



UNIVERSIDAD DEL AZUAY

FACULTAD DE FILOSOFIA, LETRAS Y CIENCIAS DE LA EDUCACIÓN

ESCUELA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA

TEMA:

“Intervención grupal en adolescentes con depresión desde el modelo Cognitivo Conductual”
(estudio a realizarse con alumnos de octavo de básica del colegio Nacional “Benigno Malo”
en el período Mayo a Julio del 2010).

Trabajo de graduación previo a la obtención del título de Licenciada en Psicología Clínica.

Autora:

Gabriela Bernarda Martínez Ramos.

Director:

Mst. Mario Moyano Moyano

Cuenca, Ecuador

2011

DEDICATORIA

A Dios por la vida que me ha dado, por
sus infinitas bendiciones, a mi esposo por
su paciencia y amor constante y mis padres
por su motivación y ánimo para continuar día a día.

Gabriela Martínez

AGRADECIMIENTO

Los más sinceros agradecimientos a la prestigiosa Universidad del Azuay, por la excelencia que caracterizó mi formación la cual me acompañará y servirá a lo largo de la vida.

A mis hermanos por su apoyo y cariño, Ximena y Martin, por su incansable soporte y ánimo para concluir con este trabajo.

Al Máster Mario Moyano, competente maestro y director de tesis, quien con acierto, oportunidad y sapiencia me brindó su invaluable orientación, tiempo, sabiduría y asesoría en la ejecución de este trabajo.

ÍNDICE DE CONTENIDOS

Dedicatoria.....	ii
Agradecimientos.....	iii
Índice de contenidos.....	iv
Índice de cuadros.....	v
Resumen.....	vi
Abstract.....	vii
Introducción.....	1
Capítulo I: La Adolescencia	
Introducción.....	3
1.1 Generalidades.....	4
1.2 Concepto.....	10
1.3 Factores que intervienen en la adolescencia.....	12
1.4 Problemática de esta etapa.....	15
1.5 Desarrollo de la Personalidad en el adolescente.....	20
1.6 Conclusiones.....	26
Capítulo II: La Depresión	
Introducción.....	27
2.1 Generalidades.....	28
2.2 Concepto.....	29

2.3 Diagnóstico de la depresión según el DSM-IV.....	30
2.4 Depresión en la adolescencia.....	31
2.5 Formas en las que se presenta el trastorno depresivo en el adolescente.....	34
2.6 Factores desencadenantes de la depresión en la adolescencia.....	37
2.7 Diagnóstico Diferencial en la depresión.....	39
2.8 Conclusión.....	42

Capítulo III: Teoría cognitiva conductual

Introducción.....	43
3.1 Generalidades.....	44
3.2 Definición y características de la terapia cognitiva conductual.....	45
3.3 Principales Exponentes.....	48
3.4 Tratamiento cognitivo conductual de la depresión.....	56
3.5 Objetivos de la terapia cognitiva conductual.....	59
3.6 Conclusión.....	61

Capítulo IV: Terapia Grupal

Introducción.....	62
4.1 Generalidades.....	62
4.2 Concepto.....	64
4.3 Factores curativos en terapia grupal.....	67
4.4 Varios supuestos relacionados con el trabajo grupal.....	69
4.5 Terapia grupal aplicada para pacientes con depresión.....	71
4.6 Conclusión.....	74

Capítulo V: Propuesta grupal en adolescentes con depresión desde el modelo cognitivo conductual

Introducción.....	75
5.1 Fases del proceso terapéutico.....	75

5.2 Planificación de sesiones de intervención grupal desde el modelo cognitivo conductual.....	80
5.3 Ejecución de las sesiones.....	82
5.4 Sesiones de terapia grupal cognitivo conductual para la depresión.....	86
5.5 Informe final de las sesiones de terapia grupal.....	112
5.6 Conclusiones.....	114

Capítulo VI: Resultados Comparativos del Proceso

Introducción.....	115
6.1 Selección de estudiantes para la aplicación del test de Beck.....	116
6.2 Aplicación del test de Beck.....	117
6.3 Resultados iniciales y finales globales del test de Beck.....	140
6.4 Conclusiones acerca de la utilidad de la intervención grupal.....	147
Conclusiones Generales.....	148
Recomendaciones.....	151
Bibliografía.....	152
Anexos.....	154

ÍNDICE DE CUADROS

1. Cuadro # 1.....	116
1.1 Gráfico # 1.....	116
2. Cuadro # 2.....	117
2.1 Gráfico # 2.....	117
3. Cuadros del # 3	119
3.1 Gráfico # 3.....	119
4. Cuadro # 4.....	120
4.1 Gráfico # 4.....	120
5. Cuadro # 5.....	121
5.1 Gráfico # 5.....	121
6. Cuadro # 6.....	122
6.1 Gráfico # 6.....	122
7. Cuadro # 7.....	123
7.1 Gráfico # 7.....	123
8. Cuadro # 8.....	124
8.1 Gráfico # 8.....	124
9. Cuadro # 9.....	125
9.1 Gráfico # 9.....	125

10. Cuadro # 10.....	126
10.1 Gráfico # 10.....	126
11. Cuadro # 11.....	127
11.1 Gráfico # 11.....	127
12. Cuadro # 12.....	128
12.1 Gráfico # 12.....	128
13. Cuadro # 13.....	129
13.1 Gráfico #13.....	129
14. Cuadro # 14.....	130
14.1 Gráfico # 14.....	130
15. Cuadro # 15.....	131
15.1 Gráfico # 15.....	131
16. Cuadro # 16.....	132
16.1 Gráfico # 16.....	132
17. Cuadro # 17.....	133
17.1 Gráfico # 17.....	133
18. Cuadro # 18.....	134
18.1 Gráfico # 18.....	134
19. Cuadro # 19.....	135
19.1 Gráfico # 19.....	135
20. Cuadro # 20.....	136
20.1 Gráfico # 20.....	136
21. Cuadro # 21.....	137
21.1 Gráfico #.....	137
22. Cuadro #22.....	138
22.1 Gráfico # 22.....	138

23. Cuadro # 23.....	139
23.1 Gráfico # 23.....	139
24. Cuadro # 24.....	141
24.1 Gráfico # 24.....	141
25. Gráfico # 25.....	142
26. Gráfico # 26.....	143
27. Gráfico # 27.....	144
28. Gráfico # 28.....	145
29. Cuadro # 25.....	146
29.1 Gráfico # 29.....	146

RESUMEN

En la actualidad se ha observado que la depresión ha aumentado de manera considerable en las personas de todas las edades, sexo, cultura e ideología, esta realidad no es extraña en nuestra sociedad, y, mucho menos en los jóvenes de los colegios, los mismos que están atravesando por una etapa tan conflictiva como hermosa llamada adolescencia. Este es un estudio de depresión a los alumnos del octavo de básica del “Colegio Nacional Benigno Malo así como un proyecto de psicoterapia grupal a 11 estudiantes de la institución que al momento atraviesan por estas situaciones en su vida, las mismas que no les permiten desenvolverse de manera correcta y satisfactoria tanto en el ámbito social como en su aprendizaje escolar.

La terapia cognitiva – conductual es la adecuada en casos de depresión por la mejoría en un corto espacio de tiempo y la duración de los sentimientos de estabilidad en los pacientes, siendo actualmente la más recomendada para trabajar con este tipo de dificultades.

ABSTRACT

Nowadays, a considerable amount of cases of depression involving people of all ages, genders, cultures and beliefs, have been observed. Our society is no stranger to this reality, especially high school teenagers, who are experiencing the conflictive but beautiful stage of adolescence. This is a study of depression carried out in "Colegio Nacional Benigno Malo" High School with seventh grade students, as well as the implementation of a group psychotherapy to 11 students of the institution, who are experiencing this type of situation, which does not allow them to maintain an adequate social interaction, affecting their school performance as well.

Behavioral-cognitive therapy is the appropriate therapy for depression because of the immediate results and because there is an improvement in the patient's feelings of stability, which is why it is one of the most recommended therapies for this type of disorder.



UNIVERSIDAD DEL
AZUAY

DPTO. IDIOMAS
[Handwritten signature]

[Handwritten signature]
Translated by,

Diana Lee Rodas

INTRODUCCIÓN

La depresión es una de las enfermedades más devastadoras que aquejan a la humanidad. Según la Organización Mundial de la Salud, 121 millones de personas la padecen en la actualidad. El pronóstico no es nada bueno, ya que se calcula que en el 2020 será la primera causa de baja laboral en las naciones desarrolladas y la segunda enfermedad más frecuente en el planeta.

La depresión es el trastorno mental más frecuente de todos y no hace distinción de sexo, edad, clase social o nacionalidad. Afecta a hombres y mujeres, siendo más vulnerables los jóvenes que atraviesan un periodo de cambios bio-psico-sociales en una constante búsqueda de identidad y adaptación a esta nueva etapa de sus vidas. Se pudo identificar este problema en el proceso de prácticas pre-profesionales encontrando un gran número de estudiantes que presentan sintomatología depresiva, por esta razón, he decidido trabajar en conjunto con el DOBE del Colegio Nacional “Benigno Malo”, mediante un correcto estudio y la aplicación de baterías necesarias a los alumnos de octavo de básica, para poder determinar un diagnóstico y crear un método de intervención grupal que permita combatir con éxito la depresión y proporcionar herramientas necesarias para prevenir recaídas en un futuro. El objetivo es que los jóvenes aprendan a cimentar una estructura emocional sólida, es decir, que estén en capacidad de enfrentar e identificar un sin número de situaciones conflictivas que pueden ser desencadenantes del cuadro depresivo.

Al investigar la realidad de estos jóvenes se encontraron posibles causas para la depresión, entre las que se pueden mencionar la disfuncionalidad familiar, migración, abuso sexual, problemas de adaptación, entre otros.

La presente investigación está dividida en 5 capítulos, donde en el primer capítulo se abordará los diversos cambios producidos en la etapa de la adolescencia; en el segundo se hablará de la depresión en el periodo de la adolescencia; en el tercer capítulo se abordarán las corrientes más utilizadas en el tratamiento de la depresión, haciendo un enfoque principal en la terapia cognitivo conductual; en el cuarto capítulo se tratará sobre el tratamiento para la depresión en terapia de grupo, sus

ventajas y como llevarlo a cabo; se concluirá con el estudio realizado en los estudiantes del colegio nacional “Benigno Malo” a los cuales se les aplicó una serie de pruebas para diagnosticar depresión, procediendo con el grupo adquirido a trabajar en sesiones psicoterapéuticas de terapia grupal.

CAPÍTULO I

LA ADOLESCENCIA

INTRODUCCIÓN:

La adolescencia para muchos jóvenes es un tiempo conflictivo e inestable donde la rebelión y los problemas familiares y sociales aparecen con más fuerza, ya que es un periodo de cambio y adaptación tanto física como mental. Para otros es una época de situaciones muy positivas relacionadas con nuevas aventuras, la vida del colegio, amistades, oportunidades de madurar, de crecer y aprender a tomar las mejores decisiones, etc.

Sobre la adolescencia, expone Alfredo Oliva et al. (2010). “A lo largo del siglo XX la mayor parte de las teorías construidas para explicar el desarrollo durante la adolescencia tenían en común la consideración de esta etapa evolutiva como un periodo turbulento y conflictivo, muchos autores compartieron esta visión dramática, y hubo que esperar hasta el último cuarto del siglo para que, de la mano de investigadores como John C. Coleman, fuese surgiendo una imagen más normalizada de adolescentes y jóvenes.

Hoy día la concepción turbulenta del tormenta y estrés ha sido reformulada a partir de los datos y conocimientos disponibles, y aunque hay suficiente evidencia empírica que apunta a un aumento durante la adolescencia de los conflictos con los padres, la inestabilidad emocional, y las conductas de riesgo, no puede sostenerse la imagen de la adolescencia como un periodo de dificultades generalizadas.” (p. 33).

Diversos autores y poetas hablan de la adolescencia como una etapa de sufrimiento y poco entendimiento con el ambiente, así como de silencio y ver la vida de manera negativa, no encontrando la salida algunas veces a sus dificultades, lo cual puede traer consigo algunas consecuencias indeseables para la juventud. De similar forma la han descrito como, problemática e intensa, generando así un prejuicio social hacia

esta etapa de la vida, abriendo entre los adolescentes y los adultos una brecha de silencio que aumenta la conflictividad intergeneracional, especialmente en el ámbito familiar y escolar.

En el terreno de la psicología, sin embargo, la adolescencia es estudiada desde varias perspectivas, en las cuales se pone de manifiesto como una etapa difícil y dura, y otras donde es un paso hacia la edad adulta donde no necesariamente se dan conflictos tan relevantes.

La psicología del desarrollo explica los cambios que tienen lugar en las personas con el paso del tiempo, es decir, con la edad. Dentro de esta área el foco de atención puede centrarse en el desarrollo físico, intelectual o cognitivo, emocional, sexual, social, moral.

También el contexto en el que se desarrollan los sujetos nos permite comprender mejor su evolución, debemos tener en cuenta que el desarrollo debe ser entendido como un proceso continuo, global y dotado de una gran flexibilidad.

1.- GENERALIDADES

La adolescencia inicia el proceso que conduce a la madurez sexual, sin embargo estos cambios también son sociales y emocionales; en este proceso, los adolescentes tienen que incorporar su nueva imagen corporal, su capacidad reproductora y sus energías sexuales emergentes en su identidad y aprender a convivir con sus reacciones y las de los demás frente a sus cuerpos en crecimiento.

“Existen diferencias con base biológica entre los muchachos y muchachas en el momento en que alcanzan la pubertad, así como diferencias por razón de sexo construidas socialmente en las reacciones frente a la pubertad en los adolescentes.”

OMS, (2000) *¿Qué ocurre con los muchachos?* Web. 8 de noviembre del 2010 <
http://www.who.int/child_adolescent_health/documents/fch_cah_00_7/es/index.html>

En la etapa de la adolescencia la respuesta a la pregunta ¿Quién soy? Es una parte característica y la más importante en los años por venir, en esta etapa la búsqueda de la identidad se intensifica, y junto con la intimidad son las mayores preocupaciones que subyacen tras los cambiantes estados de ánimo de los adolescentes. En esta época, ellos se muestran vacilantes al tratar de abandonar el nido, se rebelan contra los lazos que los unen a las generaciones de los mayores y sienten que los padres son un obstáculo antes que una ayuda.

Durante la adolescencia se producen muchos cambios en los siguientes aspectos:

1.1.1 El plano fisiológico

En la adolescencia se presenta un impulso biológico brusco, que lleva consigo al principio un desequilibrio general de las funciones, una aceleración del crecimiento, el desarrollo de los órganos genitales y de los caracteres sexuales secundarios. Durante este periodo de la vida, el papel de la hipófisis es relevante, puesto que segrega las hormonas de crecimiento. Las vísceras, los huesos y los músculos se desarrollan. El corazón adquiere un tamaño casi doble entre los doce y los dieciséis años, la tensión arterial aumenta y el ritmo cardíaco disminuye.

1.1.2 El plano intelectual

Hacia los doce años, se efectúa una transformación fundamental en el pensamiento del niño: el paso del pensamiento concreto al pensamiento formal o «hipotético-deductivo». Hasta esa edad las operaciones de la inteligencia infantil son únicamente «concretas», es decir, no se aplican más que a la misma realidad, a los objetos susceptibles de ser manipulados. A partir de los doce años, el pensamiento formal empieza a ser posible, las operaciones lógicas comienzan a ser traspuestas del plano de la manipulación concreta al de las solas ideas, sin el apoyo de la percepción ni de la experiencia. Así, pues, el pensamiento formal del adolescente será hipotético-deductivo en el sentido de que será capaz de deducir las conclusiones que se pueden extraer de puras hipótesis y no solamente de la observación real. Aquí vemos una de las novedades que oponen la adolescencia a la infancia: la libre actividad de la

reflexión espontánea, su facilidad en la elaboración de teorías abstractas. Como dice Piaget, «comparado con un niño, un adolescente es un individuo que construye sistemas y teorías». Otra característica importante de la actividad mental del adolescente es su egocentrismo intelectual. Este se manifestará por la creencia en la omnipotencia de su reflexión, como si el mundo debiera someterse y adaptarse a sus sistemas, y no los sistemas a la realidad. Posteriormente, ese egocentrismo casi metafísico va encontrando su corrección en una reconciliación entre el pensamiento formal y la realidad. La actividad intelectual del adolescente irá alcanzando el equilibrio cuando éste comprenda que la función propia de la reflexión no es la de contradecir la experiencia, sino la de interpretarla y, en el fondo, adaptarse a ella.

1.1.3 El plano afectivo

La adolescencia se caracteriza por una profunda crisis que hace emerger al sujeto del mundo protegido de la infancia. Sucede a un período tranquilo en que el instinto está calmado y los conflictos de la primera infancia olvidados. Esta crisis se manifestará ante todo por la definitiva superación del complejo de Edipo, lo que llevará al adolescente a los primeros problemas importantes con sus padres. Esta rebelión, además, no sólo se dirigirá contra la autoridad paterna, sino contra toda clase de autoridad: maestros, profesores, etcétera. La emancipación será tanto más difícil cuanto más el niño se haya fuertemente fijado a sus padres y su imagen haya sido opresiva. El adolescente empieza a descubrir su propio yo personal, necesita autoafirmarse en contra de sus padres y de toda su infancia para encontrarse a sí mismo. Estos últimos deben saber aceptar la diferencia de intereses, costumbres, ideas y opiniones de su hijo y ayudarlo a liberarse del círculo familiar. El narcisismo, la auto-contemplación y la soledad caracterizan este período. Por otro lado, la reactivación del instinto sexual lleva consigo una manifestación constante, la masturbación, a la que normalmente se relaciona, por el hecho de la represión social habitual, una culpabilidad. La madurez emocional también depende de sus logros como, descubrir su identidad, independencia de sus padres, el desarrollo de un sistema de valores y la capacidad de establecer relaciones maduras y estables. Todos estos conflictos hacen del adolescente un personaje aparentemente contradictorio,

impulsivo e hipersensible, manifestaciones que hay que entender como signos de una difícil etapa de búsqueda de sí mismo.

1.1.4 El plano social

La adolescencia es un periodo no menos conflictivo en este aspecto. El joven vive de una forma casi contradictoria su doble impulso de rechazo de la sociedad adulta y sus ensayos de inserción en la misma. Hacia los quince años sale del mundo cerrado familiar para ampliar sus relaciones en nuevas amistades. Vive sus primeros amores, se forman los grupos de adolescentes y todo ello entre continuos entusiasmos y decepciones, que configuran la imagen del adolescente en un constante estado de insatisfacción, la misma que es provocada por el desfase que suele haber entre su mundo interior y la realidad. A menudo parece que el adolescente sea asocial y casi asociable, lo cual no es del todo cierto, ya que el adolescente medita y actúa sin cesar en función de la sociedad. Un niño puede empezar a considerarse adulto en distintas situaciones como: a los 16 cuando ya tiene edad para elegir su especialidad de bachillerato, o a los 18 cuando puede manejar carro legalmente o cuando puede inscribirse en el ejército y casarse o tomar decisiones legales sin aprobación de sus padres, a los 21 cuando puede beber en algunos países, etc.

Apsique (1998). *“Introducción a la psicología del desarrollo”*. Web. [Consultado el 8 de noviembre del 2010] <http://www.apsique.com/wiki/DesaIntro_desa>

1.1.5 El plano del desarrollo sexual

En las mujeres generalmente comienza a los ocho años de edad con las primeras etapas de desarrollo de los senos luego viene la menarquía que normalmente se produce entre los 10 y los 16 años con el tirón de crecimiento de las adolescentes. Los hombres tardan más en madurar sexualmente, y la dilatación testicular generalmente se produce entre los 10 y los 14 años aproximadamente, y el tirón de crecimiento y la espermarquía alrededor de un año más tarde. Ebook (1999). “Consejo

de Población.” Web. [Consultado del 8 de noviembre del 2010]. Obtenido en parte de la página web: <<http://whqlibdoc.who.int/hq/2000/WHO_FCH_CAH_00.7_spa.pdf>>.

1.1.6 En el aspecto psicológico

A lo largo del último siglo han sido varias las corrientes y los modelos teóricos que han aportado sus descubrimientos e investigaciones para explicar el fenómeno del cambio en la adolescencia. En general cada uno de estos modelos tiene sus propias explicaciones, a veces contradictorias a las que se presentan desde otras teorías. Esa diversidad de paradigmas explicativos enriquece la comprensión del fenómeno del desarrollo. Como más significativos entre estos modelos es necesario citar el psicoanálisis, la psicología genética de Jean Piaget, el modelo sociocultural de Lev Vygotski, las teorías del aprendizaje, el modelo del procesamiento de la información, y más recientemente, el modelo ecológico y el etológico. (Estudio de las características distintivas de un grupo determinado y cómo éstas evolucionan para la supervivencia del mismo.)

Según Diane E. Papalia y Sally Wendkos Olds. “la adolescencia es un periodo de transición en el desarrollo entre la niñez y la edad adulta, comienza por lo general a los 12 o 13 años y termina a los 19 o 20 aproximadamente, mencionan que su base física puede haber empezado antes y sus ramificaciones psicológicas pueden perdurar hasta mucho después. Entonces decimos que esta etapa se inicia entre los 10–13 años y termina entre los 18-22 años de edad. Inmediatamente antes de este periodo se encuentra la pubertad, que es considerada como los cambios fisiológicos que generalmente inician la adolescencia.” (p. 376)

Piaget, en sus estudios, decía que en la adolescencia aparece la etapa del pensamiento operacional formal, que es un procesamiento intelectual abstracto, no empírico, especulativo, más libre de lo inmediato, que usa para sus conclusiones herramientas más elaboradas. Los adolescentes empiezan a considerar más opciones de lo que puede o no ser, sus posibilidades; la capacidad de formular y comprobar hipótesis se desarrolla significativamente. (Citado por Craig, 2001).

Sin embargo, el punto de vista de Piaget no considera la importancia de otros aspectos de la inteligencia, ya que, en este tiempo hablamos de 7 tipos de inteligencia, como por ejemplo la inteligencia práctica: la habilidad para manejar los problemas del mundo real o la sabiduría que ayuda a la gente a afrontar el mundo. Tampoco tiende a estimular las áreas “no científicas” como historia, lengua, literatura y artes. Por lo que la definición de Piaget sobre la madurez cognoscitiva es importante, pero el razonamiento formal no es el único, o incluso el más importante, aspecto del pensamiento maduro.

Algunas de las características propias de la etapa de la adolescencia son: Tendencia a la crítica en exceso, en especial frente a figuras de autoridad, a contradecir, ser tímidos, la indecisión, etc. Lo cual refleja muchas veces su egocentrismo.

Claro está que la adolescencia es una etapa de la vida que, aunque conflictiva para algunos, incomprendible para otros, es necesaria siempre tomar en cuenta, ya que los jóvenes que por ella atraviesan se encuentran en una fase muy vulnerable y volátil de su personalidad, lo cual les puede llevar a tomar ciertas decisiones apresuradas, no adecuadas o no de acuerdo con la vida y la libertad de elección de la misma.

Dentro de estas “elecciones” se encuentra el suicidio, el cual está entre las tres primeras causas de muerte de los adolescentes, con la relación de que las tasas de suicidio entre los adolescentes aumentan más rápidamente que entre otros grupos de edad. “Por todo el mundo, entre 100.000 y 200.000 jóvenes cometen suicidio anualmente, mientras posiblemente 40 veces más intentan suicidarse” (Programa de Desarrollo y Salud Adolescente de la OMS, 1998). En términos de categorización de sexos, tres veces más mujeres que hombres intentan suicidarse pero tres veces más hombres se suicidan (OMS, 1998). Las tasas de suicidio entre niños y niñas, hasta los 9 años, son idénticas. A partir de los 10 a 14 años, los hombres cometen el doble de suicidios que las mujeres; de los 15 a los 19 años cuatro veces más; y de los 20 a 24 años, seis veces más que las mujeres según la “Agencia de Salud y Servicios Humanos de Estados Unidos”, (1991.)

Lo importante de la etapa de la adolescencia es la maduración que el adolescente puede llegar a tener, A. Olivia et al (2010), mencionan lo fundamental que es una adolescencia saludable y una adecuada transición a la adultez, las mismas que

requieren de algo más que la evitación de algunos comportamientos como la violencia, el consumo de drogas o las prácticas sexuales de riesgo, sino que precisan de la consecución por parte del chico o la chica de una serie de logros evolutivos. Estos mismos autores citan a Keyes (2003) el cual, defendió la importancia del bienestar emocional, el social y el psicológico para hablar de buena salud mental adolescente. Enfocándonos en el bienestar y florecimiento del adolescente. Lo cual se debería tomar en cuenta en esta etapa más que lo que se pueda decir de lo negativo.

1.2. CONCEPTO

El término adolescencia proviene del latín “adoleceré” que significa “crecer”, desarrollarse. Es importante mencionar que esta palabra es algunas veces confundida con padecer o adolecer, y debido a esta mala interpretación se ha confundido a este periodo de la vida como una transición de mucho dolor y/o conflicto.

La adolescencia considerada en el rango de edad desde los 12 a 18 años; es la etapa en que el individuo deja de ser un niño, pero sin haber alcanzado aún la madurez del adulto. Sin embargo, es un tránsito complicado y difícil que normalmente debe superar para llegar a la edad adulta. Se considera que la adolescencia se inicia aproximadamente a los 12 años promedio, en las mujeres y a los 13 años en los varones. Este es el momento en que aparece el periodo de la pubertad, que cambia al individuo con respecto a lo que hasta entonces era su niñez.

1.2.1 PRINCIPALES CARACTERÍSTICAS DEL DESARROLLO EN LA ADOLESCENCIA

En la adolescencia se distinguen dos etapas:

- 1) Pre-adolescencia (fenómeno de la pubertad)
- 2) Adolescencia propiamente dicha.

En la pre adolescencia podemos distinguir como más importantes estos cambios en los diferentes ámbitos:

Desarrollo tendencial:

1. Tiene necesidad de seguridad pero a la vez una necesidad de independencia de sus padres.
2. Esto hace que despierte la necesidad de libertad, de ser independiente y libre; para ello emplea la desobediencia como una necesidad.

Desarrollo afectivo:

1. Gran intensidad de emociones y sentimientos.
2. Hay desproporción entre el sentimiento y su expresión.
3. Las manifestaciones externas son poco controladas y se traducen en tics nerviosos, muecas, refunfuños, gestos bruscos, gritos extemporáneos.
4. Pasa con facilidad de la agresividad a la timidez.

Desarrollo social:

1. Creciente emancipación de los padres.
2. Busca la independencia pero a la vez busca protección en ellos.
3. Se da mutua falta de comprensión (con sus padres)
4. Tiene necesidad de valorarse, de afirmarse, de afiliación y de sentirse aceptado y reconocido por los de su entorno.
5. Su principal interés son las diversiones, el deporte, etc.

Desarrollo sexual:

1. Tendencia a la separación entre chicos y chicas.
2. Gran curiosidad por todo lo relacionado con la sexualidad

Desarrollo social:

1. Va pasando de la heteronomía a la autonomía.
2. Aquí influye mucho la moral de la familia como testimonio.

El concepto de adolescencia, como podemos ver, debe integrar los parámetros biológico, psicológico y social. Cada uno de estos aspectos forma una entidad totalmente integrada, donde cualquier cambio en uno de estos parámetros provocaría un cambio en el sistema en general.

La adolescencia propiamente dicha es la época de la vida que marca la transición entre la infancia y el estado adulto. Es un período de profundas transformaciones fisiológicas, que se caracteriza a la vez por importantes cambios en las estructuras mentales, por el intento de liquidar el estadio infantil -en un plano afectivo- y, en el social, por los difíciles ensayos de inserción en la sociedad adulta.

1.3.-FACTORES QUE INTERVIENEN EN LA ADOLESCENCIA

Debemos tener en cuenta que el desarrollo debe ser entendido como un proceso continuo, global y dotado de una gran flexibilidad en donde el adolescente se encuentra en una continua búsqueda de su identidad, para convertirse en un adulto que puede cumplir un importante rol en la vida y que todos los factores que en el intervienen provocan un cambio en la vida del adolescente.

1.3.1 FACTOR BIOLÓGICO

Antes de la modificación de los caracteres sexuales secundarios se da una fase de crecimiento corporal rápido a la vez que las proporciones corporales cambian también. Durante la pubertad, maduran las funciones reproductoras, se da el crecimiento de los órganos sexuales y las características sexuales secundarias. Este proceso toma cerca de cuatro años, sin embargo las niñas empiezan 2 años antes que los niños.

La pubertad comienza cuando en un momento determinado, la glándula pituitaria envía un mensaje a las glándulas sexuales de él o la joven, las cuales empiezan a segregar hormonas. Este momento parece estar determinado por la interacción de genes, salud y ambiente. Lo que nos indica que la pubertad se da como respuesta a

los cambios en el sistema hormonal del cuerpo, el cual se dispara mediante una señal psicológica.

En el varón hay una mayor segregación de estrógenos y testosterona, siendo esta última la más secretada.

En la mujer hay una producción elevada de estrógenos. El primero de los signos de desarrollo en las mujeres es el mamario.

La madurez, sea precoz o tardía, suele tener consecuencias sociales y psicológicas en los jóvenes por la serie de cambios que le suceden, por lo que es necesario que se sientan escuchados y acompañados en este proceso, ya que son variadas las alteraciones en el organismo de un adolescente. Dichos cambios sexuales hacen que empiecen a interesarse más por su cuerpo. A la vez que se dan estas modificaciones se da un cambio en el sistema nervioso central.

Sauceda y Maldonado, (2003) “Las conexiones interneuronales continúan modificándose, refinándose ciertas vías y conexiones preferenciales, mientras que otras desaparecen. Aun prosigue el proceso de mielinización y hay una explosión en la cantidad de información y aprendizaje en esta etapa de la vida, lo que significa que se forman muchas nuevas conexiones entre las neuronas”. (p. 103)

La mayoría de los adolescentes se preocupan más por su apariencia física que por cualquier otro aspecto de sí mismos, y a muchos de ellos no les gusta cómo se ven ante el espejo. Cualquier cosa que les haga sentir diferentes a los estándares que nos da la sociedad, la moda, etc. Les hace sentir que su cuerpo no es el deseado y se deprimen e intentan maneras para bajar de peso o mejorar su figura de una forma no saludable; las chicas se sienten menos satisfechas con su aspecto que los chicos de su misma edad. Esta es una de las razones por las que las jóvenes adolescentes se inclinan más a la depresión o problemas alimenticios, sobre todo por la preocupación que les causa su aspecto.

1.3.2 FACTOR PSICOLOGICO

Los adolescentes suelen estar llenos de dudas, a diferencia de cuando eran niños y tenían opiniones claras acerca de todo; sus opiniones y modo de pensar casi siempre reflejaban las ideas y pensamientos de sus padres. No obstante, en la adolescencia se empiezan a cuestionar todas estas ideas, las opiniones de sus padres ya no les parecen tan válidas y ellos no responden a todas sus preguntas. Son conscientes de que esas son las opiniones de los demás e intentan buscar sus propias verdades, las cuales surgirán de su propio desarrollo intelectual.

Las hormonas también tienen muy cercana relación con las emociones, específicamente con la agresión de los muchachos y con la agresión y la depresión en las chicas. (Citado por Brooks-Gunn, 1998). Aunque estos autores atribuyen los cambios a las hormonas, las influencias sociales se combinan con las mismas y en ocasiones predominan. Por lo que, aunque existe una relación entre la producción de testosterona y la sexualidad, los adolescentes comienzan su actividad sexual de acuerdo con lo que hacen y dicen sus amigos, estando así más influenciados por la sociedad que cualquier otra situación.

En el funcionamiento psicológico, las dimensiones más destacadas del desarrollo del adolescente se dan en el plano intelectual, sexual, social y en la elaboración de la identidad.

Entre los 10 y los 14 años la preocupación psicológica gira básicamente alrededor de lo físico y lo emocional. Se produce una reestructuración de la imagen corporal, se vive un ajuste a los cambios corporales emergentes, el ánimo es fluctuante; hay una fuerte autoconciencia de las necesidades y deseos de comprensión y apoyo por parte de los mayores. Aun cuando las figuras parentales dejan de ser la fuente casi exclusiva de fomento de la autoestima, se hace imprescindible tener la posibilidad de compartir los problemas con los padres; las amistades también se tornan cruciales. Los grupos tienden a ser del mismo sexo, facilitando el fortalecimiento de identidades y roles antes de entrar a la interacción heterosexual. La pérdida del cuerpo infantil implica la necesidad de dejar atrás las modalidades de ajuste de la

niñez, abandonar identificaciones infantiles y encontrar nuevas orientaciones de conducta. Existen duelos por la pérdida del cuerpo y el status infantil así como de la imagen de los padres seguros y protectores de la niñez.

El cambio que están pasando los adolescentes hace que, en ocasiones, al no estar de acuerdo con su físico, con sus padres, maestros, etc. ellos busquen su propia solución ante las cosas que no les hacen sentir bien con ellos mismos y dentro de la sociedad.

