



UNIVERSIDAD DEL AZUAY

**Facultad de filosofía, letras y ciencias de la educación
Escuela de: psicología clínica**

Tema:

**Depresión en los Adolescentes: Diagnóstico y Elaboración de una
Propuesta desde el Modelo Integrativo. (Estudio a realizarse con los
Alumnos del Noveno de Educación Básica de los Colegios del Cantón
Biblián)**

**Trabajo de graduación previo a la obtención del Título de Licenciada
Psicóloga Clínica**

Directora: Mgt. Martha Cobos

Autora: Esther Vijay

Cuenca, Ecuador

2012

Dedicatoria:

A Karen, por ser el impulso de mi vida.

A los adolescentes de mi Cantón.

AGRADECIMIENTO.

Agradezco a Dios por la salud que me regala y la oportunidad de culminar una etapa más en el recorrido de mi vida durante mi estadía en este mundo, a mi madre, Zaida, por su incansable y desinteresado apoyo.

En la ejecución de este trabajo a la Magister Martha Cobos por su acompañamiento, paciencia y dedicación prestada; a los profesores, Magister Alexandra Córdova, Magister Mario Moyano que estuvieron para guiarme en los cambios necesarios para el éxito de esta tesis

A la Universidad del Azuay, a sus autoridades y a cada uno mis profesores por haber compartido e impartido sus conocimientos, saberes y fomentar la honradez y la ética necesaria para la buena práctica profesional.

A las autoridades de los colegios: “Dr. Camilo Gallegos Domínguez”, “José Benigno Iglesias”, “Nelson Izquierdo” de la Parroquia Nazón y a todos los adolescentes que hicieron posible esta investigación.

A todas las personas que sin mencionarles estuvieron presentes en esta investigación.

GRACIAS.

ÍNDICE

<u>DEDICATORIA</u>	II
<u>AGRADECIMIENTOS</u>	III
<u>RESUMEN</u>	VII
<u>ABSTRACT</u>	VIII
<u>INTRODUCCION</u>	1
CAPÍTULO 1	3
LA ADOLESCENCIA	3
1.1 CONCEPTOS Y CONSTRUCTOS DE LA ETAPA.....	4
1.1.1. Jean Piaget.....	8
1.1.2. Erick Erikson.....	12
1.1.3. Guión personal y esquemas relacionales.....	16
1.2 PRINCIPALES CARACTERISTICAS DE ESTA ETAPA.....	25
1.3 PRINCIPALES PROBLEMAS Y DIFICULTADES.....	29
1.4 CONCLUSIONES	38
CAPITULO 2	39
LA DEPRESION	39
2.1 Historia de la depresion	39
2.2 Concepto y etiologia de la depresion.....	43
2.2.1 Clasificacion de la depresion... ..	48
2.2.2. Depresion en adolescentes desde el modelo integrativo.....	61
2.2.3 El guión personal y los esquemas relacionales.....	70
2.3 Otros aportes teoricos de la depresion.....	75
2.3.1 Modelo Psicoanalítico.....	75

2.3.2 Modelo Cognitivo- Conductual.....	77
2.3.3 Modelo Sistémico.....	80
2.3.4 Modelo Humanista.....	83
2.4 Conclusiones.....	84

CAPÍTULO 3.....85

ANÁLISIS DE LOS DATOS Y RESULTADOS “NIVELES DE DEPRESIÓN EN LOS ADOLESCENTES DEL CANTÓN BIBLIÁN”.....85

3.1 Metodología.....	
.....	86
3.2 Análisis.....	89
Tabla 1. Edad.....	89
Tabla 2 Sexo.....	89
Tabla3. Domicilio o Procedencia.....	90
Tabla 4. Niveles de Depresión. Test Casullo.....	90
Tabla 5. Relación entre Depresión y Sexo.....	91
Tabla 6. Relación Familia Depresión.....	92
Tabla 7. Relación entre Migración y Depresión	93
Tabla 8. Relación entre Edad y Depresión	94
Tabla 9. Reacción entre Domicilio y Depresión.....	96
Tabla 10. Relación entre esquemas relacionales (Expectativas sobre la propia conducta) y Depresión.....	96
Tabla 11. Relación entre Esquemas Relacionales (Expectativas de la conducta de los otros) y Depresión	97

3.3 DISCUSIÓN.....	98
3.4 CONCLUSIÓN.....	99
 CAPÍTULO 4.....	101
TRATAMIENTO Y PROPUESTA DE TRABAJO DE LA DEPRESIÓN EN ADOLESCENTES DESDE EL MODELO INTEGRATIVO.....	101
4.1 Generalidades del tratamiento.....	101
4.2 Propuesta de trabajo en Psicoterapia de grupo desde el modelo Integrativo.....	118
4.3 CONCLUSIONES.....	133
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	135
BIBLIOGRAFÍA.....	137
ANEXOS.....	146
Anexo 1. Test utilizados.....	141

RESUMEN

Esta investigación analiza la problemática de la depresión en adolescentes desde el Modelo Integrativo. Identifica los niveles de depresión de los adolescentes del Noveno año de Educación Básica del Cantón Biblián, encontrando en un nivel bajo o nulo 40,2%, en un nivel medio 48,7% y en un nivel alto 11% de depresión en adolescentes, porcentajes que demuestran la importancia de este estudio.

Para el trabajo de la depresión en el Cantón Biblián propongo una metodología desde el Modelo Integrativo basado en la Personalidad. Este trabajo ha sido organizado desde una perspectiva grupal.

PALABRAS CLAVES: Adolescencia, depresión y Modelo Integrativo

ABSTRACT

This research analyzes the problems of depression in teenagers from the Integrative Model point of view. The levels of depression in adolescents of the ninth grade in the Canton of Biblián were identified. The results showed that 40.2% showed low levels or no depression, 48.7% showed medium levels of depression and 11% showed high levels of depression. These percentages demonstrate the importance of this study.

For the research on depression in the Canton of Biblián I propose working with the Integrative Model based on Personality. The work was performed from a group perspective.

KEY WORDS: Adolescence, depression, Integrative Model




Translated by,
Diana Lee Rodas

Introducción

Desde una visión constructivista del self, en estos últimos años, la población entera ha sufrido cambios de diversas índoles y en diversos niveles, que afecta directamente a la construcción, desarrollo y funcionalidad de la persona en sí misma, provocando la aparición de problemas como la depresión. La Organización Mundial de la Salud (OMS) ubicó a la depresión como la cuarta causa de pérdida de calidad de vida por la discapacidad que genera, y haciendo una proyección en función de su aumento, ocuparía en el año 2020, el segundo lugar. También según datos de la OMS, la depresión ocupa el segundo lugar de incidencias después de las enfermedades cardiovasculares. Es así como la depresión actualmente se ha constituido en uno de los problemas psicológicos que está presente en los niños y adolescentes. —Un 5% de personas entre los 9 y los 17 años sufren depresión mayor|| (Shaffer, Fisher, Dulkan, Davis, Piacentini, 1996; Birmaher, Ryan, Williamson, Brent, kaufman, 1996. Citado por (Coppo, Salgueiro, & Nieto, 2009).

En la Ciudad de Biblián existen datos sobre suicidios e intentos de suicidios registrados aisladamente, en el Sub Centro de Salud como en el Benemérito Cuerpo de Bomberos de la ciudad. Sumados datos de los dos centros de atención, desde Enero del 2007 hasta Junio del 2011, se han atendido 112 casos de intentos de suicidio de los cuales 55 casos son de adolescentes de entre 13 y 21 años. Llegando a consumarse 13 casos. 1 de 14 años, 4 de 15 años, 4 de 17, 2 de 18 y 19 años; la mayoría de los intentos y los intentos consumados reportan ser casos donde la migración ha golpeado sus puertas.

El modelo Integrativo, nos da la posibilidad de entender y abordar la depresión desde diferentes perspectivas, las intervenciones en los adolescentes a nivel de grupo es considerada como una de las modalidades de intervención más efectiva, por su valor agregado de generar cambios a nivel de las interrelaciones.

Este trabajo de investigación, tiene como objetivo primordial determinar los niveles de depresión de los adolescentes de los Novenos años de Educación Básica de los colegios del Cantón Biblián y la elaboración de una propuesta de trabajo desde la modalidad de psicoterapia de grupo, desde el Modelo Integrativo.

Capítulo 1

La adolescencia.

No es lo mismo mirar a un niño, mirar a un adolescente, o a un adulto mayor, cada una de estas etapas son tan diferentes, como lo es cada personas que habita en el planeta tierra, de allí, mi interés en profundizar en una etapa muy importante del desarrollo evolutivo que cada uno de nosotros atraviesa, o ha atravesado; **la adolescencia**. Varios autores e investigaciones manifiestan que la adolescencia es una etapa importante en el desarrollo evolutivo del hombre, dándole con esto una visión positiva, porque es, en esta etapa donde se manifiestan características propias que no necesariamente son negativas, ni conflictivas. En este período el adolescente va a construir su proyecto de vida, establecer metas, objetivos sobre lo que desea ser a lo largo de su vida. Algunos adolescentes pasarán y llegaran a la edad adulta desapercibidos ya que su proyecto coincide con lo que se espera de él, no así otros que experimenten dificultades en la construcción de su plan de vida o guión personal.

Otras visiones y muchas veces la misma familia, considera al adolescente como un sujeto problema, lo que provoca que la construcción de su identidad se altere experimentando sentimientos de soledad, tristeza, inutilidad. Etc., y el adolescente busque otros medios en el que se siente identificado, no siendo estos caminos los más idóneos para su crecimiento personal, y tenga que enfrentarse a situaciones donde la droga, el alcohol, malos hábitos, la delincuencia, etc., sea su referente u opción de vida. No podemos dejar de mencionar a la migración que en nuestro entorno es muy frecuente e importante; como uno de los factores predisponentes en los niños y adolescentes a ser más vulnerables e introducirse en ambientes poco saludables.

El periodo de la adolescencia no es igual en todas las culturas, así en el Informe Shere Hite sobre la familia (1995, pág. 87) manifiesta que en Valencia- España es costumbre celebrar las fallas (celebración especial en la comunidad) en honor a las púberes realizando múltiples eventos, celebrados únicamente por y para ellas, dándoles la bienvenida a una vida diferente. En otras culturas como la Cultura

Cañarí, en la ciudad antes denominada Bibilac, actualmente Biblián, hace no más de 70 años, la etapa de la adolescencia pasaba desapercibida ya que lo concebían como un continuo de la vida y los involucraban desde niños en el trabajo y obligaciones de la casa. Uno de los aspectos positivos de la migración ha permitido que la mayoría de los infantojuveniles continúen sus estudios secundarios gracias a los ingresos económicos sustentables.

Anteriormente la OMS consideraba la adolescencia hasta los 18 años, actualmente para la OMS (Organización Mundial de la Salud) se extiende de los 10 a los 20 años, y para la mayoría de las teorías psicológicas, oscila de los 10- 12 a los 22-24 años. Esta prolongación, autores como Craig (2001) menciona que se debe a que la situación es mucho más compleja en tiempo como en actividades, y deben adaptarse a las exigencias biológicas, psicológicas y sociales, que le permitirá una independencia emocional, social y económica.

La realidad socioeconómica que estamos enfrentando exige al joven tenga una preparación superior para insertarse al ámbito laboral, por lo que los jóvenes requieren más tiempo de preparación. Las exigencias laborales impiden a los padres actualmente ser educadores directos de sus niños y adolescentes, por lo que muchas veces las actividades realizadas en el tiempo libre, sin control alguno, no son productivas, y aún más en niños y adolescentes que están bajo el cuidado de abuelos, tíos y hermanos, por la migración de sus padres, provocando grandes dificultades y carencias de recursos adecuados para la construcción del guión personal, por lo que la población adolescente demanda espacios de diálogos, tutorías, recreación, actividades que ayuden a la elaboración de un guion personal lejos de los obstáculos, amenazas y quiebre del guión.

1.1 Conceptos y Constructos Teóricos De Esta Etapa.

Consideramos al periodo adolescente como un constructo ya que el mismo es un concepto que sobrepasa la observación empírica y expresa un supuesto teórico (Bunge, 1973; Cortada de Kohan, N, 2001).

La adolescencia es una etapa de transición. Es indudable que los cambios que ocurren en este momento, cuantitativamente, se dan en una proporción acelerada y, cualitativamente, asistimos al desarrollo de una nueva organización de la personalidad psicológica y social, acompañada de nuevas necesidades, motivaciones, capacidades e intereses. Por esta razón, puede resultar útil hablar de la adolescencia como un período diferenciado, dentro del ciclo vital del ser humano.

La adolescencia empieza con la pubertad, es decir, con una serie de rápidos cambios fisiológicos que desembocan en la plena maduración de los órganos sexuales y la capacidad para reproducirse y relacionarse sexualmente. Los cambios biológicos marcan el inicio de la adolescencia, pero esta no se reduce a ellos, sino que se caracteriza, además, por significativas transformaciones psicológicas y sociales. (Conger & Petersen, 2001)

La palabra adolescencia proviene del latín —adolecere||, que significa crecer. —La adolescencia es el periodo evolutivo de transición entre la infancia y la etapa adulta; que implica cambios biológicos, cognitivos y socio **emocionales**||. (Santrock, 2003, Pág. 14).

La Organización Mundial de la Salud, define a la adolescencia como el período de la vida en el cual el individuo adquiere madurez reproductiva, transita los patrones psicológicos de la niñez a la adultez y establece su independencia socioeconómica. Y está comprendida entre los 10 a los 20 años de edad; para la mayoría de las teorías psicológicas, oscila de los 10 – 12 a los 20 – 24 años, y para algunos otros autores se prolonga hasta los 29 años. (Coppo, Maristany, & Martinez, 2009, pág. 274)

Colombo (1999 - 2004). Refiere que el desarrollo del adolescente se caracteriza por los cambios que se relacionan con los procesos que conducen a la construcción de la conciencia de sí mismo a partir del desarrollo de la identidad del yo corporal, del yo psíquico y del yo social. **No podemos referirnos a —la adolescencia|| más que considerando a —cada adolescente|| en su espacio, tiempo e historia vivencial.** La adolescencia como constructo aparece a fines del siglo XIX

y principios del XX en respuesta a la lucha contra el trabajo infantil y al intento de prolongación de la permanencia dentro del sistema educativo (Triesker,F., Wahlberg, E., 2006, pág. 413).

Al inicio de la pubertad y luego en la adolescencia, los guiará las preguntas ¿Quién quiero ser mas allá de mi familia?, ¿Qué quiero?, ¿A dónde quiero ir?, ¿Hasta acá me trajeron?. Inicia un camino que más fuertemente dependerá de la propia búsqueda ¿y lo que más le preocupa es?: si los otros ven cuán capaz es, cuánto le cuesta, le gusta, le interesa, como se ve y como lo ven los otros; no solo las personas más cercanas. Si coinciden ambas maneras de verse, esto puede significar tiempo de individuación, de ruptura, de intensa diferenciación. (Vega, Maristany, & Fernández- Álvarez, 2006, pág. 569)

La Enciclopedia Autodidáctica Océano Color define a la adolescencia como: —La etapa que supone la transición entre la infancia y la edad adulta. Este periodo de la vida se identifica con cambios dramáticos en el cuerpo y en lo psicológico||.

Compas, Hinden y Gerhardt (1995) describen caminos alternativos que recorre el proceso del desarrollo, ampliando la visión de las teorías clásicas sobre la adolescencia:

Camino 1.- Adolescentes que no presentan disfuncionalidad significativa durante la infancia y atraviesan este momento vital de un modo funcional. En contraposición a los conceptos tradicionales, el desarrollo de la autonomía no necesariamente debe ser tormentoso y conflictivo. Este camino coincide con la visión y la crítica que Adelson (1979) realiza, a los estudios que se centran alrededor de patologías y se conoce muy poco del adolescente normal.

Camino 2.- Describe adolescentes que atravesaron una infancia disfuncional y continúan la adolescencia del mismo modo, no resultando está una oportunidad para desarrollar una vida funcional. Son niños que pueden padecer trastornos severos y crónicos.

Camino 3.- Incluye a aquellos niños que padecieron una infancia penosa en contextos desfavorables, y encontraron en la adolescencia y en el despliegue de la autonomía una oportunidad para desarrollar una vida más funcional. Pueden involucrarse en grupos de pertenencia que los ayude a mejorar su nivel de autoestima y desarrollar alternativas que hasta ese momento no le eran posibles.

Camino 4.- Ilustra a niños con un desarrollo funcional, enfrentados a la exigencia del desarrollo adolescente. Careciendo de recursos adecuados para afrontarlos, son vulnerables a la aparición de conductas disfuncionales, como el abuso de sustancias, y continúan en un camino de disfuncionalidad del cual es muy difícil salir.

Camino 5.- En este camino se puede considerar el camino clásico de la adolescencia descrito por muchos autores, en el que pueden atravesar conductas disfuncionales de exploración para el desarrollo de la autonomía, sin que esas conductas se constituyan en patrones estables. Camino que guarda estrecha relación con la quinta etapa de Autonomía versus confusión de roles descrita por Erik Erickson (1963)

Margaret Smead (1961) estudió la adolescencia en otras culturas y encontró que el desarrollo de la adolescencia de la sociedad occidental no es un fenómeno universal. Cuando una cultura establece una transición serena y gradual de la niñez a la edad adulta, como sucede en Samoa, se produce una fácil aceptación de la edad adulta. Las sociedades que permiten a los niños darse cuenta de la actividad sexual adulta, ver nacer a los bebés, familiarizarse con la muerte, hacer trabajos necesarios, ejercitarse en comportamientos asertivos y dominantes, conocer con precisión lo que implicará sus papeles adultos, están bastante libres de las tensiones adolescentes. En general, en todas las culturas tradicionales se encuentra algún tipo de rito iniciático que marca la salida de la niñez (Gruber, SA, Yurgelun-Todd, DA, 2006; Nirenberg, 2006; Triskier, 2006). En las sociedades occidentales contemporáneas, la pubertad se ha adelantado, en el caso de las mujeres, al menos dos años en los últimos cien años. (Gaete, V, Corner, E., 2006, Triskier, 2006). Paralelamente, se ha prolongado el período de aparición de aquellos eventos que marcarían lo que la OMS señala como independencia

socioeconómica (casamiento, elección vocacional, etc.) y que posibilitarían que el adolescente ingrese a la adultez. Esta prolongación ofrece la posibilidad de que el joven desarrolle mayores recursos para afrontar los desafíos de la vida adulta.

Peter Blos (1993) introdujo el concepto de —segunda separación-individuación||, pero tal denominación no significa para este autor copiar etapas vividas. Blos consideraba que este proceso en la adolescencia tenía características propias, bien diferentes de las infantiles sobre todo en la medida en que entrañaba la conciliación de la moralidad y la genitalidad.

