

DECLARACIÓN y AUTORIZACIÓN

Yo: **JOSELYN ELIANI ARMAS CÁRDENAS**, con CC. 172131656-8, autora del trabajo de graduación intitulado: **“LA EFICACIA DE LOS GRUPOS DE APOYO PARA EL AFRONTAMIENTO DE LA DEPRESIÓN”**. Estudio realizado en el grupo de ayuda **“RENACER”**, conformado por padres que enfrentan la muerte de sus hijos, ubicado en la ciudad de Quito, en el periodo comprendido entre marzo y septiembre de 2017, previa a la obtención del título profesional de **PSICÓLOGA CLÍNICA**, en la Facultad de **Psicología**.

1.- Declaro tener pleno conocimiento de la obligación que tiene la Pontificia Universidad Católica del Ecuador, de conformidad con el artículo 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior, de entregar a la SENESCYT en formato digital una copia del referido trabajo de graduación para que sea integrado al Sistema Nacional de Información de la Educación Superior del Ecuador para su difusión pública respetando los derechos de autor.

2.- Autorizo a la Pontificia Universidad Católica del Ecuador a difundir a través de sitio web de la Biblioteca de la PUCE, el referido trabajo de graduación, respetando las políticas de propiedad intelectual de Universidad.

Quito, enero 2018



JOSELYN ELIANI ARMAS CÁRDENAS
CC. 172131656-8

PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR
FACULTAD DE PSICOLOGÍA

DISERTACION PREVIA A LA OBTENCION DEL TÍTULO DE
PSICÓLOGA CLÍNICA

LA EFICACIA DE LOS GRUPOS DE APOYO PARA EL
AFRONTAMIENTO DE LA DEPRESIÓN

ESTUDIO REALIZADO EN EL GRUPO DE AYUDA “RENACER”,
CONFORMADO POR PADRES QUE ENFRENTAN LA MUERTE DE SUS
HIJOS, UBICADO EN LA CIUDAD DE QUITO, EN EL PERIODO
COMPRENDIDO ENTRE MARZO Y SEPTIEMBRE DE 2017

JOSELYN ELIANI ARMAS CÁRDENAS

DIRECTOR/A: SASKIA CALAHORRANO

D.M. QUITO, 2017

DEDICATORIA

A Dios, quien supo guiarme por el buen camino con amor, y así culminar este esfuerzo académico.

A mis padres Galo Armas y Martha Cárdenas, quienes me encaminaron con amor y disciplina a ser una mujer fuerte, que puede lograr cada uno de los retos que me propuse en la vida.

A Susana Armas, quien me enseñó que las mujeres podemos lograrlo todo, a pesar de que la familia no siempre está cerca.

A mis hermanos, quienes fueron mi motivación a lo largo de mi carrera y que pasar de la distancia supieron brindarme todo su amor.

A Mauricio Vicencio, mi amado compañero de vida, quien con paciencia, amor y cariño supo motivarme en cada momento, a pesar de que muchos días no fueron fáciles, tu supiste acompañarme.

AGRADECIMIENTO

A la Msc. Saskia Calahorano, por su confianza en la dirección y tutoría de la presente disertación, en la cual supo compartir sus conocimientos y saberes para su adecuada elaboración. Asimismo, por ser simultáneamente un apoyo incondicional en todo momento.

Al Dr. Lucio Balarezo, por ser el emprendedor del Modelo Integrativo Focalizado en la Personalidad en el campo de la psicoterapia. Y quien además, encamina e inspira a los nuevos estudiantes de psicología clínica, para el desarrollo de nuevas ideas hacia la evolución de la carrera en nuestro país.

A todos mis docentes, quienes me establecieron su academia en esta etapa de pregrado, colocando en mí, una formación adecuada en el área de la salud mental.

Al Grupo Renacer Quito Norte y en especial al coordinador del grupo el Sr. Jorge Chiriboga, quienes con su colaboración y apertura, han permitido un desarrollo factible de la presente disertación.

A la familia Vicencio de la Cadena, familia Ávila Sánchez y familia Jaramillo Egas, por ser mis segundas familias, quienes me proveyeron de un amor y un apoyo infinito a lo largo de esta carrera, como lo harían a una hija. Cabe destacar, que todas estas familias siempre se encuentran alentándome a superar cada proyecto que me propongo. Les agradezco infinitamente por su confianza brindada.

TABLA DE CONTENIDOS

DEDICATORIA.....	I
AGRADECIMIENTO.....	II
TABLA DE CONTENIDOS.....	III
RESUMEN.....	VII
INTRODUCCIÓN.....	VIII
CAPÍTULO I: GRUPO DE APOYO RENACER.....	1
1.1 Trabajo Grupal.....	1
1.1.1 Grupos de Apoyo.....	5
1.3 El Grupo de Apoyo Renacer.....	7
1.3.1 Formación del Grupo Renacer:.....	7
1.3.2 Viktor Frankl y la Logoterapia.....	8
1.3.3 Ideología de Renacer.....	10
1.3.4 Grupo Renacer Ecuador.....	12
CAPITULO II: LA DEPRESIÓN EN PADRES QUE ENFRENTAN LA MUERTE DE UN HIJO.....	17
2.1 La depresión en padres que enfrentan la muerte de un hijo.....	18
2.1.1 Ser padres.....	18
2.1.2 La pérdida de un hijo.....	19
2.1.3 La depresión por pérdidas.....	21
2.2 Comportamiento y cognición de personas en estado depresivo.....	21
2.2.1 Depresión DSM-5.....	22
2.2.2 Proceso depresivo en padres que han perdido un hijo.....	28
2.3 El proceso de adaptación de los padres por la muerte un hijo.....	28
2.3.1 El sentido de la vida.....	33
CAPÍTULO III: EVALUACIÓN DEL GRUPO DE APOYO RENACER.....	35
3.1 Modelo Integrativo focalizado en la Personalidad.....	35
3.1.1 Lo integrativo.....	35
3.1.2 El humanismo.....	36
3.1.3 Constructivismo Moderado.....	36
3.1.4 Personalidad.....	37
3.2 Procedimiento y análisis de datos.....	43
3.2.1 Resultados obtenidos para valorar la eficacia del Grupo Renacer en el afrontamiento de la depresión.....	44

3.2.2	Propuesta del plan de intervención grupal desde la visión del Modelo de Psicoterapia Integrativa focalizada en la Personalidad.....	59
3.4	Conclusiones y recomendaciones.	63
3.4.1	Conclusiones.....	63
3.4.2	Recomendaciones	64
	Bibliografía.....	65
	ANEXOS	1

Tablas

Tabla 1 Diferencias entre los Grupos de Apoyo y los Grupos Psicoterapéuticos.	6
Tabla 2 Criterios diagnósticos del trastorno de depresión mayor	22
Tabla 3 Criterios diagnósticos del trastorno depresivo persistente (distimia).....	24
Tabla 4 Criterios diagnósticos de otros trastornos depresivos especificados	26
Tabla 5 Especificadores para trastornos depresivos	27
Tabla 6 Rasgos de personalidades con predominio afectivo	39
Tabla 7 Rasgos de personalidades con predominio cognitivo.....	39
Tabla 8 Personalidades con predominio comportamental	40
Tabla 9 Personalidades con predominio de déficit relacional	41
Tabla 10 Relación de las muestras preintervención y posintervención.....	46

Gráficos

Gráfico 1 Total participantes	44
Gráfico 2 Resultados del Inventario de Depresión de Beck preintervención y posintervención.....	45
Gráfico 3 Resultados de la Tipología de Personalidad.....	49
Gráfico 4 Resultados del Cuestionario de Personalidad SEAPSI.....	49
Gráfico 5 Estado civil de los participantes	52
Gráfico 6 Estado laboral de los participantes	53
Gráfico 7 Forma de la muerte del hijo.....	53
Gráfico 8 Tiempo en meses de la pérdida del hijo	54
Gráfico 9 Calificación de los participantes al Grupo Renacer	54
Gráfico 10 ¿Cree que el Grupo Renacer es eficaz para el afrontamiento de la depresión?	55
Gráfico 11 ¿Cree que el Grupo Renacer le ha ayudado en su proceso de adaptación por la muerte de su hijo?.....	55
Gráfico 12 Respuesta: ¿Cree que el Grupo Renacer es el único medio para afrontar el proceso de adaptación por la muerte de un hijo?	56
Gráfico 13 Respuesta: ¿Qué otros medios pueden ser eficaces para el proceso de adaptación por la muerte de un hijo?.....	57

RESUMEN

La presente disertación realiza un estudio teórico práctico sobre la eficacia de los grupos de apoyo para el afrontamiento de la depresión, a partir de un estudio realizado a padres que enfrentan la muerte de un hijo, para lo que se trabajó con los miembros del Grupo de Apoyo Renacer Quito Norte.

En primera instancia, se describió la formación del trabajo grupal, los grupos de apoyo y al Grupo Renacer, sus fundamentos, su aplicación en el Ecuador y su estructura.

Por consiguiente, se puntualizó y conceptualizó el proceso depresivo de los padres que enfrentan la muerte de un hijo, su comportamiento y cognición a partir del DSM-5 y su proceso de adaptación.

Para evaluar de la eficacia en términos de beneficio, del Grupo Renacer Quito Norte, en relación al afrontamiento de la depresión, se aplicó el inventario de depresión de Beck, el cuestionario de personalidad SEAPsI y una encuesta enfocada en la identificación del estado laboral y social de las personas que pertenecen al grupo.

Finalmente, se entabló la discusión y valoración sobre la eficacia entendida en términos de beneficio para el afrontamiento de la depresión.

INTRODUCCIÓN

El interés que impulsó el desarrollo de la presente disertación, fue la identificación de la eficacia, entendida en términos de beneficio para miembros de los grupos de apoyo en el afrontamiento de la depresión, como una alternativa de apoyo al trabajo psicoterapéutico, donde la eficacia se valorará mediante comparación de la preintervención y la posintervención del Grupo de Apoyo Renacer en padres que enfrentan depresión por la muerte de un hijo. Asimismo, se identificará que, a pesar de que los grupos de apoyo sostienen el proceso de adaptación por la muerte de un hijo, qué tan beneficioso será para las personas que se encuentran en un proceso depresivo, ya que este es un trastorno afectivo típico en estas crisis de vida, la visión del Modelo Integrativo focalizado en la Personalidad, aportará con una propuesta de asesoramiento para fortalecer la eficacia en el trabajo grupal.

El objetivo general de la investigación es la evaluación de la eficacia del grupo de apoyo para el afrontamiento de la depresión en padres que enfrentan la muerte de un hijo. Sus objetivos específicos son: descripción de los grupos de apoyo, análisis del proceso de depresión en padres que enfrentan la muerte de un hijo y evaluación al Grupo Renacer Quito Norte para identificar el estado anímico de los miembros y valorar la eficacia (beneficio).

Finalmente, la hipótesis de la presente disertación es “El Grupo de Apoyo Renacer Quito Norte es eficaz para el afrontamiento de la depresión en padres que afrontan la muerte de un hijo”.

CAPÍTULO I: GRUPO DE APOYO RENACER

1.1 Trabajo Grupal

Según el diccionario de la American Psychological Association (2010), la definición de grupo es: “(...) dos o más individuos interdependientes que influyen uno en el otro a través de interacciones sociales que por lo común incluyen estructuras que involucran roles y normas en grado de cohesión y metas compartidas” (p. 234). Estas formaciones siempre tendrán un propósito y características en común, las cuales las llevan a una cohesión.

Para Slavons (1953), “grupo es la reunión de tres o más personas, en relación libre, cara a cara, sujeta a un liderazgo con una meta en común y que, en relación con ella, genera una relación dinámica recíproca entre sus miembros” (Díaz, 2000, p. 24). Además menciona que existen componentes emocionales que se derivan:

- Vinculo de los miembros con el líder
- Red de interacción recíproca entre los miembros
- Relaciones de cada uno de los integrantes con las relaciones de otros miembros

Según Balarezo (2016): “un grupo consiste en dos o más personas que comparten normas con respecto a ciertas cosas y cuyos roles sociales están estrechamente intervenculadas” (p. 221), donde la consecuencia de esta formación permite que los miembros interactúen e influyan uno sobre otro.

Díaz (2000) existen elementos característicos del grupo y son:

- Interacción dinámica entre miembros: la cual solo existe cuando hay cierta comunidad de interés y percepciones entre los participantes.
- Meta común: la cual se exponen temas que despierta tendencia de conformidad hacia los miembros
- Relación entre tamaño y función: para el establecimiento de relaciones interpersonales, no personales.
- Conciencia común: un propósito en común

- Volición
- Capacidad de autodirección: reconocimiento de los límites del grupo y valoración individual de cada miembro por su contribución al grupo

Además, Yalom (como se citó en Sanz, 2014), menciona que este tipo de trabajo grupal presenta una serie de propiedades que no comparten otras psicoterapias, y son:

- Infundir esperanza: ya que la mejoría de otros miembros ayuda a mantener esperanza a la superación.
- Universalidad: con testimonio de otros, los miembros se vuelven más conscientes de que no son los únicos que sufren.
- Información participativa: es importante informar sobre lo que están pasando los miembros. Además, los consejos que pueden proceder del coordinador o de otros pacientes, pueden ser útiles.
- Altruismo: entre miembros se ayudan, la experiencia puede ser muy enriquecedora y además de aumentar la autoestima que permite salir de la autoflagelación.
- Recapitulación del grupo familiar primario: los miembros pueden interactuar con otros miembros como lo hacían desde siempre con su familiar.
- Socialización: el desarrollo de habilidades sociales básicas es el objetivo específico de algunos formatos grupales, que por lo general aparece y es enriquecedora.
- Catarsis: para los miembros es importante no solo compartir emociones, sino la aceptación por el resto del grupo.
- El grupo permite a los miembros enfrentarse a factores existenciales como afrontar la soledad, asumir responsabilidades, como las enfermedades o la muerte.
- Cohesión: es fundamental hacer una selección de los miembros que lo van a componer.
- El aprendizaje personal: los grupos permiten desarrollar patrones de relación más saludables por medio de la interacción con otros.

Para autores como Balarezo (2016), Díaz (2000) y Sanz (2014) los grupos, se encasillan de acuerdo a categorías y las variables empleadas. Para efectos terapéuticos se clasifican de la siguiente manera:

- Grupo Primario. - Con una interacción cara a cara, en el que su tamaño está entre 2 a 12 personas con relaciones emocionales intensas, donde la conciencia de relación común es sentida. Se encargan de ofrecer entretenimiento, sostén emocional y oportunidad para lograr intimidad y respuesta emocional.
- Grupo Secundario. Las relaciones de los miembros son más frías, impersonales, formales y la vinculación con sus miembros se da por medio de una comunicación indirecta e intermitente. Este grupo se enfoca como un medio para alcanzar fines específicos.
- Endogrupo.- El individuo en el grupo se identifica en relación a la conciencia de pertenencia y determina las actitudes subjetivas.
- Exogrupo.- El individuo no se identifica en el grupo, mantenido el uso de expresiones que denotan antagonismo, prejuicio, odio o apatía.
- Grupo Social. - Caracterizado por tener una meta, estructura formal, existencia de normas, heterogeneidad y menor voluntad en la incorporación.
- Grupos espontáneos.- Proviene de proyectos particulares.
- Grupos cerrados.- Son aquellos que inician con un número determinado de miembros y no aceptan nuevos miembros a lo largo del proceso, a no ser que ocurra abandonos suficientes que amenacen con la continuidad del trabajo grupal. Además, estos grupos suelen formularse con un número predeterminado de sesiones.
- Grupos abiertos.- Son de duración indefinida y funcionan como una entidad con vida propia, en el cual los pacientes finalizan el proceso cuando consiguen cumplir sus objetivos y mejorar.

El proceso grupal está conformado por aquellas acciones que utiliza el grupo para reintegrar y conservar su identidad, además de los efectos de las interacciones que ejercen sobre los individuos que lo forman. El proceso se describe como: continuo, dinámico y con dirección, ya que abarca secuencia, la cual produce experiencias y actividades, con proporción de métodos. Balarezo (2016), además asevera que existen modalidades conceptuales relacionadas con la dinámica grupal:

- Las fuerzas que interactúan grupalmente, se organizan para alcanzar sus objetivos.
- Los procesos que utilizan los grupos alientan la resolución de problemas.
- Las técnicas como, la representación de roles, los comentarios, la observación, la retroalimentación del proceso grupal y la decisión colectiva, son utilizadas en programas de capacitación para la mejora de las relaciones humanas.
- El campo de investigación se enfoca en adquirir conocimientos relativos a la naturaleza de los grupos, las normas de desarrollo y sus interrelaciones.

Las fuerzas que actúan sobre los grupos, los efectos individuales y el comportamiento grupal son: la dinámica interna y la dinámica externa. Por un lado, la dinámica interna trata cómo los individuos llevan a los grupos características propias de su personalidad, afectando de manera relativa, pero en la integración se evocan fuerzas originadas en el individuo que solamente se da gracias a esa interacción con los demás miembros. Estas fuerzas son: la atmosfera, como estado anímico que se dirige al grupo, considerándolo como un todo; el código, que es aquel conjunto de normas de interacción interna; el control social, el cual expone las formas de vigilancia y sanción dentro del grupo; el padrón o registro, que se da para la admisión en el grupo; la identidad, la cual es el lazo que une al grupo, el nosotros y la lealtad; la posición, la cual da el estado concerniente de cada individuo en el grupo; el liderazgo, que es la influencia realizada por uno o varios miembros sobre el comportamiento de un individuo o del grupo en relación con un objeto; y la comunicación, la cual constituye la capacidad de transmitir ideas, sentimientos, opiniones o juicios entre individuos o grupos. Por otro lado, la dinámica externa es el resultado de la influencia efectuada por la comunidad sobre los integrantes del grupo. Dichas fuerzas pueden ser restrictivas, donde inhiben, reprimen y dificultan la expresión y el trabajo; y pueden ser expansivas, las cuales facilitan, dinamizan o incitan el proceso grupal (Balarezo, 2016).

Díaz (2000, p. 28), menciona que “la dinámica implica las causas latentes de la interacción entre miembros individuales del grupo, que producen y conforman el comportamiento grupal”. Lo que manifiesta fenómenos conductuales. Yalom (1995), considera que el conocimiento de las dinámicas de los grupos permitirá aumentar el deseo de agruparse. Donde la pertenencia al grupo y la participación producirán una satisfacción de los objetivos propuestos a ejecutar en el grupo.

Los grupos mantienen etapas las cuales se dan en torno a la evolución de la satisfacción de la demanda. Yalom (como se citó en Sanz, 2014) describe las fases por la que pasan los grupos:

- Fase inicial: se da cambios de tipo social que favorece a la cohesión y busca la aceptación de los demás en el grupo.
- Fase intermedia: conflictos de poder. En ese momento el guía, moderador o coordinador del grupo debe evitar que se vuelque la hostilidad. Asimismo el coordinador del grupo es cuestionado. Superado este periodo, es común que los miembros se cohesionen y empiecen a aflorar las revelaciones.
- Fase avanzada: se reconocen los factores terapéuticos, los fenómenos defensivos y transferenciales. En esta fase se pueden dar abandonos o incorporaciones, por lo que el coordinador prepara al grupo para estos sucesos.
- Fase final: en este periodo se pueden agravar los síntomas por acercarse el final, y dificultades por partes del coordinador para dar fin.

1.1.1 Grupos de Apoyo

La APA (2010), describe a los grupos de apoyo como aquellos que se caracterizan en cuanto a que los miembros comparten una problemática y se reúnen para prestar ayuda, consuelo y orientación, y son caracterizados por su liderazgo.

Además de mantener una misma o similar problemática, el objetivo principal es darse apoyo, informarse, aumentar la autoestima y guiarse, se fomenta un cambio en el estilo de vida, así como en el crecimiento personal y capacidad de asumir sus responsabilidades. El hecho de compartir vivencias, conflictos y dificultades con otros que mantienen características similares, lo que lo vuelve un tratamiento coadyuvante. (Sanz, 2014)

1.2.1 Grupos de apoyo mutuo

Los grupos de apoyo mutuo son aquellos que se reúnen de manera regular para ayudarse mutuamente para afrontar un problema compartido, caracterizados por brindar amistad, apoyo emocional, conocimientos que son producto de la experiencia, identidad, roles significativos y sensación de pertenencia (APA, 2010).

1.2.1 Diferencias y similitudes entre los Grupos de Apoyo, los Grupos de Apoyo Mutuo y los Grupos Psicoterapéuticos.

La autora propone que, los grupos de apoyo y los grupos de apoyo mutuo mantienen gran similitud en prestar ayuda, consuelo y orientación en una problemática que comparten todos los miembros, pero se diferencian esencialmente en su liderazgo y estructura de las sesiones. A pesar de que son muy similares, los grupos de apoyo en sí mantienen un coordinador con una preparación mínima de la temática que se trata, la cual en un grupo de apoyo mutuo no se mantiene. Los grupos de apoyo mantienen una estructura para el desarrollo de cada sesión. Asimismo, estos dos se diferencian de los grupos psicoterapéuticos ya que estos no ahondan en temas de resolución de conflictos y no buscan las razones reales de su problemática, solo se enfocan en contener a sus miembros y no denominar.

