidenció en el ejercicio de análisis realizado en este trabajo investigativo.

Luego del trabajo realizado se reafirma la teoría de Aaron Beck como el postulado más relevante de la psicología cognitiva. A lo largo del rastreo documental realizado al inicio de la investigación y en las guías analizadas a profundidad, se evidenció la influencia que tiene dicha teoría en el medio, al igual que su vigencia y eficacia al servir de constructo base para intervenir sobre la depresión.

Finalmente, la consideración de la pertinencia de las herramientas como son las guías y los formatos de evaluación para realizar una intervención sobre quien padece de depresión, con las características de la terapia grupal, o la intensidad y el desarrollo de las sesiones; corresponde al juicio de cada profesional y su orientación o sustento teórico, ya que de esto dependerá la eficacia de las mismas.

14. Anexos

Anexo A. Termómetro del ánimo

TERMOMETRO DEL ANIMO

SEMANA # _____

NOMBRE _____

DÍA::

E	El Mejor	9	9	9	9	9	9	9
S								
T	Bastante Mejor	8	8	8	8	8	8	8
A								
D	Mejor	7	7	7	7	7	7	7
O								
	Mejor que Regular	6	6	6	6	6	6	6
D								
E	Regular	5						
A								
	Peor que Regular	4	4	4	4	4	4	4
N								
I	Peor	3	3	3	3	3	3	3
M								
O	Bastante Peor	2	2	2	2	2	2	2
	El Peor	1	1	1	1	1	1	1

NUMERO DE
PENSAMIENTOS:

POSITIVOS _____

NEGATIVOS _____

ANOTACIONES:

Anexo D. Forma de trabajo para el método A-B-C-D

FORMA DE TRABAJO PARA EL METODO A-B-C-D

A. **Evento ACTIVANTE**
(¿Que sucedió?)

C. **CONSECUENCIA**
(¿Cómo reaccionó usted?)

B. **BELIEF (CREENCIA) DE LO QUE SUCEDIO.** (Lo que usted se dijo a usted mismo(a) acerca de lo que sucedió y que influenció su reacción).

D. **DISCUTIR LA CREENCIA**
(Los pensamientos alternativos que podrían ayudarle a reaccionar de una forma más saludable).

Anexo F. Escala de disfrute de actividades

MANUAL DE TERAPIA DE GRUPO

¿CUANTO CREE QUE DISFRUTARA DE SUS ACTIVIDADES AGRADABLES?

ACTIVIDADES (Escoja de 3 a 6 actividades)	PREDICCIÓN: ¿CUANTO DISFRUTARA? % (de 0 a 100)	RESULTADO: ¿CUANTO DISFRUTO? % (de 0 a 100)	COMENTARIOS

Anexo G. Inventario de depresión de Beck

INVENTARIO DE DEPRESIÓN DE BECK

Nombre Fecha

En este cuestionario aparecen varios grupos de afirmaciones. Por favor, lea con atención cada uno de ellos. A continuación, señale cuál de las afirmaciones de cada grupo describe mejor sus sentimientos durante la *ÚLTIMA SEMANA, INCLUIDO EL DÍA DE HOY*. Rodee con un círculo el número que está a la izquierda de la afirmación que haya elegido. Si dentro de un mismo grupo, hay más de una afirmación que considere aplicable a su caso, márquela también. *Asegúrese de haber leído todas las afirmaciones dentro de cada grupo antes de hacer la elección.*