Blos (1993- 1997) lo expresaba así: si el primer proceso de individuación es el que se consuma hacia el tercer año de vida con el logro de la constancia del self y del objeto, propone que se considere la adolescencia en su conjunto como segundo proceso de individuación. Ambos períodos comparten la mayor vulnerabilidad de la organización de la personalidad, así como la urgencia de que sobrevengan en la estructura psíquica cambios acordes con el impulso madurativo. Por último, aunque esto no es menos importante que lo anterior, cualquiera de ellos que se malogre da lugar a una determinada anomalía en el desarrollo (psicopatología) que corporiza los respectivos fracasos en la individuación. Lo que en la infancia significa salir del cascarón de la membrana simbiótica para convertirse en un ser individual que camina por sí solo (Mahler, 1963), en la adolescencia implica desprenderse de los lazos de dependencia familiares, aflojar los vínculos objétales infantiles para pasar a integrar la sociedad global, o simplemente, el mundo de los adultos.

1.1.1 Teoría de Jean Piaget.

—Si lo comparamos con un niño, el adolescente es un individuo que construye sistemas y teorías. Lo que sorprende en el adolescente es su interés por problemas inactuales, sin relación con las realidades vividas día a día o que anticipan con una inseguridad que desarma, situaciones futuras del mundo y a menudo quiméricas, y lo que sorprende, más que nada, es su facilidad para elaborar teorías abstractas||. (Jean Piaget, 1950, pág.95.)

Para Jean Piaget (1896- 1980) la adolescencia concuerda con la etapa de operaciones formales, la última etapa en el desarrollo del pensamiento caracterizada por la gran flexibilidad capaz de regresar al pasado y proyectarse al futuro, permitiéndole la realización de hipótesis, facilitando la incursión en los campos de la investigación y la creación de nuevos conocimientos. Este periodo le permite pensar sobre sí mismo y sobre sus propios pensamientos.

Todo paso de un estadio al otro es capaz de provocar oscilaciones temporales por lo que no es extraño que en la adolescencia exista desequilibrio provisional. En realidad las conquistas propias de la adolescencia aseguran al pensamiento y a la afectividad un equilibrio superior al que tenía durante la segunda infancia. La producción de nuevas formas de pensamiento, por ideas generales y construcciones abstractas, se efectúa de una manera bastante continua y menos brusca de lo que parece, a partir de pensamiento concreto propio de la segunda infancia. Así empieza poco a poco el auge en dirección de la reflexión libre y desligada de lo real, dando paso al pensamiento formal o hipotético-deductivo.

Martha Cobos (2008) al referirse a la teoría de Piagetiana del desarrollo del pensamiento en la adolescencia menciona:

—Dentro del pensamiento formal Piaget (1869 - 1980) distingue 2 niveles, La subetapa III A denominada pensamiento formal emergente que corresponde a la adolescencia temprana, parece ser una etapa preoperatoria en la que los adolescentes hacen descubrimientos correctos y manejan ciertas operaciones formales; sin embargo su enfoque es todavía rudimentario debido a que los adolescentes pueden demostrar operaciones formales en algunas situaciones y no en otras por esto su nombre de pensamiento operatorio formal emergente.

Cuando los adolescentes alcanzan la subetapa III B se hacen más capaces de formular generalizaciones más elegantes y de adelantar incluso más leyes. Existen varios estudios que plantean el hecho de que no todos los individuos alcanzan el desarrollo de las operaciones formales (Kuhn, 1979) frente a lo cual Piaget en 1980 respondió que todos los individuos

normales son capaces de alcanzar el nivel de operación formal, siempre y cuando el ambiente proporcione la estimulación cognitiva adecuada. Otros autores plantean que existe otra etapa luego de las operaciones formales es decir, una quinta etapa denominada como la etapa de detección de problemas (Airlin, 1975) caracterizada por el pensamiento creativo, la visualización de nuevas preguntas, el descubrimiento de métodos de resolución de problemas en el pensamiento. Considero que esta etapa no se distingue claramente de la etapa III B propuesta por Piaget.”

Las condiciones para las construcciones del pensamiento formal es el hecho de no solo aplicar unas operaciones sobre unos objetos, sino de “*reflexionar*”, esta reflexión es, por consiguiente, como un pensamiento de segundo grado, en donde se aplica hipótesis es decir la lógica de las proposiciones. —el pensamiento concreto es la representación de una acción posible y el pensamiento formal la representación de una representación de acciones posibles||. (Jean, 1869- 1980, pág. 97). Solo después del pensamiento formal hacia los once o los doce años, se hace posible la construcción de los sistemas y es lo que caracteriza a la adolescencia, este le proporciona poder, la libre actividad de la reflexión espontanea.

Todo nuevo poder de la vida mental empieza por incorporar el mundo por una asimilación egocéntrica, hasta encontrar más tarde un equilibrio en lo real. En la adolescencia está presente un egocentrismo intelectual, similar al egocentrismo del lactante, que asimila el universo a su actividad corporal.

El egocentrismo intelectual se manifiesta a través de la creencia en la reflexión todopoderosa, como si el mundo tuviera que someter a los sistemas y no los sistemas a la realidad. El equilibrio se alcanza cuando la reflexión comprende que la función que le corresponde no es la de contradecir, sino la de anticiparse e interpretar la experiencia.

Otro de los aspectos que Piaget desarrolla es la **afectividad de la personalidad en el mundo social** de los adultos en donde refiere, que paralelamente con la elaboración de las operaciones formales y el perfeccionamiento de las construcciones del pensamiento, la vida afectiva en la adolescencia se afirma por la doble conquista de la personalidad y su inserción a la sociedad adulta. Evidentemente la maduración sexual viene marcada por desequilibrios momentáneos, que confiere una coloración afectiva muy característica al periodo de la evolución psíquica.

La personalidad para Piaget se forma con la organización autónoma de las reglas, de los valores y la afirmación de la voluntad como regulación y jerarquización moral de las tendencias en la construcción de un programa de vida.

Los adolescentes merced a su personalidad incipiente, se colocan como un igual ante sus mayores, pero se sienten otros, entonces naturalmente quieren sobrepasarles y sorprenderles trasformando el mundo ya que sus planes de vida están lleno de sentimientos generosos, de proyectos altruistas o de favor místico y por otra parte son inquietantes por su megalomanía y su egocentrismo consciente. Los proyectos de cooperación social y valoración del yo que marcan los desequilibrios de la personalidad insipiente, se encuentra bajo una especie de mecanismo de defensa: el adolescente se atribuye con toda modestia un papel esencial en la salvación de la humanidad y organiza su plan de vida en función a esta. En suma, vemos como el adolescente por medio de sus proyectos, programas de vida, de sistemas a menudo teóricas, de planes de reformas políticas o sociales, se prepara para su inserción en el mundo de la sociedad de los adultos.

—El adolescente ama en el vacío o de un modo afectivo, pero siempre a través de una novela||. (Jean, pág.104.) Y la construcción de esta novela es quizá más interesante que su materia instintiva. En las jovencitas el programa de vida aparece más ligado a las relaciones personales y su sistema hipotético deductivo, tomando más bien la forma de una jerarquía de valores afectivos que la de un sistema teórico, pero se trata siempre de un plan de vida que supera la realidad. La afectividad es siempre la que constituye el resorte de las acciones por lo que asigna un valor a las actividades y regula su energía

En la **vida social** del adolescente encontramos dos fases, en el transcurso de la primera como lo señala Ch. Buhler (1982), en la fase negativa el adolescente muchas veces es asocial y casi asociable, puesto que siente desinterés y rechazo hacia la sociedad real, ya que el adolescente medita sobre la sociedad, quiere reformarla. La sociabilidad de adolescente se afirma desde sus primeras relaciones con los jóvenes con quien comparte. Este juntarse ya no es como la de los niños que su finalidad es el juego, ahora la finalidad es la discusión, entre dos amigos íntimos o grupo pequeño; sus discusiones se pierden muchas veces en discusiones sin fin destinados a cambiar el mundo real. Lugo pasa a formar parte de sociedades más amplias como los grupos o movimientos juveniles dentro de los cuales se despliegan ensayos de reorganización positivos y más reales, llegando en esta fase a poner en marcha sus reformas, a reconciliar su pensamiento formal con la realidad.

1.1.2 Teoría Psicosocial de Erick Erickson

Eric Erickson (1959) basa su entendimiento del desarrollo en el principio epigenético: —que todo lo que crece tiene un plan fundamental y que de este emergen las partes: cada parte tiene su tiempo de ascensión especial hasta que todas las partes hayan emergido para formar un todo funcional||. Estas partes son las fortalezas del yo que identifico Erickson y se desarrollan en ocho etapas, vista no solo desde la perspectiva individual sino también social.

Eric Erickson (1965) conceptualizó la adolescencia como una crisis de identidad en oposición a la confusión de rol, mencionando que la identidad del adolescente se desarrolla en relación con los ideales y los valores de la generación mayor

Fortaleza desarrollada en la etapa de la adolescencia del desarrollo psicosocial y su contexto social descrito por Erickson.

<i>Etapas psicosociales</i>	<i>Fortaleza</i>	<i>Gente significativa</i>	<i>Elementos relacionados con la sociedad</i>
5.- Identidad vs difusión de la identidad	Fidelidad	Compañeros y grupos externos. Modelo de liderazgo	Visión mundial ideológica.

El concepto mejor conocido por Erickson sobre la adolescencia es la crisis de identidad, en el momento de transición hacia los roles del adulto. El adolescente lucha por lograr un sentido de identidad.

Erickson definió (1968) el sentido de identidad del yo como —La aceptación del hecho de que existe una mismidad y continuidad en los métodos sintetizadores del yo, *el sentido de individuación de uno*, y ese es el estilo que coincide con la mismidad y la continuidad del *significado de uno para los otros significativos en la comunidad inmediata*||. Es decir como lo refiere en su tesis (Cobos, Martha, 2008) —La identidad puede ser descrita en términos de un concepto global del Yo. Es personal porque implica un sentido de lo mío, pero también es social porque incluye lo nuestro o una identidad del yo colectivo. Los adolescentes con identidades positivas han desarrollado la capacidad de aceptarse a sí mismo||.

La tarea principal de la identidad yoica, para Erickson, es encontrar una respuesta a ¿Quién soy yo?, ¿Cuáles son mis fortalezas? y ¿qué tipo de papel podría desempeñar mejor en el resto de mi vida, que nuestra sociedad estime como significativa? Existe situaciones que hacen más fácil estos requerimientos como poseer una corriente cultural adulta que sea válida para el adolescente, con buenos modelos de roles adultos y líneas abiertas de comunicación.

Las pandillas o subgrupos exclusivos en la adolescencia, el enamorarse como un intento para definir la identidad, en el compartir ideales, pensamientos y sentimientos, el adolescente da a conocer su propia identidad, ve su reflejo en la persona amada y es capaz de clarificar su Yo. (Erickson, 1963).

En el planteamiento de dependencia versus autonomía Erickson (1955) refiere que los adolescentes desean adquirir independencia pero no tienen la suficiente capacidad para ello. Esta ambivalencia de ser independiente y dependiente resulta un conflicto entre su deseo por ser independiente de sus progenitores y darse cuenta de la forma en que realmente dependen de ellos.

Identidad y personalidad.

La confusión de identidad ocurre cuando una identidad coherente no puede ser lograda. Ninguna identidad prevalece como el núcleo, lo que significaría que no sabrían cuál es su lugar en la sociedad y en el mundo. Erickson dice que cuando un adolescente pasa por una confusión de roles, está sufriendo una crisis de identidad. Frente a esto aparece lo que Erickson denomina moratoria psicosocial, admitido socialmente; esto constituye un periodo en el que el adolescente es libre de explorar diversos roles adultos sin tener las obligaciones que vendrán con la adultez real, esta moratoria representa un periodo de prueba importante ya que los individuos intentan determinar lo que es único y especial con respecto a su persona.

Identidad negativa es una identidad basada en los roles no deseables en la sociedad. En la que la falta de identidad es bastante problemática expresándose en una tendencia maligna como rechazo. Estos adolescentes rechazan su membresía en el mundo adulto e incluso rechazan la necesidad de una identidad. Algunos se permiten a sí mismos la —fusión|| con un grupo, especialmente aquel que le pueda dar ciertos rasgos de identidad: sectas religiosas, grupos amenazadores como (rokers, góticos, emos...); en definitiva, grupos que se separan de las corrientes de la sociedad, que pueden embarcarse en actividades destructivas como la ingesta de drogas, alcohol o incluso adentrarse seriamente en sus propias fantasías psicóticas; después de todo, ser —malo|| o ser —nadie|| es mejor que no saber quién soy. De esta manera la cultura proporciona imágenes claras de identidades negativas, haciéndolas más atractivas a aquellos que encuentran que una identidad valorada positivamente parece inalcanzable. (E.H. Erickson, 1968)

Erickson respecto a las interacciones de las generaciones las define como —mutualidad||. Y un ejemplo claro de mutualidad encontramos en problemas que tiene una madre adolescente. Aun cuando tanto la madre como el hijo pueden llevar una vida satisfactoria, la adolescente madre está todavía envuelta en tareas de búsqueda de sí misma y de cómo encajar en la sociedad (Erickson, 1955). La relación pasada o presente con el padre de su hijo puede ser inmadura tanto en uno como en el otro y si no se casan o viven juntos, ella tendrá que lidiar con los problemas de encontrar una nueva pareja. Por otro lado, el niño presenta una serie de necesidades básicas, incluyendo la más importante: tener una madre con las habilidades maduras y apoyo social.

Durante la adolescencia también se puede presentar demasiada —identidad yoica||. Y es cuando un adolescente está tan comprometido con un rol particular de la sociedad o subcultura, que no queda espacio suficiente para la tolerancia. Esta tendencia es conceptualizada por Erikson como un proceso maladaptativo o fanatismo. Un fanático cree que su forma de ser es la única que existe. Estos envuelven a otros alrededor de ellos, promocionando sus estilos de vida y creencias sin importarles el derecho de los demás a estar en desacuerdo.

Los problemas tanto de confusión de identidad como una identidad negativa no proporcionarían una oportunidad para desarrollar las fortalezas del yo de esta etapa: fidelidad, la cual definió como —la habilidad para mantener lealtades libremente a pesar de las contradicciones inevitables de los sistemas de valor||. (E.H. Erickson, 1964, pág. 125)

Unos de los aspectos de importancia en la formación de identidad en el adolescente, es adquirir una identificación sexual clara sea esta homo o heterosexual. (De Barbieri, 1992; Rubin, 1996) el ser humano por naturaleza es un ser sexual y se va dirigiendo hacia una homo o hetero-sexualidad, pero todo ello conlleva muchas angustias.

1.1.3 Guión Personal y Esquemas Relacionales

Desarrollo de estructuras de autonomía.

Desde una visión constructivista del self. El self se organiza sobre una base espiralada de construcciones que progresan desde el nacimiento hasta la muerte. La tarea propia del desarrollo en la adolescencia es la elaboración de autonomía cuya expresión será la elaboración y prosecución de un guión personal. (Coppo, Maristany, & Martinez, 2009, pág. 276)

Todo individuo es engendrado como el resultado de un deseo o no de sus padres, por lo que su vida está marcada, desde el inicio, por la existencia de un guión que lo precede y lo condiciona. Este guión parental constituye el proyecto básico de la vida que el nuevo ser deberá transitar.

—Al nacer cada persona se inscribe en la realización del guión de sus padres (y sus circunstancias). El guión parental es la construcción de la realidad que da origen a nuestra existencia, y sus límites están marcados por ese doble mandato social y biológico que no podemos eludir|| (Fernández Álvarez, 1992, pág. 180). Desde el nacimiento, debe cumplir con las exigencias permanentes de la experiencia, de acuerdo con la necesidad de responder a la secuencia inscripta en nuestro guión parental. Esto nos dirá que se espera que hagamos, de qué manera se supone que debemos ir llenando los actos de nuestra vida.

Entre los 12 años la construcción de significados tiene especial acento en la mirada de los otros, y en el aspecto evolutivo de las cogniciones. Están más preocupados que los demás (y no solo sus padres) acepten y valoren lo que piensan, lo que sienten, lo que creen, y lo que hacen.(Jean Piaget, 1980; Fernández- Álvarez, 1992).

Es así como la elaboración del guión personal comienza incipientemente desde los momentos tempranos de la vida y se verifica en la forma particular y específica de cómo cada ser humano va cumpliendo las pautas programáticas de su guión parental. Pero, por supuesto, esto adquiere real importancia en un momento

ulterior, y concretamente a partir de la pubertad, cuando se espera el desarrollo de las estructuras de autonomía. Allí se verá lanzada a la tarea de construir su propio guión. (Fernández Álvares, 1992)

Desde la infancia observamos que existen pequeños elementos de autonomía, y es, en la adolescencia que la construcción de aquella se vuelve posible y necesaria. Un guión se relaciona con un proyecto, realización, meta u objetivo central en la vida. (Coppo, Maristany, & Martinez, 2009). Consolidar una identidad está vinculado a la capacidad de estructurar un guión personal y a las oportunidades vitales y sociales del individuo, como a la posibilidad de actuar a favor a su cumplimiento.

Héctor Fernández al referirse al guión dirá: *—Todo guión consiste en un proyecto, cuya trama deberá desarrollarse en el escenario de la vida, que es el mundo que a cada uno de los seres humanos le toca vivir—*. (Fernández Álvares, 1992, pág. 184) Sobre este escenario, el guión se desplegará en forma de una trama esperada que contiene un argumento central y una serie de episodios alternativos posibles, lo que será juzgado por varios personajes, de acuerdo con ciertas características y respetando ciertas reglas o secuencias de los movimientos que se esperan de ellos. Como en todo guión, dentro de la evolución de las construcciones, en el guión personal encontramos los siguientes componentes:

- Argumento: Es la misión u objetivo principal que supuestamente el individuo debe cumplir en la vida, y está ligado a los valores que la persona asume y defiende a través de las declaraciones conscientes e inconscientes y de sus actos.
- Personajes: Persona que elabora el guión pero no necesariamente es el que cumple el papel principal, más, un conjunto de personas significativas, presentes o ausentes.
- Episodios: diferentes situaciones que la persona considera que deberá atravesar para llegar a los objetivos.

Sabemos que el ser humano evoluciona a lo largo de su vida, al mismo tiempo se elabora construcciones, es decir, se va estableciendo estructuras de significado, diremos pues, que elaborar esta construcción es una tarea ardua, especialmente la elaboración de la autonomía, por las exigencias que los cambios biológicos, psicológicos y sociales que a esta edad se imponen. De acuerdo a todo aquello el adolescente tendrá que responder a esas demandas realizando las operaciones necesarias para significar la experiencia de modo autónomo, con un sentimiento progresivo de independencia y responsabilidad por sus actos. Y es evidente que no podemos organizar ningún guión que no se base en nuestra singular manera de procesar el conjunto de la información que disponemos.

Las proyecciones de una vida, con las elecciones que conlleva, es una tarea muy demandante que puede no notarse cuando los adolescentes van desplegando su guión de manera gradual y ajustada a las expectativas que pesan sobre él y cuentan con los recursos para hacerlo. Pero la complejidad de estos procesos se hace evidente cuando surgen diferencias y no se es como los padres o el medio social correspondiente espera. Al mismo tiempo, surgen nuevas formas afectivas que permiten la posibilidad de ligarse a causas últimas, religiosas, políticas, amorosas. Por eso los adolescentes pueden ser constructores de —teorías del mundo||. (Jean Piaget, 1980; Coppo, Maristany, & Martinez, 2009).