Tabla 1 Diferencias entre los Grupos de Apoyo y los Grupos Psicoterapéuticos.

Tipo de Grupos:	Composición	Personal	Intercambio	Objetivos Claves	Tiempos
Terapéuticos	Heterogéneos, personas con patologías clínicas diagnosticadas.	Profesional de la salud mental que actúa como terapeuta.	Procedimientos técnicos especializados, dirigidos por el profesional	Lograr una mejoría clínica sustancial y modificaciones en la personalidad.	Limitado, la terapia es un proceso de mediano a largo plazo, cuyos tiempos se rigen por el criterio de las técnicas.
De Apoyo	Se recomienda cierta homogeneidad.	Personal con entrenamiento mínimo.	Más participativo y	Ofrece apoyo emocional para contralar los efectos	Tienen continuidad, es recomendable

			menos directivo.	psicológicos del suceso. Desarrolla modalidades de enfrentamiento para la situación particular que viven.	realizar varias sesiones para alcanzar los objetivos, pero limitadas dentro de un periodo proscrito inmediato.
--	--	--	---------------------	--	---

(Sanz, 2014)

1.3 El Grupo de Apoyo Renacer

1.3.1 Formación del Grupo Renacer:

Renacer es un grupo de padres que han perdido un/unos hijo/s. Fue formado por la pareja de esposos, la profesora de lenguas Alicia Schneider y el Doctor en neurología Gustavo Berti, los cuales a partir de la pérdida de su hijo, iniciaron en la ciudad de Buenos Aires-Argentina, un grupo de apoyo para los padres que han sufrido la muerte de un hijo. Oficialmente en 1989 se denominan RENACER. Este grupo toma bases de varios autores como Elisabeth Kübler Ross, Elisabeth Lukas y Viktor Frankl, con los cual mantenían una gran cercanía, ya que en 1990 la pareja asistió a la conferencia de Viktor Frankl en Buenos Aires, en la cual sintieron que las palabras en su exposición fueron dirigidas hacia ellos, gracias a la traductora del Frankl, lograron presentarse y contaron sobre su trabajo con renacer y su experiencia, denotando su gran inspiración por su trabajo. En esta conferencia, el Dr. Berti, dio como respuesta *“Entonces el agradecido debo ser yo, pues ustedes fundamentan la logoterapia”* (Berti & Schneider, 2015, pág. 102). Otro encuentro importante, que marcó los fundamentos de este grupo, fue su encuentro con Elisabeth Luckas en el año de 1993 en Toronto, en el cual intercambiaron opiniones importantes y además la autora les pidió autorización para mencionarlos en su siguiente libro *Psicoterapia y en dignidad*. En ese mismo año, Frankl les envió una carta en la que les solicitaba que

escribieran su experiencia para publicarla en la revista más importante de Logoterapia, el *Journal des Viktor Frankl Instituts* de Viena. Otro momento relevante para la pareja fue 1997, que por motivos familiares, ellos se encontraban en Europa y decidieron visitar Viena, y fueron invitados por Franz y su esposa Gabrielle, hija de Frank a compartir un té en su casa, lo cual permitió que la pareja visitase unos días después al Dr. Frankl y compartieron varias opiniones, experiencias sobre la vida, y la logoterapia. Esto dio como resultado años después que todas estas influencias permitieron estructurar un grupo que se enfoca en ayudar a la superación de la muerte de un hijo por medio del encuentro de un sentido a la muerte, la Logoterapia es un factor determinante en la ideología y estructura del grupo, como ellos mismo mencionan “(...) transformar una tragedia personal en un triunfo humano” (Berti & Schneider, 2015, pág. 77); en el cual el modelo filosófico-antropológico de Viktor Frankl, la Logoterapia y el Análisis Existencial, al reintroducir la dimensión espiritual en ese complejo ser multidimensional (bio-psico-espiritual) que es el hombre, facilita que los seres sufrientes, conquisten una paz interior que llega solamente al encontrarle sentido a esta conmoción existencial.

1.3.2 Viktor Frankl y la Logoterapia

La logoterapia y análisis existencial ve al hombre como un ser libre y responsable, viviendo en la tensión entre el ser y el deber ser, orientado siempre a la búsqueda de sentido a los interrogantes que la vida le plantea y los valores que esperan ser realizados. La libertad del hombre frankliano no es libertad de sus condicionamientos propios (cuerpo y mente) o externos (destino), sino libertad para oponerse, para enfrentarse a esos condicionamientos. Este modelo presenta la característica de ser aplicable tanto como método terapéutico (psicoterapia) como por el hombre no enfermo que busca respuesta a sus interrogantes existenciales. Es en este último sentido, Renacer reconoce y aplica este fundamento filosófico, lo que permitió al grupo mediante estos fundamentos, una ideología y mensaje invaluable como ejemplo de superación, para lo que tomaron términos determinantes para la conformación de dicha estructura:

Frankl (2015), Logoterapia proviene de Logos que equivale al griego significado o propósito. Para lo cual acuña varios términos dentro de la técnica. El centrarse en el sentido

de la existencia humana y en la búsqueda de ese sentido por parte del hombre, en la cual, la primera fuerza motivante es encontrarle un sentido a su propia vida. El hombre es capaz de malograr su voluntad de sentido por aquella frustración existencial, conjetura su existencia misma, el sentido de ella y el afán por encontrar un sentido concreto de la existencia personal, es decir, voluntad del sentido. Otro término es el vacío existencial, el cual manifiesta el estadio de aburrimiento. De igual forma, la voluntad del sentido, que menciona como un sentido único y específico, en cuanto es uno mismo y uno solo quien lo debe encontrar, y así finalmente el hombre satisfará su propia voluntad de sentido. El sentido de la vida, el cual acuña el significado concreto de la vida de un individuo en un momento determinado, o también puede ser entendido en que el hombre debe comprender lo que la vida le interroga. En la Logoterapia se considera que la esencia de la existencia consiste en la capacidad del ser humano para responder a demandas de la vida. Sobre la existencia de la vida, la Logoterapia intenta que el paciente cobre conciencia plena sobre sus responsabilidades personales. Enfrenta al hombre con la finalidad de la vida y con su finalidad personal y existencial. Además, se puede describir el sentido de la vida de tres maneras: realizando una acción, acogiendo las donaciones de la existencia y por el sufrimiento. Otro camino para descubrir el sentido de la vida es el sentido del amor, mediante la aceptación de una donación de la existencia. “El amor es el único camino para arribar a lo más profundo de la personalidad de un hombre” (Frankl, 2015, pág. 134). Este factor permitirá potencialización de sí mismo. Y el sentido del sufrimiento se encuentra un significado a través del sufrimiento, ya que al enfrentarse con un destino ineludible, la vida le permite la oportunidad de realizar el valor de cumplir el sentido más importante que es aceptar el sufrir y que reside en la actitud para soportarlo.

La Logoterapia como técnica, menciona que para la sociedad resulta imposible calmar el miedo realista a la muerte y el temor neurótico. La Logoterapia ha desarrollado un método para dichos casos, para lo cual se debe comprender los mecanismos que accionan. Ésta fundamenta su técnica en la intención paradójica, doble principio que por un lado, el miedo provoca aquello que teme, y por otro, la hiperintención estorba la realización del efecto que desea (Frankl, 2015).

Es así que el Grupo Renacer desde la visión de Frankl, ha encontrado un valor inmensamente significativo, en el cual temas como el sufrimiento con significado ético,

metafísico, hace al hombre más lúcido y al mundo transparente. Berti nos menciona en uno de sus artículos:

“(…) la imposibilidad de la salida cognitiva en los estados de hiperreflexión, o sea de preeminencia óptica del propio yo, nos acerca a Frankl y su modelo de derreflexión como respuesta existencial a las crisis de hiperreflexión. Esta es una propuesta que Frankl ha denominado “derreflexión” y que consiste en orientar la mirada de la persona hacia la multitud de valores que esperan ser realizados, más allá de su propia debilitada y agobiada existencia. En otras palabras, en vez de autoobservación del mundo. Sólo que en este caso, habiéndose perdido el mundo, ¿hacia dónde dirigir la mirada? ¿Dónde está o cuál es el valor capaz de traer en sí la imagen de un mundo perdido? (Berti, 2012, pág. 17)

Como grupo, el no detenerse en la razón de la muerte del hijo, les permitió crecer y proponer un nuevo sentido de vida para los padres, ya que si se hubieran detenido en el pensamiento de lo que fueron antes y sobre la tragedia, no les hubiera permitido trascender en sus nuevos planes de vida (Berti & Schneider, 2015).

1.3.3 Ideología de Renacer

Renacer se puede observar como un lugar donde el padre puede ser consolado, expresar tristeza, dolor y encontrar a alguien que le puede tender la mano y decir que sabe lo que es perder un hijo y lo comprende, y también como un lugar donde se va a dar algo en memoria de los hijos. Se definiría como un encuentro existencial de seres sufrientes que tienen como objetivo encontrar un sentido a su sufrimiento y paz en medio de divergencias. Renacer se denomina una revolución cultural, por el hecho de querer transformar una tragedia personal en un triunfo humano. Son grupos existenciales de derreflexión. Para ello Berti & Schneider (2015) colocaron aspectos esenciales de Renacer:

- El sufrimiento no es una enfermedad ni lo será jamás. Ya que el sufrimiento no puede ser curado, ni resuelto, ni elaborado, solo puede ser trascendido, por el hecho de que se llega descubrir o des-ocultar que la respuesta está en la trascendencia.

- El grupo se debe, por encima de todas las cosas, a los padres nuevos y los que más sufren, basados en una tarea de autotrascendencia, el sacrificio y la autorenuncia. Pues todo este proceso, a pesar de que se escuchan a padres sufrientes, si su mentalidad ha cambiado, se enriquecerá con las nuevas perspectivas y aportará al otro.
- El sacrificio y el esfuerzo deben ser personales por el hecho de que al ser padres que perdieron un hijo, están dispuestos a dar la vida como homenaje a ellos, ya que Renacer no es un lugar que solo se busca ayuda, sino también es un lugar que se va a dar lo mejor tras la pérdida, transformándolos en seres solidarios, compasivos y receptivos al dolor de los que sufren.
- La tarea de Renacer es solidaria y gratuita, se enfocan en la atemporalidad en la ayuda.
- Renacer no se identifica con causa alguna más allá de su misión.
- Renacer no tiene preámbulos. Como otros grupos de apoyo.
- Renacer tiene cuatro objetivos:
 - Enfrentar el dolor.
 - Aprender de la realidad que les toca vivir.
 - Encontrar sentido en el sufrimiento.
 - Dar nuevo significado a la vida.
- Los grupos disponen de absoluta horizontalidad y abarcabilidad, por el hecho de que los miembros son iguales y han vivido la misma tragedia, sin importar la edad ni la causa de ella, trabajando con todas las características que los unen.
- Renacer no tiene personería jurídica ni autoridades, ya que dejar parte del ego implica, entre otras cosas, no tener persona jurídica, ya que el ser cuando éste aflora, sufre y cae, por lo tanto, la creación de cargos atenta de igual manera contra la horizontalidad del grupo y en contra de los fundamentos antropológicos.
- No se imponen valores. Se coloca un énfasis en la sumisión de la responsabilidad por su propia vida por parte del ser sufriente, dando al mismo tiempo libertad para decidir quién asume su responsabilidad.
- Prefieren el término de “ayuda” que de “autoayuda”.

1.3.4 Grupo Renacer Ecuador

Los padres Chiriboga en una constante búsqueda de ayuda para la superación de la muerte de su hija hace aproximadamente 23 años, conocieron por medio de libros e información la existencia del Grupo Renacer en Buenos Aires-Argentina. Luego de haber trabajado y elaborado su proceso de adaptación por la muerte de su hija con ayuda de los Berti y el grupo, se plantearon la idea de crear un Grupo Renacer en la ciudad de Quito, ya que, una de las ideologías son brindar apoyo unos a otros entre los miembros, y tomando en cuenta que en el Ecuador no existían grupos de dicho modelo, se animaron junto con otros padres y la guía de los Berti a fundar el Grupo Renacer en Ecuador.

1.3.4.1 Capacidades del coordinador

El coordinador del Grupo Renacer Quito Norte ha desarrollado varias capacidades, una de las principales es su liderazgo, la que sirve para lograr un buen manejo de las relaciones interpersonales, una buena aptitud para la toma de decisiones, arbitraje y el cumplimiento de normas dentro del grupo. Además, mantiene una postura humanista, se enfoca en los miembros del grupo y facilidades de aceptación, comprensión individual y grupal. También posee, condiciones intelectivas, formación académica sobre la temática del grupo, madurez, equilibrio emocional, empatía, autoestima, resiliencia, proactividad y vocación de ayuda.

1.3.4.2 Estructura del grupo

Actualmente, el Grupo Renacer Quito se reúne en el Quorum del Paseo San Francisco cada primer martes del mes a las 7pm de la noche, por 3 horas. El grupo se conforma por una cantidad entre 15 y 30 personas en cada reunión. En las reuniones, el grupo aborda cada semana diferentes temáticas en torno a cuestiones de relevancia que el grupo evoque o que se celebre en el mes. El coordinador se encarga de identificar y estructurar la reunión. El Sr. Jorge Chiriboga es el coordinador actual del grupo, él ha obtenido una preparación previa a su trabajo como organizador, sobre el afrontamiento de la muerte de un ser querido, en

Buenos Aires con la pareja Berti, también es Coach Motivacional y ha participado en investigaciones sobre la depresión y superación personal, se añade también, que él ha pasado por este tipo de pérdida llegando así a obtener un gran aprendizaje sobre el manejo de grupo y el proceso de adaptación por la muerte de un hijo, guiando al grupo en el encuentro de un sentido de vida y un afrontamiento, acompañando la depresión con la que llegan muchos de los padres.

Todas estas características ubican a Renacer como un grupo de apoyo. Cuenta con una aproximado de 12 sesiones anuales para cumplir con los objetivos dirigidos a realizar un proceso de adaptación adecuado y una nueva proyección del plan de vida, y al ser un grupo abierto, se proporciona cierta sinergia, con el ingreso de nuevos individuos se permite la incorporación de nuevos puntos de vista (Zastrow, 2008).

Inicialmente el coordinador realiza una entrevista previa con las personas que deseen ingresar, donde se abordan temas sobre la visión y misión que mantiene el grupo. En la primera sesión se realiza una presentación general del Grupo Renacer donde presenta las ideologías, forma de trabajo y los objetivos a realizar, luego al mostrar las ideas, el coordinador expone una materia y además identifica la demanda del grupo, abordando temáticas como: los días festivos: navidad, fin de año, el día de la madre y el día del padre, los cumpleaños y la fechas de muerte, asimismo temas como el dolor, la culpa, el renacer y la esperanza, el buscar una razón de vivir, el sentido de la muerte y una forma de vivir sin ellos, curando el dolor y aceptando la partida. Se refuerza luego la temática con aportes de personas que llevan varios años en el grupo y exponen su superación entorno a lo trabajado en aquella sesión anterior. Finalmente, se realiza el cierre con la entrega de un mensaje en torno al tema, el cual conforta a la persona en momentos de crisis depresivas; una hoja de registro donde se coloca el nombre y celular para añadir al grupo que tienen en la aplicación de WhatsApp, el cual sirve para realizar cualquier consulta sobre las reuniones o proyectos en los cuales se ven involucrados, y al cierre, se pasa una caja para colocar una donación para una fundación de niños huérfanos que ellos apoyan. El objetivo de esto es pasar del sentido de soledad al sentido de solidaridad, donde se busca el cambio a un nuevo estilo de vida después de la pérdida a través de la resiliencia, el humor, lo común, el asombro, y la trascendencia, para finalmente encontrar un sentido a su vida con otros nuevos significantes.

Los Berti & Schneider (2015), indican un protocolo para el desarrollo de los grupos:

- Instancia previa a la reunión: reunión previa con el coordinador del grupo los nuevos participantes se reúnen de forma individual
- Maneras de acomodarse al grupo: etapa de catarsis, en el cual los nuevos miembros pueden o no mencionar sus vivencias.
- El sacrificio: “En la medida en que nunca bajemos los brazos, en que estos siempre dispuestos a hacer el sacrificio que la vida nos requiere” (Berti & Schneider, 2015, pág. 221). Trata sobre el hecho de volverse merecedores al respeto de lo que trasciende, el hecho de asumir responsablemente la última libertad del hombre, aceptar la actitud con la que se enfrenta un destino que no se puede evitar.
- Sobre el hablar en los grupos: tratar temas donde el lamento no debe ser eliminado, sino encaminado a la derreflexión.
- Sobre la hiperreflexión: el coordinador debe evitar que se predomine el lamento, por lo general aquí hablan los padres con más tiempo en el grupo, y se da la oportunidad de la escucha empática para los miembros nuevos.
- Sobre la derreflexión: su objetivo es dirigir la atención de los integrantes hacia otros hechos o aspectos de su vida que sean relevantes y positivos, los cuales les permitirán trascender de su particular situación.
- Sobre la intención paradójica y el humor: se utiliza para rescatar a los miembros de la ansiedad. Se debe dejar de lado las resistencias, ya que permite ver objetivamente y describir, asimismo la insostenible de la situación.
- Nivel de análisis existencial: el relato de los padres antiguo fortalecen y aportan nuevas perspectivas para la realidad que se encuentran viviendo, permitiéndoles a los nuevos mirarse en múltiples espejos.
- Sobre la modulación de actitud: permite que situaciones negativas sean revertidas, por medio del crecimiento que experimentan al tener una visión contraria, diferente y positiva.
- Nivel trascendental: se da por medio de una estrecha interrelación entre todos los miembros. Se consideran ideas sobre la vida de aquí en más, pensando y priorizando aquello que se podría hacer con lo ocurrido.
- Cómo acomodar el grupo a los nuevos integrantes: al ser una entidad transubjetiva, puede denominarse una entidad trascendental. Y para ello, a los nuevos integrantes se les puede acomodar de acuerdo a sus necesidades.

Asimismo, Berti & Schneider (2003), han adaptado el proceso de Kübler Ross, sobre el proceso de duelo en padres dolientes, el cual se asemeja estrechamente a las etapas por las que atraviesa un paciente terminal:

1. Shock, negación

“No, no mi hijo”, cuando se nos notifica del accidente, o se nos da un diagnóstico.

2. Enojo, rebelión

“Por qué yo”, “por qué mi hijo”, “Dios no existe”, “Qué clase de Dios es este”

3. Negociación (generalmente con Dios)

“Si me dejas ver a mi hijo una vez más te prometo...”

4. Depresión

“La vida no tiene sentido”

5. Aceptación

“Todo está bien”

Según Berti & Schneider (2003), sin ayuda social del grupo, se han visto a padres quedarse en cualquiera de las primeras cuatro etapas y por largos períodos de tiempo, e incluso de por vida.

Finalmente se ha establecido una guía para el trabajo grupal (Berti & Schneider, 2015):

1. El mensaje moral de Renacer es importante para la conformación del grupo, ya que debe reflejar la vida, la responsabilidad, donde cada uno es representante de un mensaje, de una actitud frente al sufrimiento y a la vida.
2. La capacitación continua, sea a través de la lectura o la escucha a otros miembros. Se sugiere anotar aquello que sirve para su proceso, para sí lograr ampliar la visión y experiencia.
3. Asistir a todas las reuniones posibles. Tratar de que los miembros más regulares se presenten y den testimonio de vida, logrando así motivar a los otros.

4. Los coordinadores deben estar preparados para dar respuestas a preguntas puntuales.
5. Los coordinadores deben trascender de lo testimonial para elevar a lo conceptual.
6. Rescatar los aspectos positivos de los testimonios, pero sin contradecirlos, aunque no se esté de acuerdo con él.
7. Parámetros con los padres nuevos:
 - No se debe fomentar el lamento
 - Se debe tener un ambiente informal para charlar con los nuevos integrantes.
 - Se puede hacer mención a padres que vienen de lejos para reconocer el esfuerzo; asimismo los que retornan a la segunda o tercera reunión.
 - No es necesario dar la palabra a un padre nuevo.
 - Se recomienda comenzar con preguntas positivas y esperanzadoras.
 - Los nuevos padres se deben dar cuenta que el grupo conoce la experiencia de perder un hijo.
8. Saber cómo y cuándo interrumpir a un padre cuando se extiende demasiado en un testimonio y encaminarlo para que concrete el mensaje.
9. Luego de un testimonio muy doloroso, el coordinador debe tratar de alternar con otro testimonio o reflexión positiva.
10. Mantener un orden en la reunión.
11. Llevar un hilo conductor de los temas.
12. Finalizar cada reunión con una nota positiva.
13. Se pueden anotar para llevar un orden de las personas en el diálogo.
14. Se debe llegar temprano a las reuniones.
15. Escucha activa.
16. Se debe observar atentamente la reacción de los demás padres sobre todos a los más nuevos.