- 1.- 0. No me siento triste.
1. Me siento triste.
2. Me siento triste continuamente y no puedo dejar de estarlo.
3. Me siento tan triste o tan desgraciado que no puedo soportarlo.
- 2.- 0. No me siento especialmente desanimado de cara al futuro.
1. Me siento desanimado de cara al futuro.
2. Siento que no hay nada por lo que luchar.
3. El futuro es desesperanzador y las cosas no mejorarán.
- 3.- 0. No me siento como un fracasado.
1. He fracasado más que la mayoría de las personas.
2. Cuando miro hacia atrás, lo único que veo es un fracaso tras otro.
3. Soy un fracaso total como persona.
- 4.- 0. Las cosas me satisfacen tanto como antes.
1. No disfruto de las cosas tanto como antes.
2. Ya no tengo ninguna satisfacción de las cosas.
3. Estoy insatisfecho o aburrido con respecto a todo.
- 5.- 0. No me siento especialmente culpable.
1. Me siento culpable en bastantes ocasiones.
2. Me siento culpable en la mayoría de las ocasiones.
3. Me siento culpable constantemente.
- 6.- 0. No creo que esté siendo castigado.
1. Siento que quizá esté siendo castigado.
2. Espero ser castigado.
3. Siento que estoy siendo castigado.
- 7.- 0. No estoy descontento de mí mismo.
1. Estoy descontento de mí mismo.
2. Estoy a disgusto conmigo mismo.
3. Me detesto.

- 8.- 0. No me considero peor que cualquier otro
1. Me autocritico por mi debilidad o por mis errores.
2. Continuamente me culpo por mis faltas.
3. Me culpo por todo lo malo que sucede.
- 9.- 0. No tengo ningún pensamiento de suicidio.
1. A veces pienso en suicidarme, pero no lo haré.
2. Desearía poner fin a mi vida.
3. Me suicidaría si tuviese oportunidad.
- 10.- 0. No lloro más de lo normal.
1. Ahora lloro más que antes.
2. Lloro continuamente.
3. No puedo dejar de llorar aunque me lo proponga.
- 11.- 0. No estoy especialmente irritado.
1. Me molesto o irrito más fácilmente que antes.
2. Me siento irritado continuamente.
3. Ahora no me irritan en absoluto cosas que antes me molestaban.
- 12.- 0. No he perdido el interés por los demás.
1. Estoy menos interesado en los demás que antes.
2. He perdido gran parte del interés por los demás.
3. He perdido todo interés por los demás.
- 13.- 0. Tomo mis propias decisiones igual que antes.
1. Evito tomar decisiones más que antes.
2. Tomar decisiones me resulta mucho más difícil que antes.
3. Me es imposible tomar decisiones.
- 14.- 0. No creo tener peor aspecto que antes.
1. Estoy preocupado porque parezco envejecido y poco atractivo.
2. Noto cambios constantes en mi aspecto físico que me hacen parecer poco atractivo.
3. Creo que tengo un aspecto horrible.
- 15.- 0. Trabajo igual que antes.
1. Me cuesta más esfuerzo de lo habitual comenzar a hacer algo.
2. Tengo que obligarme a mí mismo para hacer algo.
3. Soy incapaz de llevar a cabo ninguna tarea.
- 16.- 0. Duermo tan bien como siempre.
1. No duermo tan bien como antes.
2. Me despierto 1-2 horas antes de lo habitual y me cuesta volverme a dormir.
3. Me despierto varias horas antes de lo habitual y ya no puedo volverme a dormir.

- 17.- 0. No me siento más cansado de lo normal.
1. Me canso más que antes.
2. Me canso en cuanto hago cualquier cosa.
3. Estoy demasiado cansado para hacer nada.
- 18.- 0. Mi apetito no ha disminuido.
1. No tengo tan buen apetito como antes.
2. Ahora tengo mucho menos apetito.
3. He perdido completamente el apetito.
- 19.- 0. No he perdido peso últimamente.
1. He perdido más de 2 kilos Estoy tratando intencionadamente.
2. He perdido más de 4 kgs. de perder peso comiendo menos.
3. He perdido más de 7 kgs. SíNo.....
- 20.- 0. No estoy preocupado por mi salud.
1. Me preocupan los problemas físicos como dolores, etc.;
el malestar de estómago o los catarros.
2. Me preocupan las enfermedades y me resulta difícil pensar
en otras cosas.
3. Estoy tan preocupado por las enfermedades que soy incapaz
de pensar en otras cosas.
- 21.- 0. No he observado ningún cambio en mi interés por el sexo.
1. La relación sexual me atrae menos que antes.
2. Estoy mucho menos interesado por el sexo que antes.
3. He perdido totalmente el interés sexual.