El guión parental en el que se desarrollaba el niño empieza a cobrar otra relevancia, denunciado a veces por el adolescente en aspectos que estaban poco explícitos para los padres. Esto toma una forma muy clara frente a separaciones mal resueltas, donde las diferencias se traducen en la forma —tengo miedo que sea como tal|| refiriéndose a otro progenitor.

—No todos los guiones parentales tienen el mismo grado de imperatividad de cumplimiento, tanto en general como en particular. Existen algunos que son muy estrictos y que toleran mínimas desviaciones, mientras que otros son más flexibles en sus expectativas y normas, lo que permitirá que se produzcan mayores desvíos con menores situaciones de conflicto, que podrá suscitar distintos tipos de reacciones en las personas involucradas, pudiendo llegar en las situaciones límite a la quiebra personal|| (Fernández-Álvarez 1996, p. 181).

Elaborar un guión personal no es un proceso único, ni monolítico, ni totalmente explícito. Podemos inferir ese guión, o algunos de sus elementos a partir de observaciones indirectas, actos y declaraciones, al mismo tiempo que podemos examinar su grado de viabilidad. Hay guiones que contemplan un menú de posibilidades suficientemente amplio para que las elecciones del adolescente estén contenidas. Hay guiones que a veces tienen un nivel de estrechez, rigidez de opciones donde desvíos menores pueden ser un vendaval.

Un guión personal incide en las pautas sociales mediatizada de distinta manera por la familia, así como elementos de orden biológico.

Fernández-Álvarez (1996) al referirse a la jerarquía de las construcciones manifiesta que —El desarrollo personal está vinculado a la forma como cada individuo construye su propio guión. Esta tarea se cumple a través de dos etapas:

- a) Durante los primeros años de vida, lo **—personal** se relaciona con la forma particular de elaborar, cada individuo, el guión parental. Esto es, que el guión propio surge inicialmente como la forma específica de asumir el cumplimiento del mandato original.
- b) En un segundo tiempo, el desarrollo del guión personal, propiamente dicho.

El límite entre estos dos momento ocurre durante la adolescencia, durante el período en el que normalmente se desarrolla la construcción de la autonomía. Si este pasaje se cumple adecuadamente, la persona logrará experimentar una fuerte satisfacción personal. Si fracasa, asistiremos a intensas crisis, muchas veces con resultados muy lamentables. (pág. 188 y 189)

Los adolescentes son personas confrontadas con la necesidad de hacer una construcción autónoma de la realidad, es decir que necesitan organizar su experiencia centrándose como sujetos activos de ella, con un sentimiento progresivo de independencia y responsabilidad por los actos que llevan a cabo. Al iniciar este proceso, los adolescentes poseen estructuras de significación débiles

para lograr ese propósito y, por lo tanto, recurrirán con frecuencia a formas de organización previa para interpretar la dura realidad que les toca vivir y actuarán en consecuencia. Por ello, es tan habitual observar que utilizan alternativamente modos de comportamiento de diferentes niveles de desarrollo.

Según Fernández-Álvarez (1996) La posibilidad de conservar una identidad firme y poderosa parece depender fundamentalmente de la posibilidad de ser, en buena medida, lo que se espera de uno, y en medida equivalente, ser algo distinto, aunque no resulta fácil precisar el alcance de esa diferencia.

Tiempo y guión

A partir de un análisis de la disfuncionalidad de esa experiencia muchas veces podemos identificar obstáculos para la autonomía, tanto en episodios negativos del pasado como en la dificultad de realizar procesos anticipatorios adecuados de construcción o de despliegue del proyecto personal, ya que la formulación del guión personal no excluye la presencia de zonas oscuras, espacios muchas veces amplios que no tienen una buena definición y regiones de desconocimiento, que se espera llenar a medida que transcurra la vida futura.

Desarrollar una visión autónoma de la realidad requiere complejas operaciones, del adolescente mismo y de su familia. En esas operaciones de construcción de autonomía se puede identificar como obstáculos la anticipación de dificultades que de no mediar un proceso de psicoterapia, producen ciclos disfuncionales. En estos procesos anticipatorios, los vínculos familiares y del entorno en que participan los adolescentes pueden contribuir u obstaculizar el desarrollo de ese proyecto personal.

Lo que esperan los adolescentes de los demás y aquello que perciben que los demás esperan de ellos contribuye a conformar su imagen de futuro. Al proyectar su vida, contar con figuras que faciliten un guión viable, es un elemento muy importante, elemento en cuanto a representaciones y no a elementos objétales.

Familia y Guión Personal.

En la historia de la psicoterapia es ampliamente consensuado entre los psicoterapeutas que en toda consulta de adolescente es necesario prestar atención al momento de la historia familiar o ciclo de vida que atraviesa la familia. El adolescente se encuentra en una etapa de despegue, de separación en el momento en que los padres pueden verse especialmente presionados para responder a demandas personales, con sensaciones de disminución funcional, aumento de exigencias en lo laboral y muchas veces aumento de la demanda de la familia de origen. Esta situación familiar describe una presión dentro de los miembros de la familia que puede dar lugar a muchos conflictos por el desajuste e incomprensión entre padres e hijos, lo que dificulta otorgar al adolescente una autonomía gradual y ajustada a sus posibilidades.

La convivencia con el adolescente puede ser un periodo de crecimiento, conmoción y turbulencia que va exigir ajustes intensos. Por esta razón las figuras parentales deben ejercer alguna influencia en sus hijos, al mismo tiempo que alentarlos a su autonomía. En el transcurso de la elaboración del guión personal o proyecto de vida, el adolescente se abre a nuevos valores, nuevos intereses y elecciones (amigos, pareja, vocación, ideologías, etc.) de distinto grado de acuerdo con los valores familiares contenidos en el guión parental.

Los vínculos familiares pueden facilitar u obstaculizar la construcción de significados necesarios para el desarrollo de la autonomía, pero no es un proceso unidireccional. La familia no es la que determina que el adolescente logre significar la realidad de manera autónoma, sino que lo facilita, en tanto y en cuanto el adolescente tenga la posibilidad de hacerlo.

Las familias son facilitadoras cuando tiene una representación colectiva de las separaciones en términos de individuación y no de ruptura (Coppo, Maristany, & Martinez, 2009). Un ejemplo de ello es cuando el adolescente empieza a desarrollar más actividades fuera del ámbito familiar y deja de compartir el

tiempo que antes compartía con la familia, para dedicarse a sus amigos o pareja. Si una familia es facilitadora, es factible que los padres puedan realizar actividades atractivas para que el adolescente, además de salir con amigos encuentre en la familia un lugar de protección acorde con sus necesidades. Por el contrario una familia que interprete la separación como ruptura, es posible que exprese su malestar en términos despectivos y de reclamo.

Aquellas familias que brindan validación a las experiencias vividas favorecen al desarrollo de estos significados.

Esquemas relacionales.

Desde el nacimiento hasta la muerte los sujetos organizan la experiencia en función de la construcción de significados personales. Dicha construcción tiene un carácter interaccional. —...Todo significado se constituye intersubjetivamente, los signos que configuran los contenidos mentales son siempre de carácter social, al mismo tiempo que expresan la producción personal del sujeto individual o grupal que los genera|| (Fernández-Álvarez, 1992 pp. 144).

El interés por el estudio de las relaciones interpersonales surge en forma sistemática con el florecimiento de las escuelas interpersonales en los años 1930-40. Sectores políticos, científicos y económicos se mostraban sensibles a las consecuencias psicológicas de la depresión económica y la calidad de vida de la sociedad industrial. Las teorías interpersonales como las de Horney (1961), Leary (1957) y Sullivan (1959).

Por otro lado, Bowlby (1958) con la teoría del apego, propone que la búsqueda de apego interpersonal es el primer objetivo del ser humano en su desarrollo. Es un impulso innato del sistema de apego que tiene el propósito de mantener la proximidad del niño con su cuidador en condiciones amenazantes y proveer un sentido de seguridad en situaciones menos amenazantes en las que la exploración del niño es facilitada. —La conducta de apego del niño es activada especialmente por el dolor, la fatiga y cualquier cosa atemorizante y también por el hecho de que la madre sea o parezca inaccesible|| (Bowlby, 1989).

El terreno de la interacción se constituye como área de estudio específico. No se estudian los rasgos de personalidad por un lado, y las condiciones ambientales o situacionales por otro, sino que la interacción se estudia como campo de investigación en sí mismo. Más recientemente, los estudios de Alden, Wiggins, y Pincus (1990); Benjamin (1974, 1993); Horowitz (1988, 1993, 2004) y Kiesler (1983, 1992) son muy significativos para la comprensión de las relaciones interpersonales y su disfuncionalidad.

Desde una perspectiva cognitiva, autores como Bandura (1974, 1987), Fernández-Álvarez (1992, 2000); Guidano y Liotti (1986); Safran y Segal (1994); Stern (1991) y Wachtel (1977) han teorizado acerca del modo en que los sujetos construyen su identidad personal a través de la interacción, constituyendo la visión de sí mismos y del mundo.

Las cogniciones están organizadas en esquemas mentales que forman la trama sobre la que se apoyan las conductas y se orientan las relaciones interpersonales. La identidad se construye en interacción, los patrones de interacción se van conformando en función de los significados sobre sí mismo, los otros y el mundo. El término “*esquema relacional*” de Planap (Berscheid, 1994) describe cómo las personas pueden formar esquemas que representen interacciones en vínculos. Los esquemas pueden representar las expectativas sobre la propia conducta, la conducta de la otra persona y la forma de interacción probable que tome lugar entre los dos.

¿Cómo se originan los significados ligados a los esquemas relacionales? La base segura es una poderosa trama afectiva que garantiza al niño la exploración del mundo en condiciones saludables. El modo en que se internalizan representaciones ligadas a experiencias de apego, influyen en las expectativas de futuras interacciones. Dichos patrones funcionan como prototipos para las relaciones interpersonales, como una guía de cómo relacionarse y responder a otros significativos.

Los afectos son calificaciones que se otorgan a los gestos o actitudes cargadas emocionalmente que ocurren en los intercambios de un sujeto con los demás. La función que cumplen los afectos en su interacción es la provisión de los elementos

que ayudan a conformar el sistema de seguridad personal y control sobre la realidad (Fernández-Álvarez, 2000). El intercambio de afecto positivo genera una sensación de poder entre sus protagonistas. Cuando nos sentimos queridos creemos poder enfrentar en mejores condiciones las amenazas del mundo exterior, sentimos mayor fortaleza ante nuestros fantasmas internos, tenemos menos miedo y experimentamos las enfermedades con menor grado de peligrosidad.

El vínculo no implica solamente afecto sino también situaciones de estrés. Si una persona desarrolla patrones de apego en la adultez significa que en dicha relación siente afecto por el otro y que dicha persona es capaz de satisfacer a esa persona en momentos de distrés.

Las consecuencias frente a la separación de otros significativos tiene consecuencias directas en la salud física y psicológica. Situaciones de pérdida y separación son uno de los eventos más estresantes en adultos provocando un alto grado de vulnerabilidad para contraer enfermedades. Lo mismo ocurre en personas que se encuentran solas. Personas que no cuentan con una red de soporte y sostén pueden también padecer enfermedades.

Cada persona cuenta con patrones de apego internalizados que desarrollan una visión de sí mismo y de los demás. Dicho patrón activa una conducta interpersonal que en interacción con otro conforma un tipo de cualidad en la relación.

Existen dos grandes necesidades que se plasman en la mayoría de las relaciones significativas con otros. Distintos autores (Baumeister y Leary, 1995; Fernández-Álvarez, 2000; Horowitz, 2004, 1993; McAdam, 1989) describen este dualismo de maneras diferentes considerando dos motivaciones esenciales en las relaciones interpersonales significativas:

- a) comunión/intimidad/dependencia/pertenencia
- b) agencia/poder/autonomía

Las motivaciones ligadas con la comunión con otros se observan en la necesidad de apego. En los niños, la necesidad de apego a sus cuidadores es un modo de supervivencia. Cuando el niño no se siente seguro y siente riesgo se activa la

necesidad de cercanía y cuidado. A medida que va sintiéndose más seguro el niño va separándose del cuidador explorando el ambiente, siendo el primer paso hacia la autonomía (Bakan, 1966; Bowlby, 1989; Fernández- Álvarez, 2000; Horowitz, 2004).

Bartholomew y Horowitz (1991) propuso cuatro categorías teniendo en cuenta la teoría de Bowlby en la que se desarrollan desde la infancia dos tipos de modelos internalizados. Uno es la representación que el niño o la persona tiene de sí misma (positiva o negativa) y el otro modelo es la representación que el sujeto tiene de los demás (positivo o negativo). Si una persona, por ejemplo, piensa de sí mismo que no es capaz de recibir cuidados y amor (imagen negativa) y así mismo tiene una representación negativa de los demás, es decir, que no pueden ser figuras capaces de brindarle cariño.

Horowitz (2004) plantea que el deseo de comunión es la motivación básica de la cual se derivan otros deseos como intimidad, sociabilidad y pertenencia a grupos. Dicho deseo siempre es interpersonal.

Evaluar **esquemas relacionales** es evaluar esquemas que representen interacciones en vínculos, especialmente del ambiente familiar cercano los mismos que representan las expectativas sobre la propia conducta, sobre la conducta de otras personas y la forma de interacción posible que haya entre los dos. Los esquemas relacionales dentro de la clínica nos ayudan a observar las representaciones del tipo de relaciones interpersonales que establece, y los problemas interpersonales en los que el sujeto describe características de sí mismo en los vínculos que establece y mantiene; los mismos que pueden ejercer influencia significativa en la construcción del guion personal.

1.2 Principales Características de la Etapa.

Aspecto biológico.- Desde el punto de vista biológico, la adolescencia nos recuerda el periodo fetal y los dos primeros años de vida, por cuanto es un periodo de cambio biológico muy rápido, el adolescente está estableciendo una gran cantidad de cambios desde su aspecto físico, debido a las características

sexuales primarias y secundarias. Los cambios hormonales influyen modificando su aspecto físico y psicológico, sin embargo varios estudios demuestran que no son determinantes en la conducta del adolescente, siendo los factores ambientales los que superan los efectos hormonales en el comportamiento (Bucheman y otros, 1992, citado por Craig, 2001).

Las variaciones físicas del inicio de la adolescencia están controladas por las hormonas, estas son sustancias bioquímicas segregadas al torrente sanguíneo, son las encargadas de desencadenar el crecimiento ya que su producción aumenta a los 10 años y medio entre las mujeres y en los varones a los 12 años aproximadamente. En este inicio, se presenta un crecimiento rápido en tamaño y fuerza acompañado por cambios en las proporciones corporales (Malina y Bouchard, 1990). Este crecimiento suele caracterizarse por torpeza y falta de garbo, esta torpeza se debe a que su estirón no siempre es simétrico; por un tiempo la pierna puede ser más larga que la otra o la una mano más grande que la otra, además se caracteriza por un apetito voraz, un incremento de la grasa corporal, esta grasa se deposita en el área de los senos, es un deposito permanente en las mujeres y temporal en los varones.

Los dos sexos presentan gran variabilidad en el periodo en que aparecen los cambios hormonales asociados con el comienzo de la adolescencia, en esta maduración influye mucho las hormonas femeninas y masculinas que se encuentran en ambos sexos, pero los varones empiezan a producir una mayor cantidad de andrógenos siendo la más importante la testosterona y en las mujeres los estrógenos y progesterona. (Tanner, 1978).

La pubertad es la madurez sexual y la capacidad de procrear. En las mujeres, su inicio se caracteriza por la menarquía aunque contrario a la opinión popular la primera ovulación puede ocurrir al menos un año más tarde (Tanner, 1978). En los hombres se caracteriza por la primera emisión de semen que contienen espermatozoides viables.

En el varón la primera indicación de la pubertad es el crecimiento rápido de los testículos y del escroto. El pene pasa por un crecimiento acelerado. Mientras tanto el vello púbico empieza a aparecer, pero sin que madure por completo hasta después de terminado el desarrollo de los genitales. Se registra además un crecimiento en el tamaño del corazón y los pulmones. Su primera emisión de semen puede ocurrir tanto a los 11 años como a los 16. Por lo común las descripciones sobre la voz de los niños adolescentes comprenden su voz vacilante y cambio de tono.

En la mujer el crecimiento de los senos suele ser la primera señal de inicio de los cambios que culminarán en la pubertad. También se comienza a desarrollar el útero y la vagina, acompañados del agrandamiento de los labios vaginales y del clítoris. La menarquía que es el signo más evidente y simbólico de la transición de la niñez a la adolescencia puede ocurrir a los nueve años y medio o hasta los 16 y medio aproximadamente. Los primeros ciclos varían mucho entre las niñas; además suelen variar un mes a otro, en muchos casos los primeros ciclos son irregulares y anovulatorios, es decir, no se produce óvulos (Tanner, 1978) pero la adolescente no debe suponer que no es fértil.

En el aspecto neurofisiológico, actualmente se conoce que esta es la etapa de mielinización de áreas frontales lo que concuerda con el paso a las capacidades descritas por Piaget. Los cuerpos celulares y las dendritas no cambian mucho en este periodo pero los axones se siguen desarrollando durante este periodo evolutivo (Pfeffebaum et al., 1994; Rajapakse et al., 1996; citado por Satrock, 2003). En la adolescencia las conexiones sinápticas se establecen casi el doble de las que se utilizarán en toda la vida (Huttenlocher et al., 1997). Las conexiones que se utilizan, se refuerzan y perduran, mientras que las que no se utilizan son sustituidas por otras vías o desaparecen. En la pubertad la mayor parte del crecimiento se produce en los lóbulos temporal y parietal, sobre todo en las áreas de estos lóbulos que participan en las funciones lingüísticas y las relaciones espaciales.

En la Estructura Cognitiva.- Las dos concepciones anteriores sobre la estructura de la personalidad; la psicoanalítica y la psicosocial, subrayan los componentes afectivos y sociales. Surgen en esta etapa, con mayor impulso, las críticas y las reflexiones sobre la religión, la política o acerca de los sistemas de autoridad vividos en la familia y la escuela. Este recién estrenado poder del pensamiento hace que el adolescente caiga a veces en un nuevo egocentrismo intelectual, es decir, que confíe excesivamente en el poder de la ideas. Para el adolescente, pensar en cambiar algo es ya cambiarlo, teorizar es aplicar ya esas ideas a la sociedad. La dificultad de las transformaciones sociales la encontrará cuando se integre realmente en la sociedad adulta y cuando los avances en su desarrollo le permitan buscar una coordinación mejor entre teorías y hechos.

Elkind (1981), autor de orientación piagetiana que ha realizado relevantes estudios sobre este período, ha formulado dos aspectos de este egocentrismo adolescente: la audiencia imaginaria y la fábula personal. La audiencia imaginaria supone la obsesión del adolescente por la imagen que los demás poseen de él, la creencia de que todo el mundo le está observando. La fábula personal se refiere a la tendencia de los adolescentes a considerar sus experiencias como únicas e incomprensibles por otras personas.

En la adolescencia hay una expansión de la capacidad y del estilo de pensamiento que aumenta la consciencia del individuo, su imaginación, su juicio e intuición. Estas habilidades conducen a una rápida acumulación de conocimientos que extienden el rango de problemas que enriquecen y complican la vida. El desarrollo cognoscitivo se caracteriza por un mayor pensamiento abstracto y el uso de la meta cognición, ambos aspectos ejercen un profundo influjo en el alcance y el contenido de los pensamientos del adolescente y en su capacidad para emitir juicios morales. (Vigotsky, 1978).