Un punto importante es que los miembros al vivir esa experiencia, generan lealtad y compromiso con el grupo, que se desarrolla a través de los cambios de roles, como guías y acompañantes de los nuevos padres sufrientes, es así que en Quito se desea ya formar un nuevo Grupo Renacer en el sur de la ciudad.

CAPITULO II: LA DEPRESIÓN EN PADRES QUE ENFRENTAN LA MUERTE DE UN HIJO

Elisabeth Kübler Ross (1994), describe a la muerte como “un acontecimiento terrible y aterrador, el miedo a la muerte es universal, aunque creamos que lo hemos dominado en muchos niveles” (p. 18), es decir, la muerte siempre será un suceso que sorprende a la humanidad, el hecho de enfrentar que la vida se acaba, coloca a la persona frente a la realidad.

Existen varias razones por las que es difícil afrontar la muerte, una de ellas es que la muerte se ha vuelto algo mecánico, solitario y deshumanizado, y donde hasta la forma de morir es algo difícil de determinar. Asimismo, en casos de enfermedades graves, la persona pierde la capacidad de opinar sobre su destino. Es por ello que la sociedad trata de eludir la muerte, pero constantemente la vida la enfrenta, por tal motivo, la humanidad se ha situado en el pensamiento de que si no se puede negar la muerte, se la puede intentar dominar, por medio de un pensamiento defensivo.

Proceso de adaptación a la muerte dadas por Elisabeth Kübler Ross (1994) para superar la pérdida de un ser querido:

- Primera fase: negación y aislamiento.

Es la primera reacción ante la pérdida, en la que se producen sensaciones de incredulidad, negando la noticia y llenándose de cuestionamientos.

- Segunda fase: ira.

Luego de que no se puede negar más el suceso, empieza la etapa de enojo direccionado a todo lo que rodea, desde la persona pérdida, hasta los familiares u otras personas, y que se encuentra acompañado de culpa.

- Tercera fase: pacto.

Es una etapa que dura poco tiempo, en la cual se negocia para no llegar a la resignación por la muerte.

- Cuarta fase: depresión.

Es la etapa que se encuentra llena de sentimiento de vacío y tristeza, ya que no se puede negar ni eludir la pérdida.

- Quinta fase: aceptación.

Es la aceptación de la realidad y la formación de ideas para reestructuración de una nueva forma de vida.

Los estados depresivos que se dan por la muerte, son parte del proceso de adaptación, ya que es un factor presente en cualquier tipo de pérdida. En este sentido, el presente capítulo trata sobre el trastorno depresivo por la muerte de un hijo, ya que es una pérdida inesperada, que fracciona más al individuo, por no ser parte del ciclo natural de la vida.

2.1 La depresión en padres que enfrentan la muerte de un hijo.

2.1.1 Ser padres

La familia es la primera estructura social del niño donde se desarrolla y se forma como individuo. Ésta se estructura de varias maneras, y se conforman los roles de padre y de madre.

El ser padres es una etapa de la vida por la cual muchas personas se realizan. Los que llegan a esa etapa, logran la satisfacción de avanzar en la realización de proyectos personales y el afrontamiento a lo desconocido, para lo cual no existe preparación completa (Conesa, 2008).

El rol del padre se lo coloca como una relación instrumental o contribuyente como cabecera de la familia y principal aporte económico familiar. El rol materno por otro lado, se lo califica como una relación expresiva, por su trabajo como mediador familiar y sustento emocional, (Gervilla, 2003).

Cuando una pareja se convierte en padres, pasan a otra etapa de vida donde su identidad se vuelve diferente, esta identidad es la que caracteriza y coloca principalmente en el papel o labor de ser padre o madre. Cuando muere su hijo, su rol se ve interrumpido, su estilo de vida cambió al ser padres, al dejar de serlo, vuelve a cambiar.

2.1.2 La pérdida de un hijo

La muerte de un hijo es una de las pérdidas más difíciles, más duras y más dolorosas que se puede afrontar, y se siente como la más injusta de las pérdidas en la vida. Autores como Martínez (2010) y Montoya (2012) consideran que el proceso que se da después de la muerte de un hijo es uno de los más difíciles de superar y asimilar. Muchas personas que han pasado por esta experiencia, la describen como un hecho en el cual “se abre una herida que nunca sanará” (Martínez, 2010, pág. 152). Con el tiempo se vuelve menos dolorosa pero siempre estará presente en la vida de ellos.

Para la mayoría de las personas la vida se la concibe como un proceso largo, en el cual se tiene la oportunidad de crecer, de tener una pareja y encontrar el amor, de tener descendencia, de ver crecer a sus hijos, de ejercer una profesión y de jubilarse. Lo que deja un orden de desarrollo para vida, en el cual la muerte de un hijo es la alteración del desarrollo de este orden, ya que se espera que los hijos entierren a sus padres, por lo que los sentimientos de desconcierto y confusión son desmesurados, llegando a considerar antinatural la muerte de un hijo (Martínez, 2010).

2.1.2.1 Forma de muerte de un hijo

Las causas de muerte entre 1 y 25 años son: accidentes, enfermedades, muerte súbita, suicidios y homicidios. Con excepción de algunas enfermedades, las demás se sitúan en desenlaces inesperados, repentinos y posiblemente violentos. Esto crea una idea sobre lo complejo que es el proceso de adaptación por la pérdida de un hijo. Para muchos tipos de personalidades, se vuelve complicado afrontar la muerte, por lo que se da un fácil desemboque a la depresión.

El modo en que se dió la pérdida, permite valorar el impacto emocional de los padres. Martínez (2010), ha enlistado y caracterizado tipos de pérdida según su forma:

- Pérdidas esperadas

Son aquellas que se conoce de antemano que van a suceder. Estos son los casos típicos de enfermedades a largo plazo con pronóstico terminal o casos de personas las cuales están viviendo por varios meses un naufragio de vida y se van deteriorando poco a poco. Aquí se crean los ideales como el deseo del descanso, por el hecho de verlo vivir perdiendo

energía, vitalidad y presencia física. Además, en estos casos los acompañantes se hacen una idea inevitable de la muerte, donde se dedican a cuidar completamente al ser querido. Los padres al enterarse de una enfermedad en sus hijos, generan de ideas de negación, incredulidad e irrealidad. La aceptación es tan difícil que no pueden dar crédito de lo que escuchan (Martinez, 2010).

- Pérdidas repentinas

Son aquellas que se dan sin previo aviso y donde no se puede prever el suceso. Aquí se encuentran aquellas que ocurren en un instante u horas, como el caso de infartos fulminantes, ictus, derrames cerebrales, muerte súbita, accidentes automovilísticos, accidentes laborales, asesinatos, desaparición, suicidios, etc. En estos casos, los padres, inicialmente se colocan ideales irreales e imprevisibles. Es un proceso difícil, no se acepta en primera instancia y se resguardan las emociones. No se asimila el suceso; la confusión y conmoción es invasiva. Este acontecimiento llena de preguntas y cuestionamientos a los padres, que en muchos casos no pueden ser respondidas jamás, y la búsqueda de un culpable es imprescindible (Martinez, 2010).

- Pérdidas violentas

Muchas de las pérdidas repentinas se dan de forma violenta. En estos casos la sensación de irrealidad, conmoción y aturdimiento son intensos. El recibir una noticia sobre una muerte repentina es difícil, y el hecho de que esta sea violenta la torna más compleja. En estos casos, el ver el cuerpo es muy penoso por la deformación. Un pensamiento típico que los padres tienen, es si la persona sufrió o no antes de fallecer. En casos como el asesinato o atentados terroristas, los familiares caen en grandes sentimientos de odio y deseo de venganza al perpetrador y necesitan que alguien pague por el hecho y que la justicia castigue con pena máxima, (Martinez, 2010).

La pérdida de un niño es un sacudón emocional fuerte, más que otros tipos de pérdida, ya que rompe con los esquemas de que los niños no mueren y tienen larga vida, lo que produce una gran ansiedad para los padres y para la sociedad. En este tipo de pérdidas, las manifestaciones emocionales son intensas, desgarradoras, llenas de dolor, desolación, culpabilidad, rabia, tristeza, desesperación, deseos de morir que son difíciles de cicatrizar en el corazón, debido a que, el que muera alguien joven es un arrebato, la responsabilidad que

se tenía sobre él es muy grande, al igual que las expectativas que se le procuraban a su futuro son también arrancadas (Martinez, 2010).

2.1.3 La depresión por pérdidas

Según el diccionario de la APA la depresión se define como “una fluctuación del estado de ánimo normal que va de la desdicha y descontento a un sentimiento extremo de tristeza, pesimismo y desaliento” (2010). La depresión se encuentra en el grupo de los trastornos afectivos y está presente en casos de pérdidas. En los casos de muerte, la sensación de vacío y de tristeza, son profundos, evidentes y no se puede negar ni eludir. El sentirse mal se traslada alrededor del entorno de vida. En una etapa depresiva la persona se sucumbe ante lo ineludible. Todas las relaciones personales se perjudican y no es anormal la presencia de dolores reales o ficticios (Cuadrado, 2010).

2.2 Comportamiento y cognición de personas en estado depresivo.

En estados depresivos, la persona sobrelleva varios cambios en su comportamiento y cognición. Es por ello que identificar estos síntomas y estructurarlos dentro de criterios diagnósticos servirá para: identificar, clasificar, diagnosticar y dar un tratamiento adecuado. La presente disertación, ayuda a la identificación en padres que afrontan la muerte de un hijo.

La depresión es un trastorno que tiene presencia de manifestaciones: conductuales, cognitivas, emocionales, motivacionales y somáticas (Vázquez et al, 2015). La conducta se caracteriza por llanto, tendencia a permanecer tumbado, lentitud o agitación, inhibición, dificultad para comunicarse, conductas evitativas en tareas cotidianas e interacciones sociales y falta de autocuidado (Vázquez et al, 2015).

- Lo cognitivo se manifiesta por dificultad de concentración y problemas de memoria, rumiaciones, dificultad para toma de decisiones, pensamientos negativos, ideas de muerte, creencias y estilo atribucional disfuncional (Vázquez et al, 2015).
- En lo emocional se atribuye tristeza, desamparo, desesperanza, autodesprecio, culpa, frustración, sensación de fracaso, vergüenza, irritabilidad, aburrimiento y sentimientos de minusvalía (Vázquez et al, 2015).

- Lo motivacional se encuentra en un estado de anhedonia, apatía, desinterés y falta de fuerza de voluntad (Vázquez et al, 2015).
- En el aspecto somático surgen alteraciones del sueño, del apetito y del peso, asimismo, disminución del deseo sexual, cansancio, molestias físicas, estreñimiento, sequedad de la boca, y la intensidad de los síntomas varía según el individuo (Vázquez et al, 2015).

Los criterios diagnósticos, que los manuales emiten son importantes, ya que permite delimitar el estado depresivo de los padres que afrontan la muerte de un hijo.

2.2.1 Depresión DSM-5

El DSM-5 ha clasificado los Trastornos depresivos por duración, presentación temporal y etiología. Se integran a ser parte de esta clasificación por tener la presencia de un ánimo triste, vacío o irritable, el cual se acompaña de cambios somáticos y cognitivos que afectan considerablemente la capacidad funcional del individuo (American Psychiatric Association, 2014).

La APA ha colocado criterios diagnósticos a los Trastornos depresivos. Se tomarán en cuenta los criterios de algunas subdivisiones que se relacionan con la temática.

- **Trastorno de depresión mayor**

Tabla 2 Criterios diagnósticos del trastorno de depresión mayor

A. Cinco (o más) de los siguientes síntomas han estado presentes durante el mismo período de dos semanas y representan un cambio del funcionamiento previo; al menos uno de los síntomas es (1) estado de ánimo deprimido o (2) pérdida de interés o de placer.

Nota: No incluir síntomas que se pueden atribuir claramente a otra afección médica.

1. Estado de ánimo deprimido la mayor parte del día, casi todos los días, según se desprende de la información subjetiva (p. ej., se siente triste, vacío, sin esperanza) o de la observación por parte de otras personas (p. ej., se le ve lloroso). Nota: En niños y adolescentes, el estado de ánimo puede ser irritable.

2. Disminución importante del interés o el placer por todas o casi todas las actividades la mayor parte del día, casi todos los días (como se desprende de la información subjetiva o de la observación).
3. Pérdida importante de peso sin hacer dieta o aumento de peso (p. ej., modificación de más del 5% del peso corporal en un mes) o disminución o aumento del apetito casi todos los días. Nota: En los niños, considerar el fracaso para el aumento de peso esperado.
4. Insomnio o hipersomnia casi todos los días.
5. Agitación o retraso psicomotor casi todos los días (observable por parte de otros; no simplemente la sensación subjetiva de inquietud o de enlentecimiento).
6. Fatiga o pérdida de energía casi todos los días.
7. Sentimiento de inutilidad o culpabilidad excesiva o inapropiada (que puede ser delirante) casi todos los días, (no simplemente el autoreproche o culpa por estar enfermo).
8. Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o para tomar decisiones, casi todos los días (a partir de la información subjetiva o de la observación por parte de otras personas).

Pensamientos de muerte recurrentes (no sólo miedo a morir), ideas suicidas recurrentes sin un plan determinado, intento de suicidio o un plan específico para llevarlo a cabo.

B. Los síntomas causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.

C. El episodio no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia o de otra afección médica.

Nota: Los Criterios A–C constituyen un episodio de depresión mayor.

Nota: Las respuestas a una pérdida significativa (p. ej., duelo, ruina económica, pérdidas debidas a una catástrofe natural, una enfermedad o discapacidad grave), pueden incluir el sentimiento de tristeza intensa, rumiación acerca de la pérdida, insomnio, pérdida del apetito y pérdida de peso que figuran en el Criterio A, y pueden simular un episodio depresivo. Aunque estos síntomas pueden ser comprensibles o considerarse apropiados a la pérdida, también se debería pensar atentamente en la presencia de un episodio de

depresión mayor además de la respuesta normal a una pérdida significativa. Esta decisión requiere inevitablemente el criterio clínico basado en la historia del individuo y en las normas culturales para la expresión del malestar en el contexto de la pérdida

D. El episodio de depresión mayor no se explica mejor por un trastorno esquizoafectivo, esquizofrenia, un trastorno esquizofreniforme, trastorno delirante, u otro trastorno especificado o no especificado del espectro de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos.

E. Nunca ha habido un episodio maníaco o hipomaníaco.

Nota: Esta exclusión no se aplica si todos los episodios de tipo maníaco o hipomaníaco son inducidos por sustancias o se pueden atribuir a los efectos fisiológicos de otra afección médica.

(APA, 2014, págs. 160-161)

- **Trastorno depresivo persistente (distimia)**

Tabla 3 Criterios diagnósticos del trastorno depresivo persistente (distimia)

A. Estado de ánimo deprimido durante la mayor parte del día. Presente más días de los que está ausente, según se desprende de la información subjetiva o de la observación por parte de otras personas, durante un mínimo de dos años.

Nota: En niños y adolescentes, el estado de ánimo puede ser irritable y la duración ha de ser como mínimo de un año.

B. Presencia, durante la depresión, de dos (o más) de los siguientes síntomas:

1. Poco apetito o sobrealimentación.
2. Insomnio o hipersomnía.
3. Poca energía o fatiga.
4. Baja autoestima.
5. Falta de concentración o dificultad para tomar decisiones.
6. Sentimientos de desesperanza.

C. Durante el período de dos años (un año en niños y adolescentes) desde el inicio de la alteración, el individuo nunca ha estado sin los síntomas de los Criterios A y B, durante más de dos meses seguidos.

D. Los criterios para un trastorno de depresión mayor pueden estar continuamente presentes durante dos años.

E. Nunca ha habido un episodio maníaco o un episodio hipomaníaco, y nunca se han cumplido los criterios para el trastorno ciclotímico.

F. La alteración no se explica mejor por un trastorno esquizoafectivo persistente, esquizofrenia, trastorno delirante, u otro trastorno especificado o no especificado del espectro de la esquizofrenia y otro trastorno psicótico.

G. Los síntomas no se pueden atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia (p. ej., una droga, un medicamento) o a otra afección médica (p. ej., hipotiroidismo).

H. Los síntomas causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.

Nota: Como los criterios para un episodio de depresión mayor incluyen cuatro síntomas que no están en la lista de síntomas del trastorno depresivo persistente (distimia), un número muy limitado de individuos tendrán síntomas depresivos que han persistido durante más de dos años pero no cumplirán los criterios para el trastorno depresivo persistente. Si en algún momento durante el episodio actual de la enfermedad se han cumplido todos los criterios para un episodio de depresión mayor, se hará un diagnóstico de trastorno de depresión mayor. De no ser así, está justificado un diagnóstico de otro trastorno depresivo especificado o de un trastorno depresivo no especificado.

(APA, 2014, págs. 168-169)

- **Otro trastorno depresivo especificado**

A esta categoría se aplica presentaciones en las que predominan síntomas característicos de un trastorno depresivo y que causan malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral y en otras áreas importantes del funcionamiento, pero que cumplen todos los criterios de los trastornos de las categorías diagnósticas de los trastornos

depresivos. Se identifica como “otro trastorno depresivo especificado” en situaciones en las que se opta por comunicar el motivo específico por el cual la presentación no cumple los criterios de los otros (APA, 2014).

Se puede utilizar la designación de “otro especificado” en los siguientes casos:

Tabla 4 Criterios diagnósticos de otros trastornos depresivos especificados

- 1. Depresión breve recurrente:** Presencia concurrente de estado de ánimo deprimido y al menos otros cuatro síntomas de depresión durante 2-13 días por lo menos una vez al mes (no asociados al ciclo menstrual), durante un mínimo de doce meses consecutivos en un individuo cuya presentación no ha cumplido nunca los criterios para ningún otro trastorno depresivo o bipolar y que actualmente no cumple los criterios activos o residuales para un trastorno psicótico.
- 2. Episodio depresivo de corta duración (4–13 días):** Afecto deprimido y al menos cuatro de los otros ocho síntomas de un episodio de depresión mayor, asociados a malestar clínicamente significativo o deterioro que persiste durante más de cuatro días, y menos de catorce días en un individuo cuya presentación nunca ha cumplido los criterios para otro trastorno depresivo o bipolar. No cumple actualmente los criterios activos o residuales para un trastorno psicótico y no cumple los criterios para una depresión breve recurrente.
- 3. Episodio depresivo con síntomas insuficientes:** Afecto deprimido y al menos cuatro de los otros ocho síntomas de un episodio de depresión mayor asociado a malestar clínicamente significativo o deterioro que persiste durante un mínimo de dos semanas en un individuo cuya presentación nunca ha cumplido los criterios para otro trastorno depresivo o bipolar. No cumple actualmente los criterios activos o residuales para un trastorno psicótico y no cumple los criterios para depresión breve recurrente.

(APA, 2014, págs. 183-184)

- **Otro trastorno depresivo no especificado**

Esta categoría se aplica a presentaciones en las que prevalecen los síntomas característicos de un trastorno depresivo que causan malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral y en otras áreas importantes del funcionamiento, pero que cumplen

todos los criterios de los trastornos de las categorías diagnósticas de los trastornos depresivos. Esta categoría se utiliza en situaciones donde se opta por no especificar el motivo de incumplimiento de los criterios de un trastorno depresivo especificado e incluye presentaciones en las cuales no existe suficiente información para hacer un diagnóstico específico (APA, 2014).

- **Especificadores para trastornos depresivos**

El DSM-5 coloca algunos especificadores con los cuales los trastornos depresivos se pueden encontrar relacionados.

Tabla 5 Especificadores para trastornos depresivos

Especificar si:	Especificar si:	Especificar la gravedad actual:
Con ansiedad	En remisión parcial	Leve
Con características mixtas	En remisión total	Moderado
Con características melancólicas		Grave
Con características atípicas		
Con características psicóticas		
Con catatonía		
Con inicio de periparto		
Con patrón estacional		

(APA, 2014)

Las pérdidas según el DSM-5

Según el DSM-5 las respuestas que se dan ante una pérdida significativa (eje., duelo, ruina económica, pérdidas debidas a una catástrofe natural, una enfermedad o discapacidad grave) pueden incluir el sentimiento de tristeza intensa, rumiación acerca de la pérdida, insomnio, pérdida del apetito y pérdida de peso que figuran en los criterios de los de

Episodios de Depresión Mayor. Muchos de los síntomas pueden ser comprensibles ante una pérdida, pero se debe tomar en cuenta que la intensidad y la variación de los síntomas en relación a la respuesta normal a una pérdida significativa. Dicha decisión requiere de un el criterio clínico basado en la historia del individuo y en las normas culturales para la expresión del malestar en el contexto de la pérdida (APA, 2014).

2.2.2 Proceso depresivo en padres que han perdido un hijo.

La depresión es un trastorno afectivo que afecta el comportamiento y cognición del individuo que lo padece. Se caracteriza por la presencia de tristeza, decaimiento, vacío, una pérdida general de los intereses, los cuales afectan todas las capacidades del individuo y que repercute en el desenvolvimiento laboral y social.