1.3.3 FACTOR SOCIAL

Al finalizar la escuela los niños/adolescentes tienen que ingresar al colegio, donde las cosas cambian mucho a lo que venían acostumbrados en la escuela, en el colegio existen más estudiantes, todos mayores a ellos, los mismo que les pueden fastidiar y provocar hostigar al ver que son niños, también se da una relación más impersonal con los profesores, salones de clase y compañeros, que cambian generalmente después de un tiempo, en esta etapa se empieza a dar mucha competitividad entre los estudiantes (quien es más bonita(o), quien es más popular, tiene las mejores amigas, notas, materiales, etc. Estos cambios producen en los niños/ adolescentes un descenso en el promedio de notas, dado que son diferentes profesores los que les dan la calificación, también se involucran en actividades extracurriculares como deporte, inglés, etc. Lo que les da menos tiempo para poder estar con sus familias y la comunicación empieza a cortarse. De otro lado, la autoestima de las niñas parece descender a cuando estaban en la escuela, ya que al darse los cambios de los que se habló anteriormente las cosas no les salen como ellas esperan y siempre va a existir un defecto en su forma de ser, actuar o estar, no están contentas con ellas mismas.

Otro factor que incide mucho en los adolescentes y el cambio entre escuela y colegio es que a esta edad los chicos y chicas ya empiezan a darse cuenta de la situación sentimental de sus padres, que muchas veces se divorcian en esta etapa de transición de los alumnos, también se da menos preocupación por parte de la familia en su deberes, se le da más libertad al joven para que se desenvuelva y muchos de ellos aun no están listos para asumir y tomar responsablemente este rol.

El concepto de autoestima también es muy influyente en la relación que tiene el adolescente con sus pares, y es que cuando hay una sobreestimación, o una falta de

esta se dan conflictos como inseguridades, falta de afecto hacia uno mismo, desprecio por el entorno, etc.

Con frecuencia los adultos no toman en cuenta la preocupación de los adolescentes por su apariencia, y al encontrarnos en una sociedad que suele juzgar a través de esta, la imagen personal puede tener efectos a largo plazo sobre los sentimientos de la gente joven con respecto a si mismos.

Parra, Oliva, y Sánchez-Queija (2004), dicen que la importancia de la autoestima viene avalada por el hecho de que puede considerarse como uno de los más potentes predictores del grado de ajuste psicológico durante la adolescencia y la adultez. Una autoestima positiva facilita a los jóvenes tener un buen ajuste psicológico, lo que a su vez favorece su adaptación social y puede mediar en la prevención de determinadas conductas de riesgo. Por tanto, podemos decir que la autoestima podría tener un efecto positivo en la satisfacción vital.

Carl Rogers decía: “El sentirse devaluado e indeseable es, en la mayoría de los casos, la base de los problemas humanos”. La autoestima deteriorada afecta significativamente a las personas, por la poca valoración y confianza que tienen de sí mismos. Este problema es muy frecuente en los adolescentes y afecta a sus pensamientos emociones y actos.

1.3.4 PROBLEMÁTICA DE ESTA ETAPA

Se han realizado estudios en distintas universidades acerca de los factores de riesgo en los adolescentes, dado que esta es una etapa muy vulnerable en la cual los riesgos de tomar decisiones inadecuadas están a la orden del día. A. Olivia et al, en su libro “el desarrollo positivo del adolescente” exponen:” Los estudios llevados a cabo por el Search Institute Scales, Benson, Leffert y Blith. (2000) muestran cómo aquellos adolescentes que gozan de un mayor número de recursos o activos presentan un desarrollo más saludable y positivo. Este desarrollo positivo se pone de manifiesto en algunos indicadores como el éxito escolar, las conductas pro sociales, el interés por conocer personas de otras culturas, el cuidado del cuerpo y la salud, la evitación de los riesgos, la demora de las gratificaciones o la superación de adversidad. Cuando

estos activos no están presentes será menos probable ese desarrollo positivo y serán más frecuentes los trastornos emocionales y comportamentales.” (pág. 5).

Aunque la mayoría de jóvenes sortean con éxito la época de la adolescencia, algunos presentan problemas graves, que pueden afectarlos por el resto de sus vidas, sin ser estos característicos o típicos de su edad, pueden indicarnos cuando un chico (a) está en problemas y es necesario intervenir.

Como dijimos, ser un adolescente no es fácil, y al pasar por esta dura etapa de la vida sin querer recibir, escuchar ni comprender lo que nuestros mayores nos dicen, es más difícil aun poder superar un problema si es que no sabemos la mejor manera para hacerlo, por lo que, la experiencia de cada decisión tomada es la que nos va dando la pauta de lo que esta correcto y lo que no se debe siquiera intentar en esta etapa de la vida. Algunos temas de la problemática más común en adolescentes se enumeran y explican brevemente a continuación.

a) **Trastornos alimenticios:** caracterizados por una excesiva preocupación acerca del tamaño y apariencia del cuerpo. Aunque el aspecto del (la) adolescente sea saludable, interiormente puede estar siendo atacada por esta enfermedad que no le deja vivir y ser feliz, todo el tiempo estará pendiente de su cuerpo, su autoestima bajara considerablemente, y a la larga esta puede llevar al suicidio o autoeliminación. Los trastornos de la alimentación más comunes en esta etapa son los siguientes:

b) **Anorexia:** este desajuste se puede presentar en personas de ambos sexos, pero se ve especialmente en las mujeres blancas jóvenes. Existen 2 subtipos clínicos: El restrictivo, donde predominan las dietas y medidas conducentes a perder peso. Y el Compulsivo Purgativo, donde el episodio actual del individuo recurre regularmente con atracones o purgas. (Psiquiatría de Toro y Yopez, pág. 259, 2004).

Este desorden de alimentación se presenta con síntomas como: las que las adolescentes se preocupan más por la comida, hablan sobre ella y animan a los demás a comer, sin embargo ellas comen muy poco, tienen una imagen distorsionada de sí mismas, y no pueden ver el grado de delgadez al que han llegado; por lo general son buenas estudiantes, muchas veces tienen una

conducta retraída, deprimida y obsesiva con una conducta perfeccionista y repetitiva.

La causa de esta enfermedad se desconoce, existen algunas teorías como que existe un factor social muy fuerte que presiona a las chicas a llegar a cumplir con ciertos estándares que nos impone la sociedad actual, otros la ven como una perturbación psicológica relacionada con el miedo a crecer, a la sexualidad o a una situación de desorganización familiar, a veces cuando provienen de familias sobreprotectoras, donde las adolescentes parecen sentir que, la única manera de controlar alguna parte de sus vidas es controlando su propio peso. Es usual que la depresión forme parte de esta alteración.

- c) **Bulimia:** este desorden de alimentación se relaciona mucho con la anorexia, el cual afecta en primer lugar a las niñas adolescentes y mujeres jóvenes. Se caracteriza por la ingesta regular de comida, por lo menos dos veces a la semana grandes cantidades de comida, casi siempre en secreto y luego trata de anular la alta ingesta calórica provocándose vómito, sometiéndose a dietas estrictas, realizando ejercicios rápidos y vigorosos o consumiendo laxantes y diuréticos. (DSM IV Breviario, 2002) Las chicas se obsesionan con su peso y la forma de su cuerpo. No adelgazan demasiado, pero se sienten avergonzadas de sí mismas, desprecio por sí mismas y depresión ocasionados por sus anormales hábitos alimenticios.

La bulimia parece estar relacionada con una baja de serotonina, otras teorías psicológicas exponen que estas personas utilizan los alimentos para apaciguar su hambre de amor y afecto.

- d) **Uso y abuso de drogas:** los adolescentes son “presas fáciles” de caer en el consumo de drogas por su vulnerabilidad propia de la edad, es por eso que es fácil para los vendedores de estas drogas manipularles, decirles cosas que les hagan sentir mejor y venderles más fácilmente la droga. Existen drogas que se usan más frecuentemente por los jóvenes dado que son más económicas que el resto y son relativamente “fáciles” de conseguir, estas son: marihuana, cocaína, éxtasis, etc. El efectos de estos estupefacientes son estados de relajación, euforia, muchos dicen que les hace “olvidarse de los problemas”, etc. El inicio en el mundo de las drogas para muchos jóvenes es por

curiosidad, o por tratar de llenar un “vacío” en sus vidas como se mencionó anteriormente.

Sabemos que esta edad los adolescentes sienten que sus pares son lo principal en su vida, rechazando los consejos y orientación de los padres de familia y profesores, el consumo de drogas se da principalmente por curiosidad y debido a la presión de sus compañeros y en los últimos tiempos se ha dado un aumento en el consumo y una baja en el promedio de edad en la que los chicos empiezan a consumir drogas, lo cual es alarmante, los efectos de estas son peligrosos en la adolescencia y en edades posteriores.

- e) **Delincuencia:** para Craig (2001), la pobreza extrema, familias disfuncionales, las enfermedades mentales hereditarias, rasgos de personalidad antisocial, etc. Están entre las causas de las conductas delictivas en los chicos de esta edad. Esta falta de adaptación al medio y agresividad manifiesta de los adolescentes los lleva a desertar del colegio e iniciar en prácticas poco favorecedoras para su futuro y bienestar personal, lo cual provocara un quebrantamiento de la personalidad y por ende, sentimientos de fracaso y desilusión.

- f) **Depresión:** la problemática de esta enfermedad en los adolescentes es que como atraviesa una etapa de cambios tanto internos como externos, y la depresión no presenta síntomas llamativos, por lo que no se suele diagnosticar con facilidad ya que es menos probable que el adolescente recurra a sus padres a decirles lo que siente, generalmente recurrirá a un amigo (a), y se podría agravar cada día más el problema. En un siguiente capítulo trataremos más a fondo este tema y cómo es posible diagnosticar de una manera eficaz en la adolescencia.

- g) **Inicio temprano de las relaciones sexuales:** la sexualidad es un aspecto de alta preocupación en los adolescentes actualmente, la presión de los pares y de la sociedad hace que los jóvenes inicien su vida sexual a temprana edad. La consecuencia de esto son sentimientos de vacío, de culpabilidad, de baja autoestima, promiscuidad, y hasta embarazos no deseados que muchas veces provocan abortos deseados y fuertes arrepentimientos después.

- h) **Maternidad/Paternidad:** las adolescentes embarazadas son más propensas a sufrir complicaciones durante el parto y el nacimiento del bebé, tienen dos veces más posibilidades de dar a luz bebés con bajo peso y con defectos neurológicos y tres veces más de tener bebés que morirán el primer año. (Citado por: Diane E. Papalia, Sally Wendkos Olds, *El desarrollo humano*, 1998, pág. 427). Esto sin mencionar que las madres y padres adolescentes tienen mayores probabilidades de no terminar la secundaria, lo que les lleva a un futuro incierto económica, social y afectivamente.

- i) **Enfermedades de transmisión sexual:** de los 12 millones de casos que se presentan cada año en los Estados Unidos, dos de cada tres se presentan en menores de 25 años (citado por Donovan, 1993). La enfermedad de este tipo que más se presenta es la clamidia, seguida de la tricomoniasis, gonorrea, herpes simple, hepatitis B y SIDA. En 1993, un informe de las Naciones Unidas identificó a las adolescentes sexualmente activas como “el siguiente eslabón principal” de la epidemia del SIDA. (Diane E. Papalia, Sally Wendkos Olds, *El desarrollo humano*, pág. 376, 1998).

1.4 DESARROLLO DE LA PERSONALIDAD EN EL ADOLESCENTE

Según Susan C. Cloninger en su libro “Teorías de la personalidad”, menciona que la experiencia influye en la manera en que cada persona se desarrolla hacia su propia y única personalidad, también nos habla que la dinámica de la personalidad involucra múltiples influencias tanto del ambiente como dentro de la persona, en donde la causalidad nos indica fundamentalmente la importancia del momento en el cual se dan las experiencias que afectan positiva o negativamente a la personalidad. (p.10)

Las teorías tradicionalistas del aprendizaje (Freud, Horney, Adler, etc.) hablan que la experiencia de los años preescolares para la formación de la personalidad es importante. Incluso algunas de ellas proponen que el aprendizaje temprano puede influir de manera significativa en el curso de la personalidad a lo largo de la vida, al desarrollar habilidades esenciales sobre las cuales más tarde la experiencia construye.

Freud nos dice que la motivación sexual es la base de la personalidad y que las diferencias genéticas de herencia pueden influir en el nivel del impulso sexual y en fenómenos como la homosexualidad, así como la experiencia de los primeros años es crítica para la formación de la personalidad y que en la adultez la personalidad cambia muy poco. (pág. 35)

Erikson amplió la consideración del desarrollo a lo largo de la adultez hasta la ancianidad hablándonos del desarrollo psicosocial, enfocándose en realidades culturales y sociales, en lugar de enfocarse exclusivamente en el individuo como lo hizo Freud, por ejemplo.

A continuación se habla un poco de cada una de las etapas psicosociales, propuestas por Erickson, para entender la personalidad y el desarrollo del adolescente un poco más a fondo.

1.4.1 ETAPAS PSICOSOCIALES DEL DESARROLLO SEGÚN ERIKSON

Si bien es a partir de la 5ta etapa que inicia el desarrollo del ciclo vital de la adolescencia, es importante que sepamos porque etapas pasa cada persona desde que somos niños según este autor, ya que como vimos anteriormente todo esto influye en la personalidad y forma poco a poco lo que el adolescente será y como vera su vida según sus experiencias.

Erik Erikson sostuvo que los niños se desarrollan en un orden predeterminado. En vez de centrarse en el desarrollo cognitivo, sin embargo, él estaba interesado en cómo los niños se socializan y cómo esto afecta a su sentido de identidad personal. La teoría de Erikson del desarrollo psicosocial está formada por ocho etapas distintas, cada una con dos resultados posibles.

Según la teoría, la terminación exitosa de cada etapa da lugar a una personalidad sana y a interacciones acertadas con los demás. El fracaso a la hora de completar con éxito una etapa puede dar lugar a una capacidad reducida para terminar las otras etapas y,

por lo tanto, a una personalidad y un sentido de identidad personal menos sanos. Estas etapas, sin embargo, se pueden resolver con éxito en el futuro.

a) Confianza frente a desconfianza:

Desde el nacimiento hasta la edad de un año, los niños comienzan a desarrollar la capacidad de confiar en los demás basándose en la consistencia de sus cuidadores (generalmente las madres y padres). Si la confianza se desarrolla con éxito, el niño/a gana confianza y seguridad en el mundo a su alrededor y es capaz de sentirse seguro incluso cuando está amenazado. No completar con éxito esta etapa puede dar lugar a una incapacidad para confiar, y por lo tanto, una sensación de miedo por la inconsistencia del mundo. Puede dar lugar a ansiedad, a inseguridades, y a una sensación excesiva de desconfianza en el mundo.

b) Autonomía frente vergüenza y duda:

Entre el primer y el tercer año, los niños comienzan a afirmar su independencia, caminando lejos de su madre, escogiendo con qué juguete jugar, y haciendo elecciones sobre lo que quiere usar para vestir, lo que desea comer, etc. Si se anima y apoya la independencia creciente de los niños en esta etapa, se vuelven más confiados y seguros respecto a su propia capacidad de sobrevivir en el mundo. Si los critican, controlan excesivamente, o no se les da la oportunidad de afirmarse, comienzan a sentirse inadecuados en su capacidad de sobrevivir, y pueden entonces volverse excesivamente dependiente de los demás, carecer de autoestima, y tener una sensación de vergüenza o dudas acerca de sus propias capacidades.

c) Iniciativa frente a culpa:

Alrededor de los tres años y hasta los siete, los niños se imponen o hacen valer con más frecuencia. Comienzan a planear actividades, inventan juegos, e inician actividades con otras personas. Si se les da la oportunidad, los niños desarrollan una sensación de iniciativa, y se sienten seguros de su capacidad

para dirigir a otras personas y tomar decisiones. Inversamente, si esta tendencia se ve frustrada con la crítica o el control, los niños desarrollan un sentido de culpabilidad. Pueden sentirse como un fastidio para los demás y por lo tanto, seguirán siendo seguidores, con falta de iniciativa.

d) Laboriosidad frente a inferioridad:

Desde los seis años hasta la pubertad, los niños comienzan a desarrollar una sensación de orgullo en sus logros. Inician proyectos, los siguen hasta terminarlos, y se sienten bien por lo que han alcanzado. Durante este tiempo, los profesores desempeñan un papel creciente en el desarrollo del niño.

e) Búsqueda de Identidad vs. Difusión de Identidad:

Junto con la pubertad y el adolescente experimentará una búsqueda de identidad y una crisis de identidad, que reavivará los conflictos en cada una de las etapas anteriores, llevando al yo a establecer una nueva síntesis de sí mismo con un renovado sentimiento de continuidad, de cohesión interior, integrando los aspectos antes disociados. Los padres de los adolescentes se verán enfrentando situaciones nuevas que serán un nuevo reto para su misión orientadora. Son características de identidad del adolescente:

- La Perspectiva Temporal, orientación en el tiempo y en el espacio, asimilación de la experiencia con un aprovechamiento adecuado de los aspectos del intercambio interpersonal y de la sensibilidad (experiencia emocional).
- La Seguridad en Sí Mismo, sentimiento de la propia confiabilidad, sentido de la adecuación y organización de la vida personal.
- La Experimentación con el Rol, énfasis en la acción; el enfrentamiento de situaciones diversas; y ejercicio de anticipación de metas.

- El Aprendizaje, significa principalmente interés por el contacto con el medio ambiente y una estrategia del aprendizaje vital.
- Polarización Sexual: Adecuado grado de desarrollo del propio interés sexual.
- Liderazgo y Adhesión: Adecuada integración al grupo de "pares".
- El Compromiso Ideológico, orientación valorativa y participación en el ambiente.

f) Intimidad frente a aislamiento:

En la adultez temprana, aproximadamente desde los 20 a los 25 años, las personas comenzamos a relacionarnos más íntimamente con los demás. Exploramos las relaciones que conducen hacia compromisos más largos con alguien que no es un miembro de la familia. Completar con acierto esta etapa puede conducir a relaciones satisfactorias y aportar una sensación de compromiso, seguridad, y preocupación por el otro dentro de una relación. Erikson atribuye dos virtudes importantes a la persona que se ha enfrentado con éxito al problema de la intimidad: afiliación (formación de amistades) y amor (interés profundo en otra persona). Evitar la intimidad, temiendo el compromiso y las relaciones, puede conducir al aislamiento, a la soledad, y a veces a la depresión.

g) Generatividad frente a estancamiento:

Durante la edad adulta media, en una etapa que dura desde los 25 hasta los 60 años aproximadamente, establecemos nuestras carreras, establecemos una relación, comenzamos nuestras propias familias y desarrollamos una sensación de ser parte de algo más amplio. Aportamos algo a la sociedad al criar a nuestros hijos, ser productivos en el trabajo, y participar en las

actividades y organización de la comunidad. Si no alcanzamos estos objetivos, nos quedamos estancados y con la sensación de no ser productivos.

No alcanzar satisfactoriamente la etapa de generatividad da lugar a un empobrecimiento personal. El individuo puede sentir que la vida es monótona y vacía, que simplemente transcurre el tiempo y envejece sin cumplir sus expectativas. Son personas que han fracasado en las habilidades personales para hacer de la vida un flujo siempre creativo de experiencia y se sienten apáticos y cansados.

Las personas generativas encuentran significado en el empleo de sus conocimientos y habilidades para su propio bien y el de los demás; por lo general, les gusta su trabajo y lo hacen bien.

h) Integridad del yo frente a desesperación:

Mientras envejecemos y nos jubilamos, tendemos a disminuir nuestra productividad, y exploramos la vida como personas jubiladas. Durante este periodo contemplamos nuestros logros y podemos desarrollar integridad si consideramos que hemos llevado una vida acertada.

Fuente: Cepvi.com. *“Psicología, Medicina, Salud y Terapias alternativas”*. Web. Febrero del 2011. <<http://www.cepvi.com/articulos/erikson.shtml>>
<http://www.network-press.org/?erik_erikson>

1.5 CONCLUSIONES

La adolescencia es una etapa que puede o no ser conflictiva, depende de cómo cada uno decida afrontar su realidad, es necesario tener una visión amplia de este periodo de la vida dado que los adolescentes son los que más necesitan ser escuchados, entendidos, aconsejados, y, amados ya que las propias características de su crecimiento los lleva a sentirse vulnerables, solos, deprimidos y en conflicto muchas de las veces, es por eso que los padres o cuidadores juegan un rol muy importante en sus vidas.

Esta etapa, por la cual todos tenemos que pasar, nos permite como seres humanos diferenciarnos de los otros, empezar una búsqueda de identidad, experimentar nuevas sensaciones, emociones y aprender de la vida de una maravillosa manera y es muy importante sacar a relucir la iniciativa del adolescente para superar esta etapa, conflictiva o no, lo importante es que el adolescente sepa que tiene ese potencial para seguir y madurar en el proceso.

CAPÍTULO II

LA DEPRESIÓN

INTRODUCCIÓN

En el libro Psiquiatría de Toro y Yepes, (2004) no dice: “las depresiones son tan prevalentes en la población general (3 a 5%) y tan comunes en la consulta médica, que es imposible que los psicólogos y psiquiatras puedan tratar adecuadamente a todas las personas que las sufren. Más aun según Watts solo un 0,2% de los pacientes deprimidos consulta al psicólogo o psiquiatra, un 9% al médico general y posiblemente un 89% nunca acude a la consulta médica.” (p.152). Lo que nos indica que la depresión existe probablemente en más pacientes de los que podemos tratar, es una enfermedad que ha tenido una proliferación tan grande, que sería necesario de más especialistas para poder atender a todos los pacientes, sin embargo, ¿Qué hacemos cuando muchos de esos pacientes ni siquiera asisten a la consulta, aunque sea con algún otro síntoma que la enmascare?

De modo general, el cuadro se caracteriza por una merma de la actividad, acompañada de un profundo sentimiento de malestar y se requiere la presencia de un conjunto complejo de síntomas que constituyen un síndrome depresivo.

La depresión mayor puede iniciarse a cualquier edad, con una edad promedio de iniciación entre los 25 y los 30 años. Parece que la edad de iniciación ha disminuido y la frecuencia ha aumentado en los nacimientos después del año 1945, esto se atribuye a que la cultura actual es “depresiva”, ya que han aumentado las situaciones de desvalimiento. Como mencionábamos en el capítulo anterior, los cambios de la cultura, la estructura familiar, etc. también aumentan la vulnerabilidad de la depresión.

2.1.- GENERALIDADES

Desde el punto de vista psicosocial parece que los cambios vitales tanto positivos como negativos son importantes y precipitantes. Se ha demostrado un aumento global de estos cambios, en particular los negativos e indeseables, en el periodo que antecede a la aparición de la depresión.

Existen diferentes motivos de consulta por la cual las personas van donde un psicólogo o un psiquiatra, muchas de las veces los pacientes ni siquiera saben que están atravesando por un trastorno en su estado de ánimo, y simplemente acuden ante un médico general para contarle sus síntomas, es necesario tomar en cuenta los siguientes motivos para poder identificar de una manera temprana un posible cuadro depresivo y así poder contribuir rápidamente a la mejora del paciente.

ALGUNOS TIPOS DE CONSULTA QUE PUEDEN ENMASCARAR DEPRESIÓN:

Estados de ánimo y afectividad: estos incluyen el sentimiento de tristeza habitual, ya sea leve, moderado o crónico, autoestima baja, no existe motivación en sus actividades diarias, constantes quejas de la situación actual de su vida, pérdida del interés, sensación de abatimiento, ansiedad, tensión, e incluso actos recurrentes de violencia y/o agresividad hacia sí mismo u otras personas.

Manifestaciones Somáticas: estas son generalmente personas que pueden estar sufriendo en silencio depresiones enmascaradas o encubiertas y tienen síntomas en su organismo como problemas gastrointestinales, cardiovasculares, trastornos en su apetito, subida o bajada de peso excesivo, falta de deseo sexual, trastornos en el sueño, dolores de cabeza, etc.

Cambios en el pensamiento: los pacientes suelen acercarse con dificultades para concentrarse, prestar atención en cosas que antes no tenían dificultad, algunas veces

en la orientación, se distraen con facilidad mientras realizan alguna actividad, mantener el hilo de la conversación, indecisión, culpabilidad, pesimismo, crisis de valores, de ideales, valoración negativa de sí mismo, del entorno y del futuro, etc.

2.2.- CONCEPTO

Exponen L. Toro y L. Yepes (2004, pág. 152), “Las depresiones son un grupo heterogéneo de trastornos afectivos que se caracterizan por un estado de ánimo deprimido, disminución del disfrute, apatía y pérdida de interés en el trabajo, sentimientos de minusvalía, insomnio, anorexia e ideación suicida. A menudo manifiestan ansiedad y síntomas somáticos variados.”

Los adelantos en la clasificación diagnóstica así como el tratamiento psicofarmacológico contribuyeron con el paso del tiempo a identificar y tratar una amplia visión de personas con trastornos afectivos, debido que antes no se diagnosticaba la depresión, sino se las llamaba como crisis de nerviosas, histerias, etc.

Es importante aquí abordar también el concepto de Distimia, dado que se relaciona mucho con la depresión y debemos tener en cuenta para poder diagnosticar adecuadamente al paciente que sufre de la misma, la misma que se define así: Estado anímico crónicamente afectado que se presenta la mayor parte del día, la mayoría de los días y dura por lo menos dos años, sin existir dos meses seguidos sin síntomas depresivos. Para Yepes y Toro (2004), es una depresión relativamente leve, de duración larga y con cortos intervalos sin síntomas, los mismos que no llegan a los 2 meses para ser catalogados como episodio depresivo.

La depresión se caracteriza por un estado de ánimo disfórico y triste, con una marcada dificultad para experimentar placer en la mayoría de las actividades cotidianas. La persona pierde el interés de manera generalizada, siente escasa motivación incluso para efectuar conductas que antes le eran agradables. Son muy comunes los sentimientos de culpa e inutilidad, con un marcado pesimismo hacia el futuro. El cuadro se acompaña habitualmente de trastornos del sueño, cambios en el

apetito y dificultades para concentrarse. Por lo general, la persona abandona sus tareas más cotidianas o las efectúa con mucha dificultad. Así, puede dejar de estudiar, trabajar o simplemente no ver más a sus amigos y familiares.

2.3.- DIAGNÓSTICO DE LA DEPRESIÓN SEGÚN EL DSM IV

A. Cinco (o más) de los siguientes síntomas han estado presentes durante el periodo de dos semanas y representan un cambio en el funcionamiento previo; por lo menos es ánimo deprimido o pérdida del interés o placer.

1. Animo deprimido la mayor parte del día, casi todos los días, indicado por, ya sea reporte (se siente triste o vacío), o por observaciones hechas por otros (parece lloroso). En niños o adolescentes puede ser ánimo irritable.
2. Interés o placer marcadamente disminuidos en todas o casi todas las actividades, la mayor parte del día, casi todos los días.
3. Pérdida o aumento de peso significativamente sin estar a dieta. O disminución considerable del apetito.
4. Insomnio o hipersomnia casi todos los días
5. Agitación o retardo psicomotor la mayor parte del tiempo (observable por otros, no solamente la sensación subjetiva de inquietud o de estar lento)
6. Fatiga o pérdida de energía casi todos los días.
7. Sentimientos de minusvalía o culpa excesiva o inapropiada (puede ser delirante) casi todos los días. (no meramente auto reproche o culpa por estar enfermos).
8. Capacidad disminuida de pensar o concentrarse, presentan indecisión.
9. Pensamientos recurrentes de muerte, ideación suicida sin un plan específico, intento de suicidio o un plan específico para hacerlo.

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

- C. Los síntomas causan sufrimiento clínico significativo o trastornos del funcionamiento social, ocupacional o en otras áreas importantes del funcionamiento.
- D. No se debe a efectos directos de una sustancia (droga o abuso de medicación) o a una condición médica general (hipotiroidismo).
- E. Los síntomas no son explicados por duelo, es decir, después de la pérdida de un ser amado. Los síntomas persisten más de dos meses, están caracterizados por marcado menoscabo funcional, preocupación mórbida, desvalorización, ideación suicida, síntomas psicóticos o retardo psicomotor.

Existe también el trastorno depresivo mayor, el cual se caracteriza por la presencia de varios episodios depresivos sin la aparición de algún episodio maniaco, hipomaniaco o mixto.

2.4.- DEPRESIÓN EN LA ADOLESCENCIA

Para diagnosticar la depresión en las personas no debemos guiarnos de observaciones meramente superficiales y carentes de información, es necesario el trabajo de psicólogo de una manera integral, mediante la entrevista, historia clínica, antecedentes, aplicación de baterías y conversaciones con personas allegadas al afectado para así poder dar un criterio diagnóstico. En lo que respecta a la depresión en la adolescencia se debe tomar en cuenta todos los aspectos en los que está inmerso el adolescente, conversando con su familia, sus amigos íntimos, etc.

En adolescentes, el estado anímico depresivo es común, debido al proceso normal de maduración, al estrés asociado con este, a la influencia de las hormonas sexuales y a los conflictos de independencia con los padres.

Los adolescentes que presentan baja autoestima, que son muy autocríticos o que perciben poco sentido de control sobre los eventos negativos presentan un riesgo particular de deprimirse cuando experimentan eventos estresantes.

Para González Núñez, la diferencia fundamental entre la depresión en adolescentes y adultos es que en el caso de los chicos y chicas no tienen orientación hacia el futuro, puesto que más que negarlo ni siquiera lo contemplan. Además que el adolescente y el niño no advierten la desesperanza, es decir que no hay una representación del futuro como una perspectiva temporal. “Las depresiones de la adolescencia igualan a las de la edad adulta en severidad, las sobrepasan en auto destructividad y muestran todavía el sello característico de su concomitancia con el proceso del desarrollo. Todas las experiencias son irrevocables y externas, al igual que la vergüenza y la desesperación que le provocan.” (pág. 84)

Es importante mencionar la relación de los adolescentes con sus padres, al inicio de la adolescencia, en la etapa llamada pubertad, se dan gran cantidad de conflictos motivados por intereses encontrados: demanda de más autonomía para organizar su tiempo, estudios, diversiones, actividades, etc. y una acentuación del control de los padres hacia la conducta de sus hijos. Con esto la tensión aumenta ya que hay menos tiempo con los padres, se deteriora la comunicación íntima, se dan conflictos como: tareas domésticas, higiene, consumo, horarios, tiempo de estudio, dinero, peleas entre hermanos, etc.

Los adolescentes empiezan a pasar cada vez más tiempo con el grupo de iguales, que pasará a ser un contexto de socialización fundamental, los iguales se convertirán en confidentes emocionales, consejeros, y modelos comportamentales a imitar, y cuando existen pensamientos depresivos, negativos o errados en los adolescentes junto con la comunicación con los padres deteriorada, las cosas se complican de manera dramática, así la depresión, la desesperanza, y el suicidio toman fuerza en un mundo donde no basta con el odio hacia los demás, sino que el mismo se vuelve contra el propio sujeto.

En muchos casos las depresiones en niños y adolescentes no suelen ser diagnosticados con facilidad, debido a que con frecuencia esta empieza de una

manera muy diferente a la depresión en adultos. El hecho de dormir mucho, un cambio de hábitos alimentarios, incluso la conducta delictiva (como el hurto) pueden ser signos de depresión. Además con los adolescentes muchas veces no se cuenta con toda la información necesaria, algunos padres de familia no notan diferencias en las actitudes de sus hijos, piensan que pueden ser “normales” de la etapa por la que están atravesando.

Existen diversas razones por las que se puede hacer complicado el diagnóstico de depresión en niños y adolescentes; como se dijo anteriormente la forma en la que se presenta la depresión en los adultos no es la misma que en los adolescentes, otra es que en muchas ocasiones los adolescentes no comentan con sus padres las cosas que están sintiendo y viviendo hasta que luego es muy tarde, o simplemente lo pasan por alto, también se puede dar mucha ignorancia por parte de las personas que piensan que tanto niños como adolescentes no padecen estos trastornos; en muchas ocasiones el solo hecho de admitir esa idea les hace sentir que han fallado en su educación y cuidado como padres.

Cuando se identifica un cuadro depresivo en un niño o joven debe resolverse el problema de si puede considerarse un fenómeno normal o propio de su estadio de desarrollo, o representa un fenómeno patológico.

Para hacer un diagnóstico apropiado de la depresión en niños y en adolescentes se toman en cuenta los criterios diagnósticos que proponen el DSM IV o el CIE 10, los mismos que mayoritariamente son utilizados para diagnosticar patologías en adultos. Si bien algunos de los síntomas de la depresión toman la forma de tristeza profunda, desesperanza, llanto, descuido en la apariencia personal, baja autoestima, etc. Hay que tomar en cuenta también otras manifestaciones importantes que son indicativas de este trastorno en los adolescentes. Es importante saber que algunas personas no presentan ningún síntoma, lo cual es muy peligroso, ya que como sabemos la depresión es una enfermedad que puede llevar a la muerte.