A medida que las personas se acercan a la adolescencia, sus vivencias y experiencias pasan a ser en alto grado condicionadas por las intensas y nuevas situaciones que este período desencadena. En el inicio de esta etapa puede resultar interesante revisar las concepciones y actitudes.

Jean Piaget (1896 - 1980) afirma que la etapa final es la del pensamiento operacional formal, esta modalidad de procesamiento intelectual es abstracta, especulativa e independiente del ambiente. Este pensamiento exige la capacidad de formular, probar y evaluar hipótesis. Los adolescentes muestran a sí mismo una capacidad cada día mayor en planear, buscan reflexionar sobre sus pensamientos y buscan nexos entre las relaciones y transitar entre la realidad y la posibilidad. (Inhelder y Piaget, 1958).

La perspectiva de la inteligencia ha especificado tres componentes medibles del procesamiento de la información que hacen su aparición en la adolescencia (Robert Sternberg, 1984 - 1985) cada uno con función propia:

- Metacomponentes: proceso de control de orden superior con los cuales se planea y se toman decisiones.
- Componentes del desempeño: proceso con el cual se llega a la solución de un problema, consiste en la selección y la recuperación de información.
- Componentes de adquisición de conocimiento: proceso que se utiliza en el aprendizaje de nueva información (almacenamiento).

El contenido del pensamiento de los adolescentes son sus habilidades cognitivas en actividades intelectuales y éticas que se concentran en su persona, familia y el mundo, por esta razón el contenido de sus pensamientos amplía su alcance y su complejidad.

1.3 Principales Conflictos De Esta Etapa

El sentido de vida, las motivaciones, los valores, pueden constituir factores de armonización o de desorganización de las unidades psique-soma. En determinadas

circunstancias o momentos de la vida, a partir de ciertas pérdidas o dificultades en la consecución de algún objetivo de autorrealización, surgen muchas veces cuestionamientos existenciales que podrán desorganizar a un sujeto.

Problemas En La Construcción De La Autonomía.

Más allá de que Erickson (1999) menciona que la adolescencia es una etapa de conflicto entre la autonomía versus la sumisión. En el análisis de la disfuncionalidad, las consultas de adolescentes y sus familias suelen ser consultas que afectan a varios sistemas y que exigen intervenciones multinivel. (Alvarez & Opazo, 2004) Citado por (Coppo, Maristany, & Martinez, 2009).

Dentro de los problemas que se observan en la construcción de la autonomía, están los diferentes grados de disfuncionalidad que pueden presentar los adolescentes en el desarrollo del guión personal tales como: **obstáculos, amenaza y quiebre**. Cuanto mayor sea la disfuncionalidad, menor será la autonomía que el adolescente adquiera, a esto se suma el grado de rigidez del guion parental que se encuentra íntimamente unido con la disfuncionalidad. Al existir un desencuentro de distinta intensidad entre padres e hijos, es decir cuando los adolescentes realizan elecciones que no se ajustan a las expectativas de los padres, se generan obstáculos de leves a severos que impide al adolescente elaborar un proyecto autónomo.

Niveles de disfuncionalidad del adolescente.

(Coppo, Maristany, & Martinez, 2009)

Grado de disfuncionalidad en el desarrollo del guión personal.	Niveles de autonomía estimado.	Grado de rigidez del guión parental,
Obstáculo	Adecuado a los niveles de edad	+
Amenaza	Por debajo de lo esperado	++
Quiebre	Déficit en el nivel de autonomía.	+++

Cuando el adolescente trasgrede ciertos valores de la familia rígidamente establecidos y amenaza la identidad familiar puede perpetuarse experiencias de exclusión y ruptura aumentando la posibilidad de disfuncionalidad familiar e individual.

Obstáculo en la construcción del guión.- Cuando los niveles de disfuncionalidad son bajos, el nivel de distanciamiento entre familia y adolescente es leve, las dificultades que aquí se encuentran son en las adecuaciones a los acelerados cambios que experimenta el adolescente y los problemas que conlleva en la comunicación y dinámica familiar.

Amenaza en la construcción del guión.- Cada persona organiza su guión de acuerdo con un grado de elaboración personal que difiere de individuo a individuo, y que uno de los rasgos diferenciales más marcados es el grado de rigidez o flexibilidad con que cada persona fija las expectativas de lo que debe cumplir. Esto tiene mucha importancia en relación con el grado de funcionalidad que pueda alcanzar las distintas construcciones.

Niveles de disfuncionalidad mayores se presentan en situaciones donde se vive una amenaza muy concreta en la posibilidad de construir el guión. Son familias en las que se vive el desacuerdo con mayor intensidad como una posible ruptura en el vínculo. El adolescente puede mostrar niveles inadecuados de autonomía. Cuando enfrentamos niveles de disfuncionalidad moderados en la construcción del guión personal el dispositivo requiere de mayor complejidad. El grado de rigidez del guión parental pone en riesgo la propia identidad.

Quiebre del guión.- Cuando los niveles de disfuncionalidad son muy severos la ruptura del guión personal se ve amenazada y se concreta en actos autodestructivos. El intento de suicidio en un adolescente es una de las situaciones más límites del nivel de disfuncionalidad. Es importante observar los factores de mantenimiento de la disfuncionalidad.

El quiebre del guión puede evidenciarse en diversos trastornos como en los **trastornos de alimentación.**- Observamos que las personas que desarrollan un trastorno alimentario viven una forma de padecimiento específico. (Fernández Álvares, 1992) Organizan el mundo, sus ideas, sus acciones, sus vínculos, de un

modo disfuncional. Se sienten rodeadas de fantasmas (comida que las invade, bocas que no pueden parar de masticar, básculas que amenazan, etc.) que las llevan a desarrollar una serie de distorsiones cognitivas que las acompañan permanentemente. (Kirszman & Salgueiro, 2004) .

Los trastornos alimentarios se expresan como condiciones complejas que surgen de diversos factores: biológicos, psicológicos y sociales, que operan en su doble función de causa y factores de mantenimiento y mientras que otros trastornos se expresan a partir de una preocupación exagerada por la alimentación y o el aspecto físico y asumen en un continuo de gravedad y severidad un impacto sobre la salud física y emocional generando condiciones de auto-perpetuación, aumentando el riesgo físico y produciendo un intenso sufrimiento psíquico, con importantes daños sobre la autoestima, el sentido de control y competencia personal y las relaciones con otros significativos. (Kirszman & Salgueiro, 2009).

Craig (2001) manifiesta que el adolescente evalúa de manera continua su cuerpo cambiante ¿Tiene la forma y el tamaño correctos? Muchos adolescentes son muy sensibles a su aspecto físico; de ahí que sientan mucha ansiedad e inseguridad cuando su imagen, menos que perfecta, no corresponde a los hermosos ideales que ven en los medios masivos, ocasionado trastornos alimentarios como anorexia nerviosa y bulimia en casos extremos.

Cloniger (2003) al referirse a la anorexia expresa que es uno de los problemas alimenticios más comunes en la etapa de la adolescencia, predomina en el sexo femenino, implica persecución de la extrema delgadez, reducción de la ingesta, alteración en la percepción del peso o la silueta corporal, presencia de amenorrea, pudiéndose llegar incluso a la muerte por inanición.

La bulimia nerviosa es un trastorno de la alimentación en la que se sigue consistentemente un patrón alimentario de atracarse y purgarse, en el cual la comida y el peso se transforman en obsesiones. Pensamientos constantes sobre estos dos temas, se imponen en las enfermas, sin saber cómo evitarlos o controlarlos. Cualquier frustración o sensación de ansiedad no controlada puede

terminar frente a una gran cantidad de pasteles, galletas, helados. Estas comilonas van seguidas de un temor a que la comida se acumule en forma de grasa, comienzan entonces con conductas tendientes a evitar engordar como: provocarse vómitos, períodos de ayuno y uso de laxantes.

La paternidad.- desde cualquier punto de vista, no parece deseable un embarazo durante la adolescencia ya que por lo general, altera profundamente el ritmo de vida de la joven pues deben enfrentar una fuerte desaprobación de su familia. Los efectos de la paternidad en la vida del adolescente también pueden ser negativos y prolongados. Dadas las presiones de sostener a su nueva familia muchos abandonan la escuela y aceptan empleos mal remunerados y con pocas exigencias. (Card y Wise, 1978). (Citado por, Grace J. Craig, 2001).

Abuso de drogas.- Durante la adolescencia el consumo y el abuso del alcohol y de otras sustancias es una conducta generalizada de alto riesgo. En nuestra cultura el hábito de tomar alcohol está bastante aceptado al igual que el uso del cigarrillo esto permite que los adolescentes accedan a él con la idea de que son inofensivos, que les confieren una apariencia más adulta, a pesar de las advertencias, mínimas, que los propios comerciales de estos productos la realizan.

El escáner cerebral de adolescentes que abusan del alcohol indica lesiones del hipocampo, una región del cerebro que participa sobre todo en el aprendizaje y la memoria. (Ballis et al. 2000; Taper et al, 2001; citado por Santrock, 2003)

¿Existe un perfil de personalidad que proporcione información sobre el riesgo que tienen los adolescentes de tener problemas con el alcohol? Robert Cloninger (1991), afirma que hay tres rasgos que ya están presente a los 10 años de edad que se asocian al alcoholismo a los 28 años: 1) proclive al aburrimiento, necesita actividad y desafíos constantes; 2) guiado por la evitación de las consecuencias negativas de las acciones, y 3) necesitado de recompensas externas inmediatas

cuando se esfuerza. Algunos adolescentes que tienen problemas con la bebida se pueden beneficiar más de la terapia familiar, otros de los consejeros de sus iguales y otros de estrategias conductuales intensivas, dependiendo del tipo de problema que tengan y de los agentes sociales que más influyan sobre ellos (Maguin, Zucker y Fitzgerald, 1995).

El alcohol en la adolescencia es un problema en aumento (Fernando Cadaveira Mahía, 2005). El problema no radica solo en los peligros relacionados con los accidentes de tránsito, resultado de una noche de excesos y de irresponsabilidad de consumo. Hay efectos importantes que se producen en los cerebros todavía en proceso de desarrollo que son estimulados con ese tipo de sustancias. En una investigación escrita por el doctor Fernando Cadaveira, en el que analiza los efectos en los adolescentes que consumen alcohol los fines de semana, menciona:

—...la adolescencia supone un paso a la adultez en que la propia maduración biológica afecta y se ve afectada por variables de diverso orden. A nivel cerebral esta abarca la segunda década de la vida en la que se producen cambios neuromadurativos importantes, extendiéndose para algunas estructuras de evolución más reciente hasta aproximadamente los 25 años. El cerebro adolescente parece especialmente vulnerable a los efectos del alcohol siendo probablemente las regiones de maduración más tardías||.

Según el último informe de la encuesta estatal sobre el uso de drogas en estudiantes de secundaria, el alcohol es la sustancia cuyo consumo está más extendido entre los 14 y los 18 años. Aproximadamente, un 53,4% de los estudiantes de estas edades (47,3% chicas y 59,8% chicos) han tomado en los últimos 30 días 5 o más copas de bebidas alcohólicas en la misma ocasión (BD). Un 17.7% lo han hecho más de 4 veces el último mes, siendo habitual que alcancen la embriaguez.

La mayoría de las investigaciones sugieren que las mujeres son más vulnerables a los efectos del alcohol, argumentando, entre otras, razones de orden metabólico y

hormonal. En adolescentes y jóvenes, en un estudio reciente con una muestra de adolescentes de 14 a 17 años con problemas por abuso de alcohol, se informó de patrones de actividad cerebral más anómalos mediante RMNF (resonancia magnética nuclear funcional) en mujeres que estaban realizando pruebas de memoria de trabajo espacial.

El abuso de alcohol en la adolescencia también ha sido asociado a menos volumen del córtex prefrontal, sin embargo esas diferencias podrían estar moduladas por el sexo, relacionadas con factores premórbidos o condicionados genéticamente. En cuanto a otra de las posibles, el hipocampo, se trata de una estructura con enorme plasticidad que está implicada en la formación de nuevas memorias y en el mantenimiento de representaciones del entorno espacial. Como se ha señalado, algunos fenómenos asociados especialmente al hipocampo, como neurogénesis o potenciación a largo plazo, demostraron ser muy vulnerables a los efectos de un patrón BD en estudios en animales adolescentes o jóvenes; el propio hipocampo muestra daño estructural después de escasas sesiones de ingesta de alcohol. A nivel estructural los escasos estudios en humanos ratifican algunos de los hallazgos observados en animales. Así, se ha informado, mediante RMN de una reducción media significativa en el volumen del hipocampo en jóvenes que empezaban a cumplir los criterios DSM-IV de abuso o dependencia alcohólica. Otros trabajos destacan especialmente un menos volumen en el hipocampo izquierdo.

Goodman y Capitman en el 2000 manifestaron que los adolescentes que empezaron a fumar durante el estudio de un año de duración tenían cuatro veces más probabilidades de deprimirse al final de ese año; y Johnson en el 2000 comprobó que aquellas personas que habían fumado mucho durante la adolescencia tenían muchas más probabilidades de padecer trastornos de ansiedad durante la etapa adulta. Los estudiantes que habían participado en competiciones deportivas entre centros de enseñanza tenían menos probabilidades de fumar que los que no habían participado en tales competencias.

Otro tipo de drogas como la marihuana, la cocaína, las anfetaminas, la heroína y los alucinógenos son también fuente de tentación y consumo para los adolescentes, ante la escasez de dinero, algunos adolescentes recurren a inhalantes volátiles como los pegamentos y hasta la gasolina. (Craig, 2001).

El uso de la informática ¿Una nueva herramienta o una nueva adicción?

—Con el desarrollo del internet y su crecimiento exponencial han aparecido también los nuevos casos de patologías relacionados con la red. El trastorno de dependencia de la red se ha conocido con muchos nombres: desorden de adicciones a Internet – Internet Addiction Disorder (IAD) - (Goldberg, 1995), uso compulsivo de Internet (Morahan- Martin y Schumacker, 1997), o uso patológico de Internet – Pathological Internet Use (PIU)- (Young y Rodgers, 1998) citado por (Vega, Maristany, & Fernández- Álvarez, 2006)

Son verdaderamente nuevas patologías a las cuales no se sabe cómo tratar. Algunos autores se han mostrado interesados en estudiar el tema tratando de diferenciar que es normal y que puede ser patológico en el uso del internet (Bernner, 1997). La mayoría de definiciones respecto a adicción se centran sobre lo que es el abuso de sustancias. Autores como Echeburua (1999), Wityanto & Griffitht (2006), describen ya una serie de conductas potencialmente adictivas que no solo implica el consumo de drogas, estas adicciones no químicas como las llama, incluirían conductas como el juego, el sexo, el trabajo o las compras. Estas adicciones psicológicas o no químicas no se encuentra incluidas como tales en le DSM -IV (APA, 1994), en las que el termino adicción se reserva para los trastornos producidos por el uso de sustancias psicoactivas; las adicciones psicológicas son incluidas en el trastorno de control de impulsos, tal como aparece el juego patológico.

Las tecnologías de la Información y la Comunicación generan profundos cambios en nuestra sociedad y estas influencias es especialmente notable en los adolescentes. Los estudios en esta temática son un desafío para el futuro, de modo tal para poder evaluar el impacto en el desarrollo psicosocial, en el proceso de

socialización y en la adquisición de la identidad personal. Se necesita mayor precisión en la definición de criterios diagnósticos sobre el comportamiento adictivo, es probable que un parámetro a considerarse sea la cantidad de tiempo utilizado y el tipo de material buscado, como el objetivo buscado por cada niño y cada adolescente en el uso de internet.

Problemas externalizadores: Delincuencia y violencia

En nuestra vida cotidiana nos encontramos con diferentes y múltiples caras de la violencia, no es raro escuchar que los adolescentes son quienes actualmente están formando parte de la violencia en conductas como asalto a mano armada, robos en general, asesinatos, etc. Las severas formas de conducta externalizadora y los riesgos que conlleva, tanto para el niño como para el adolescente y su entorno, muestra la conveniencia de su estudio en periodos tempranos de la vida (Mullin y Kinsshaw, 2007). Poseer alta reactividad emocional como tener pobre regulación emocional pueden producir problemas externalizadores como la expresión de la violencia, en presencia de disparadores ambientales o contextuales divergentes. De igual modo, diferentes factores de riesgo, incluyendo varias dificultades en el manejo de la emoción y su regulación, puede converger y producir conductas agresivas.

Problemas internalizadores: Problemas afectivos.

Actualmente se calcula que dentro de una década la depresión será la segunda enfermedad en prevalencia en el mundo. No es una nueva psicopatología, pero si se ha ensanchado su extensión y ha bajado la edad de inicio (Keessler, 2002). Se reconoce a la depresión como uno de los principales trastornos psiquiátricos y un problema de salud mental en adolescentes, según estudios internacionales se estima que está presente en un 5% en los adolescentes en cualquier momento la presentan.

Como se ha dicho (Guiando y Liotti, 1983; Reda, 1986; Guidano, 1988; 1992; 2007; 2008; Ruberti, 2006) el tema central en la organización depresiva es la pérdida; entendido como distancia afectiva, como carencia de soporte emotivo por parte de las figuras significativas del ambiente cercano. A tal experiencia de

perdida se liga un sentido de sí connotado en términos de no amabilidad personal y una percepción de un mundo en términos de no accesibilidad y rechazo.

Los estudios demuestran que la adolescencia es una etapa más dentro de un proceso de vida del individuo, esta etapa es el resultado de una serie de factores que facilitan un desenvolvimiento adecuado o no del sujeto. Es importante recalcar que la adolescencia en sí misma no implica conflictos más bien un adolescente que los presente debe recibir ayuda y un ejemplo de ello es la depresión.

1.4 Conclusión

La mayoría de autores refieren que la adolescencia es una etapa de cambios profundos y de manera ocasional, confusión. Ocurren cambios biológicos de importancia conforme los adolescentes alcanzan su madurez sexual y física. Al mismo tiempo estos cambios fisiológicos compiten con importantes cambios sociales, emocionales y cognitivos que ocurren mientras el adolescente busca independencia y avanza hacia la etapa adulta, e influyen en el resto de su vida.

El desarrollo de la adolescencia también se ve afectada por las transformaciones dramáticas de la sociedad, de allí el guión parental de cada progenitor o figura paterna imprime real importancia en el momento que el adolescente entra en una etapa donde debe formar su propio guión personal, favorecido por las estructuras de significado hasta entonces incorporado.

En un desarrollo adecuado esta etapa transcurrirá sin mayores disfuncionalidades. Las dificultades que en esta etapa se pueden presentar, producen daños a nivel psicológico lo que desencadena problemas en la prosecución de su guión y hasta el quiebre del mismo que significaría en el caso extremo el quitarse la vida, de esto comprendemos la importancia de analizar la depresión en la adolescencia.