Los factores biológicos, psicológicos y sociales son componentes en la vida del individuo. Al presentarse la depresión estos elementos serán puntos claves para la prevalencia o supresión del trastorno, puesto que, son condiciones que el individuo mantiene en constante relación en su diario vivir, ya que la depresión presenta cambios somáticos que afecta a la parte “bio”, la gran prevalencia de pensamiento y emociones de vacío, existencia y sin sentido vital que perturba la parte “psico” y la parte “social” que afecta significativamente la actividad humana.

La personalidad es otro factor significativo para la presencia de depresión. Todas las personalidades pueden deprimirse, pero la forma de afrontamiento de cada una y la forma de responder frente a las pérdidas será el factor que determine el apareamiento del trastorno.

En el caso de los padres que pierden un hijo, se ven muy afectados en el comportamiento y cognición, ya que la presencia de esta nueva crisis en la vida es significativa, es por ello que muchos padres caen en depresión.

2.3 El proceso de adaptación de los padres por la muerte un hijo.

El acontecimiento es tan impactante que muchos de los padres no logran superarlo y caen en una depresión que se puede presentar de forma leve, moderada o grave. A continuación se describirá el proceso que por lo general los padres llevan al padecer la muerte de un hijo.

- **La confusión**

Después del fallecimiento de un hijo los días se encuentran llenos de confusión, que por lo general, al pasar el tiempo, es habitual describirlos de forma borrosa y con poca claridad, hasta es posible no recordar cómo se realizó todo y quienes estuvieron ahí. Además, el hecho se rodea de aspectos sociales, ambientales y culturales como uso de fármacos, remedios caseros para los nervios o consumo de sustancias, ritos de despedida, velorios, traslados, novenas, entre otros (Martinez, 2010).

Bowlby (1993), menciona esta etapa como la fase de anhelo y búsqueda de la figura perdida: cólera, ya que se da al poco tiempo de la pérdida, momento en el que se origina una realidad pérdida, lo que produce sensaciones de anhelo, espasmo de congoja, llantos. Igualmente, pensamientos obsesivos, inquietud e insomnio, y en ciertos casos se combinan con sensaciones de presencia y la interpretación de señales.

- **La sociedad**

La muerte de un hijo no solo afecta a los padres y a los familiares más directos, sino que además conmueve mucho al entorno social de las personas. La producción de la empatía del dolor con los padres, hace que la sociedad muestre un apoyo con ellos y la familia, pero, muchos padres aseveran que esto solo sucede los primeros días o meses, y que por lo general, luego de este período de empatía y acompañamiento, se provocan sentimientos de soledad y aislamiento, que genera la ausencia. Los cambios que se darían en la dinámica familiar son: el rol y la identidad de los padres, la interacción en la familia, las tareas del hogar, las relaciones entre los miembros y las nuevas responsabilidades. Así también, en muchos casos también se evidencia que las personas más cercanas son de gran apoyo en el proceso. (Martinez, 2010).

- **La culpa y cuestionamientos personales**

Pasados los días del funeral, se va poco a poco tomando consciencia de la ausencia del hijo/a, los padres mantienen pensamientos de irrealidad, donde se despierta de lo sucedido como si fuera una pesadilla. Este momento se lo considera el más doloroso, ya que se da el reconocimiento de la pérdida y la ausencia como real (Martinez, 2010).

La ira, la rabia y el enojo con el mundo y con el universo, son característicos en este momento del proceso. La invasión de preguntas, la búsqueda de explicación, son pensamientos que invaden, pero dichos cuestionamientos se quedan por lo general sin una respuesta apropiada que satisfaga. Es además, el momento donde se entremezclan muchas emociones: la rabia por la muerte de un hijo, la ira que se nutre por la injusticia de que algo así le suceda a alguien tan joven, la culpa hacia ellos mismos por no haber hecho algo más que haya cambiado el curso de las cosas. Surge la culpa mezclada con rabia dirigida a otros. El llanto y la desesperación son también característicos, el gritar con alguna posibilidad de ser escuchado. En esta etapa el vivir se vuelve insoportable y se fantasea con el recuento (Martinez, 2010).

Esta etapa es similar a la que Kübler Ross (1994) llama negación, puesto que se desarrolla la invención de cuestionamientos, la sensación de incredulidad, debido a que se niega lo que está ocurriendo, dado que es demasiado fuerte para ser cierto. Aquí se encuentra una gran dosis de inestabilidad, donde se cuestionan si serán capaces de superar el dolor y seguir con sus vidas. En este momento se añade la etapa de ira, la cual se caracteriza por la rabia, la envidia y el resentimiento. Esta fase es muy difícil de afrontar para los que lo rodean, ya que esta se desplaza en todas las direcciones.

- **El deseo de muerte**

No solo como una respuesta a la fantasía de reencuentro, el deseo de muerte se suma a la necesidad de autocastigo por lo ocurrido y pagar la culpa tratando de colocar el orden de la vida, en el que los padres no pueden sobrevivir a los hijos. De igual forma, los ideales de fracaso de los padres como cuidadores pueden acuñar más ideas suicidas. Se debe tomar en cuenta que el estado de tristeza y vacío puede llevar a un trastorno depresivo. En este momento del proceso es importante considerar estos deseos suicidas de los padres. (Martinez, 2010).

En esta etapa entra la fase de depresión que Kübler-Ross menciona, donde se encuentran sensaciones de vacío, tristeza y no se puede negar ni eludir el suceso. Menciona además, que es importante que la persona debe vivir el momento, gestionando y aprendiendo a vivir con ello, pero no se debe dejar de acompañar, ya que puede repercutir en un proceso profundo (Cuadrado, 2010).

- **La promesa del no olvido**

Es una característica del proceso, el ideal de no olvidar a su hijo y recordarlo siempre. El tener presente el recuerdo, el llorar, el sufrir, se vuelven ideas necesarias en los padres para mantener su recuerdo vivo y así cumplir su papel de padres. Si se olvida, se deja atrás el pasado y se llena de temores de olvidar su rostro, voz, forma de caminar y de reír, lo que significa para ellos borrar de su mente a su hijo. Existen casos donde los padres mantienen por varios años las cosas en casa tal y como las dejaron sus hijos, lo cual provoca que se obstaculice el proceso y no avanzar hacia una adecuada resolución del mismo. El aferrarse al recuerdo puede provocar sufrimiento profundo, lo cual acarrea consecuencias graves en su aspecto emocional y físico, y hasta desencadenar en una patología (Martinez, 2010).

Elisabeth Kübler Ross (1994), señala que la etapa de pacto, en los cuales se realiza negociaciones para que se prolongue la aceptación del suceso. Pensamientos para negociar la salida del dolor mientras se piensa lo maravilloso que sería la vida en conjunto con la persona perdida, buscando un último esfuerzo para aliviar esos sentimientos de desconsuelo.

- **El verlo por última vez y saber su causa de muerte**

En casos donde las muertes son violentas, muchos padres no desean ver a su hijo, lo que puede causar ideas de irrealidad. Es por ello que abrazar, llorar y despedirse de cierta forma ayuda a disminuir las falsas creencias de que volverá o que no ha sucedido la muerte. El saber la causa de muerte es pertinente para los padres. El conocer y comprender lo que ha sucedido promoverá al padre dar una respuesta a muchos cuestionamientos, lo que ayudará a diluir las fantasías nocivas y a disminuir las recriminaciones (Martinez, 2010).

Bowlby (1993), menciona que para que se tenga un resultado favorable es necesario un proceso que tolere la acometida de las emociones, ya que si se puede tolerar el anhelo, la búsqueda más o menos consciente, el análisis incansable de cómo y por qué se produjo la pérdida, y el rencor contra todo el que pudo ser responsable, lleva de forma progresiva a reconocer y aceptar que la pérdida es permanente y se debe formar un nuevo estilo de vida.

- **La identidad**

La muerte de un único hijo significa para los padres la muerte del ser más querido, y es donde la identidad de padre se ve más afectada. El gran vacío genera una sensación de ser

desvalido; el concepto de familia, la organización de vida cotidiana y el valor a la descendencia serán cuestionados y comprometidos por la experiencia vivida. Algunos padres tratan de resolver su vacío de identidad teniendo otro hijo o participando en programas de acogimiento a menores (Martinez, 2010).

Bowlby (1993), menciona que existen variables poderosas que pueden afectar el desenlace de los procesos de muerte en un familiar, una de ellas es la identidad y el rol de la persona perdida, ya que determinara la influencia que este tenía en la vida de la persona y su nuevo proceso de adaptación.

- **La desorganización interna**

La desorganización interna y externa después de la muerte de un hijo suele ser larga y complicada. Cada persona precisa su tiempo y ritmo para aceptar y reconstruir su vida. El primer año de muerte por lo general es difícil y doloroso, es el año donde se presenta la rabia, la ansiedad y la no aceptación de la muerte, conjuntamente también se producen grandes añoranzas y la vivencia de las primeras veces sin él/ella. El segundo año se caracteriza por el dolor y la tristeza pero ya aceptando lo sucedido como algo permanente, irremediable y se empieza a concebir ideas de una reconstrucción de vida. No se ha establecido la fecha exacta para la elaboración de este proceso, cada persona irá avanzando el camino doloroso según su ritmo interno. La personalidad también será un factor decisivo, puesto que cada una tiene características propias para el afrontamiento de la desorganización interna por una pérdida (Martinez, 2010).

Es necesario vivir momentos de desorganización y desesperanza, para poder establecer nuevos resultados. Personas que ha sufrido una pérdida viven momentos en donde piensan que nada podrá salvarlos, lo que hace que caigan en depresión y apatía, pero si el proceso es adecuado, podrán alternar a una fase que en la que empiezan a examinar nuevas ideas sobre cómo enfrentar y superar su situación, y sobrevivir, lo que implica una nueva reorganización de sí mismo. Esa redefinición es fuerte pero decisiva, dará paso a planes para futuro (Bowlby, 1993).

- **La aceptación y un significado a la pérdida**

Un punto muy importante de pronunciación positiva para los padres es la aceptación de la muerte como algo irremediable, reconociendo que su hijo no va a regresar y que su ausencia es definitiva y permanente. Al momento de esta aceptación, se evidencia cambios internos con respecto a su malestar y dolor. Asimismo, es muy importante el momento donde los padres se dan cuenta que la relación con su hijo seguirá existiendo, no de forma física, pero sí de forma afectiva (Martinez, 2010).

El encontrar un significado a la pérdida, es buscar un sentido profundo. El tomar el acontecimiento como una reestructuración personal proporciona a los padres una disminución de su malestar. Se pronuncia un compromiso con la sociedad, donde muchos padres realizan ayuda a otros padres, campañas de prevención, cambio de leyes, recaudación de fondos para investigaciones, ayuda a otros niños o fundaciones, etc. Realizando así actos que le den esa oportunidad de dar un significado al hecho (Martinez, 2010).

Elisabeth Kübler-Ross menciona que la aceptación no es una etapa feliz o estar de acuerdo con lo sucedido, es un momento lleno de sentimientos, el dolor disminuye y las luchas llegan a su fin, es tiempo de asumir la nueva realidad y aprender a vivir con ello (1993).

Bowlby (1993) llama a esta etapa, la fase de reorganización, ya que al dar este paso, la persona reconoce que es necesario hacer un intento por desempeñar nuevas cosas en su vida, y al tener mejor desempeño en su nuevo estilo de vida, tendrá mejor mayor confianza e independencia.

2.3.1 El sentido de la vida

El perder un hijo produce en los padres una falta de sentido en la vida. La crisis produce una pérdida muy grande del interés por vivir. Viktor Frankl (2015), menciona que el hombre es capaz de malograr su voluntad de sentido, produciendo una frustración existencial. La búsqueda del sentido de vida constituye una fuerza primaria para el hombre, ya que el hombre es capaz de vivir o morir por sus ideales. Sin embargo, al producirse un vacío existencial, dado por la muerte de un hijo, el hombre cae en esa frustración de sentido de vida. Frankl propone que el encontrar un sentido a la existencia misma es hallar un sentido a la vida, por medio del encuentro de un sentido al sufrimiento. Al enfrentarse a una situación difícil se da la oportunidad de cumplir un sentido profundo de aceptar el

sufrimiento como tal, es decir, que el valor no reside en el sufrimiento, sino en la actitud frente a él en lograr soportarlo. Es por ello que uno de los puntos más relevantes en los procesos de adaptación por la muerte, es encontrar este sentido y así el ser humano poder vivir en ese entorno.

Kübler Ross (2013), menciona que en la vida las personas pasan por momentos difíciles de todo ámbito, pero lo que se produce ahí son lecciones que se deben aprender y eso se lo realiza eligiendo. Un gran punto para superar la depresión es la voluntad de vivir y la aceptación de los hechos, mediante el encuentro de un significado de lo sucedido.

CAPÍTULO III: EVALUACIÓN DEL GRUPO DE APOYO RENACER

En el tercer y último capítulo se expondrán los datos obtenidos y el respectivo análisis de las técnicas psicométricas aplicadas que son pertenecientes al modelo de estudio y enfocados en el objetivo de la disertación. Además, se expondrán las conclusiones y sus respectivas recomendaciones. Finalmente se expondrá la propuesta por parte de la autora de un plan de intervención grupal desde la visión del Modelo Integrativo focalizado en la Personalidad para fortalecer como una forma de trabajo para el afrontamiento de la depresión como alternativa de tratamiento individual para los procesos psicoterapéuticos.

3.1 Modelo Integrativo focalizado en la Personalidad

3.1.1 Lo integrativo

A lo largo del camino de la psicoterapia, el Modelo Integrativo, ha aportado aspectos fundamentales para la clínica y la teoría, ofreciendo diversas apreciaciones y niveles teóricos.

Para Balarezo (2003), “lo integrativo concierne a una totalidad dinámicamente articulada de partes y cuyo resultado final es diferente y más completo, complejo y útil que sus elementos aislados” (2010, p. 48), hace referencia a la integración de la personalidad, las influencias biológicas y socioculturales, que se proyectan en las expresiones afectivas, cognitivas, conductuales e interpersonales. Además, diversas corrientes psicológicas han precisado a la personalidad como eje fundamental para descripciones diagnósticas en el ejercicio psicoterapéutico (2010).

El Modelo Integrativo Focalizado en la Personalidad surge como respuesta a las diversas circunstancias de la realidad nacional, en su contexto histórico y cultural, ya que se centra en la personalidad y en la relevancia de los fenómenos de la relación durante el proceso psicoterapéutico. Es así que la flexibilidad del modelo al adaptarse cómodamente a la idiosincrasia ecuatoriana, proporciona un mejor desarrollo para el paciente. Existen características culturales que intervienen en la constitución del proceso psicoterapéutico, como son: la escasa cultura psicológica y terapéutica con apego al modelo médico; la búsqueda de tratamientos alternativos, con influencia del nivel social y de las expectativas a obtener; la relevancia del pensamiento mágico, imaginativo y asociativo en los pacientes que

no están comprometidos para el desarrollo de una automodificación, sino que esperan un cambio por una fuerza externa o un hecho sobrenatural, aquí se encuentran los símbolos y los rituales típicos de la sociedad ecuatoriana; el predominio de locus de control externo, el cual no le permite asumir el resultado de sus acciones y el deseo de la supresión de las dolencias; y finalmente, los trastornos por mediación externa. Cabe recalcar que el habitante ecuatoriano es afectivo, expresivo con sentimientos de solidaridad, arraigo y dependencia familiar.

3.1.2 El humanismo

El retorno al ser humano se basa en la credibilidad sobre su autodirección, y por sus raíces filosóficas sobresale la experiencia subjetiva objetando las nociones de: monocausalidad, policausalidad, naturaleza biológica, psicológica o social. Entonces, es consecuente que sus aspectos centrales sean: la libertad, la elección, la decisión, la responsabilidad, el estar con el mundo, las elecciones de presente y el medio (Balarezo, 2010).

La postura no directiva del terapeuta es un elemento importante en el Modelo Integrativo focalizado en la Personalidad. Roger, al realizar sus planteamientos teóricos sobre la personalidad, elabora un método psicoterapéutico al que llamó la “*Terapia Centrada en el Cliente o No Directiva*”, de la que parte el cómo el individuo experimenta una realidad y las experiencia que cada uno asume (Polanio-Lorente, Cabanyes, & Del Pozo, 2003).

La posición humanista es uno de los factores más importantes que posee el terapeuta, ya que le posibilita un respeto incondicional al paciente en calidad humana, ubicándolo de forma simétricamente frente a él. Esta posición además sitúa al terapeuta a confiar en las capacidades humanas del paciente, para así superar los conflictos que lo aborda (Balarezo, 2010).

3.1.3 Constructivismo Moderado

El constructivismo como postura epistemológica propone que el sujeto es quien construye el conocimiento del exterior y que la realidad puede ser explicada de distintas maneras. Su relación en la interacción humana es de acoplamiento estructural o de encaje mutuo en las estructuras de los organismos, los cuales son proactivos, planificadores y

orientados hacia varios objetivos. Y donde, los conocimientos son construcciones de la experiencia, de invenciones de nuevos marcos interpretativos y de procesos evolutivos, los cuales son validados por consistencias internas con las estructuras existentes del conocimiento, en conjunto con el consenso social entre observadores, mediante ajuste y viabilidad y de la diversidad de significados, posibles alternativas de interpretación y que finalmente estructura al conocimiento, es por ello que, al ser un proceso dinámico e interactivo en el cual la información externa es re-interpretada, ya que toma aportes e influencias de distintos campos del conocimiento, es decir, que por medio de los modelos que se construyen se puede conocer la realidad, además de que no se preocupa por cómo se conoce o se llega a ello (Balarezo, 2010; Feixas & Villegas, 2000).

El Modelo Integrativo focalizado en la Personalidad ha tomado al constructivismo moderado como base epistemológica, ya que aseverará la percepción de cada individuo como ser humano con distintivos propios y factores biopsicosociales, que constituyen el psiquismo. “Para garantizar nuestra existencia, los seres humanos necesitamos desarrollar y preservar un triple orden de realidad: psicológico, biológico y social. Lo que define la realidad humana es la coexistencia de estos planos en una experiencia integrada” (Fernández- Alvarez, 1996, p. 116-117). Es así que el constructivismo y su diversidad de aportes teóricos elaboran una gran contribución para el Modelo Integrativo Focalizado en la Personalidad, con visión multidisciplinaria, la cual da una perspectiva amplia, que es alimentada por contribuciones de los campos científicos como la filosofía, la biología, la física, la cibernética, entre otras. Se fundamenta en la exploración de las bases multidisciplinarias a nivel meta-teórico, la cual tiene como objeto implantar una propuesta constructivista en la Psicología y la psicoterapia, enfocando el contexto histórico de las ideas, el conocimiento de la materia, los seres vivos, los sistemas informales y el desarrollo general de la ciencia (Balarezo, 2010).

3.1.4 Personalidad

El diccionario de la American Psychological Association define a la personalidad como una integración compleja y dinámica, o totalidad moldeada por muchas fuerzas entre las que se hallan: tendencias hereditarias y constitucionales; la madurez física; la formación inicial; la identificación con individuos y grupos significativos; los valores y roles

culturalmente condicionados; y las experiencias y relaciones circunstanciales (APA, 2010, p. 373).

Para Balarezo (2010, pág. 72), la personalidad es definida como: “una estructura dinámicamente integrada de factores biológicos, psicológicos y socioculturales que establecen en el ser humano, un modo de percibir, pensar, sentir y actuar singular e individual”. Es así, que esta estructura se encuentra en constante integración, que no aísla sus factores, sino que los totaliza, ya que al considerar que el ser humano es un ente biopsicosocial que interrelaciona de igual forma cada uno de los factores biológicos, psicológicos y socioculturales, estableciéndolo como un individuo con particularidades únicas.

3.1.4.1 Tipología de la personalidad

Este enfoque toma como ejes básicos del comportamiento la cognición, la afectividad, la conducta y las relaciones interpersonales. Estos componentes son generales y característicos en todas las personalidades, tomando en cuenta que el predominio de una condición no excluye a los otros factores. Su apreciación biopsicosocial, presente en el análisis del origen, señala requisitos de primacía en cada sujeto para el establecimiento de grupos de afinidad en su expresión de predominio o déficit, y que por lo general, cuando se da un mayor equilibrio psíquico, la personalidad presenta predominio y en casos de déficit se presentan mayores dificultades personales y sociales (Balarezo, 2010).

“El valor de la tipología de personalidad en el modelo integrativo proporciona direcciones en la apreciación clínica del diagnóstico formal e informal, en el acercamiento terapéutico, en el señalamiento de objetivos y la precisión de técnicas”. (Balarezo, 2015, p. 180).

Es por ello que la personalidad se clasifica de la siguiente manera:

- Personalidades con predominio afectivo: histriónica y ciclotímica.

Caracterizadas por expresión fácil de las emociones, acercamiento social cómodo, conductas llenas de afecto, extroversión en búsqueda de estimulación externa, desinhibición y rápida congregación de sentimientos y comportamientos (Balarezo, 2010).