Se prohíbe la reproducción sin permiso escrito del autor.

Se pueden obtener copias o el permiso para utilizar esta escala en: CENTER FOR COGNITIVE THERAPY, Room 602, 133 South Street, Philadelphia, Pa. 19104.

Copyright © 1978 by Aaron T. Beck, M. D.

Anexo H. Escala de pensamientos suicidas

ESCALA DE PENSAMIENTOS SUICIDAS		
Nombre.....		Fecha.....
Día de la entrevista		Momento de la Crisis/Punto más agudo de la enf.
<i>I. Características de las actitudes hacia la vida/muerte</i>		
()	1. Deseo de vivir 0. Moderado a fuerte 1. Débil 2. Inexistente	()
()	2. Deseo de morir 0. Inexistente 1. Débil 2. Moderado a fuerte	()
()	3. Razones para vivir/morir 0. Las primeras superan a las segundas 1. Equilibrado 2. Las segundas superan a las primeras	()
()	4. Deseo de realizar un intento de suicidio Activo 0. Inexistente 1. Débil 2. Moderado a fuerte	()
()	5. Intento de suicidio pasivo 0. Tomaría precauciones para salvar su vida. 1. Dejaría la vida –muerte– para cambiar (p. ej., cruzar una calle con mucho tráfico sin mirar antes) 2. Evitaría los pasos necesarios para salvar su vida (p. ej., que un diabético dejase de ponerse insulina)	()
Si la puntuación en los ítems 4 y 5 es “0”, omítanse las secciones II, III y IV, y póngase “8” – “No Aplicable” en cada uno de los espacios reservados para los códigos en blanco.		

Día de la entrevista	Momento de la Crisis/Punto más agudo de la enf.
II. <i>Características de los pensamientos/deseos de suicidio</i>	
()	()
6. Duración 0. Breve, momentos pasajeros 1. Períodos algo más largos 2. Continuos (crónicos) o casi continuos	
()	()
7. Frecuencia 0. Muy baja; ocasionalmente 1. Intermitentes 2. Persistentes o continuos	
()	()
8. Actitud hacia los pensamientos/deseos 0. Rechazo 1. Ambivalente; indiferente 2. Aceptación	
()	()
9. Control sobre la acción/deseo de Suicidio 0. Sensación de control 1. Inseguridad acerca de la capacidad de control 2. Ausencia de control	
()	()
10. Disuasorio del intento de suicidio activo (familia, religión, consecuencias en caso de no tener éxito, irreversibilidad) 0. No se suicidaría a causa de alguno de estos factores 1. Cierta duda acerca de estos factores 2. Duda mínima o inexistente acerca de estos factores (Indicar cuáles son estos factores, en caso de estar presentes: _____ _____)	
()	()
11. Razones para pensar en el suicidio 0. Manipular el ambiente, llamar la atención 1. Combinación vengarse de "0" y "2" 2. Escapar, resolver los problemas	

Día de la entrevista	Momento de la Crisis/Punto más agudo de la enf.
III. <i>Características del intento</i>	
()	12. Método: especificidad/planificación () 0. Sin considerar 1. Considerado, pero sin determinar los detalles 2. Detalles elaborados/bien formulados
()	13. Método: viabilidad/oportunidad () 0. Método no disponible; no oportunidad 1. El método requeriría tiempo/ esfuerzo; no hay oportunidad disponible 2a. Método y oportunidad disponibles 2b. Oportunidad en el futuro o disponibilidad del método anticipada
()	14. Sensación de “capacidad” para llevar a cabo el Intento () 0. Falta de valor; demasiado débil asustado, incompetente 1. No está seguro de tener valor para hacerlo 2. Está seguro de tener valor
()	15. DÉJESE EN BLANCO ()
()	16. Expectativa/anticipación del intento real () 0. No 1. Sin seguridad, sin claridad 2. Sí
()	17. DÉJESE EN BLANCO ()
IV. <i>Actualización del intento</i>	
()	18. Preparación real () 0. Ninguna 1. Parcial (p. ej., comenzar a guardar píldoras) 2. Completa (p. ej., tener píldoras, una navaja, un arma de fuego, etc.)

