



**UNIVERSIDAD SALESIANA**

---

---

**ESCUELA DE PSICOLOGIA**

INCORPORADA A LA UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

**“ESTUDIO DE CASO SOBRE LOS BENEFICIOS DE LA  
TERAPIA ARTÍSTICA PARA MEJORAR LA AUTOESTIMA EN  
UN PACIENTE CON TRASTORNO DEPRESIVO MAYOR”**

**T E S I S**

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:

**L I C E N C I A D O E N P S I C O L O G Í A**

P R E S E N T A:

**IRVING ARTURO ARCOS GARCÍA**

**IRVIN ENRIQUE FERNÁNDEZ MARTÍNEZ**

DIRECTOR DE TESIS:

**IGNACIO JAVIER MALDONADO MARTÍNEZ**

**MÉXICO, D. F.**

**ENERO 2014**



Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

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

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

## AGRADECIMIENTOS

Primero que nada quiero agradecer a la vida por haberme puesto en este camino lleno de sabiduría, verdad y conocimientos llamado Psicología.

Este trabajo va dedicado a mis padres por quienes todo lo soy, gracias por todo su apoyo incondicional. Madre, no tengo palabras para agradecer todo en lo que en mi has forjado, gracias a todo eso soy el hombre que soy ahora, gracias por los regaños, por las lágrimas, por ese valor de hacerle frente a la vida en los momentos adversos, eres y seguirás siendo un ejemplo de vida.

Padre, te admiro por el hombre que eres, gracias por brindarme las herramientas suficientes y necesarias, gracias porque cada gota de sudor derramada han valido la pena para que esto fuera en realidad, sin tu cariño, amor y apoyo no hubiera cumplido esta meta.

A toda la familia Fernández por estar ahí siempre dando su apoyo, su alegría, la fortaleza y la unión con la que siempre hemos estado me han enseñado a ser fuerte y no decaer, gracias prim@s, ti@s, abuelita Romana y en especial a mi Tío Paquito (†) que desde allá arriba estas orgulloso de lo que soy hoy en día, gracias por ser un ejemplo de vida, ese legado tuyo me permitirá hacer de esto, la psicología, una realidad.

A la familia Martínez, mamá Quica (†) desde allá arriba estoy seguro que estás viendo este triunfo, papá David, eres un gran ejemplo de esfuerzo, coraje y valor.

Mis amigos, mi segunda familia, gracias por aguantarme y siempre estar ahí en cada momento, Elia, Brenda, Nahúm, Alejandra, Alan, Daniel, Montse, a mi familia Atento/MetLife, por enseñarme a no darme por vencido y ser perseverante (ustedes saben quienes son). A mis profesores, en especial al padrino y director de este trabajo, gracias por todo Nacho.

Irving, agradezco a la vida por haberme puesto en Terapia Recreativa, ya que gracias a ello, esto es una realidad, lo hicimos compa!!!!

Y si tú estás leyendo y tiene este trabajo en sus manos, te agradezco. No queda más que decir:

**GRACIAS TOTALES!!!!!!!!!!**

## **AGRADECIMIENTO**

Dedico este trabajo primeramente a Dios que siempre ha estado a mi lado guiándome en las diferentes etapas y proyectos de mi vida.

Agradezco el apoyo de mis padres Elvira y el Güero que hasta en este momento han estado y estarán siempre al pendiente de mis estudios, metas y proyectos, que con su amor y comprensión he logrado llevar este proyecto hasta el final,  
¡LOS QUIERO MUCHO!

Comparto este trabajo con Araceli Arellano que durante siete años ha estado conmigo en momentos gratificantes como este y en momentos desagradables que la vida me ha puesto pero que al final con su ayuda he podido superar. Gracias también a su familia por el apoyo y la confianza que han depositado en mí.  
¡GRACIAS FLAQUITA!

Brindo este trabajo a mis hermanas Miriam e Ingrid que a lo largo de mi preparación me han demostrado siempre su apoyo en todas mis decisiones, también incluyo a mis sobrinos Itzi, Sofí, Piwi y Emiliano porque son parte de una gran familia que tengo y por qué siempre están en momentos importantes como este.

Este trabajo fue hecho con gran amor, dedicación, tiempo y esfuerzo y que consagro estos méritos a mis abuelitos que ya no están en esta vida pero que disfrutan de otra y que sé que desde donde están me dan su apoyo, ¡¡GRACIAS papá RICARDO y papá LALO, GRACIAS Mami Lola LOS QUIERO MUCHO!!

No puedo dejar de agradecer todo aquello que me brindo mi gloriosa y querida Academia Militar México que con su TRADICION DISCIPLINA Y HONOR fomento en mi vida desde los primeros años, gracias por formar un caballero CADETE.

Con este proyecto gratifico su amistad que durante años han brindado a mi persona ante cualquier circunstancia GRACIAS Oficial Valerio por enseñarme lo que es la lealtad y amor a la patria, gracias Pbro. Juan José y Pbro. Eduardo

Xavier por compartir conmigo su espiritualidad y amor a Dios, gracias Tía Pilar por tu amistad y confianza depositada en mi familia

Gracias a ustedes profesores NACHO, PACO Y LEZAMA por compartir tiempo y enseñanza conmigo.

## Índice

Introducción.....	1
Resumen.....	5
Capítulo 1.....	6
1.1. Trastorno Depresivo Mayor.....	6
1.2. Antecedentes históricos.....	10
1.3. Síntomas clínicos.....	13
1.4. Criterios para diagnosticar el episodio depresivo mayor.....	18
1.5. Los diferentes tipos de depresión.....	19
1.6. CAUSAS DE LA DEPRESIÓN.....	21
1.7. TRATAMIENTO DE LA DEPRESIÓN.....	23
1.8. Métodos alternativos.....	25
Capítulo 2.....	27
2.1. Terapia artística.....	30
2.3. Representación y actividad plástica.....	31
2.6. Imagen y percepción.....	32
2.7. Imagen y representación.....	32
2.9. El plano de los afectos dentro de una actividad plástica.....	33
2.10. El plano de la constitución del YO.....	33
2.11. Aspecto simbólico.....	33
2.12. Técnicas artísticas.....	34
Capítulo 3.....	36
3.1. Antecedentes históricos.....	36
3.2. Objetivos de la psicología de la salud.....	38
3.3. Modelos relevantes utilizados en la Psicología de la Salud.....	38
3.4. Actividades que desempeña el psicólogo de la salud.....	41
3.5. El ejercicio profesional del psicólogo de la salud.....	46
Capítulo 4.....	51
4.1. Análisis de otras posibles definiciones según algunos autores.....	53

Capítulo 5 .....	55
5.1. Programa de actividades de Terapia Artística.....	56
5.2. Procedimiento. ....	58
Capítulo 6 .....	59
6.1. Historia clínica.....	60
6.2. Procedimientos .....	66
Capítulo 7 .....	75
BIBLIOGRAFIA .....	77

## Introducción

### **“ESTUDIO DE CASO SOBRE LOS BENEFICIOS DE LA TERAPIA ARTÍSTICA PARA MEJORAR LA AUTOESTIMA EN UN PACIENTE CON TRASTORNO DEPRESIVO MAYOR”**

**OBJETIVO:** Que la terapia artística ayude a mejorar la autoestima y las condiciones de vida del paciente con Trastorno Depresivo Mayor.

**Ha:** La terapia Artística puede presentar beneficios en la mejora de la autoestima a las personas que sufren Trastorno Depresivo Mayor.

**Ho:** La terapia artística puede perjudicar y alterar el proceso de mejoría en la autoestima del paciente con TDM.

**PLANTEAMIENTO:** ¿La terapia artística favorece en la mejora de la autoestima durante la presencia del trastorno depresivo mayor en el paciente?

### **JUSTIFICACIÓN:**

Se desea comprobar que por medio de esta investigación las actividades realizadas en terapia artística beneficien al paciente con TDM en su autoestima, se busca que con este estudio el paciente sea apoyado con estas técnicas terapéuticas para ayudar a que su tratamiento sea más eficaz y efectivo y que por consiguiente más personas con este trastorno se respalden con estas métodos terapéuticos. Se espera que la terapia artística implemente técnicas específicas para el tratamiento de este trastorno y no solo en base al tratamiento farmacológico y terapéutico se pretenda coadyuvar al paciente, sino que sean dos procesos que caminen de la mano para siempre buscar la rehabilitación del paciente



La depresión se ha convertido en una patología habitual en los países de primer mundo. No se trata de un estado de ánimo pasajero de tristeza, ni de una señal de debilidad personal o emocional que pueda alejarse voluntariamente, tampoco es un defecto de carácter que pueda superarse simplemente con esfuerzo.

El trastorno depresivo es una enfermedad que afecta el estado de ánimo y a la mente; afecta también la alimentación, el descanso nocturno, a la opinión de sí mismo y a la vida en general.

La depresión ha tenido una presencia constante a lo largo de la humanidad sin embargo en las últimas décadas ha experimentado un notable incremento. Hoy en día es tal el impacto que esta enfermedad tiene en la sociedad que algunos autores no han dudado en señalar esta como la “era de la depresión”.

La terapia artística nos aproximara a una mejora en el estado patológico del trastorno depresivo mayor, la actividad artística que se lleva a cabo con fines terapéuticos, con el propósito de corregir o de tratar problemas, tanto psicológicos, como afectivos o sociales, tiene unos objetivos que, naturalmente, trascienden lo puramente estético. La esencia de la terapia artística reside en el resultado terapéutico de la actividad de crear algo y, al igual que en la actividad artística general, se beneficia de procesos psicológicos como la catarsis, la sublimación o la abreacción. Tal vez la diferencia más evidente, entre terapia y educación artística, sea que la obra que se realiza en terapia, no sólo se hace por los beneficios que esto supone, sino para ser un elemento de interpretación y análisis entre cliente y terapeuta. Para servir de intermediario, para que la transferencia que se produce en todo acto terapéutico, recaiga también sobre el trabajo realizado.

Expresarse en el modo silencioso de la escritura o la pintura es un método apropiado contra la depresión y puede ayudar, lo mismo que cualquier otra

expresión de uno mismo, a esto se añade que se deshace uno al papel, lo cual es ideal en el caso de la depresión. El objetivo es escribir algo del alma. Conduce automáticamente a tratar de nuevo la propia tragedia, lo cual constituye un paso terapéutico muy beneficioso.

Parte de los objetivos de esta investigación que más adelante se presenta, tiene como finalidad promover la conciencia en el paciente, a medida que el ser humano es más realista (de su cuerpo, su mente y su entorno), más capaz es de crear vividas experiencias significativas, lo que va ayudar para mejorar la calidad de vida, y al mismo tiempo, le permite tomar una serie de decisiones satisfactorias.

Para poder trabajar con la conciencia de los pacientes es importante tomar en cuenta el saber escuchar los comentarios que los pacientes pudieran externar, trabajar con movimientos corporales e intentar descifrar qué nos quieren decir con eso, contar con un estilo de voz para la realización de la interacción con el paciente.

Hacer que el paciente tenga conciencia de sí mismo desde su enfermedad y sus experiencias de vida será sumamente importante ya que empieza a generarse desde que el decide tomar cualquier proceso terapéutico.

Debemos llamar depresión al conjunto de síntomas que derivan de historias humanas complejas y siempre distintas, estas historias involucrar las experiencias de separación y pérdida, incluso si a veces no somos conscientes de ellas, a menudo somos afectados por sucesos en nuestras vidas sin darnos cuenta de su importancia o de cómo nos han cambiado. Con el propósito de dar sentido a la forma en que hemos respondido a tales experiencias, necesitamos tener las herramientas conceptuales correctas; y estas pueden ser encontradas en las viejas nociones del duelo y melancolía, la depresión es un término vago para una variedad de estados. El duelo y la melancolía no obstante son conceptos más precisos que pueden ayudar a arrojar luz sobre como lidiamos con las pérdidas que son parte de la vida humana.



### **Resumen.**

El presente trabajo muestra un proyecto realizado a lo largo de un mes con una paciente de sexo femenino, cuyo principal objetivo era hacer mejoras en su autoestima.

Mediante las técnicas descritas en el presente trabajo se logró mejorar y fortalecer hacia su persona actitudes, pensamientos y conductas que hacían que no llevara una vida feliz y plena.

Es de vital importancia conocer a fondo el Trastorno Depresivo Mayor, sus causas, su origen y las consecuencias que trae dicho trastorno para que como psicólogos podamos enfrentar la que será la causa número uno de mortalidad en el mundo en unos 20 o 30 años.

La intención de utilizar la arte terapia no era sujeto para ser interpretado, sino que fue utilizado como un medio de expresión catártico para la paciente.

De esta manera el paciente mediante las actividades artísticas lograr hacer un insight o también conocido como el darse cuenta.

## Capítulo 1

### 1.1. Trastorno Depresivo Mayor.

Los trastornos depresivos pertenecen a las alteraciones psicopatológicas más frecuentes y mejor reseñadas a lo largo de todas las épocas.

La historia de la depresión es la historia de la melancolía. Las primeras referencias doctrinales y clínicas acerca de la melancolía se encuentran en los escritos de Hipócrates<sup>1</sup> (siglos V y IV aC.) que constituyen el principal testimonio de los orígenes de la medicina occidental. En el aforismo numero 23 (sección VI) afirma Hipócrates: si el miedo y la tristeza perseveran mucho tiempo, hay melancolía.

En la concepción hipocrática la bilis negra, traducción literal de la palabra melancolía, constituía el agente causal. El estado que hoy calificamos de melancólico no es más que una de las múltiples expresiones del poder patógeno de la bilis negra cuándo su exceso o su alteración cualitativa altera el equilibrio armónico de los humores. Para Hipócrates, los efectos eran numerosos, cubriendo el término melancolía diversos estados patológicos que en la actualidad reciben otras etiquetas diagnósticas. Incluso consideraba que la epilepsia y la melancolía estaban estrechamente relacionadas. Asimismo, Hipócrates insistió en la vinculación de un temperamento especial con la propensión a padecer la enfermedad y reconoció la manía, aunque sin encontrar ninguna relación con la melancolía.

Areteo de Capadocia a mediados del siglo I después de Jesucristo no solo relato con todo detalle la sintomatología de la manía y la melancolía, sino que incluso vislumbró una conexión entre ambos estados. La melancolía - escribió Areteo- es una alteración apirética del anónimo que está siempre fijo y adherido a un mismo pensamiento. A mí me parece que la melancolía es el principio y una

---

<sup>1</sup> Ayuso, Jose Luis, Las depresiones, 1981, p. 2.

parte de la manía. Mientras que el ánimo de los maniacos tiende al furor y al placer, el de los melancólicos están inclinados a la tristeza y a la pesadumbre

(KUDLIEN, 1963). <sup>2</sup>Definió la melancolía como la congoja del espíritu fingida en el pensamiento sin fiebre (*animi angor in una cogitatione defixus absque febre*).

Entre las perturbaciones somáticas de la sintomatología melancólica Areteo señaló: estreñimiento, oliguria, alitosis, pulso pequeño y ausencia de fiebre.

Galeno en el segundo siglo de la era cristiana, continuó desarrollando la patología humoral. Bajo de designación de melancolía describe también cuadros de morfología esquizofrénica y coincide con Hipócrates en aceptar una íntima relación con la epilepsia, funciones psíquicas que están centradas en el cerebro que serían directamente afectadas en la melancolía. Para Galeno el exceso de bilis negra, causa indudable de la, melancolía, puede manifestarse y desarrollarse en diferentes lugares del organismo, provocando cada vez nuevos síntomas. Siguiendo este esquema identificó tres variedades distintas de melancolía (Starobinski, 1962):

- Afección melancólica localizada en el encéfalo.
- Afección generalizada donde la atrabilis pasa a la sangre de todo el organismo, incluyendo el encéfalo.
- Afección melancólica situada primitivamente en el aparato digestivo (hipocondría) que llega a encéfalo por la acción de los vapores.