Tabla 6 Rasgos de personalidades con predominio afectivo

Rasgos Característicos	
Histriónica	Ciclotímica
<ul style="list-style-type: none"> • Búsqueda de apoyo y elogio. • Incomodidad cuando no es el centro de atención. • Vanidad. • Utilización de espacio físico para llamar la atención. • Exageración en la expresión emociones. • Inestabilidad, labilidad y excitabilidad. • Cambios de humor y poca tolerancia. • Sugestionable y fácil de influenciar. • Relaciones superficiales y expresión de emociones superficiales y cambiantes. • Comportamiento seductor. • Generosidad para ser elogiado. • Manipulación por medio de su verbalización. • Habla de forma subjetiva y con matices expresivos. • Considera sus relaciones más íntimas de lo que son. 	<ul style="list-style-type: none"> • Oscilación de su estado de ánimo. • Periodos de lentificación orgánica y psíquica y aceleración funcional y psíquica. • Contacto social fácil, agradable, alegre y franco, con periodos de retraimiento. • Hipersensibilidad. • Colaboración y preocupación por los demás. • Generosidad. • Poca tolerancia. • Estado de ánimo activo, trabajador, optimista, fácil de diálogo, participativo y organizador. • Estado afectivo triste, pasivo, despreocupado por su aspecto, negativo y retraído.

(Balarezo, 2010)

➤ Personalidades con predominio cognitivo: paranoide y anancástica.

Caracterizados por predominar los juicios, razonamientos y lógica en su conducta y expresión afectiva. Adherentes a sus cogniciones, afectos y comportamientos (Balarezo, 2015).

Tabla 7 Rasgos de personalidades con predominio cognitivo

Rasgos Característicos	
Paranoide	Anancástica.
<ul style="list-style-type: none"> • Deducciones sobre engaños. • Desconfianza. • Predisposición al rencor y celos. • Contrataque ante la humillación. • Expansividad del yo. • Recolección de datos para su defensa. • Generosidad por poder. • Sospecha a lo que lo rodea. • Preocupación lealtad o fidelidad. • Conservación de rencores. • Susplicacia con predisposición generalizada o injustificada • Frialdad, egocentrismo y rigidez. • Sentido combativo. • Interés por el poder y rango social. • Propensión a ser competentes. 	<ul style="list-style-type: none"> • Búsqueda de la perfección. • Rectitud y escrupulosidad. • Preocupación por los detalles, orden y reglas. • Sometimiento a pensamientos y criterios de los demás. • Apego al trabajo y productividad. • Represión afectiva. • Falta de generosidad. • Incapacidad para separarse de objetos. • Indecisión.

(Balarezo, 2010)

➤ Personalidades con predominio comportamental: impulsiva

Esta tendencia se caracteriza por la activación conductual inmediata, sin reparo en los componentes afectivos y cognitivos, con gran carga energética (Balarezo, 2010).

Tabla 8 Personalidades con predominio comportamental

Rasgos Característicos

Impulsivo

- Relaciones intensas e inestables.
- Impulsividad.
- Gusto por la actividad en espacios libres de riesgo y competencia.
- Alta tolerancia al dolor.
- Esfuerzos frenéticos para evitar el abandono.
- Alteración de la identidad con autoimagen y sentido de sí mismo.
- Inestabilidad afectiva.
- Sentimientos de vacío.

Actitudes explosivas al recibir críticas.

(Balarezo, 2010)

- Personalidades con predominio de déficit relacional: esquizoide, dependiente y evitativas.

Este grupo tiene una tendencia a la intimidad personal y retraimiento social con dificultad para la expresión afectiva externa. La cognición se desvincula del otro y se retrae hacia sí mismo, caracterizado con actitud mediática (Balarezo, 2010).

Tabla 9 Personalidades con predominio de déficit relacional

Rasgos Característicos	
Esquizoide	Dependiente
<ul style="list-style-type: none">• Disfrute en las relaciones estrechas.• Actividades solitarias y distantes.• Frialdad afectiva y reprimida, falta de expresión de sentimientos.• Dificultad para experiencias interpersonales.	<ul style="list-style-type: none">• Dificultad para la toma de decisiones.• Aprobación a los otros.• Dificultad para organizarse.• Realización de actividades desagradables por búsqueda de aceptación.

<ul style="list-style-type: none"> • Indiferencia a la aprobación. • Fantasioso. • Incapacidad para sentir placer. • Poco disfrute de actividades. • Escasa relaciones sociales. 	<ul style="list-style-type: none"> • Incomodidad ante la soledad. • Extremo sufrimiento por pérdidas. • Temor al abandono. • Receptividad a la crítica y desaprobación. • Dependencia y sumisión. • Permitir que otros tomen responsabilidad sobre su vida. • Colaboración y disciplina.
---	---

Evitativa

- Hipersensibilidad a los contactos interpersonales.
- Escasas relaciones íntimas.
- Establecimiento de vínculos solo si son seguros con la aprobación del otro.
- Evitación de actividades sociales complejas.
- Reservado.
- Huida a dificultades, riesgos y peligros.
- Represión e inhibición en las relaciones íntimas.
- Preocupación por las críticas y rechazos.
- Percepción de sí mismo como carente de habilidades sociales.

(Balarezo, 2010)

3.2 Procedimiento y análisis de datos

El Grupo de Apoyo Renacer Quito Norte, es una agrupación autodenominada moral conformada por padres de distintas edades que enfrentan la muerte de hijos. Renacer tiene un promedio de 15 miembros fijos, siendo un grupo abierto.

Mediante el Inventario de Depresión de Beck se evaluó un total de 6 personas en el mes de abril durante su primera y segunda asistencia al grupo. Seis meses después se los volvió a evaluar a los mismos seis miembros, quienes asistieron a todas las reuniones durante ese periodo, con el objetivo de relacionar los resultados de la intervención. Asimismo, se tomó una encuesta para indagar la funcionalidad y gratificación con el grupo, y el Cuestionario de Personalidad SEAPSI el cual proporciona las características personalidad, que permiten tipificar sus rasgos de predominio, para identificar la forma de manejar las pérdidas.

Muestra: 6 personas

Criterios de inclusión:

1. Pertenecer al Grupo Renacer Quito Norte.
2. Nivel de gravedad de la depresión según la escala del Inventario de Depresión de Beck.
3. Padres que enfrentan la muerte de un hijo.
4. Tiempo en el grupo para la relación más de 6 meses de participación presencial.

Criterios de exclusión:

- Personas que asisten actualmente al grupo, además del tratamiento individual, psicológico o psiquiátrico para afrontar la muerte de un hijo.

Total de encuestados

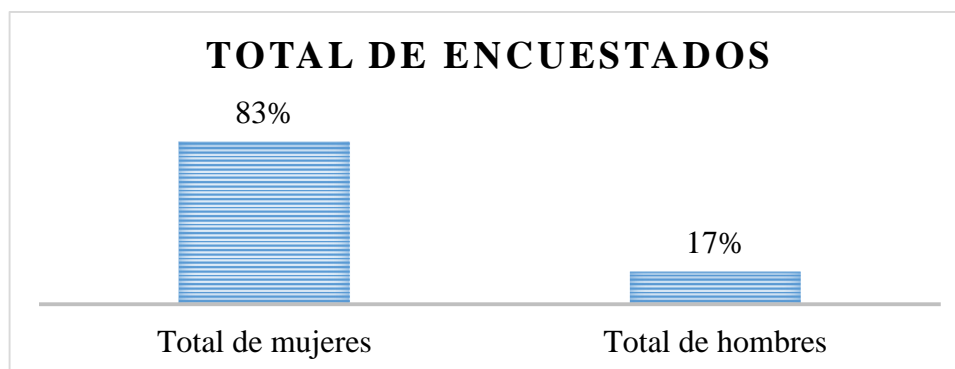


Gráfico 1 Total participantes

Se encuestó un total de 1 hombres y 5 mujeres. Llegando a un 17% de hombres y 83% de mujeres, que asistieron a todas las reuniones.

Posiblemente el mayor número de participación femenina se debe a la facilidad de aceptación que tienen las mujeres para expresar sus emociones ante la sociedad, ya que esta aprueba una mayor sensibilidad en esta población. Sin embargo, la presión que sienten los hombres para no expresar los sentimientos no significan que estos no existan, y la presencia masculina en el grupo se relaciona según los diálogos, con la experiencia de la pareja dentro del grupo.

La media promedio edad de los miembros del grupo fue de 45 años. Donde la mínima de edad fue 33 años y la máxima de edad fue 57 años.

3.2.1 Resultados obtenidos para valorar la eficacia del Grupo Renacer en el afrontamiento de la depresión.

3.2.1.1 Inventario de depresión de Beck

El Inventario de depresión de Beck BDI-II es un test creado por el psiquiatra Aarón Beck, Robert A. Steer y Gregory K. Brown, en 1961, con la última edición en 1996, el cual tuvo su última revisión para la adaptación española en 2011, las cifras de fiabilidad y del BDI fueron altas tanto en términos de consistencia interna con coeficiente alfa de Cronbach = 0,83 como de estabilidad temporal las correlaciones test-retest oscilaron entre 0,60 y 0,72 para tres subgrupos diferentes de la muestra total. Este test se conforma de 21 ítems que sirve para medir el nivel de severidad de la depresión. Investigaciones como “Ansiedad y

depresión en las interrelaciones de pareja”, tuvo la finalidad de fundamentar teóricamente como influirían la presencia de ansiedad y/o depresión en las interrelaciones de pareja. La investigación sobre la “Relación entre el nivel de depresión y las complicaciones asociadas al tratamiento de quimioterapia en pacientes oncológicos” quiso determinar la relación entre en nivel de depresión y las consecuencias de la quimioterapia en mujeres de 25 a 40 años de edad. El estudio se llevó a cabo en el Hospital, Sociedad de Lucha contra el Cáncer Núcleo de Quito (SOLCA), ambas investigaciones realizadas por la Pontificia Universidad Católica del Ecuador, utilizaron este inventario para validar su trabajo (Castellanos & Estrella, 2012; Negrete, 2016; Sanz & Vásquez, 1998).

El Inventario de depresión de Beck se utilizó con el fin de identificar la evolución del estado depresivo en los miembros del Grupo Renacer Quito Norte, y los resultados fueron los siguientes:

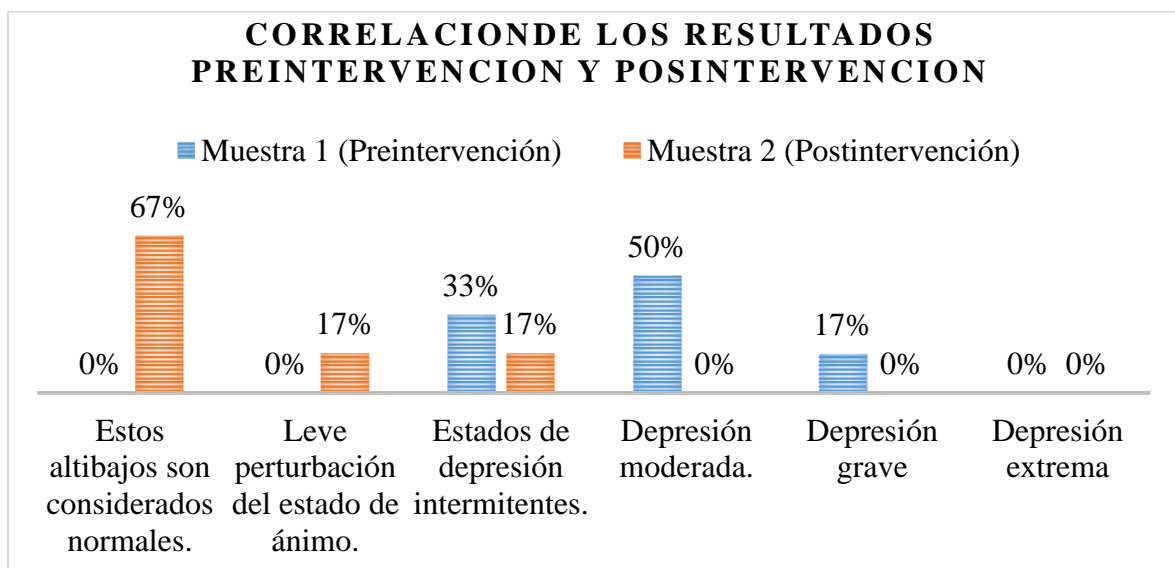


Gráfico 2 Resultados del Inventario de Depresión de Beck preintervención y posintervención

Muestra 1 (preintervención): fue aplicado en el mes de abril a 6 personas que recién ingresaron al grupo, es decir, no mantuvieron una intervención grupal, evidenciando que un 50% de los entrevistados presentan depresión moderada, un 33% estados de depresión intermitentes (depresión leve) y un 17 % depresión grave.

Muestra 2 (postintervención): que fue aplicado en mes de noviembre, a los mismos participantes 6 meses después de su primera entrevista, se evidencia que 67% de los

participantes presentaron altibajos que son considerados normales, que representa la posible ausencia de depresión. Un 17%, presento estados de depresión intermitente, figura la existencia de una posible depresión en estado leve, la cual presenta pocos síntomas que causan malestar y que son manejables, que producen un pequeño deterioro en el funcionamiento social o laboral. Y un 17% con leve perturbación en el estado de ánimo, que se traduce en un proceso adaptativo.

Desde la puntuación individual del Inventario de depresión de Beck se evidenció los resultados de las 6 personas entrevistadas, de la siguiente forma:

Tabla 10 Relación de las muestras preintervención y posintervención

	Muestra preintervención	Muestra postintervención
1	Estados de depresión intermitentes= 18	Altibajos considerados normales= 9
2	Estados de depresión intermitentes= 17	Altibajos considerados normales= 7
3	Depresión grave= 32	Estados de depresión intermitentes= 20
4	Depresión moderada= 21	Altibajos considerados normales= 9
5	Depresión moderada= 25	Altibajos considerados normales= 9
6	Depresión moderada= 27	Leve perturbación del estado de ánimo= 14
Suma		
Total	140	68

Puntuación de los niveles de depresión:

- 1-10Estos altibajos son considerados normales.
- 11-16Leve perturbación del estado de ánimo.
- 17-20Estados de depresión intermitentes.
- 21-30Depresión moderada.
- 31-40Depresión grave.
- + 40Depresión extrema.

$M1 > M2$ = el grupo resulta beneficioso para el afrontamiento de la depresión.

Es decir, que en la muestra de preintervención (M1) se evidencia niveles de depresión en comparación con la muestra de postintervención (M2), con la disminución de 72 puntos,

denotando que existe una mejoría en el estado de ánimo de los padres que llevan más de seis meses en el Grupo Renacer.

La tabla evidencia de forma individual como disminuyeron los niveles de depresión: El primer encuestado inicialmente presentaba estados de depresión intermitentes y posteriormente presento a altibajos considerados normales, el segundo encuestado presentó estados de depresión intermitentes y posteriormente un nivel a altibajos considerados normales, el tercero mantuvo inicialmente un nivel de depresión grave y posteriormente estados de depresión intermitentes, el cuarto puntuó inicialmente un nivel de depresión moderada y después altibajos considerados normales, el quinto obtuvo inicialmente niveles de depresión moderada luego bajo a altibajos considerados normales y finalmente el sexto participante obtuvo niveles de depresión moderada y posteriormente a niveles de leve perturbación del estado de ánimo.

Los resultados se podrían explicarían posiblemente los cambios en niveles de depresión de los participantes, puesto el grupo no se enfocarse en la develación ni la culpa, sino se centra en la contención emocional, que se da por medio de los fenómenos afectivos y el uso de juicios y razonamientos. Desde las herramientas creadas por los padres que han afrontado la depresión y la identificación con los otros, permiten al grupo ser un sostén emocional para los padres que acuden a él, demostrando que si existe una mejoría en el estado depresivo de los padres que afrontan la muerte de un hijo.

En definitiva, la eficacia entendida en términos de beneficio, se evidencia en la ausencia de depresión en varios miembros del Grupo Renacer Quito Norte luego de participar por un mínimo de 6 meses en las reuniones presenciales. Estos casos representan el 67% de los casos estudiados llegando a lo correspondiente a “Altibajos considerados normales”, es decir una posible ausencia de depresión, según el Inventario de depresión de Beck.

Finalmente la superación de la depresión es el beneficio que los participantes reciben del grupo y que es igual a la eficacia del Grupo Renacer Quito Norte para el afrontamiento de la depresión.

Ferro-García, R., & Vives-Montero, M. (2004) menciona que la eficacia demostrada en los resultados de los test preintervención y posintervención confirma que la eficacia

aporta datos sobre el tipo de intervención con mejores resultados en un trastorno. También que es aplicable más para los grupos. Finalmente, hace referencia a la capacidad que tiene el método de producir cambios psicológicos en la dirección esperada.

3.2.1.2 Cuestionario de Personalidad SEAPsI

El Cuestionario de Personalidad SEAPsI fue elaborado en el 2006 por la Sociedad Ecuatoriana de Asesoramiento y Psicoterapia Integrativa, su última revisión fue en 2017, el cual fue validado y estandarizado por su autor. El test que sirve para identificar los rasgos predominantes de la personalidad contiene 10 tipos de personalidad, las mismas que contienen 10 ítems de alternativas. Este cuestionario ha sido utilizado en varias investigaciones de pregrado y postgrado, por ejemplo: la investigación sobre “Propuesta de Intervención Psicoterapéutica, para tratar la Complejización del Duelo, según el Modelo Integrativo Focalizado en la Personalidad” la cual buscaba evidencia de la utilización de recursos metodológicos de asesoría y consejería psicológica, alivio somático y conocimientos de los rasgos de personalidad para lograr un instrumento de intervención útil para pacientes con diagnósticos similares. También se utilizó en la investigación sobre “Estudio del tipo de personalidad de las madres que acuden al Centro Médico Infantil Ambato No.2 y su relación con el tiempo de apego que generan con sus hijos (as) durante los meses de Enero a Abril del año 2012”, que buscaba determinar como la personalidad desde la perspectiva integrativa tiene relación con el tipo de apego que las madres generan con sus hijos. Este instrumento fue útil para argumentar los trabajos de estas disertaciones de posgrado para la obtención de maestría de la Universidad del Azuay y Universidad Central (Vásquez, 2012; Guerrero, 2013;).

El Cuestionario de Personalidad SEAPsI se utilizó con el fin de obtener una categorización e identificación de personalidades predispuestas a pertenecer al Grupo Renacer. La aplicación se hizo a la muestra de estudio y evocó los siguientes resultados:

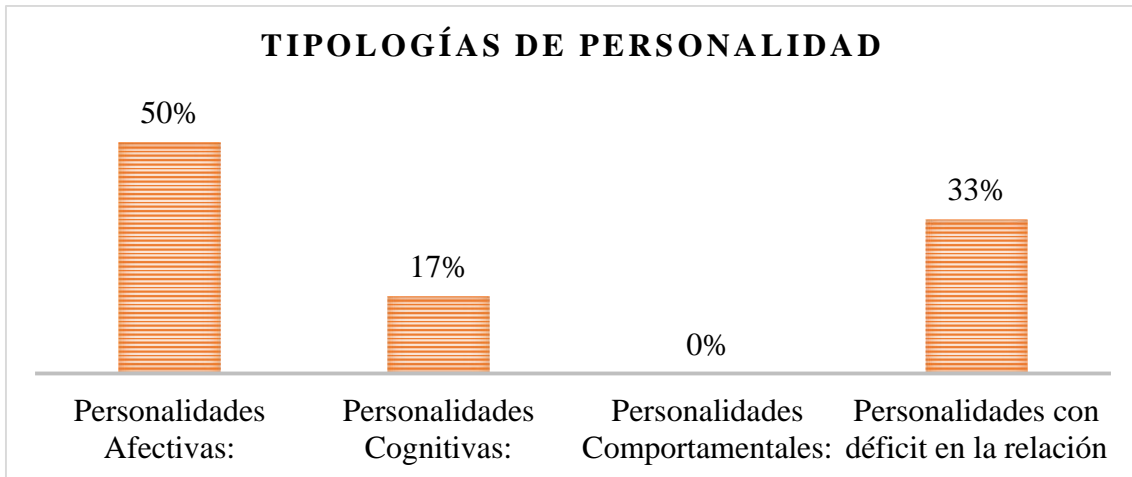


Gráfico 3 Resultados de la Tipología de Personalidad

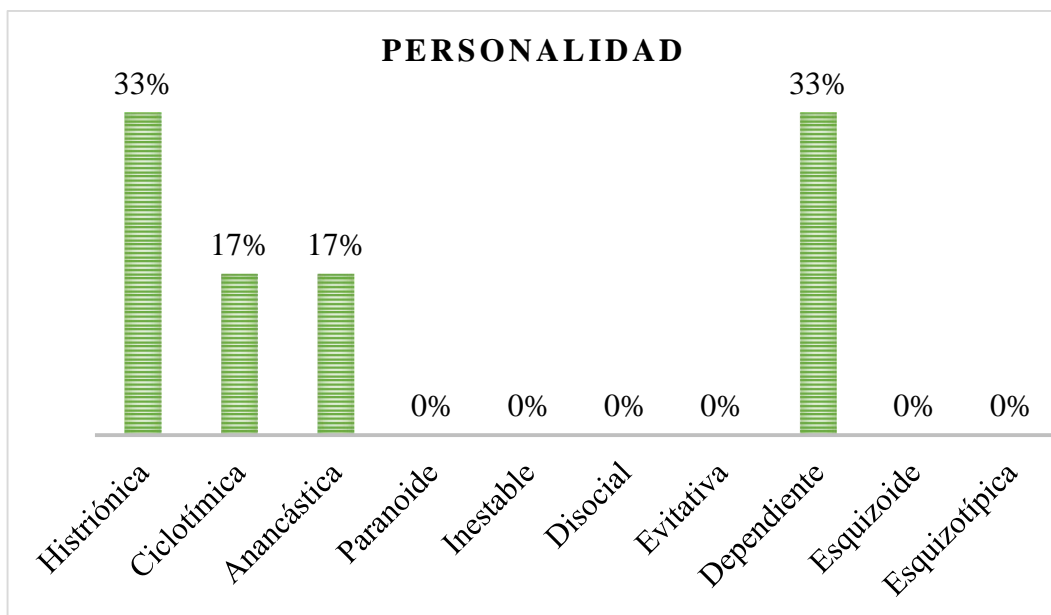


Gráfico 4 Resultados del Cuestionario de Personalidad SEAPsI

Los resultados evocan que el 33% de los participantes tiene personalidad dependiente. El mismo resultado obtuvo la personalidad histriónica. Asimismo, se obtuvo que un 17% de los participantes tienen personalidad ciclotímica, al igual que la personalidad anancástica. Podría decirse que las personalidades con predominio afectivo y las personalidades con déficit relacional se adhieren con mayor facilidad al grupo, ya que como menciona Balarezo (2016), las personalidades afectivas mantienen un acercamiento social más cómodo y busca una permanente estimulación externa y por el lado de la personalidad dependiente mantiene una dificultad para tomar decisiones cotidianas si no cuentan con consejo y reafirmación por parte de los demás, lo que hace que estas personas se coloquen

en roles que permiten complacer sus rasgos de personalidad, convirtiéndose así en una de las causas principales para no abandonar al grupo.