2.5.- FORMAS EN LAS QUE SE PRESENTA EL TRASTORNO DEPRESIVO EN EL ADOLESCENTE

A continuación se detallaran algunas formas en las que se puede presentar el trastorno depresivo según Beck (2003), muchas de estas no se presentan aisladamente, los casos dependen de cada persona y de la manera en la que su cuerpo responde a cada caso.

a) **Aumento o disminución del peso corporal:** es necesario poner atención la conducta del adolescente a la hora de alimentarse; son muchos los chicos y chicas que empiezan a comer compulsivamente o a dejar de hacerlo por completo cuando tienen conflictos emocionales fuertes. Este tipo de síntomas son comunes en los adolescentes buscando comidas que los hagan “sentir bien” como helado, comida chatarra, etc. Cosas que no les alimentan apropiadamente y solo influyen en su peso corporal. Por otro lado los adolescentes que no ingieren alimentos engañan a sus progenitores para no ser descubiertos. Es importante poner en cuenta estas conductas ya que pueden desencadenar en problemas como anorexia y bulimia.

b) **Alteraciones del sueño:** muchos son los adolescentes que mencionan que no tienen un horario de descanso apropiado, pudiendo ser este el inicio de un trastorno del sueño, otro síntoma puede ser el despertarse en la mitad de la noche, tener conflictos para conciliar el sueño, etc. Estos cambios repentinos en el sueño afectan significativamente la vida del adolescente, ya que en el día a día no tienen la misma energía y vitalidad para poder realizar las actividades que antes no les constaban trabajo. Por otro lado el deseo recurrente de dormir es otro síntoma bastante frecuente, muchos jóvenes se encierran en sus cuartos y pasan la mayor parte del tiempo durmiendo y en algunos de estos casos el sueño no es reparador.

Otro de los factores relacionado con este punto son las pesadillas, algunos adolescentes aparte de dormir mucho o poco mencionan que tienen pesadillas de contenidos relacionados con el abandono, situaciones de pérdidas, se ven

lastimados, etc. Algunas veces las pesadillas son tan fuertes que provocan temor en el adolescente a dormir, provocando las malas noches y el insomnio.

En el caso de los pacientes que duermen demasiado se les insta a que duerman cuando en realidad estén muy agotados.

- c) **Problemas de conducta:** los padres junto con los adolescentes la mayoría de las veces no se dan cuenta que los problemas conductuales son un síntoma de la depresión. Muchos chicos/as se notan demasiado irritables y constantemente inician peleas o discusiones con sus padres, hermanos, etc. Aquí se dan los problemas con la autoridad, donde el adolescente no quiere acatar las reglas impuestas por sus padres, el colegio, la sociedad e inician conflictos algunas veces graves, por no acatarse a las normas. En todos estos casos se muestra bastante ambivalencia, pues los sentimientos que expresan son de ira, excesivo amor, odio, dependencia, independencia, etc. La rebeldía es un factor importante dentro de este punto.

- d) **Problemas académicos:** al momento que hay conflictos en casa, o con el adolescente en sí mismo, empiezan a existir problemas en los estudios, ya que las responsabilidades académicas son dejadas de lado por atender otros asuntos, en el momento y para el adolescente, mas importantes que cualquier otra cosa. Es aquí donde empiezan a darse las ranclas del colegio, dado que los padres no permiten las faltas sin motivo aparente, las mentiras a los profesores por los incumplimientos, etc. Dichas conductas y bajos resultados acarrearán más problemas familiares importantes, los padres se sienten decepcionados, frustrados, heridos, y castigan a sus hijos, muchas veces sin preguntar o tratar de averiguar la causa que está generando todos estos conflictos.

En los momentos de soledad los jóvenes pueden iniciar actividades no constructivas hacia ellos mismos, ser víctimas de abusos, caer en distintos vicios, etc. Algunos al no superar su problemática del colegio, se retiran, desertan y se dedican a la vida laboral, donde tampoco se sienten satisfechos, sienten que nada los llena, van de un trabajo en otro, hacen sufrir a sus padres, cambian las

relaciones con sus pares y empeora aún más su cuadro depresivo. Una buena intervención en este sentido ayudaría de manera satisfactoria en la comunicación de los padres con los adolescentes, motivándolos así a la aceptación de que sus hijos pueden atravesar estados depresivos y con la psicoterapia adecuada su situación puede cambiar de manera considerable sin que sus relaciones se deterioren ni el joven tenga que dejar de vivir esta etapa normal del crecimiento.

e) **Indecisión:** uno de los síntomas más claros de depresión es el hecho de que los adolescentes no logran tomar decisiones por sí mismos, lo cual acrecienta la dependencia y falta de confianza en ellos mismos. Esta situación suele ser importante cuando la depresión se vuelve crónica y el adolescente pide demasiada ayuda a los demás el momento de tomar decisiones que le competen solo a él, como la elección de una carrera universitaria, de un viaje, etc. Hay que motivar al adolescente a que estas decisiones importantes las tome con seriedad y bajo su propio riesgo.

La indecisión es uno de los síntomas cognitivos más frecuentes en el grupo de personas que padecen depresión; mucho más en los adolescentes, debido a que se hace más difícil las decisiones por las diferentes situaciones que puede estar atravesando.

f) **Críticas constantes:** el hipercriticismo en los adolescentes suele ser común, pero cuando sobrepasa los límites de la normalidad es algo preocupante. Los jóvenes no se conforman con las explicaciones, creen que siempre hay algo más, en el fondo creen que las cosas que se les dice son solo para molestarlos, y que las explicaciones son negativas o que enfundan un futuro no muy prospero, por lo que buscan constantemente la explicación de sus sentimientos, actitudes, problemas y también de las personas que los rodean.

Las críticas y autocríticas son síntomas cognitivos que se presentan con mucha frecuencia, las autocríticas llevan al paciente a pensar que es responsable de todo lo malo que ocurre, llevando este sentimiento de culpabilidad exagerado hasta los límites más peligrosos que podemos pensar.

g) **Dependencia:** las reacciones de dependencia por la que atraviesan los adolescentes con síntomas depresivos son debidas a la necesidad de

aprobación del otro, junto con la necesidad de atención que les motiva a hacer cosas que probablemente no estaban en sus planes, mucho menos en sus ideales, sin embargo el no sentirse desplazado y rechazado ya sea del grupo, de la comunidad, de la jorga, hace que los chicos y chicas sean dependientes de otros chicos y chicas que introducen en ellos el sentido de la necesidad de aprobación exterior, produciéndose así la inseguridad y baja autoestima que es fundamental al momento de una depresión.

La dependencia es un síntoma motivacional representativo en este tipo de trastornos, pues el paciente depende significativamente de los demás para poder realizar sus actividades cotidianas; esta necesidad de ayuda exceden a sus necesidades reales, es decir, el adolescente no logra desvincularse de la aprobación de los otros. Por lo que es necesario explicarle al adolescente la diferencia entre una dependencia adaptativa y una regresiva.

- h) **Obsesión con la muerte**, que puede tomar forma ya sea de pensamientos suicidas o temores acerca de la muerte y del mismo hecho de morir.

2.6.- FACTORES DESENCADENANTES DE LA DEPRESIÓN EN LA ADOLESCENCIA

Dentro de las principales causas y factores de riesgo sabemos que la depresión puede ser una respuesta temporal a muchas situaciones y factores de estrés. En los adolescentes el estado anímico depresivo es común, debido al proceso normal de maduración, al estrés asociado con este, a la influencia de las hormonas sexuales y a los conflictos de independencia con los padres.

También puede ser una reacción a un suceso perturbador como la muerte de un amigo o pariente, la ruptura con la novia/o y el fracaso en la escuela. Los adolescentes que presentan baja autoestima, que son muy autocríticos o que perciben poco sentido de control sobre los eventos negativos presentan un riesgo particular de deprimirse cuando experimentan eventos estresantes.

Como se mencionó anteriormente, a menudo es difícil diagnosticar la verdadera depresión en adolescentes, debido a que su comportamiento normal se caracteriza por altibajos en el estado anímico. Estos estados de ánimo pueden alternar en periodos de horas o días.

La depresión anímica persistente, el rendimiento escolar inestable, las relaciones caóticas con familiares y amigos, la drogadicción y otros comportamientos negativos pueden indicar un episodio depresivo serio.

Estos síntomas a su vez pueden ser fáciles de reconocer, pero la depresión en los adolescentes con frecuencia comienza de manera muy diferente. Otro síntoma común de la depresión adolescente es una obsesión con la muerte, que puede tomar la forma ya sea de pensamientos suicidas o temores acerca de la muerte y del mismo hecho de morir.

Es curioso mencionar que las niñas adolescentes presentan el doble de posibilidades de experimentar depresión que los niños.

Como algunos de los factores de riesgo para la depresión podemos mencionar los siguientes:

- Pérdida de alguno de los padres ya sea por muerte o divorcio.
- Maltrato infantil, tanto físico como sexual.
- Atención Inestable, falta de habilidades sociales.
- Enfermedades crónicas.
- Antecedentes familiares de depresión.
- La depresión también está asociada con trastornos en la alimentación, particularmente bulimia.
- Insatisfacción de las necesidades psicológicas básicas; dentro de estas se destaca la necesidad de autoafirmación, de independencia, de relación íntima personal y la aceptación de los pares. Es importante mencionar que la insatisfacción frustra, deja marcas.
- Patrones inadecuados de educación y crianza que pueden ser: la sobreprotección, manifestándose en manera de ansiedad (al crear sentimientos de culpa en el adolescente) o de una manera autoritaria (al provocar rebeldía y desobediencia).

Es importante mencionar que el autoritarismo limita la necesidad de independencia del adolescente y mutila el libre desarrollo de su personalidad, provocando como respuesta o bien represión y frustración o bien rebeldía y enfrentamientos con la figura autoritaria y pérdida de comunicación con los padres.

La agresión, tanto física como verbal, menoscaba la integridad del adolescente, su auto imagen dificultando en gran medida la comunicación familiar.

La permisividad es la carencia de límites o la falta claridad en las normas y reglas de comportamiento, tanto en casa como en el resto de ambientes donde el adolescente se desenvuelve.

- La sexualidad mal orientada se da cuando existe presencia de prejuicios con relación a los temas sexuales, la comunicación con la familia de estos temas queda restringida y el adolescente busca otros medios, no siempre los idóneos, sus propias respuestas e informaciones adquiridas de conversaciones con sus pares pueden acarrear grandes problemas por el desconocimiento, la desinformación y la formación de juicios erróneos en relación al tema.

2.7.- DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE LA DEPRESIÓN

La tristeza puede ser un síntoma presente no solo en un trastorno depresivo sino también en diferentes cuadros clínicos. Por lo tanto la presencia de síntomas depresivos debe diagnosticarse de manera diferencial con los siguientes trastornos:

- Trastorno Bipolar: En el cual se presentan episodios de manía o mucha actividad, caracterizados por ser seguidos de episodios de estado de ánimo deprimido o depresiones intensas.
- Trastorno del estado de ánimo debido a una enfermedad médica: la alteración en el estado de ánimo es consecuencia de un efecto fisiológico directo de una enfermedad médica específica. De este trastorno se desglosa el Trastorno del estado de ánimo inducido por

sustancias, en donde una sustancia esta etiológicamente ligada a una alteración del estado de ánimo.

- Trastorno Distímico: estado de ánimo crónicamente deprimido que está presente casi todo el día, casi todos los días, con una duración de al menos 2 años.
- Trastorno Esquizoafectivo: Difiere del trastorno depresivo porque en este existen ideas delirantes y alucinaciones.
- Trastorno adaptativo con estado de ánimo depresivo: Surge desencadenado por un estrés claramente identificable que ha dado lugar en las últimas semanas. El estado de ánimo depresivo desaparece bien porque el suceso desencadenante se esfuma o porque el paciente alcanza un nivel adaptativo en su funcionamiento.
- Duelo: Se trata de una reacción normal frente a una pérdida afectiva importante. A veces pueden aparecer síntomas semejantes a la depresión mayor, principalmente ideas de culpa, deseos de muerte, mas como el deseo de reunirse con la persona fallecida que como de quitarse la vida. Si esta sintomatología se prolonga un tiempo superior a los 6 meses o alcanza una intensidad marcada se considera duelo patológico y debe ser tratado como una depresión.

Junto con estos se halla el trastorno depresivo recidivante, que se trata de episodios depresivos con una duración de 2 días hasta 2 semanas y se presentan por lo menos una vez al mes durante un año.

- El trastorno depresivo no especificado es mejor descrito como trastorno depresivo menor, el cual se caracteriza por episodios de por los menos 2 semanas de sintomatología depresiva.

Yepes (en Toro, Yepes, 2004) comenta que existen además de los tipos reconocidos de depresión, dos tipos mas según la reactividad: la depresión melancólica, que se refiere a un proceso en el cual el estado de ánimo esta crónicamente afectado, el

mismo que no puede ser aliviado siquiera por un suceso positivo; este correspondería a la “depresión endógena” caracterizado por la falta de placer en casi todas las actividades, sentimientos de culpa, depresión más fuerte durante la mañana, retardo o agitación psicomotora, culpa, anorexia o aumento de peso, etc. El otro tipo se trata de una depresión atípica, la misma que difiere de la anterior porque si es reactiva a los sucesos, es decir, que la sintomatología decrece cuando aparecen hechos placenteros; si el evento se mantiene, igualmente la persona no presentara síntomas, incluso por periodos largos. Aquí deben estar presentes síntomas relacionados con los trastornos del sueño y el apetito, parálisis de plomo (sensación de pesadez de brazos y piernas) y un intenso rechazo a las relaciones interpersonales, las mismas que deterioran significativamente la vida del paciente.

Es necesario mencionar también que existen otros tipos de depresión como son: depresiones estacionales, post parto, trastornos disfóricos premenstruales, etc.

2.8.- CONCLUSIÓN

En este capítulo se han abordado temas principalmente referidos a la depresión, referidos a cómo diagnosticarla, diferenciarla y la manera en la que se presenta en los adolescentes; hablamos de que los síntomas pueden ser muchas veces disfrazados. Se puso énfasis en los factores de riesgo más comunes en los adolescentes.

Se ha recalado del riesgo de padecer esta enfermedad en la época actual es bastante alto en los jóvenes y se habla de algunas de las principales causas que provocan que un adolescente piense en quitarse la vida en algún momento de su desarrollo de una manera más seria que la que generalmente escuchamos en los pasillos de los colegios por diversión.

Lo que se puede concluir es que la depresión no es un juego, no es un pretexto del adolescente para llamar la atención, y siguiendo todas las señales que se deben tomar en cuenta es muy peligroso si no se diagnostica a tiempo, llegando hasta tener consecuencias nefastas para los adolescentes y sus familias.

Las formas en las que se puede reconocer y abordar la depresión son muchas, es muy importante que la historia clínica, realizada previamente, nos brinde toda la información necesaria para poder trabajar con técnicas diferentes según el tipo de depresión que sufre el adolescente de una manera más asertiva y eficaz.

CAPÍTULO III

TEORIA COGNITIVA - CONDUCTUAL

INTRODUCCIÓN:

La teoría cognitiva - conductual actualmente es la más aceptada en cuanto al tratamiento de la depresión debido a su efectividad en el trabajo efectuado y la que más pronto demuestra cambios en la conducta y pensamientos del paciente con trastornos depresivos.

Las bases teóricas del modelo cognitivo conductual inician con Pavlov, seguidas por los aportes de Watson, Skinner, Bandura para conducirnos a autores como Albert Ellis y Aaron Beck los mismos que aportan de una manera muy importante en el conocimiento de las influencias que el pensamiento ejerce sobre las emociones y la conducta, no obstante, desde el inicio, admiten que no toda la vida emocional puede explicarse por el pensamiento.

Por otra parte, el pensamiento de un individuo refleja su sistema de interpretación del mundo, es decir, un conjunto de creencias, supuestos y reglas subyacentes que por lo general no son plenamente conocidas por las personas, por lo que, poniendo estas en consideración y facilitándosele al paciente la capacidad para traerlas, identificarlas, modularlas, elegir las, o no, para su experiencia y situación actual podemos lograr que, luego de un proceso, el mismo este en la capacidad de elegir las interpretaciones que el brinda a las distintas situaciones que le ocurren en el diario vivir, esperando sean estas las más funcionales para su desenvolvimiento personal y social apropiado.

La psicología cognitiva - conductual es una de las más usadas desde hace muchos años consciente e inconscientemente, ya que, desde en las escuelas hasta en los centros de rehabilitación del alcohol y drogas aplicamos técnicas cognitivas conductuales, las mismas que, se han comprobado dan resultados más eficaces que

otras técnicas psicológicas, facilitando resultados en corto tiempo en algunos casos, o un tiempo más corto con respecto a las otras corrientes.

3.1 GENERALIDADES

La terapia cognitiva deriva de los descubrimientos del psiquiatra americano A. Beck el cual nos explica que los trastornos psicológicos provienen en gran parte, (aunque no exclusivamente), de maneras erróneas de pensar o interpretar los acontecimientos que vive una persona. Estos pensamientos e interpretaciones se convierten en formas estereotipadas y rígidas de valorar los acontecimientos, la propia conducta y a sí mismo. Por ejemplo la persona depresiva se centra en pensamientos de escasa valía personal, desesperanza futura e incapacidad de manejar su vida y desarrolla una especial habilidad para hacer una “visión túnel “ donde percibe con facilidad lo negativo de su vida e ignora o no aprecia otros aspectos más positivos o que le pueden ayudar a manejar su situación.

“Sentirse mejor”. Web. [Consultado noviembre del 2010]. <http://www.psicologia-online.com/ESMUbada/Libros/Sentirse_Mejor/sentirse2.htm>

En el tratamiento de la depresión actualmente está comprobado que la terapia cognitiva - conductual es la más utilizada ya que es la más eficaz en pacientes graves, con intentos suicidas, con depresiones leves, etc.

Los diversos modelos de psicoterapia cognitiva, especialmente, de Ellis y Beck, los principales exponentes de esta terapia, se han centrado de manera inicial en el abordaje de distintas patologías clínicas, como es el caso de la depresión, ansiedad, fobias, etc. para posteriormente abarcar asuntos clínicos no catalogados, de manera particular, como psicopatologías.

La terapia cognitiva centra su atención en el hecho de que la forma en la que el ser humano entiende sus problemas tiene un efecto sobre cómo se enfrenta a los mismos.

Por lo que, el terapeuta al recibir en su consultorio a un paciente hace preguntas sobre los cinco aspectos de su vida, los mismos que están interconectados entre sí, produciendo que un cambio en el uno afecte a todos los demás, comprendiendo esto pueden ayudarnos en la comprensión y mejora de nuestros problemas, estos aspectos son:

- a) Pensamientos (creencias, imágenes, memorias)
- b) Emociones
- c) Conductas
- d) Reacciones físicas
- e) Ambiente (pasado y presente).

Otro aspecto importante de la terapia cognitiva es la observación del paciente que estamos tratando, la actitud con la cual este llega a la terapia, sus expresiones faciales y corporales y hasta su vestimenta, todo esto nos da un índice de cómo se está sintiendo y la manera de afrontar la realidad del paciente.

En esta terapia, a diferencia de otras corrientes, se le motiva al paciente a llevar tarea consigo, el terapeuta muchas de las veces al finalizar una sesión le pedirá que trabaje en casa apuntando algunos de los pensamientos que se le vienen automáticamente en distintas situaciones, o con una lista de las cosas que él piensa de sí mismo y de los demás, etc. El objetivo de esta terapia es que el paciente vaya haciendo consciente que muchos pensamientos, actos y sentimientos que está teniendo no están siendo objetivos.

3.2 DEFINICIÓN Y CARACTERÍSTICAS DE LA TERAPIA COGNITIVA CONDUCTUAL

Para Leonor I. Lega et al, “La terapia cognitivo - conductual es un término genérico que se refiere a las terapias que incorporan tanto intervenciones conductuales (intentos directos de disminuir las conductas y emociones disfuncionales modificando el comportamiento) como intervenciones cognitivas (intentos de disminuir las conductas y emociones disfuncionales modificando las evaluaciones y los patrones de pensamiento del individuo).” (pág. 3)

Estos dos tipos de intervenciones se basan en la idea de que un aprendizaje anterior está produciendo actualmente consecuencias desadaptativas y que el propósito de la terapia consiste en reducir el malestar o la conducta no deseados desaprendiendo lo aprendido o proporcionando experiencias del aprendizajes nuevas, mas adaptativas. (Brewin, 1996). [Citado por Leonor I. Lega et al].

Para Beck, la terapia cognitiva mantiene que los trastornos psicológicos provienen con frecuencia de maneras erróneas de pensar concretas y habituales. Esas maneras inexactas de pensamiento reciben el nombre de distorsiones cognitivas las mismas que derivan a su vez de creencias personales o significados subjetivos a menudo aprendidos en la etapa infantil del desarrollo, que por lo general actúan a nivel “inconsciente” sin que la persona se percate de su papel. Esos significados personales reciben el nombre de esquemas cognitivos o supuestos personales que son la forma en que la persona da sentido y significado a su experiencia pasada, actual y por ocurrir en el futuro. Estos supuestos personales permanecen “inactivos o dormidos” a lo largo del tiempo en la memoria y ante determinadas situaciones desencadenantes (una enfermedad física, un acontecimiento en la vida personal) se “activan o despiertan“, y actúan a través de situaciones concretas produciendo a menudo determinados errores del pensamiento (distorsiones cognitivas) que a su vez se relacionan recíprocamente con determinados estados emocionales y conductas.

Las distorsiones cognitivas se expresan a través de las cogniciones de las personas (pensamientos e imágenes) que aparecen en situaciones donde hay una intensa alteración emocional (ansiedad, rabia o depresión) y trastornos de la conducta (conducta de escape o problemas de relación de pareja). A esas cogniciones se les denomina con el nombre de pensamientos automáticos.

3.2.1 ALGUNOS SUPUESTOS BÁSICOS EN LOS QUE SE BASA LA TERAPIA COGNITIVA

1. Las personas no son simples receptores de los estímulos ambientales, sino que construyen activamente su “realidad”.

2. La cognición es mediadora entre los estímulos y las respuestas (cognitivas, emotivas o conductuales).
3. Las personas pueden acceder a sus contenidos cognitivos.
4. La modificación del procesamiento cognitivo de la información (sistemas de atribución, creencias, esquemas, etc.) es central en el proceso de cambio.

3.2.2. EN CUANTO A LA FORMA DE TRATAR, LAS TERAPIAS COGNITIVAS RESALTAN

La importancia de la alianza terapéutica y la colaboración y participación activa del paciente en el proceso, dado que al establecer un rapport adecuado, y tener el empeño y actitud positiva del paciente hacia la terapia se pueden obtener mejores resultados.

Se centra en un enfoque orientado al problema y los objetivos que el paciente desea obtener al finalizar la terapia.

El carácter educativo (o reeducativo) del proceso, capacitando al paciente para enfrentar por sí mismo futuras situaciones de manera más saludable y funcional, esto es muy importante ya que al finalizar la terapia el paciente estará en capacidad de enfrentar a la vida solo sin problemas ni dependencias de nadie.

Fuente: (Ingram Scott, 1990) [citado por, Leonor I. Lega et al]

3.2.3. LA TERAPIA COGNITIVA SE CENTRA EN HACER QUE EL PACIENTE DESCUBRA POR SÍ MISMO LO SIGUIENTE:

1. Los pensamientos ayudan a definir las emociones que las personas experimentan.

2. Por lo tanto, los pensamientos influyen en cómo nos comportamos, en lo que elegimos hacer o no hacer, y en la calidad de nuestra realización.
3. Los pensamientos y creencias afectan a nuestras respuestas biológicas
4. Las influencias ambientales ayudan a determinar las actitudes, creencias y pensamientos que se desarrollan en la infancia y a menudo persisten en la vida adulta.
5. La terapia cognitiva puede ayudarnos a tener en cuenta toda la información disponible; esto no es solo pensar positivo.
6. Mientras a menudo los cambios en el pensamiento son centrales, muchos problemas requieren al mismo tiempo cambios en la conducta, en el funcionamiento físico y en el ambiente.

Fuente: Dennis Greenberger, Christine A. Padesky, (pág. 39)

Como se refleja en este capítulo, la persona es un constructor activo de su experiencia, con carácter intencional o propositivo. Y para aprender a manejar o cambiar las emociones, tiene que ser capaz de identificar estados de ánimo que experimenta día tras día. Los mismos que pueden ser difíciles de identificar, sin embargo, como se menciona al principio de este capítulo, en la terapia cognitiva se manejan algunas técnicas y ejercicios que nos ayudan a identificar las mismas.

3.3 PRINCIPALES EXPONENTES

Los estudios en el área de la psicología cognitiva han sido muchos, y dentro de estos, los autores que han aportado de manera significativa con su conocimiento, entre otros son, A. Ellis y A. Beck, los mismos que, en el campo de la psicoterapia cognitiva conductual han sentaron las bases necesarias para continuar con los estudios en esta rama tan valiosa e influyente de la psicología.

3.3.1. AARON BECK

Este autor fue inicialmente psicoanalista. Dado su interés por estudiar la depresión, intento mostrar que esta patología está relacionada con la ira y la hostilidad invertida; encontró que los sueños de los depresivos se caracterizaban por temas de pérdida o tristeza. En base a estos descubrimientos, desarrollo el modelo cognitivo de la depresión en el año de 1979, el cual se caracteriza por el contenido negativo de las cogniciones sobre uno mismo, el mundo y el futuro; así mismo explica que la depresión supone un proceso cognitivo distorsionado, similar a las creencias irracionales de Ellis. La terapia de Beck tiene como fin identificar y cambiar los pensamientos distorsionados, siendo una modalidad menos directa y más idiosincrásica que la T.R.E. C. (Caro, I. 1997).

Las diferentes distorsiones cognitivas que Beck menciona son las siguientes:

Los pacientes tienden a cometer persistentes errores en su forma de pensar. Con frecuencia se observa un desvío negativo sistemático en la forma de procesar el conocimiento en los pacientes que padecen un trastorno psicológico.

- Pensamiento “de todo o nada” (“pensamiento dicotómico”, o “en blanco y negro”).
- Adivinación del futuro (“catastrofización”).
- Descalificar o descartar lo positivo.
- Inferencia arbitraria.
- Razonamiento emotivo (“siento que...”).
- Explicaciones tendenciosas.
- Rotulación (“etiquetar”).
- Magnificación / minimización. (Magnificar lo negativo y minimizar lo positivo).
- Filtro mental (“abstracción selectiva”).
- Lectura de la mente.
- Generalización (o “sobregeneralización”).
- Personalización.
- Expresiones con “debe” o “debería” (exigencias, demandas).
- “Visión en túnel”.

LA TRIADA COGITIVA

Este autor propone una organización estructural del pensamiento depresivo, en cuyo núcleo, las creencias y esquemas, operarían distorsionadamente, conduciendo por consecuencia a otro conjunto de desajustes en el resto del sistema. Así, Beck ha propuesto a la tríada cognitiva como el esquema central de la depresión, ella consiste en una visión negativa de uno mismo, del entorno y del futuro. Desde allí, la persona cometería errores cognitivos que redundarían en los pensamientos automáticos negativos tan característicos del paciente deprimido.

En pocas palabras, Beck postula una suerte de filtro o plantilla mental distorsionada con la cual la persona percibe y categoriza su medio. Naturalmente, el modelo ha redundado en diseños técnicos muy aceptados. La terapia cognitiva es de hecho un programa de tratamiento, manualizado y cuya eficacia se ha establecido en ensayos empíricos controlados.

3.3.2. ALBERT ELLIS

En su libro Manual de Terapia Racional Emotiva (Ellis y Grieger, 2003). Se menciona que al darse cuenta de la lentitud de psicoanálisis, se buscó un método más rápido que ayudara a cambiar a los pacientes que tienen necesidad de cambio activo y más ágil. La original terapia racional de Ellis, pretendía que los pacientes identifiquen sus distorsiones en el pensamiento y los capacitaba para discutirlos. Posteriormente, al ver las diferentes necesidades de la terapia cambia su nombre a Terapia Racional Emotiva en los años 50, y recientemente en Terapia Racional Emotiva Conductual, T.R.E. En donde una de sus más importantes contribuciones que nos hace este autor es la distinción entre creencias racionales creencias irracionales.

Ellis, nos habla en su libro de las principales teorías clínicas de la terapia racional emotiva (T.R.E.), las cuales se enumeran a continuación:

1. Teoría A-B-C nos explica como las personas crean o destruyen sus propias perturbaciones.
2. Detección de creencias irracionales, en donde, las primeras se caracterizan por ser preferenciales y útiles para obtener lo que el sujeto persigue; las irracionales son de naturaleza dogmática y absolutista y evita o impide que el sujeto obtenga lo que quiere.
3. Debatir, distinguir y discutir las creencias mencionadas irracionales.
4. Conseguir un nuevo efecto o filosofía.

Modelo A-B-C

Nos dice que, el aprendizaje de la vida se da con las enseñanzas de los demás y nuestra propia experiencia, las mismas que se combinan para hacernos seres humanos y cumplir nuestros fines y satisfacciones principales personales.

A causa de estas tendencias innatas y adquiridas, nosotros en gran manera, controlamos nuestros propios destinos, en especial los emocionales y lo hacemos según nuestros valores básicos y creencias.

A (experiencia o acontecimientos activadores) → Ocurre algo.

C (consecuencia conductual y/o emocional) → Esta sigue casi inmediata y directamente después del punto A.

Erróneamente aquí pensamos que A causa C, lo mismo que sería como dar “un paso en falso”, ya que esta conclusión no se sigue necesariamente, ya que, C proviene de B, que es, la creencia, idea, valoración, etc. que tiene la persona sobre A.

Por lo tanto la T.R.E afirma que “las experiencias activadores en A, no hacen que tengamos consecuencias emocionales en C, más bien, tu eres el actor principal que produce tu propias consecuencias, en C, al creer firmemente ciertas cosas en B, tu sistema de creencias innatamente predisuesto, aprendido o adquirido.

Así afirma la teoría de la Terapia Racional Emotiva, como observaba Epíteto (hace unos 2000 años), “las cosas que ocurren no son las que te perturban sino las opinión que tienes de ellas.”

Entonces, el acontecimiento activador, no causa directamente la consecuencia emocional y conductual, sino las creencias que tenemos acerca del acontecimiento activador son las que las causan.

Para ir descubriendo las creencias irracionales necesitamos ir descubriendo nuestros << Debería>>, y <<Tienes que>>. Aunque no todas las creencias irracionales (Ci), tienen estos que afirmarnos.

Las (ci) brotan, además de la tendencia humana a ver el mundo deformado, y hacer afirmaciones anti empíricas acerca de lo que ha ocurrido u ocurrirá probablemente, sino de sus afirmaciones exigentes e imperativas acerca de: <<me debería ocurrir>> o <<es preciso que me ocurra>>, de forma que así se puede conseguir absoluta y necesariamente lo que se desea.

Si realmente la persona se mantuviera en sus deseos y preferencias y no proyectando sus necesidades y exigencias, muy pocas veces se haría estas afirmaciones anti empíricas a sí mismo o a las otras personas.

Algo muy importante en esta teoría es que debemos entender que el deseo no es lo mismo o no es igual a la necesidad.

Para encontrar y saber cómo encontrar el Ci podemos seguir este proceso:

- a) Buscar por que se da el sentimiento, preguntándose qué es lo que creo provoca es sentimiento? Que acción es la que activa este sentimiento en mí.
- b) Buscar algo que no puedo soportar, que es A? creo que no lo puedo soportar?
- c) Buscar tu <<necesidad perturbadora>>, preguntándose cuáles son las necesidades o imperativos internos que experimento en la situación que se presentó.
- d) Buscar la condena que se hace a sí mismo o a los demás.

En esta teoría es muy importante identificar si estamos constantemente dejándonos gobernar por nuestras <<necesidades perturbadoras>> (masturbatory).

3.3.3 TERAPIA RACIONAL EMOTIVA CONDUCTUAL

Julio Obst Camerini, en el texto digital de “terapia racional emotiva conductual” nos explica que:

La terapia de Ellis, antes denominada solo terapia racional emotiva, a partir del año de 1994, fue denominada “Rational Emotive Behavior Therapy” (REBT) que aquí traducimos como **Terapia Racional Emotiva Conductual (TREC)**.

Ellis considera que el núcleo de su teoría está representado por una frase sencilla atribuida al filósofo estoico griego Epicteto: “Las personas no se alteran por los hechos, sino por lo que piensan acerca de los hechos”. Sintética y gráficamente Ellis resumió su teoría en lo que denominó el “ABC” recordando que “entre A y C siempre está B”.

“**A**” (por “**A**ctivating Event”) representa el acontecimiento activador, suceso o situación. Puede ser una situación o acontecimiento externo o un suceso interno (pensamiento, imagen, fantasía, conducta, sensación, emoción, etc.).

“**B**” (por “**B**elief System”) representa en principio al sistema de creencias, pero puede considerarse que incluye todo el contenido del sistema cognitivo: pensamientos, recuerdos, imágenes, supuestos, inferencias, actitudes, atribuciones, normas, valores, esquemas, filosofía de vida, etc.