El estado depresivo se nos muestra como consecuencia y casi como castigo de una existencia culpable. San Isidoro de Sevilla en el siglo VII, describe en sus sinónimos “los síntomas de la melancolía tales como angustia del alma, alteraciones de los ritmos cardíacos, acumulación de espíritus demoniacos en el entorno, las ideas de persecución y desesperanza del futuro. Para San Isidoro la desesperanza estaba causada por el pecado y se aliviaría mediante la confesión y el retorno a una vida ordenada.

---

<sup>2</sup> Ibíd., p.20.

En el Renacimiento, época de transición entre la medicina tradicional y la moderna, se inician conatos de crítica sobre las posturas que imperaban en el Medievo. “El tratado sobre la melancolía”, escrito por Timothy Bright (1586) constituye la primera monografía escrita en inglés que describe los sentimientos de los pacientes melancólicos con precisión y detalle, manteniendo el autor que la melancolía no constituía una conciencia de pecado como los teólogos y filósofos de la edad media la había calificado.

La crítica de las ideas tradicionales iniciada en el periodo renacentista, se convierte en sistemática durante el Barroco. El testimonio más interesante de esa época corresponde a un ilustre enfermo, el clérigo y filósofo inglés Robert Burton<sup>3</sup>(1577- 1640), cuyo libro la anatomía de la melancolía, constituye una de las más contribuciones a la historia de la depresión. Burton aun suscribiendo a veces la teoría humoral, mantenía una etiología multifactorial para la melancolía, reconociendo la existencia de un continuo entre factores psicológicos y no psicológicos, destacando la herencia, la falta de afecto en la infancia y las frustraciones sexuales. Debe señalarse como comenta Burton la circunstancia singular que estos enfermos, víctima de la más honda congoja suele tener exceso de risa y denotar una alegría extraordinaria, pero en seguida caen en una especie de embotamiento y vuelven a demostrar su tristeza característica.

Para los autores de la ilustración, la definición que prevalece es fundamentalmente intelectual: la melancolía es la denominación excesiva que ejerce sobre la mente una idea exclusiva. Pinel (1745- 1826), en su tratado médico-filosófico sobre la alienación mental, afirma que la melancolía consiste en un juicio falso que el enfermo se forma a cerca de su cuerpo que él cree en peligro por causas nimias, temiendo que sus intereses le salgan mal. De esta forma para Pinel, la idea exclusiva de un juicio falso no son síntomas secundarios, sino más bien esencia misma de la enfermedad, lo que justifica la ampliación del ámbito de la melancolía para incluir síndromes delirantes sin alteración timpánica evidente.

---

<sup>3</sup> Ibid., p.24.

En el siglo XIX los nombres más importantes de la historia nosológica son los de Esquirol, Griesinger, Falret.<sup>4</sup>

- Esquirol: discípulo de Pinel, propone el término lipemanía en lugar del tradicional melancolía, ya que este abraza un dominio heterogéneo con inclusión de la mayor parte de las psicosis delirantes y por otra parte evoca una patología humoral inconsciente.
- Griesinger: considero la depresión como debida básicamente a un trastorno funcional cerebral, pero reconoció la importancia de los factores psicológicos como precipitantes. Además de las depresiones propiamente dichas, afecciones básicamente reversibles, el autor nos habla de la existencia de un estado melancólico como periodo inicial de la mayoría de las enfermedades mentales.

Posteriormente Kraepelin (1896) siguiendo las observaciones clínicas de los psiquiatras franceses, anunció el concepto de locura maniaco-depresiva como entidad nosológica independiente, el autor incluyó en un concepto único la totalidad de las psicosis que hasta entonces se habían denominado periódicas y circulares, la manía simple, la mayor parte de los casos diagnosticados de melancolía y un pequeño número de síndromes amenciales. Kraepelin dentro de su octava edición sitúa dentro de la locura maniaco-depresiva la melancolía involutiva, que en un principio había sido descrita separadamente.

---

<sup>4</sup> Ibid., p.30.



Posteriormente para este autor estos cuadros son manifestaciones de la misma psicosis, basándose en el carácter hereditario, sintomatología afectiva, sucesión alternativa o periódica de fases maniacas o melancólicas y pronóstico uniforme.

El fenómeno de la depresión ha suscitado el interés de muchos pensadores psicoanalíticos, comenzando por Freud; lo cual es fácilmente comprensible, ya que ha sido y sigue siendo una de las principales razones por la que la gente busca ayuda psicoanalítica. El interés de Freud por la depresión arranca de 1894 y su contribución principal a nuestro conocimiento de la depresión está contenida en un ensayo titulado “Duelo y melancolía”, publicado en 1917. En este ensayo nos muestra que existe un paralelismo entre el duelo y la melancolía (como se llamaba el actual estado de depresión) ambos tienen muchos rasgos en común “abatimiento profundamente doloroso, anulación del mundo exterior, pérdida de la capacidad de amar, inhibición de toda actividad. Sin embargo, en la melancolía hay una pérdida de auto estima que no existe en el duelo. El duelo es una actividad viva y cargada de energía en la que el dolor de la pérdida se expresa y descarga con el completo apoyo del yo de la persona. En la depresión o melancolía el yo está socavado por el derrumbamiento energético del cuerpo resultando una condición carente de vida y respuesta.

La depresión es una alteración del estado de ánimo, un trastorno afectivo-cognitivo. Produce una forma pesimista de ver los aspectos de la vida. La depresión puede variar desde un abatimiento ligero o sentimiento de indiferencia, hasta una desesperación en grado extremo.

La persona deprimida ve el mundo de forma diferente y en consecuencia, se comporta de manera distinta, comparándolo cuando no está deprimida, cambian sus actitudes y su comportamiento.

## **1.2. Antecedentes históricos.**

La depresión es un fenómeno creciente en todo el mundo; las estadísticas son alarmantes, pero lo que es aún peor es que un tercio de las personas que

padecen este mal no cuentan con un diagnóstico preciso y por lo tanto, no reciben tratamiento, a pesar de que la depresión es perfectamente curable.

Dado el hecho de que la depresión es difícil de diagnosticar y de que puede llevar al suicidio si no es detectada a tiempo, todos tenemos la obligación, como seres humanos, de investigar más acerca de este doloroso y devastador padecimiento.

El principal problema con la depresión, es que coloquialmente se utiliza de maneras inadecuadas, aplicándose a una serie de actitudes o situaciones que tergiversan el verdadero significado, sugiriendo la presencia de una enfermedad mental, y que en algunos casos, puede parecer muy severa. Comúnmente se utiliza para expresar un estado anímico decaído o una forma de tristeza que puede ser ligera y temporal.

Algunas personas que han sufrido esta enfermedad la viven como desesperación, “una miserable desesperanza” con lo cual expresan de una manera más adecuada la realidad de este padecimiento que simplemente refiriéndose a la depresión; aunque con ello, dicen, no logran explicar la falta de toda confianza en el futuro y la sensación de vacío que la depresión les provoca.

La depresión era antiguamente conocida como melancolía y ya desde los griegos era reconocida como un desorden del estado de ánimo; considerada por ellos como un exceso de melancolía o bilis negra en el cuerpo de quien la padecía.

La palabra melancolía se deriva del griego *melas*, que significa “negro” y *cholé*, que significa “bilis”. Los griegos creían que esta enfermedad, ya fuera física o mental, era originada por la falta de equilibrio en el cuerpo entre lo que ellos conocían como los cuatro humores o fluidos del cuerpo: sangre; bilis (amarilla), melancolía (bilis negra) y flema.

Se cree que los griegos sabían bastante sobre los síntomas de la depresión, puesto que la asociaban con el adormecimiento, la irritabilidad y la aversión hacia la comida.

No fue hasta que apareció el científico Sigmund Freud (1856-1939) que se logró un mejor conocimiento, tanto de la naturaleza de la melancolía y la depresión, como de otros aspectos de los desórdenes mentales. En el ensayo, antes citado, titulado “Duelo y melancolía” (1917), Freud puso énfasis en las características más comunes de la pena y la depresión, así como del sentimiento de desesperanza por una pérdida y la falta de interés en el mundo externo.

Probablemente el suceso más importante en la historia de la depresión fue el desarrollo de la primera droga con propiedades antidepresivas. A mitad de los años cincuenta y durante una investigación dedicada a buscar una droga que aliviara los síntomas de la psicosis, el Dr. Ronald Kuhn y sus colegas en Suiza, descubrieron una droga llamada *imipramine*. Ellos encontraron que el *imipramine* era ineficaz para calmar los efectos psicóticos, se descubrió que las personas depresivas que fueron tratadas con esta fármaco experimentaron una mejoría en su estado de ánimo y el alivio de sus síntomas.

La OMS define a la depresión como el más común de los trastornos mentales. Afecta alrededor de 340 millones de personas en todo el mundo. Con una prevalencia estimada de 15 al 25%, siendo mayor en mujeres.

#### Cuadro clínico

- Humor deprimido.
- Anhedonia.
- Pérdida de energía.
- Trastornos del sueño.

- Ansiedad.
- Trastornos del apetito.
- Trastornos sexuales.
- Síntomas cognitivos.
- Quejas somáticas.

### **1.3. Síntomas clínicos.**

El humor deprimido y la pérdida de interés o satisfacción son los síntomas clave de la depresión. Los pacientes pueden comentar que se sienten tristes desesperanzados, sumidos en la melancolía. La característica esencial de un episodio depresivo mayor es un período de al menos 2 semanas durante el que hay un estado de ánimo deprimido o una pérdida de interés o placer en casi todas las actividades. En los niños y adolescentes el estado de ánimo puede ser irritable en lugar de triste. El episodio debe acompañarse de un malestar clínico significativo o de deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo. En algunos sujetos con episodios leves la actividad puede parecer normal, pero a costa de un esfuerzo muy importante. Los pacientes describen con frecuencia el síntoma como un dolor emocional que es una agonía, a veces se quejan y presentan incapacidad para llorar.

Dos tercios de los pacientes se plantean el suicidio y el 15% llegan a cometerlo. Casi todos los pacientes manifiestan una pérdida de energía que dificulta la finalización de las tareas cotidianas, empeora el rendimiento escolar y laboral. Disminuye el la motivación para emprender nuevos proyectos. Un 80% de los pacientes presenta dificultades para dormir, en especial despertar precoz (insomnio terminal) y múltiples despertares. Algunos pacientes presentan hipersomnia, que sumado a aumento del apetito y ganancia del peso constituyen síntomas atípicos.

La ansiedad es un hecho común (incluye crisis de pánico) suele complicar el tratamiento del trastorno depresivo sumado al abuso de alcohol. Un 50% de los pacientes empeora a la mañana con mayor gravedad de los síntomas y se alivia a medida que pasa el día. Muchos sujetos refieren o muestran una alta irritabilidad.

En los niños y los adolescentes, más que un estado de ánimo triste o desanimado, puede presentarse un estado de ánimo irritable o inestable. Algunas personas ponen énfasis en las quejas somáticas, en lugar de referir sentimientos de tristeza. En algunos sujetos hay una reducción significativa de los niveles previos de interés o de deseo sexual. Normalmente, el apetito disminuye y muchos sujetos tienen que esforzarse por comer. Los cambios psicomotores incluyen agitación, (incapacidad para permanecer sentado, paseos, frotarse las manos y pellizcar o arrugar la piel, la ropa o algún objeto) o enlentecimiento (lenguaje, pensamiento y movimientos corporales enlentecidos); aumento de la latencia de respuesta, bajo volumen de la voz, menos inflexiones y cantidad o variedad de contenido, o mutismo). La agitación o el enlentecimiento psicomotores deben ser lo bastante graves como para ser observables por los demás y no representar únicamente una sensación subjetiva. Suelen malinterpretar los acontecimientos cotidianos triviales, tomándolos como pruebas de sus defectos personales, y suelen tener un exagerado sentimiento de responsabilidad por las adversidades. Muchos refieren capacidad disminuida para pensar, concentrarse o tomar decisiones. Pueden distraerse con facilidad o quejarse de falta de memoria. En sujetos de edad avanzada con un episodio depresivo mayor, la queja principal puede ser la falta de memoria, que puede ser tomada erróneamente por un signo de demencia.

Características descriptivas y trastornos mentales asociados. Los sujetos con un episodio depresivo mayor se presentan a menudo con llanto, irritabilidad, tristeza, rumiaciones obsesivas, ansiedad, fobias, preocupación excesiva por la salud física y quejas de dolor (cefaleas o dolores articulares, abdominales o de otro tipo).

Durante un episodio depresivo mayor algunos sujetos presentan crisis de angustia con un patrón que cumple los criterios del trastorno de angustia. En los niños puede presentarse una ansiedad por separación. Algunos sujetos refieren

problemas en las relaciones personales, interacciones sociales menos satisfactorias o problemas en la actividad sexual. La consecuencia más grave de un episodio depresivo mayor es la tentativa de suicidio o el suicidio consumado. El riesgo de suicidio es especialmente alto para los sujetos con síntomas psicóticos, historia de tentativas de suicidio previas, historia familiar de suicidio consumado o consumo concomitante de sustancias.

También puede haber una tasa aumentada de muertes por enfermedades médicas. Los episodios depresivos mayores a veces van precedidos de algún estrés psicosocial (la muerte de un ser querido, la separación matrimonial, el divorcio). El parto puede precipitar un episodio depresivo mayor.

### **1.3.1. Signos externos.**

Uno de los problemas relacionados con la depresión es la dificultad de diagnóstico. No es como la neumonía o una pierna fracturada, cuyas señas físicas no dejan lugar a dudas sobre el padecimiento. En el caso de la depresión, aunque existen algunos signos físicos, estos no siempre están presentes y no son tan obvios como para detectarlos.

La depresión es un desorden del estado de ánimo en cuya forma extrema llega a perjudicar las funciones físicas y mentales de quien la padece. Todos hemos tenido, en ciertas etapas de nuestra vida, momentos en los que sentimos algún tipo de lo que llamamos depresión, por pequeña que esta sea, por lo tanto, contamos con que cualquier persona que la esté sufriendo tendrá que parecernos muy triste y muy abatido; pero no siempre es así, pues se ha sabido de personas que han cometido suicidio inmersos en una severa depresión, aun cuando más tarde sus amigos comenten que la persona en cuestión parecía en lo más mínimo abatida. La imagen estereotipada de la persona deprimida, como alguien triste y melancólico o inclusive que rompe en llanto, no siempre es la que se presenta en la realidad, así que no es raro que un observador pueda ser engañado.

### **1.3.2. El llanto.**

El llanto es con frecuencia uno de los primeros síntomas de la depresión, e incluso es que puede ayudar a formalizar un diagnóstico. Algunas personas que han sufrido depresión dicen haber experimentado frecuentemente ataques de llanto completamente inesperados. Estos ocurrían cuando estaban solos o en presencia de su familia; tal vez porque estamos condicionados a no mostrar emociones en público.

### **1.3.3. Apariencia personal.**

Las personas que están bajo una depresión severa se niegan a cuidar su arreglo personal; ellos prefieren utilizar ropa que no es apropiada para la ocasión, o simplemente usan ropa que no está del todo limpia; dejan de peinarse y se rehúsan a seguir con su rutina de higiene personal al extremo de que su falta de baño se hace obvia para los demás.

### **1.3.4. Desórdenes alimenticios.**

Los patrones alimenticios pueden ser afectados por la depresión. En ocasiones, las personas comen más de lo que normalmente acostumbran, pero, por lo general las personas que la padecen sufren de una pérdida de interés por la comida.