Influencia de los rasgos de personalidades en relación a superación de la depresión y elaboración del proceso de adaptación por la muerte de un hijo:

La personalidad es un factor significativo para la presencia de la depresión. Todas las personalidades pueden deprimirse, pero la forma de afrontamiento de las pérdidas puede actuar como factores desencadenantes y mantenedores del trastorno.

Personalidades dependientes en relación a la depresión.

Las personalidades dependientes se caracterizan por presentar extremo sufrimiento al tener pérdidas, presencia de temor al abandono e incomodidad ante la soledad, lo que hace que sean posiblemente más propensos a presentar una depresión. Los resultados obtenidos en el Inventario de Depresión de Beck fueron que, los miembros con este tipo de personalidad presentaban niveles de depresión grave, quienes se caracterizaba por la presencia de varios síntomas que dan un de malestar emocional el cual afecta a su funcionalidad. La depresión moderada, se determina por la presencia de malestar emocional no muy manejable y la funcionalidad de la persona se ve afectada, es decir, que la personalidad dependiente al ser más susceptible ante una pérdida, provoca un malestar intenso y que su funcionalidad se vea afectada, es por ello que padres al perder a sus hijos, presentan una mayor vulnerabilidad para la presencia de depresión.

Su búsqueda urgente de otra relación cuando termina un vínculo importante, convierte a los grupos de apoyo en idóneos para la proporción de cuidado y apoyo que necesitan evidenciando que, después de la intervención del grupo, algunos permanecían en estados de depresión intermitente o en leves perturbaciones en el estado de ánimo, lo que puede deberse al hecho de que sus rasgos de personalidad posibiliten una dificultad para la toma de decisiones, la necesidad de aprobación por parte de los otros, su dificultad para organizarse, la dependencia, la sumisión y el permitir que otros tomen responsabilidad sobre su vida y en es su constante subordinación a las figuras de apego de quienes dependen, hace que estas personas se arraiguen al grupo y se establezca la idea de que el Grupo de Apoyo es el único medio que aceptan para trabajar su depresión, desaprobando de manera drástica otros medios de trabajo y además quedarse en el grupo sin intenciones de dejarlo. Asimismo,

muchos de ellos obtuvieron resultados favorables después de los 6 meses de intervención dando una evidencia de una estabilidad emocional, puntuando altibajos considerados normales, lo cual da evidencia de una mejoría.

Personalidades histriónicas en relación a la depresión.

La personalidad histriónica se caracteriza por una búsqueda de apoyo y elogio, presenta incomodidad cuando no es el centro de atención, es vanidoso, disfruta de la utilización de espacio físico para llamar la atención, con exageración en la expresión emociones, es sugestionable y fácil de influenciar, su comportamiento es seductor, gran generosidad para ser elogiado, es un gran manipulador por medio de su verbalización, habla de forma subjetiva y con matices expresivos y considera sus relaciones más íntimas de lo que son, por lo que es posible que gracias a sus rasgos de personalidad más flexibles esta se predispone a la superar su depresión, y solo mantengan ciertos altibajos considerados normales (ausencia de depresión). Asimismo, gustan por pertenecer a un grupo, ya que les permite expresar todas las características mencionadas anteriormente. Por lo general, aquí se encuentran los líderes.

Personalidades ciclotímicas en relación a la depresión.

El ciclotímico se caracteriza por una oscilación de su estado de ánimo, por periodos de lentificación orgánica y psíquica, así como la aceleración funcional y psíquica, hipersensibilidad, y un estado afectivo triste, pasivo, despreocupado por su aspecto, negativo y retraído, lo que hace que se mantengan altibajos que son considerados normales después de los 6 meses de la intervención. Es por ello que, el tener un contacto social fácil, ser agradable, alegre y franco, con periodos de retraimiento, ser colaborador y tener preocupación por los demás, conjuntamente tener un estado de ánimo activo, ser trabajador, optimista, y de fácil comunicación con los demás, ser participativo y organizado hace que este tipo de personalidad se integren fácilmente a un grupo de apoyo.

Personalidades anancásticas en relación a la depresión.

Los anancásticos por su sometimiento a pensamientos y criterios de los demás e indecisión, hace que se enraícen al grupo de apoyo, mantener de cierto modo la dependencia. Ya que, al mantener gran preocupación por los detalles, orden y reglas, ser propensos a una

represión afectiva y una gran incapacidad para dependerse de objetos hace que solo mantengan ciertos altibajos considerados normales (ausencia de depresión), ya que su estructura se le es difícil dependerse, y buscan ideas para mantenerlos presentes.

3.2.1.3 Encuesta

La encuesta se aplicó al grupo de control para identificar la funcionalidad de los padres después de la muerte de un hijo, la gratificación que mantiene los miembros con el grupo y la efectividad que tuvieron ellos en el grupo de apoyo para la elaboración del proceso de adaptación y afrontamiento de la depresión, además si los grupos de apoyo son el único medio eficaz o si otros medios también son válidos para este tipo de crisis de la vida.

Estado civil

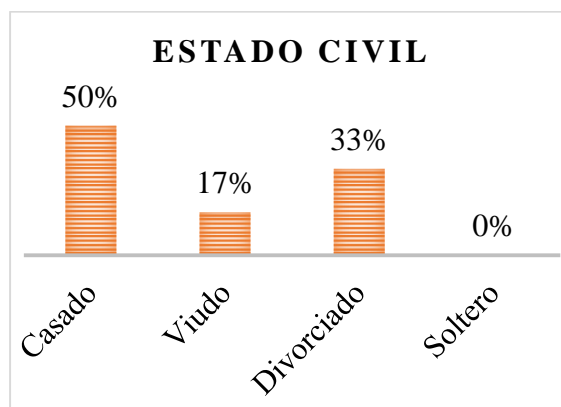


Gráfico 5 Estado civil de los participantes

El 50% de los participantes se encuentran casados. Le sigue un 33% de personas divorciadas, estas personas afirmaron que la separación se dio después de la pérdida del hijo, ya que, la pérdida trajo muchos temas no resueltos como pareja, finalmente se dio que un 17% son viudas, y en estos casos la muerte del cónyuge fue junto a la pérdida del hijo. El grupo afirmó que en muchos de los casos llega primero una persona y con el tiempo se une al grupo su pareja.

Estado laboral

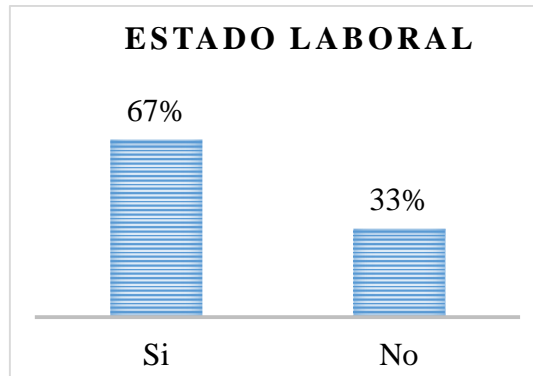


Gráfico 6 Estado laboral de los participantes

El 67% de los participantes se encuentran activamente laborando, solo un 33% dejó de trabajar por ser ama de casa, ya que desde la muerte del hijo se cambiaron muchos roles, en algunos casos la mujer decide dejar el trabajo para enfocarse en la crianza más cercana con los otros hijos y cuidado familiar más presente.

Forma de muerte del hijo

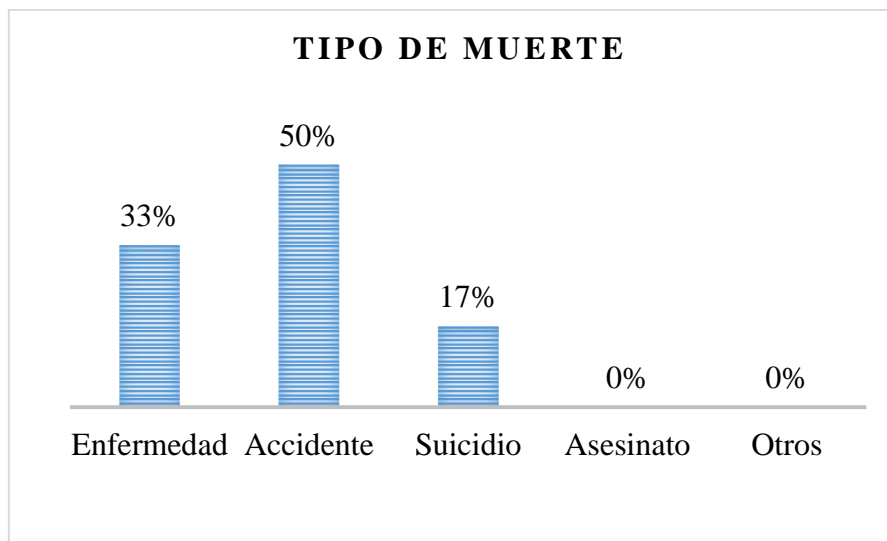


Gráfico 7 Forma de la muerte del hijo

El 50% de los encuestados habían perdido a sus hijos por algún tipo de accidente, muchos de ellos fueron automovilísticos, un 33% por enfermedad y un 17% por suicidio. De esta forma, se evidencia que la mayoría de las muertes se dieron de una forma violenta, sea por un accidente o por un suicidio, estos padres pasaron por momentos más trágicos al volver a ver a sus hijos.

Tiempo la pérdida del hijo en meses previo al ingreso al grupo

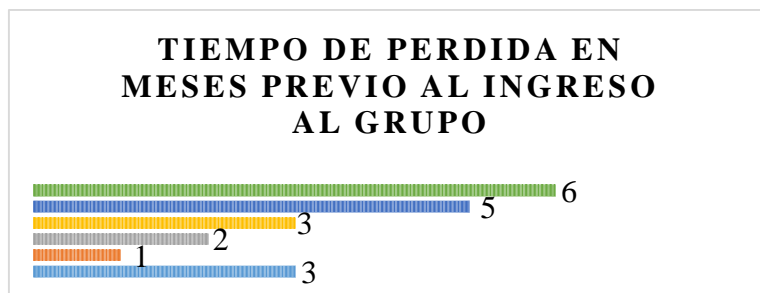


Gráfico 8 Tiempo en meses de la pérdida del hijo

El gráfico evidencia a los padres el tiempo de la pérdida en relación al ingreso al Grupo Renacer Quito Norte, lo que da por sentado que por lo general ingresan en los primeros seis meses a partir de la pérdida.

Nivel de satisfacción de los participantes con el Grupo Renacer

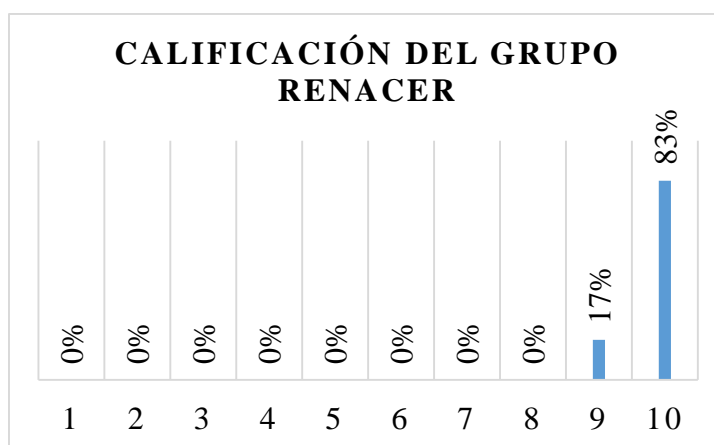


Gráfico 9 Calificación de los participantes al Grupo Renacer

Se evaluó el nivel de satisfacción al grupo para la identificación de que tan cómodos se sienten los miembros con la forma de trabajo para el afrontamiento de la depresión, donde 1 es el menor grado de satisfacción y 10 el mayor grado de satisfacción con la forma de trabajo. Lo que dio como resultado que, el 83% de los participantes califican al grupo con la máxima nota de 10 en esta escala, que significa gran satisfacción y gran eficacia (beneficio) con la forma de trabajo, el 17% lo califica con un puntaje 9, que significa una complacencia y beneficio del grupo. Reconociendo así los participantes con una gran satisfacción del grupo, ya que todos apuntan una satisfacción sobre la media de la escala. Lo que evidencia que se sienten muy cómodos con esta forma de trabajo. La satisfacción y beneficio para los miembros ha sido de forma positiva.

Cuestionario sobre la eficacia de los grupos de apoyo

La finalidad de las siguientes preguntas fueron valorar la eficacia igual beneficio de los grupos de apoyo para el afrontamiento de la depresión que se da por la muerte de un hijo, además de la identificación de la eficacia de este modelo de intervención y su relación hacia otras formas de intervención más especializadas.

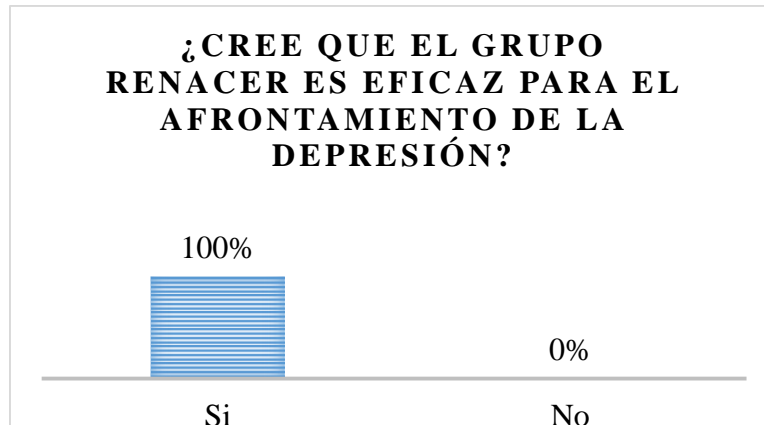


Gráfico 10 ¿Cree que el Grupo Renacer es eficaz para el afrontamiento de la depresión?

El 100% de los participantes opinan que el Grupo Renacer es eficaz para el afrontamiento de la depresión después de la muerte del hijo. Ellos mencionan que, el grupo les ha brindado herramientas para el afrontamiento de la depresión al perder a sus hijos, por medio de la contención emocional e identificación.

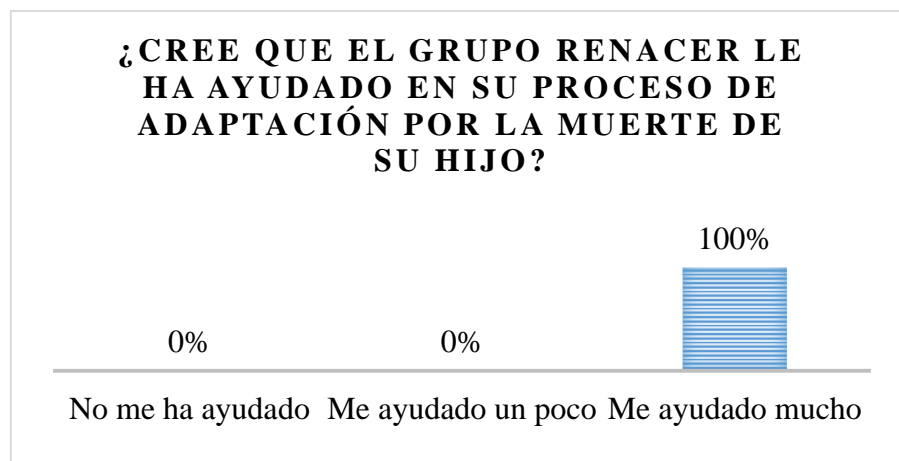


Gráfico 11 ¿Cree que el Grupo Renacer le ha ayudado en su proceso de adaptación por la muerte de su hijo?

El 100% cree que el Grupo Renacer le ha ayudado en su proceso de adaptación por la muerte de su hijo. Se relación a la respuesta anterior, pues los encuestados mencionan que el grupo los ha ayudado a superar la depresión que presentaban, adaptándose al nuevo estilo de vida que enfrentan.

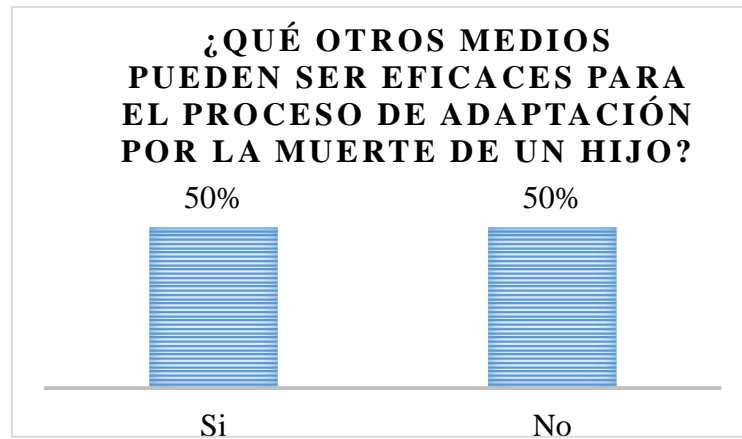


Gráfico 12 Respuesta: ¿Cree que el Grupo Renacer es el único medio para afrontar el proceso de adaptación por la muerte de un hijo?

El 50% de los participantes opinan que Grupo Renacer no es el único medio para trabajar el proceso de adaptación por la muerte de un hijo. Un 50 % opina que si es el único medio. Lo que deja evidencia que aún se da un dilema frente a la aceptación de otras formas de trabajo para la elaboración del proceso de adaptación por la muerte de un hijo. Esta respuesta tiene relación con el nivel de información que poseen los integrantes acerca de otras alternativas de trabajo, ya que al grupo pertenecen psicólogos y coaches motivacionales, quienes informan de otras alternativas de respuesta. El coordinador se adhiere a la idea de que todo aporte para la elaboración del proceso de adaptación y afrontamiento de la depresión por la muerte de un hijo es válido y beneficioso, ya que la idea es que los padres superen esta crisis.

Los miembros que no son parte de la idea de usar otros medios para la superación de esta crisis, abrazan la idea de que ninguna otra persona que no haya pasado por esta situación entenderá el significado de la pérdida.

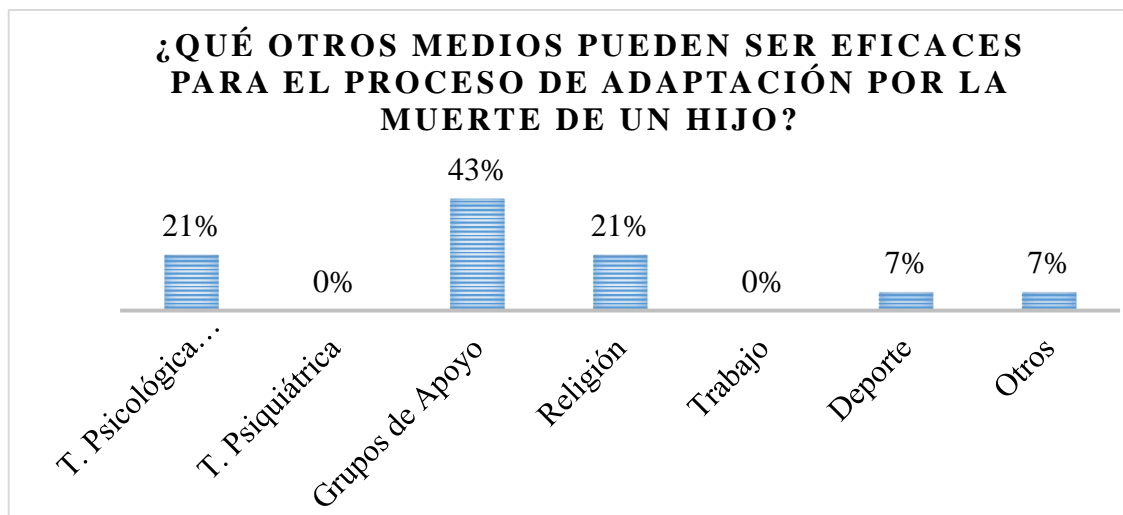


Gráfico 13 Respuesta: ¿Qué otros medios pueden ser eficaces para el proceso de adaptación por la muerte de un hijo?