Día de la entrevista	Momento de la Crisis/Punto más agudo de la enf.
() 19. Nota de suicidio 0. No 1. Iniciada, pero sin terminar; aún sin depositar; solamente pensada 2. Escrita; depositada	()
() 20. Acciones finales anteriores al suicidio (seguros, regalos) 0. No 1. Pensamientos de realizar algunos arreglos finales 2. Realizados los planes y arreglos finales	()
() 21. Encubrimiento de la idea de realizar un intento de suicidio 0. Expone las ideas abiertamente 1. Revela las ideas con reservas 2. Engaña, encubre, miente	()
<i>V. Factores de fondo</i>	
() 22. Intentos de suicidio anteriores 0. No 1. Uno 2. Más de uno	()
() 23. Intento de suicidio asociado con el anterior (sí) 0. Bajo	()
() 1. Moderado; ambivalente, inseguro 2. Alto	()
<p>Se prohíbe la reproducción sin permiso escrito del autor. Se pueden obtener copias y/o el permiso para utilizar esta escala en: CENTER FOR COGNITIVE THERAPY, Romm 602, 133 South 36th Street, Philadelphia, Pa. 19104. Copyright © 1978 by Aaron T. Beck, M. D.</p>	

15. Referencias

- Alfonzo, I. (1994). Técnicas de investigación bibliográfica. Caracas: Contexto Ediciones.
- Aguilar, E. G. (s.f.). *Psicología positiva: Seligman y colaboradores*. Costa Rica: Enriquece tu psicología.
- Anthony, E.J. (1975) "The History of Group Psychotherapy", en H.I. Kaplan y N.J. Sadock, Modern Group Book (I). The Origins of Group Psychoanalysis.
- American Society of Group Psychotherapy and Psychodrama*. (2016). *Asgpp.org*. Revisado 28 November 2016, de <http://www.asgpp.org/about-asgpp.php>
- Ávila, A. (1990). Psicodinámica de la depresión. *Anales de psicología*, 37-58. Universidad Complutense de Madrid.
- Bandura, A. (1977). Social Learning Theory. General Learning Press
- Baena, G (1985) Metodología de la Investigación. México, Ciudad de México. Ed Patria.
- Bechelli, Luiz Paulo de C., & Santos, Manoel Antônio dos. (2004). Psicoterapia de grupo: cómo surgió y evolucionó. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 12(2), 242-249.
<https://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692004000200014>
- Bechelli, Luiz Paulo de C., & Santos, Manoel Antônio dos. (2005). El terapeuta en la psicoterapia de grupo. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 13(2), 249-254.
<https://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692005000200018>
- Beck, A. (1987). Cognitive models of depression. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 1, 5-37.
- Beck, A. (2010). *Terapia cognitiva de la depresión*. 1st ed. Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Beck, A., Rush, J., Shaw, B., & Emery, G. (2010). *TERAPIA COGNITIVA DE LA DEPRESION* (19 ed.). New York: The Guildford Press.

Beck A. & Sacco W. (1995) *Teoría y terapia cognitiva*. En Beckham, E.E. y Leber, W.R. Handbook of Depression. Second Edition. 329:351. New York. Guilford.