“**C**” (por “**C**onsequence”) representa la consecuencia o reacción ante “A”. Las “C” pueden ser de tipo emotivo (emociones), cognitivo (pensamientos) o conductual (acciones).

Este concepto se gráfica así: **A --> B --> C**

Actualmente, en este modelo las relaciones se consideran más complejas que en el esquema original del ABC, siendo todos los elementos relacionados e interactuantes. En un análisis más profundo, se explica que las relaciones no son ni exclusivas ni lineales ni unidireccionales como en el esquema anterior, pero que éste es el modelo básico y más didáctico para explicar el origen y el tratamiento de los trastornos.

LAS CONSECUENCIAS (“C”):

Con respecto a las consecuencias o reacciones (conductas y emociones), se pueden reflejar de la siguiente manera:

- a) Causando un sufrimiento innecesario o desproporcionado con respecto a la situación.
- b) Llevar a (o implicar) comportamientos “auto-saboteadores” (contrarios a los propios intereses u objetivos).
- c) Dificultar (o impedir) la realización de las conductas necesarias para lograr los objetivos propios.

Las consecuencias están asociadas a demandas absolutistas y otras distorsiones.

LAS COGNICIONES (“B”):

Con respecto a “B”, para una mejor comprensión de sus conceptos, Ellis y colaboradores, ejemplifican algunas cogniciones:

Observaciones (no evaluativas) que se limitan a lo observado: “El hombre está caminando”.

Inferencias (no evaluativas) que incorporan hipótesis o supuestos que pueden ser acertados u erróneos: “El hombre que está caminando intenta llegar a la oficina, está apurado, etc.”

Evaluaciones preferenciales: “Me gusta dormir la siesta”. “Deseo aprobar el examen”.

Evaluaciones demandantes o “debo perturbadoras” (“musturbatory”): “Necesito absolutamente ser valorado por mi tío”. “Debo absolutamente rendir un examen perfecto”.

Las evaluaciones serán denominadas por Ellis: “creencias” y calificadas de “irracionales” las demandantes y de “racionales” las preferenciales.

Las evaluaciones demandantes (llamadas por Ellis: creencias irracionales) se caracterizan por su rigidez y total intolerancia a la frustración.

Estas demandas pueden estar dirigidas hacia uno mismo, hacia los otros o hacia el mundo en general. (Por ejemplo: “Yo debo ser exitoso”, “tú debes amarme” o “la vida debe ser fácil”).

Las actitudes demandantes representadas por las citadas expresiones conducen a las emociones (o conductas) disfuncionales o “auto-saboteadoras”, que caracterizan a los trastornos que los pacientes intentan eliminar.

Es importante aclarar que la calificación de racional o irracional en el lenguaje de Ellis se centra en las consecuencias, acordes o contrarias a los objetivos de las personas, excluyéndolo de la calificación de “racionalista” que algunos erróneamente le han querido atribuir.

Finalmente, simplificando su enfoque, Ellis observa que todas las demandas absolutistas pueden agruparse en tres clases:

- a) Demandas sobre uno mismo (“yo debo...” o “yo necesito...”).
- b) Demandas sobre los otros (“él debe...” o “tú debes...”).
- c) Demandas sobre el mundo (“el mundo debe...” o “la vida debe...”).

Fuente: C.A.T.R.E.C. “Centro de Formación Posgrado”. Web. Citado por Julio Obst Camerini. [Consultado en febrero del 2010]. < http://www.catrec.org/albert_ellis.htm>.

3.3.4 ALGUNAS TEORÍAS COGNITIVO CONDUCTUALES DE LA DEPRESIÓN

Leonor I. Lega, Vicente E. Caballo y Albert Ellis, en su libro “Teoría y práctica de la terapia racional emotivo-conductual” nos hablan de algunas teorías cognitivo conductuales que explican la depresión:

- La teoría de Beck de la depresión considera que las personas se deprimen por tres motivos: 1) cuando se ven a sí mismas de forma negativa,

2) cuando ven su medio ambiente de forma negativa y 3) cuando ven el futuro de forma negativa.

- La teoría del autoreforzo y el autocastigo considera que las personas crean su propia depresión al administrarse bajas dosis de autoreforzo positivo y altas dosis de autoreforzo castigo, y/o al verse a sí mismas como recipientes de una menor cantidad de refuerzos positivos que la que realmente reciben.
- La teoría de Lewinsohn considera, más específicamente que la teoría anterior, que un factor primordial en la depresión es la carencia de acontecimientos agradables y de refuerzos contingentes positivos en la vida de la persona.
- La teoría de Seligman considera que quienes se deprimen esperan que les sucedan cosas muy adversas, al igual que no van a poder hacer casi nada para mejorarlas y atribuyen a causas internas, globales y estables los sucesos negativos, mientras que consideran que los sucesos positivos se deben a lo contrario.

3.4 TRATAMIENTO COGNITIVO CONDUCTUAL DE LA DEPRESIÓN

La idea del tratamiento en el modelo cognitivo conductual es enseñar destrezas y estrategias que le ayudaran al paciente, en este caso a manejar su depresión, enfocándose en el momento actual en el que se encuentra el paciente, no se remite a la búsqueda angustiada de su historia de vida y de familia para poder encontrar ahí posibles caminos de tratamiento sino que mira al paciente en su situación y estado existente y la necesidad del momento de cambiar o establecer mejores pautas de conducta.

Es importante mencionar que al aplicar estas técnicas cognitivas, que interfieren en la conducta y las distintas maneras de ver la realidad el paciente, se debe tener en cuenta la personalidad del mismo al cual va a aplicar las diferentes terapias, ya que este detalle puede ser muy significativo al momento de la deserción del tratamiento.

Los jóvenes en especial deben encontrar el sentido de los ejercicios que se les pide hacer y el porqué de los mismos para que los realicen de manera adecuada.

3.4.1 TÉCNICAS COGNITIVO - CONDUCTUALES

Beck y otros autores cognitivos-conductuales proponen algunas técnicas esenciales para el tratamiento de la depresión. Cuando al paciente se le ha explicado los fundamentos de la terapia es posible llevar a cabo las estrategias que servirán para realzar los resultados de la misma; es importante tener en cuenta que siempre tenemos que concluir que el paciente las ha entendido y que las puede manejar correctamente.

Entre ellas se mencionaran algunas de las más importantes:

- Registro de estados de ánimo diarios: Esta técnica consiste en anotar diariamente las reacciones emocionales que experimenta ante determinados eventos internos y externos.
- Detección de pensamientos automáticos: Consiste en un entrenamiento en base a un auto registro en la detección de los pensamientos que acompañan a sus reacciones emocionales y conductuales ante determinados eventos internos y externos.
- Reatribución o de responsabilización de hechos que no le corresponden: Consiste en que el sujeto aprenda a cuestionarse el grado de validez de sus actitudes disfuncionales en base a las evidencias a favor de una exigencia, la descatastrofización del no cumplimiento de la exigencia y la diferencia entre la conducta y el auto concepto que deriva de la exigencia.

- **Búsqueda de soluciones alternativas:** Se enseña al paciente a identificar problemas, generar soluciones alternativas, ponerlas en práctica y seleccionar las mejores.
- **Registro de pensamientos inadecuados:** Consiste en ir registrando en un cuadernillo todos los pensamientos que identifica como inadecuados.
- **Identificación de los esquemas inadecuados:** A partir de los registros anteriores se enseña al paciente las distorsiones del pensamiento que utiliza automáticamente al evaluar determinados eventos y sus alternativas.
- **Asignación de tareas para la casa:** Es necesario asignar tareas para que el paciente interiorice lo aprendido en la sesión y pueda reflejarlo en la tarea encomendada, así se dará un aprendizaje más experiencial.

Fuente: Basado en: “Psicología Online”. Web. Consultado el 4 de mayo del 2011.
<http://www.psicologia-online.com/ESMUbeda/Libros/ProfSanitarios/profesionales3e.htm>

El principal centro de interés de los modelos cognitivo – conductuales consiste en ayudar al paciente a examinar la manera en la que él o ella construyen y entienden el mundo (cogniciones) y a experimentar con nuevas formas de respuesta (conductual). Comprendiendo la forma idiosincrásica en que los mismos se perciben a si, al mundo, a la experiencia, y las perspectivas del futuro, puede ayudarse al paciente a modificar las perspectivas negativas y a comportarse más adaptadamente. La terapia cognitiva es tanto un modelo psico-educacional o de terapia de manejo como un modelo de dominio. El principal objetivo de la terapia cognitiva consiste en incrementar las destrezas del paciente para que éste pueda manejar con más efectividad las exigencias de la vida y por lo tanto tenga una mayor sensación de control y auto-eficacia.

Una premisa central de la psicoterapia cognitiva es que existe una interacción esencial entre la percepción que tienen los individuos de sí mismos, su mundo y su futuro y como se sienten y comportan. Los individuos depresivos tienden a verse a sí mismos, su mundo y su futuro de forma negativa. Pueden, por ejemplo, verse a sí mismos como incapaces y no merecedores de amor, creer que los otros les rechazan, les critican y percibir el futuro sin interés ni esperanza.

Aunque se hace énfasis en la forma en que los individuos perciben sus vidas y sus circunstancias, el terapeuta cognitivo no evita o rechaza los aspectos emocionales o conductuales que surgen de la terapia. Por el contrario, se efectúan esfuerzos explícitos para elicitación y clasificación de los sentimientos del paciente y los patrones de conducta adaptativos y mal adaptativos. En la medida que se revelan estas emociones y patrones conductuales, se intenta identificar pensamientos y creencias que los mantienen. De esta forma, el énfasis cognitivo sirve para asistir a los pacientes a modificar activamente su conducta, adaptarse más funcionalmente a su mundo y a sentirse mejor en general.

Dentro del modelo cognitivo se consideran al afecto, la conducta, los procesos psicológicos, los hechos ambientales y las cogniciones como componentes interactivos que influyen recíprocamente unos sobre otros.

3.5.- OBJETIVOS DE LA TERAPIA COGNITIVA CONDUCTUAL

Como regla general, las terapias cognitivas, se desarrollan de manera satisfactoria con clientes que presentan las siguientes características.

- Poseen capacidad intelectual en un nivel elevado.
- Son personas que poseen tolerancia a elevados niveles de estrés funcional.
- Tienen la capacidad de identificar pensamientos y sentimientos.
- No son pacientes psicóticos o no son inhabilitados intelectualmente por los problemas presentes.
- Poseen la capacidad de completar tareas sistemáticas asignadas.
- Tienen un amplio repertorio de habilidades y respuestas conductuales.
- Tienen la capacidad de procesar la información en un nivel visual y auditivo.

Como es sabido, los diversos aportes cognitivos son frecuentemente aplicados con clientes que padecen alteración de las funciones mentales, como es el caso de la depresión. No obstante, también son aplicados con sujetos que no poseen ninguna disfunción visualmente perceptible, pero sufren de una alteración a nivel de pensamientos automáticos y esquemas cognitivos.

Para llegar a un cambio, las teorías de asesoramiento cognitivo enfatizan en la modificación del pensamiento del individuo, algunas veces, los sujetos mejoran con el solo hecho de expresar sus pensamientos a través de la escritura; sin embargo, este tipo de resolución es temporal, debido a que tiende a desaparecer, razón por la cual no se aplica usualmente. Por este motivo, se considera que un plan sistemático funciona mejor; el cual está constituido por un conjunto de estrategias que propone el asesor cognitivo.

Para que el plan propuesto por el psicólogo sea exitoso dos procesos deben ocurrir: a) una relación debe establecerse entre cliente y psicólogo, y b) las estrategias cognitivas de cambio deben ser implementadas. Respecto al segundo proceso las estrategias cognitivas de cambio deben involucrar los siguientes pasos:

- Utilizar guías estandarizadas para comprender de manera concreta los eventos o situaciones de la vida de las personas.
- Asimilar los pensamientos de los clientes, respecto a dichos eventos, de forma precisa y clara.
- Buscar un significado para encontrar y cuestionar los pensamientos disfuncionales.
- Implementar nuevas vías de pensamiento que sean realistas y productivas.

3.6 CONCLUSIÓN

La terapia cognitiva conductual en la actualidad ha demostrado ser una de las más acogidas por los terapeutas que tratan con problemas depresivos, dado que, sus bases teóricas y prácticas son aplicables lógicamente, permiten al paciente que encuentre sus distorsiones cognitivas y pueda modificarlas de raíz para tener resultados duraderos, sobre todo en los problemas de depresión.

Hemos podido, a lo largo de este capítulo observar las dos teorías más importantes e influyentes en la actualidad de la terapia cognitiva conductual, ejemplificadas y explicadas por sus respectivos autores Beck y Ellis, los mismos que, luego de muchas investigaciones y comprobaciones ponen a consideración sus conocimientos y experiencia en la aplicación de estas herramientas en cuanto a terapia de la depresión se refiere.

Lo importante de esta terapia es que la planificación de las sesiones son de cierto modo más cortas en extensión de tiempo, sin embargo más perdurables que las demás terapias con respecto a la eficacia y duración de los resultados en el paciente, además que demuestran resultados profundos en el desarrollo del paciente y un cambio de cogniciones, por ende de la manera de ver la vida del paciente.

CAPÍTULO IV

TERAPIA GRUPAL

INTRODUCCIÓN

La terapia grupal es un tipo de tratamiento donde varios pacientes son colocados en los contextos de un grupo, estos son asesorados, guiados y tratados por un terapeuta que conoce ampliamente del tema y las técnicas a ser aplicadas en la sesión grupal.

El número de pacientes que participan de la terapia de grupo es de 8 a 15 dependiendo del tema que se va a tratar y viendo si es que es un grupo homogéneo o heterogéneo. La duración de cada sesión de terapia de grupo es de 45 minutos, algunas veces se puede alargar un poco según la actividad pero no más de 1 hora por sesión. La frecuencia de las sesiones depende del tema que se está tratando en cada sesión, algunas tienen una frecuencia de 1 vez a la semana otras 2 veces a la semana.

La terapia grupal centra sus factores curativos en la propia dinámica del grupo terapéutico, en donde se encuentran o crean todos los elementos necesarios para que cada adolescente, en este caso, que participe en dicha dinámica pueda pasar por un proceso de aprendizaje - reaprendizaje, que le permitirá ensayar nuevos patrones más ajustados de comportamiento.

4.1 GENERALIDADES

La terapia de grupo ha ganado mucha aceptación a través de los años por algunas de las características que se detallan a continuación, las mismas han sido explicadas en el libro “Teoría y práctica de la psicoterapia”. (Dr. Dionisio F. Saldivar Pérez.) (Pág. 4).

- La economía de recursos: al brindar terapia individual tanto el paciente como el terapeuta invierten recursos importantes como es el tiempo, dinero, técnicas aplicables, etc. Que en terapia de grupo serían muy similares solo que con el ahorro de que en el mismo tiempo y espacio pueden ayudar a más de una persona a la vez.

- La información que el sujeto recibe en el grupo: es mucho más que la que puede obtener a partir de la sola fuente del terapeuta, en el grupo, las fuentes de experiencias e informaciones se multiplicarán y éstos no sólo provienen del terapeuta sino también de los restantes miembros, lo que abre un amplio margen para el intercambio de ideas, sentimientos y otras experiencias.

- El grupo no sólo posibilita el intercambio de experiencias sino que amplía la red de apoyo social que el sujeto recibe: Probablemente uno de los aspectos más importantes de las experiencias grupales se vincula a esta experiencia de ayudar y ser ayudado.

- El grupo posibilita nuevas posibilidades de aprendizaje interpersonal: aquí sus integrantes pasan por un proceso en el cual, los comportamientos formales que inicialmente los mismos manifiestan unos en relación con los otros, se van tornando en comportamientos espontáneos, íntimos, verdaderos, no formales, los sujetos llegan a sentirse auténticos en su trato con los otros. Los individuos tienen la posibilidad de ensayar nuevos comportamientos.

- El grupo permite a sus integrantes el logro de una universalidad: esto es muy importante ya que se da una universalidad de los problemas comunes, lo cual contribuye a que los sujetos estén menos centrados en sí mismos y dejen de verse como “víctimas de su destino”.

- En el grupo, el individuo acrecienta su capacidad para enfrentar y resolver problemas.

- El grupo posibilita acrecentar la comprensión y una mayor sensibilidad hacia los comportamientos y actividades propias y de los demás integrantes.

4.2 CONCEPTO

Desde la perspectiva de Pichon –Rivière, un grupo es un conjunto de personas que se reúnen en torno a un objetivo común, al que intentan abordar operando como equipo. Esta estructura de equipo sólo se logra mientras se opera; gran parte del trabajo del grupo está centrado en identificar y enfrentar los obstáculos que interfieren en la consecución del objetivo común.

Fuente: “Psicoterapia del Grupo para Necesitados”. Vico Cano, Diego, cuaderno de temas grupales e institucionales. Web. Publicado en octubre del 2009. [Consultado en marzo del 2011].< <http://www.area3.org.es/htmlsite/publicaciones.asp>>

El grupo psicoterapéutico es una entidad, cuya finalidad es la de propiciar cambios o modificaciones en sus miembros, desarrollando para ello determinadas actividades específicas, considerando estas actividades y la interacción de los miembros del grupo entre sí, como el principal agente de cambio.

El Dr. Saldivar Pérez, en su libro “Teoría y práctica de la psicoterapia” nos dice que: “Uno de los primeros intentos de utilización de los grupos con fines terapéuticos se debe al doctor Joseph Pratt (1905) quien aplicó por primera vez esta modalidad en el tratamiento a pacientes tuberculosos. El método desarrollado por Pratt, al cual se denominó terapia represiva inspiradora y también método de clase, se caracterizaba por los elementos siguientes”:

- Los miembros del grupo, todos deben presentar problemas o síntomas similares.

- No se entran a analizar los factores dinámicos que puedan estar presentes en las dificultades de los sujetos participantes.
- Se brinda apoyo emocional a los participantes, tanto por parte del terapeuta como los unos hacia los otros.
- La discusión de temas inspiradores se realizaba frecuentemente, ej: necesidad de pensar en cosas agradables y no en los síntomas, se leían obras u otra literatura con contenido reconstituyente.
- Se estimulaba el intercambio de experiencias entre los miembros del grupo, sobre todo aquellas experiencias de miembros que habían logrado sobreponerse de sus problemas.

Este enfoque fue aplicado en el tratamiento de los enfermos como hipertensos, pacientes con úlcera, etc.

Existen diversos enfoques y técnicas de terapia grupal, prácticamente casi todas las corrientes y escuelas han desarrollado alguna técnica de intervención grupal que se apoya en los supuestos y principios teóricos elaborados por los mismos, así tenemos técnicas grupales analíticas, no directivos y terapia gestalt, psicodinámica y otros; igualmente estas corrientes se aplican a diversos tipos de grupos, familia, parejas, grupos de encuentro, de crecimiento, etcétera, ante esta diversidad de enfoque, se hace difícil cualquier intento de comparación y clasificación de las terapias grupales.

El criterio general de la participación a un grupo es el de la presencia de determinado trastorno emocional, que requiera de una acción terapéutica (al rebasar los recursos individuales del individuo y de su sistema de apoyo para enfrentar el mismo) para su solución.

Además hay que tomar en cuenta que existen grupos abiertos, donde pueden ingresar nuevos miembros, y grupos cerrados, donde ya no es permitido el ingreso de nuevos miembros luego de haber iniciado el tratamiento grupal. Por otro lado, existen grupos homogéneos en los cuales se toma en cuenta la igualdad de género, edades cercanas, patologías o preocupaciones similares; y grupos heterogéneos donde la diversidad es lo que prima (edad, sexo, diagnóstico, intereses, orientación sexual, tipos de personalidad, etc.) En este caso será un grupo heterogéneo al cual se le aplicara la terapia grupal cognitiva conductual.

4.2.1 CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN EN TERAPIA GRUPAL

Aun cuando los criterios, en cuanto al número de participantes, edades, tipo de trastorno etc. Pueden variar según los enfoques, en general se siguen los siguientes criterios para la inclusión y exclusión.

Criterios de inclusión:

- Actitud y grado de motivación del paciente para pertenecer al grupo terapéutico.
- Capacidad para exponer sus problemas delante del grupo.
- Nivel de tolerancia de la hostilidad y expresiones agresivas que puedan ser dirigidas hacia un individuo por parte de los otros participantes.
- Tolerancia en general a la frustración.
- Posibilidades de comunicación y capacidad de escucha.

Criterios de exclusión:

- Insuficiente contacto con la realidad
- Síntomas de desviación social (disóciales, psicópatas)
- Carácter excesivamente dominante: pacientes que son presas de la ansiedad, cuando cualquier otro se convierte en el centro de la atención del grupo y que como defensa de la ansiedad tratan de asumir el centro de la escena grupal, por cualquier medio a su alcance.
- Personas excesivamente agresivas (perturban la comunicación y cohesión del grupo).

En todo grupo se pueden dar abandonos de los integrantes antes de la terminación de la terapia, no siempre es por razones negativas. Muchas veces puede ser porque los padres no les permiten asistir más, o por razones de enfermedad, etc. Para evitar abandonos por razones “negativas”, es necesario hacer una buena selección de los participantes de la terapia grupal, por medio de la entrevista podemos conocer más a fondo si son aptos para este tipo de tratamiento y cuáles son sus expectativas hacia el

mismo. Vale recalcar que existen veces que ciertos abandonos son necesarios, cuando el paciente se convierte en un ente destructivo para la cohesión del grupo.

Fuente: “Asociación norteamericana de psicoterapia de grupo”. Web. [Consultado en febrero del 2011]. <<http://www.agpa.org/group/index.html>>

En el caso de la depresión, se han realizado varios estudios acerca de la terapia grupal determinando que efectivamente con este tipo de terapia se disminuyen los niveles depresivos y que, dependiendo del tipo de pacientes, se puede igualar a la terapia de grupo individual. (Beck, 2003). Por otro lado, estudios recientes demuestran que la terapia de grupo es muy efectiva en el tratamiento de adolescentes deprimidos. Las características de su etapa vital los hacen más propensos a insertarse en un grupo a comunicarse y apoyarse entre sí. El hecho de compartir sus problemas con otros chicos de su edad hace que se dé un efecto de alivio y tranquilidad que incluso reduce la ansiedad y la agresividad. El grado de identificación que se logra en esta etapa predispone al éxito de la terapia.

Igualmente, los grupos para este rango de edad pueden ser homogéneos o heterogéneos en cuanto al sexo. (Fernández-Álvarez, Opazo, 2004).

4.3 FACTORES CURATIVOS EN TERAPIA GRUPAL

Phares (1999) hace referencia que Yalon, en 1975, especificó ya nueve factores que han proporcionado mucha utilidad terapéutica en terapia grupal, y que estos son comunes a casi todas las orientaciones psicológicas que la usan.

1. **Impartir Información:** cada miembro del grupo recibe orientación, información, sugerencias y hasta consejos, no solamente de su terapeuta, sino también de los otros componentes del grupo. Esto ayuda a cimentar una mejor relación entre los miembros del grupo, y al paciente le facilita empezar a tomar en cuenta las opiniones de los demás.

2. **Infundir Esperanza:** la observación entre los miembros del grupo de que los otros han tenido éxito y han logrado superar barreras muy difíciles, hace que tengan esperanzas que sus propios problemas también pueden resolverse.

3. **Universalidad:** uno de los elementos fundamentales es la escucha que realiza el paciente sobre los problemas de sus compañeros; eso ayuda a que se dé cuenta que comparte los mismo problemas, temores, conflictos, etc. Cuando se da cuenta de que no es el único, le ayuda a expresar mejor lo que atraviesa y a sentirse más identificado con el resto.

4. **Aprendizaje interpersonal:** la continua interacción con otras personas dentro del campo terapéutico ayuda a aprender estrategias para mejorar las relaciones interpersonales, cimentar habilidades sociales, escuchar y tomar en cuenta los sentimientos de los otros. Al estar en una mini sociedad se ensayan conductas, que serán luego corregidas o estimuladas.

5. **Recapitulación correctiva de la familia primaria:** el ámbito grupal puede ser una ayuda para incrementar la comprensión y resolución de los problemas familiares que tienen ciertos integrantes del grupo. Algunos elementos grupales creen que las mismas formas desadaptativas de “resolver un problema” sirven de contexto grupal terapéutico, pero luego se dan cuenta que no es así; cuando esto sucede puede darse paso a una disolución de ciertos efectos negativos que les produjo la familia de modo paulatino.

6. **Catarsis:** la situación grupal y la identificación que produce en los miembros del grupo logra que exista una correcta forma de desahogarse. La expresión de sentimientos que es sincera y franca, desarrolla en los y las pacientes

capacidades empáticas y de comprensión entre ellos, lo cual lograría generalizarse cuando el paciente no esté en un contexto terapéutico grupal.

- 7. Cohesión de grupo:** Los elementos grupales se convierten en un grupo bastante unido; entre ellos van mejorando su autoestima conforme se van dando los efectos de la aceptación grupal.

Fuente: “Asociación norteamericana de psicoterapia de grupo”. Web. [Consultado en febrero del 2011]. <<http://www.agpa.org/group/index.html>>

4.4.-VARIOS SUPUESTOS RELACIONADOS CON EL TRABAJO GRUPAL

Carlo Rogers nos habla de que el director o monitor del grupo, es en realidad un facilitador, por lo que sus funciones dentro del mismo, están encaminadas a propiciar el logro en los objetivos del grupo a través de:

- Brindar la información necesaria al grupo para su funcionamiento.
- Función de organización de los esfuerzos del grupo
- Interpretar lo que está ocurriendo en el grupo en un momento determinado de su funcionamiento
- Diagnosticar la situación y el estado del grupo.

Es muy importante tener claro que el director no es miembro del grupo, no lo utiliza para desarrollarse ni para resolver problemas personales. Debe tener una visión objetiva.

Los objetivos fundamentales de los grupos de encuentro son los de incrementar y mejorar las habilidades de sus participantes en lo referido, a las relaciones interpersonales y el contribuir al desarrollo personal de los mismos.

Para que los objetivos del grupo de encuentro se puedan cumplir resulta necesario que el director cree las condiciones externas que aseguren un clima de seguridad psicológica a sus participantes, para lo que resulta necesario:

- Aplicación del principio de la aceptación incondicional
- Un clima carente de evaluación externa
- Empleo de la comprensión empática

Según Rogers, el grupo de encuentro (organizado según sus puntos de vista) pasa en su desarrollo por las siguientes etapas:

Primera etapa: inicio del grupo, el facilitador comunica a los miembros que ellos deben dirigir el grupo y comienza la introducción de ellos. En esta etapa predominan los silencios, la tensión y la confusión, cada cual comunica sin tener en cuenta el otro.

Segunda etapa: se caracteriza por la resistencia de los participantes a la expresión y la exploración personal. Los sujetos comienzan manifestando en su sí mismo-público y progresivamente y con temor el sí mismo privado.

Tercera etapa: se describen los sentimientos pasados y presentes como si estuvieran en el pasado para disminuir su importancia.

Cuarta etapa: se expresan los sentimientos negativos hacia el facilitador o hacia otros miembros del grupo.

Quinta etapa: en esta etapa comienza la exploración y la expresión del material personalmente significativo.

Sexta etapa: en este momento evolutivo del grupo comienzan a expresarse sentimientos interpersonales inmediatos dentro del grupo.

Séptima etapa: el grupo muestra su capacidad de aliviar el dolor ajeno.

Octava etapa: cada individuo se va aceptando más a sí mismo, se encuentra contento tal y como es, con sus virtudes y defectos, acepta toda su experiencia como suya y sus actuaciones. Es el momento en que se comienza a cambiar.

Novena etapa: van desapareciendo las fachadas, aquellos sujetos que son los primeros en quitarse “las máscaras” en el grupo sirven de ejemplo y estímulo a los demás.

Décima etapa: se perfilan las relaciones intergrupales. Se han roto las fachadas y los sujetos se enfrentan con entera libertad.

Décimo primera etapa: la retroalimentación a veces es muy fuerte y provoca algunos enfrentamientos entre los miembros del grupo pero que es aceptada por los mismos.

Décimo segunda etapa: se observa la ayuda mutua que se brindan los miembros del grupo, cada uno es un co-terapeuta.

Décimo tercera etapa: los miembros del grupo desarrollan entre si relaciones auténticas.

Décimo cuarta etapa: los miembros del grupo se sienten como una familia unida, donde expresan todos los sentimientos y problemas. Se observa la expresión de sentimiento positivo y el acercamiento mutuo entre los participantes.

Décimo quinta etapa: resulta evidente los cambios de conducta que se operan en el grupo.

Fuente: “La Terapia Grupal”. Web. [Consultado en febrero del 2011]. <<http://es.scribd.com/doc/53153437/La-terapia-grupal>>.

4.5 TERAPIA GRUPAL APLICADA PARA PACIENTES CON DEPRESIÓN

Al momento de reunir a un grupo con características de depresión grave, para trabajar en conjunto en la superación del trastorno es necesario conocer bien a los integrantes, así como sus diferentes historias para poder abordar de manera paralela los diferentes casos de los miembros que forman parte de la terapia grupal.

El grupo de terapia cognitiva conductual para la depresión tiene un enfoque muy práctico, algunas de sus características se detallan a continuación:

- Nos enfocamos en lo que ocurre actualmente, en la vida diaria de los adolescentes.
- Enseñamos destrezas y estrategias que le ayudarán a manejar su depresión. Para esto tenemos cuatro objetivos:

- 1) Hacer menos intensos los sentimientos de depresión.
- 2) Acortar el tiempo que dura la depresión.
- 3) Aprender formas de prevenir volver a recaer.
- 4) Aprender cómo manejar mejor nuestras vidas, a pesar de dificultades y problemas.

Este tratamiento que se ha estructurado para trabajar con los adolescentes con depresión consiste de 8 a 9 sesiones, las mismas que se dividen en tres módulos los mismo que se enfocan en lo siguiente:

- 1) Cómo nuestros pensamientos afectan nuestro estado de ánimo. (3 sesiones).
- 2) Cómo nuestras actividades afectan nuestro estado de ánimo. (2 sesiones).
- 3) Cómo nuestros contactos con la gente y nuestra salud física afectan nuestro estado de ánimo. (3 sesiones).

Las sesiones de grupo son útiles ya que proporcionan tiempo para compartir sentimientos, intereses, y preocupaciones con otros miembros del grupo, además proveen el apoyo por parte de otras personas en el grupo. Además que ayudan a los miembros a darse cuenta de que no son los únicos que sufren de problemas o pasan por tiempos difíciles en sus vidas.

El efecto más importante que se espera tenga el grupo es que logren un mejor entendimiento de los factores que afectan su depresión, aprendan destrezas, para que puedan hacer cambios en estos factores y mejorar su estado de ánimo, al igual que manejen problemas difíciles en su vida en una forma más saludable, evitando sufrimientos innecesarios.

Para poder trabajar en las sesiones de terapia de grupo cognitiva conductual es necesario establecer normas y reglas que nos adolescentes tienen que saber desde la primera sesión, las mismas que nos van a ayudar a que el desenvolvimiento de las sesiones sea el adecuado y se pueda sacar el mejor provecho de la misma.

1. Aprender a escuchar atentamente lo que otros dicen. (Es tan importante escuchar como intervenir, cuando no se sabe oír es muy posible salir con opiniones que no tienen que ver con el tema).

2. No abusar de la paciencia y de la buena educación de los demás. (Cuando uno hace intervenciones muy largas) o muy frecuentes, normalmente los demás se cansan y pierden interés). En terapia de grupo hay que tener mucho cuidado con aquellos pacientes que hablas demasiado porque el grupo lo destruye.
3. No hablar con el compañero del lado dándole opiniones de lo que está discutiendo, sino expresar a todos su punto de vista.
4. Preguntar y plantear dudas cuando no entiende lo que otro miembro está diciendo. (Posteriormente es más difícil entender y preguntar cuando el grupo ha continuado su avance en la discusión).
5. Darse un momento para analizar las opiniones de los demás aunque no esté de acuerdo con ellas, pero por algo el otro las tiene. Se trata de saber ponerse en el “pellejo del otro”.
6. El éxito o fracaso del grupo no es responsabilidad del dirigente, de los otros, del coordinador, sino que dependen, de “nosotros”, los que formamos el grupo.
7. Las opiniones y las experiencias que cada miembro tiene son igualmente valiosas. No hay miembros de “primera” y de “segunda”.
8. Es importante manifestar si se está en desacuerdo pero hay que hacerlo con tranquilidad.
9. No temer darse a conocer en forma clara. (Sólo así los otros miembros podrán entendernos y aceptarnos mejor y comprender nuestra posición).
10. Permitir que cada miembro del grupo exponga su opinión sin ser interrumpido.

Fuente: Lic. Horacio Serebrinsky, “Los 10 mandamientos de terapia grupal”, web. Fecha de publicación 06/04/2005. [Consultado en febrero del 2011].