Capítulo 2

La depresión

La depresión es uno de los problemas psicológicos que está presente en la población infanto-juvenil y sacarlo de nuestra mirada sería un error. La Organización Mundial de la Salud ha categorizado la depresión entre los diagnósticos clínicos más incapacitantes, y se estima que en el año 2020 será la segunda causa de enfermedad en el mundo, apenas superada por las enfermedades cardiovasculares. (Greden 2001). La posibilidad de padecer depresión en algún momento de la vida es de 20%, es decir, de cada 5 personas una padecerá depresión al menos una vez en su vida. (Coppo, Salgueiro, & Nieto, 2009)

Autores como Beck, Ellis, Fernández – Alvares al referirse a la problemática depresiva manifiestan que el núcleo de la presencia de dicha entidad está en estructuras mentales de la persona, que se ha formado durante el desarrollo (guión personal) y en la interacción con el ambiente circuncidante (personas significativas- esquemas relacionales). Lo que permite estudiar y encontrar factores que sean manejables, modificables para y en su recuperación.

Los clasificadores como el DSM IV-R y el CIE10 realizan un esquema categorial. Clasificaciones actuales en la población adolescente como las realizadas por Kazdin (2004) integra no solo el sistema categorial sino una perspectiva integradora considerando la idiosincrasia propia de la etapa. Lo que permite que desde el enfoque Integrativo podamos entender su real dimensión.

2.1 Historia De La Depresión.

Los trastornos de la esfera del estado de ánimo son unos de los cuadros más descritos a lo largo de toda la historia y su alta prevalencia en las distintas poblaciones lo sitúa en una de las patologías más frecuentes en la actualidad.

Inicialmente a la depresión se la denominó melancolía y proviene etimológicamente del griego clásico μέλας que es "negro" y χολή que es "bilis"

que hace relación a los humores secretados por el cuerpo humano; luego es usada la raíz latina *depressus* que significa abatimiento; es uno de los trastornos psicológicos más pretéritos de los que se tiene constancia en escritos y obras de arte.

Las primeras (Elena Requena, 2000) referencias se remontan a la *Ilíada*, de Homero, e incluso Aristóteles dedica un estudio monográfico al tema. Sin embargo, Hipócrates (siglo IV a.C) fue el primer autor que se acercó a los trastornos del estado de ánimo desde la perspectiva médica, en el *Corpus Hippocraticum* describe el *tipus melancholicus* relacionando con un exceso de bilis negra (melanos (negra) y colia (hiel)).

En el siglo I, Areteo de Capadocia propuso que la melancolía debía atribuirse a factores psicológicos sin que tuviera nada que ver la bilis u otros humores corporales, también reconoce que la melancolía y la manía covariaban. La melancolía queda descrita como una alteración apirética del estado de ánimo, el cual se fija a un mismo pensamiento con tristeza y pesadumbre, en contraposición al enfermo maniaco, que tiene el furor y el placer. Además advierte la frecuencia de las recaídas y de la importancia de los factores psicosociales para la recuperación.

Un siglo más tarde, Galeno, siguiendo las directrices de los planteamientos de la medicina hipocrática, relaciona los síntomas depresivos con la afectación del cerebro por el humor negro.

En la Edad Media. Alejandro de Tralles (525-605) menciona que no siempre la tristeza y el temor son las notas dominantes, si no hay ocasiones que domina la hilaridad, la ira y la ansiedad, diferenciando tres tipos de etiología como la: biliar negra, exceso de sangre y la producida por sangre acre y biliosa.

En el renacimiento, Paracelso se distancia de la teoría hipocrática y propone como causa de la melancolía los factores anímicos.

Los siguientes siglos están definidos por las características de una intensa actividad de autores por definir los grandes cuadros clínicos, las cuestiones etiológicas, los empeños de clasificación, etc. Estos intentos se dan por autores del siglo XIX los mismos que realizaron aportaciones grandiosas. Entre ellos están:

Pinel (1745-1826) diferencia cuatro formas de enfermedades mentales: manía, melancolía, demencia e idiocia y menciona que el origen de los trastornos anímicos está en la percepción y las sensaciones, inaugurando una época de causas morales (fanatismos religiosos, desilusiones intensas, amores apasionados...). Sin atacar a esas causas no se puede tratar la melancolía, denominada por él como delirio parcial o delirio sobre un objeto. Falred (1794-1870) realiza la primera descripción específica de la *folie circulaire* o alternancia de ciclos depresivos y maniacos.

Con los grandes avances médicos de la época es posible encontrar desde 1960 en diccionarios médicos la palabra depresión. Emil Kraepelin (1856- 1926) en su tratado de psiquiatría, describe por primera vez la demencia precoz y la psicosis maniaco depresivo. La asociación de un cuadro de tristeza con un cuadro de euforia en la psicosis maniaco-depresiva diferenciando de otras depresiones sin causa neuropatológica y por lo tanto según él no pertenecía a las enfermedades mentales y las denomina depresiones neuróticas reactivas, estableciendo así la separación dualista entre depresiones de tipo bioquímico (enfermedad maniaco-depresiva, depresión endógena, psicótica) y las de tipo psicógeno (depresión neurótica, exógena, reactiva). Paralelamente, Sigmund Freud (1859-1939) describe un tipo de depresión diferente al de Kraepelin y al que denominó neurosis depresiva ya que vio una base similar al resto de las neurosis que no solo sustentaba una base orgánica, sino, también como consecuencia de los factores ambientales y los acontecimientos vitales, los mismos que se encuentran descritos en Duelo y Melancolía (1917).

En el siglo actual, se diferencian las formas bipolares de las unipolares, se aportan interesantes hipótesis bioquímicas, se avanza en el campo de la terapéutica y se

borda los problemas de las depresiones enmascaradas, reconociéndose su importancia en el ámbito de la medicina general.

Y no es hasta la tercera revisión del DSM (1980) que los trastornos del estado de ánimo constituyen un grupo separado de otras entidades nosológicas. En el CIE 10 (1992) también se contempla el grupo de trastornos de humor por separado. (Requena, 2000)

Los trastornos afectivos en niños y adolescentes fueron identificados desde el siglo XVI. En 1621, Robert Burton en su obra sin paralelos relacionó los estilos de educación del niño con tristeza. Posteriormente Kraepelin describió la psicosis maníaco-depresiva, en un niño de 6 años, mencionando que los trastornos afectivos, en la edad infantil, recibirían atención adicional. Melanie Klein (1934) desarrolló los conceptos de la posición esquizoparanoide y de la posición depresiva como parte del desarrollo psicosexual del niño. John Bowlby, (1957) apoyándose en trabajos etológicos, postuló la teoría del vínculo afectivo, en que manifiesta que el periodo más sensible oscila entre los 5 meses y los 3 años de edad y describe las siguientes fases clásicas:

- La fase de protesta al momento de la separación,
- La fase de desesperanza y
- La fase de desvinculación.

Postulando que la experiencia de separación, en el infante, ocasiona respuestas de ansiedad y cólera; mientras que la experiencia de pérdida ocasiona tristeza y depresión en el joven.

A lo largo de toda la historia ha existido una gran discrepancia entre las frecuencias reportadas de depresión en la población infanto-juvenil, posiblemente sea debido a que los diferentes estudios tomaban edades diferentes, utilizaban diferentes instrumentos de medición y/o diferentes criterios para medir depresión. Las manifestaciones clínicas son diferentes a de los adultos, los niños e incluso los adolescentes no son capaces de identificar lo que les sucede como depresión, y los adultos relevantes en la vida del niño y el adolescente no pueden creer que a esa edad se sufra de depresión. (Lang y Tisher, 1997; Santrock, 2003); citado por Cobos M, 2008)

La existencia de la depresión en niños y adolescentes fue puesta en duda hasta cerca de los años 60s. Sung y Kirchener (2000, citado por Cortés) mencionan que se presenta en un 2 % de pre-púberes y entre un 5 – 8 % de adolescentes. Héctor Fernández en su libro Integración y Salud Mental, refiere que un 8% de adolescentes sufren depresión mayor en algún momento de esta etapa. En el estudio realizado en adolescentes colegiales de la ciudad de Cuenca, publicado en la revista Coloquio de la Universidad del Azuay (2009) encontramos 15.1% niveles altos de depresión, 41.9% niveles moderados y un 21.2% presentan niveles bajos. Lo que demuestra que la depresión en la población adolescente está presente nuestra realidad.

2.2 Concepto Y Etiología De La Depresión.

El ser humano a lo largo del día mantiene un cierto tono vital que en situaciones de normalidad se denomina eutimia. En relación a la eutimia raramente observamos una línea continua del estado de ánimo, por lo que un gráfico real de la eutimia tiene subidas y bajadas, las subidas se denominan euforia y las bajadas tristeza. Cuando la euforia se transforma en patología, la eutimia se denomina manía y cuando la tristeza es patológica se denomina depresión.

El origen del vocablo depresión se encuentra en la expresión latina *de* y *premere* que significa empujar u oprimir hacia abajo. Elena Requena (2000) al referirse a la depresión alude que —En la actualidad el término depresión se puede utilizar en cuatro significados diferentes:

1. Como estado de ánimo: se ha extendido la denominación depresión en el lenguaje cotidiano para aludir a un determinado estado de ánimo caracterizado por sentimientos de tristeza o desanimo, sin tintes patológicos.
2. Como síntoma: definido como estado de humor triste que puede acompañar a otros trastornos o enfermedades.
3. Como síndrome: el estado depresivo se caracteriza por un conjunto de síntomas accesible al diagnóstico clínico y psicopatológico.

4. Como trastorno: la depresión se trata como una entidad nosológica, definida a partir del síndrome, de su evolución, con una etiopatogenia aún no totalmente clara. Etc. || (Requena, 2000).

Resulta difícil delimitar los alcances del concepto de depresión a los efectos de circunscribir a los objetivos específicos de estudio, por consiguiente las definiciones del CIE 10 como las del SDM- IV, conceptos que guardan estrecha relación entre sí, son las más utilizadas y guiará este estudio.

El CIE-10 define a la depresión como un desorden de tipo afectivo y habla de periodos depresivos leve, moderada y grave; el episodio leve se caracteriza por síntomas como: Ánimo depresivo, pérdida de interés y de la capacidad de disfrutar, y el aumento de la fatigabilidad; en el episodio moderado se observa que suelen tener grandes dificultades para poder continuar desarrollando su actividad social, laboral o doméstica; y Durante un episodio depresivo grave suele presentar una considerable angustia o agitación, o la inhibición psicomotrices, pérdida de estimación de sí mismo, sentimientos de inutilidad o de culpa, riesgo suicida, además se presupone que los síntomas somáticos están presentes casi siempre durante un episodio depresivo grave.

El DSM-IV-R define al trastorno depresivo mayor por la presencia de uno o más episodios depresivos mayores sin historia de episodios maníacos, mixtos o hipomaníacos. Un episodio depresivo mayor debe durar al menos dos semanas, y se caracteriza por la aparición de síntomas como estado de ánimo decaído la mayor parte del día o casi todos los días; disminución acusada del interés o de la capacidad para el placer en casi todas las actividades; alteraciones de peso (pérdida o aumento del mismo); alteraciones del sueño (insomnio o hipersomnia); fatiga o pérdida de energía; agitación o enlentecimiento psicomotores; sentimientos de minusvalía y/o de culpa excesivos; disminución de la capacidad para pensar o concentrarse; pensamientos de muerte o ideación suicida recurrente. Estos indicios provocan deterioro social y laboral y no se explican mejor por la presencia de un duelo, ni son debidos al consumo de sustancias o a una enfermedad médica.

En la etiología de la depresión, Robins y Guze(1972) proponen la división primaria versus secundaria aludiendo que el termino primario corresponde a un síndrome depresivo sin previo trastorno psiquiátrico no afectivo y por secundarios se entiende como síndrome depresivo que son consecuencia de un trastorno psiquiátrico no afectivos, como, por ejemplo, trastorno de ansiedad, trastorno inducido por sustancia, esquizofrenia o trastorno de personalidad. La razón de esta subdivisión estriba tras suponer que las depresiones secundarias suceden en el curso clínico al trastorno de base (Andreasen, 1982) empeorando el pronóstico y requieren un tratamiento diferente.

En el libro Psiquiatría de Toro (2004) encontramos descritas las causas primarias y secundarias de la depresión y se considera tres tipos de factores etiopatogénicos: Biológicos, Genéticos y Psicosociales. (Yepes Roldán, 2004)

Factores Bioquímicos.- Atribuir la etiología de la depresión a un solo neurotransmisor es simplista y posiblemente exista desregulaciones entre varios de ellos, se postula que además de la noradrenalina y la serotonina, el GABA, el glutamato, la dopamina, y la acetilcolina también intervienen en la depresión. Un déficit de serotonina sería un prerrequisito básico en la etiología de la depresión porque existe una disminución congénita de células que usan dicho neurotransmisor, consecuentemente esto produciría una disminución de la monoaminoxidasa (MAO), enzima que degrada tanto la catecolamina como la serotonina. (Yepes Roldán, 2004)

Los Factores Neuroendocrinos en el estudio de la depresión demuestran que anomalías en el eje hipotálamo pituitario adrenal (HPA) se debe a un aumento del factor liberador de la corticotrofina (CRF) en plasma y en el Líquido cefalorraquídeo (LCR). Además se observa disminución del tamaño de neuronas y del tejido glial especialmente en áreas prefrontales por el aumento de los glucocorticoides que disminuyen el factor de crecimiento neuronal.

Estudios confirman que luego de la recuperación de la depresión persiste la disminución de la secreción de la hormona de crecimiento durante el sueño. (Yepes Roldán, 2004)

En los Factores Neurofisiológicos hallazgos en el electroencefalograma del paciente deprimido revelan que existe acortamiento de la latencia de los movimientos oculares rápidos (MOR) durante el sueño. También se ha reportado la disminución de los estadios 3 y 4 del sueño NMOR, aumento de la actividad física MOR.

De acuerdo a los estudios con Neuroimagenes se ha podido obtener que en las depresiones de inicio temprano algunas demuestran disminución del volumen del hipocampo, aumento del volumen de la amígdala derecha, o pérdida de la asimetría normal de las amígdalas, disminución del volumen de los ganglios basales, y disminución del volumen de la corteza prefrontal. (Yepes Roldán, 2004)

Factores Genéticos y familiares.- Los estudios familiares y de pedigrí están a favor de la existencia de factores genéticos en la depresión. El trastorno depresivo mayor es de 1,5- 3 veces más común en los familiares biológicos de primer grado de personas que sufren este, que en la población general. Estudios demuestran que la concordancia en gemelos monocigotos es de 37% en hombre y 31% en mujeres en los dicigotos es 23 y 25% respectivamente. La heredabilidad en los diferentes estudios demuestra que esta alrededor de 36- 75%, lo que demuestra claramente un componente genético. (Yepes Roldán, 2004)

Factores Psicosociales.- (Acontecimientos Vitales): las circunstancias externas potencialmente productoras de estrés, son factores precipitantes de los trastornos afectivos. Estos acontecimientos vitales sobre un individuo que tiene una vulnerabilidad de base, desencadenarían el inicio de una depresión. Se cree que las personas deprimidas experimentan más acontecimientos vitales en los meses que anteceden al inicio de los síntomas. Los acontecimientos vitales más importantes para precipitar una depresión serían los: no deseados, no controlables, inesperados, y que sean una amenaza o peligro importante para el sujeto; entre ellos, los acontecimientos que suponen una pérdida para el individuo como: muerte del cónyuge o un familiar próximo, divorcio o separación, jubilación o

pérdida de empleo, abandono del hogar por parte de algún miembro de la familia serían los más asociados al inicio de un trastorno depresivo.

Parece que la separación y pérdida de las personas amadas en la niñez producen depresiones infantiles y predisponen al sufrimiento de ellas en la vida adulta. Estas pueden ser desencadenadas por pérdidas triviales con valor simbólico para el paciente. (Bowlby, 1960).

Se ha demostrado que hay un aumento de depresiones después de situaciones como desastres naturales, guerras, permanencia en prisiones y períodos de desintegraciones sociales. Esto se debe a que hay pasos intermedios entre el acontecimiento vital estresante y la elaboración de respuestas psicobiológicas por parte del organismo, en el que intervienen procesos de pensamiento y estrategias de afrontamiento frente al estresores.

Otros factores desencadenantes y predisponentes de la depresión como causas secundarias.

Drogas.- Es importante el conocimiento de drogas de uso común, los cuales se utilizan en el tratamiento de enfermedades médicas en general, los mismos que como efecto secundario cuya primera manifestación puede ser un cuadro depresivo. Se han descrito más de 200 drogas que pueden generar depresión, pero la mayoría de ellas solo produce ocasionalmente, sin embargo hay algunas que lo hacen tan a menudo y se debe sospechar relación etiológica en un cuadro depresivo en el paciente que lo está recibiendo. Hay drogas que al momento de su suspensión provocan depresión como sucede con las anfetaminas y los anorexiantes como con el consumo de la cocaína. (Yepes Roldán, 2004)

Enfermedades orgánicas.- Cualquier enfermedad especialmente las enfermedades graves, pueden causar depresión como reacción psicológica, pero existe ciertos cuadros que con mayor frecuencia se acompañan de un trastorno depresivo, y que posiblemente afecta a los mecanismos íntimos de la enfermedad. Como se puede observar en el Sida, el cáncer, las enfermedades respiratorias y cardiovasculares.

Trastornos neurológicos.- Los más importantes son los que producen degeneración neuronal tanto de la corteza como de las estructuras subcorticales, y lesiones focales que comprometen el sistema límbico y sus proyecciones corticales. En los focales parece que los accidentes cerebrovasculares del lado izquierdo, especialmente las afasias tipo Broca originan más depresión que las lesiones similares del lado derecho que producen un efecto aplanado.

Trastornos endocrinos.- Está comprobado que las alteraciones a nivel endocrino como los trastornos tiroideos especialmente el hipotiroidismo es en muchas ocasiones el causante de la depresión. También se postula que las enfermedades infecciosas como la influenza, hepatitis, la tuberculosis, las mononucleosis infecciosa causan con frecuencia depresión, así como las enfermedades psiquiátricas las esquizofrenias como el trastorno esquizoafectivo pueden producir cuadros de depresión, en general existe alta comorbilidad entre depresión y un trastorno de pánico de ansiedad social y otros trastornos de ansiedad. (Yepes Roldán, 2004).

En toda depresión acercarse a la etiología constituye un aspecto central y primordial.

2.2.1 Clasificación de la Depresión

En la introducción que presenta el DSM- IV R de los trastornos del estado de ánimo menciona, que, para un mejor estudio y manejo, está dividida en tres partes. La primera describe los episodios afectivos (episodio depresivo mayor, episodio maniaco, episodio mixto y episodio hipomaniaco). La segunda parte corresponde a los trastornos del estado de ánimo (trastorno depresivo mayor, trastorno distímico, trastorno bipolar I) la tercera parte las especificaciones que describe el episodio afectivo más reciente o el curso de los episodios recidivantes.