La mayoría de los miembros mantienen la idea de que los grupos de apoyo son la forma más conocida para trabajar el proceso de adaptación. Le sigue la terapia psicología como otra forma eficaz y con la cual también se sienten cómodos. Por otro lado, piensan que la religión es un factor importante en la vida para superar una pérdida, y aspectos como el deporte, el trabajo y otras rutinas de vida como el yoga, la meditación y las lecturas ayudan a que se dé un mejor proceso de adaptación, todos estos aspectos se relacionan a formas de superación de la pérdida del hijo y el afrontamiento de la depresión, ya que todos ellos corresponden a un cambio e intervención en la crisis. Finalmente, la terapia psiquiátrica no es tan acogida por el grupo, ya que está en desacuerdo con el uso de fármacos para la superación de la muerte del hijo, y prefieren un trabajo en el cual se afronte de manera directa.

Datos obtenidos en los padres que son miembros y su evolución en el Grupo Renacer

A continuación se relacionará el estado depresivo, con las características de los participantes como son: la forma de percibir, pensar, sentir y actuar singular e individual y que constituyen la personalidad, su funcionalidad y el rol que cumple en el grupo.

En depresión grave moderada y se encontraban personas con las siguientes características:

Algunos miembros del grupo de control que presentaron depresión grave y moderada en su mayoría evidencian rasgos de personalidad dependiente, histriónicas, ciclotímica y anancástica.

Varios de ellos se encontraban casados o eran viudos. Con respecto a su funcionalidad, esta se encontraba afectada, ya que varios habían dejado su trabajo por motivo de la muerte del hijo. La forma de la muerte de los hijos de los padres con depresión moderada fue la mayoría de forma violenta, lo que puede volver más intenso el proceso de superación, pero muchos de ellos después de los 6 meses de intervención, evidenciaron ausencia de depresión, presentando un estado de depresión leve, evidenciando de esta manera una mayor estabilidad en su funcionalidad y manejo de emociones, además de adherirse a la idea de trascendencia que el grupo maneja sobre la muerte y el sentido de la vida.

Personas con estados de depresión intermitente presentaron las siguientes características:

Las personas que presentaron estados de depresión intermitente, mostraron como resultado personalidades histriónicas y ciclotímicas, en la cual, parte de funcionalidad social y laboral se vio levemente afectada, aquí tenemos personas que pasaron divorcios después de la muerte del hijo, pero que cuentan con estabilidad laboral y se mantienen moderadamente activos. Además, estos padres perdieron a sus hijos de forma inesperada y por enfermedades. Su apego al grupo es importante, ya que su uso de fenómenos afectivos los ayudó a que pasaran a mantener altibajos considerados normales, aquí varios afirman que solo el grupo es eficaz para el afrontamiento de la depresión por la muerte de un hijo, y acepta otras formas de intervención más especializadas. Y con respecto a su funcionalidad no se ve actualmente afectada y con mayor estabilidad.

3.2.2 Propuesta del plan de intervención grupal desde la visión del Modelo de Psicoterapia Integrativa focalizada en la Personalidad.

La propuesta del plan de intervención grupal desde la visión del Modelo de Psicoterapia Integrativa focalizada en la Personalidad, se desarrollará en 10 sesiones, donde las primeras sesiones se enfocarán en la recolección de información para establecer un diagnóstico grupal; las sesiones intermedias estarán destinadas a la identificación de la dinámica grupal y la elaboración de la propuesta sobre el abordaje de la problemática y las sesiones finales, estarán encaminadas a la aplicación de las nuevas estrategias de intervención.

Además, se proponen un perfil para el psicoterapeuta del plan de intervención grupal adaptado de Balarezo (2010). Por un lado, el adaptarse y el ejercer una coordinación con el equipo, es una capacidad esencial para un buen trabajo grupal. Este recurso ayudará para el manejo en las relaciones interpersonales y favorece la formación de alternativas para el desarrollo adecuado de las funciones y abordaje grupal. Por otro lado, se recalca algunas habilidades grupales como: la predisposición al liderazgo, vocación de ayuda, la capacidad para tomar decisiones en consenso, la observación disciplinaria y conducción grupal.

Primera sesión

Se recolecta información sobre las expectativas, la motivación a pertenecer al grupo y las historias individuales que generaron la problemática.

Objetivo:

Descripción general del grupo, para identificar la problemática.

Actividad:

- Presentación general de los objetivos y dinámica de trabajo grupal.
- Presentación individual de los miembros del grupo incluyendo, la motivación y expectativas, mediante el compartir las historias individuales.

Segunda sesión

Se identifican las demandas implícitas y explícitas de los miembros. Que pueden relacionarse con:

- Búsqueda de ayuda para la superación de los síntomas
- Necesidad de un grupo pertenencia
- Remisión de profesionales
- Curiosidad de otro método no psicoterapéutico

Objetivo:

Analizar la problemática grupal e individual.

Actividad:

- Lluvia de ideas

Tercera sesión

Se identificará la diagnóstico grupal por medio de una ficha integrativa de evaluación psicológica para la recolección de datos grupales:

1. Análisis de las expectativas del grupo.
2. Datos informativos del grupo y de los miembros para la identificación de la dinámica grupal.
3. Demanda grupal.
4. Descripción sobre la problemática.
5. Descripción de las características individuales

Objetivo:

Diagnóstico de los miembros

Actividad:

- Aplicación de reactivos:
 - Cuestionario de Personalidad SEAPsI
 - Inventario de depresión de Beck

Cuarta sesión

Se observan las formas de afrontamiento propias del grupo para identificar las fortalezas y debilidades.

Objetivo:

Identificar la forma de funcionamiento habitual del grupo.

Actividad:

- Formar equipos de trabajo de 3 a 5 personas, para la realización de una matriz FODA.

Quinta sesión

Ya identificadas las debilidades grupales que mantienen la problemática, se proponen estrategias de acercamiento y formas de comunicación individual adecuadas.

Objetivo:

Modificar la dinámica grupal.

Actividad:

- Se proponen nuevas tácticas de forma de acercamiento de acuerdo a la personalidad.

Sexta sesión

El grupo aplica las nuevas estrategias de contención y reflexión grupal e individual, las cuales siempre se adaptan a cada grupo. El psicoterapeuta se enfoca en la valoración del desarrollo de los objetivos y las estrategias utilizadas con cada uno de los miembros y la dinámica grupal.

Objetivo:

Flexibilización de los rasgos de personalidad.

Actividad:

- Se aplican nuevas tácticas de forma de acercamiento de acuerdo a la personalidad de forma individual, mediante entrevistas.

Séptima sesión

Se solventan las dudas o problemáticas que el grupo evoca en torno a la aplicación de nuevas estrategias de afrontamiento y comunicación individual para mejorar el nivel de contención emocional.

Objetivo:

Resolución de conflictos individuales por la flexibilización de rasgos de personalidad.

Actividad:

Psicoterapia individual

Octava sesión

Se receptan propuestas de cambio sobre las estrategias aplicadas en el grupo, que se generan desde los integrantes.

Objetivo:

Comprometer a los miembros del grupo con el nuevo estilo de vida.

Actividad:

- Consensos grupales.

Novena sesión

El psicoterapeuta recapitula el trabajo grupal con los miembros, donde estipulan el logro de sus objetivos. Y se evalúa el estado anímico de los miembros, en conjunto al análisis de sus metas.

Objetivo:

Reafirmar los contenidos y compromisos grupales.

Actividad:

- Collage fotográfico antes de la intervención y las fotos actuales.
- Aplicación de monitoreo del Inventario de depresión de Beck

Decima sesión

Finalmente, el psicoterapeuta estará en capacidad de distinguir los casos que ameriten psicoterapia individual, tomando en cuenta todo lo realizado, se proporciona información a los miembros del grupo sobre una lista segura de profesionales a los que se puede acudir y además se realiza la remisión de casos que ameriten intervención psicoterapéutica.

Objetivo:

Prevención de recaídas y cierre.

Actividad:

- Expresión de emociones mediante técnicas de cierre simbólico.

3.4 Conclusiones y recomendaciones.

3.4.1 Conclusiones

1. El Grupo de Apoyo Renacer Quito Norte es beneficioso (eficaz) para el afrontamiento de la depresión en la mayoría de los padres participantes que enfrentan la muerte de un hijo con un puntaje elevado en el Inventario de Depresión de Beck.

En relación a la hipótesis de la disertación la cual es “El Grupo de Apoyo Renacer Quito Norte es eficaz para el afrontamiento de la depresión en padres que afrontan la muerte de un hijo”. Se confirma, ya que su eficacia (beneficio) se basa en el acompañamiento y la contención emocional. Por medio de la fomentación de la resiliencia y el logro de la identidad; puesto que los reconocimientos externos y la validación de los sentimientos permiten superar la depresión en ciertos casos.

2. Se determinó que la eficacia (beneficio) de los grupos de apoyo puede depender de los rasgos de personalidad y los factores biopsicosociales, ya que los grupos de apoyo

trabajan fundamentalmente en fenómenos afectivos y a través de juicios y razonamientos, por esta razón, las personalidades con rasgo de predominio afectivo y cognitivo muestran un mayor beneficio y desarrollo de las herramientas para el afrontamiento de la depresión que proporciona el grupo.

3. En depresiones moderadas o graves, además del grupo de apoyo se requiere formas de intervención más especializadas.

En el caso de algunas personalidades dependientes, las cuales aún se mantienen en estados depresivos, corren el riesgo al insertarse en el grupo, de reafirmar los rasgos dependientes y las gratificaciones obtenidas mantengan la depresión, ya que el grupo quita de forma involuntaria la capacidad de decisión. Y la intervención profesional ayudara a que dichos casos se trabajen de forma más profunda y se resuelvan de manera más adecuada.

3.4.2 Recomendaciones

1. Considerar al Grupo de Apoyo Renacer como una forma de intervención complementaria a los procesos psicoterapéuticos para el afrontamiento de la depresión en padres que han perdido un hijo con síntomas de depresión, y como acompañamiento de los procesos de adaptación en padres que han perdido un hijo que no presentan depresión.

2. Realización de un plan piloto con la propuesta del plan de intervención grupal desde la visión del Modelo de Psicoterapia Integrativa focalizada en la Personalidad, para los trabajos grupales, en dirección de un psicoterapeuta.

3. Identificación de los miembros por parte de los coordinadores para la derivación de casos desde el grupo hacia la intervención profesional, para lo cual se debe tener una red de contactos profesionales seguros de la salud mental.

4. Preintervención psicoterapéutica a las personas que deseen ser miembros de los grupos de apoyo, para una mejor resolución de los conflictos.

Bibliografía

- American Psychiatric Association. (2014). *Manual de Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-5* (5ta ed ed.). Madrid: Editorial Médica Panamericana .
- American Psychological Association. (2010). *APA. Diccionario conciso de Psicología*. México: Manual Moderno.
- Balarezo, L. (2009). *El Alcoholismo*. Quito: Centro de Publicaciones de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador .
- Balarezo, L. (2009). La Demanda Psicológica en las Nuevas Condiciones Psicosociales del Postmodernismo. *Revista de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador*(88), 27-31.
- Balarezo, L. (2010). *Psicoterapia Integrativa Focalizada en la Personalidad*. Quito: UNIGRAF.
- Balarezo, L. (2015). Psicoterapia integrativa focalizada en la personalidad. *Revista de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador*(100), 173-178.
- Balarezo, L. (2016). *Psicoterapia*. Quito: Centro de publicaciones de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador.
- Balarezo, L., & Lima, S. (2009). *El alcoholismo: una perspectiva integrativa*. Quito: Centro de Publicaciones PUCE.
- Berti, G. (2012). Trastornos de la especialidad. Crisis existenciales de la modernidad líquida. *Avances en psicología. Revista de la Facultad de Psicología y Humanidades.*, 20(2).
- Berti, G., & Schneider, A. (2015). *Donde la palabra calla: Reflexiones sobre la muerte de un hijo. Un camino de transformación interior*. Buenos Aires: Grijalbo.
- Berti, G., & Schneider, A. (2003). Logoterapia y ayuda mutua en el proceso de duelo. *Revista Mexicana de Logoterapia*(10).
- Bowlby, J. (1993). *La Pérdida: Tristeza y depresión*. Barcelona: Paidós.
- Castellanos, P., & Estrella, C. (2012). *Ansiedad y depresión en las interrelaciones de pareja*. Obtenido de <http://repositorio.puce.edu.ec/bitstream/handle/22000/5508/T-PUCE-5736.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Conesa, M. (2008). *El arte de ser padres: Modelos para reconocer y corregir formas erróneas de educar a los hijos*. Madrid, Mexico, Buenos Airesñ-: EDAF.

- Cuadrado, D. (Marzo de 2010). Las cinco etapas del cambio. *Capital Humano*(241), 54-58.
- Díaz, I. (2000). *Bases de la terapia de grupo*. México: Pax México.
- Feixas, G., & Miro, M. T. (1993). *Aproximaciones a la psicoterapia: Una introducción a los tratamientos psicológicos*. Barcelona: Paidós.
- Feixas, G., & Villegas, M. (2000). *Contructivismo y Psicoterapia*. Bilbao: Desclée.
- Fernández-Alvarez, H. (1996). *Fundamentos de un modelo integrativo en psicoterapia*. Buenos Aires: Paidós.
- Ferro-García, R., & Vives-Montero, M. (2004) *Un análisis de los conceptos de efectividad, eficacia y eficiencia en psicología*. Obtenido de:
https://medtrad.org/panacea/IndiceGeneral/n16_tradyterm_FerroG-VivesM.pdf
- Frankl, V. (2015). *El hombre en busca del sentido* (3ra ed.). Barcelona: Herder.
- Gervilla, E. (2003). *Educación familiar: Nuevas relaciones humanas y humanizadoras*. Madrid: Narcea.
- Guerrero, X. (2013). *Estudio del tipo de personalidad de las madres que acuden al Centro Médico Infantil Ambato No.2 y su relación con el tiempo de apego que generan con sus hijos (as) durante los meses de Enero a Abril del año 2012*. Obtenido de <http://dspace.uazuay.edu.ec/bitstream/datos/3309/1/10083.PDF>
- Kübler Ross, E. (1994). *Sobre la muerte y los moribundos* (4ta ed.). Barcelona: Grijalbo.
- Kübler Ross, E. (2013). *La rueda de la vida*. Barcelona: Ediciones B.
- Martinez, R. (2010). *Cicatrices del corazón: Tras una pérdida significativa*. Bilbao: Desclée de Bouwer.
- Montoya, J. (2012). *Perdida, aflicción y luto: Manual para la recuperación*. México: Trillas.
- Negrete, A. (2016). *Relación entre el nivel de depresión y las complicaciones asociadas al tratamiento de quimioterapia en pacientes oncológicos*. Obtenido de <http://repositorio.puce.edu.ec/bitstream/handle/22000/11049/DISERTACI%C3%93N%20MISHEL%20NEGRETE%20ORTIZ.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Polanio-Lorente, A., Cabanyes, J., & Del Pozo, A. (2003). *Fundamentos de psicología de la personalidad*. Madrid: Rialp.
- Sanz, M. (2014). *Terapia Grupal: Manual para la acción*. Madrid: Grupo 5.
- Sanz, J., & Vázquez, C. (1998). Fiabilidad, validez y datos informativos del Inventario de depresión de Beck. *Psicothema*, 10(2), pp. 303-318.

Vásquez, A. (2012). *Propuesta de Intervención Psicoterapéutica, para tratar la Complejización del Duelo, según el Modelo Integrativo Focalizado en la Personalidad*. Obtenido de <http://dspace.uazuay.edu.ec/bitstream/datos/3055/1/09334.pdf>

Vázquez, F., Otero, P., Blanco, V., & Torres, A. (2015). *Terapia de solución de problemas para la depresión*. Madrid: Alianza.

Zastrow, C. (2008). *Trabajo social con grupos*. Madrid: Paraninfo.

ANEXOS

ANEXO 1

IDEAL DEL GRUPO RENACER



GRUPO RENACER ECUADOR

Quito, 10 de Enero de 2017



FRENTE A LA NAVIDAD Y AL AÑO QUE SE INICIA

Cuando se pierde un hijo, la vida se da vuelta como un guante de goma que uno se saca de la mano, como los guantes finitos de los cirujanos que la única manera de sacárselos es dándolos vuelta y todo lo que estaba afuera queda adentro y todo lo que estaba adentro quedó afuera.

Así comienza a ser la vida para nosotros.

Cuando viene un aniversario, cuando viene un cumpleaños, cuando viene el día del padre o de la madre, cuando llega la Navidad o el año nuevo, un lamento frecuente es "no tengo a mi hijo que me haga un regalo" o me trasmite un augurio de felicidad..

Entonces, hay que ponerse en el lugar que se ha dado vuelta la vida, porque ahora nosotros tenemos que regalarle a nuestro hijo y lo único que tenemos para regalarle es nuestra vida y la manera como vivimos ese día.

Antes, cuando los chicos estaban, nosotros veíamos la vida a través de sus ojos, ahora ellos ven la vida a través de nuestros ojos y la obligación que tenemos es qué es lo que les vamos a dejar ver a través de nuestros ojos.

¿Les vamos a dejar ver todas las miserias, todas las penas, todo lo feo o vamos a dejarles ver la belleza que todavía tiene la vida?

Seguimos siendo responsables y el papel se dio vuelta y ahora soy yo el que tengo que hacerle un regalo a mi hijo, con la manera como vivo.

Apelamos al poder de transformación inherente del ser humano, que muchas veces yace dormido en su interior que es la forma más rápida y segura de arrancar a un papá del círculo de dolor, de culpa, de bronca y de tanta emoción encontrada y dañina de los primeros tiempos o durante años de mal vivir sin encontrar el camino. Es ayudarlo a ver o intuir la luz del sentido más allá de las lágrimas asumiendo responsabilidad por su vida y lo que le toca vivir.

Apelamos a la responsabilidad del padre frente a su hijo, a lo que se espera de él frente a la vida misma y, en un acto supremo de amor y autorrenuncia, los invitamos a levantarse por encima de su dolor, a saltar sobre la barrera de sus emociones, a elevar la mirada hacia el horizonte, para poder descubrir el sentido de su vida, aquel que sólo él puede realizar.

¿Qué podemos dar por ellos? Sólo lo mejor de sí mismo, cualquier otra cosa no sería digna."

Lo mejor de nosotros mismos.

¿Quién quiere dar llanto, quién dar pena en homenaje a un hijo? ¿quién quiere dar miseria en homenaje a un hijo? ¿quién quiere dar odio en homenaje a un hijo? ¿quién quiere dar bronca en homenaje a un hijo?

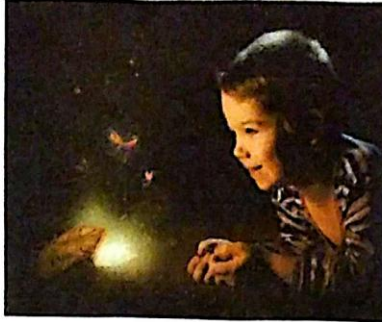
Nadie.

Nuestra propia conciencia nos va a decir cuál es el homenaje correcto.

Que nuestros hijos, estrellas fugaces que pasaron por nuestras vidas, nos ayuden a transformarnos, cambiando nuestras vidas en un renacer vivido en su homenaje.

GRUPO RENACER ECUADOR

QUITO, 07 DE FEBRERO DE 2017



COMO VIVO MI VIDA, PARA QUE SIRVE TANTO DOLOR , QUE HAGO CON EL ???

La vida, dice Víctor Frankl, no es un pergamino que deba ser leído, sino un libro que debe ser escrito, entonces hay que escribir el libro, hay que dejar de entretenerse en leer el pergamino, hay que decir: ¡Basta! no puedo cambiar lo que pasó, no puedo traer a mi hijo de vuelta.

Tengo que aprender qué es lo que puedo hacer de valioso todavía por delante, qué es lo que puedo aprender de tanto dolor.

En el fondo, la tragedia no es perder un hijo, la tragedia es perder un hijo y no aprender nada de eso, porque entonces su muerte fue en vano, una muerte sin sentido, una muerte absurda.