Disponible en:

<http://bibliopsi.org/docs/materias/obligatorias/CFP/psicoterapias/keegan/Practicos%20Parte%204,%205%20y%206%20Psicoterapias%20Keegan/sacco%20beck%20-%20teoria%20y%20terapia%20cognitiva%20cap%2011%20329-351.pdf>

Beck J. (2000) *Terapia Cognitiva: aspectos básicos y profundización*. The Guilford Press. California

Bion, W.R. (1948) *Experiencias en grupos*, 5a edición, Buenos Aires, Editorial Paidós

Bion, W.R. (1948) *Bion in New York and São Paulo*.

Clark, D.A., & Beck, A.T. (2010). *Cognitive therapy of anxiety disorders: Science and practice*. New York, NY: Guilford Press

Contreras, F. & Esguerra, G. (2006). *Psicología positiva: una nueva perspectiva en psicología*. *Diversitas*, 2(2).

Colli, M & Lorenzo, M. (2004) *Psicoterapia de grupo: Revisión Histórica*. *Revista Hospital Psiquiátrico de la Habana*.

(s.a.) *Entendiendo la psicoterapia*. (2016). <http://www.apa.org>. Revisado 13 September 2016,

Recuperado de: <http://www.apa.org/centrodeapoyo/entendiendo-la-psicoterapia.aspx>

Fernández, F. A. (2011). *Las causas de la depresión*. En *Anales de la REAL ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA* (Tomo CXXVIII). Madrid: Real Academia Nacional de Medicina.

Fernández, J. S. (1992). *Procesos Cognitivos en la ansiedad y la depresión*. Madrid: Universidad Complutense de Madrid.

- Fraguas Herráez, D. (2016). *¿Hubo una psicoterapia verbal en la Grecia clásica?*
www.Realidadyficcion.eu. Revisado, 19 September 2016. Recuperado de;
http://www.realidadyficcion.eu/Lengua_literatura/13-14/emociones/psicoterapia_por_las%20palabras.pdf
- Gable, S., & Haidt, J. (2015). ¿Qué es (y por qué) la Psicología Positiva? *Revista de Toxicomanías*, 3-9.
- García, B. *La psicoterapia* (1998). *Ruc.udc.es*. Revisado: 13 September 2016. Recuperado de:
<http://ruc.udc.es/dspace/bitstream/handle/2183/10705/CC%2043%20art%2014.pdf?sequence>
- Goldenberg, H. Goldenberg, I. (2008) *Family Therapy an Overview*. Los Angeles, California. Universidad de California.
- Gómez-Restrepo, Carlos, Bohórquez, Adriana, Pinto Masis, Diana, Gil Laverde, Jacky F. A., Rondón Sepúlveda, Martín, & Díaz-Granados, Nancy. (2004). Prevalencia de depresión y factores asociados con ella en la población colombiana. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 16(6), 378-386. <https://dx.doi.org/10.1590/S1020-49892004001200003>
- González Núñez, 1999. *Psicoterapia de grupos: Teoría y Técnica A partir De Diferentes Escuelas Psicológicas*. Ed. El Manual Moderno, México.
- Guirao-Goris, J.A; Olmedo Salas, A; Ferrer Ferrandis, E. (2008) El artículo de revisión. *Revista Iberoamericana de Enfermería Comunitaria*, 1, 1, 6. Disponible en <http://revista.enfermeriacomunitaria.org/articuloCompleto.php?ID=7>.
- Gutiérrez Cid, Sonia A, & Varela Moreno, Vicente L. (2009). Propuesta de un Modelo de Psicoterapia Grupal Estratégica en Depresión Severa: Cómo Pasar de Víctima de la