Los problemas del estado de ánimo (afectivos) y depresivos dentro del DSM-4 son:

- Episodios afectivos
 - Episodio depresivo mayor
 - Episodio maníaco
 - Episodio mixto
 - Episodio hipomaníaco
- Trastornos depresivos (con episodios depresivos)
 - Trastorno depresivo mayor
 - Trastorno distímico.
 - Trastorno bipolar I
 - Trastorno bipolar II
 - Trastorno ciclotímico
 - Trastorno bipolar no especificado
- Trastorno del estado de ánimo debido a enfermedad médica
- Trastorno del estado de ánimo inducido por sustancias
- Trastorno del estado de ánimo no especificado

Episodio Depresivo Mayor (DSM-IV); los síntomas principales y fundamentales del episodio depresivo mayor, es un periodo de por lo menos dos semanas durante las cuales existe ya sea un ánimo deprimido, o la pérdida del interés en todas o casi todas las actividades diarias. El ánimo deprimido se manifiesta por sentirse triste, desesperanzado, desanimado. La tristeza se manifiesta en la expresión facial y sujeta al individuo quien no puede liberarse de ella, es diferente de la tristeza normal porque esta es más limitada e interfiere menos con la calidad de vida del sujeto. Otro síntoma cardinal es la pérdida del interés en todas o casi todas las actividades, el individuo reporta que nada le importa, que no disfruta las actividades que antes le eran placenteras. En muchos pacientes hay una disminución importante del deseo y disfrute sexual.

Debe además presentar síntomas como cambios en el apetito o peso, sueño, actividad psicomotora y energía disminuida, sentimientos de minusvalía o culpa, dificultad para pensar, concentrarse, tomar decisiones o pensamientos recurrentes de muerte e intentos de suicidio. El apetito generalmente esta disminuido, pero también puede estar aumentado repercutiendo en la pérdida o ganancia significativa de peso.

El insomnio también es un síntoma muy común, generalmente la persona se despierta durante la noche y le cuesta volver a dormir conocido como insomnio intermedio, o se despierta en la madrugada (insomnio terminal). La dificultad para conciliar el sueño o insomnio inicial también es muy recurrente. La hipersomnia es más rara y se manifiesta por prolongación del sueño nocturno o por somnolencia diurna.

La persona no se puede mantener quieta, el que padece depresión tiene movimientos lentos, lenguaje monótono y lento que llegar hasta el mutismo. La autoestima se ve disminuida se manifiesta por una evaluación negativa exagerada del valor propio, o de la culpa sobre faltas pasadas aun mínimas, esto puede ser de carácter delirante como en la depresión psicótica. La concentración es deficiente y se torna difícil tomar decisiones presentando lentitud mental. La ideación y los intentos de suicidio son los riesgos más serios de la depresión.

Trastorno Depresivo Mayor (DSM-IV): muestra síntomas de los episodios depresivos mayores, sin historia de episodios maníacos, mixtos e hipomaniacos. De acuerdo al número de episodios se dividen en episodio único y recurrente.

Episodio Único: solo se ha presentado un episodio depresivo mayor.

Recurrente: este es el más común y algunos investigadores estiman que se pueden presentar hasta en el 80% de los pacientes. De acuerdo con la severidad se divide en: leve, moderado, severo sin características psicóticas y severas con características psicóticas.

Leve: pocos síntomas en exceso de los cinco requeridos para hacer el diagnóstico según el DSM-IV R. No existe un deterioro en el área social, familiar o laboral.

Moderado: síntomas intermedios su área laboral social se ven algo afectados.

Severo sin características psicóticas: varios síntomas por encima de los necesarios para hacer el diagnóstico y una marcada interferencia con el funcionamiento ocupacional y social.

Severo con características psicóticas: en este nivel existen ideas delirantes o alucinaciones, éstas pueden ser congruentes con el estado de ánimo y generalmente son de fracaso personal, culpa, enfermedad, muerte, nihilismo o castigo merecido. Las incongruencias son diferentes a las ya citadas y pueden ser de persecución, inserción o transmisión del pensamiento, control delirante etc. Estas depresiones requieren tratamiento combinado con antipsicóticos, y antidepresivos.

Melancólica: los síntomas de este tipo son la pérdida del placer en todas o casi todas las actividades o falta de reactividad a estímulos que usualmente son placenteros, es decir, que el ánimo no se mejora ni aun temporalmente cuando sucede algo bueno. Además presenta por lo menos tres de los siguientes síntomas: calidad diferente del ánimo, depresión peor en la mañana, despertarse en la madrugada, retardo o agitación psicomotora, anorexia y culpa excesiva o inapropiada.

Atípica: se caracteriza por la presencia de reactividad anímica, es decir, el ánimo se mejora cuando le sucede algo placentero al paciente. Esta mejoría puede persistir durante periodos largos si las circunstancias placenteras persisten. Debe tener presente por lo menos dos de los síntomas del episodio depresivo. La depresión atípica es tres veces más recurrentes en mujeres.

Distimia: la característica esencial es un estado de ánimo deprimido crónicamente. Ocurre la mayor parte del día y durante más de la mitad de los días, tiene una duración mínima de dos años y no puede tener un periodo mayor de dos meses seguidos libre de sintomatología. Durante los periodos de depresión se cumplen por lo menos dos de los criterios de un episodio depresivo mayor. En resumen son pacientes con una depresión relativamente leve de duración larga y con intervalos muy cortos asintomáticos.

El **CIE 10** al referirse a los trastornos del humor (afectivos) F30-39 los clasifica en:

La alteración fundamental en estos trastornos es una alteración del humor o de la afectividad, por lo general la depresión y la euforia están acompañada o no de ansiedad. La mayoría de estos trastornos tienden a ser recurrentes y el inicio de cada episodio suele estar en relación con acontecimientos o situaciones estresantes. Esta sección incluye los trastornos del humor (afectivos) en todos los grupos de edad. Aquellos que se presentan en la infancia y adolescencia se codificarán por tanto también de acuerdo con las pautas que siguen:

F32 Episodios depresivos

F33 Trastorno depresivo recurrente

F34 Trastornos del humor (afectivos) persistentes

F38 Otros trastornos del humor (afectivos)

F32 Episodios depresivos

F32.0 Episodio depresivo leve.

F32.1 Episodio depresivo moderado.

F32.2 Episodio depresivo grave sin síntomas psicóticos.

F32.3 Episodio depresivo grave con síntomas psicóticos.

F32.8 Otros episodios depresivos.

F32.9 Episodio depresivo sin especificación.

En los episodios depresivos típicos el enfermo sufre un humor depresivo, una pérdida de la capacidad de interesarse y disfrutar de las cosas, una disminución de su vitalidad que lleva a una reducción de su nivel de actividad y a un cansancio exagerado, que aparece incluso tras un esfuerzo mínimo.

También son manifestaciones de los episodios depresivos:

- a)** La disminución de la atención y concentración.
- b)** La pérdida de la confianza en sí mismo y sentimientos de inferioridad.
- c)** Las ideas de culpa y de ser inútil (incluso en los episodios leves).
- d)** Una perspectiva sombría del futuro.
- e)** Los pensamientos y actos suicidas o de autoagresiones.

- f) Los trastornos del sueño.
- g) La pérdida del apetito.

La depresión del estado de ánimo varía escasamente de un día para otro y no suele responder a cambios ambientales. La presentación clínica puede ser distinta en cada episodio y en cada individuo. Las formas atípicas son particularmente frecuentes en la adolescencia. En algunos casos, la ansiedad, el malestar y la agitación psicomotriz pueden predominar sobre la depresión. La alteración del estado de ánimo puede estar enmascarada por otros síntomas, tales como irritabilidad, consumo excesivo de alcohol, comportamiento histriónico, exacerbación de fobias o síntomas obsesivos preexistentes o por preocupaciones hipocondriacas. Para el diagnóstico de episodio depresivo de cualquiera de los tres niveles de gravedad habitualmente se requiere una duración de al menos dos semanas, aunque períodos más cortos pueden ser aceptados si los síntomas son excepcionalmente graves o de comienzo brusco.

Alguno de los síntomas anteriores pueden ser muy destacados y adquirir un significado clínico especial. Los ejemplos más típicos de estos síntomas "somáticos" son: pérdida del interés o de la capacidad de disfrutar de actividades que anteriormente eran placenteras, pérdida de reactividad emocional a acontecimientos y circunstancias ambientales placenteras, despertarse por la mañana dos o más horas antes de lo habitual, empeoramiento matutino del humor depresivo, presencia objetiva de inhibición o agitación psicomotrices claras (observadas o referidas por terceras personas), pérdida marcada de apetito, pérdida de peso, pérdida marcada de la libido. Este **síndrome somático** habitualmente no se considera presente al menos que cuatro o más de las anteriores características estén definitivamente presentes.

Incluye:

- Episodios aislados de reacción depresiva.
- Depresión psicógena (F32.0, F32.1 ó F32.2).
- Depresión reactiva (F32.0, F32.1 ó F32.2).
- Depresión mayor (sin síntomas psicóticos).

F32.0 Episodio depresivo leve

Pautas para el diagnóstico

Ánimo depresivo, la pérdida de interés y de la capacidad de disfrutar, y el aumento de la fatigabilidad suelen considerarse como los síntomas más típicos de la depresión, y al menos dos de estos tres deben estar presentes para hacer un diagnóstico definitivo, además de al menos dos del resto de los síntomas enumerados anteriormente. Ninguno de los síntomas debe estar presente en un grado intenso. El episodio depresivo debe durar al menos dos semanas.

Un enfermo con un episodio depresivo leve, suele encontrarse afectado por los síntomas y tiene alguna dificultad para llevar a cabo su actividad laboral y social, aunque es probable que no las deje por completo.

F32.1 Episodio depresivo moderado

Pautas para el diagnóstico

Deben estar presentes al menos dos de los tres síntomas más típicos descritos para episodio depresivo leve (F32.0) así como al menos tres (y preferiblemente cuatro) de los demás síntomas. Es probable que varios de los síntomas se presenten en grado intenso, aunque esto no es esencial si son muchos los síntomas presentes. El episodio depresivo debe durar al menos dos semanas.

Un enfermo con un episodio depresivo moderado suele tener grandes dificultades para poder continuar desarrollando su actividad social, laboral o doméstica.

F32.2 Episodio depresivo grave sin síntomas psicóticos

Durante un episodio depresivo grave, el enfermo suele presentar una considerable angustia o agitación, a menos que la inhibición sea una característica marcada. Es probable que la pérdida de estimación de sí mismo, los sentimientos de inutilidad o de culpa sean importantes, y el riesgo de suicidio es importante en los casos particularmente graves. Se presupone que los síntomas somáticos están presentes casi siempre durante un episodio depresivo grave.

Pautas para el diagnóstico

Deben estar presentes los tres síntomas típicos del episodio depresivo leve y moderado, y además por lo menos cuatro de los demás síntomas, los cuales deben ser de intensidad grave. Durante un episodio depresivo grave no es probable que el enfermo sea capaz de continuar con su actividad laboral, social o doméstica más allá de un grado muy limitado.

F32.3 Episodio depresivo grave con síntomas psicóticos

Episodio depresivo grave que satisface las pautas establecidas en F32.2, y en el cual están presentes además ideas delirantes, alucinaciones o estupor depresivo. Las ideas delirantes suelen incluir temas de pecado, de ruina o de catástrofes inminentes de los que el enfermo se siente responsable. Las alucinaciones auditivas u olfatorias suelen ser en forma de voces difamatorias o acusatorias o de olores a podrido o carne en descomposición. La inhibición psicomotriz grave puede progresar hasta el estupor. Las alucinaciones o ideas delirantes pueden especificarse como congruentes o no congruentes con el estado de ánimo.

F33 Trastorno depresivo recurrente

F33.0 Trastorno depresivo recurrente, episodio actual leve.

F33.1 Trastorno depresivo recurrente, episodio actual moderado.

F33.2 Trastorno depresivo recurrente, episodio actual grave sin síntomas psicóticos.

F33.3 Trastorno depresivo recurrente, episodio actual grave con síntomas psicóticos

F33.4 Trastorno depresivo recurrente actualmente en remisión.

F33.8 Otros trastornos depresivos recurrentes.

F33.9 Trastorno depresivo recurrente sin especificación.

Trastorno que se caracteriza por la aparición de episodios repetidos de depresión, que pueden presentar los rasgos de episodio depresivo leve (F32.0), moderado

(F32.1) o grave (F32.2 y F32.3), pero sin antecedentes de episodios aislados de exaltación del estado de ánimo o aumento de la vitalidad suficientes para satisfacer las pautas de manía. No obstante, pueden haberse presentado episodios breves de elevación ligera del estado de ánimo o hiperactividad inmediatamente después de un episodio depresivo, a veces precipitados por el tratamiento antidepresivo. Los episodios también suelen tener una duración de tres a doce meses (duración media de seis meses), pero las recaídas son menos frecuentes. La recuperación suele ser completa; un pequeño número de enfermos queda crónicamente deprimido, en especial si se trata de personas de edad avanzada. A menudo acontecimientos vitales estresantes son capaces de precipitar episodios aislados con independencia de su gravedad y en muchas culturas son dos veces más frecuentes en las mujeres que en los varones, tanto los episodios aislados como cuando se trata de depresiones persistentes.

Excluye:

Episodios depresivos breves recurrentes (F38.1).

F34 Trastornos del humor (afectivos) persistentes

F34.0 Ciclotimia.

F34.1 Distimia.

F34.8 Otros trastornos del humor (afectivos) persistentes.

F34.9 Trastorno del humor (afectivo) persistente sin especificación.

Trastornos persistentes del estado de ánimo, que suelen ser de intensidad fluctuante, en los que los episodios aislados son rara vez los suficientemente intensos como para ser descritos como hipomaníacos o incluso como episodios depresivos leves. Dado que duran años y en algunos casos la mayor parte de la vida adulta del enfermo, suelen acarrear un considerable malestar y una serie de incapacidades. En algunos casos, sin embargo, episodios recurrentes o aislados de manía o de depresión, leve o grave, pueden superponerse a un trastorno afectivo persistente. Los trastornos afectivos persistentes se clasifican en esta sección en vez de con los trastornos de personalidad, porque estudios familiares han demostrado que existe una relación genética con los trastornos del humor y

porque a veces responden a los mismos tratamientos que éstos. Se han descrito variedades de comienzo precoz y tardío de ciclotimia.

F34.0 Ciclotimia

Trastorno caracterizado por una inestabilidad persistente del estado de ánimo, que implica la existencia de muchos períodos de depresión y de euforia leves. Esta inestabilidad aparece por lo general al inicio de la edad adulta y sigue un curso crónico, aunque a veces el estado de ánimo permanece normal y estable durante meses seguidos. El enfermo no percibe relación alguna entre las oscilaciones del humor y los acontecimientos vitales. Las oscilaciones del ánimo son relativamente leves y los períodos de euforia pueden ser muy agradables, la ciclotimia pasa frecuentemente desapercibida a la atención médica. Esto puede deberse, en algunos casos, a que los cambios del estado de ánimo son menos evidentes que los cambios cíclicos en el nivel de actividad, la confianza en sí mismo, la sociabilidad. Se puede especificarse si el comienzo es precoz (tuvo lugar durante la adolescencia o la tercera década de la vida) o tardío.

Pautas para el diagnóstico

Inestabilidad persistente del estado de ánimo, lo que trae consigo un gran número de episodios de depresión y euforia leves, ninguno de los cuales ha sido lo suficientemente intenso y duradero como para satisfacer las pautas de diagnóstico y la descripción de un trastorno bipolar (F31.-) o un trastorno depresivo recurrente (F33.-). Esto implica que los episodios aislados de oscilación del humor que no satisfacen las pautas para ninguna de las categorías descritas en episodio maníaco (F30.-) o episodio depresivo (F32.-).

F34.1 Distimia

Depresión crónica del estado de ánimo que no corresponde con la descripción o las pautas para el diagnóstico de un trastorno depresivo recurrente, episodio actual leve o moderado, por su gravedad o por la duración de los episodios. La

proporción entre las fases recortadas de depresión leve y los períodos intermedios de comparativa normalidad es muy variable. Los enfermos tienen a menudo días o semanas en los que refieren encontrarse bien, pero durante la mayor parte del tiempo se sienten cansados y deprimidos, todo les supone un esfuerzo y nada les satisface. Están meditados y quejumbrosos, duermen mal y se sienten incapaces de todo, aunque normalmente pueden hacer frente a las demandas básicas de la vida cotidiana. La distimia, por lo tanto, tiene mucho en común con los conceptos de neurosis depresiva y depresión neurótica. Si fuere necesario, puede especificarse si el comienzo es precoz (tuvo lugar durante la adolescencia o la tercera década de la vida) o tardío.

Pautas para el diagnóstico

Depresión prolongada de estado de ánimo que nunca, o muy rara vez, es lo suficientemente intensa como para satisfacer las pautas para trastorno depresivo recurrente, episodio actual leve o moderado. Suele comenzar al iniciarse la edad adulta y evoluciona a lo largo de varios años, o bien es de duración indefinida. Cuando el comienzo es más tardío, suele ser la consecuencia de un episodio depresivo aislado o asociarse a pérdidas de seres queridos u otros factores estresantes manifiestos.

Excluye:

Depresión ansiosa leve o no persistente (F41.2).

Reacción de duelo de menos de dos años de duración (F43.21, reacción depresiva prolongada).

Esquizofrenia residual (F20.5).

F38 Otros trastornos del humor (afectivos)

F38.0 Otros trastornos del humor (afectivos) aislados.

F38.1 Otros trastornos del humor (afectivos) recurrentes.

F38.8 Otros trastornos del humor (afectivos).

F39 Trastorno del humor (afectivo) sin especificación.

F38.00 Episodio de trastorno del humor (afectivo) mixto

Episodios de alteraciones del humor (afectivas) que duran al menos dos semanas, caracterizado por una mezcla o una alternancia rápida (por lo general de pocas horas) de síntomas hipomaníacos, maníacos o depresivos.

F38.1 Otros trastornos del humor (afectivos) recurrentes

F38.10 Trastorno depresivo breve recurrente

Durante el año anterior se han presentado cada mes episodios depresivos recurrentes breves. Todos los episodios depresivos aislados duran menos de dos semanas (típicamente dos o tres días, con recuperación completa), pero satisfacen las pautas sintomáticas de episodio depresivo leve, moderado o grave (F32.0, F32.1, F32.2).

F38.8 Otros trastornos del humor (afectivos) especificados

Categoría residual para episodios simples que no satisfacen las pautas ninguna otra de las categorías F30 a F38.1.

F39 Trastorno del humor (afectivo) sin especificación

Excluye: Trastorno mental sin especificación (F99).

La sintomatología de la depresión observable en aspectos que integran la personalidad del sujeto son los siguientes:

Aspecto conductual: Llanto sin razón justificada, aislamiento de personas o situaciones, nivel de actividad disminuida, pérdida de interés en apariencia física, pérdida de interés en actividades que antes eran de interés, incapacidad para enfrentar problemas, inicio de drogas o alcohol.

Aspecto cognitivo: Pensamiento de ser un fracaso, auto-crítica frecuente, pensamiento de desesperanza e impotencia, pensamiento pesimista sobre el futuro, dificultades en la concentración, dificultades en la memoria.

Aspecto de emociones: tristeza, ansiedad, culpa, enojo, vergüenza, desesperanza, impotencia.

Aspecto físico: dormir mucho o poco, comer mucho o pérdida de apetito, constipación, pérdida de peso o subir de peso, irregularidad en el ciclo menstrual, pérdida gradual del deseo sexual.