Como padre tengo la obligación de que no sea de esa manera y solamente cada uno lo puede cambiar, solamente cada uno puede decidir qué es lo que va a aprender de esto, si voy a llorar, que pueda regar las plantas del jardín, es decir, que el dolor nuestro y nuestra tragedia sea en vano y no tenga sentido seguir mirando hacia atrás, eso no conduce a ningún lado, vas a quedar cristalizado como la mujer de Lot, hecha un montón de sal.

El resultado final es que vamos a haber muerto con nuestro hijo y así habremos hecho de nuestro hijo nuestro verdugo.

Ese mensaje, repito, yo no quiero darlo y el único elemento para no darlo es mi vida y la manera en que la vivo, no tengo otra cosa, no hay otra manera.

¿Cómo vivo mi vida? ¿Qué es lo que hago con tanto dolor? ¿Para qué sirve este dolor?

Que yo sepa para una sola cosa, para hacerte más solidario y ayudar a otra persona a que sufra menos. Pero si quieres ayudar a otra persona a que sufra menos, no puedes acercarte a ayudarla y decirle ¿cómo estás? yo también perdí un hijo, ¡Ah! y tengo tantas culpas y todavía no puedo tal y cual otra cosa...

¿Qué clase de ayuda es esa?

Cuando uno está dispuesto a ayudar a otra persona, se tiene que olvidar de su propio dolor, se tiene que olvidar del dolor, tiene que decirle yo también perdí un hijo y sé que se puede salir adelante.

Alicia y Gustavo Berti.

GRUPO RENACER ECUADOR

Abril, 4 del 2017



Dejemos entrar la luz

Si al enfrentarnos a circunstancias extremadamente negativas, asumimos una actitud positiva, encontramos un gran consuelo en el hecho de que no necesitamos perder autoestima: podemos, aún, con orgullo, llevar nuestro sufrimiento con dignidad y ser, así, un espejo para otros padres en sus propias tragedias.

Elisabeth Kübler Ross nos dice que las partidas prematuras son una lección de amor incondicional, y nuestros hijos son los maestros del verdadero y desinteresado amor, el que no tiene reclamos ni expectativas, ni siquiera necesita de su presencia física.

Dejando fluir estos sentimientos en nuestro interior, daremos paso al nacimiento de un nuevo ser en nosotros, un ser capaz de disfrutar nuevamente del sol y de la naturaleza en todo su esplendor, un ser que no se resentirá con la vida, porque ha comprendido la muerte, que no rechazará el dolor, porque ha sabido aprender de él, y que se acercará a otros que sufren ayudándolos a realizar su propio aprendizaje hasta encontrar la luz.

Ante la profunda señal de alerta implícita en una crisis, el hombre despierta a su intuición y sabe que la salida existencial está por delante suyo, en lo que aún queda por realizar de ese futuro en el que yacen las posibilidades aún no realizadas, se da cuenta que la única manera de eliminar la oscuridad es dejando entrar la luz.

De la misma manera que no es culpa del sol si cerramos las ventanas y no dejamos entrar su luz, tengamos bien en cuenta eso, porque depende de nosotros abrir las ventanas a la luz.

A los papás nuevos les decimos que la luz está allí, es esa luz maravillosa, especialmente luminosa de los hijos, que iluminará ese nuevo camino que nos trazaron y que nos dejaron para siempre; esa es nuestra responsabilidad.

Para eliminar la oscuridad, todo lo que es necesario, es dejar entrar la luz, cuando nosotros vamos a una habitación que está a oscuras, ¿qué hacemos? lo primero que hacemos es abrir las ventanas.

Entonces dejemos que, entre la luz en nuestra vida, la luz del amor incondicional.

El objetivo no debe ser no sufrir, sino no sufrir en vano, que no se debe trabajar con los hechos del pasado pues no pueden ser cambiados, sino abrirse a ese mundo en el que esperan posibilidades aún latentes en sus vidas.

Deben elegir, correctamente, entre todas las posibilidades, deben encontrar las opciones con sentido, deben emprender el único camino con sentido que ésta conmoción existencial les plantea: el camino final de humanización.

Nuestro hijo es luz, nuestros hijos nos esperan de pie.

Papás, sí a la vida, a pesar de todo, desde el corazón con la posibilidad de transformarnos en mejores personas, en personas compasivas que significa sentir como el otro, que el otro me importa.

En la familia y en la sociedad, alguien tiene que ser el faro, alguien tiene que pararse, mantenerse erguido y decir: acá estoy yo, yo soy el referente, yo puedo atravesar esto sin destruirme.

El amor es lo que salva, el amor es lo que nos acerca a la verdad, a la luz, si lo que nosotros elegimos para la vida es una actitud de amor, es seguro que nunca nos vamos a equivocar.

Es una invitación a cambiar, pues quien lleva la paz a los demás, quien lleva la calma a los demás, quien lleva la tranquilidad a los demás, ilumina su propio camino.

Buceando en el aljibe

GRUPO RENACER ECUADOR

QUITO, MAYO 2 DE 2017



DÍA DE LA MADRE

A esa mamá que añora la presencia de su hijo: amiga. Cuando la celebración ahonda la ausencia, cuando duelen más los recuerdos, quiero como nunca estar cerca de ti. Hablarte quedamente de la inútil rebeldía frente a los hechos que ya fueron. Sé que añoras un beso y una flor en este día. Él, en su nueva vida espiritual es una sutil presencia a tu lado. Hoy, al abrir tus ojos, tal vez fue su beso el que te despertó, y en tu jardín esta mañana, verás que se ha abierto una flor; no lo dudes, es para ti. No clames por su regreso, él no se ha ido. Está contigo, no desde luego del modo que estuvo hasta ahora, sino hecho imágenes, abrigándote con la ternura de tantos momentos compartidos. Deja de lado y para siempre culpas y reproches. No lo agobies con tu tristeza. No lo entristezcas con tu olvido. Recuérdalo honrando su memoria, sigue siendo la madre, la esposa, la mujer que él ha admirado y querido entrañablemente... Lleva sus besos en tus mejillas, ellos animarán tu camino.

BIANCHI, CARLOS JUAN

4 de abril de 2017

ANEXO 3

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo _____ con cedula de identidad _____, por medio del presente documento, en forma libre, en pleno uso de mis facultades mentales y sin limitaciones o impedimentos de carácter médico o legal, certifico que he sido informado(a) con claridad y veracidad debida respecto al ejercicio académico de la elaboración de la disertación “La Eficacia de los Grupos de Apoyo para el Afrontamiento de la Depresión” que la estudiante Joselyn Eliani Armas Cárdenas con cedula de identidad 1721316568 de la carrera de Psicología Clínica de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador me ha invitado a participar; que actúo consecuente, libre y voluntariamente como colaborador; contribuyendo a éste procedimiento de forma activa. Soy conocedor(a) de la autonomía suficiente que poseo para retirarme u oponerme al ejercicio académico, cuando lo estime conveniente y sin necesidad de justificación alguna, que no me hará devolución escrita u que no se trata de una intervención de tratamiento psicólogo.

Que se respetara la buena fe, la confiabilidad e intimidad de la información por mí suministrada, lo mismo que mi seguridad física y psicológica.

Firma del participante

Joselyn E. Armas

Estudiante de Psicología Clínica-PUCE

CI. 1721316568

ANEXO 4

ENCUESTA

- **Fecha:** _____
- **Edad:** ____
- **Sexo:** F M
- **Estado civil:** _____
- **Estado laboral:** _____
 - Si usted no trabaja, en que año fue su ultimo empelo: _____
- **Tiempo en el Grupo Renacer:** _____

Marque una "X" en las siguientes respuestas

- **¿Cómo perdió a su hijo?**

- Enfermedad Suicidio Otros
- Accidente Asesinato

- **Hace que tiempo sufrió la perdida** _____
- **Califique al Grupo Renacer:**

1 es malo y 10 es bueno

- 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

- **¿Cree que el Grupo Renacer es eficaz para el afrontamiento de la depresión?**

- Si No

- **¿Cree que el Grupo Renacer le ha ayudado en su proceso de adaptación por la muerte de su hijo?**

- No me ha ayudado Me ayudado un poco Me ayudado mucho

- **¿Cree que el Grupo Renacer es el único medio para poder trabajar el proceso de adaptación por la muerte de un hijo?**

- Si No

¿Por

qué?

- **¿Qué otros medios pueden ser eficaces para el proceso de adaptación por la muerte de un hijo?**

Marque con una “X” todos los que usted crea que son eficaces.

Terapia psicológica o psicoterapia

Terapia Psiquiátrica

Grupos de Apoyo

Religión

Trabajo

Deporte

Otros: _____



identifique”

CALIFICACIÓN

A partir del conteo que se realice en cada tipo de personalidad de acuerdo a lo señalado, se coloca cada resultado en el recuadro ubicado al final de cada personalidad, la repuesta oscila entre 0 – 10. Luego estos resultados se trasladan a la siguiente tabla:

Escala

10										
9										
8										
7										
6										
5										
4										
3										
2										
1										
0										
P	h	c	a	p	ds	i	ev	d	e	ez
	Personalidades Afectivas		Personalidades Cognitivas		Personalidades Comportamentales		Personalidades con déficit en la relación			

CUESTIONARIO DE PERSONALIDAD SEAPSI

Nombre _____ Fecha _____

Señale las frases con las que más se identifique

a	Al realizar alguna actividad o tarea me gusta que las cosas salgan perfectas	
	Programo mis actividades y salirme del esquema me genera ansiedad	
	Me resulta difícil expresar mis emociones y mis sentimientos a los demás	
	Soy rígido en temas vinculados con la moral y los valores	
	Me preocupa la posibilidad de tener alguna falla cuando realizo una actividad	
	Me siento preocupado cuando escucho críticas en mi contra	
	Cuando realizo alguna actividad me agrada que las personas se adapten a mi forma de hacer las cosas	
	En mis actividades soy muy organizado y me preocupo de todos los detalles	
	En las tareas laborales o domésticas, busco que todo tenga un orden ideal	
p	Tengo ideas o pensamientos que no logro quitarlos fácilmente	
	Cuando veo a un grupo de amigos reunidos tengo la sospecha de que pueden estar hablando de mi	
	Para que yo confíe en los demás deben demostrarme lealtad	
	Me molesta mucho cuando me interrumpen el trabajo que estoy realizando	
	Al ver a mi pareja en compañía de otra persona siento ira	
	Soy una persona que denota una cierta autoridad natural	
	Prefiero conocer los antecedentes de una situación a la que me voy a enfrentar para no ser sorprendido	
	Generalmente impongo mi punto de vista	
	En mis labores me gusta generalmente superar a las demás personas	
c	Prefiero mantener mi vida privada en reserva	
	Cuando las personas en las que confío me fallan me resulta difícil perdonar	
	Mi estado de ánimo es muy variable	
	Hay días en que me siento muy alegre y otros en los que sin causa estoy triste	
	A veces miro el futuro con gran optimismo y en ocasiones lo veo negro	
	Cuando estoy en buen estado emocional me torno excesivamente generoso	
	Por las mañanas siento triste y parecería que todo me saldrá mal	
	Me impresiono fácilmente ante las situaciones de sufrimiento humano	
	Soy sensible ante las circunstancias de malestar ajeno	
h	En mi vida diaria repentinamente aparecen períodos de tristeza sin motivo	
	Sobredimensiono las expresiones de amistad y afecto	
	Soy bromista, agradable y expresivo con las personas que conozco	
	En la mayoría de ocasiones me gusta salirme con la mía	
	Me gusta ayudar a la gente sin importar el grado de cercanía que tenga con ella	
	Reacciono con gran emotividad ante las circunstancias que ocurren a mi alrededor	
	Para salir de casa mi aspecto físico debe ser impecable	
	Cuando me propongo conseguir algo a veces exagero y dramatizo	
	Mi vida social es muy amplia, tengo facilidad para conseguir amigos	
ev	En una reunión social soy muy alegre y extrovertido me convierto en el alma de la fiesta	
	Creo fácilmente lo que me dicen o lo que leo, llegando a sugestionarme	
	Me gusta ser reconocido por lo que hago	
	Me agrada que los demás me vean atractivo	
	Prefiero evitar actividades que involucren contacto con los demás	
	Me preocupa la crítica, desaprobación o rechazo de las personas que conozco	
	En una reunión social prefiero estar alejado del griterío	
	Para poder relacionarme debo estar seguro de agradar a los demás	
	Me cuesta simpatizar con los demás porque tengo miedo a ser ridiculizado o avergonzado	
d	Mi vida social es reducida	
	Cuando conozco a gente nueva temo no poder iniciar una conversación	
	Me gustaría mejorar mis relaciones interpersonales	
	Tengo dificultades para hablar de mi mismo ante los demás	
	Me siento ofendido si alguien se muestra crítico frente a mí durante una conversación	
	Cuando encuentro dificultades en el camino me resigno a no llegar al objetivo planteado	

	Cuando he terminado una relación afectiva busco que alguien me proporcione cuidado y apoyo	
	Cuando tengo problemas busco a otras personas para que me aconsejen	
	Me cuesta expresar mi desacuerdo a las demás personas	
	Prefiero acoger ideas y pensamientos cuando ya han sido aprobados	
	Soy obediente ante mis superiores y jefes	
	Generalmente intento evitar las discusiones con otros	
	Cuando observo dificultades tiendo a mantener una actitud pasiva y distante	
	Me siento incómodo y desamparado cuando estoy solo	
	En situaciones difíciles es mejor que los otros tomen decisiones	
e	Me resulta difícil disfrutar de las relaciones familiares y sociales	
	Prefiero hacer las cosas solo	
	Disfruto más realizando pocas actividades que demasiadas	
	Tengo pocos amigos íntimos o de confianza	
	Siempre me ha costado enamorarme profundamente	
	Soy insensible ante los hechos o circunstancias adversas que sucedan	
	No experimento intensamente emociones como la ira y la alegría	
	Prefiero las actividades abstractas o misteriosas	
	Soy indiferente ante los halagos o críticas de los demás	
	En las reuniones sociales prefiero mantenerme distanciado de las personas que me rodean	
ez	Me agradan las cosas excéntricas y fuera de lo común	
	Tengo un poder especial para saber qué es lo que sucederá en el futuro	
	Mi apariencia es peculiar y rara para los demás	
	No confío mucho en mis amigos íntimos o de confianza	
	Me agradan las supersticiones y los fenómenos paranormales	
	Con los demás soy inflexible, me cuesta ceder a sus peticiones	
	Siento que soy diferente y que no encajo con los demás	
	Me siento muy ansioso ante personas desconocidas	
	Temo que los demás quieran hacerme daño	
	Creo ver, oír o sentir algo que no es real	
ds	Reniego de las normas sociales y legales	
	A veces hago trampa para obtener beneficios personales	
	Si encuentro una solución que es favorable para mí, avanzo, sin fijarme si las consecuencias son negativas para otras personas	
	En la niñez solía causar daños a los animales	
	Suelo ser impulsivo al planificar el futuro	
	Soy incapaz de mantener relaciones personales duraderas	
	Cuando estoy con ira expreso mi agresividad sin importarme las consecuencias	
	No me preocupa mi seguridad ni la de las demás personas	
	Soy inestable en mis trabajos aún cuando tenga obligaciones económicas	
	No tengo remordimientos cuando ofendo a los demás	
i	Me cuesta esfuerzos controlar mi ira	
	Soy impulsivo en la realización de mis actividades	
	Mis relaciones interpersonales son muy inestables e intensas	
	Me gusta engañar a las personas para que estén conmigo	
	Generalmente no mido las consecuencias de mis actos, aunque luego reacciono con arrepentimiento	
	Elaboro imágenes idealizadas de las personas que están conmigo	
	La rutina me molesta por eso siempre busco algo diferente que hacer	
	A pesar de tener un carácter fuerte temo ser abandonado	
	Me gasto el dinero de manera imprudente por ejemplo en apuestas, en compras innecesarias	
	Cambio bruscamente de opinión con respecto al futuro, las amistades o las ocupaciones	
APRECIACIÓN		

ANEXO 5

Inventario de Depresión de Beck.

En este cuestionario aparecen varios grupos de afirmaciones. Por favor, lea con atención cada una. A continuación, señale cuál de las afirmaciones de cada grupo describe mejor cómo se ha sentido durante esta última semana, incluido en el día de hoy. Si dentro de un mismo grupo, hay más de una afirmación que considere aplicable a su caso, márkela también. Asegúrese de leer todas las afirmaciones dentro de cada grupo antes de efectuar la elección, (se puntuará 0-1-2-3).

1) .

- No me siento triste
- Me siento triste.
- Me siento triste continuamente y no puedo dejar de estarlo.
- Me siento tan triste o tan desgraciado que no puedo soportarlo.

2) .

- No me siento especialmente desanimado respecto al futuro.
- Me siento desanimado respecto al futuro.
- Siento que no tengo que esperar nada.
- Siento que el futuro es desesperanzador y las cosas no mejorarán.

3) .

- No me siento fracasado.
- Creo que he fracasado más que la mayoría de las personas.
- Cuando miro hacia atrás, sólo veo fracaso tras fracaso.
- Me siento una persona totalmente fracasada.

4).

- Las cosas me satisfacen tanto como antes.
- No disfruto de las cosas tanto como antes.
- Ya no obtengo una satisfacción auténtica de las cosas.
- Estoy insatisfecho o aburrido de todo.

5).

- No me siento especialmente culpable.
- Me siento culpable en bastantes ocasiones.
- Me siento culpable en la mayoría de las ocasiones.
- Me siento culpable constantemente.

6).

- No creo que esté siendo castigado.
- Me siento como si fuese a ser castigado.
- Espero ser castigado.
- Siento que estoy siendo castigado.

7).

- No estoy decepcionado de mí mismo.
- Estoy decepcionado de mí mismo.
- Me da vergüenza de mí mismo.
- Me detesto.

8).

- No me considero peor que cualquier otro.
- Me autocritico por mis debilidades o por mis errores.
- Continuamente me culpo por mis faltas.
- Me culpo por todo lo malo que sucede.

9).

- No tengo ningún pensamiento de suicidio.
- A veces pienso en suicidarme, pero no lo cometería.
- Desearía suicidarme.
- Me suicidaría si tuviese la oportunidad.

10).

- No lloro más de lo que solía llorar.
- Ahora lloro más que antes.
- Lloro continuamente.
- Antes era capaz de llorar, pero ahora no puedo, incluso aunque quiera.

11).

- No estoy más irritado de lo normal en mí.
- Me molesto o irrito más fácilmente que antes.
- Me siento irritado continuamente.
- No me irrito absolutamente nada por las cosas que antes solían irritarme.

12).

- No he perdido el interés por los demás.
- Estoy menos interesado en los demás que antes.
- He perdido la mayor parte de mi interés por los demás.
- He perdido todo el interés por los demás.

13).

- Tomo decisiones más o menos como siempre he hecho.
- Evito tomar decisiones más que antes.
- Tomar decisiones me resulta mucho más difícil que antes.
- Ya me es imposible tomar decisiones.

14).

- No creo tener peor aspecto que antes.
- Me temo que ahora parezco más viejo o poco atractivo.
- Creo que se han producido cambios permanentes en mi aspecto que me hacen parecer poco atractivo.
- Creo que tengo un aspecto horrible.

15).

- Trabajo igual que antes.
- Me cuesta un esfuerzo extra comenzar a hacer algo.
- Tengo que obligarme mucho para hacer algo.
- No puedo hacer nada en absoluto.

16).

- Duermo tan bien como siempre.
- No duermo tan bien como antes.
- Me despierto una o dos horas antes de lo habitual y me resulta difícil volver a dormir.
- Me despierto varias horas antes de lo habitual y no puedo volverme a dormir.

17).

- No me siento más cansado de lo normal.
- Me canso más fácilmente que antes.
- Me canso en cuanto hago cualquier cosa.
- Estoy demasiado cansado para hacer nada.

18).

- Mi apetito no ha disminuido.
- No tengo tan buen apetito como antes.
- Ahora tengo mucho menos apetito.
- He perdido completamente el apetito.

19).

- Últimamente he perdido poco peso o no he perdido nada.
- He perdido más de 2 kilos y medio.
- He perdido más de 4 kilos.
- He perdido más de 7 kilos.
- Estoy a dieta para adelgazar SI/NO.

20).

- No estoy preocupado por mi salud más de lo normal.
- Estoy preocupado por problemas físicos como dolores, molestias, malestar de estómago o estreñimiento.
- Estoy preocupado por mis problemas físicos y me resulta difícil pensar algo más.
- Estoy tan preocupado por mis problemas físicos que soy incapaz de pensar en cualquier cosa.

21).

- No he observado ningún cambio reciente en mi interés.
- Estoy menos interesado por el sexo que antes.
- Estoy mucho menos interesado por el sexo.
- He perdido totalmente mi interés por el sexo.

Guía para la interpretación del inventario de la depresión de Beck:

Puntuación	Nivel de depresión*
1-10	Estos altibajos son considerados normales.
11-16	Leve perturbación del estado de ánimo.
17-20	Estados de depresión intermitentes.
21-30	Depresión moderada.
31-40	Depresión grave.
+ 40	Depresión extrema.

* Una puntuación persistente de 17 o más indica que puede necesitar ayuda profesional.