4.6.- CONCLUSIÓN

La importancia de esta terapia de grupo enfocada en el área cognitivo conductual para pacientes que sufren de depresión, más allá de las diferencias individuales en el procesamiento de la información, podemos explicitar que con esta terapia grupal se darán algunos cambios generales en el modo de percibir los temas y problemas planteados para los adolescentes, considerando al grupo como una entidad con existencia propia, distinta a la suma de sus partes, es importante recalcar el valor que tiene el grupo en la terapia con adolescentes ya que al sentirse pertenecientes a un grupo se les hará más fácil sobrellevar su situación actual de depresión. El objetivo de las intervenciones es facilitar la relación entre los integrantes identificando los obstáculos que la inhiben y sus motivaciones, es por eso que las terapias grupales cognitivo conductuales proponen un trabajo en equipo que nos brinda la oportunidad de ir mejorando de tal manera que los adolescentes logren además de superar su depresión hacer nuevas amistades y crear una red de apoyo confiable en la cual pueda posarse en momentos difíciles.

CAPÍTULO V

PROPUESTA GRUPAL EN ADOLESCENTES CON DEPRESIÓN DESDE EL MODELO COGNITIVO CONDUCTUAL

INTRODUCCIÓN

A continuación se detallarán los métodos utilizados para diagnosticar a los adolescentes del colegio nacional Benigno Malo y la manera en la cual se obtuvieron los resultados, los mismos que fueron necesarios para la creación de la propuesta grupal. Cabe mencionar que los alumnos al momento del inicio del programa fueron seleccionados por sus bajas calificaciones, sus escasas participaciones en clase, su historia clínica, entrevistas, conversaciones mantenidas individualmente con cada alumno y también con sus representantes. Posteriormente se aplicó una serie de baterías de test que se aplicaron para confirmar el diagnóstico.

5.1.- FASES DEL PROCESO TERAPÉUTICO

Para llevar a cabo de manera satisfactoria este proceso terapéutico se lo dividirá en 3 fases, las mismas que nos permitirán cumplir con los objetivos propuestos para organizar de forma adecuada el proceso de terapia grupal. Las fases a seguir son las siguientes: diagnóstico, planificación y ejecución.

5.1.1 DIAGNÓSTICO

Lo que buscamos es identificar alumnos que presenten rasgos marcados de depresión grave o moderada, los mismos que se reflejen a lo largo de los métodos de diagnóstico que serán aplicados. Las características del grupo fueron variadas,

alumnos de padres migrantes, en su mayoría, también jóvenes con autoestima muy baja por apariencia diferente a los demás, problemas familiares en todos los miembros del grupo, y muy bajas redes de soporte fueron algunas características principales de los integrantes del grupo.

Para realizar el diagnóstico de los estudiantes, de los cuales, se presumía sufrían depresión, se tomó en cuenta 3 aspectos fundamentales:

Primero.- Se consideró el bajo rendimiento académico, así como su poca concentración en clase, a este grupo se les aplicó la batería de test para índices de depresión de Beck (ver anexo #2), junto con la batería de test de Hamilton (sugerido por el DOBE de la institución).

Segundo.- Con los estudiantes que obtuvieron en el test resultados muy significativos de depresión, se les realizó una serie de entrevistas personales, luego entrevistas a los representantes y posteriormente se llenó una historia clínica donde se investiga con más profundidad el origen de sus índices depresivos.

Tercero.- Se mantuvo un diálogo con los padres de familia o representantes de los estudiantes.

5.1.1.1 DESCRIPCIÓN DE LOS INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN:

Los instrumentos a utilizar en la evaluación son: a) El test de Beck para depresión, (ver anexo #2). b) La entrevista abierta realizada a los alumnos, (ver anexo # 3); c) entrevistas a los representantes y d) La Historia Clínica del alumno., la misma que se detalla mas adelante en este capítulo.

a) Test de Beck para la depresión.

Actualmente este test es uno de los más utilizados en el campo de la psicología clínica, debido a su facilidad y agilidad de aplicación; se sistematizan 4 alternativas

de respuesta para cada ítem, que evalúan la gravedad / intensidad del síntoma y que se presentan igualmente ordenadas de menor a mayor gravedad. El marco temporal hace referencia al momento actual y a la semana previa.

Objetivo: Diagnosticar a los alumnos que presentan un cuadro depresivo.

Fecha de la primera aplicación: abril/2010

Este es un cuestionario de selección múltiple que consta de 21 preguntas las mismas que tienen 4 opciones de respuestas con un puntaje para cada una de ellas.

La escala va de 0 a 63 puntos. La puntuación total se obtiene sumando los valores correspondientes a cada una de las respuestas marcadas por el sujeto. Dependiendo del porcentaje adquirido, se establecerá el grado de depresión.

El puntaje establecido para graduar el síndrome depresivo es el siguiente:

NORMAL:	0 a 9
DEPRESIÓN LEVE:	10 a 18
DEPRESIÓN MODERADA:	9 a 29
DEPRESIÓN GRAVE:	30 a 40
DEPRESIÓN EXTREMA:	41 a 63

Este test puede ser aplicado de manera individual o colectiva.

Fuente: Dr. Rosados. "Test de depresión de Beck". Web. Publicado septiembre del 2008. Consultado junio de 2011. www.psicomag.com. (Ver anexo 2).

b) Entrevista abierta a los alumnos

El objetivo de la entrevista es poder conocer mas a fondo la vida de los estudiantes, su situación actual y como ellos se sienten con esta, así como también sus cogniciones, y su manera de ver la vida, mediante sus sentimientos frente a las diferentes cosas por las que están pasando, sus emociones, reacciones y formas de afrontamiento de la vida.

c) Entrevista abierta con los representantes

El objetivo de esta entrevista es tener una idea de cómo los representantes, sean estos los padres, abuelos, tíos, etc. Miran la manera de comportarse últimamente de los muchachos, como han estado de ánimo, si están con dificultades de conciliar el sueño, como esta su alimentación, etc.

d) Historia Clínica

Esta es la base para el conocimiento de los síntomas del paciente, es una “radiografía” de la realidad del paciente y su entorno socio cultural y afectivo.

La historia clínica utilizada fue la siguiente:

1. DATOS DE FILIACIÓN:

Apellidos:.....

Nombres:.....

Fecha de nacimiento:.....

Edad:.....

Residencia:.....

Religión:.....

Responsable:.....Relación:.....

2. MOTIVO DE CONSULTA

.....
.....
.....

3. **PSICOBIOGRAFÍA:** (muertes, separaciones, divorcios, mudanzas, consumo de sustancias, maltrato.)

.....
.....
.....
.....

4. **NÚCLEO FAMILIAR:** (relación con los miembros de la familia, alianzas, miedos).

.....
.....
.....

Primera Infancia: (lenguaje, motricidad, relaciones con el medio, enfermedades, miedos).

.....
.....
.....

Niñez y etapa escolar: (problemas escolares, para aprender, con profesores o compañeros, disciplina, miedos).

.....
.....
.....

Adolescencia: (consumo de sustancias, rupturas amorosas, dificultad para formar parejas, confusión vocacional, intentos de suicidio, imagen corporal, miedos).

.....
.....
.....

Sexualidad (menarquía, cambios en la pubertad, relaciones sexuales, experiencias traumáticas, violaciones, información de la sexualidad, acoso).

.....
.....
.....

Vida Social:

5. ANTECEDENTES PERSONALES Y FAMILIARES

- i. Enfermedad física propia, seria, importante.....
- ii. Enfermedad física de algún hermano.....
- iii. Enfermedad física del padre/madre.....
- iv. Enfermedad física de algún amigo/primo.....
- v. Problemas psicológicos personales importantes.....
- vi. Enfermedad psíquica de algún familiar.....

6. EXAMEN MENTAL:

.....
.....
.....

5.2.- PLANIFICACIÓN DE SESIONES DE INTERVENCIÓN GRUPAL DESDE EL MODELO COGNITIVO CONDUCTUAL

Para preparar estas sesiones que se detallan a continuación tomé las sugerencias del, “Manual de TCC de la Depresión” de los autores: R. Muñoz, S. Aguilar y J. Guzmán. Publicado en el año 2000, adaptando a las necesidades del grupo con el cual se trabajó, en base a los resultados obtenidos del proceso de diagnóstico previamente realizado.

5.2.1 PLANIFICACIÓN DE LAS SESIONES

Para llevar a cabo las siguientes sesiones se planteó un objetivo general y los objetivos específicos que abarcan este proyecto de terapia grupal, sin embargo, cada sesión tiene un objetivo particular a cumplirse al finalizar la misma. A continuación se detallarán los objetivos para todas las sesiones, luego de esto se enumeraran las técnicas con las que trabajaremos las diferentes sesiones y concluiremos explicando brevemente sesión por sesión como se trabajo grupalmente en las mismas.

5.2.1.1 OBJETIVOS DEL PROCESO

Objetivo General: Disminuir los sentimientos depresivos a través de la enseñanza de técnicas cognitivo conductuales para control del estado de ánimo, manejo de las cogniciones y acciones de los adolescentes.

Objetivos Específicos:

- 1) Disminuir los sentimientos de depresión que actualmente le aquejan.
- 2) Acortar el tiempo que los adolescentes estén con depresión.
- 3) Aprender mejores maneras para prevenir recaídas en estados depresivos.
- 4) Sentirse más en control de sus vidas.

5.2.1.2 Técnicas a ser utilizadas en las sesiones

Estas técnicas están explicadas en el capítulo III de esta tesis, aquí se detallará todas las técnicas en las que nos basamos en diferentes sesiones de la terapia grupal, según fue necesario; se detalla aquí un pequeño señalamiento técnico de a que áreas de la persona están enfocadas principalmente.

Técnicas Cognitivas:

- Búsqueda de soluciones alternativas
- Detección y Registro de pensamientos inadecuados
- Identificación de los esquemas inadecuados.
- Resolución de problemas.

Técnicas Emocionales

- Retribución o de responsabilización de hechos que no le corresponden
- Asignación de tareas para la casa.

Técnicas Conductuales

- Entrenamiento en habilidades sociales y afectivas
- Tareas para la casa, registro de conductas.

5.3 EJECUCIÓN DE LAS SESIONES

Las sesiones de terapia grupal fueron empleadas de manera tal que los integrantes del grupo puedan aprovecharlas al máximo, sin llegar a ser agotadora ni sofocante su aplicación, el tiempo de empleo de las sesiones fue el recomendado, las tareas encomendadas al ser necesarias y que tenían que ver todo con la sesión atendida fueron especialmente importantes y tuvieron una exitosa aceptación.

5.3.1 Frecuencia y Duración

Las sesiones tienen una frecuencia de 2 días a la semana, la duración de las sesiones es de 45 minutos. La conducción del grupo fue directiva la mayor parte, dado que al ser adolescentes los participantes es necesario guiarles por donde va la sesión en cada momento.

5.3.2 Perfil de los participantes

Al ser un grupo heterogéneo dado que, si bien, todos forman parte del mismo colegio y todos sufren de depresión, sus características son diferentes en el sentido de edades, algunos tienen 11 años, otros ya cumplieron los 12, el sexo es masculino y femenino, la situación familiar de cada uno es diferente, algunos tienen padres migrantes y viven con sus abuelos, otros son hijos de madres solteras, otros por diferentes razones viven con otros familiares que no son sus padres, etc.

Las posibles causas de la depresión al momento diagnóstico son diversas. Podemos decir que en general es un grupo con un alto índice de disfuncionalidad familiar, lo que lleva a que ellos no encuentren refugios saludables en sus hogares y hagan que estos sentimientos depresivos sean algo peligroso si no se abordan de manera eficaz y adecuada.

5.3.3 Reglas y Normas a seguir en las sesiones

Estas fueron puestas a consideración de los participantes del grupo para la aprobación y adición de normas añadidas si lo ven necesario, las mismas fueron aprobadas y respetadas por los integrantes del grupo.

- Puntualidad: Es importante mantener la puntualidad para iniciar las sesiones de manera efectiva y con todos los integrantes del grupo.
- Asistencia: La asistencia a las sesiones es obligatoria, debido a que al crearse una dinámica grupal, si falta algún integrante esta dinámica se pierde y no se logra el objetivo trazado.
- Respeto y confidencialidad: Lo que se habla en las sesiones no puede ser divulgado por ninguno de los participantes, el terapeuta pasa a formar parte del grupo, por lo mismo tampoco podrá contar ni divulgar las cosas dichas dentro de las sesiones a los padres o representantes.
- No reírse ni hablar mientras otros intervienen, mucho menos juzgar.

- Participar en la discusión: Permitiendo que los otros miembros del grupo conozcan tus ideas, ya que el compartir tus pensamientos y reacciones ayudará a participar a otros miembros del grupo.
- No acaparar la discusión: Todos deben tener un tiempo para aportar lo que piensan.
- Escuchar atentamente a los demás miembros del grupo, de tal manera que podamos entender sus necesidades y como se asemejan a las tuyas.
- Comprometerse a realizar las tareas que se envían a casa y presentarlas al inicio de cada nueva sesión.

5.3.4 Indicaciones Generales

Antes de iniciar la terapia de grupo se les indicará a los adolescentes la forma en la que se llevarán a cabo las sesiones de tratamiento, como todos son parte del mismo colegio parecería que se conocen, sin embargo, se hará una presentación entre los integrantes del grupo de trabajo para que las relaciones se puedan llevar de una mejor manera. Luego se hablará sobre lo que es la depresión y como aquí vamos a aprender la forma útil de pensar sobre la misma, lo más importante será tomar conciencia de como nuestros pensamientos influyen en lo que sentimos.

El grupo posibilita acrecentar la comprensión y da una mayor sensibilidad hacia los comportamientos y actividades propias.

5.3.5 Trabajando sesión por sesión

Las sesiones se inician verificando la asistencia de los participantes, se pregunta como se han sentido luego de dejar la sesión anterior y como han trabajado en las tareas enviadas, a continuación se dialoga en orden uno por uno como se sintió realizando las actividades enviadas, si experimentaron algún sentimiento o pensamiento que llame su atención. En esta parte de las sesiones todos los integrantes del grupo tienen que participar.

Todo este compartir es importante dado que, en terapia de grupo, la información que el sujeto recibe es mucho más de la que puede recibir solo del terapeuta, ya que en el grupo las fuentes de experiencia e informaciones se multiplican, logrando que el paciente acreciente su capacidad para enfrentar y resolver problemas.

A continuación se detallarán las sesiones realizadas en el Colegio Nacional “Benigno Malo”, con un grupo de trabajo de 11 estudiantes, los mismos que han sido autorizados por sus representantes para la aplicación de las mismas.

Cabe mencionar que la primera sesión fue planificada con un momento para lograr establecer el rapport con los integrantes del grupo, así como la empatía entre los integrantes del mismo.

5.4 SESIONES DE TERAPIA GRUPAL COGNITIVO CONDUCTUAL PARA LA DEPRESIÓN

Sesión # 1:

Tema: “Como nuestros pensamientos influyen en nuestro estado de ánimo”

Objetivo: Entender como nuestros pensamientos influyen en nuestros sentimientos para disminuir los síntomas de la depresión.

Introducción:

1. Bienvenida y presentación de los miembros del grupo: Cada uno debe compartir información con los integrantes: donde nació, cosas acerca de su familia, cuáles son sus intereses, etc.
2. Luego se proponen y explican las reglas del grupo, para que, si existe la aceptación de todos los integrantes, las mismas puedan ser articuladas y sumadas al grupo.
3. Explicación del propósito del tratamiento de grupo: Compartir y fomentar el apoyo entre personas que atraviesan una situación similar.
4. Encuadre grupal: Se repasaran las normas dentro del grupo de trabajo, las cuales fueron estructuradas tomando el criterio de todos los integrantes y luego se llegó a acuerdos mutuos para poder entrar en un ambiente de confianza. Se indica la frecuencia de las sesiones y duración de las mismas. Al igual que los objetivos que se plantean en el grupo

Actividades:

Enfoque de la depresión según la teoría cognitivo – conductual:

❖ ¿Para ti que es la depresión?

Explicación: Que es la depresión. Síntomas de la depresión.

❖ ¿Qué tipos de pensamientos pasan por tu mente cuando estas deprimido?

Explicación: Que son los pensamientos. Pensamientos positivos y negativos. Como los pensamientos influyen en nuestro estado de ánimo, cuerpo y acciones.

❖ ¿Qué es lo que tú haces cuando estas deprimido?

Explicación General: Como las actividades que hacemos influyen en nuestro estado de ánimo.

Al llenar el termómetro del ánimo se incentiva a los pacientes tomar conciencia de su estado de ánimo y como este cambia con los pensamientos que tienen a medida que el día avanza.

TAREA # 1: “Termómetro del ánimo”

Nombre:

Señala del 1 al 9 cuál ha sido tu estado de ánimo cada día de la semana.

Día	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado	Domingo
Súper Bien	9	9	9	9	9	9	9
Excelente	8	8	8	8	8	8	8
Muy bueno	7	7	7	7	7	7	7
Bueno	6	6	6	6	6	6	6

Regular	5	5	5	5	5	5	5
Malo	4	4	4	4	4	4	4
Muy malo	3	3	3	3	3	3	3
Bastante peor	2	2	2	2	2	2	2
El peor	1	1	1	1	1	1	1

Pon la cantidad de pensamientos que has identificado, diferenciándolos entre positivos y negativos.

Día	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado	Domingo
Positivos							
Negativos							

La práctica será enviada a casa para realizar, antes del inicio de la siguiente sesión se revisa la tarea y se pregunta: ¿Cómo se sintió llenándolo cada día? Y se le explica el por qué es importante hacer la tarea.

Evaluación de la sesión #1:

La sesión fue muy gratificante al poder dar a conocer el objetivo de este grupo terapéutico, dado que los alumnos no tenían claro cuál es la razón por la cual fueron elegidos. Al indicarles el concepto de depresión, sus posibles causas y poner en perspectiva lo que cada uno hace cuando está deprimido, indicándoles que pueden ser distintas las maneras de demostrarlo.

Los integrantes del grupo entendieron la importancia de realizar diariamente sus tareas dado que es parte fundamental del inicio y culminación de cada sesión.

Hoja de Evolución sesión por sesión: 1-junio-2010

Llegada del grupo	Evolución de la sesión	Finalización de la sesión
El grupo empezó muy callado, calmado, tranquilo, se observó un poco de temor al inicio del compartir por parte de los participantes, sin embargo se lo consideró normal hasta entrar en un ambiente más de confianza.	Se hablo de como los pensamientos influyen en nuestros sentimientos y estos influyen en la manera de comportarnos diariamente. Hubo un compartir de todos los participantes sobre que hacen cada uno cuando se deprimen.	Para finalizar se envió la tarea del termómetro del ánimo, los participantes la recibieron con entusiasmo y la sesión terminó con un ambiente agradable.

Sesión # II:

Tema: “Como nuestros pensamientos influyen en nuestro estado de ánimo”

Objetivo: Entender como nuestros pensamientos influyen en nuestros sentimientos para disminuir los síntomas de la depresión.

Se inicia compartiendo acerca de la tarea de la semana anterior, se habla de sentimientos durante la semana.

En esta sesión se tratará los pensamientos que afectan nuestro estado de ánimo, como hacer para combatirlos efectivamente. Por medio de un análisis que consiste en diferenciar: ¿Cómo piensan los que están deprimidos? Y ¿como lo hacen los que no lo están?

Dialogo acerca de como pensamos cuando estamos tristes, que tipo de ideas pasan por nuestra cabeza, que cosas nos afectan más. Cada participante comparte sus vivencias.

Proyección de video: La vida de Nick, como hacer para aprovechar al máximo las circunstancias que me tocan vivir.

Luego de la presentación del video se da un momento para la interiorización, como pienso yo, y en qué manera se parece a los pensamientos propios de las personas deprimidas.

Es importante indicar que hay que continuar llenando el termómetro del ánimo durante todas las sesiones.

TAREA # 2: “Aprendiendo a reconocer errores del pensamiento:”

- Llevar un registro diario de los pensamientos, al final del día sumar los positivos y los negativos, sin dejar de llenar el termómetro del ánimo.

Al finalizar esta sesión el adolescente podrá tener una idea más clara de cómo cuando los pensamientos negativos son mayores su estado de ánimo no es el mejor y como cuando son menores su estado de ánimo parece ser más llevadero.

Evaluación de la sesión #2:

Esta sesión se logró que puedan comprender los pensamientos de las personas deprimidas y cuánto pueden parecerse a los suyos, como estos afectan a su estado de ánimo y sus actividades diarias, los participantes participaron de manera satisfactoria dado que fue una sesión de participación activa y compartir mutuo.

Hoja de Evolución sesión por sesión: 3-junio-2010

Llegada del grupo	Evolución de la sesión	Finalización de la sesión
El grupo empezó animado, con altas expectativas del trabajo de hoy, se repaso el deber de la sesión anterior, lo que logro romper el hielo para iniciar.	Se proyectó un video sobre la vida de un hombre que no tiene brazos ni piernas, sin embargo saca provecho de su situación al ver su vida de una manera positiva, aprovechando sus limitaciones.	Para finalizar se envió la tarea del termómetro del ánimo, se indico que esta será para todas las sesiones, adicional se envió el registro de pensamientos, concluyendo la sesión positivamente.

Sesión # III:

Tema: “Usando los pensamientos para cambiar nuestro estado de ánimo”

Objetivo: Aumentar pensamientos que producen un mejor estado de ánimo, inicio de la proyección hacia el futuro.

Se repasa el termómetro del ánimo, el propósito del taller, los pensamientos, sentimientos y acciones se afectan el uno al otro, se da ejemplos de las experiencias compartidas por los miembros del grupo.

Ejercicios:

- Hacer una lista de los pensamientos que tiene de sí mismo y de la vida.
- Felicitar mentalmente por lo que está haciendo.
- Imaginarse a sí mismo en un futuro, que estaría haciendo, cuando las cosas sean mejores.
- Realizar un collage de las cosas que me imagino y como quiero que estas sean.

Lograr identificar la interrupción de pensamientos que afectan su estado de ánimo.

- Considerar que es lo peor que le puede pasar.
- Tomarse al día un “tiempo para preocuparse” pueden ser de 10 a 30 min cada día, luego de eso ya no se preocupara más.
- Reírse de los problemas exagerándolos.

TAREA # 3: “Como me siento cada día”

Continuar llenando el termómetro del ánimo y en ir haciendo la lista de pensamientos positivos y negativos cada día. Iniciamos con el método ABCD para analizar los pensamientos.

Evaluación de la sesión #3:

Al analizar cómo pueden tomar conciencia de pensamientos que interrumpen en nuestra mente, los pacientes obtienen una herramienta concreta de afrontamiento de situaciones que pueden generar ansiedad y sentimientos de desesperanza.

Hoja de Evolución sesión por sesión: 7-junio-2010

Llegada del grupo	Evolución de la sesión	Finalización de la sesión
La terapia grupal empezó con algo de retraso dado que algunos integrantes no llegaron a tiempo por situaciones climáticas. Esto hizo que se converse nuevamente sobre las reglas de la terapia y se pida más compromiso.	Esta sesión transcurrió sin mucho compartir, dado que los ejercicios estaban enfocados en la interiorización de sus pensamientos y sueños para el futuro, de lo cual se habló al final de la sesión para poder dar un cierre adecuado.	Las explicaciones dadas de cómo empezar a trabajar con el método ABC crearon dudas entre los participantes, sin embargo se les pidió intenten cumplir con lo pedido de manera que si surgen dudas se aclaran en el proceso de la siguiente semana.

ACTIVIDADES CON EL METODO ABCD

A Evento Activante
(Que sucedió)

C Consecuencia
(Como reaccionó)

B (creencia de lo que sucedió)

Lo que se dijo a si mismo acerca

De lo sucedido que influencio su

Reacción.

D Discutir la creencia

(pensamientos alternativos que

podrían ayudar a reaccionar de

Una forma más saludable).

Fuente: Ricardo F. Muñoz, Sergio Aguilar-Gaxiola, John Guzmán. “Manual de Terapia de grupo para el tratamiento cognitivo conductual de la depresión”. (2000)

Sesión # IV

Tema: “Como nuestros pensamientos afectan nuestro estado de ánimo”

Objetivo: Identificar los pensamientos comunes que pueden hacernos sentir deprimidos.

Se inicia repasando el termómetro del ánimo, el propósito de los talleres, los pensamientos, sentimientos y acciones nos afectan. El tipo de pensamientos que la gente deprimida tiene. Cambiando pensamientos con el método ABCD.

Ejercicios: Identificar pensamientos que pueden hacernos sentir deprimidos:

- Los debo, deben y deberían.
- Nunca cambiaré
- Nadie me quiere

Práctica: Reforzando el método ABCD

- Cuando se siente deprimido preguntarse a sí mismo que es lo que está pensando, entonces tratar de hablarle al pensamiento que le está molestando.

Se dialoga con los participantes para que compartan sus experiencias con el registro del método ABCD, ¿qué nos indica esto? ¿Estamos reaccionando de manera impulsiva sin pensar antes de actuar? ¿Qué motiva esto en mí?

Trabajar mentalmente el termómetro del ánimo, continuar trabajando en sus pensamientos, usar el método ABCD para hablarle a sus pensamientos.

El compartir en esta sesión es indispensable para el correcto aprendizaje de la técnica del ABCD, dado que las experiencias de los participantes promueven el aprendizaje del grupo, además que les hacen sentirse mas unidos y en confianza, por lo cual es importante promover la participación activa de todos los integrantes del grupo.

TAREA # 4:

Nombre:

Ponga una marca en el pensamiento que tuvo el día de hoy:

1. Estoy confundido (a)									
2. Tengo miedo									
3. Me quedare solo (a)									
4. Que caso tiene seguir con esto									
5. La vida no tiene sentido									
6. Estoy Feo (a)									
7. Todo lo que hago me sale mal									
8. Soy menos que otras personas									
9. Me pregunto si ellos están hablando de mi									
10. Porque me pasan tantas cosas malas a mi									
Número total de pensamientos negativos.									

Nombre:

Ponga una marca en el pensamiento que tuvo el día de hoy:

1. Lo puedo hacer mejor									
2. Lo hice bien									
3. Soy una buena persona									
4. Tengo muy buen autocontrol									

5. Las personas se llevan bien conmigo								
6. Estoy Feo (a)								
7. Tengo suficiente tiempo para realizar las cosas que quiero hacer.								
8. Tengo derecho a ser feliz								
9. Me interesan las otras personas								
10. Soy atractivo (a) físicamente								
Número total de pensamientos positivos.								

Evaluación de la sesión IV:

Es interesante lograr establecer en los pacientes una idea clara de cómo afectan en nuestro actuar los debería, ya que son cosas que por diferentes razones no se han podido realizar y solo causan insatisfacción y sentimientos de decepción hacia con nosotros mismos, el objetivo es tratar de sacar de su vocabulario estas palabras y entender el que cuando se está deprimido tal vez es porque no estamos notando que pensamientos estamos dejando interrumpen nuestra mente.

Hoja de Evolución sesión por sesión: 9-junio-2010

Llegada del grupo	Evolución de la sesión	Finalización de la sesión
Esta sesión inició con algunas dudas, los participantes no estaban muy convencidos de poder realizar correctamente los ejercicios del método ABCD.	A medida que fue compartiéndose lo realizado por los participantes fuimos descubriendo los errores y las cosas positivas de poder llevar este registro de manera efectiva.	Se logró un aprendizaje efectivo del método empleado en esta sesión, lo cual causó que se refuerce la cohesión grupal, logrando más interacción entre los participantes.

Las siguientes 4 sesiones tendrán el mismo tema y los objetivos principales se comparten para las 4 sesiones, cada sesión tiene un propósito individual que se manejará como objetivo de la sesión.

Objetivos Principales:

- Tratar la depresión a través de la enseñanza de formas diferentes para controlar mejor nuestro estado de ánimo.
- Disminuir los sentimientos de depresión, así como también hacer más corto el tiempo que estamos deprimidos.
- Aprender las formas de prevención ante la depresión, así como adquirir el control sobre sus emociones y acciones.

Sesión # V

Tema: “Como nuestras actividades afectan nuestro estado de ánimo”.

Objetivo: Aprender la forma útil de pensar sobre la depresión y reforzar el aprendizaje sobre como las actividades influyen sobre los sentimientos.

Entre menos actividades
agradables hace la gente, más
deprimidos se sienten.

Reflexionar sobre lo siguiente:

- ¿Dejas de hacer las cosas porque te sientes deprimido?

Ó

- ¿Te deprimas porque dejas de hacer las cosas?

Explicación de que se trata el “circulo vicioso” y cómo hacer para romperlo: Empezamos por indicar que la depresión es un estado normal de respuesta ante situaciones crónicas de estrés, o experiencias severas de pérdida, abuso sexual, abandono, maltrato, etc. Validando así las experiencias de los pacientes de la terapia grupal. En condiciones de desconocimiento, y de despreocupación por mejorar, se cae en un círculo vicioso que perpetua el estado depresivo del que lo sufre. El objetivo de esta sesión es establecer un punto de entrada en este círculo vicioso para asegurarnos que sea interrumpido, logrando procesos de neutralización y adaptación de los pacientes.

Ejercicios:

Llenar un registro de actividades agradables durante la semana marcando con una x cada día que haga alguna actividad de estas, no tienen que hacer nada extra sino tan solo de la lista de actividades a continuación detalladas marcarlas, si alguna de las actividades no se aplica a Ud. Tacharla.

Evaluación de la sesión V:

Con la idea clara de cómo hacer para no caer en el círculo vicioso de la depresión logramos que los pacientes comprendan la importancia de impedir la irrupción de los pensamientos negativos y erróneos que nos llevan a sentirnos deprimidos.

Hoja de Evolución sesión por sesión: 14-junio-2010

Llegada del grupo	Evolución de la sesión	Finalización de la sesión
El grupo está perfectamente estructurado, se han visto grupos de trabajo que logran mas interacción entre sus miembros, esta sesión se trabaja enfocándose en actividades agradables y positivas para los estudiantes.	La sesión transcurre con normalidad, se maneja de manera eficaz las experiencias comentadas por los participantes en cuanto a las actividades que ellos encuentran agradables para ponerlas en práctica.	La sesión finaliza con mucho optimismo por parte de los miembros del grupo dado que al enfocarnos en las áreas conflictivas con un tono positivista hace que los participantes pongan más interés en aprender las diferentes técnicas empleadas.

Sesión # VI

Tema: “Como nuestras actividades afectan nuestro estado de ánimo”.

Objetivo: Reforzar las actividades agradables por semana y comprometerse a realizarlas.

Al iniciar se les preguntara como se sintieron llenando el registro de actividades cada día al igual que cuantas actividades del listado hicieron cada día.

Revisión de las actividades agradables: que son, cuantas tengo diariamente, de que se trata reconocer actividades agradables.

Ejercicios:

- Unirse con los compañeros del grupo y hacer una lista de actividades agradables que se pueden hacer en la ciudad y adaptadas a la situación del grupo.
- Hacer un contrato con uno mismo de realizar las actividades agradables (por lo menos 1), si las logra se premiara con una recompensa.

Evaluación de la sesión VI:

Esta sesión fue muy agradable y beneficiosa para los pacientes, dado que al estudiar en la tarde tienen un tiempo libre por las mañanas, en el cual, generalmente no tienen actividades ni lo aprovechan como es debido, luego de esta sesión se estableció actividades diferentes para los participantes, que les gusta hacer y por diferentes motivos nos han iniciado, con esto tienen una motivación y un objetivo para ponerlas en práctica.

Hoja de Evolución sesión por sesión: 16-junio-2010

Llegada del grupo	Evolución de la sesión	Finalización de la sesión
Para trabajar en esta sesión se cambian los dos grupos de trabajo con los que se vino trabajando hasta la sesión 5, dado que es importante que los alumnos se relacionen entre si con todos los miembros y compartan su experiencias.	La sesión transcurre con tranquilidad y se logra un trabajo efectivo entre los participantes, los miembros del grupo se enfocan en contar anécdotas de sus actividades positivas durante la semana, así como también si no logran hacerlo se anima para que lo sigan intentando.	Al momento del cierre de la sesión se explica a los participantes del grupo que este trabajo es de constancia, mas no de rapidez, se enfatiza en la importancia de mantenerse trabajando en los ejercicios mandados desde la primera sesión para lograr ver resultados positivos.

Sesión # VII

Tema: “Como nuestras actividades afectan nuestro estado de ánimo”.

Objetivo: Crear su propio plan para superar la depresión.

Para superar la depresión necesitamos ponernos metas razonables, anotar las cosas positivas que hacemos y recompensarnos a nosotros mismos “en la mente” y en “la vida real”.

Ejercicios:

- Poniéndose metas claras y concretas: a continuación se darán ejemplos de lo que son las metas no claras y las metas claras, se les pedirá que tomen en cuenta estas en el momento de hacerlas.
- Poniéndose metas realistas: Hay que tener claro que las metas deben poder ser cumplidas ahora, si vemos que estas metas no pueden realizarse ahora (pudiendo dejarlas para un futuro), entonces estas metas no son realistas.
- Hacer un plan para realizar las metas: Dividir las metas más grandes en partes pequeñas asegurándose que cada parte se puede llevar a cabo.
- Mirando los obstáculos que se pueden atravesar impidiendo que realice mis metas: Para estar preparados ante cualquier situación hay que ver que obstáculos pueden presentarse en la realización de las metas propuestas.
- Manejando el tiempo: Hacer una lista de las metas que pueden realizarse esta semana, asignarle una prioridad a cada meta.
- Planeando el futuro: Se tomaran en cuenta las metas propuestas por prioridad y se las ira ordenando de manera que puedan todas ser cumplidas.