### **1.3.5. Pérdida de confianza en sí mismo**

Es común que este cambio se considere como un síntoma de la depresión. Las personas que con anterioridad afrontaban desafíos y que incluso los buscaban, se vuelven temerosos, e inseguros respecto a su habilidad en el desempeño de sus tareas, mismas que están perfectamente a la altura de su capacidad.

Si la depresión continúa sin ser diagnosticada, la pérdida de confianza en sí mismo puede ser devastadora en la vida profesional de las personas.

### **1.3.6. Falta de sentido del humor**

Este cambio de personalidad, de ser una persona vivaz y alegre a convertirse en alguien retraído, va de la mano con un decremento en su sentido del humor. Cuando solo existe la insensibilidad, el vacío y la tristeza dentro de la mente es

imposible poder encontrar que las cosas pueden ser divertidas o hacer comentarios de una forma alegre y entretenida ya que el simple hecho de poder terminar el día representa un enorme esfuerzo.

### **1.3.7. Pensamientos negativos y de incompetencia**

Otra característica de la depresión, que puede alterar a las persona sobre su condición normal, es la de tener pensamientos que son totalmente negativos y pesimistas. Esto es particularmente evidente en personas que solían tener actitudes positivas y optimistas. Las personas que han padecido esta enfermedad han dicho que la depresión les priva de la energía y la esperanza.

### **1.3.8. Problemas para dormir**

La clase de irregularidad más común, considerada característica de la depresión, es la incapacidad de permanecer dormido durante periodos largos. Es común que las personas que padecen depresión se sientan tan fatigadas que anhelan el momento de acostarse para descansar, pero no pueden permanecer por mucho tiempo.

### **1.3.9. Sentimientos de tristeza y desesperanza**

Es natural que las personas que padecen depresión se sientan tristes e infelices, ya que la depresión es un desorden del estado de ánimo. En la depresión, la tristeza no tiene límites en el tiempo y en la intensidad, parece ser absoluta, además, es muy profunda y no es posible que uno simplemente se la sacuda.

### **1.3.10. Sentimientos de desvalidez**

Combinado con la fatiga y la implacable tristeza, es común que las personas depresivas tengan sentimientos de desvalidez extrema. Ellos pueden encontrarse en una situación difícil en la que, por lo normal, determinarían hacer algo para poder manejarla; pero cuando están profundamente deprimidos, suelen tener la sensación de que los resultados serán desastrosos y que además ellos no pueden hacer nada para evitarlos.



#### **1.4. Criterios para diagnosticar el episodio depresivo mayor**

De acuerdo al DSM IV el Trastorno Depresivo Mayor se encuentra dentro los Trastornos del estado de ánimo y los criterios para diagnosticarlo son:

A. Presencia de cinco (o más) de los siguientes síntomas durante un período de 2 semanas, que representan un cambio respecto a la actividad previa; uno de los síntomas debe ser (1) estado de ánimo depresivo o (2) pérdida de interés o de la capacidad para el placer.

Nota: No incluir los síntomas que son claramente debidos a enfermedad médica o las ideas delirantes o alucinaciones no congruentes con el estado de ánimo.

1) estado de ánimo depresivo la mayor parte del día, casi cada día según lo indica el propio sujeto (se siente triste o vacío) o la observación realizada por otros (llanto). Nota: En los niños y adolescentes el estado de ánimo puede ser irritable

2) disminución acusada del interés o de la capacidad para el placer en todas o casi todas las actividades, la mayor parte del día, casi cada día (según refiere el propio sujeto u observan los demás)

3) pérdida importante de peso sin hacer régimen o aumento de peso (un cambio de más del 5 % del peso corporal en 1 mes), o pérdida o aumento del apetito casi cada día. Nota: En niños hay que valorar el fracaso en lograr los aumentos de peso esperables

4) insomnio o hipersomnia casi cada día.

5) agitación o enlentecimiento psicomotores casi cada día (observable por los demás, no meras sensaciones de inquietud o de estar enlentecido).

6) fatiga o pérdida de energía casi cada día.

7) sentimientos de inutilidad o de culpa excesivos o inapropiados (que pueden ser delirantes) casi cada día (no los simples autor reproches o culpabilidad por el hecho de estar enfermo).

8) disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o indecisión, casi cada día (ya sea una atribución subjetiva o una observación ajena).

9) pensamientos recurrentes de muerte (no sólo temor a la muerte), ideación suicida recurrente sin un plan específico o una tentativa de suicidio o un plan específico para suicidarse.

B. Los síntomas no cumplen los criterios para un episodio mixto.

C. Los síntomas provocan malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

D. Los síntomas no son debidos a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (una droga, un medicamento) o una enfermedad médica.

E. Los síntomas no se explican mejor por la presencia de un duelo, los síntomas persisten durante más de 2 meses o se caracterizan por una acusada incapacidad funcional, preocupaciones mórbidas de inutilidad, ideación suicida, síntomas psicóticos o enlentecimiento psicomotor.

## **1.5. Los diferentes tipos de depresión**

Los tipos principales de depresión abarcan:

Existen distintos tipos de depresión, así como también diferentes grados. Es un desorden del estado de ánimo que puede intensificarse, llegando a la desesperación sombría del suicida, o convirtiéndose en una aguda manía.

Los síntomas de estos episodios que continuación se enumeran, deben tener una duración al menos de dos semanas, aunque esta afección tiende a continuar por al menos 6 meses.

**Depresión leve:** Suelen estar presentes 2 o 3 de los síntomas. El paciente por lo general está afectado por ellos pero probablemente podrá seguir con muchas de las actividades que realice.

**Depresión Moderada:** Normalmente están presentes 4 o más de los síntomas, y el paciente es muy probable que tenga grandes dificultades para seguir con sus actividades ordinarias.

**Depresión Grave:** Este episodio depresivo se divide en dos:

Sin síntomas psicóticos: Episodio depresivo en el que van varios de los síntomas descritos anteriormente son marcados y afectan al paciente; Son típicas las pérdidas de la autoestima y la ideas de autodesprecio o culpa. También son comunes las ideas o actos suicidas y suelen estar presentes unos cuantos síntomas somáticos.

Con síntomas psicóticos (Depresión atípica): Presencia de alucinaciones, ideas delirantes, enlentecimiento psicomotriz o estupor suficientemente graves, que imposibilita las actividades sociales ordinarias. La vida del paciente puede estar en peligro o riesgo de suicidio, deshidratación o inanición. Las alucinaciones y las ideas delirantes pueden o no ser congruentes con el estado de ánimo.

**Trastorno disfórico premenstrual (PMDD, por sus siglas en inglés):** síntomas depresivos que ocurren una semana antes de la menstruación y desaparecen después de menstruar.

**Trastorno afectivo estacional (SAD, por sus siglas en inglés):** ocurre durante las estaciones de otoño e invierno y desaparece durante la primavera y el verano, probablemente debido a la falta de luz solar.

La depresión también puede ocurrir con manías (conocida trastorno bipolar). En esta afección, los estados de ánimo están en un ciclo entre manía y depresión.

**Trastorno Bipolar:** Se caracteriza por dos o más episodios en los cuales el humor y los niveles de actividad del paciente están significativamente alterados. Esta alteración consiste, en algunas ocasiones, en un humor elevada y un aumento de la energía y la actividad (manía), y en otras, en un humor bajo y una disminución de la energía y la actividad (depresión).

La depresión es más común en las mujeres que en los hombres y es especialmente frecuente durante los años de adolescencia. Los hombres buscan ayuda con relación a sentimientos de depresión con menos frecuencia que las mujeres; por esta razón, las mujeres pueden simplemente tener más casos documentados de depresión

## **1.6. CAUSAS DE LA DEPRESIÓN**

### **1.6.1. Detonadores potenciales**

Como el nombre lo indica, esta depresión parece ocurrir como respuesta a un determinado evento en nuestras vidas, que nos trastorna y que comúnmente es doloroso.

Semejante detonador puede ser cualquier hecho angustioso de la vida, como la muerte de un miembro cercano de la familia, un amigo íntimo, un divorcio especialmente desagradable o la pérdida repentina de un empleo que la persona creía para toda la vida, en particular cuando estas personas están en cierta edad en la que no sería fácil conseguir otro empleo.

### **1.6.2. Existen varios modelos que han tratado de explicar la depresión**

Muchas manifestaciones psicopatológicas pueden traducirse en modificaciones de conductas y registros muy variados, todos aquellos pertinentes, según los casos para el diagnóstico psiquiátrico. Dicho de otra forma un mismo y único problema psicopatológico, la depresión, por ejemplo puede dividirse muy diferentes unos de otros, en función del subsistema respondiente que se elija para la observación y análisis. El problema o la alteración pueden ser únicos; sus manifestaciones observables y analizables no.

Una idea obsesiva puede explorarse en sistemas de respuestas diferentes a saber:

1. Clínico: mediante la entrevista clínica abierta o estructurado.
2. Neurofisiológica: mediante registros psicofisiológicos de respuestas muy variadas, en las situaciones en que esas ideas sobrevienen al sujeto con una especial intensidad.
3. Bioquímica: mediante las pertinentes pruebas analíticas del metabolismo en líquido cefalorraquídeo.
4. Comportamental: mediante la observación en la conducta motora el sujeto, sincroniza con la aparición de las ideas obsesivas. Pueden usarse, además auto conservación, consignado el propio sujeto en un auto registró las circunstancias, frecuencia, contenido, intensidad, etc.

Cada uno de los interiores niveles de análisis configura un modelo de enfermedad depresiva de la que en cierto modo derivan y a la que derivan sin lugar a dudas tratan de servir. De la presión hay tantos modelos como niveles de análisis.

El término modelo se refiere a un modo de explicar la pluralidad y, por tanto, se limita a tratar solo ciertos aspectos de la complicitad.

Podemos decir que en ocasiones la depresión surge como reacción a un acontecimiento o serie de acontecimientos, bien sea adversos de una manera real

y objetiva o que el sujeto los ha vivido de forma negativa subjetivamente aunque para otra persona no tuvieran ese mismo significado negativo.

Pero es de señalar que aparte de los factores externos, también juega un papel importante en la aparición y mantenimiento de la depresión las alteraciones en la neuroquímica del sujeto afectado; en concreto, de unas sustancias denominadas neurotransmisores, que intervienen en la transmisión de los impulsos nervioso y por tanto, en el funcionamiento del sistema nervioso central y en nuestra manifestaciones conductuales.

## **1.7. TRATAMIENTO DE LA DEPRESIÓN**

El tratamiento de la depresión y que tan efectivo pueda ser, dependerá hasta cierto punto de la naturaleza y la severidad de la depresión en cuestión. No se debe contemplar la idea de evitar un tratamiento adecuado cuando aparece la depresión. Por un lado, un episodio de depresión mayor puede durar varios meses y durante todo este tiempo el individuo depresivo tendrá que soportar una gran tristeza y desesperación. Por otro lado si no se recibe tratamiento, la probabilidad de que esta depresión sea recurrente es mayor.

### **1.7.1. En busca de ayuda.**

Es de vital importancia para el público en general estar al tanto de todo lo que conlleva la depresión para poder reconocerla cuando se presenta y saber cómo se puede ayudar a las personas que la padecen. Si la educación del público tiene éxito, entonces los amigos, los parientes y los colegas de las personas de depresión, sabrán que será necesario tomar algún tratamiento.

Tenemos la esperanza de que las personas también reconozcan la importancia de que la depresión es tan solo una enfermedad como cualquier otra. Todos debemos comprender que la depresión no es distinta a una pierna rota, excepto porque esta se presenta inmediatamente obvia para el resto de las personas por sus síntomas físicos, perfectamente observables.

### **1.7.2. Psicoterapia de apoyo**

Este tipo de terapia tiene como objetivo llevar al paciente hasta lograr su mejor funcionamiento posible, tanto en lo social como en lo psicológico, encarando cualquier padecimiento incapacitante como la depresión. Ayuda al paciente a elevar su autoestima y confianza en sí mismo.

La terapia de apoyo puede ser de gran importancia en la depresión. Se tiene la esperanza de que sea útil para evitar que se genere este padecimiento.

También es importante esta terapia para las personas que están recibiendo otras formas de tratamiento, como por ejemplo, los antidepresivos, que por lo general tardan unas tres semanas en comenzar a surtir efecto. La terapia de apoyo durante este intervalo es muy útil para que la persona depresiva pueda salir adelante.

### **1.7.3. Terapia cognoscitiva**

La palabra cognoscitiva se refiere a cómo es que nosotros percibimos y pensamos. La manera en que percibimos el mundo dicta la manera en que nosotros respondemos a él. Si nuestra percepción del mundo es negativa y pesimista entonces nuestros pensamientos y nuestras acciones serán correlativamente negativistas y pesimistas. La terapia cognoscitiva trata de identificar las deformaciones en las percepciones de una persona y le ayuda a corregirlas.

Esta terapia intenta que la persona depresiva se permita ver las cosas como realmente son, en vez de verlas a través de un cristal oscuro todo el tiempo; y no tiene como propósito la infancia, sino el presente y las relaciones actuales. Hace énfasis en la habilidad para comunicarse y busca la forma de ir mejorando las relaciones de los pacientes depresivos con otras personas.

#### **1.7.4. Psiquiatría**

Las personas son referidas al psiquiatra a través de su médico familiar, sobre todo cuando no están seguros acerca del diagnóstico de su paciente, quien parece estar de alguna manera mentalmente perturbado.

Las personas que tienen una profunda depresión, que han intentado suicidarse o quienes han estado presentando ideaciones suicidas, son con frecuencia llevados al psiquiatra y en la mayoría de los casos son hospitalizados por su propia seguridad, mientras el tratamiento les hace efecto. En realidad, las personas pueden ser ingresadas al hospital, aun en contra de su voluntad, si se piensa que pueden representar peligro para sí mismo o para otros.

#### **1.7.5. Medicación**

La medicación antidepresiva también se encuentra estigmatizada, en parte porque el grueso de la población tiende a tratarse con tranquilizantes, como el Valium, a cualquier persona que sufriera de estrés o ansiedad. Tiempo después se descubrió que el Valium es adictivo y las personas que lo habían estado tomando por algún tiempo experimentaban efectos desagradables cuando dejaban el tratamiento, proceso que debe llevarse a cabo paulatinamente.

### **1.8. Métodos alternativos**

#### **1.8.1. Ejercicios físicos**

El ejercicio físico puede ser terapéutico en los caso de depresión, aun cuando el individuo se encuentra todavía en estado depresivo. Sin embargo, no se considera útil cuando se trata de una depresión severa ya que este mina la energía del individuo, su interés y motivación.

El tipo de ejercicios que se desee practicar depende de las preferencias del individuo, pero para que sea eficaz es preferible que se trate de un ejercicio



vigoroso, como la caminata o el ciclismo y si este se practica al aire libre, le reportara mayores beneficios a la persona.

El ejercicio físico también tiene el mérito de ayudar a las personas a dormir mejor. Este punto es importante para enfermos depresivos ya que si la inercia inicial puede ser vencida, habrá menos posibilidades de que ocurran los trastornos del sueño, como el insomnio, que comúnmente se manifiestan con el padecimiento.

### **1.8.2. Actividades creativas**

Muchas personas encuentran un gran placer en hacer algo que ponga a prueba su creatividad. Esto satisface la necesidad que todos tenemos de expresarnos y puede ser muy útil para prevenir la depresión o para ayudarnos durante la fase de recuperación.

Siempre es bueno probar algo nuevo, sin importar la forma que adopte nuestra creatividad, como pintar, hacer poesía, escribir esa novela que está dentro de nosotros, tocar algún instrumento musical, bordar o fabricar tapetes; hay mucho de donde escoger. Lo importante es recordar que no debemos imponernos altos estándares durante la actividad que escojamos, no importa, que tan bien o mal nos salga, lo verdaderamente es que al hacerlo se produzca un placer.