Aspecto de motivación: mínima motivación para establecer metas, apatía, inercia, rehusar el hacer el esfuerzo, tareas diarias parecen abrumadoras, pérdida de auto-confianza. (Heman, 2011)

Los estudios sobre depresión, mencionan que realizar diagnósticos diferenciales permite esclarecer las entidades clínicas y conducen a un diagnóstico más eficaz. Los diagnósticos diferenciales se los puede hacer con las siguientes entidades clínicas:

Condiciones no psiquiátricas: Por ejemplo en el duelo no complicado, la muerte de una persona amada puede producir un cuadro depresivo completo, incluyendo alteraciones de apetito y del sueño. Su adecuación al ambiente cultural del paciente lo distingue de los episodios depresivos primarios. Cuando persiste más de dos meses o presenta marcado menoscabo psicosocial, ya se diagnostica depresión. Síntomas depresivos secundarios a divorcio, separación, pérdida de empleo, etc. También son normales y no requieren tratamiento específico.

Trastornos de adaptación: Una persona puede tener una reacción maladaptativa con síntomas depresivos como reacción a un estrés psicosocial. Esta reacción maladaptativa se encuentra dentro de los tres meses siguientes a la ocurrencia del estrés. La identificación de la causa y desaparición de la depresión al eliminar el estrés o al lograr una mejor adaptación, confirman este diagnóstico.

Trastorno bipolar: En los casos típicos la diferenciación es fácil, la presencia o la historia de un episodio maníaco o hipomaníaco claramente confirman la presencia de este trastorno.

Otras enfermedades psiquiátricas: Como la ansiedad es un síntoma frecuente en la depresión, a menudo se confunden los cuadros depresivos con los trastornos de ansiedad. La presencia y predominancia de otros síntomas del síndrome depresivo favorecen el diagnóstico de depresión. En los cuadros de trastorno de pánico también se puede manifestar una etapa depresiva que es secundaria a los ataques de pánico. La presencia o historia de estos ataques definen el diagnóstico, ya que ellos anteceden la depresión

En otros casos la depresión puede ser anterior o coexistir con el pánico. En esos casos se hacen los dos diagnósticos. (Yepes Roldán, 2004)

Por otra parte la depresión conlleva un importante riesgo de recaídas. En un estudio de seguimiento de 5 años encontraron: que dos terceras partes de los pacientes que habían experimentado un episodio depresivo mayor tuvieron otro en un periodo de 3 a 5 años. Por tanto el riesgo de recaídas es un factor que da cuenta de la importancia de la prevención, especialmente la detección temprana y el tratamiento inmediato, puesto que cuanto mayor es la frecuencia de los episodios previos, las probabilidades de recurrencia aumenta. (Beutler, Clarkin, Bongar, 2000.) Citado por (Coppo, Salgueiro, & Nieto, 2009)

2.2.2 Depresión En Adolescentes Desde El Modelo Integrativo

Un número creciente de enfoques Integrativos de psicoterapia se ha desarrollado a lo largo de la década de los 80. La inquietud teórica que subyace a este fenómeno corresponde con la evidencia de que, en la práctica, los psicoterapeutas utilizan progresivamente, formas de abordaje que incluyen elementos provenientes de diferentes enfoques originales. En los comienzos del siglo, la psicoterapia se constituyó como un nuevo procedimiento, científicamente fundado, para ayudar en el tratamiento de los padecimientos psíquicos y físicos. (Fernández Álavrez, 1996)

El estallido de los estudios realizados para encontrar puntos comunes entre los diferentes modelos y confrontación de los resultados, produjo efectos convergentes que se plasman en la actualidad en torno al surgimiento de los modelos integrativos.

—Integrar involucra encontrar respuestas articuladas a conjuntos que son diversos y complejos|| (Fernández-Álvarez, 1996).

—A diferencia del eclecticismo, la integración insiste en la primacía de una Gestalt que da coherencia, proporciona un esquema interactivo y crea un orden orgánico entre las diferentes unidades o elementos||, (Millón y Davis, 1999).

—Integrar involucra construir una totalidad a partir de partes diferentes|| (Opazo, 1992).

El modelo Integrativo basado en la personalidad al referirse al concepto de integración afirma que *“lo integrativo concierne a una totalidad dinámicamente articulada y cuyo resultado final es diferente y más completo, complejo y útil que sus elementos aislados*|| (Balarezo, Psicoterapia Integrativa Focalizada en la Personalidad, 2005)

En los conceptos de Integración la premisa básica es la Gestalt, lo que permite que la unión de diversas corrientes teóricas confluya y conformen una nueva perspectiva teórica, que faciliten un análisis integral y una intervención psicoterapéutica eficaz, como la Psicoterapia Integrativa.

El foco de atención de la perspectiva Teórica del Modelo Integrativo ecuatoriano es la personalidad.

Balarezo —considera a la personalidad como una estructura dinámicamente integrada de factores biológicos, psicológicos y socioculturales que establece en el ser humano, un modo de percibir, pensar, sentir y actuar singular e individual|| (Balarezo, 2008, pag.72)

Balarezo considera que este concepto involucra a la personalidad como una organización de componentes cuya estructura y funcionamiento integral supera la acumulación de partes aisladas, no es estática, ni inmutable, está sujeta a variaciones procesales dependientes de su propio dinamismo y de las influencias del entorno. La personalidad como estructura dinámica interna determina una forma específica de relacionarse con el entorno y los demás. Integra los factores

biológicos y socio culturales conformando lo psíquico como resultante. (Balarezo, 2005)

“El concepto de personalidad en el modelo constructivista moderado permite predecir en forma relativa la manera de ser de los sujetos, transmite un sentido de coherencia y continuidad a las características del individuo, como núcleo integrador de las funciones psíquicas tanto en su estructura como en su funcionamiento”. (Balarezo, 2005, pág. 73)

Reconoce también el valor del pasado como influyente en la formación de la personalidad y en la génesis del trastorno, acepta la existencia de lo consciente y lo inconsciente, admite las facilidades y obstáculos que brinda los componentes biológicos y la genética pero valida también la influencia ambiental y sociocultural. Reconoce el valor de lo cognitivo y de los procesos de aprendizaje en la estructuración patológica y en el proceso terapéutico. Valora la visión sistémica en la comprensión de la relación individuo-grupo-sociedad.

Esta conceptualización abarca la capacidad creativa y constructiva, los afectos, valoraciones, sus interacciones internas y externas y la manifestación a través de su conducta, sentimientos y pensamientos. Lo cognitivo interviene en esta propuesta como la elaboración constructiva de la realidad por parte del sujeto, esta elaboración es individual y concordante con diversos niveles de estructuración en relación al medio físico donde se desenvuelve el sujeto y en un contexto social.

Balarezo nos recuerda que la —depresión‖ no es un trastorno aislado de quien lo sufre y al mismo tiempo, enfatiza la importancia de influencias sociales tempranas en los estilos de personalidad, y como, la permanencia de los procesos tempranos en los estilos de personalidad, durante el proceso evolutivo y sobre todo en los primeros años tiende a mantenerse, como estructura de la persona.

A la permanencia de estos procesos tempranos en los estilos de personalidad, Millón (2004) se refiere como procesos de auto-perpetuación.

Los procesos de auto-perpetuación en depresión, como los estados de ánimo depresivos crónicos, suele reflejar la persistencia de desregulaciones internas del estado de ánimo, estados continuos de infelicidad, tristeza que están controlados básicamente por defectos y definiciones neurobiológicas a largo plazo y los esquemas de pesimismo como la auto-devaluación influye en como procesan los individuos depresivos la información y las relaciones.

El recuerdo retrospectivo y las anticipaciones futuras están coloreadas por distorsiones cognitivas y expectativas que refuerzan su estado de infelicidad. Las actitudes auto-acusatorias en los depresivos refuerzan aún más su propio sentido de inutilidad y desdén hacia sus propias actitudes, y los reforzamientos de los sentimientos de desesperanza hacen concluir que son incapaces de ser los directores activos de su suerte, pierdan confianza en sí mismos y se rindan, sin ni siquiera intentar hacer mejor las cosas, buscar lo que es deseable; caen en un sentimiento de desesperanza a decir Kierkegaard caen en una —muerte psíquica||.

Millón (1988), conceptualiza a la personalidad como un sistema complejo de características psicológicas profundas, generalmente inconscientes, que no pueden ser anuladas y que se expresan automáticamente en cada fase del funcionamiento personal.

“Sus rasgos intrínsecos y persistentes emergen de una complicada matriz de disposiciones biológicas, del aprendizaje, de percibir, razonar y enfrentar las situaciones y a los otros. Por otra parte, la personalidad patológica comprendería a aquellos rasgos estables y consistentes que persisten inflexibles, son usados inapropiadamente y fomentan círculos viciosos que perpetúan e intensifican las dificultades del sujeto” (Millón 1988, p. 23).

Determinar la posible co-morbilidad entre trastornos de la personalidad y del estado anímico es imprescindible, por las implicaciones en la elección del abordaje terapéutico

Suele decirse que la depresión es el equivalente al resfriado común en psicopatología —Una molestia ubicua a la que estamos expuestos la mayoría de nosotros de vez en cuando||.(Coyne, 1986. Pág,1) citado por (Millon, 2004)

Esta ubicuidad trae muchos problemas como: ¿en qué punto empieza la depresión y cómo se puede distinguirse de la tristeza y el abatimiento normal? ¿Es una parte esencial de un patrón de la personalidad o un síndrome clínico episódico que por razones desconocidas aparece y desaparece?

Las formas diversas con las que se interrelacionan las características de la personalidad y los síntomas clínicos no sólo son aplicables a los problemas depresivos, sino a todas las interacciones entre el Eje II y el Eje I. En relación a este tema Millón analiza hipótesis, diversas propuestas de diferentes investigadores:

- a) La hipótesis de la predisposición caracterológica: los trastornos de carácter son primarios; siendo la depresión un síntoma secundario a la patología. Características particulares de la personalidad (estrategias inefectivas de afrontamiento, alienación) pueden hacer que un sujeto sea vulnerable a estresores psicosociales específicos.
- b) Hipótesis de complicación: A diferencia del postulado anterior esta tesis postula que la experiencia del trastorno depresivo influyen en la personalidad. Estos cambios de personalidad pueden limitarse a la duración del episodio depresivo o en el caso de episodios depresivos recurrentes, evolucionando hacia una alteración crónica a largo plazo. Es frecuente admitir que los síntomas pos mórbidos de la personalidad incluyen resignación, inseguridad, pesimismo.
- c) *Desde la perspectiva constructivista, la esfera de la personalidad se relacionaría con la experiencia interior (“yo”) y la apariencia exterior (“mi”). Según Guidano “paralelamente con el crecimiento de la competencia cognitiva y motriz, la capacidad para manipular activamente la modulación emocional inmediatamente experimentada (“yo”), a fin de mantener la propia apreciación del Sí mismo (“Mi”) como coherente, aumenta notablemente en virtud de la nueva posibilidad de autoengaño...” (Guidano 1994, pag.48). Todo lo cual guarda relación*

con los distintos tipos de “organización de significado personal”, las que serían responsables de los patrones de comportamiento más característicos de las personas. (Tesis Cobos. M, 2005)

Millón en el estudio de la personalidad depresiva y el trastorno depresivo, considera que muchas veces puede existir comorbilidad entre estas dos, en donde individuos crónicamente depresivos presentan también oscilaciones del estado de ánimo que se cruzan con el trastorno depresivo mayor, o episodios maníacos breves. El estilo de personalidad depresiva al momento de realizar un diagnóstico presenta síntomas clínicos similares a un cuadro depresivo como: tristeza, pesimismo, pérdida de la alegría, incapacidad para experimentar placer, inhibición motora, desesperanza en el futuro, perspectiva desalentadora y desolada, experimentar el dolor como algo permanente y el placer como algo imposible, los umbrales que permiten el placer o la sensibilización a la tristeza varían notablemente, tendencia a la indefensión; dentro de los componentes de la personalidad depresiva podemos encontrar comportamiento observable: abatido, interpersonalmente indefenso; su estilo cognitivo es pesimista; autoimagen de inutilidad, sus representaciones objétales tempranas son de abandono, estado de ánimo: melancólico. Todo esto constituye una forma de mirar y responder al mundo.

Según Beck (2003), la personalidad y la depresión difieren en que los esquemas operan con más continuidad en las personas con trastornos depresivos de la personalidad, pero son más intermitentes y latentes en quienes presentan depresiones simples.

Para Héctor Fernández, la arquitectura del self o la personalidad se organiza sobre la base de una sucesión espiralada de construcciones que progresan desde el nacimiento mismo hasta la muerte, esta sucesión está marcada por diferentes momentos, cada una de las cuales definen una modalidad de representaciones y configura un estilo específico de significar la realidad. Las nueve construcciones, jerárquicamente ordenadas propuestas por el autor configuran el desarrollo potencial de la identidad (self) a lo largo de la vida, al mismo tiempo es importante examinar cómo estas construcciones permiten al ser humano elaborar

progresivamente el conocimiento de la realidad, y en que niveles de profundidad de estas estructuras puede estar enraizada la disfuncionalidad.

Si a lo largo de nuestra vida, y principalmente en la adolescencia construimos nuestro self (Guión personal), es infalible detectar los problemas que se pueden presentar en el intento de la construcción del guión personal, como habíamos mencionado en el capítulo I, los problemas se pueden presentar como: obstáculos, amenazas y quiebre. Nos referiremos exclusivamente al quiebre del guión personal en la adolescencia cuando la disfuncionalidad es severa y aparecen conductas auto-destructivas, llegando a la situación límite del suicidio tomando como antesala o base problemas depresivos, que de acuerdo a Kazdin (2004) está dentro de los trastornos internalizados.

A las categorías de Trastornos presentados por el DSM -IV, de inicio de infancia y adolescencia, se ha propuesto una clasificación que representa dominios más amplios de disfunción, ampliamente reconocidos y al mismo tiempo no dependiente de los arbitrarios y cerrados criterios diagnóstico de tipo categorial (Kazdin, 2004).

Las principales categorías de trastornos de inicio en infancia y adolescencia descritos por Kazdin son las siguientes:

Trastornos externalizadores que comprenden: problemas dirigidos hacia el ambiente y los otros (oposicionista, agresivos, hiperactivos, conductas antisociales).

Trastornos internalizadores: problemas dirigidos a la experiencia interior (ansiedad, depresión, aislamiento)

Trastornos relacionados con sustancias: problemas asociados con sustancias como alcohol, drogas ilícitas y tabaco.

Trastornos de aprendizaje e incapacidad mental: problemas relacionados con el rendimiento intelectual y académico, incluyendo retardo mental.

Psicopatología severa e incisiva: problemas como esquizofrenia y autismo.

A la Depresión que Kazdin (2004) lo clasifica dentro de los problemas internalizadores, Bagladi (2005) realiza una descripción de las principales

características de la depresión en adolescentes de 13-18 años: Apariencia triste, apatía, sentimiento de incapacidad o irritabilidad, colitis ulcerosa, conversiones, dolores abdominales, conducta antisocial, pensamientos de muerte, enfermedad, suicidio, cambios en apetito, peso, sueño, culpa, auto depreciación, desesperanza, hipercriticismo (pensamiento catastrófico), nihilismo.

Robert D. Friedberg y Jessica M. McClure (2002) al referirse a los síntomas de la depresión en adolescentes refieren que hay muchos síntomas parecidos a los de los niños que también caracterizan la depresión en los adolescentes. Las quejas somáticas, el distanciamiento social, la desesperanza y la irritabilidad están presentes tanto en los adolescentes como en los niños pequeños. Sin embargo, la manifestación de los síntomas presenta algunas diferencias. Los adolescentes tienen más facilidad para verbalizar sus síntomas lo que permite a los profesionales identificar con rapidez. Otras diferencias incluye la presencia de un mayor riesgo suicida, consumo de sustancias y el abandono escolar en los adolescentes.

Entre otras de las manifestaciones de un trastorno depresivo en la adolescencia encontramos: Aumento o disminución del peso corporal. Alteración del sueño en donde el adolescente no logra conciliar el sueño y se queda hasta altas horas de la noche mirando televisión, existe también aquí presencia de pesadillas o deseo recurrente de dormir. Problemas conductuales que se expresa en irritabilidad en la casa con sus progenitores, consumo de sustancias. Problemas académicos en donde se observa bajo rendimiento o deserción escolar. Indecisión que para Beck (2003) es una muestra de desconfianza en sí mismo que los conduce a una falta de sentido de vida.

Problemas en el área social que se expresa con aislamiento y falta de habilidades sociales. Búsqueda de afecto que muchas veces puede conducir a una confusión de amor con el sexo, una vida promiscua o de sometimiento y manipulación por parte de terceros. Sentimiento de incapacidad en donde esta presentes la devaluación propia de los actos ya que su autoestima esta por el suelo. Preferencia como el color negro, utilizan maquillaje obscuro un tipo de música nostálgico, triste. Etc.

En la adolescencia es posible que se manifiesten plenamente patologías que inician y terminan en esta etapa o que, iniciándose en este periodo se prolonguen hasta la adultez como por ejemplo: trastornos de ansiedad, trastornos de personalidad, trastornos depresivos y trastorno bipolar, conductas suicidas, trastornos psicóticos, trastornos de alimentación, trastorno obsesivo compulsivo, trastornos disociales, trastornos relacionados con sustancias. (Almonte, Montt S, & Correa, 2003)

En el sexo masculino durante la adolescencia se presentan comúnmente trastorno de conducta o trastornos disociales, el abuso de alcohol y drogas. Las conductas suicidas son menos frecuentes en los varones, pero debido a que estos utilizan métodos más efectivos, los suicidios consumados ocurren más. Los varones afectados con depresión suelen involucrarse en conductas antisociales como la delincuencia y el abuso de sustancias. (Almonte, Montt S, & Correa, 2003)

En las mujeres durante la adolescencia se presenta la dificultad de asumir la corporalidad, ya que sus imágenes corporales, son más negativas que la de los chicos, esto explica mayor frecuencia del trastorno dismórfico corporal, anorexia nerviosa o la preocupación por el sobre peso y la obesidad. Los síndromes conversivos casi ocurren mayormente en el sexo femenino, las conductas suicidas son más frecuentes que en el varón, probablemente por mayores dificultades de integración social y por tener una mayor vulnerabilidad a la angustia y la depresión. (Almonte, Montt S, & Correa, 2003)

La pubertad ocurre de uno a dos años antes en el sexo femenino que en el sexo masculino, lo que establece que las chicas experimenten diversos cambios y experiencias vitales en los primeros años de enseñanza secundaria, lo que las puede hacer más proclives a deprimirse, así también los cambios hormonales propios que ocurren en la adolescencia incrementan la vulnerabilidad a la depresión, las chicas tienden a ensimismarse más en su estado de ánimo depresivo y a amplificarlo, pues es más probable que las mujeres afectadas por su estado de ánimo dirijan sus síntomas hacia ellas mismas y se depriman (Ostrov y otros, 1989).

El experimentar situaciones difíciles o tener que afrontar retos complejos durante la adolescencia también se asocia a síntomas depresivos significativos.

2.2.3 El Guión Personal Y Los Esquemas Relacionales En Depresión.

La formación del guión personal según el autor se da por procesos claramente identificado en el cual la interrelación del vínculo familiar (esquemas relacionales) que se establece con el adolescente influye notablemente para una buena constitución del self (guión personal) o el quiebre del guión.