Evaluación de la sesión VII:

Esta fue una sesión realmente fructífera para los pacientes, dado que se logro hacer un plan de sus vidas, se proyectó un video motivador para darles ánimo para su elección de metas para el futuro y esto elevo el estado de ánimo de la sesión.

Hoja de Evolución sesión por sesión: 21-junio-2010

Llegada del grupo	Evolución de la sesión	Finalización de la sesión
El grupo ha adquirido una organización estable, se nota en ellos una actitud diferente hacia los temas tratados, las conversaciones son más participativas y compartidas por el grupo.	Nos enfocamos en que los miembros del grupo comprendan que para el cumplimiento de las metas propuestas deben fijarse metas que dependan solo de ellos, no de una tercera persona, dado que no podemos dejar que nuestra felicidad dependa de decisiones de terceros.	En esta sesión se logró que los participantes definan sus ideales para el futuro, pensando, algunos por primera vez, en lo que ellos querían para su vida, sin dejar de lado las familias y estudios, poniendo prioridades en las mismas.

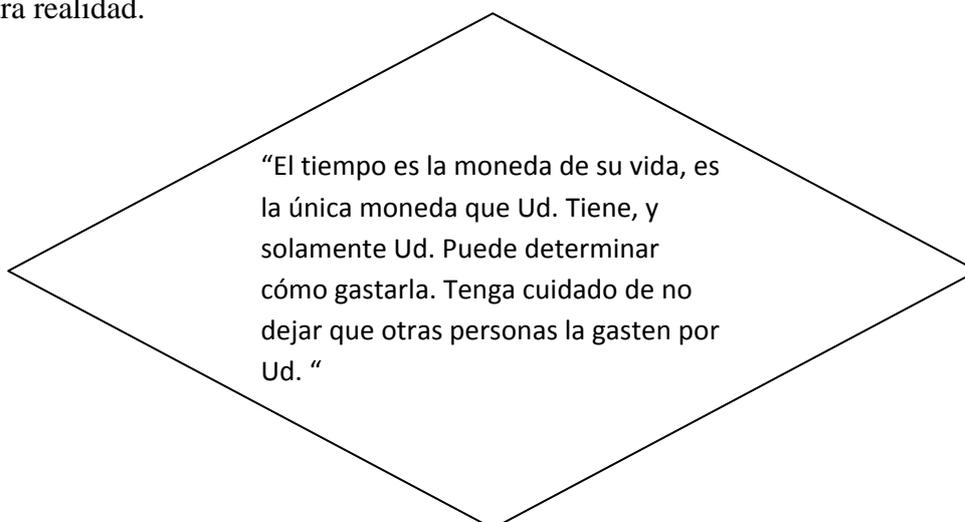
Sesión # VIII

Tema: “Cómo nuestras actividades afectan nuestro estado de ánimo”.

Objetivo: Aprender a manejar saludablemente la realidad, mediante técnicas cognitivo conductuales.

Preparación:

Todos vivimos en dos mundos, el mundo OBJETIVO (o “el mundo de afuera”), que está afuera de nosotros, y, el mundo SUBJETIVO (o “el mundo de adentro”) que está adentro de nuestra mente. Estos dos mundos son nuestra REALIDAD y para aprender a sentirnos bien con el mundo es necesario saber manejar estas dos partes de nuestra realidad.



Ejercicios:

- Tener cuidado de la manera que hablamos: muchas veces estamos ya acostumbrados a referirnos a nosotros mismos con palabras negativas y de derrota, tomar en cuenta que todo esto influye en el momento de la mejoría, o no, de su autoestima. Unirse con 4 integrantes del grupo y hacer una lista de frases comunes que limitan mi mejoría.

- Hablemos de las posibilidades: “Que puede Ud. Hacer ahora” para que el mundo de afuera sea más saludable, con respecto al tiempo y las alternativas que posee cada uno.
- El mismo ejercicio anterior solo que enfocándonos al mundo de adentro.

Evaluación de la sesión VIII:

Llevando un registro de cómo nos relacionamos con nuestro mundo objetivo y subjetivo logramos que los pacientes mejoren la interacción que tienen con ellos mismos principalmente, lo cual es algo de lo que no se les había hablado antes y no conocían el cómo hacer para lograr este objetivo. La sesión se llevo a cabo con mucho silencio, aquí existió un encuentro interior más que una interacción con el grupo.

Hoja de Evolución sesión por sesión: 23-junio-2010

Llegada del grupo	Evolución de la sesión	Finalización de la sesión
Se observa una buena actitud de los participantes, los mismos que asisten a tiempo y mantienen la disciplina dentro del grupo.	La explicación de los dos mundos en los que nos desenvolvemos logró que ellos comprendan que estamos íntimamente relacionados en nuestras áreas cognitivas y afectivas, por lo tanto si no estoy bien con mí mismo, no podre brindar cariño ni atención al resto de personas.	Para finalizar la sesión se pidió a los grupos expongan lo trabajado en la terapia del día de hoy, dado que es vital el compartir de los pacientes en torno al aprendizaje del grupo.

Sesión # IX

Tema: “Cómo el contacto con la gente afecta nuestro estado de ánimo”

Objetivo: Tratar la depresión a través de la enseñanza de maneras diferentes interactuar con los otros.

La depresión está relacionada con los siguientes factores:

- Menos contactos con otras personas
- Sentirse incomodo, tímido, alejado o enojado con otras personas.
- No poder expresar lo que a uno le agrada o desagrada.
- Ser más sensible al sentirse ignorado, rechazado, criticado.

Para poder tener una idea clara de cuál es el factor que afecta sus relaciones interpersonales responderán algunas preguntas en parejas, a continuación y teniendo las respuestas a la mano, se les pedirá que presten atención a la explicación de la importancia de las redes de apoyo social en la vida de las personas, manteniendo buenas relaciones en casa, con mis hermanos y padres y como puedo conocer a las personas y hacer mas amigos.

Ejercicios:

Mantener un “programa de actividad semanal” donde anotara los contactos que tuvo con otras personas (padres, hermanos, tíos, etc.) poniendo un + si fue positivo y – si fue negativo.

Evaluación de la sesión # IX:

Tomando como base la sesión anterior, es necesario que los participantes del grupo comprendan cuánto influye en nuestro diario vivir tener buenas relaciones

interpersonales, es por esto que en este grupo es donde creamos una red de apoyo, para poder estar al tanto el uno del otro y servir de sostén en las vicisitudes de la vida.

Hoja de Evolución sesión por sesión: 28-junio-2010

Llegada del grupo	Evolución de la sesión	Finalización de la sesión
El grupo está perfectamente estructurado, se han visto grupos de trabajo que logran mas interacción entre sus miembros, esta sesión se trabaja enfocándose en actividades agradables y positivas para los estudiantes.	La sesión transcurre con normalidad, se maneja de manera eficaz las experiencias comentadas por los participantes en cuanto a las actividades que ellos encuentran agradables para ponerlas en práctica.	La sesión finaliza con mucho optimismo por parte de los miembros del grupo dado que al enfocarnos en las áreas conflictivas con un tono positivista hace que los participantes pongan mas interés en aprender las diferentes técnicas empleadas.

Sesión # X

Tema: “Cómo el contacto con la gente afecta nuestro estado de ánimo”

Objetivo: Aprender a tener más contactos positivos con las personas.

Aprendiendo a sentirme mejor al estar solo, estar con los otros y sentirme bien con lo que hago en la vida, tomando en cuenta mis pensamientos, sentimientos, expectativas y comportamientos.

Ejercicios: Reunidos en grupos de 4 dialogar como les ha servido estos conocimientos en su diario vivir.

- Hacer una lluvia de ideas de las cosas más importantes aprendidas.
- Individualmente y en una cartulina formato A4 realizar un collage de las cosas más significativas aprendidas en este tiempo.
- Presentar el collage al grupo y compartir experiencias.

Evaluación de la sesión #X:

En esta sesión se abordó el importante tema de la “soledad”, esa palabra que muchas veces nos parece negativa y fría, en el grupo se compartieron diferentes teorías y miedos acerca del tema, sin embargo se logró llegar a un acuerdo de que es necesario aprender a disfrutar de mi tiempo y saber cuándo es el momento de dar de mi para aportar algo al resto. Sin que esto cree ansiedad u otros sentimientos en mi interior.

Hoja de Evolución sesión por sesión: 30-junio-2010

Llegada del grupo	Evolución de la sesión	Finalización de la sesión
Se logra terminar las sesiones de manera satisfactoria con la presencia del 100% de los participantes.	La sesión se toma con más seriedad que el resto, dado que es una recopilación del aprendizaje de todo.	Esta finaliza con una verbalización por parte de cada participante de lo aprendido en las sesiones.

5.5.- INFORME FINAL DE LAS SESIONES DE TERAPIA GRUPAL

Al finalizar las terapias de grupo con enfoque cognitivo conductual, se pudo observar que el grupo tuvo un buen funcionamiento, se logró la empatía entre el terapeuta y los integrantes del grupo, la misma que facilitó a que la dinámica lograda pueda brindar beneficios recíprocos entre los participantes.

Los sentimientos de identidad, pertenencia, desahogo, libertad y confianza logrados por medio de la alianza terapéutica fueron muy gratos para los participantes, haciéndoles sentir cómodos en el ambiente que se desarrollaron, lo que aportó de manera muy positiva en la cohesión del grupo.

Al ser un grupo homogéneo en edades, situación económica y realidad social. Los participantes se enriquecieron de las intervenciones individuales, lo que trajo como resultado un beneficio mutuo al mismo tiempo que creó un sentimiento de universalidad y con ello el saberse pertenecientes a un espacio común, experiencia que muchos de ellos no habían sentido nunca.

Los sentimientos depresivos fueron visiblemente disminuidos mediante la enseñanza de las técnicas cognitivo - conductuales para control del estado de ánimo, conjuntamente con el trabajo de manejo de los pensamientos, se logró que los adolescentes piensen antes de cometer acciones que luego pueden perjudicar su futuro.

Se acortó la cantidad de tiempo que los participantes del grupo pasaban ensimismados pensando negativamente sobre su realidad, con técnicas como la media hora de preocupación y luego no dejar que los pensamientos negativos interrumpan sus actividades, se logró que ellos tomen control sobre sí mismos.

Los objetivos trazados sesión por sesión fueron satisfactoriamente cumplidos, las terapias grupales inician con la comprobación del cumplimiento de las tareas de las

sesiones anteriores y se profundiza en las cosas que aun no están claras, pudiendo así comprobar que los objetivos fueron desarrollados a cabalidad.

Las tareas enviadas al hogar fueron cumplidas en su gran mayoría por todos los participantes, se trató de evitar la ausencia de los integrantes a las sesiones, lo cual se logró mediante la constante motivación y además fue un factor importante que los padres o representantes de los muchachos apoyaron en totalmente para no perder el balance y el hilo de las sesiones de la terapia.

El número de sesiones de terapia grupal fue el adecuado ya que no permitió la pérdida de tiempo en ningún momento, mucho menos la monotonía dado que fue un grupo activo que participo constantemente y se presto para que si algún paciente no colaboraba se le integrara de tal forma que todos sintieran el apoyo y compañerismo que les animaba a continuar con empeño para mejorar su situación.

Con estas sesiones de terapia grupal los participantes aprendieron las técnicas que les ayudan a no permitir que los sentimientos depresivos le invadan, ya que saben que pueden llevarles a entrar en el círculo vicioso del cual es complicado salir sin ayuda, ellos tendrán más control de sus pensamientos, así como de sus sentimientos luego del aprendizaje de estas técnicas empleadas.

Al final se pudo comprobar en el rostro de los estudiantes un cambio, un sentimiento de alegría y de pertenencia a un grupo, a un espacio, un aprendizaje que seguirá estando en su vida por mucho tiempo, mientras ellos lo permitan.

Esta terapia grupal para la depresión fue de gran ayuda para los estudiantes del 8vo de básica del Colegio Nacional Benigno Malo, sin embargo es importante recalcar la importancia del apoyo en casa, queda todavía mucho camino por recorrer y los estudiantes sin apoyo de la familia y en el hogar no podrían salir adelante, por lo cual es necesario se brinde el mismo y exista un constante seguimiento en casa de la mejoría del paciente.

5.6.- CONCLUSIONES

Al finalizar este capítulo conseguimos resaltar la validez y la importancia del trabajo de terapia de grupo, junto con las técnicas cognitivo - conductuales; con estas, los alumnos se beneficiaron de un cambio de pensar, tanto como grupo, como de manera individual. Los aprendizajes fueron significativos y duraderos, la experiencia que les da el formar parte de un universo de aprendizaje que enseña cómo superar los síntomas depresivos de la mejor manera, y, las técnicas empleadas para esto, hace que los participantes del grupo sean beneficiados doblemente pudiendo después ellos ser un sostén para adolescentes con estas dificultades.

La respuesta obtenida por los participantes fue muy gratificante, se estableció una cohesión en el grupo que permitió desde el inicio de las sesiones mantener un ambiente de confianza y mutuo aprendizaje.

CAPÍTULO VI

RESULTADOS COMPARATIVOS DEL PROCESO

INTRODUCCIÓN

Para iniciar con este proyecto de sesiones terapéuticas grupales se tomó en consideración algunos aspectos importantes para la salud de los alumnos del Colegio Nacional Benigno Malo, los mismos que fueron sometidos a diferentes test, a manera de información necesaria para el correcto seguimiento de los alumnos por parte del DOBE del colegio.

De los 220 estudiantes del octavo de básica a los cuales fueron aplicados los test en su totalidad, se encontró un porcentaje de alumnos que dieron resultados positivos a diagnósticos de depresión dentro del test de Beck.

De aquí se vio la necesidad de aplicar esta terapia de grupo enfocada en la depresión por los alarmantes resultados obtenidos por algunos estudiantes en los test aplicados previamente y luego en las entrevistas e historias clínicas empleadas. A continuación se tratara de ejemplificar, mediante un análisis comparativo, los resultados obtenidos antes de iniciar la terapia grupal y luego de la aplicación de la misma; se detallará el proceso de selección y luego de aplicación de la batería de test los participantes de la terapia grupal.

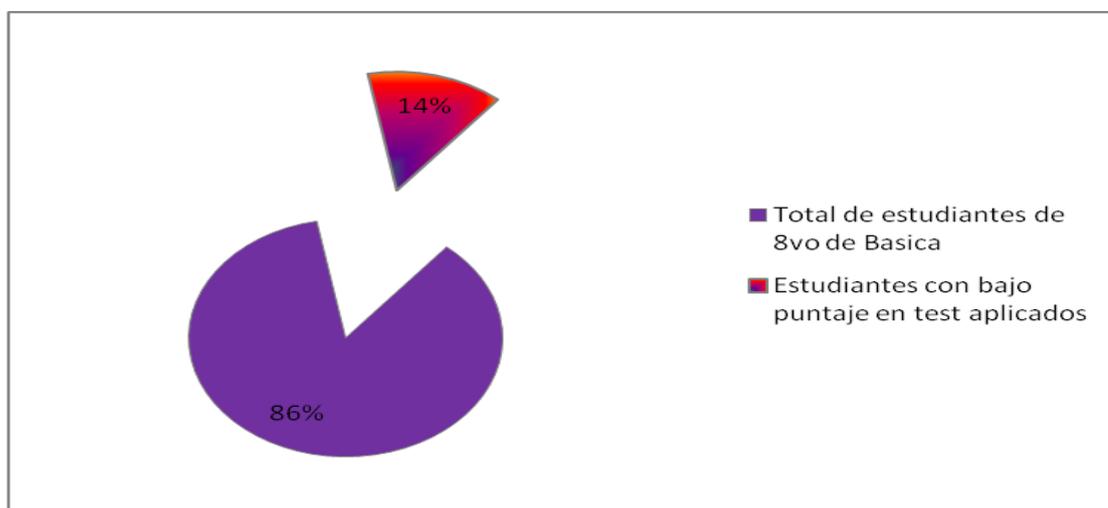
6.1.- SELECCIÓN DE ESTUDIANTES PARA LA APLICACIÓN DEL TEST DE BECK

De una muestra general de 220 estudiantes de los octavos de básica, se tomó en cuenta a los estudiantes con puntajes más bajos en el Apgar Familiar y la escala de Hamilton para la depresión (test aplicados anteriormente en proceso de prácticas). Obteniendo como resultado 36 alumnos los que luego fueron aplicados posteriormente el test de depresión de Beck.

CUADRO # 1

Total de estudiantes de 8vo de Básica	220
Estudiantes con bajo puntaje en test aplicados	36

GRÁFICO # 1



Luego de la aplicación de las baterías de test propuestas por el colegio, los resultados mostraron que el 14% de los estudiantes del octavo de básica del colegio tienen síntomas depresivos, pudiendo ser estos leves, moderados o graves.

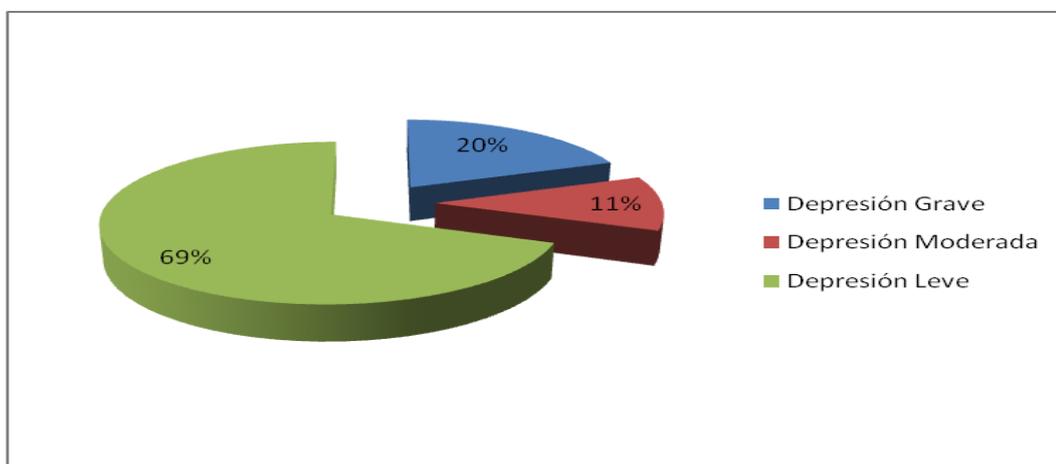
6.2. APLICACIÓN DEL TEST DE BECK

De los 36 estudiantes a los cuales fue aplicado el test de depresión de Beck, se realizó un análisis que consta de una entrevista realizada al alumno, junto con la historia clínica. Con la unión de estos tres criterios se observó la importancia y la necesidad de que algunos de los alumnos asistieran a sesiones de terapia grupal enfocada a mejorar sus síntomas depresivos. Se tomó en consideración la capacidad de afrontamiento de situaciones del estudiante, las redes de apoyo con las que cuenta, la situación familiar, etc.

CUADRO # 2

Depresión Grave	7
Depresión Moderada	4
Depresión Leve	25

GRÁFICO # 2



Como se puede observar 25 alumnos mostraban signos leves de depresión, lo que representa el 69% de la muestra. 4 mostraron depresión moderada, lo que representa el 11% de la muestra y 7 de ellos mostraron depresión grave, lo que indica el 20% de la muestra, por lo cual se trabajó con estos dos últimos grupos.

6.2.1.- APLICACIÓN INICIAL DEL TEST DE DEPRESIÓN DE BECK A 11 ESTUDIANTES

ANÁLISIS PREGUNTA POR PREGUNTA

Se toma en consideración el análisis por pregunta, dado que es importante mirar las estadísticas de cuantos alumnos responden afirmativo a diferentes preguntas del test, las mismas que son un indicador de los sentimientos de depresión de los estudiantes.

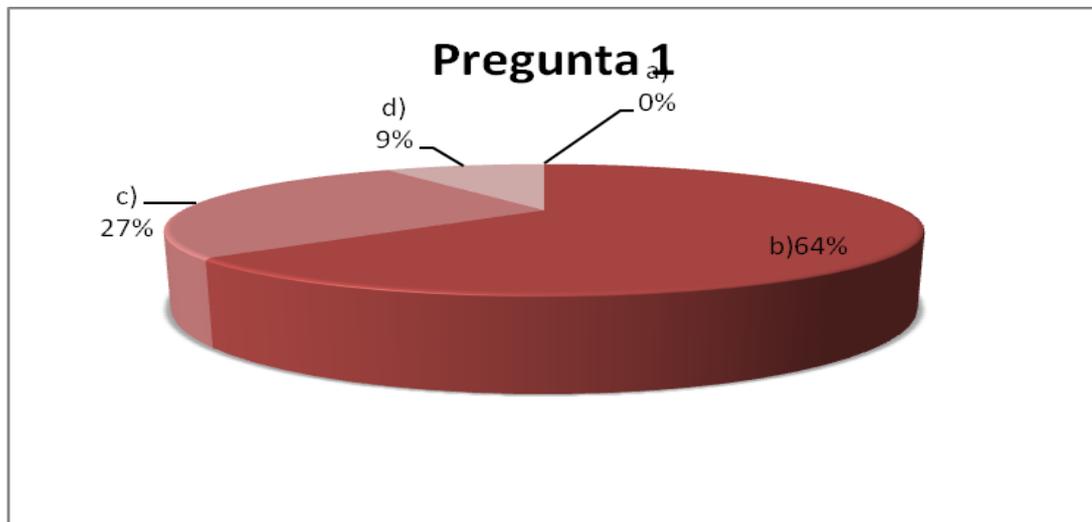
Estos gráficos representan, en cada respuesta del test, cual es la opción más elegida por los alumnos, tomando en cuenta que la opción 1 tiene un valor de 0 puntos, la opción 2 tiene un valor de 1 punto, la opción 3 un valor de 2 puntos y la opción 4 un valor de 3 puntos en el test.

CUADRO # 3

Pregunta 1 -Opciones-	
a)	No me siento triste.
b)	Me siento triste.
c)	Me siento triste todo el tiempo y no puedo librarme de ello.
d)	Me siento tan triste o desdichado que no puedo soportarlo.

Pregunta 1	a)	b)	c)	d)
Respuestas	0	7	3	1

GRÁFICO # 3

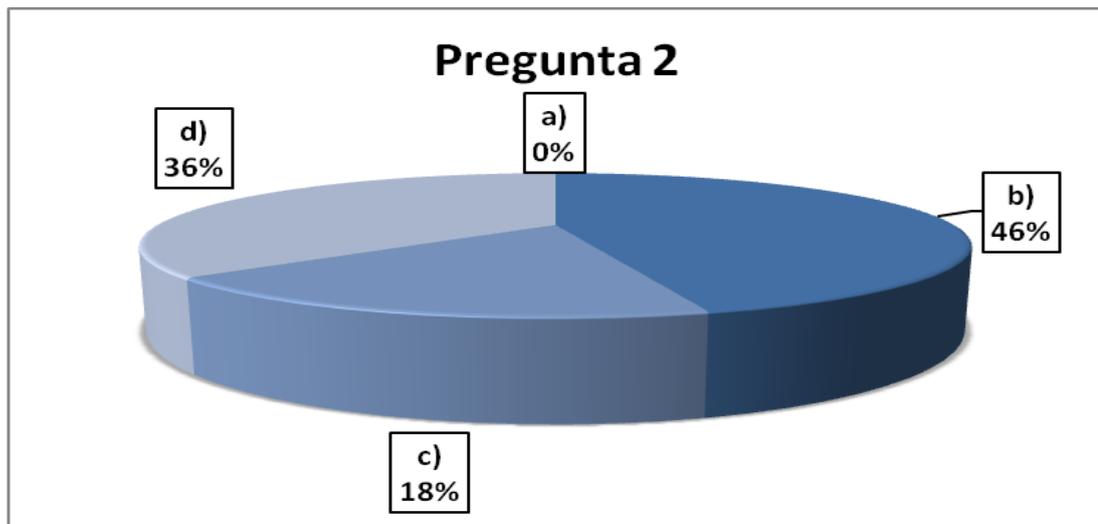


Está claro que el sentimiento de tristeza en los estudiantes es marcado y se representa muy bien en este gráfico con el 64 % de los participantes que indican que se sienten tristes, seguidos del 27% que indican una tristeza continua y el 9% muestra que no puede soportar este sentimiento.

CUADRO # 4

Pregunta 2 -Opciones-					
No estoy particularmente desanimado con respecto al futuro. a) respecto al futuro. b) Me siento desanimado con respecto al futuro. c) Siento que no puedo esperar nada del futuro. Siento que el futuro es irremediable y que las cosas no pueden mejorar. d) cosas no pueden mejorar.	Pregunta 2	a)	b)	c)	d)
	Respuestas	0	5	2	4

GRÁFICO # 4

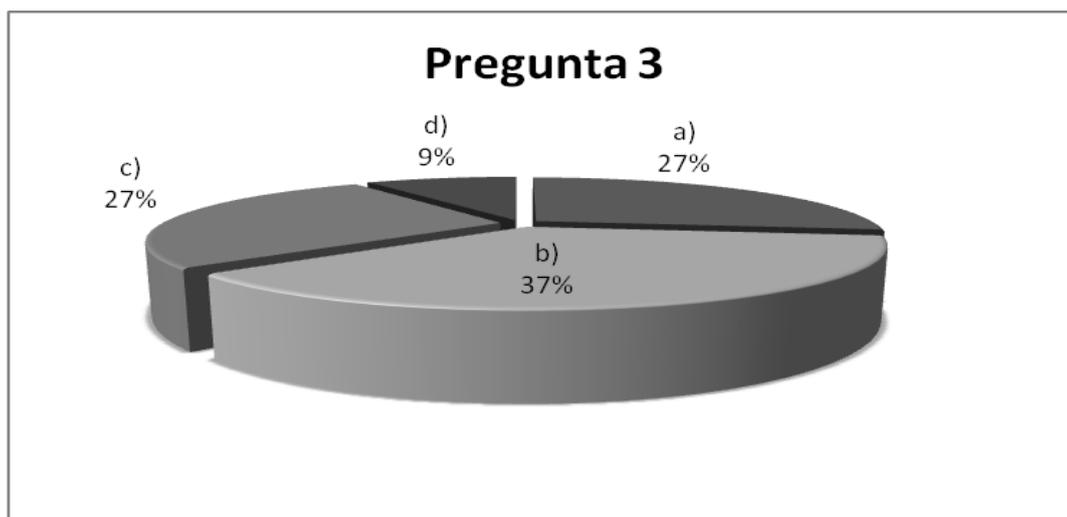


Otra característica importante de las personas con sentimientos depresivos son el poco interés y entusiasmo con respecto al futuro, así como una visión catastrófica del mismo, lo cual se representa de manera importante en este gráfico, con el 46% de los participantes mostrando estos síntomas.

CUADRO # 5

Pregunta 3 -Opciones-					
a) No me siento fracasado.	Pregunta 3	a)	b)	c)	d)
b) Siento que he fracasado más que la persona normal. Cuando miro hacia el pasado lo único que puedo					
c) ver en mi vida es un montón de fracasos.	Respuestas	3	4	3	1
d) Siento que como persona soy un fracaso completo.					

GRÁFICO # 5



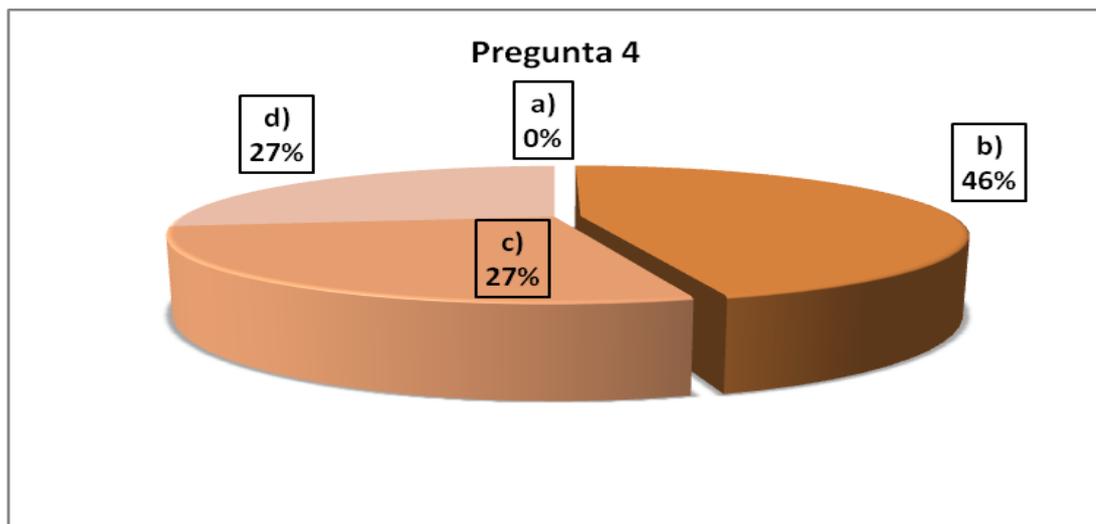
Las ideas persisten sobre el fracaso, se puede observar que los estudiantes a su corta edad consideran que ya son unos fracasados y no tienen esperanza de cambio para su futuro. Siendo el 37 % de los estudiantes que piensan que han fracasado más que el resto de las personas.

CUADRO # 6

Pregunta 4 -Opciones-
a) Sigo obteniendo tanto placer de las cosas como antes.
b) No disfruto de las cosas como solía hacerlo.
c) Ya nada me satisface realmente.
d) Todo me aburre o me desagrada.

Pregunta 4	a)	b)	c)	d)
Respuestas	0	5	3	3

GRÁFICO # 6

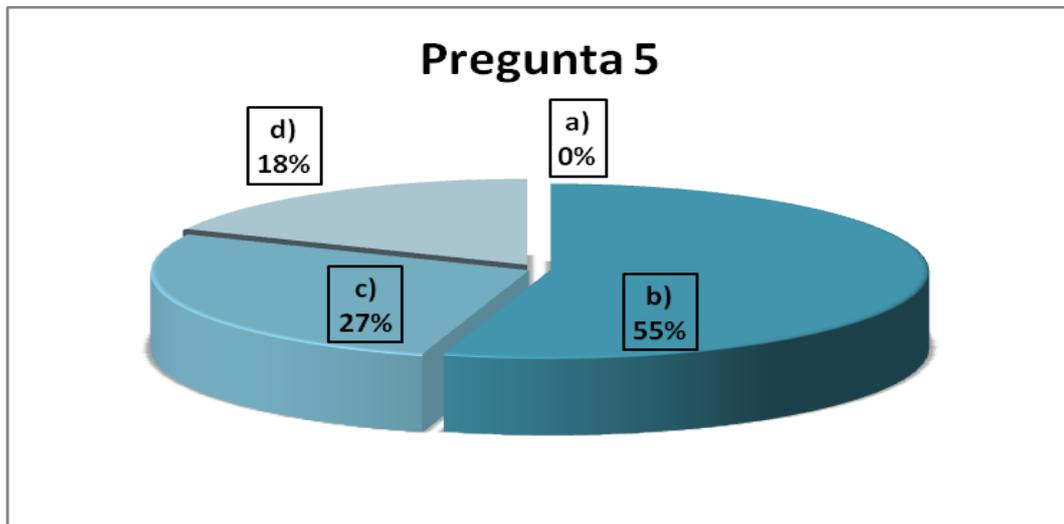


Se muestra una falta de interés por las cosas que antes les gustaban, el 46% indica tener poco gusto por las actividades cotidianas o que antes solían gustarle, y el resto indica que nada le satisface ni le agrada como antes.

CUADRO # 7

Pregunta 5 -Opciones-				
Pregunta 5	a)	b)	c)	d)
a) No siento ninguna culpa particular				
b) Me siento culpable buena parte del tiempo. Me siento bastante culpable la mayor parte del tiempo				
c) tiempo.				
d) Me siento culpable todo el tiempo.				
Respuestas	0	6	3	2

GRÁFICO # 7

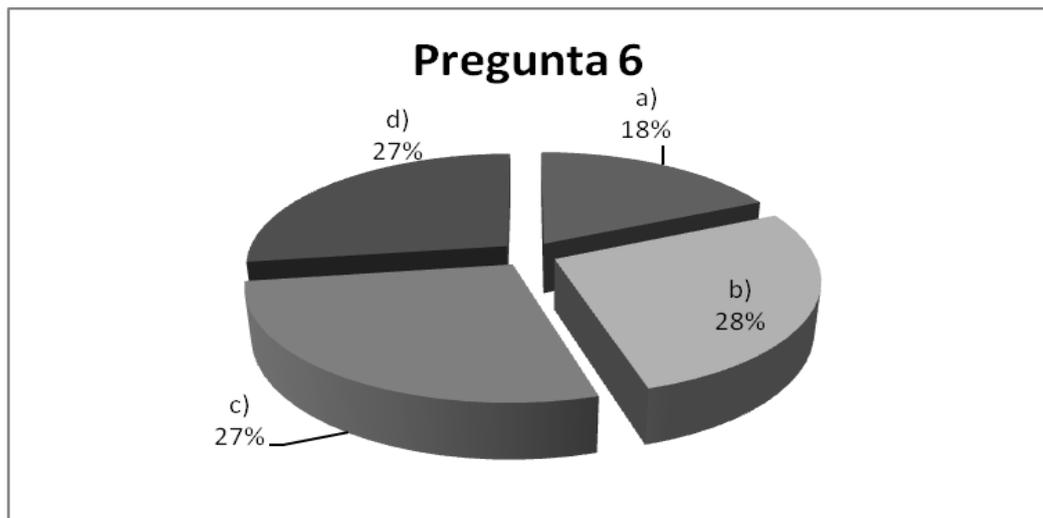


Es muy alto el sentimiento de culpa que tienen los adolescentes, 55% de ellos, lo cual les lleva a tener baja autoestima y probablemente tomar malas decisiones sobre su futuro.