La depresión tiene una fuerza devastadora; destruye a las personas, sus relaciones, a sus amistades y destruye también sus carreras. Por desgracia, la mayoría de las veces la destrucción que esta crea es irreversible.

Por lo tanto comprendiendo su poder destructivo, podremos reconocerla, ya sea en los demás o en nosotros mismos.

Solamente privándola de sus mitos podremos luchar contra esta enfermedad, reconociéndola y actuando en consecuencia, dado que se trata de un padecimiento común y que con el debido tratamiento es perfectamente curable.

## Capítulo 2

### ARTE Y SALUD

En la línea del trabajo como instrumento de diversión se ha de incluir también el trabajo de los alienados que ya preconizaba Pinel<sup>5</sup> en la tradición antigua desde 1801 (*Traite sur la manie*). Pinel entendía la actividad artística únicamente en el alienado convaleciente que ya se había hecho consciente. Esta práctica se llevaba a cabo por el médico, Pinel y su ayudante Pussin, después Esquirol (1816), Fodere (1817), Georget (1820), Guislain (1826). El trabajo es considerado una terapia que permite recobrar la razón y además una mano de obra gratuita para las tareas cotidianas.

En el mismo paradigma de principio de diversión (Falret, 1848) se puede situar el origen del trabajo con los alienados en el siglo XX: La terapia ocupacional venia de los Estados Unidos de América, la terapia de readaptación y la ergoterapia. El objetivo principal es la readaptación profesional, o por lo menos social, en general se trata de trabajos de artesanía: fabricando ceniceros, bordados, cestos, esmaltes o copias de cuadros de pintores famosos, de los que la terapia está ausente o aparece como socio terapia. Su apoteosis se dio en los años 50 con los clubs terapéuticos que anclaban la vida del enfermo en una neosociedad protegida.

Sin embargo la ergoterapia permitió experimentar con el arte como soporte y justifico la formación de algunos enfermos en técnicas artesanas y artísticas con efectos terapéuticos insospechados ya que parecían más una terapia que un trabajo sobre la realidad.

Situamos el movimiento de la expresión junto a la de la ergoterapia (fabricar algo para reinsertarse). Lo ocupacional plantea siempre una derivación mientras que la expresión supone descarga de tensiones, exteriorización de emociones, búsqueda de una catarsis que se orienta a veces hacia lo energético y a veces hacia el gesto, lo que a su vez llevara de manera espontánea y casi automática a la verdad

---

<sup>5</sup> Batlle, Sylvie, Arte Terapia, México, Ediciones Obelisco, 2009, p. 11.

en toda su crudeza M. Pages, psicólogo, puso en marcha unos talleres que exigían una fuerte implicación, también del animador, como una carga emocional intensa a través de diferentes formas de expresión: danza, grafismos, pintura, etc.

Para muchos profesionales de la expresión lo importante es poder acoger cualquier forma de expresión tal y como se produzca, sin necesidad de animar a un trabajo secundario sobre la producción.

El iniciador del descifrado de las obras artísticas por medio de un código psiquiátrico es sin lugar a dudas Charcot, junto con sus discípulos. Su obra fundamental es el estudio "Los endemoniados en el arte", escrito por Richer, que tuvo su continuación en 1889 en "Los deformes y los enfermos en el arte". Su postulado es el siguiente: la gran neurosis histérica es una afección antigua cuya huella iconográfica se puede rastrear desde el siglo V en la obra de arte que representan a los poseídos por los demonios: Giotto, Paolo Ucello, A. de Sartre, Rafael, P. Breughel, el dominico, Rubens, J. Callot, Jordaens, y también los grabados de un libro de L.P. Carre de Montgeron acerca de los milagros de San Medard con los que padecían convulsiones (1737-1747) que descifran las fases de un gran ataque convulsivo de histeria descritas por Charcot. Se trata de una especie de semiología retrospectiva en un intento de controlar el arte por medio de la ciencia. Algunos pintores fueron descalificados como Rafael porque su representación de un joven poseído no respondía a ninguna enfermedad convulsiva conocida y otros magnificados como Rubens, que conjuga la intuición de genio con una rara agudeza en su observación. Se da así una prueba de falacia en la atribución de posesión demoniaca a lo que una manifestación de histeria, y las obras del pasado se comparan con los dibujos de Charcot, que en su propia vida había dudado entre la pintura y la medicina y en los de Richer, que enseñaba anatomía artística en la Escuela de Bellas Artes. De esta manera la ciencia acaba, en suma, por tener la última palabra sobre todas las cosas.

Con frecuencia se hacía un encargo a un artista para pintar retratos de locos para poder tener referencias de las manifestaciones físicas de las diferentes enfermedades. En 1817 Esquirol pidió G.F. Gabriel que dibujara croquis de los

alienados. Gericault pinto 10 retratos de locos entre 1817 y 1823 a petición de su psiquiatra, Georget, para curar su depresión, los dibujos a lápiz completados más tarde por fotografías (Albert London) constituyen la primera iconografía fotográfica de la Salpêtrière (1875), seguida en 1888 por la nueva iconografía de la Salpêtrière subtitulada iconografía médica y artística inscritas en la ambición declarada por Charcot de construir una tripla alianza entre la historia el arte y la medicina.

Freud y otros psicoanalista han tomado como objeto de investigación psicoanalítica una obra literaria o plástica y la han puesto en relación con la biografía del autor para intentar extraer la problemática profunda que se revela en ellas, el ejemplo más completo es sin duda un recuerdo infantil de Leonardo Da Vinci en la que se intenta explicar el arte y la investigaciones de Leonardo como sublimación de su homosexualidad revelada por el tema del buitre. El trabajo creador de un artista es al mismo tiempo una derivación de sus deseos sexuales. Algunos datos bibliográficos acerca de la vida de Leonardo sacan a la luz algunos acontecimientos verdaderos y otros supuestos, que ponen en evidencias rasgos de su carácter e indicaciones sobre su actividad creadora: nacimiento ilegítimo, interés que pasa del arte, a la investigación científica, unido a su dificultad para acabar sus obras, una vida sexual pobre que se limita a la homosexualidad platónica, una exaltación que se refugia en el conocimiento. El único recuerdo de infancia que proporciona el propio Leonardo, es el de un buitre que abre con su cola la boca del bebe Leonardo, lo que sugiere un fantasma de felación. Se recurre a su biografía y a sus obras para demostrar la hipótesis: la sonrisa de la mona Lisa como réplica a la sonrisa materna, la confusión entre los cuerpos de Santa Ana y de la virgen en Santa Ana que sintetizan las figuras maternas de su vida: madre, joven , suegra, abuela paterna, cuadro en el que según Pfister, citado con precaución por Freud, esconde entorno al vestido de la virgen una imagen-acertijo inconsciente que representa un buitre con el extremo dirigido a la boca del niño Jesús. Freud reconoce al final la pobreza de los datos bibliográficos para completar la explicación psicoanalítica de la vida de Leonardo. En efecto, el estudio científico ha dado la razón a las construcciones bibliográficas inducidas por el conocimiento de mecanismos que se intentaban demostrar.

## **2.1. Terapia artística.**

Este término incluye generalmente todo tipo de tratamiento psicoterapéutico que utiliza como mediador la expresión artística (danza, teatro, música, etc.). La pintura, el diseño, grabado, modelado, máscaras, títeres, estas actividades tienen en común la objetivación de la representación visual en el terreno figurativo, a partir de la transformación de la materia, dada la juventud de la materia.

Dado que se trata de una nueva disciplina, que data de la postguerra, es necesario considerar el arte en el sentido que adquirió en esta segunda mitad del siglo, donde no se trata ni del oficio de la recreación de la belleza ideal ni tampoco se lo pone al servicio de la religión o de la exaltación de la naturaleza.

## **2.2. Terapia artística en el terreno psicológico.**

Debe de poseer los elementos teóricos que le permitan observar los comportamientos de cada sujeto tanto desde el punto de vista funcional como evolutivo con el objeto de seguir su actividad y orientar sus investigaciones.

Es necesario un cierto hábito de escuchar todo aquello que en la producción de un sujeto puede ser del orden del inconsciente, no precisamente para interpretar o dar los contenidos explícitos su significado implícito, si no así bien para no confundir los unos con los otros. No es el contenido inconsciente que se hace consciente, pero se puede deducir de la producción consciente palabra o representación lo que es causado por el funcionamiento inconsciente.

Las expresiones psicoterapéuticas y psicoanalíticas personales conducen al terapeuta a una lectura más rápida y más eficaz de la relación transferencial, es decir del conjunto de sentimientos y de reacciones de tal o cual paciente y su producción le inspiran; a falta de esta posibilidad el animador debe limitarse a intervenciones de apoyo y de acompañamientos de los sujetos con los que se instala espontáneamente una relación positiva.

### **2.3. Representación y actividad plástica.**

La representación plástica será definida aquí en su más amplio sentido, como un proceso de construcción del pensamiento, fundado sobre la objetivación de las representaciones, de manera similar al matemático que no pudiera desarrollar una demostración o un cálculo sin escribirlo, la creación artística se crea a partir de un diálogo del artista con su producción. Esto quiere decir que a través de un saber hacer particular, aplicado a una materia apta para sufrir transformaciones, es posible crear un objeto nuevo. Su función es ofrecer un signo; dicho de otra manera, hacer al sujeto comprensible dentro de orden de un código y al mismo tiempo hacerlo significativo por la diferencia que él impone a ese mismo código.

### **2.4. Relación dialéctica entre el pensamiento y la acción.**

La actividad artística plástica deja un trazo y la mirada que controla el resultado y anticipa el próximo gesto, se instala un movimiento pendular entre el toque pictórico y la mirada que aproxima y aleja al sujeto de su obra. Este pasa del pensamiento que construye la imagen a la acción que va a su encuentro, paso a paso, como en un diálogo.

El sujeto que toca parece ser el mismo que el contempla, sin embargo él se descubre, se sorprende, está fascinado por que siempre hay algo distinto para la mirada.

### **2.5. La construcción de la imagen.**

Llamamos aquí imagen a la elaboración mental que guía la construcción representativa. La elaboración de las imágenes no es simple y, lejos de construir las unidades del pensamiento, son su resultado. Para elaborar el nivel mental de la actividad plástica, es decir el pensamiento inconsciente de la creatividad, conviene analizar ante todo la naturaleza de los mecanismos figurativos (Greco, 1963).

## **2.6. Imagen y percepción.**

De la misma manera que la percepción, la imagen no puede dar cuenta del objeto en su totalidad, constituye por el contrario el signo de este objeto, al que hace alusión a través a una de sus apariencias posibles , la percepción y su imagen muestran entonces un marco de objeto que depende de la posición real del sujeto con respecto a él, o de una elección subjetiva de presentación (frente, perfil).

## **2.7. Imagen y representación.**

La imagen es entonces una construcción mental que se hace a partir de esquemas sensomotrices. El orden topológico del espacio es fundamental para la ubicación de estas diferentes partes que encuentran aquí su significación. El orden temporal también se tiene en cuenta por que en toda obra de arte plástico hay una secuencia a seguir con la mirada marcada por los ritmos y las proporciones particulares de cada estilo. La construcción del pensamiento imaginario, en el periodo de aprendizaje, se hace a partir de la acción y de la percepción hacia la constitución mental de los objetos; más tarde el proceso se invierte para realizar un objeto imaginario a partir de una idea de la cosa más o menos elaborada.

## **2.8. Imagen y lenguaje.**

Lacan (1953) introdujo en el pensamiento psicoanalítico una distinción tajante entre imagen y símbolo, entre configuraciones y palabra. Aunque la teoría apunta específicamente a la imagen del yo corporal en tanto que ilusión de totalidad dada por la apariencia exterior, ese carácter aleatorio y a partir del otro parece ser lo propio de la imagen. Dicho de otra manera, toda imagen de objeto contiene la imagen del propio cuerpo. La imagen se realiza en la mirada del otro, porque en el espejo el niño se asume tal y como lo ven los otros; en este estadio la imagen corresponde a su nombre. Pero la imagen no tiene la misma función antes y después que el sujeto haya adquirido el lenguaje. una vez en que el niño encuentra en su discurso un lugar irreductible gracias al pronombre yo, al mismo tiempo que su universo se convierte en un hecho de lenguaje, se establece, entre la imágenes y las palabras, una relación estrecha de dependencia. Las palabras buscan un

excedente de forma y de color, una sustancia otra, las imágenes hacen resonar las particular sonoras ligadas a las palabras que ellas encierran a la manera de un acertijo.

### **2.9. El plano de los afectos dentro de una actividad plástica.**

El cuerpo es también el lugar de la resonancia de la emotividad, la actividad plástica en si misma despierta los afectos latentes vinculados con los vestigios más antiguos de la memoria. El trabajo con la materia amorfa, la doble posición activa y contemplativa, la riqueza de las sensaciones kinestésicas y visuales, el esfuerzo de la creación imaginarían, todo contribuye al surgimiento de la emoción. Estas emociones, sentidas en el cuerpo buscan expresarse a través de movimientos y sensaciones, transformables respectivamente en gestos y colores. La representación y su contenido manifiesto constituyen el signo complejo de una vivencia emocional. El pintor no hace algo que parezca nácar para representar una cochinilla si no que más bien hace una cochinilla para mostrar la imagen del brillo del nácar. Este brillo del nácar encuentra su sentido en el cuerpo, porque es ante todo sensación y sentimiento, vibración y encanto.

### **2.10. El plano de la constitución del YO.**

Al mismo tiempo que es el asiento de las coordinaciones sensomotrices y de los afectos, el cuerpo es también el asiento del YO corporal que es la primera imagen de identificación del sujeto consigo mismo. Se puede decir que, al comienzo, el sujeto es su cuerpo: no solamente la forma de su cuerpo tal como le es reflejada por el espejo, sino fundamentalmente su cuerpo eficaz, ese instrumento que le obedece cuando él quiere alcanzar una cosa. Toda representación señala entonces al mismo tiempo un yo-propietario (del cuerpo en tanto que causa) y un yo-autor (de la obra en tanto que efectó).

### **2.11. Aspecto simbólico.**

- Significación subjetiva de la actividad representativa

La creación de un objeto es siempre una aventura, un desafío dramático en la que el sujeto es el actor. Es necesario vencer a la materia, hacer salir una forma



a partir de lo amorfo, hay que darle un sentido aquello que no tiene ninguno. La hoja blanca, la arcilla en bruto, representan al mismo tiempo el vacío, la continuidad de la nada y la totalidad del poder, es decir, la enorme dimensión de lo posible antes que lo toque la realidad. es necesario encontrar rápidamente un objeto para limitar o bien confiar en la capacidad de espera, de tal manera como para dejar aparecer la imagen de la forma que la nada y el todo toman para cada individuo.

Se despiertan múltiples pulsiones derivadas de la ambigüedad de los materiales sobre los que se trabaja. Las leyes de la materia constituyen la realidad de las pruebas simbólicas frente a las que el sujeto se rebela, se enoja, lucha, destruye, inventa nuevas estrategias, duda, ensaya, por fin triunfa. Las pulsiones y las emociones propias del proceso son la causa y el efecto de la aventura de crear; ellas encuentran en la construcción del objeto plástico una forma objetiva, un signo indeleble de algo que el sujeto sospecha como permanente en él, pero que constituye por sí mismo una experiencia efímera.