- Depresión a Protagonista de la Recuperación. *Terapia psicológica*, 27(1), 41-49.
<https://dx.doi.org/10.4067/S0718-48082009000100004>
- HISTORIA DE A.A. EN EL MUNDO*. (2016). *Alcoholicos-anonimos.org*. Revisado 24 November 2016, recuperado de http://www.alcoholicos-anonimos.org/v_portal/apartados/apartado.asp?te=188
- Hervas, G. (2009). Psicología Positiva: una introducción. *Revista Interuniversitaria de Formación del Profesorado*, 23-41.
- Icart Isern, M. T., & Canela Soler, J. (1994). El artículo de revisión. *Enfermería Clínica*, 4(4), 184.
- JONES, MAXWELL. (1979). *The Therapeutic Community, Social Learning and Social Change*. London: Therapeutic Communities, 1997:9
- Lacouture, Gerardo; (1996). El legado de Kurt Lewin. *Revista Latinoamericana de Psicología*, Sin mes, 159-163.
- Letelier S, Luz María, Manríquez M, Juan J, & Rada G, Gabriel. (2005). Revisiones sistemáticas y metaanálisis: ¿son la mejor evidencia? *Revista médica de Chile*, 133(2), 246-249.
<https://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872005000200015>
- Lopez-Yarto, Luis. *Terapia de grupo o terapia en grupo*. (2016). *Aperturas.org*. Revisado 15 September 2016, Recuperado de:
<http://www.aperturas.org/articulos.php?id=0000193&a=Terapia-de-grupo-o-terapia-en-grupo>
- MacKenzie, K.R (1992) *The Class Method of Treating Consumption in the Homer of the Poor*. *Joseph Pratt*, en *Classics in Group Psychotherapy*, Nueva York.
- Morales,O (2003) Fundamentos de la Investigación Documental y la Monografía. En Manual para la elaboración y presentación de la monografía (Norelkys Espinoza y Ángel

- Rincón, Editores). Mérida, Venezuela: Grupo Multidisciplinario de Investigación en Odontología, Facultad de Odontología, Universidad de Los Andes. 2003. pp.2
- Moreno J. L, (1972) El psicodrama Ed. Hormé S.A.E., Bs. As.
- Olmsted, M. (1963) El Pequeño Grupo. Paidós, Bs. As.
- Pérez, M., & García, J. (2001). Tratamientos eficaces para la depresión. *Psicothema*, 5,493-510.
- Portillo, I. (2000). Bases de la Terapia de Grupo. Ciudad de México. Editorial Pax México
- Quecedo, Lecanda, Rosario; Castaño, Garrido, Carlos. (2002). Introducción a la metodología de investigación cualitativa. *Revista de Psicodidáctica*.
- Raja, C. B. (2000). Depresión. *Medicina Naturista*, 36-41.
- Riso W. (2003) *Terapia cognitiva, fundamentos teóricos y conceptualización del caso clínico*. Disponible en:
https://books.google.es/books?hl=es&lr=&id=zu2BjSmdtwUC&oi=fnd&pg=PA23&dq=terapia+cognitiva&ots=9zBz_SN_vz&sig=aXiPWjgDst1c_YToJxWy02Chj4k#v=onepage&q=terapia%20cognitiva&f=false
- Rother, Edna (2007). Revisión Sistemática X Revisión Narrativa. *Acta Paulista de Enfermagem*. 20(2).
- Sanz Amador, Marta. (2014) Terapia Grupal. Ede. Grupo 5. España.
- Slavson S.R (1964) A Textbook in Analytic Group Psychotherapy. International Universities Press. Oxford, Inglaterra.
- Stake, R.E. (1994). Case studies. En N.K. Denzin y Y.S. Lincoln (Dir.). Handbook of qualitative research (pags. 236-247). London: Sage.

VANDEVELDE, S. Maxwell Jones and his work in the Therapeutic Community.

Archive.pettrust.org.uk/pubs-vandevelde1999.pdf. Consultado el 24 de noviembre de 2016

Vázquez, C., Hervás, G., & Y. Ho, S. (2006). *Intervenciones clínicas basadas en la psicología positiva: fundamentos y aplicaciones. Psicología Conductual, 14(3), 401-432.*

Yalom, I.D., (1985), *The Theory and Technique of group psychotherapy* (3rd. Ed.), New York: Basic Books.