CUADRO # 8

Pregunta 6 -Opciones-				
Pregunta 6	a)	b)	c)	d)
a) No siento que esté siendo castigado.				
b) Siento que puedo estar siendo castigado.				
c) Espero ser castigado.				
d) Siento que estoy siendo castigado.				
Respuestas	2	3	3	3

GRÁFICO # 8



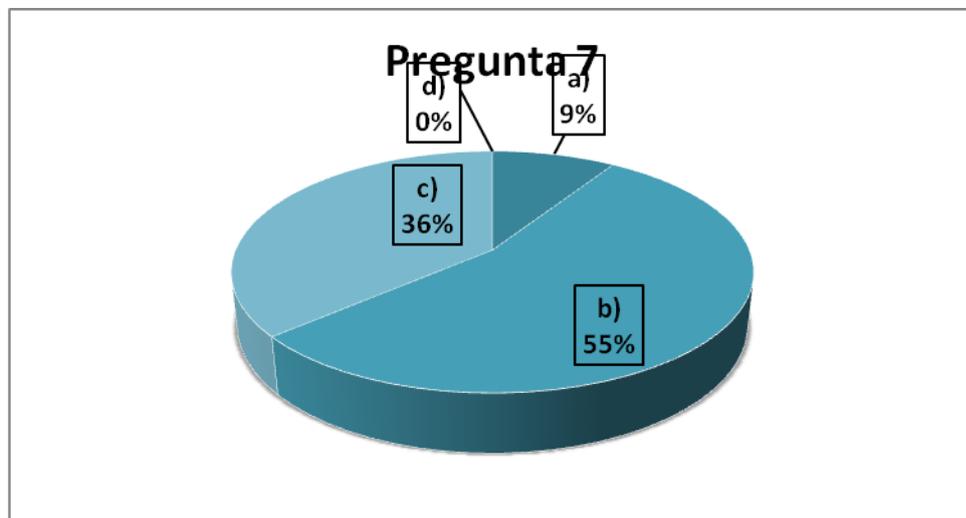
En este gráfico se puede observar que aparentemente los sentimientos de castigo son similares, dado que los estudiantes consideran una consecuencia de sus "culpas" aparentemente.

CUADRO # 9

Pregunta 7 -Opciones-				
a) No me siento decepcionado en mí mismo.				
b) Estoy decepcionado conmigo.				
c) Estoy harto de mi mismo.				
d) Me odio a mí mismo.				

Pregunta 7	a)	b)	c)	d)
Respuestas	1	6	4	0

GRÁFICO # 9



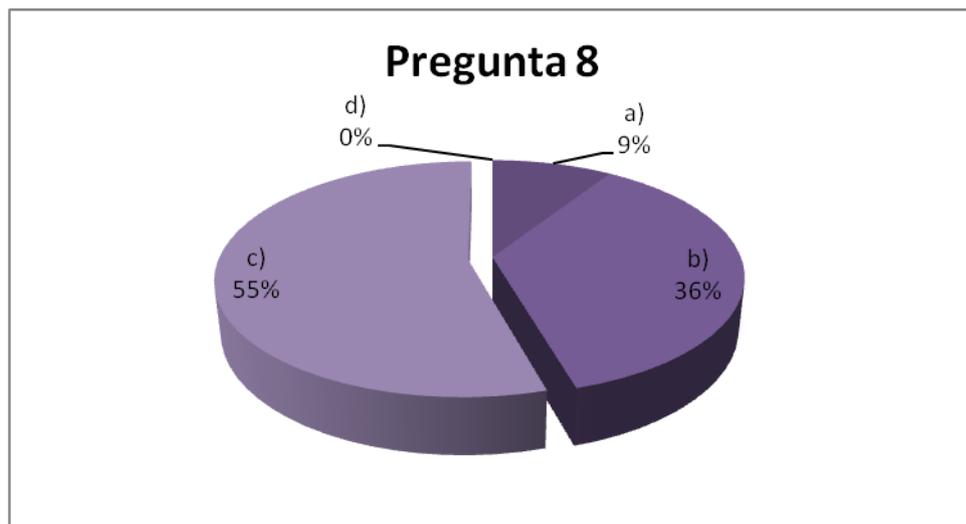
La decepción hacia uno mismo se ejemplifica en este grafico con un 55% de los participantes, seguidos de un 36% de alumnos que están cansados de ellos mismos, esto refleja su baja autoestima y el gran sentimiento de culpa que se vieron en los gráficos anteriores.

CUADRO # 10

Pregunta 8 -Opciones-				
a) No me siento peor que otros.				
b) Me critico por mis debilidades o errores.				
c) Me culpo todo el tiempo por mis faltas. Me culpo por todas las cosas malas que suceden.				
d) Me culpo por todas las cosas malas que suceden.				

Pregunta 8	a)	b)	c)	d)
Respuestas	1	4	6	0

GRÁFICO # 10



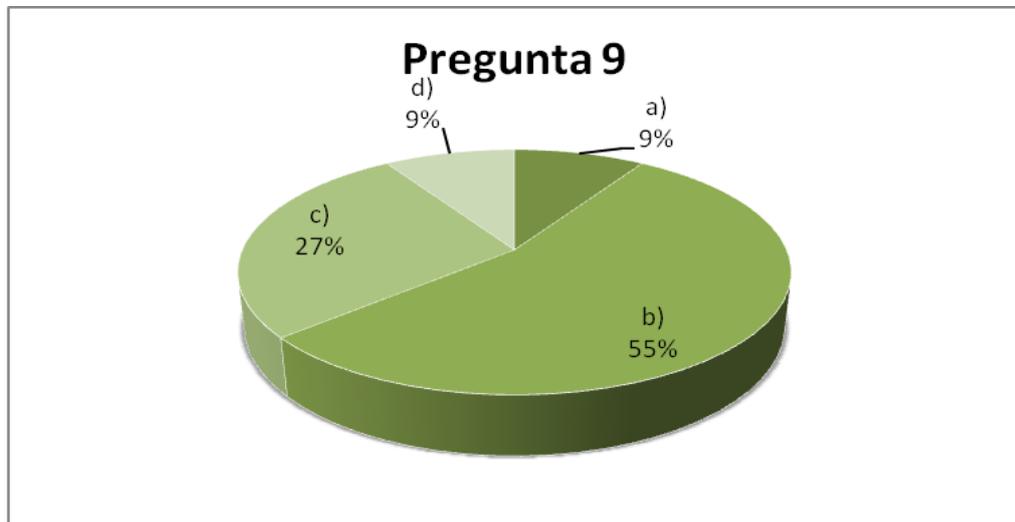
Una vez más aparecen los sentimientos de culpa claramente marcados en este gráfico con el 55% de los participantes sintiéndose culpables, seguido por un 36% de ellos que se culpan por todas las cosas malas que suceden.

CUADRO # 11

Pregunta 9 -Opciones-				
a) No tengo ninguna idea de matarme.				
b) Tengo ideas de matarme, pero no las llevo a cabo.				
c) Me gustaría matarme.				
d) Me mataría si tuviera la oportunidad.				

Pregunta 9	a)	b)	c)	d)
Respuestas	1	6	3	1

GRÁFICO # 11



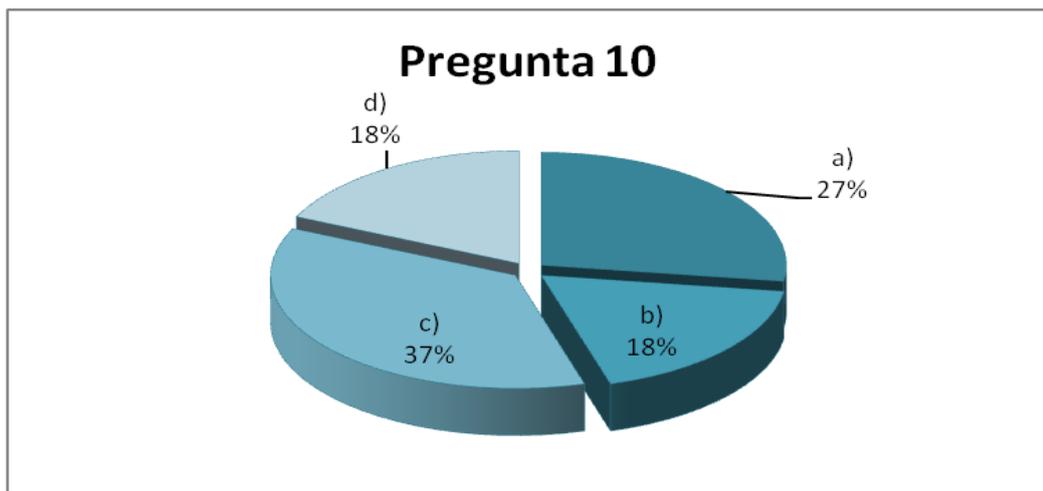
En esta pregunta es interesante analizar que el 55% de los estudiantes respondieron que han pensado en matarse, que es lo que les detiene es lo que nos debemos preguntar, tomar esto como herramienta para utilizar en las sesiones terapéuticas.

CUADRO # 12

Pregunta 10 -Opciones-				
a) No lloro más de lo habitual.				
b) Lloro más que antes.				
c) Ahora lloro todo el tiempo. Antes era capaz de llorar, pero ahora no				
d) puedo llorar nunca aunque quisiera.				

Pregunta 10	a)	b)	c)	d)
Respuestas	3	2	4	2

GRÁFICO # 12

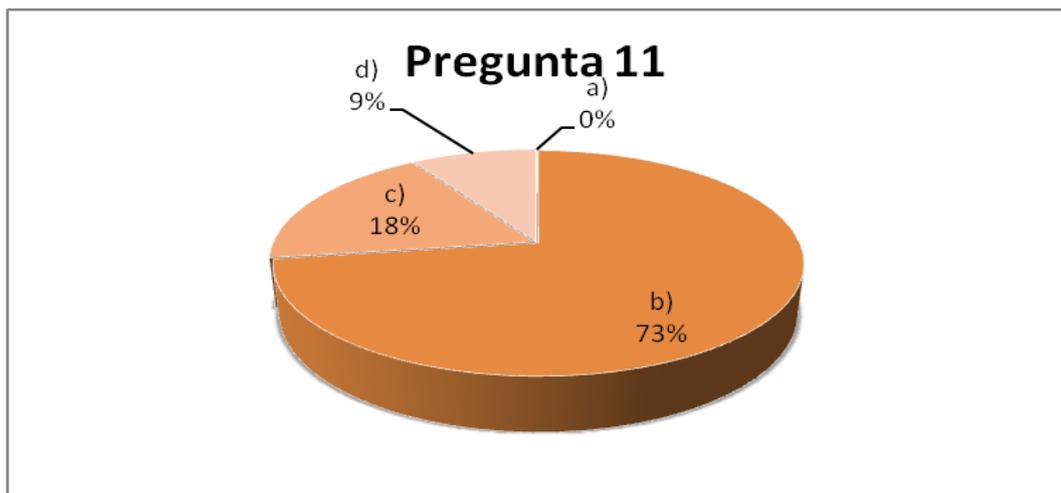


El llanto fácil, una característica de las personas con sentimientos depresivos se hace visible aquí en esta gráfica con el 37% de los participantes respondieron que lloran todo el tiempo.

CUADRO # 13

Pregunta 11 -Opciones-				
Pregunta 11	a)	b)	c)	d)
a) No me irrito más ahora que antes. b) Me enojo o irrito más fácilmente ahora que antes. c) Me siento irritado todo el tiempo. d) No me irrito para nada con las cosas que solían irritarme.	0	8	2	1

GRÁFICO # 13



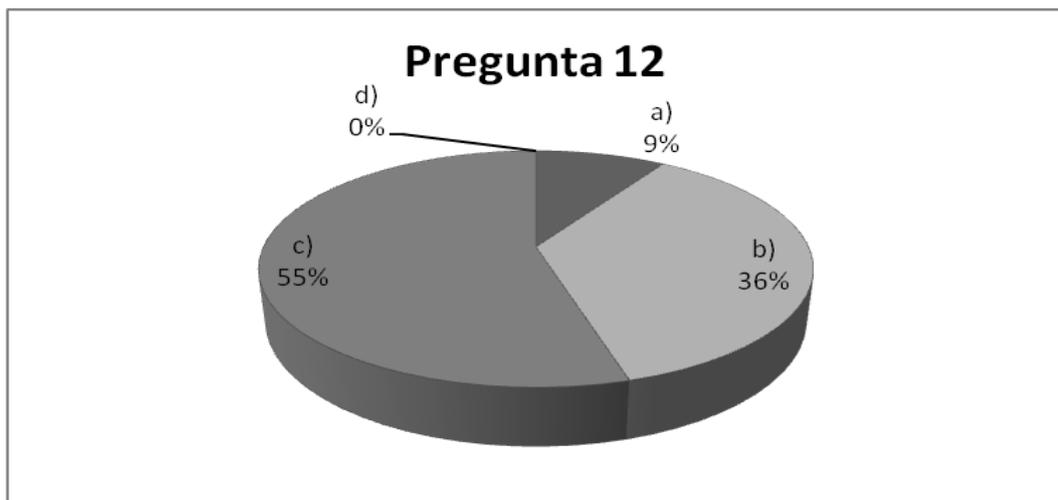
La irritabilidad, otra característica de las personas con trastornos depresivos se ejemplifica claramente este gráfico, el 73% de los participantes muestran claros signos de irritabilidad, lo que una vez más demuestra que los estudiantes cumplen con muchos de los criterios del DSM IV para el diagnóstico de este trastorno.

CUADRO # 14

Pregunta 12 -Opciones-	
a)	No he perdido interés en otras personas. Estoy menos interesado en otras personas de lo que solía estar.
b)	He perdido la mayor parte de mi interés en los demás.
c)	demás.
d)	He perdido todo interés en los demás.

Pregunta 12	a)	b)	c)	d)
Respuestas	1	4	6	0

GRÁFICO # 14



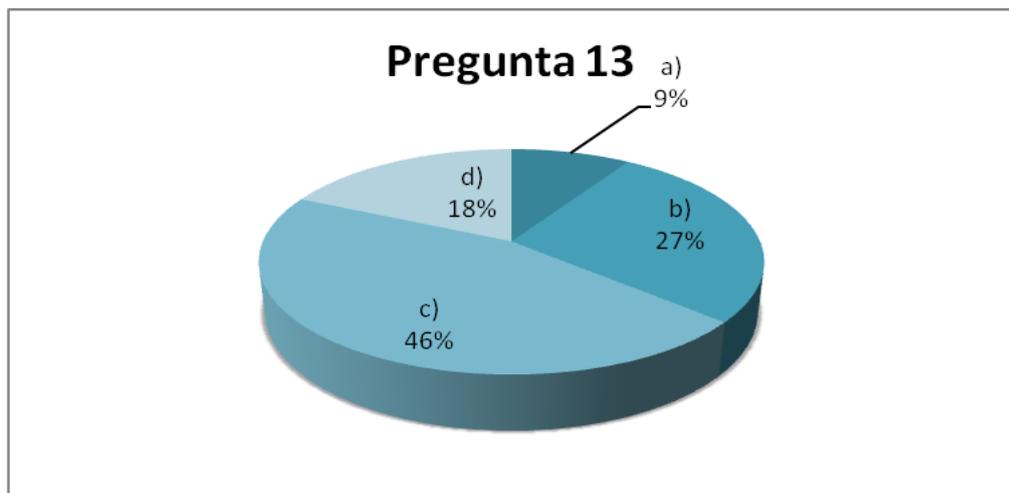
Falta de interés nuevamente se ve reflejada en el presente gráfico con un 55% de los participantes que mencionan hay perdido la mayor parte de interés en sus actividades, seguidas de un 36% que indican que están menos interesados en las relaciones interpersonales que antes.

CUADRO # 15

Pregunta 13 -Opciones-	
a)	Tomo decisiones como siempre.
b)	Dejo de tomar decisiones más frecuentemente que antes.
c)	Tengo mayor dificultad que antes en tomar decisiones.
d)	Ya no puedo tomar ninguna decisión.

Pregunta 13	a)	b)	c)	d)
Respuestas	1	3	5	2

GRÁFICO # 15



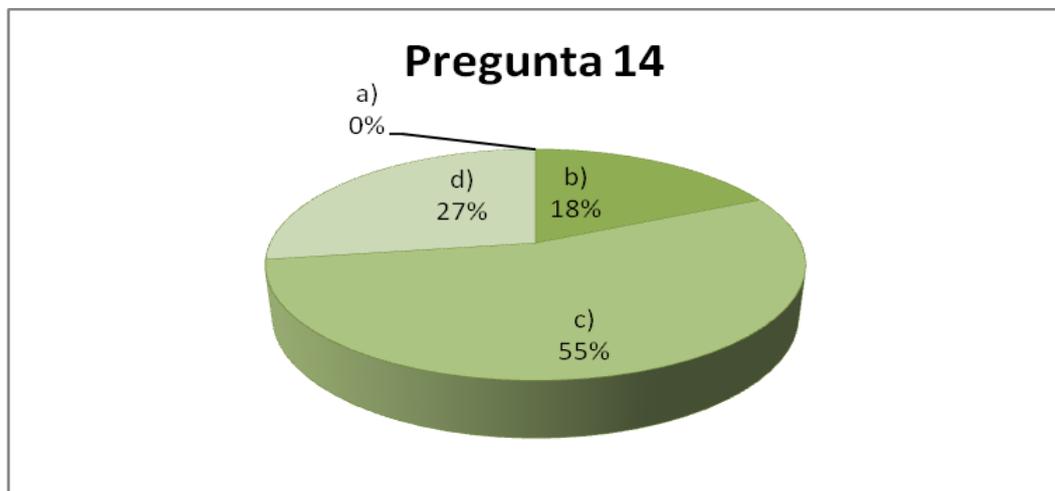
Pensamientos confusos, poco claros, no puede concentrarse para tomar decisiones que anteriormente no le procuraban ningún sacrificio se refleja en el 46% de los participantes.

CUADRO # 16

Pregunta 14 -Opciones-				
a) No creo que me vea peor que antes.				
Me preocupa que esté pareciendo avejentado				
b) (a) o inatractivo (a).				
Siento que hay cambios permanentes en mi				
apariciencia que me hacen parecer inatractivo				
c) (a).				
d) Creo que me veo horrible.				

Pregunta 14	a)	b)	c)	d)
Respuestas	0	2	6	3

GRÁFICO # 16



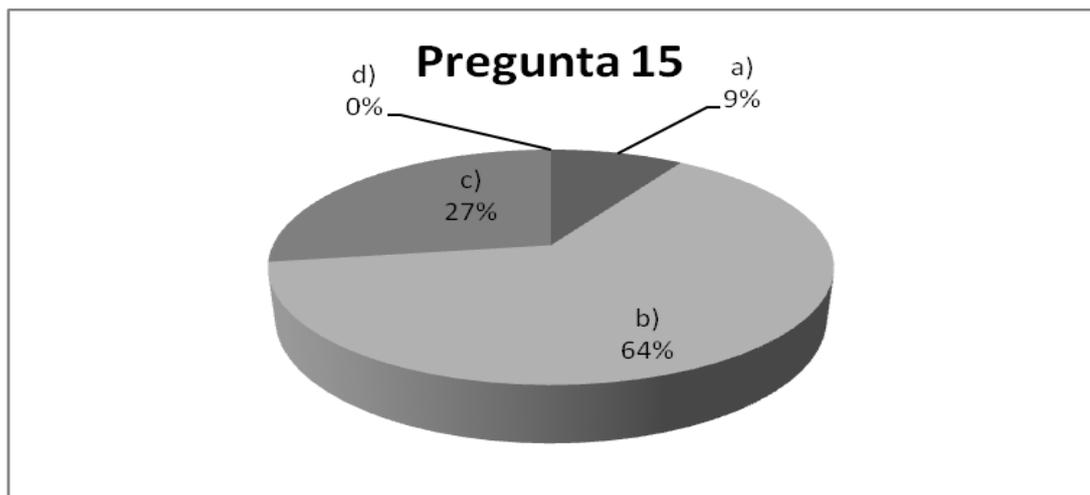
Un 55% de los participantes se sienten inconformes con la forma de verse a sí mismos, lo cual lleva a sentimientos de inferioridad, fealdad, baja autoestima, que se representan en un 27% en este gráfico.

CUADRO # 17

Pregunta 15 -Opciones-	
a)	Puedo trabajar tan bien como antes.
b)	Me cuesta un mayor esfuerzo empezar a hacer algo. Tengo que hacer un gran esfuerzo para hacer
c)	cualquier cosa.
d)	No puedo hacer ningún tipo de trabajo.

Pregunta 15	a)	b)	c)	d)
Respuestas	1	7	3	0

GRÁFICO # 17

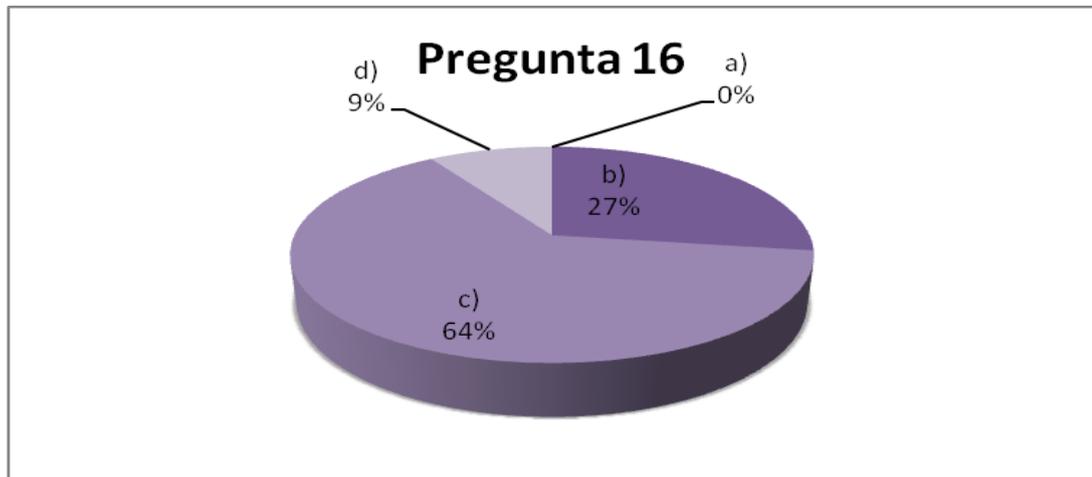


Esta pregunta refleja que el 64% de los participantes tienen falta de energía para realizar las actividades con las cuales antes no tenía problema, esta se puede confundir con la pereza, la vagancia, y en vez de tomarlo como un llamado de atención se lo toma como una olganaceria del paciente, por lo que debemos estar pendientes de la unios de este y mas sintomas para poder sospechar de una depresion.

CUADRO # 18

Pregunta 16 -Opciones-						
a)	Puedo dormir tan bien como antes.	Pregunta 16	a)	b)	c)	d)
b)	No duermo tan bien como antes. Me despierto 1 ó 2 horas más temprano de lo habitual y me cuesta volver a dormir.					
c)	Me despierto varias horas más temprano de lo habitual y no puedo volver a dormirme					
d)						
		Respuestas	0	3	7	1

GRÁFICO # 18



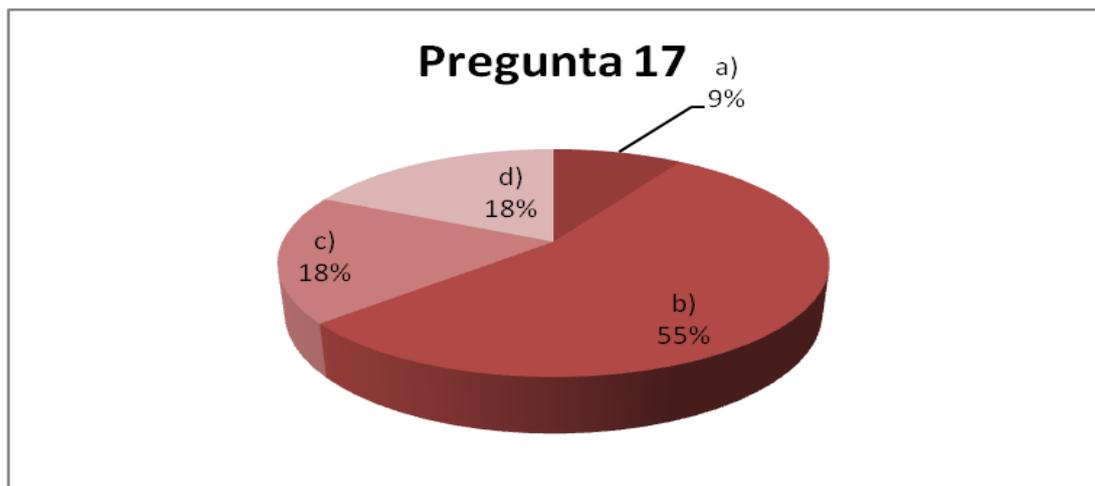
El insomnio también es fundamental al momento de sospechar sobre un diagnóstico de depresión, como podemos ver en este gráfico, más del 64% de los pacientes tenían problemas con el sueño.

CUADRO # 19

Pregunta 17 -Opciones-	
a)	No me canso más de lo habitual.
b)	Me canso más fácilmente de lo que solía cansarme.
c)	Me canso al hacer cualquier cosa.
d)	Estoy demasiado cansado para hacer cualquier cosa.

Pregunta 17	a)	b)	c)	d)
Respuestas	1	6	2	2

GRÁFICO # 19



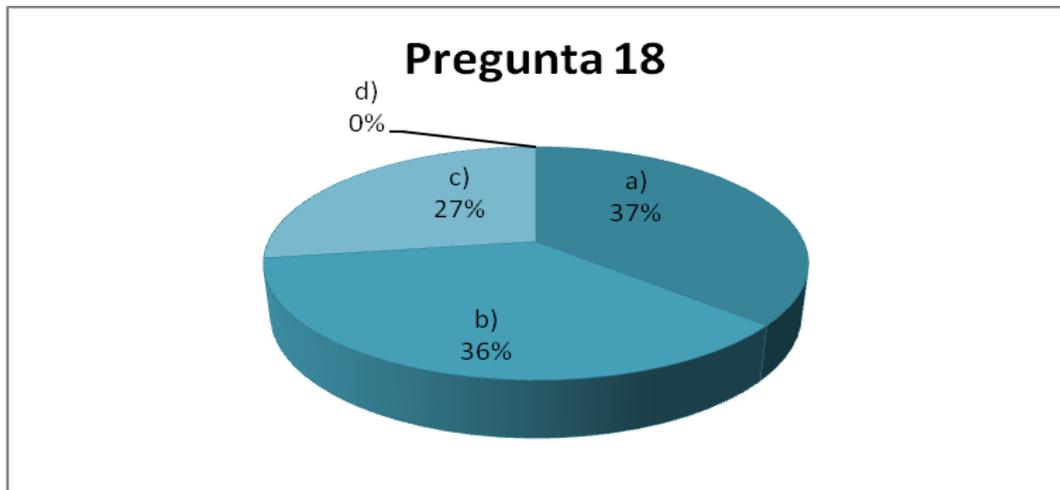
Agotamiento, una vez más presente con un 55% en los pacientes, seguido de un 18% en fatiga excesiva que no le deja realizar adecuadamente las actividades propuestas.

CUADRO # 20

Pregunta 18 -Opciones-				
a) Mi apetito no ha variado.				
b) Mi apetito no es tan bueno como antes.				
c) Mi apetito es mucho peor que antes.				
d) Ya no tengo nada de apetito.				

Pregunta 18	a)	b)	c)	d)
Respuestas	4	4	3	0

GRÁFICO # 20



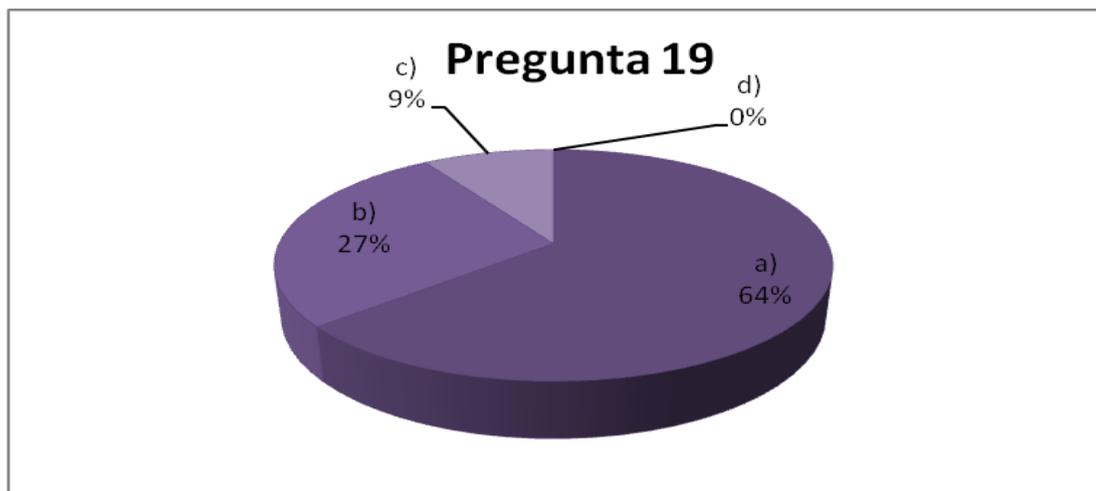
Como podemos observar el problema con la alimentación no se nota de una manera tan diferenciada como en algunos de los gráficos anteriores, sin embargo está presente en algunos pacientes.

CUADRO # 21

Pregunta 19 -Opciones-	
a)	Últimamente no he perdido mucho peso, si es que perdí algo.
b)	He perdido más de 2 kilos.
c)	He perdido más de 4 kilos.
d)	He perdido más de 6 kilos.

Pregunta 19	a)	b)	c)	d)
Respuestas	7	3	1	0

GRÁFICO # 21



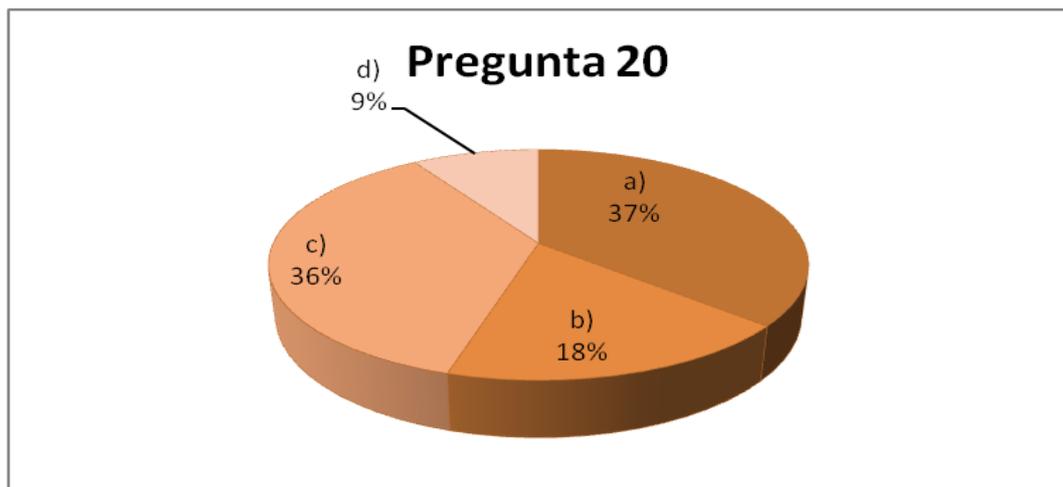
Se observa que los estudiantes no experimentaron cambios de peso en los últimos dos meses, con un resultado del 64% de ellos.

CUADRO # 22

Pregunta 20 -Opciones-				
a)	No estoy más preocupado por mi salud de lo habitual.			
b)	Estoy preocupado por problemas físicos tales como malestares y dolores de estomago o constipación.			
c)	Estoy muy preocupado por problemas físicos y es difícil pensar en otra cosa.			
d)	Estoy tan preocupado por mis problemas físicos que no puedo pensar en nada más.			