## **2.12. Técnicas artísticas.**

La terapia añade al arte el proyecto de auto transformación, pero el arte añade a la terapia la ambición de presentar una versión de los grandes interrogantes de la humanidad. Si la creación en el arte, que nace del encuentro entre un ser humano y la materia, muestra que las formas así creadas puede ser una exploración de los misterios del mundo y producir efectos en la cultura, la creación en terapia que nace del encuentro de dos subjetividades, muestra que las formas así creadas pueden ser una exploración de enigmas individuales y producir efectos en la persona que ella misma puede relacionar con las culturas que lleva dentro.

La escultura permite dar cuerpo a la materia, Miguel Ángel decía a propósito de la escultura que “lo que se hace al modelar se parece a la pintura” y esto la diferencia de la talla, que por lo que conozco no es muy utilizada dentro de este tipo de terapia. El modelado es muy utilizado en psiquiatría.

La arcilla es una interlocutora con la que hay que negociar sin intentar imponerle una relación de fuerza: hay que situarse en batería con ella y esta armonización es un trabajo consigo mismo, la arcilla se golpea, se estira, se amasa,

se transforma en hojas arqueológicas imaginarias, se toca cuando está en una caja dispuesta para un trabajo de campo, se crea bajo relieves a partir de hullas de fragmentos de juguetes rotos, exige concentración en el arte del torno, se la somete a la prueba del fuego, el paciente a veces la modela y otras deja en ellas una huella de su cuerpo. Por último también la arcilla puede tomar todo su valor en los rituales de sobre impresión o intervención es artísticas en la naturaleza. La tierra es el primer elemento que nos constituye y anclarse en ella es encontrar de nuevo lo real de nuestro cuerpo (lo real es lo que se nos escapa de la realidad y su relación con el mundo. El trabajo con la tierra es también un juego de destrucción y recreación en una atmosfera que a la vez es lúdica y formal.

## **Capítulo 3**

### **PSICOLOGÍA DE LA SALUD**

Es muy popular la definición brindada por la Organización Mundial de la Salud en el sentido de que salud es "un estado de completo bienestar físico, mental y social y no simplemente la ausencia de enfermedad o afección", la que se utiliza hasta hoy con mucha frecuencia, bajo el argumento de que no hay otra mejor. Sin embargo, a la misma se le han hecho muchas críticas, especialmente porque ese supuesto estado de "completo bienestar" aparece descontextualizado, y porque describe la salud como un valor muy general que dificulta una operacionalización para su reconocimiento y promoción. En el caso del concepto enfermedad, ni siquiera se dispone de una definición comúnmente aceptada, y si la tuviéramos, posiblemente sobre la misma existirían cuestionamientos similares a los que se hacen para la que se tiene sobre salud. Esto nos pone de manifiesto que este es un campo que no es ajeno a la polémica y cuyos conceptos básicos no pueden ser asumidos de manera cerrada o esquemática.

#### **3.1. Antecedentes históricos.**

En este capítulo nos enfocaremos principalmente a estudiar la psicología de la salud, ya que de acuerdo a nuestro objetivo, será una de las ramas de la psicología en la que trabajaremos de acuerdo al tipo de población, sus objetivos principales y del como un psicólogo puede actuar en este campo que es independiente de la psicología clínica pero que se relacionan directamente.

Empezaremos por definirla, Matarazzo<sup>6</sup> (1980) fue quien realizó las primeras aportaciones dentro de la psicología de la salud y de acuerdo a la Asociación Psicológica Americana (APA) se definió de la siguiente manera: se refiere a todo el conjunto de contribuciones específicas en lo educativo, científico y profesional a la disciplina de la psicología para la promoción y el mantenimiento de la salud, la prevención y tratamiento de la enfermedad y la identificación de la etiología y

---

<sup>6</sup> Oblitas, Luis A. Psicología de la salud y calidad de vida, Thomson, 2004, p.13.

diagnóstico correlacionado con la salud y la enfermedad, así como el análisis de la disfunción para mejorar los sistemas de cuidado de la salud.

A esta definición, añadió poco después lo siguiente: así como el análisis y la mejora de los sistemas sanitarios y de la política general de formación sanitaria.

Con esta última frase, Matarazzo (1982) intentaba reflejar la posición de un cierto número de profesionales de la psicología de la salud, que además de centrarse en la responsabilidad individual para el mantenimiento de la salud y el bienestar, enfatizaban la necesidad de prestar atención a los contextos sociales, políticos y económicos de la salud y las conductas de salud, especialmente con el fin de reducir los costos humanos y económicos a determinadas condiciones que se pueden prevenir.

Por otra parte Bloom <sup>7</sup>(1998) describe a la psicología de la salud como “el estudio científico de la conducta, ideas, actitudes y creencias relacionadas con la salud y la enfermedad”.

Morales-Calatayud (1999) por su parte, define este concepto como “la rama aplicada de la psicología que se dedica al estudio de los componentes subjetivos y de su comportamiento del proceso salud-enfermedad y de la atención de la salud, le interesa el estudio de aquellos procesos psicológicos, que participan en la determinación del estado de la salud, en el riesgo de enfermar, en la condición de enfermedad y en la recuperación, así como las circunstancias interpersonales que se ponen de manifiesto en la prestación de servicios de salud, lo que se expresa en el plano práctico en un amplio modelo de actividad que incluye acciones útiles para la promoción de salud, la prevención de las enfermedades, la atención de los enfermos y personas con secuelas y para la adecuación de los servicios de salud a las necesidades de los que lo reciben.

---

<sup>7</sup> Ibid., p. 20.

De acuerdo con estas definiciones entonces podemos ver que aunque cada autor expone diferentes ideas, todas van enfocadas hacia el mismo fin, que se refiere al estudio de los comportamientos en el plano de la salud.

### **3.2. Objetivos de la psicología de la salud.**

Como ya explicamos de acuerdo a diferentes autores la definición de la psicología de la salud, es importante considerar y tomar en cuenta cuáles son sus objetivos.

Algunos de los principales objetivos de acuerdo a las definiciones planteadas son los campos de la investigación, prevención, así como la intervención así como también poder promover hábitos de salud favorables o bien conductas preventivas.

Diversos autores consideran que, a grandes rasgos la psicología de la salud debe estudiar los mecanismos de relación entre el “comportamiento” y la “salud”. Krantz (1985) señalan tres puntos de relación entre ambos aspectos, todos los cuales caerían dentro del ámbito de interés de la Psicología de la Salud:

1. La ocurrencia de comportamientos que pueden tener efectos fisiológicos directos que afectan al estado de salud.
2. Los estilos de vida y hábitos diarios que pueden hacer peligrar la salud o potenciar la enfermedad a medio o a largo plazo.
3. La forma en que las personas perciben y se enfrentan a la enfermedad, que puede convertirse en un factor de facilitación o empeoramiento del proceso.

### **3.3. Modelos relevantes utilizados en la Psicología de la Salud.**

1. Modelo cognitivo-social: este modelo toma como relevantes los efectos del entorno social así como las cogniciones sobre la conducta y cómo ambos se interrelacionan entre sí. De igual manera refiriéndose a las habilidades

que el individuo posee para ejecutar una conducta así como las creencias que la conducta puede producir los resultados que se están buscando.

2. La teoría de acción razonada: es una teoría que sirve para explicar la relación entre actitudes, intenciones, conductas y predicción de estas, en donde concibe a las personas como racionales para la toma de decisiones y cuyos pensamientos y conductas se encuentran determinados por procesos lógicos y objetivos.

Por lo tanto la psicología de la salud, como disciplina de la ciencia de la psicología y diferente a la psicología clínica al no reducirse a estudiar un trastorno de la conducta o de personalidad.

Entonces, de acuerdo a lo revisado, podemos decir que la Psicología de la Salud estudia todo comportamiento relacionado a los contextos de salud y enfermedad, ya sea como apoyo en algún padecimiento en específico, para su prevención o bien para el entendimiento, en el plano individual y social referente al impacto de los padecimientos y que toda esta información sea trabajada de modo que se divulgue.

#### La psicología de la salud en el Trastorno Depresivo Mayor

Dado que es nuestro tema principal, es importante tomar en cuenta cómo es que el campo de la psicología de la salud trata de ocuparse hoy en día para este padecimiento que en capítulos anteriores ya explicamos.

El sentirse deprimido, después de la pérdida de algún ser querido u otro acontecimiento triste o estresante puede ser muy normal y puede tender a ir disminuyendo conforme el tiempo avanza. Sin embargo, en pacientes clínicamente deprimidos, no existe algún factor predisponente de manera obvia. Se dice que un historial de depresión familiar puede influir en que el riesgo de padecer depresión incrementa, los investigadores se preguntan si tendrá una raíz genética o si puede ser una conducta aprendida al interactuar con familiares que padecen depresión, se

creo que puede existir un gen específico de la depresión, sin embargo, es muy probable que múltiples genes influyan e intervengan en padecer depresión.

El Trastorno Depresivo Mayor es uno de los padecimientos médicos más prevalentes y se han detectado similitudes epidemiológicas en diferentes regiones del mundo.

A pesar de que su diagnóstico ha sido motivo de críticas y diferencias en opiniones de profesionales, se pudiera detectar en un primer momento si durante el último mes la persona ha perdido interés y/o placer en realizar actividad, o tiene sentimientos de tristeza y de desesperanza durante este período de tiempo.

Otros síntomas relacionados a este padecimiento y que pudieran corroborar dicho padecimiento son pérdida o incremento de peso, insomnio o hipersomnio, agitación o retardo neuromotor, fatiga, pérdida de apetito, dificultad de concentración, pensamientos suicidas, entre otros posibles relacionados.

Si bien la depresión es un tema de polémica para los profesionales de la salud, debido a que existen enfoques muy diversos, este estado emocional tiene que ver con situaciones de pérdida en las personas, como por ejemplo y en el contexto específico de salud, pasar de sano a enfermo, por lo que estas pérdidas, conllevan necesariamente a cogniciones las cuales están fuera del trabajo médico, de ahí la importancia de trabajo del psicólogo de la salud como tal y de la promoción del trabajo multidisciplinario.

Algunos profesionales, pudieran diagnosticar a sus pacientes con depresión; e inclusive medicarlos, ante haber tenido alguna pérdida humana, ya sea del cónyuge u alguna otra persona cercana, lo que consideramos no ser adecuado, ya que el vivir emociones negativas ante las pérdidas humanas; es algo que se esperaría de la persona que sufre y que está dentro de los procesos normales de reacción.

Según la Asociación Psicológica Americana (APA) el psicólogo de la salud participa en los sistemas de salud en diversos escenarios, incluyendo programas de

atención primaria, en unidad de medicina interna y programas de cuidado de la salud, tales como clínica del dolor, rehabilitación, salud de la mujer, programas anti-tabaquismo, dolores de migraña, programas de enfermedades crónicas como cáncer, diabetes, SIDA, entre otras. Además de trabajar en universidades, corporaciones y agencias de gobierno.

Entre las actividades clínicas se encuentra la evaluación cognitiva-conductual, evaluación psicofisiológica, entrevistas clínicas, encuestas demográficas, evaluación de la personalidad. Las intervenciones frecuentemente ofrecen trabajo en manejo de estrés, técnicas de relajación, psicoeducación, procesos de afrontamiento ante la enfermedad y técnicas cognitivo-conductuales. Usualmente la psicología de la salud trabaja en técnicas de reducción del estrés, promoviendo técnicas de afrontamiento así como que los pacientes o familiares se involucren en grupos de soporte social.

En lo que se refiere a la investigación, los psicólogos de la salud se encuentran liderando la línea del modelo Biopsicosocial, promoción de la salud así como los efectos psicológicos, socioculturales, en numerosas enfermedades como diabetes, hipertensión y de trastornos del sueño.

La investigación en psicología de la salud examina las causas y el desarrollo de la enfermedad, métodos para ayudar a los individuos a desarrollar estilos de vida saludables, efectividad en el manejo de reducción de estrés, conexiones biopsicosociales, al sistema inmune, así como factores de recuperación, rehabilitación y ajuste psicosocial en pacientes con serios problemas de salud.

### **3.4. Actividades que desempeña el psicólogo de la salud.**

Nos centraremos básicamente en las funciones que debe cumplir un psicólogo de la salud, para lo cual Matarazzo <sup>8</sup>(1982) refiere que este se debe ocupar de:

---

<sup>8</sup> Ibid., p.35.



- La promoción y el mantenimiento de la salud
- La prevención y el tratamiento de la enfermedad
- La identificación de correlatos etiológicos y diagnósticos de la salud, la enfermedad y las funciones relacionadas.
- La mejora de los sistemas de asistencia sanitaria y la configuración de políticas sanitarias.

Y de acuerdo a Buela-Casal y Carboles, (1996) los objetivos prioritarios hacia lo que va a trabajar el psicólogo de la salud son los siguientes:

- Comprender y evaluar la interacción existente entre el estado de bienestar físico y los diferentes factores biológicos, psicológicos y sociales.
- Entender cómo las teorías, los principios y los métodos de investigación psicológica pueden aplicarse para potenciar los enfoques biomédicos en la promoción de la salud y el tratamiento de la enfermedad.
- Comprender la naturaleza de la respuesta de estrés y su importancia en la etiología y el proceso de adquisición de un gran número de problemas de salud.
- Entender cómo los métodos y las técnicas conductuales y cognitivas puedan ayudar a las personas afrontar y controlar al estrés.
- Desarrollar las habilidades que experimentan los pacientes al decidir buscar tratamiento para sus molestias y problemas.
- Entender las diferencias existentes por los pacientes en el ámbito hospitalario, así como los factores que afectan la adherencia a los tratamientos médicos y las fuentes de problemas en lo que a la relación médico-paciente se refiere.

De acuerdo a Matarazzo (1987) un psicólogo de la salud, primero tiene que ser psicólogo, y después especialista en salud. Psicología es el sustantivo que

identifica el sujeto y salud, el adjetivo que describe el cliente, el problema o el lugar en que la psicología es aplicada. Como todos los campos de la psicología, la psicología de la salud aporta sus propios conocimientos al cuerpo general de la psicología y aplica los principios de la psicología general a un área particular. Por lo tanto “la psicología de la salud hoy no es más que la aplicación del conocimiento acumulado de la ciencia y profesión de toda la psicología al área de la salud”.

Según Miller (1987), se puede esperar que los licenciados formados en psicología de la salud tengan por delante una carrera profesional de al menos 30 o 40 años. Dado que en este tiempo, lo más probable es que se produzcan cambios importantes y que resulta difícil anticipar que tipo de cambios se producirán, los estudiantes de psicología de la salud tendrán que estar preparados para continuar aprendiendo de su propia disciplina y de otras relacionadas en las próximas décadas. Para conseguirlo, Miller da en específico unos objetivos muy concretos.

1. Transmitir a los estudiantes confianza en el aprendizaje por sí mismos sin la presencia de un profesor
2. Que los estudiantes dominen la lectura y escritura en lengua inglés, así como conocimientos en matemáticas, biología, ciencias sociales y psicología a ser posibles aprendidos en relación con el ámbito de la salud.
3. Que los estudiantes tengan una comprensión global de cómo la ciencia se desarrolla y progresa.
4. Que aprendan a juzgar la calidad de una investigación con ejemplos de investigaciones en las que se cometieron errores.
5. Que tengan a su disposición artículos originales de la literatura que ilustren como una explicación comúnmente aceptada puede ser debatida.
6. Que conozcan y dispongan de estudios de caso que reflejan la correcta e incorrecta aplicación del conocimiento y técnicas psicológicas a casos prácticos.

7. Que los profesores intente individualizar al máximo la formación teniendo en cuenta las capacidades e intereses de los distintos alumnos.

Para resumir, la formación ideal del psicólogo de la salud, consiste en un nivel en el que el estudiante adquiere una buena base en psicología general y metodología de investigación complementada con algunos cursos o asignaturas especializados en psicología de la salud, en lo que los estudiantes tienen la oportunidad de aplicar los principios generales de la psicología a aspectos relacionados con el sistema de salud y de adquirir habilidades de evaluación e intervención en este tipo de problemas.

De igual manera, se recomiendan experiencias de “aprendizaje” o prácticas en las que los estudiantes puedan aplicar lo que han aprendido a problemas prácticos, lo cual puede llevarse a cabo a través de instituciones que presten servicios sanitarios con supervisión de otros psicólogos.

Se prevé que puedan existir dos itinerarios de formación distintos para los estudiantes interesados en ejercer su profesión como investigadores básicamente y los que están interesados en la clínica atendiendo pacientes. La experiencia de las prácticas tendría un contenido acorde con tales intereses.

Por otra parte, en cuanto a los contenidos que debería de tener la formación de un psicólogo de la salud, se incluyen los siguientes aspectos:

1. Ofrecer dos grandes opciones de formación: científica y profesional.

2. Las instituciones responsables de la formación deberían tener los suficientes recursos para asegurarse de que los estudiantes reciben una formación global no limitada a una única metodología ni orientación teórica.

3. Experiencias y contenidos que enfatizan el papel de diversas características, tanto en los profesionales como en los usuarios del sistema de salud.

4. Combinación de teoría y práctica incluida la participación en alguna investigación bajo la dirección de un supervisor.

5. Énfasis en la metodología de investigación, incluyendo métodos bioestadísticos, además de los habitualmente usados en psicología.

6. Instrucción en aspectos profesionales, éticos y legales

7. Entrenamiento en habilidades de evaluación e intervención.

Una formación óptima de futuros psicológicos de la salud debe incluir e integrar tanto aspectos que pueden resultar un poco más teóricos desde una primera aproximación como aspectos más aplicados que pueden dar buenos resultados en el aspecto profesional.

Para ello el psicólogo debe tener el conocimiento acerca de los principales problemas de salud y sobre todo de las diferentes técnicas terapéuticas. También se trata, dentro de estos aspectos más aplicados el psicólogo forme aptitudes que resultan necesarias e imprescindibles para el buen ejercicio profesional, entre las que cabe destacar las siguientes:

- Afán investigador y espíritu crítico: son de vital importancia los conocimientos que el estudiante adquiera en relación a Psicología de la Salud y la

motivación para seguir formándose y por investigar en el campo o área en que vaya especializándose con el tiempo.

- Empatía: constituye una de las actitudes clínicas básicas que se traduce en el interés y la capacidad de ponerse en el lugar del paciente o cliente, intentando colocarse en su mismo campo fenomenológico. La empatía se convierte en una actitud aconsejable, necesaria y ética no sólo cuando el psicólogo se enfrenta a los distintos tipos de paciente que pueden necesitar un apoyo psicológico.

- Flexibilidad: el fin último es evitar a toda costa la actuación automatizada del psicólogo como un mero aplicador rígido de “recetas”, al estilo de una máquina expendedora, en muchas ocasiones al psicólogo debe saber reajustar su estrategia en apenas unos segundos.

- Tolerancia: debería de ser una actitud de uso obligado para todo ciudadano, ya que su contraria, la intolerancia es una de las armas más peligrosas en la convivencia, de modo que la tolerancia se hace imprescindible

- Reconocimiento y aceptación de los propios límites: una de las más importantes es el reconocimiento y aceptación de los propios límites, dado que la psicología de la salud, por su objeto de trabajo puede enfrentar fácilmente a los profesionales a situaciones, como el tratamiento de personas con enfermedades infecciosas, de personas que se mueven dentro de un ambiente absolutamente marginal, o simplemente en el caso de los enfermos terminales, a los que por una diversidad de motivos, el profesional puede no sentirse capaz de ayudar con la mayor eficacia. Ante estas situaciones el psicólogo de la salud y en general, al psicólogo, le honro al reconocer sus limitaciones y saber derivar un determinado caso a otro colega.

### **3.5. El ejercicio profesional del psicólogo de la salud.**

Las cuatro actividades principales de las que se espera que los psicólogos de la salud se implique principalmente son: la investigación, la enseñanza, el asesoramiento a otros profesionales y la provisión de servicios directos a los pacientes. Los lugares donde probablemente encontrarán empleo son: las

facultades de Medicina, de Psicología, hospitales y clínicas, organizaciones de mantenimiento de la salud, centros asesores y práctica privada.

A nivel general y de modo introductorio, hay que decir que las funciones de los psicólogos de la salud vienen ya dadas en la propia definición de la disciplina, según la cual se ocuparían de:

- La investigación de los correlatos etiológicos de la salud y la enfermedad
- La prevención de la salud e de la enfermedad.
- La intervención psicológica en la enfermedad y la mejora de las políticas de la salud.

Por otra parte Tulkin (1987) clasifica los servicios prestados por los psicólogos de la salud que trabajaban en clínicas y hospitales en varias categorías:

1. Proporcionar alternativas al tratamiento farmacológico, como por ejemplo, el *biofeedback* como alternativa a los analgésicos para los pacientes con cefaleas.
2. Asistencia primara a los pacientes con enfermedades físicas que responden favorablemente a los tratamientos psicológicos, como por ejemplo, el dolor crónico.
3. Servicios relacionados con la psicología clínica tradicional.
4. Ayudar a los enfermos hospitalizados a afrontar probables y procedimientos médicos o a pacientes crónicos a adaptarse a su enfermedad.
5. Ayudar a incrementar la adherencia de los pacientes a sus tratamientos médicos.

## 2.8 Habilidades profesionales técnicas y de carácter social deseables en el psicólogo de la salud

Dentro de las habilidades profesionales aconsejables para el psicólogo de la salud, habría que distinguir entre las habilidades de tipo técnico necesarias para llevar a cabo algunas de las actividades asignadas a estos profesionales, y habilidades de tipo social, aconsejables teniendo en cuenta el contexto en que se desarrolla su trabajo.

Por lo que respecta a las habilidades técnicas, Tulkin (1987), en general, el psicólogo de la salud debería recibir formación en:

- Conocimientos médicos de trastornos específicos y del sistema sanitario.
- Conocimiento de psicología avanzada y de cuestiones relevantes de personalidad y psicopatología relacionadas con la salud.
- Conocimiento de acercamientos biopsicosociales a la evaluación y a la intervención.
- Experiencia real en la prestación de servicios sanitarios como parte de un equipo interdisciplinar.
- Comprensión de los métodos de investigación para una evaluación continua de la eficacia de los servicios prestados.

Respecto a las habilidades que serían más útiles para el psicólogo de la salud en el ejercicio de su profesión, Tulkin (1987) enfatiza:

- Técnicas de tratamiento breve
- Intervenciones cognitivo-conductuales
- Terapia de grupo
- Habilidades para intervención en crisis

- Conocimientos y habilidades para realizar evaluaciones comportamentales y neuropsicológicas.

Más recientemente Belar y Deardorff (1995) han destacado la enorme heterogeneidad de las actividades en evaluación, intervención y asesoramiento. Tanto es así que ningún psicólogo clínico de la salud es un experto en todas las áreas posibles de su profesión, debido a la diversidad y al volumen de información que engloba esta disciplina.

Los psicólogos de la salud utilizan todo el rango de técnicas diagnósticas y terapéuticas de que se dispone en Psicología Profesional. Sus orientaciones teóricas incluyen pero no se limitan a la psicodinámica, comportamental, sistemática, existencial y acercamientos derivados del aprendizaje social. Y sus áreas de competencia son las siguientes:

1. Terapias de relajación
2. Psicoterapia individual breve
3. Terapia de grupo
4. Terapia familiar
5. Habilidades de asesoramiento
6. Habilidades de coordinación
7. Evaluación de poblaciones específicas de los pacientes
8. Evaluación neuropsicológica
9. Técnicas de modificación de la conducta
10. *Biofeedback*
11. Hipnosis
12. Habilidades para la promoción de la salud



13. Habilidades para el desarrollo de grandes programas de tratamiento.
14. Habilidades para incrementar la motivación y la adherencia.

Por lo que respecta a las características personales que podrían hacerse cómplices del éxito profesional cabría destacar las de:

1. Tolerancia a la frustración: en general la práctica de la psicología de la salud es poco reforzante para el entusiasmo que se invierte en ella si se tiene en cuenta que el psicólogo debe introducirse en un ambiente en el que la figura del médico es dominante.

2. Aceptación de la dependencia: sobre todo en los primeros tiempos de interacción con el sistema sanitario, el psicólogo de la salud tendrá que asumir cierta dependencia de otras profesionales que llevan tiempo trabajando en el contexto sanitario.

3. Funcionamiento flexible: el psicólogo de la salud tiene que integrar diversos tipos de datos (biológicos, psicológicos y sociales) sin contar con una teoría unificada de la conducta que permita englobar todos esos datos.

4. Acostumbrarse a la enfermedad: debido al entorno en que se lleva a cabo su trabajo, el psicólogo de la salud debe acostumbrarse a convivir con pacientes de todo tipo, desde condiciones poco graves hasta situaciones terminales, procedimientos médicos aversivos.

5. Simpatía: es muy importante tanto por lo que respecta al *rapport* con los pacientes, como por la relación con otros profesionales que suelen ver a los psicólogos y psiquiatras como personas raras y excéntricas, que el psicólogo de la salud sea activo, asertivo, abierto, agradable, práctico, con sentido común, cooperativo, sensible, comunicativo y reforzante.

## **Capítulo 4**

### **SOBRE EL CONCEPTO DE AUTOESTIMA**

El término de autoestima está de moda. Sin embargo, es muy posible que su significado más profundo todavía no haya sido desvelado como merece, y eso con independencia de que sea un concepto de muy amplia circulación social en la actualidad. Cuando más frecuente es su uso en el lenguaje coloquial, mas parece que su auténtico significado es ignorado y pasa inadvertido a muchos, no deja de ser curioso que el uso generalizado de tal concepto, aunque venga empleándose en el ámbito de la psicología desde hace muchos años, solo se haya divulgado y hecho emblemático en las últimas décadas

El término de autoestima es la traducción del término en inglés *self-esteem* que inicialmente se introdujo en el ámbito de la psicología social y en el de la personalidad; denota la íntima valoración que una persona hace de sí misma. De ahí su estrecha vinculación con otros términos afines como el autoconcepto o la autoeficacia, en la apenas se ha logrado delimitar, con el rigor necesario, lo que cada uno de ellos pretende significar (Gonzales y Touron, 1992).<sup>9</sup>

Hasta cierto punto es natural que importe tanto la autoestima, puesto que atañe a la dignidad de la persona y hace referencia a la índole del yo. En cualquier caso, ¿Qué significado tiene su magnificación?, ¿Es que estamos acaso en una etapa cultural de acendrado individualismo y reafirmación del yo, ¿puede tal vez reducirse lo que la autoestima es y significa a solo la exaltación del yo?

La sociedad se ha vuelto demasiado acrítica respecto del significado inicial del concepto de autoestima, del que en la buena parte es deudora la aceptación actual, tal y como en la actualidad se emplea. El término autoestima es una larga historia y un breve pasado, ambos inscritos en el ámbito casi exclusivo de la psicología.

Nos encontramos ante un término un tanto ambiguo y complejo, la autoestimación no es otra cosa que la estimación de sí mismo, el modo en que la

---

<sup>9</sup> Polaino Aquilino, En busca de la autoestima, México, 2004, p. 17.

persona se ama a sí misma. ¿Por qué?, porque en cada persona hay centenares de cualidades y características 'positivas que son estimables, pero para estimarlas objetivamente y con justicia es necesariamente conocerlas previamente. De hecho si no se conocen es imposible que puedan ser estimadas, por eso no todas las personas se estiman de la misma manera.

Hay muchas personas que mas bien se desestiman, y por eso que no se conocen en modo suficiente, algo parecido puede afirmarse respecto del modo en que son estimadas por los demás. De ahí que la autoestima, a pesar de ser un valor socialmente en alza, no sea en verdad apreciada, la mayoría de las veces ni familiar ni institucionalmente.

Ahora bien, conocerse no es igual que estimarse, en realidad para designar la idea de conocerse, la psicología emplea otro término, el auto concepto que aunque relacionado con el autoestima, debería diferenciarse de ella con claridad.

William James<sup>10</sup> en su libro *The Principles of Psychology*, publicado por primera vez en 1890 ya hace mención de este término en el capítulo dedicado a la conciencia del yo. El autor hace allí consideraciones que todavía resultan de mayor alcance, pertenencia y relevancia que algunas de las reseñadas en ciertas publicaciones recientes.

James distingue por ejemplo entre tres tipos de autoestima: la material (vanidad personal, modestia, orgullo por la riqueza, temor a la pobreza, etc.), la social (orgullo social y familiar, vanagloria, afectación, humildad, vergüenza, etc.), y la espiritual (el sentido de la superioridad moral o mental, pureza, sentido de inferioridad o de culpa, etc.).

En su opinión la autoestima es un sentimiento que depende por completo de lo que nos propongamos ser y hacer, y que está determinado por la relación de nuestra realidad con nuestras supuestas potencialidades. De acuerdo con James,

---

<sup>10</sup> Ibid., p. 19.

la autoestima puede expresarse según su fracción en cuyo denominador están nuestras pretensiones y en cuyo numerador, los éxitos alcanzados:

$$\text{Autoestima} = \text{Éxito} / \text{Pretensiones}$$

Por consiguiente la autoestima puede aumentar o disminuir en función de los valores que se otorguen al numerador y al denominador. Cuando mayor sea el éxito esperado y no alcanzado más baja será la autoestima. Por el contrario cuanto menores sean las aspiraciones de las personas o mayores sean los éxitos lucrados, tanto mayor será la autoestima conseguida.

Este modo de entender la autoestima parece haber marcado de modo casi definitivo el significado de este término. En efecto, de acuerdo con la anterior definición, hoy se entiende la autoestima más como una autoestima-resultado que como una autoestima-principio.

De este modo, se hace depender la autoestima de los logros, metas y éxitos alcanzados, con independencia de las cualidades, peculiaridades y características que posee cada persona, y que la singularizan y caracterizan.

#### 4.1. Análisis de otras posibles definiciones según algunos autores

TAUSCH Y TAUSCH	Quienes hacen depender de la propia estimación el correcto funcionamiento de las capacidades psíquicas de niños y adultos, el desarrollo de sus respectivas personalidades, sus habilidades para la adaptación a la convivencia social y, en una palabra todas sus capacidades intelectuales, afectivas y sociales.
-----------------	---

WHITE	Sitúa sus raíces en la experiencia de la propia competencia y el sentimiento de la autoeficacia que se sigue. Pero ¿puede acaso establecerse muchas diferencias entre la eficacia y la consecución de los objetivos que se habían propuesto o el éxito?
MASLOW	La autoestima de sí mismo es una necesidad vital aunque confiriéndole un cuarto lugar en el inventario de las necesidades humanas. La autoestima es una necesidad del ego que exige ser satisfecha, aunque después de otras necesidades básicas como el sentimiento de seguridad o de la necesidad de asociación.
ROSEMBERG	Es una actitud positiva o negativa hacia un objetivo particular: él sí mismo
COOPERSMITH	Es la evaluación que hace el individuo que generalmente mantiene respecto de sí mismo y expresa una actitud de aprobación o desaprobación e indica el grado en que el individuo se considera capaz, importante, con éxito y valioso.

## **Capítulo 5**

### **METODOLOGÍA**

La presente investigación tiene como propósito analizar la relación de la Terapia artística con el mejoramiento de la autoestima del paciente con Trastorno Depresivo Mayor. La autoestima es un autoconcepto valor activo del ser humano que es nato. A partir de la aquí partiremos para desarrollar en el individuo el conjunto de sentimientos y afectos idóneos, que sean de ayuda para que el paciente se reincorpore a la sociedad.