Pregunta 20	a)	b)	c)	d)
Respuestas	4	2	4	1

GRÁFICO # 22



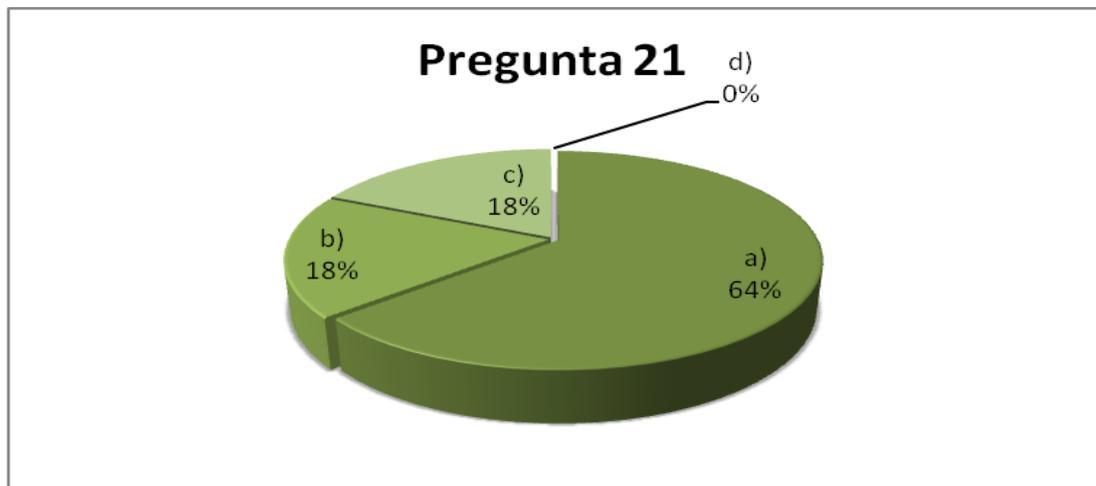
Se puede apreciar que existe una ligera preocupación por su salud, con un 37%, un número similar de alumnos que refleja en 37% menciona que las preocupaciones les impiden pensar en otra cosa.

CUADRO # 23

Pregunta 21 -Opciones-	
a)	No he notado cambio reciente de mi interés por el sexo.
b)	Estoy interesado por el sexo de lo solía estar.
c)	Estoy mucho menos interesado por el sexo ahora.
d)	He perdido por completo mi interés por el sexo.

Pregunta 21	a)	b)	c)	d)
Respuestas	7	2	2	0

GRÁFICO # 23



En esta pregunta se indaga si los pacientes han tenido falta o disminución en el deseo sexual, el 64% de estos respondieron negativamente.

Nota: Esta pregunta fue necesaria que respondan los pacientes, si bien tienen 12 años, es importante indagar sobre si han tenido o mantienen en la actualidad relaciones sexuales activas.

6.3 RESULTADOS INICIALES Y FINALES DEL TEST DE BECK

A continuación se detallan los resultados obtenidos por los participantes de la terapia grupal antes de iniciar la misma, comparándolos con los resultados obtenidos en el test luego de realizar la intervención grupal, un poco más de un mes después de la primera aplicación; es interesante tener en cuenta que los participantes mantuvieron los niveles de depresión bajos, durante el tiempo que se pudo monitorear los resultados, con ayuda del DOBE del colegio.

Aquí se detallan nuevamente los puntajes del test de Beck, para tener en cuenta los resultados de las calificaciones obtenidas por los participantes, al inicio como al final del trabajo de grupo.

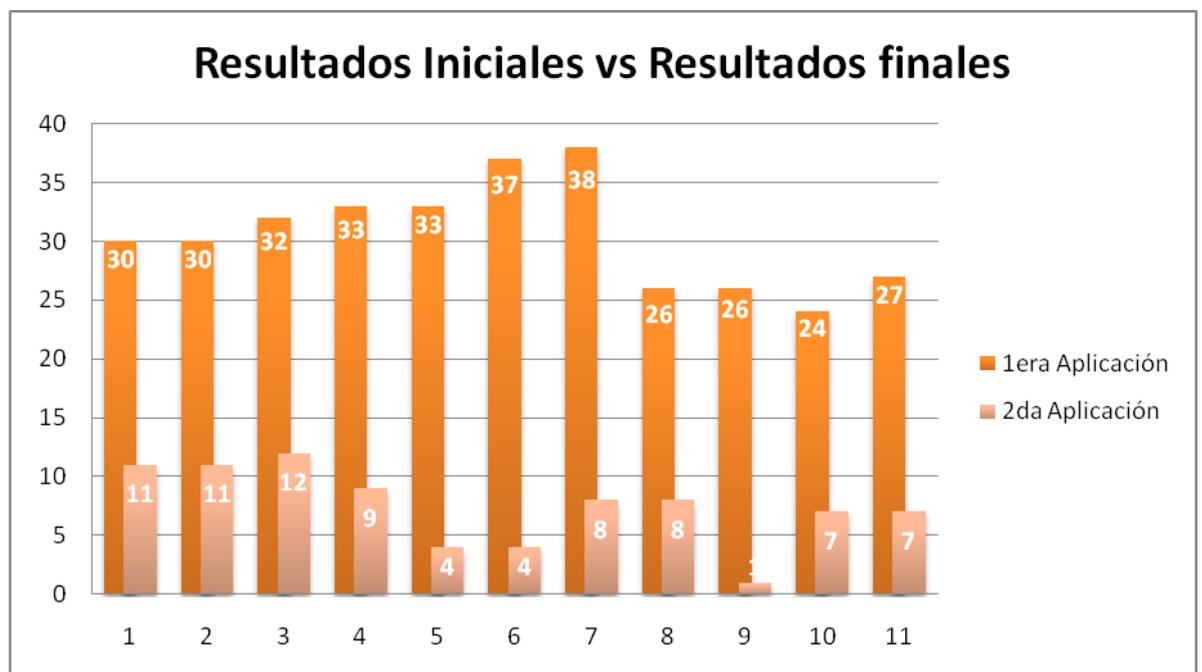
El puntaje establecido para graduar el síndrome depresivo es el siguiente:

NORMAL:	0 a 9
DEPRESIÓN LEVE:	10 a 18
DEPRESIÓN MODERADA:	9 a 29
DEPRESIÓN GRAVE:	30 a 40
DEPRESIÓN EXTREMA:	41 a 63

CUADRO # 24

Resultados		
Alumnos	1era Aplicación	2da Aplicación
1	30	11
2	30	11
3	32	12
4	33	9
5	33	4
6	37	4
7	38	8
8	26	8
9	26	1
10	24	7
11	27	7

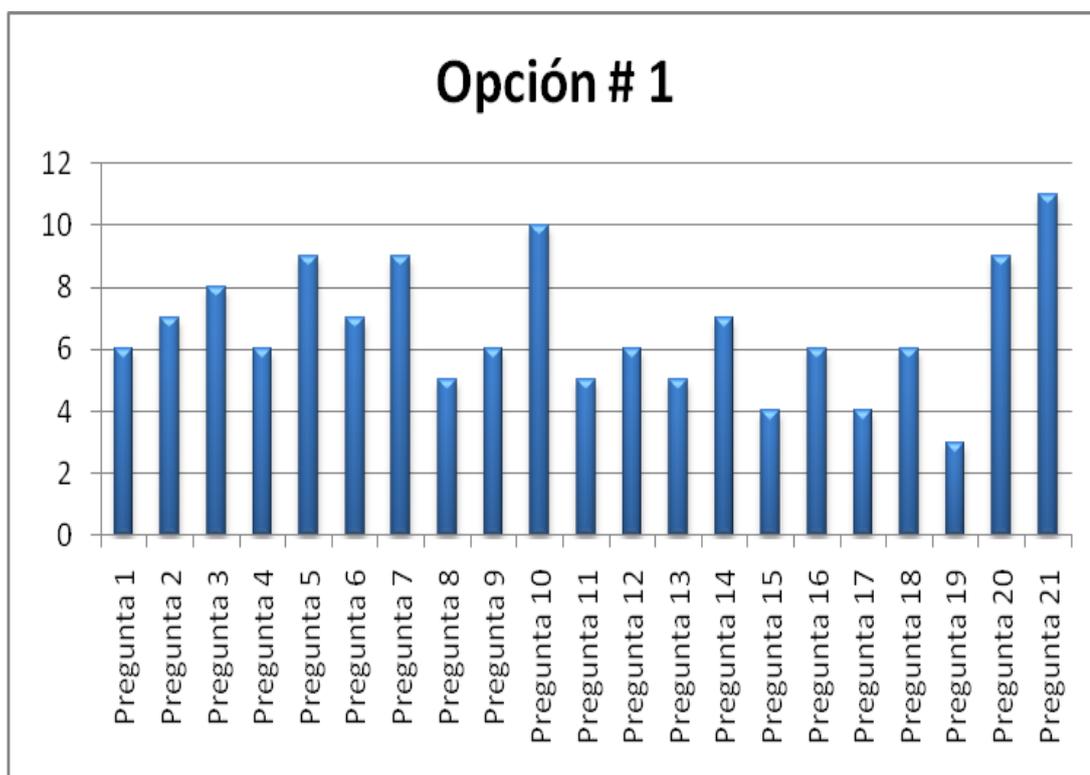
GRÁFICO # 24



Se puede observar una diferencia muy grande en los resultados del test de Beck luego de la aplicación de la terapia grupal, lo cual refleja un resultado positivo en los participantes.

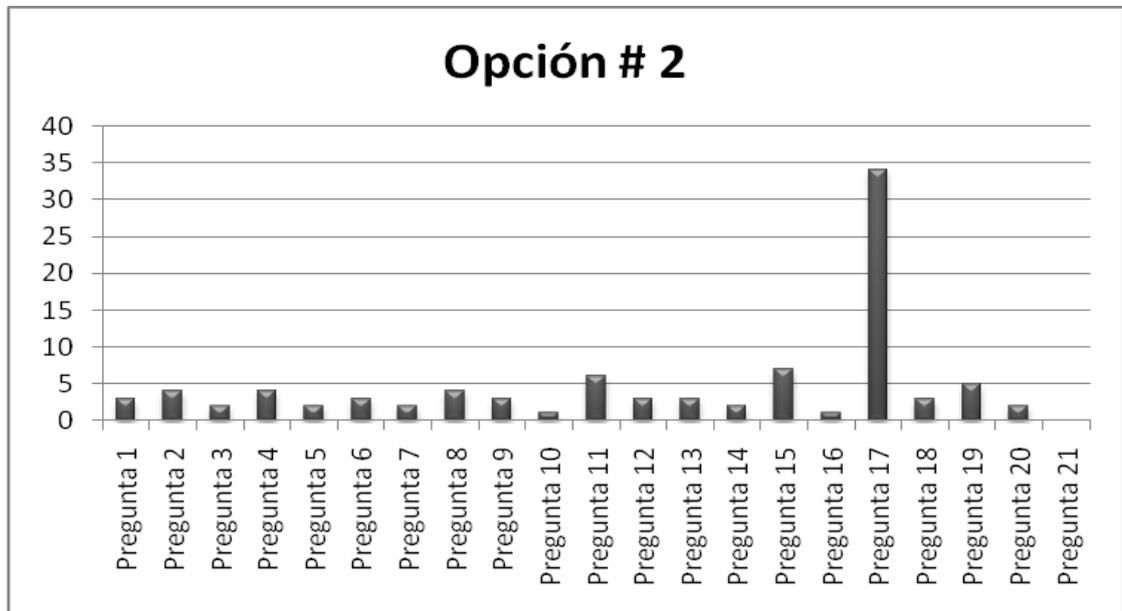
6.3.1 RESPUESTAS DEL TEST DE BECK LUEGO DE LA TGCC

GRÁFICO # 25



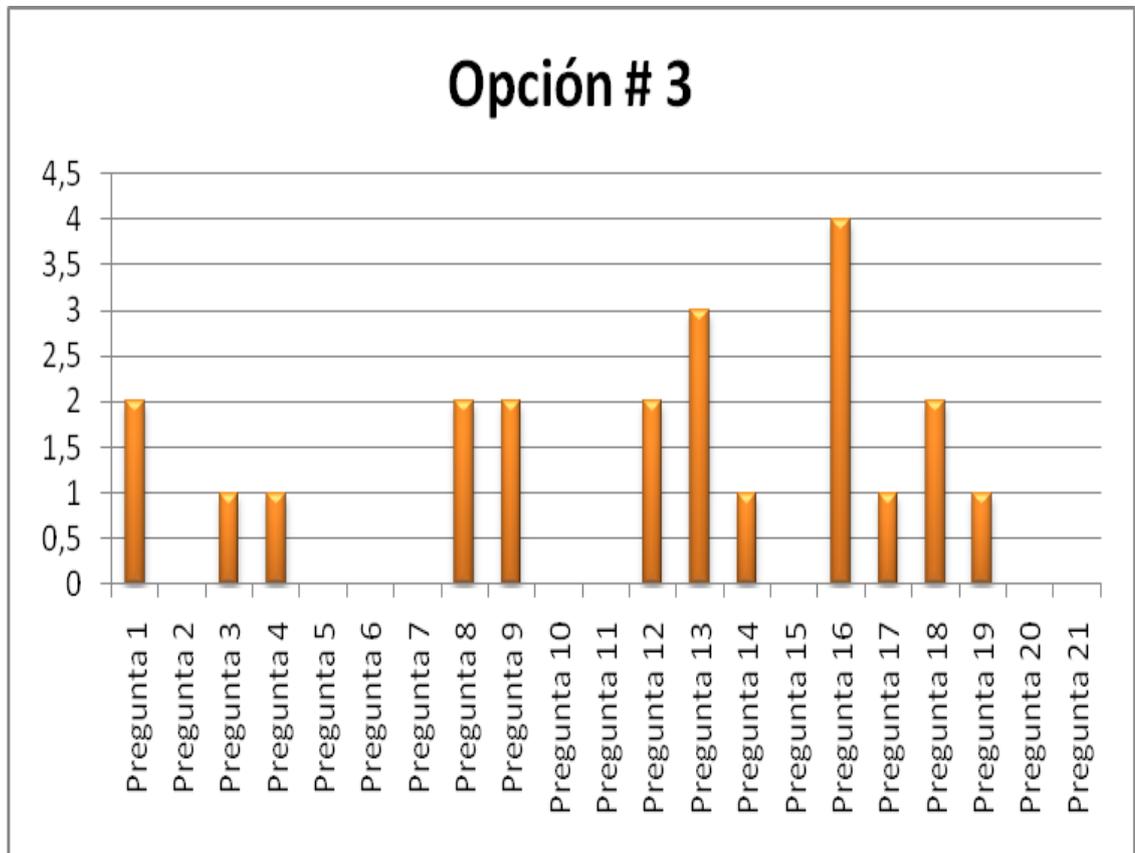
Este grafico representa las respuestas de los pacientes dadas en el test de Beck luego de la terapia grupal en la respuesta a).

GRÁFICO # 26



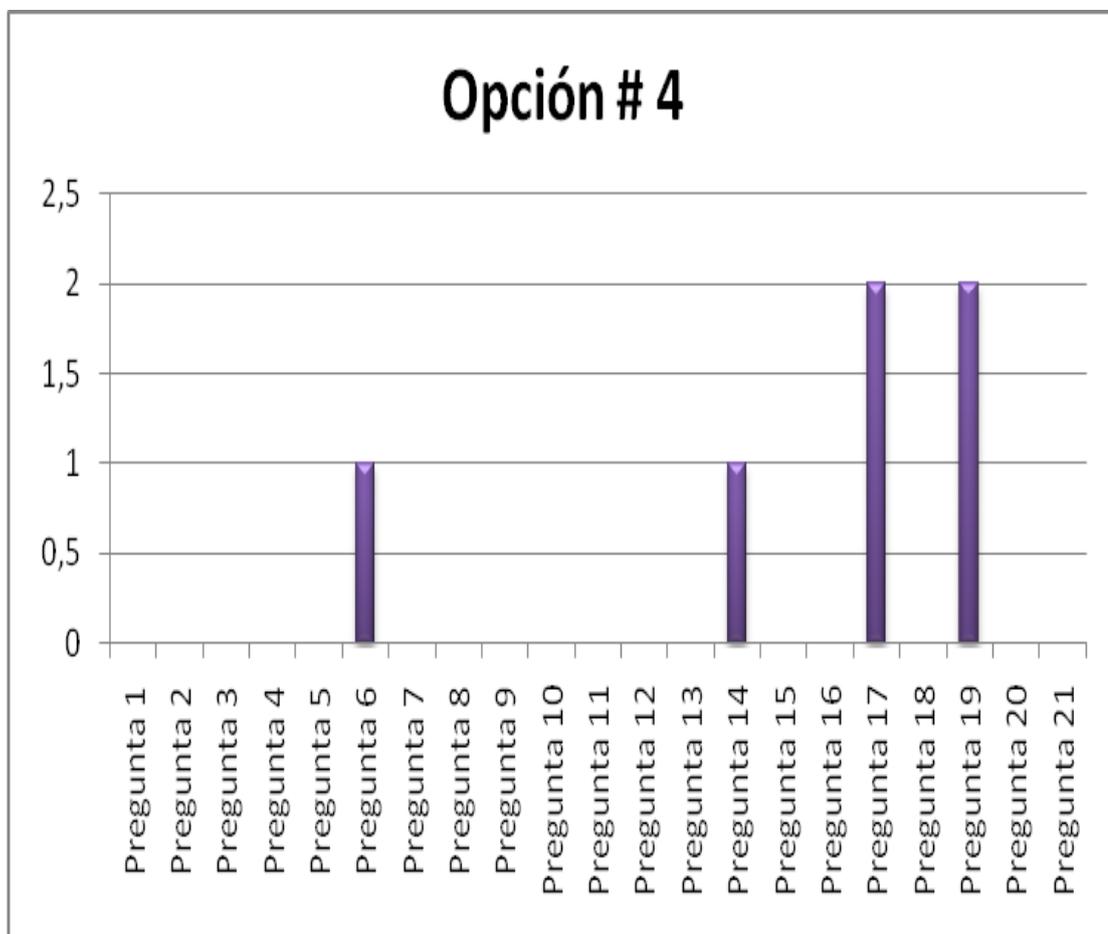
Este grafico representa las respuestas de los pacientes dadas en el test de Beck luego de la terapia grupal en la respuesta b).

GRÁFICO # 27



Este grafico representa las respuestas de los pacientes dadas en el test de Beck luego de la terapia grupal en la respuesta c).

GRÁFICO # 28



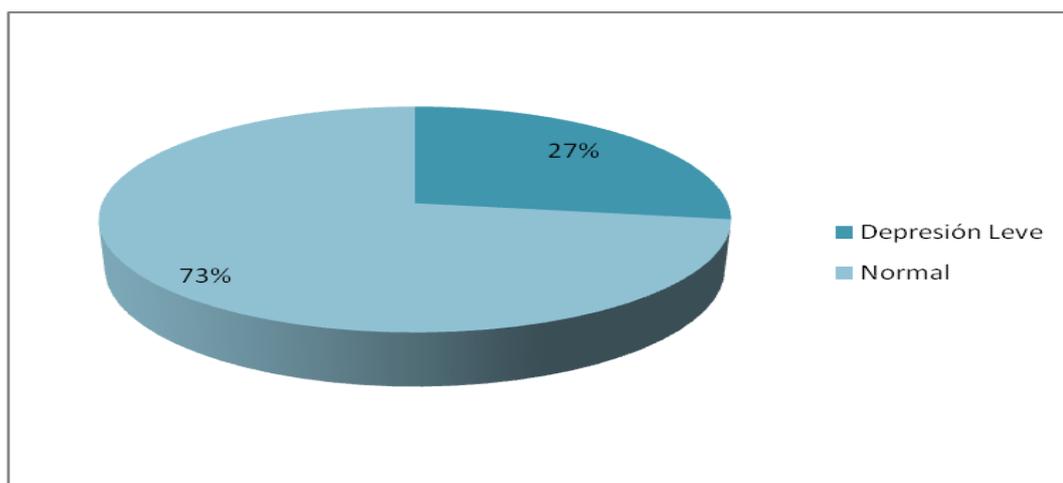
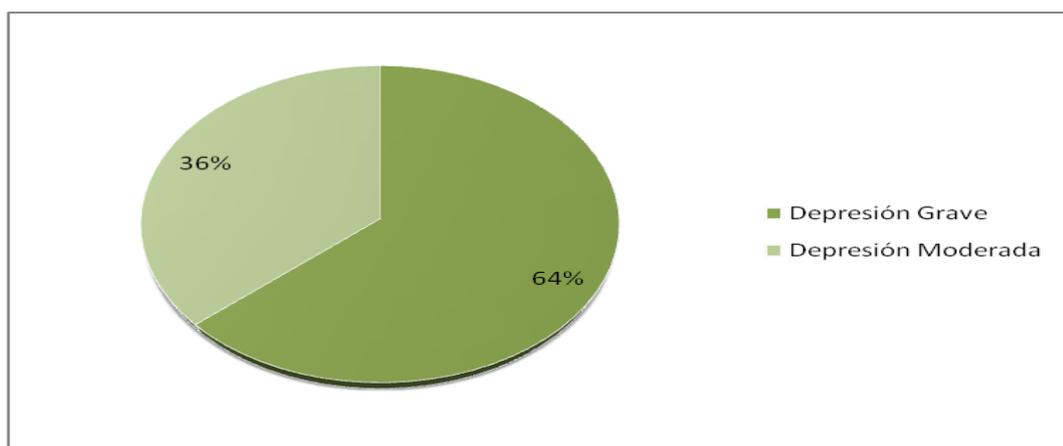
Este grafico representa las respuestas de los pacientes dadas en el test de Beck luego de la terapia grupal en la respuesta d).

6.3.2 RESULTADOS FINALES GLOBALES DEL TEST DE BECK

CUADRO # 25

Depresión Grave	7
Depresión Moderada	4
Depresión Leve	3
Normal	8

GRÁFICO # 29



Podemos observar en este gráfico que, de los 11 niños, (100%), que sufrían un grado de depresión grave o moderada 8 de ellos, es decir el 73%, han mejorado su estado

de ánimo de manera satisfactoria, tanto así que en el re test los resultados se encuentran en un nivel de calificación normal, el restante 27%, que son 3 estudiantes bajaron sus niveles de depresión a leve.

6.4 CONCLUSIONES ACERCA DE LA UTILIDAD DE LA INTERVENCIÓN GRUPAL

Como se pudo verificar en este estudio es que la depresión es un problema de salud mental actualmente muy grave que no tiene que ser tomado a la ligera, al percibir en la institución escolar la tristeza y sentimientos de abandono de los estudiantes.

Se ha sentido como urgente la aplicación de la terapia grupal para que pueda ayudar a los estudiantes a llevar una mejor vida fuera de la depresión y todo lo que esta puede acarrear consigo.

Observando en los gráficos anteriores el nivel de depresión en los estudiantes era muy superior a lo que se suponía cuando se inicio el estudio, un 64% de ellos tenían síntomas de depresión grave, y un 36% de depresión moderada. Luego de la aplicación del programa se notó una gran mejoría en los resultados y en las actitudes de los estudiantes, plasmando en los resultados una mejoría del 100%, donde 73% de participantes tienen puntajes normales, es decir sin depresión, y el 27% muestran depresión leve.

Adicionalmente los resultados en terapia grupal son mucho más duraderos y consistentes que los de terapia individual, por el mismo hecho que el soporte social que los alumnos van a tener en su futuro, esto será muy importante en el momento de tomar decisiones de vida.

CONCLUSIONES GENERALES

- Luego de haber diseñado y aplicado el programa de talleres de terapia grupal para adolescentes con síntomas depresivos, con las técnicas cognitivo conductuales, se puede concluir, que dentro de la depresión, la terapia grupal cognitiva conductual es muy efectiva para el adecuado tratamiento y prevención de recaídas en los casos de depresiones graves.
- El universo investigado fueron de 220 estudiantes de los 8vos de básica del Colegio Nacional “Benigno Malo”, de los cuales los estudiantes con puntajes indicadores de síntomas depresivos fueron 36, es decir el 14%. Pudiendo ser estos síntomas depresivos leves, moderados o graves.
- Al inicio de la intervención grupal, de los 36 estudiantes con síntomas depresivos, un 64% de los participantes obtuvieron, en el test de Beck, puntajes de depresión grave, seguidos por un 36% con puntajes de depresión moderada. Finalizando las sesiones de intervención grupal, un 73% de los participantes obtuvieron puntajes normales en el test de Beck, y el 27% restante obtuvo puntajes de depresión leve. Lo que demuestra una mejoría del 100% de los participantes.
- En el marco teórico a través de la consiguiente consulta bibliográfica, se efectuó un abordaje general sobre la etapa de la adolescencia, su naturaleza, sus fases de desarrollo y la problemática de esta etapa. Puesto que es necesario comprender la complejidad de este periodo de la vida para poder adentrarnos en la terapia más adecuada para este tipo de pacientes.

- Al realizar un análisis teórico, partiendo específicamente de la definición de la depresión, sus causas, manifestaciones y tratamientos, se puede llegar a una mejor comprensión del trastorno a tratar, se ha analizado un tipo de depresión que es la depresión grave, la misma que puede ser desencadenante de otros tipos de depresión u otros trastornos en el futuro del paciente.
- Entre las múltiples técnicas que ofrece la terapia cognitiva conductual, figura la detección de creencias irracionales, la cual permitió reconocer las consecuencias negativas que surgen de las distorsiones en el pensamiento, al tiempo que fomentó una distinción de las creencias racionales y, por ende, de sus características y desencadenantes adaptativos.
- El modelo cognitivo de T.R.E propuesto, se instauró como un patrón de respuesta psicológica general; el mismo que se debió a la aplicación de la técnica de la reestructuración cognitiva, la que convirtió el proceso en un mecanismo de autoayuda y autoanálisis de sus pensamientos.
- La terapia grupal cognitiva conductual fue un instrumento fundamental a ser tomado como un método de intervención en los adolescentes debido a sus fortalezas como son: los sentimientos de universalidad, pertenencia y escucha. En cuanto a las redes de apoyo en las que pueden confiar los jóvenes, los mismos que necesitan sentir seguridad de estar acompañados en el proceso de terapia.
- Se diagnosticó a los jóvenes para poder empezar el plan de terapia, mediante el instrumento de evaluación “Test de Beck para la Depresión”, el mismo que ha sido diseñado para medir el nivel de depresión en el que se encuentran las personas. Este test sirvió también para comprobar los resultados al final de la terapia.

- El proceso de terapia grupal basado en el enfoque cognitivo conductual, constituye un instrumento terapéutico de vital importancia en el tratamiento de depresión, siendo así que los participantes del proceso terapéutico mejoraron de manera importante en el transcurso de estas sesiones de terapia grupal, pudiendo concluir que la misma permite el abordaje y manejo de los adolescentes de manera efectiva.
- Los adolescentes se ven beneficiados en el incremento de su autoestima, en la liberación de cadenas tanto mentales como emocionales que permiten en ellos un mejor desenvolvimiento dentro de la sociedad así como en su ámbito estudiantil.
- Al igual que la psicoeducación permite que el paciente esté preparado mentalmente para prevenir recaídas en momentos de ansiedad y angustia, brindando patrones de afrontamiento adaptativos, que hacen posible cursar el tratamiento psicológico de manera activa.
- El plan de intervención grupal para la depresión con técnicas cognitivo conductuales puede ser de gran ayuda al momento de trabajar con un grupo de personas atravesando la depresión, ya que como se ha observado en el gráfico #24, que compara las respuestas dadas antes y después de la intervención, los participantes disminuyeron sus síntomas depresivos, plasmándose esto en el gráfico.
- Por todo lo mencionado se puede llegar a la conclusión que las técnicas cognitivo conductuales aplicadas a los adolescentes en terapia grupal, son efectivas en el tratamiento de la depresión.

RECOMENDACIONES

- La aplicación de este programa ha sido de gran ayuda para los adolescentes con trastornos depresivos, en caso de que luego de estas sesiones de terapia grupal el paciente siga con los síntomas depresivos aunque sean bastante más disminuidos que la ocasión anterior, se recomienda que el paciente asista a sesiones de terapia individual, las mismas que de ser posible deberán seguir la corriente ya aplicada (cognitivo conductual) dado que la misma demuestra tener resultados más satisfactorios frente a las otras corrientes.
- Para optimizar la recuperación es necesario hacer una sesión de seguimiento ya sea telefónico o presencial unos 30 a 60 días después de la última sesión de grupo, para así mantener el contacto con los pacientes y poder determinar si necesitarían de algún otro elemento para salir adelante o corroborar su mejoría.
- Se recomienda tomar en cuenta este trabajo por lo que pongo a disposición de la Institución para el futuro, en base a los óptimos resultados, siempre y cuando su aplicación sea realizada por un psicólogo clínico que conozca de psicoterapia y manejo de grupos.
- Agradezco la apertura de los directivos de la institución, la confianza de los maestros y del personal del DOBE del colegio, el cariño de los adolescentes y de los padres de familia de la institución dado que con su apoyo he llevado a cabo este proyecto de gran aporte para la institución.

BIBLIOGRAFÍA

- Beck, Aaron. (1995), “Cognitive Therapy: Basics and Beyond”. Editorial New York: Guilford.
- Cerdá Enrique. (1972) “Una Psicología Hoy”. Barcelona (España). Editorial Herder.
- Ellis Albert, Grieger Russell. (2003). “Manual de Terapia Racional Emotiva, Editorial Desclée. 9na edición.
- Ellis Albert. (1994). “Reason and Emotion in Psychotherapy”. Editorial Carol Publishing Group.
- Freeman A., Reinecke M.A. (1995). “Terapia Cognitiva Aplicada a la Conducta Suicida”. Bilbao (España). Editorial Desclée de Brouwer.
- García Salinas Telmo. (2003). “Nociones de Psicología”. Editorial Adunk SRL, Lima (Perú).
- Greenberg Dennis, Padesky Christine A. (1998). “El Control del Estado de Ánimo, Manual de Tratamiento de Terapia Cognitiva.” Editorial Paidós.
- Greenberger D., Leslie S., Paivio, Sandra C. (2000). ”Trabajar con las emociones en psicoterapia”, Editorial Paidós.
- Greenberger Dennis, Padesky Christine A., (1998). “Manual de tratamiento de Terapia Cognitiva, pág. 39. Editorial Paidós Ibérica, S.A.
- Papalia Diane E., Wendkos Olds Sally. (1997). “Psicología del Desarrollo Humano, volumen 2, De la Adolescencia a la Edad Adulta. Editorial MC Graw Hill.
- Papalia Diane E., Wendkos Olds Sally. (1998).”El Desarrollo Humano”. pág. 376. Editorial MC Graw Hill.
- Ricardo José Toro Greiffenstein, Luis Eduardo Yepes Roldan.”Psiquiatría”. (2004). Editorial Corporación para Investigaciones Biológicas. Colombia.

- Zaldivar Perèz Dionisio F. (1998). “Teoría y Práctica de la Psicoterapia”, 4ta Edición. Editorial Enpes. La Habana (Cuba).

REFERENCIAS ELECTRÓNICAS

- “Asociación Norteamericana de Psicoterapia de Grupo” Disponible en la Internet en <www.AGPA.com>.
- Desarrollo de la adolescencia. Documento creado por La Asociación de Psicología en Latinoamérica. Acceso realizado el 5 de febrero del 2011. Disponible en la Internet en <www.apsique.com/wiki/DesaIntro_desarrollo>
- Diego Vico Cano, Cuaderno de temas grupales e institucionales “Psicoterapia del grupo para necesitados”. Publicado en octubre del 2009. Consultado en marzo del 2011. Disponible en la Internet en: <www.area3.org.es>.
- Dr. Rosados. “Test de depresión de Beck”. Web. Publicado septiembre del 2008. Consultado junio de 2011. <www.psicomag.com>.
- Instituto de Terapia Cognitiva Conductual. Disponible en la Internet en <<http://www.catrec.org/BECK.htm>>
- Instituto de Terapia Cognitiva Conductual. Disponible en la Internet en <http://www.catrec.org/albert_ellis.htm>
- Lic. Horacio Serebrinsky, “Los 10 mandamientos de terapia grupal”. Fecha de publicación 06/04/2005. Consultado en febrero del 2011. Disponible en la Internet en: <www.escuelasistemica.com.ar/publicaciones>
- M^a del Carmen Reina, Oliva Alfredo, Águeda Parra. (2010). “Percepciones de Autoevaluación: Autoestima, Autoeficacia y Satisfacción Vital en la Adolescencia”, Universidad de Sevilla (España).
- Manual de Terapias de Grupo “Red Sanar” Disponible en la Internet en <<http://www.redsanar.org/dr/fobia/Terapias/manual6.htm>>.

- Muñoz Ricardo F., Aguilar-Gaxiola Sergio, Guzmán John. (2000). “Manual de Terapia de Grupo para el Tratamiento Cognitivo Conductual de la Depresión”. Hospital General de San Francisco. Clínica de la Depresión. Texto electrónico disponible en: <
http://ipsi.uprrp.edu/pdf/manuales_tara/individual_participante_esp.pdf>
- Oliva Alfredo et al. (2010). “Más allá del déficit: construyendo un modelo de desarrollo positivo adolescente” 1Universidad de Sevilla; 2Universidad de Huelva. (España). Texto electrónico disponible en: <
<http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3202573>>