La terapia artística permitirá al paciente con TDM adaptarse a sus necesidades, actividades, incrementando la adaptación a su nueva vida promoviendo el desarrollo.

A lo largo de los capítulos anteriores hemos descrito los síntomas del TDM así como la importancia de la Terapia Artística y los beneficios que traen en el paciente, todo esto llevara a la mejora en la sintomatología de dicho trastorno.

Por lo tanto partiremos de nuestra pregunta basé de investigación: ¿la terapia Artística favorece en la mejora de la autoestima en el paciente con Trastorno Depresivo Mayor?

La presente investigación corresponde a un estudio de caso en donde a lo largo de 30 días trabajaremos con 1 persona de sexo femenino que presenta TDM.

## 5.1. Programa de actividades de Terapia Artística.

El campo de estudio de la psicología clínica es muy amplio y dentro de este se encuentra un campo más específico que es el de la psicología comunitaria, que tiene como tarea introducir programas que ayuden a mejorar el funcionamiento individual, del grupo y del sistema social mediante procesos psicológicos que produzcan un cambio social. Sin embargo este campo de estudio sigue siendo amplio por tal razón existe un subconjunto de la psicología comunitaria, que es el de la salud mental comunitaria, que está enfocada a proporcionar servicios clínicos más directos a los consumidores, esto quiere decir, brindar atención a los problemas individuales.

Entre las actividades realizadas de la psicología comunitaria se encuentran: el desarrollo de programas para el cuidado posterior de los pacientes psiquiátricos que estuvieron hospitalizados con el fin de capacitarlos para vivir en la comunidad.

Dentro de la psicología comunitaria se distinguen tres tipos de prevención:

1. Prevención primaria: su labor está dirigida a reducir la incidencia de trastornos conductuales de todo tipo en una comunidad.
2. Prevención secundaria: este tipo de prevención está enfocada a reducir la duración de un gran número de casos que se presentan.
3. Prevención terciaria: esta se encarga de reducir las deficiencias resultantes de los diferentes trastornos mediante un programa activo de rehabilitación.

En este programa se dará más énfasis a la prevención terciaria, que su objetivo es la rehabilitación de los pacientes con trastornos mentales. La rehabilitación tiene como objetivo la reincorporación o reubicación del paciente hospitalizado a su medio social, este debe iniciarse desde que se establece un diagnóstico y se inicia el tratamiento.

Al realizar un programa de rehabilitación se tienen que tomar en cuenta varios aspectos:

- El contexto psicosocial en el que se desenvuelve el individuo
- El temperamento personal y las influencias ambientales
- Desarrollo de un medio adecuado en el que puedan desenvolverse los pacientes
- Capacidades y habilidades con las que cuenta el paciente

Una parte fundamental es emplear un grupo de actividades u ocupaciones para ayudar a los pacientes a emprender comportamientos más aceptables y auto

satisfactorios, papeles y técnicas de comunicación, todo esto dentro de un ambiente de refuerzo social.

El terapeuta debe:

- a) Valorar las capacidades y habilidades funcionales de cada paciente
- b) Evaluar el desempeño de cada paciente
- c) Explorar capacidades de comunicación entre los pacientes
- d) Identificar los tipos sociales que se puedan dar, así como relaciones ínter personales
- e) Aportar oportunidades para que el paciente pueda adaptarse a la situación social y lograr su independencia.

La terapia artística, surge por la necesidad de reincorporar a su medio al paciente brindándole la oportunidad de desarrollar habilidades para enfrentar las actividades de la vida diaria.

#### Metas

- ✓ La rehabilitación del paciente como parte fundamental del tratamiento permitiéndole que se readapte a la sociedad.
- ✓ Desarrollar habilidades sociales en el paciente
- ✓ Fortalecimiento de las relaciones sociales que le permitan integrarse de manera grupal
- ✓ Propiciar en el paciente el gusto por las actividades lúdicas
- ✓ Proporcionar actividades con fines terapéuticos
- ✓ Fomentar la expresión verbal del paciente
- ✓ Desarrollo de habilidades manuales para llevar a cabo una actividad.

#### Objetivo general

Proporcionar al paciente las habilidades necesarias para desenvolverse en las actividades de la vida cotidiana.

#### Objetivos específicos

#### Actividades manuales

- ❖ El paciente realizará actividades manuales (pintura, dibujo y modelado) que le permitan desarrollar sus habilidades psicomotoras finas y gruesas, así como estimular la creatividad, atención, concentración.
- ❖ El paciente participará en actividades que proporcionan y fomentan las relaciones interpersonales.



- ❖ El paciente será capaz de expresarse verbalmente a través de la aplicación de actividades artísticas.
- ❖ El paciente intervendrá en actividades lúdicas que le permitan expresarse de manera individual.

## **5.2. Procedimiento.**

Las actividades se eligen de acuerdo a las necesidades del paciente ya que en ocasiones es necesario poner más énfasis en la integración grupal y otras en estimular la creatividad.

De acuerdo a las capacidades del paciente se le proporciona cierto nivel de ayuda por parte de los terapeutas así como también es importante utilizar el reforzamiento social para estimular la participación del paciente, sobre todo con el que se sienta incapaz.

### Recursos humanos y materiales

#### Humanos

- Terapeutas (licenciados en psicología)

#### Materiales

- Se cuenta con material disponible para la realización de cada una de las actividades.
- Lápiz
- Goma
- Sacapuntas
- Arcilla
- Pintura de colores
- Pinceles
- Hojas de papel
- Cartoncillo
- Agua

## **Capítulo 6**

### **ESTUDIO DE CASO**

En el siguiente y último capítulo de esta investigación se describirán los hallazgos que hubo con la paciente que elegimos para que se pudiera comprobar el planteamiento inicial de este proyecto.

Se describirá y así mismo se mostrarán los aspectos más relevantes de la paciente que por razones de confidencialidad no indicaremos el nombre.

Así mismo se describirá y se presentará el estudio de caso de la paciente con la que elegimos trabajar dadas las condiciones que presentaba y cumplir con los criterios que según el DSM-IV (especificado en el capítulo II).

Por cuestiones de ética y confidencialidad se omitirá el nombre real de la paciente con la que se trabajó, sin embargo, a manera de documentar el trabajo realizado, presentamos fotografías de los trabajos realizados en la terapia artística para comprobar los efectos que se tienen para la mejora del autoestima.

Se indagaron los aspectos más relevantes y el factor que desencadenó el Trastorno Depresivo Mayor.

Como bien se abordó en el capítulo 2 del presente trabajo, el objetivo de la terapia artística no es dar una calificación ni interpretar el material aquí presentado, solamente se manera como testimonio del trabajo realizado en el estudio de caso.

## 6.1. Historia clínica.

### **Ficha de identificación**

**Nombre:** Esperanza

**Edad:** 21 años

**Ocupación:** Empleada

**Escolaridad:** Preparatoria Terminada

**Sexo:** Femenino

**Religión:** Católico

**Estado Civil:** Soltera

**Fecha y lugar de nacimiento:** 16/02/1992

**Motivo de presentación:** Interés clínico

**Fuente de información:** Directa (todos los datos fueron directamente proporcionadas por la paciente).

**Motivo de consulta:** “Ya no podía, era demasiado mi estrés, los problemas con mi pareja, los problemas en el trabajo, no quiero hacer nada, no me dan ganas de hacer nada, mi vida no tiene sentido, mi madre me abandono. Quiero seguir estudiando, formar una pareja pero las carencias familiares me han impedido hacer algo con mi vida (sic pac).

**Padecimiento actual:** Inicio en julio del 2011 cuando termina los estudios de preparatoria, el factor desencadenante fue cuando conoció a su ex pareja, ya que él era una persona casada. “Sabía a lo que me atenía cuando decidí iniciar una relación aun sabiendo que era casado”. (sic pac)

La paciente hace referencia a que durante el tiempo que duro la relación (2 años) solo sintió que era un objeto sexual ya que cada vez que llegaba a frecuentarse con esta persona terminaban realizando el acto sexual.

Ella misma se percibe como una persona sin autoestima, incapaz de realizar cosas así como también incapaz de generar un sentimiento hacia otra persona.

En el 2012 ingresa en el lugar en donde actualmente labora, indica que tampoco le satisfacen las acciones que realiza, labora en un *call center* de atención a clientes.

Un factor importante que hay que resaltar es el hecho de que hace un año se enteró que su madre al enterarse de que la estaba esperando, tuvo la idea de abortar, situación que hizo atentar a con su propia vida.

El factor desencadenante del TDM es haber sufrido un aborto hace aproximadamente un mes.

### **Antecedentes familiares**

Padre: no lo conoce

Madre; viva de 50 años, actualmente no tiene ningún contacto con ella ya que la abandono desde la edad de 5 años.

Tía materna: 31 años, vive con ella, dice no tener ninguna relación con la paciente.

Abuela materna: 70 años, a quien considera como su madre, se hizo cargo de ella cuando su madre la abandona.

Hermana: viva de 23 años, no tiene ninguna relación con ella más que en la cuestión económica.

## **Antecedentes personales**

La paciente hace mención que no sabe mucho sobre la cuestión de sus padres (como se conocieron, como inicio la relación, el abandono de su padre, etc).

Su madre la abandona cuando ella tenía aproximadamente 5 años, el motivo del abandono es porque inicia una relación con otra persona. La niñez transcurre de manera normal con su abuela a quien todo el tiempo menciona como su madre.

## **Infancia y adolescencia**

Hace mención que la infancia la vivió de manera normal, al ingresar a la primaria fue cuando se empezaba a preguntar sobre el abandono de su padre al ver a los compañeros de escuela que iban a los festivales escolares y juntas por fin de cursos, aunque nunca lo externo hacia su abuela.

La adolescencia la recuerda con normalidad, teniendo excelentes calificaciones y sobresaliendo en las actividades escolares.

## **Situación económica, académica y laboral**

Labora desde la edad de 19 años, ya que al no tener oportunidad de estudiar una carrera profesional decide ayudar económicamente con los gastos del hogar.

Académicamente menciona haber sido una alumna promedio, obtenía buena calificaciones, nunca se metía en problemas, con pocas amistades durante el transcurso de su vida académica. Niega haber sufrido bullying.

“Yo quería estudiar la uní pero mi situación económica influyo para que no hiciera nada, me siento frustrada por no terminarla” (sic pac).

Menciona sentirse a gusto más no del todo satisfactorio en el trabajo que actualmente tiene,

## Salud física

“No me siento a gusto con mi cuerpo, conmigo misma, me percibo gorda y fea” (sic pac).

Mujer que aparenta más edad de la que tiene, de complexión ancha, mide 1.65, pesa 100 kg, de tez morena, ojos color café, cabello rizado de color negro.

## Factores desencadenantes

<b>FACTOR ASOCIADO</b>	<b>DESCRIPCION</b>
<b>FAMILIA</b>	“Todo mundo quiere mandar sobre mí, me regañan, no tienen ningún derecho sobre mí, las peleas con mi mamá, con mi hermana, ya me tienen hasta la madre” (sic pac).
<b>PAREJA</b>	La pareja siendo casada tiene una hija, hecho que le causa molestia e indignación por darle preferencia más que a ella misma.
<b>AMISTADES</b>	Menciona tener una sola amiga, la conoció en el trabajo, dice tenerle mucha confianza.

<b>ESCUELA</b>	No indica
<b>TRABAJO</b>	Las relaciones
<b>SALUD FISICA</b>	“No estoy bien”. (sic pac)

**Síntomas que se toman en cuenta para diagnóstico TDM de la paciente en referencia**

1. Ansiedad
2. Trastornos del apetito
3. Humor deprimido
4. Anhedonia
5. Ansiedad
6. Tristeza
7. Ideas recurrentes de muerte
8. Autoestima baja
9. Despersonalización

**Soporte familiar, social, laboral, personal**

Es el principal soporte dentro de su hogar, ya que debido a que su abuela es una persona de la 3era. Edad prácticamente ella cuenta con todos los gastos. La abuela solo recibe un mínimo de su pensión.

**Autovaloración: carácter explosivo, no sabe controlar las emociones, llora con frecuencia.**

Se considera una persona con carácter fuerte, hace mención que a lo largo de su vida ha tenido problemas por decir las cosas de manera directa sin importarle lo que vaya a generar sobre la otra persona. Hecho que ha desencadenado que ella misma se perciba como una persona sin sentimientos que solo hiere y lastima a los demás.

**Sueños y fantasías más frecuentes:**

Su sueño más anhelado es convertirse en madre, ella misma declara que no le importa ser madre soltera, se considera una mujer muy autosuficiente para realizar ambos papeles (padre y madre). Para ella es como una obsesión embarazarse de su actual pareja, no importando los problemas que tenga y que no le corresponda de la manera en que quisiera.

**Satisfacción conyugal o de pareja: insatisfecha, aunque menciona tener “pareja”, le gusta tener actividad sexual constante, no importando con quien sea.**

Considera tener una vida sexual activa pero insatisfecha, aunque tiene “pareja” le gusta tener actividad sexual constante, no importando con quien sea.

**Actividades gratificantes que realiza:** ninguna, nada de lo que hace le satisface completamente.



## 6.2. Procedimientos

### Descripción a detalle de las actividades realizadas

Durante el primer día de actividades, el lugar de trabajo fue en la biblioteca pública José Vasconcelos, se le solicitó a la paciente acudir a las 16 pm.

La primera actividad a realizar fue el proceso de entrevista así como realizar un dibujo a lápiz (opción libre).

Las indicaciones que se le dieron fueron que plasmará un dibujo libre, en el cual expresará sus emociones, sentimientos que estaba sintiendo en ese momento.

El resultado fue el siguiente:



Así mismo se le solicitó a la paciente que en una hoja en blanco expresará cual había sido su sentir, que la llevo a dibujar lo que plasmo en el material y porque considera que una de estas actividades le puede ayudar. El resultado fue:

“Al momento de realizar el dibujo me sentí libre ya que el tema era libre, pensaba en que podría ser lo mejor para poder sacar lo mejor de mi, la verdad en esos momentos no se me ocurrió nada.”

“Después de realizar el dibujo y de platicar me sentí liberada, sentí que saque lo que en el momento tenía que platicar, desahogue mis penas.”

**“De esto espero poder tomar una decisión en realidad espero sentirme mejor conmigo mismo, espero poder estar tranquila con lo que soy y con lo que tengo y de igual manera estar bien con los demás”.**

Durante la segunda semana de trabajo, el objetivo de esta actividad era trabajar con otro tipo de materiales tales como la pintura y el papel ilustración, para que de esta manera por medio de los colores pudiera ser más expresivo.

En esta ocasión se trabajó en Ciudad Universitaria, el lugar de trabajo fue abierto ya que las actividades se realizaron en los patios centrales de la facultad de filosofía y letras aproximadamente a las 12 hrs.

Las indicaciones que se le dieron a la paciente fueron las mismas, que plasmara un dibujo texto libre de lo primero que viniera en mente, así mismo que pudiera expresar su manera de sentir, su manera de pensar. El resultado fue el siguiente:



Así mismo se le solicito a la paciente que redactara de igual forma como se había sentido durante la actividad y en que le puede beneficiar. Aquí el texto:

“El dibujo que realice representa el rompimiento con m ex pareja, al momento de terminar con él, mi mundo, mi entorno se tornó gris, sin sentido; en cambio por mi forma de ver para él no es lo mismo, él tiene un motivo para seguir, sin mí el mundo de él sigue igual.”

“Este acontecimiento actualmente me afecta ya que es reciente y marca mi presente.”

“Al momento de realizar el dibujo, plasme lo que sentía, sentí de nuevo la necesidad de regresar momentos antes vividos que se ya no regresarán.”

“Después de terminar el dibujo me sentí orgullosa de mi, tal vez no soy buena dibujando pero hice lo mejor que pude.”

“Me di cuenta que mi mundo es como lo plasme no se ve bien comparándolo con el mundo de mi pareja, me di cuenta que tengo que cambiar eso, que mi mundo lo hago yo.” (Sic pac)

En la 3era semana se le solicito a la paciente que en esta ocasión realizará la actividad en su casa (durante esa semana tuvo una discusión con su abuela) motivo por el cual de igual manera se le pidió expresara su sentir y su pensar.

Aquí el resultado:



El texto que escribió la paciente indica lo siguiente:

“El dibujo representa la llegada de mi sobrina, este fue un acontecimiento que llevo a cambiar mi vida y la vida de mi familia por completo.”

“Al inicio no estaba muy feliz, pero toda llegada de un nuevo miembro a la familia es una bendición. Cambio la actitud de mi mamá (abuela), hermana y mía.

“Al momento de realizar el dibujo me sentí bien, repetí la sensación de que, día, recordé como fue que era mi vida antes y como es ahora.”

“Después de que termine el dibujo me sentí aún mejor, me di cuenta que en la vida no son sólo momentos malos.” (Sic pac)

La última actividad a realizar fue el trabajo con barro, en esta ocasión el lugar de trabajo fue el CAPSIC dentro de la Universidad Salesiana, las instrucciones proporcionadas a la paciente de igual manera fueran las mismas solamente que a través del barro moldeará una figura (elección libre).

El resultado fue el siguiente:





Como en las actividades anteriores se le solicito a la paciente expresara por medio de un escrito cual había sido su sentir, su pensar y que le había generado realizar esta actividad, lo relatado por lo paciente lo describe de esta manera:

“Al momento de realizar y trabajar con barro se sintió bien, me relaje, jugué un momento, me sentí como una niña jugando con tierra.”

“La figura que hice fue un corazón, que fue y es la figura que mejor me sale y que más me gusta. Representa mi corazón, tal vez no está muy bien hecho pero es lo que más me llama la atención.”



“Mientras estaba realizando la figura, me sentí bien, me sentí relajada, pensaba en mí, al principio solo pensaba en mis problemas, en mi ex pareja, pero después solo estaba yo, solo era yo.”

“Cuando finalice la figura me sentí bien, me sentí orgullosa de haber hecho la actividad yo sola, me gusto el trabajo que realice.” (Sic pac).

## Capítulo 7 CONCLUSIONES

El principal problema y el mal que aqueja a nuestra paciente principalmente es la baja autoestima, y de acuerdo a los criterios para diagnosticar TDM es presentar estado de ánimo triste, el aumento de peso, los sentimientos y pensamientos de culpa y de inutilidad, así como los pensamientos o ideas recurrentes de muerte.

Por lo cual, el objetivo de estas actividades principalmente es hacer ver a la paciente cuáles son sus capacidades, que es capaz de demostrar y de realizar por ella misma sin ayuda de otras personas.

Así mismo estas actividades y basándonos en los relatos hechos por la paciente podemos determinar que son un ejercicio catártico, Aristóteles definió a la catarsis como un estado de purificación emocional, corporal, mental y espiritual.

Años más tarde Freud lo definiría como una expresión o remembranza de una emoción o recuerdo reprimido.

Así mismo el realizar estas actividades de aumentar la autoestima de la paciente, esto mediante procesos de introspección o *insight*, es decir, hacer ver en su persona que es capaz de realizar estas actividades sin ser una artista o tener una amplia experiencia en lo que se refiere a las actividades de dibujo (con lápiz y pintura) y modelado.

Mediante el *insight* se pudo dar cuenta la paciente de habilidades que desconocía tener en su persona, como de algo tan “simple” pudo hacer buenas cosas.

De igual manera sirvió como método de relajación, principalmente la última actividad que fue la de trabajar con barro.

Como se señaló al principio de esta investigación y uno de los fundamentos acerca de la terapia artística, no pretendemos analizar, calificar o interpretar los trabajos realizados, lo que se pretende es que sea un medio de expresión, un medio

en el cual el paciente descubra habilidades que desconocía tener, que haga catarsis y dentro de esta misma sea una manera de alivio.

El psicólogo clínico, tampoco necesita ser un experto como tal en el tema de arte, sin embargo, lo que se comprueba a través de esta investigación es que sea el ejecutor de técnicas y de utilizar terapia para contener lo que vaya resultando de las actividades que se realizan.

En cuanto a las ideas recurrentes de muerte que presentaba la paciente, mediante estas actividades desaparecieron, esto por medio de la relajación, eran actividades que le relajaban, y que hacían que la paciente se olvidase de lo acontecido en su vida.

El proyecto se basa en transformar lo ordinario en extraordinario, el paciente se dejó llevar por sus emociones y la creatividad natural, sin forzarla a nada.

La intención del proceso artístico-terapéutico se basa en la libertad de expresión sin tener ningún límite, cada instante creativo llama a otro, distinto e inesperado; no hay ninguna exigencia en cuanto al resultado.

Se trata de expresar los sentimientos, emociones mediante el lenguaje artístico, que fue principalmente las actividades que se realizaron con la paciente para que de esta manera se contribuyera de manera significativa a un bienestar, conocimiento y aceptación de la persona.

Estas actividades no solo pueden funcionar para momentos difíciles, si no que pueden ser funcionales para que la vida se transforme en colores.

## BIBLIOGRAFIA

- 1.-Bud Feder. Pelando la cebolla. Argentina, Obelisco, 2011.
- 2.- Darían Leader. La moda negra, España, Sexto piso, 2008.
- 3.- Alexander Lowen. La depresión y el cuerpo, Madrid, alianza editorial, 1984.
- 4.- Ramón de la Fuente. Psicología Médica, México, FCE, 1992.
- 5.- José Luis Ayuso, Jerónimo Saiz. Las depresiones, España, Importancia, 1981.
- 6.- Aguado Díaz A. (1995) Historia de las deficiencias, editorial Colección de Tesis y Praxis, Madrid.
- 7.-Alonso Fernández F. (1984) Psicopatología y Creatividad, Editorial Salamanca.
- 8.- Barroso Manuel (1987) Autoestima, Ecología o Catastrofe. Editorial Galac.
- 9.- Burton Robert. (2007) Anatomía de la Melancolía, Editorial Alianza S.A.
- 10.-Calderon N. Guillermo. (1985) Depresión, Causas, Manifestaciones y Tratamiento. Editorial Trillas, México.
- 11.-Dominguez García, (1991) Sobre la Melancolía de Hipócrates, revista de investigación clínica, Vol. 3.
- 12.- Dorh Friednich, (1977) Diccionario de Psicología, Editorial Barcelona.
- 13.- Englis H.B. y CH. Englis. (1977) Diccionario de Psicología y Psicoanálisis.
- 14.- Durante P. Noya B. (1977) Diccionario de Psicología y Psicoanálisis. Editorial Paidós, Buenos Aires.
- 15.- Founcault Michael. (1967) Historia de la locura de la época clásica. Editorial FCE. Tomos I Y II, México.

- 16.- Griest H Jonh. (1986) Tratamiento de los trastornos mentales. Editorial Manual Moderno. México.
- 17.- Hughes, P y Mullins, L. (1990) Manual de terapia ocupacional en Psiquiatría, Editorial Limusa, México.
- 18.-Jackson, Stanley W. (1989) Historia de la melancolía y la depresión. Editorial Turner, Madrid.
- 19.-Kaplan, H. (1987) Compendio de Psiquiatría, Editorial Salvat, México.
- 20.- Krueger, D.W. (1998) psicología de la rehabilitación, Editorial Herder, Barcelona.
- 21.- Laín Estralgo, Pedro (2006) Historia de la medicina, Editorial Masón, Barcelona.
- 22.- Lucia Tamayo Martinez. (2007) Terapia Recreativa y Ocupacional en el paciente hospitalizado, Tesis, Facultad de Enfermería, Universidad de Guanajuato.
- 23.- Macdonald E. M. (1979) Terapia ocupacional en rehabilitación, Editorial Salvat Barcelona.
- 24.- De Grazia, Sebastian (1966), *Tiempo, trabajo e ocio*. Tecnos, Madrid.
- 25.- Idem (2008), El ocio entendido desde la teoría del desarrollo a escala humana: Buscando experiencias de aprendizajes para la transformación social.
- 26.- Munné, Frederic (1980), *Psicosociología del tiempo libre: Un enfoque crítico*. Trilhas, México.
27. - Allen, P. (1995) Art is a way of knowing. Boston: Shambhala.
- 28.-Belloch, A & Sandin, S. (1998) Manual de Psicopatología. Madrid: McGraw Hill
- 29.-Liebmann, M. Arts Approaches to Conflict (1996) Great Britain: Athenaeum Press.
- 30.-May, R. (1975) The courage to create. New York: Norton

- 31.-Rubin, J. (1987) Approaches to Art Therapy: Theory and Technique New York: Brunner Mazel.
32. - Waller, D. (1998) Towards a European Art Therapy. Great Britain: Edmunds Bury.
33. - Fanning, P. (1998) Visualization for change. New Harbinger Publication. New York.
34. - Houston, J. (1992) The possible human. Putnams. New York.
35. - Kreidler, W. (1995) Creative conflict resolution. Scott & Company. London.
36. - Rubin, E. (1987) Approaches to art therapy. Brunner & Mazel. New York.
37. - Clemes, Harris & Bean, Reynold; Cómo desarrollar la autoestima en los niños. Editorial Debate, 1998.
- 38.- Davis, Flora; El lenguaje de Los Gestos. Editorial Paidós, 1987.
- 39.- Mckay, Matthew & Fanning, Patrick; Autoestima: Evaluación y Mejora, Editorial Martínez, Roca, 1991.
40. - Coopersmith, S; The antecedents of Self-Esteem. W. H. Freeman and Co., 1967.
- 41.- García O. Verónica, D'Anna Guillermina, Pedreza Laura y Scutti, Pamela, Autoestima, 1998.
42. Oblitas, Luis A., Psicología de la salud y calidad de vida, Editorial Thomson, 2004.
- 43.-Stevens O. John O, El Darse Cuenta, Editorial Cuatro Vientos, 1988.
- 44.- Pauchard Hafemann, Héctor y Pauchard Cortés, Paulina, Reglas para mantener y mejorar la Salud Mental, 1985.
- 45.-Kotliarenco, M; Cáceres, Alvarez, C; Resiliencia: Construyendo en Adversidad, CEANIM, 1999.
- 46.- Dyer, Wayne W, El Cielo es el Límite, Editorial Grijalbo, 1998.
- 47.-Fuentes, María Eugenia & Lobos, Lucía, Adolescente Embarazada: Programa de Apoyo Emocional, Editorial Universitaria (1995).

- 48.- Horney, Karen, La Personalidad neurótica de nuestros tiempos, Editorial Paidós, 1984.
- 49.-Ribeiro Lair, Aumente su Autoestima, Editorial Urano, 1997.
- 50.-Branden, Nataniel, Honoring The Self. The Psychology of Confidence and Respect, Bantam Books, 1993.
- 51.- Battle, Sylvie, Arte-Terapia, Ediciones Obelisco, 2009.
- 52.- Morales Calatayud, La psicología y los servicios de la salud, Publicaciones CBC, Argentina, 1997.
- 53.- COMITÉ PARA LA PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO DE LAS DEPRESIONES (PTD. ESPAÑA). Diagnóstico Precoz y Tratamiento de las Depresiones.
- 54.-Manual Guía para el médico práctico. Barcelona 1992. - HALL J N. EVALUACIÓN COMPORTAMENTAL Y OBSERVACIONAL. En: Gelder M, López Ibor JJ, Andreasen N(eds) New Oxford Textbook of Psychiatry (versión española). Barcelona: Psiquiatría Editores S. L. 2003.
- 55.- LÓPEZ IBOR J.J. 1952. La Angustia Vital. Paz Montalvo, Madrid.
- 56- LÓPEZ IBOR J.J. 1966. Las Neurosis como enfermedades del ánimo. Gredos, Madrid.
- 57.-LÓPEZ IBOR ALIÑO J.J. ¿Por qué se enmascaran las depresiones? Actas Luso-españolas de Neurología, Psiquiatría y Ciencias Afines 8, 1, 75-82, 1980
- 58.- LÓPEZ IBOR ALIÑO J.J. El enmascaramiento y desenmascaramiento de la depresión. Revista Clínica Española. Vol. 197, Monográfico 3: 10-18. Nov. 1997.
- 59.- MURRAY CJL ET AL. THE GLOBAL BURDEN OF DISEASE 2000 PROJECT: aims, methods and data sources. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2001.
- 60.- NATIONAL INSTITUTE OF MENTAL HEALTH. Depression. Washington. 2004
- 61.-THASE ME, HOWLAND RH AND FRIEDMAN ES. "Treating Antidepressant

Nonresponders With Augmentation Strategies: An Overview” en J Clin Psychiatry” 1998;59 (suppl 5).

62.-The conference established a Mental Health Declaration for Europe and a Mental Health Action Plan for Europe, both for the WHO European Region.

63.- U.S. DEPARTMENT OF HEALTH & HUMAN SERVICES NATIONAL INSTITUTES OF HEALTH. Depression. Publication no. 07-3561 revised 2007.

64.- VALLEJO J. CRESPO JM. Afrontar la depresión.

Ediciones Médicas J&C. Barcelona 1999.

65.- Clemes, Harris & Bean, Reynold; "Cómo desarrollar la autoestima en los niños". Editorial Debate, 1998.

66.- Davis, Flora; "El lenguaje de Los Gestos". Editorial Paidós, 1987.

67.- Mckay, Matthew & Fanning, Patrick; "Autoestima: Evaluación y Mejora". Editorial Martínez Roca, 1991.

68.- Coopersmith, S; "The antecedents of Self-Esteem". W. H. Freeman and Co., 1967.

69.- García O. Verónica, D´Anna Guillermina, Pedreza Laura & Scutti, Pamela;"Autoestima".

70.- Oblitas, L. (2006). Psicología de la salud y enfermedades crónicas. Bogotá: PSICOM

71.- Stevens O. John O; "El Darse Cuenta". Editorial Cuatro Vientos, 1988.

72.- Pauchard Hafemann, Héctor & Pauchard Cortés, Paulina; "Reglas para mantener y mejorar la Salud Mental".

73.- Kotliarenco, M; Cáceres, I & Alvarez, C; "Resiliencia: Construyendo en Adversidad". CEANIM, 1999.

74 Dyer, Wayne W.; "El Cielo es el Límite". Editorial Grijalbo, 1998.

75.-Fuentes, María Eugenia & Lobos, Lucía; "Adolescente Embarazada, Programa de Apoyo Emocional". Editorial Universitaria (1995).

76.- Horney, Karen; "La Personalidad neurótica de nuestros tiempos". Editorial Paidós, 1984.

77.- Ribeiro, Lair; "Aumente su Autoestima". Editorial Urano, 1997.



78.- Branden, Nataniel; "Honoring The Self. The Psychology of Confidence and Respect. Bantam Books, 1993.

79.- Heman, A. y Oblitas, L. (2005). Terapia cognitivo conductual. La contribución Iberoamericana. Bogotá: PSICOM

80.-Oblitas, L. (2007). Enciclopedia de psicología de la salud. Bogotá: PSICOM

81.-Oblitas, L. (2006). Psicología de la salud. 2da. ed. México: Plaza y Valdes

82.-Oblitas, L. (2006). Psicología de la salud y calidad de vida. 2da. México: Thomson.