Proceso de Formación del guion personal.- Para el Dr. Héctor Fernández (2004) el análisis del adolescente se basa en tres aspectos: La Dimensión temporal, el Guión - Estructuras de significado –Autonomía y la dimensión Evolutiva.

Fernández Álvarez en 1996 y en el 2008; manifiesta que las estructuras de significado están formadas por jerarquías, las mismas que forman una arquitectura del self y está constituida por nueve construcciones jerárquicamente ordenadas que configuran el desarrollo potencial de la identidad a lo largo de la vida:

Primera construcción: Consiste en una función de discriminación básica, definiendo y estableciendo límites entre yo y el otro.

La segunda construcción: Se relaciona con la organización de la identidad en términos de filiación y parentesco.

La tercera construcción: Dominación, relacionándose con la necesidad de dotar de significado a la experiencia. Las acciones generan efectos diferentes, y cada acto está asociado a determinados premios o ciertos castigos.

La cuarta construcción: Está relacionada con la significación de la diferenciación sexual, discriminación de las diferencias intersexuales.

La quinta construcción: Es el individuo elaborando la experiencia en busca del reconocimiento. Y se busca sentimientos de pertenencia, aceptación de los otros y la confirmación social.

La sexta construcción: Está centrada en los significados de autonomía, que ocurren con la pubertad y se despliega a lo largo de la adolescencia. La construcción del juicio propio, elaboración de proyectos. (Ver Cap. 1)

La séptima construcción: corresponde al desarrollo de estructuras de significado en torno a la transitividad, siendo la capacidad de proyectarse en otro sin perder su identidad. Enlace amoroso.

La octava construcción: corresponde las estructuras de perdurabilidad. Consiste en la organización de los adultos para construir su realidad. Despliegue de la obra, del guión.

La novena y última construcción: Corresponde a las estructuras de significado de recogimiento. Consiste en enfrentarse definitivamente con esa situación que ha hecho consciente en la construcción precedente, es decir una reelaboración reflexiva y preparatoria para la generación siguiente.

Estas construcciones dan lugar a la personalidad del individuo que si bien en la adolescencia no está consolidada, por las estructuras naturalmente frágiles para enfrentarla, razón por la cual no debe extrañar que durante ese período se presente disfuncionalidades.

Dentro del análisis de la disfuncionalidad que se presenta en algunos adolescentes, en la prosecución del guion personal observamos problemas en la construcción de la autonomía como el quiebre del guion (depresión) el mismo que se expresa en dificultad de tejer nuevas alternativas para su vida porque está vinculada estrechamente con perturbaciones, lo que significaría problemas en los esquemas relacionales del adolescente.

Los esquemas relacionales de los adolescentes se darán fundamentalmente dentro de la estructura familiar, para luego extenderse hacia fuera: amigos, colegio, escuela, novio. Etc. Es frecuente en consultas de adolescentes con depresión encontrar además importantes niveles de disfunción familiar en

dimensiones como: baja cohesión, apegos inseguros, representaciones familiares negativas, negatividad, criticismo, problemas en el establecimiento de reglas y pautas: indiferencia del adolescente a la autoridad en el sistema de poder, resolución deficitaria de problemas e incluso presencia de trastornos psicopatológicos importantes, problemas en los intercambios interno: fracaso de la negociación de la autonomía del adolescente con sus padres e intercambio efectivo que llenan de hostilidad y resistencia, desembocando en desapego, bajos niveles de amabilidad e involucración, conductas dominantes y controladoras y refuerzo de la conducta depresiva.

Fuera del ámbito familiar los niños como los adolescentes depresivos presentan también una marcada disfuncionalidad entre sus pares, que se puede traducir en: déficit en habilidades de resolución de problemas sociales, aislamiento social, inseguridad en la relación con los pares como interacciones negativas, escasa regulación afectiva, pobreza en la negociación de conflictos; se ven y son vistos negativamente, ven negativamente a otros, no agradan son rechazados. (Coppo, Salgueiro, & Nieto, 2009)

La atribución del malestar depresivo ocupa un lugar clave ya que tiene poderosos efectos en la comunicación y en la interacción según se confirmen o des confirme entre los que consultan, (adolescente – familia). Porque un factor histórico suele cumplir un factor de resistencia.

Los aspectos psicológicos de la depresión entre estos los factores interpersonales constituyen agentes de vulnerabilidad y de sostenimiento del trastorno.

La importancia de los aspectos interpersonales de la depresión describe comportamientos o características del deprimido como intrínsecos a la persona o al menos a su estado y, por la tanto, con relativa independencia en el contexto en que se expresen.

Para construir una perspectiva interaccional es necesario poder centrar la atención en los fenómenos comunicacionales: —Estar deprimido es ante todo, un modo de comunicar algo al mundo y a sí mismo||

Si en la formación del guión personal intervienen eminentemente el guión parental, es de suponer que en la depresión identificar los esquemas de vulnerabilidad interpersonal (esquemas relacionales) como: la falta de habilidades, la excesiva dependencia interpersonal, inhibición interpersonal es importante para las intervenciones terapéuticas.

Falta de habilidades sociales.- las personas deprimidas, tanto como niños como adultos, tienden a evaluar sus habilidades sociales más negativamente que las personas que no padecen depresión, la discrepancia entre la auto-percepción y la percepción de los demás es un aspecto que se tiene que evaluar. Un riesgo de la falta de las habilidades sociales es la —búsqueda de feedback negativo|| que es la tendencia a buscar criticismo y otras formas de un feedback negativo de otros, especialmente de las relaciones íntimas. Esta falta de habilidades sociales opera como factor de riesgo cuando se involucra la autoestima, es decir la persona la persona crea un nivel de desempeño que al no ser cumplido puede desencadenar la depresión. Nos referimos a la autoestima como un valor relacional, como resultado de una síntesis del modo que cada persona se evalúa, así siempre tenemos una representación de nuestro propio valor en distintos aspectos, y este valor es el resultante de: a) lo que una cree que vale. b) lo que uno cree que los demás evalúan de uno. Se puede decir que las personas que tienen una autoestima baja son atraídas por un feedback negativo, aun cuando pueden realizar un feedback neutral o positivo, es posible que la necesidad de obtener constancia interna es más fuerte y supera el dolor de recibir un feedback negativo.

Excesiva dependencia interpersonal.- investigaciones muestran que las personas deprimidas no despiertan rechazo interpersonal sino hasta que se vuelve en ellos marcada la búsqueda de reaseguro, conocida como —excesiva búsqueda de reaseguro||. (Joiner, 2002). Por esta razón es importante poder identificar al otro significativo a quien se reitera ese pedido que puede ser moncorde y obsesivo, y poder determinar si se reitera por el carácter insistente o por no ser escuchado por el otro significativo. Dentro de perspectiva interaccional es necesario observar e identificar las características de dependencia dentro de un circuito comunicacional

Inhibición interpersonal.- se sabe que la falta de asertividad es un predictor de depresión mayor, como también la timidez y la fobia social son factores de riesgo

para la depresión. Y para que estas características desencadenen depresión necesitamos que esté presente en un contexto una baja cohesión, poca o nula movilidad. Cuando la persona siente poca nutrición, poco sostén emocional y la vivencia de que esta situación no es modificable en los plazos que se espera, entonces es evidente que los signos de depresión se expresen, al mismo tiempo importante remarcar que estas vivencias son productos de las representaciones del sujeto y no una descripción objetiva.

Cuando el sujeto opera con un feedback negativo, excesiva búsqueda de reaseguro, falta de asertividad, timidez, estos sujetos pueden haber llegado a cansar a su entorno, o a no contar con las posibilidades de recurrir a nuevos significativos. Esto es agotan con su queja a su pareja, amigos, familia, y consecuentemente se instala un círculo de interacción negativo, entonces más carenciados se sienten, mas aumenta su reclamo, más se repliegan a los otros significativos estableciendo un círculo devastador a lo cual los síntomas son el último refugio.

Identificar los factores desencadenantes y los agentes de mantenimiento, es imprescindible, pues para que se presente un trastorno depresivo no solo es necesaria la presencia de esquemas de vulnerabilidad, también son necesarios los factores desencadenantes y los agentes de mantenimiento sin los cuales la reacción depresiva tiende a extinguirse. Los factores desencadenantes están constituidos por la significación particular que el sujeto le otorga a los acontecimientos. No es la pérdida afectiva o potencial en si misma lo que desencadena la depresión, sino el modo en que las personas estructuran cognitivamente la significación que le asignan.

Las disfuncionalidades de las construcciones es una cuestión en grados. Cuando el grado de la disfuncionalidad es mínimo, la persona siente el soporte de una gratificación adecuada para continuar con su plan de vida, lo que le permite tener expectativas de en un futuro poder recuperar el equilibrio necesario faltante.

En toda depresión la victimización propia y de los demás opera como factor de mantenimiento. Una perspectiva interaccional requiere considerar el rol de los otros significativos en la vida de la persona deprimida y en sus problemas, pero no desde la victimización de la persona deprimida, ni de los otros. Más bien resulta necesario considerar que todos han sido atrapados en circunstancias difíciles y el

modo en que las enfrentan o actúan tiende a perpetuar más que a modificar las conductas depresivas.

La perspectiva interaccional nos invita a reformular la vulnerabilidad cognitiva, constructo central en las teorías cognitivas de la depresión tomando en cuenta las representaciones de la persona deprimida y centrando los problemas que le acarrea su modo de vivir, sin victimizar ni a unos ni a otros.

Entre una de las expresiones límites del quiebre del guión, se encuentra el suicidio. Datos estadísticos mencionan que: La conducta suicida se encuentra dentro de las 5 primeras causas de muertes entre 15 y 19 años (MINSAL, 2007). Los hallazgos sobre conducta suicida en jóvenes resultan preocupantes. Se estima que por cada suicidio consumado, hubo entre 10 y 20 intentos previos (Rojas, 2008). En la Ciudad de Biblián existen datos estimables sobre suicidios e intentos de suicidios registrados. Hace dos años se reporta un caso de una adolescente que se quitó la vida porque —en la familia no la querían||. Lo que revela que el suicidio no es algo que sucede fuera y lejos de nuestra convivencia.

2.3. Otros Aportes Que Explican La Depresión

2.3.1 Modelo Psicoanalítico

Dentro de los aportes psicológicos, S. Freud en 1983 formuló algunas hipótesis sobre la melancolía. En —Duelo y Melancolía|| (1917) diferencia las reacciones depresivas anormales (melancolía) de las debidas a la pérdida de un ser querido (duelo); ambas son respuestas a la pérdida de un objeto amado en las que aparece la tristeza acompañada por un dolor profundo, falta de interés por el mundo externo, pérdida de la capacidad de amar e inhibición de la actividad. Pero a diferencia del duelo, la melancolía supone una disminución marcada de la autoestima y origina autorreproches así como expectativas de castigo; debido a que el melancólico desconoce la naturaleza de su pérdida, no puede reconocer la causa de su tristeza.

Freud (1917) considera la depresión (melancolía) como el duelo patológico por la pérdida del objeto amado. El duelo es la respuesta sana que se produce en nosotros ante una pérdida significativa. Sin embargo a veces esta respuesta puede ser patológica; entonces podremos estar hablando de melancolía. Aunque los síntomas externos de un proceso de duelo y de la melancolía son parecidos, en la melancolía se pierde un objeto con el cual se mantiene un vínculo narcisista, produciendo una gran perturbación del sentimiento yoico (baja autoestima). Los reproches y la agresividad que la persona dirige hacia él, en realidad son reproches hacia el objeto amado, objeto con el cual se ha identificado el yo. Esta identificación del yo con el objeto perdido es debido a que la libido que antes lo investía no se ha desplazado hacia otro objeto de amor, si no que se invierte sobre el Yo y sirve para establecer, esa identificación entre el Yo y el objeto perdido. De esa manera la pérdida del objeto amado se vive como pérdida del Yo y el conflicto original entre el Yo y el objeto amado se convierte en conflicto entre el Yo crítico y el Yo alterado por la identificación.

En el proceso de duelo normal la libido restante se desplaza hacia otro objeto de amor, pero en la melancolía debido a una fuerte fijación en el objeto de amor, y a una predominancia de elección de objeto narcisista, esa libido inviste a una parte del Yo que entonces puede ser juzgada como un objeto.

El Yo se puede dar muerte si se trata a él mismo como un objeto, un objeto al que se ama ambivalente es decir se le ama y se le odia a la vez.

La manía se ha considerado una defensa, una negación a la reacción melancólica. En las fases maniacas el Yo ha vencido la pérdida por que se niega la importancia que tenía para nosotros el objeto y la libido a diferencia de la melancolía en donde se revestía al Yo, queda disponible y con ello el maniaco busca vorazmente nuevas investiduras del objeto.

Melanie Klein (1952) resalta la importancia de la elaboración de la posición depresiva para afrontar futuras pérdidas. En el duelo normal así como en el patológico y en los estados maniacos-depresivos, se reactiva la posición depresiva infantil. La diferencia esencial es que los enfermos maniacos-depresivos y los depresivos no han sido capaces en la temprana infancia de introyectar, establecer

objetos buenos internos y de sentir seguridad en su mundo interno; por ello fracasan en el trabajo del duelo.

Klein señala tres sentimientos en la vivencia maniaca: posesión y dominio de objeto, triunfo sobre él y depresión absoluto sobre él. El control, el triunfo y el desprecio sobre el objeto son defensas que transitoriamente ayudan a no sentir la pérdida del objeto y los sentimientos que ello suscita, pero tarde o temprano el duelo maniaco desembocara en depresión.

2.3.2 Modelo Cognitivo- Conductual.

Las teorías cognitivo-conductuales se originan a partir del final de la década de los cincuenta (Beck, 1963; Ellis, 1957-1962; Lewinsohn, 1974; Seligman, 1975).

La TREC aporta dos aspectos muy importantes al estudio de la depresión y la ansiedad:

1. La rigidez y exigencia absolutista de la filosofía básica del paciente es la causa principal de la perturbación emocional, y de ella se derriban todo tipo de conclusiones y distorsiones cognitivas
2. Existen dos formas de ansiedad: ansiedad del ego versus ansiedad situacional, la primera está estrechamente relacionada con la depresión, la segunda, menos grave pero más común que la primera, se relaciona con situaciones de incomodidad o baja tolerancia a la frustración.

Ellis (1957, 1958, 1962) el eje principal de la ansiedad y de la depresión son la tiranía de los deberías, es decir el pensamiento o filosofía grandiosa, rígida y dogmática del paciente, y no las inferencias o distorsiones cognitivas que estos modelos atribuyen como su causa más importante. La TREC diferencia claramente entre los que denomina sentimientos —apropiados|| o —racionales||, como tristeza, irritación y pesar, y los inapropiados —inapropiados|| o —irracionales||, como depresión, ira y auto-condena, ante privaciones y pérdidas similares, y atribuye como causa principal a los segundos, características de rigidez, absolutismo y dogma en el pensamiento o la filosofía básica del paciente.

Considera también que es de esta filosofía de donde se derivan las distorsiones cognitivas como sobre-generalización y desesperanza.

La TREC sostiene que si las personas simplemente desean o prefieren obtener metas en la vida, cualquiera que sea como tener un buen trabajo, ser buen estudiante, cuando fallan se siente profundamente triste y apesadumbrado pero no deprimido, aun si piensan que continuaran fallando. Sin embargo cuando consciente o inconscientemente, sus deseos o preferencias progresan a exigencias y dogmas convenciéndose de que —deben||, bajo cualquier circunstancia y en cualquier momento conseguir el éxito, crean su propia depresión al fracasar, y es a partir de este marco de referencia absolutista desde donde más tarde se derriban la inferencias o distorsiones cognitivas, como la autodevaluacion, la certeza errónea de que nunca tendrán éxito.

Con respecto a la depresión, la terapia cognitiva describe (Aron Beck, 2003; Rush, Shaw y Emery, 1979) los tres patrones de pensamiento que denomina —triada cognitiva|| como la causa de los otros signos y síntomas del síndrome depresivo

- 1) Cuando se ven a sí misma de forma negativa.
- 2) Cuando ven su medio ambiente de forma negativa.
- 3) cuando ven el futuro de forma negativa.

Los esquemas cognitivos disfuncionales pueden permanecer latentes durante un largo período de vida y activarse cuando la persona se enfrenta a acontecimientos ambientales específicos, a medida que la depresión aumenta los pensamientos disfuncionales llegan a dominar al paciente de tal forma que aún sin haber correlación entre las situaciones reales y las interpretaciones erróneas, las emociones negativas del paciente se hacen cada vez más absolutas, llegando a ser extremadamente difícil concentrarse en estímulos externos. En pacientes depresivos los esquemas cognitivos se centran frecuentemente en temas específicos de vulnerabilidad a la pérdida y al abandono.

Los errores en el procesamiento de la información hacen que los pacientes depresivos tienden a interpretar los estímulos o respuestas basados en:

- Magnificación – minimización: magnificar lo malo y minimizar lo bueno.

- Abstracción selectiva: valorar las situaciones o el entorno solo en base a una persona, hecho o acontecimientos, el mismo que suele ser negativo.
- Pensamiento dicotómico: valorar las cosas en los dos extremos opuestos —todo o nada||, —blanco o negro||.
- Personalización: todo lo que sucede en el entorno está dirigido hacia ellos. Actitud paranoica.
- Arbitraria inferencia: análisis superficial de las cosas que lleva a una conclusión negativa aunque no exista evidencia de ella o incluso siendo contraria.
- Sobregeneralización: elaborar reglas generales o conclusiones basados en un solo hecho, y aplicarlas a situaciones relacionadas o no al mismo.

La teoría del auto refuerzo y del autocastigo considera que la misma persona crea su propia depresión al administrarse bajas dosis de autorrefuerzo positivos y altas dosis de autocastigo (Werner y Rehm, 1975). Por otra parte Lewinsohn (1974) considera que un factor esencial en la depresión es la carencia de acontecimientos agradables y de refuerzos contingentes positivos en la vida de la persona.

El enfoque constructivista adoptado por el modelo cognitivo no es radical, que postula la inexistencia de una única realidad y que las realidades son totalmente construidas por la persona (subjetivas), sino el moderado, que plantea la acción combinada de los estímulos externos o sea objetivos, y más los esquemas personales (subjetivos) en la configuración del mundo percibido. Entonces podríamos decir que, aunque acepta una realidad, reconoce que cada persona percibe en forma diferente y esto la hace en sentido absoluto, único, pero puede ser socialmente acordado, y culturalmente definida. (Beck, J.1995; citado por (Obst Camerini, 2008, p. 149)

De esta manera el comportamiento del individuo está basado en esquemas (formas de percibir la realidad que incluye creencias y emociones), estos esquemas suelen adquirirse en la infancia. —Al desencadenarse la depresión (sea debido a presiones

psíquicas o a cualquier desequilibrio bioquímico, a la estimulación del hipotálamo o a cualquier otro agente), se activa un conjunto de estructuras cognitivas alteradas que se desarrollan en un momento temprano del desarrollo|| (Heman, pág. 16). Además esta teoría reconoce en las personas la predisposición a determinadas formas de distorsión cognitiva, la que denomina —vulnerabilidades cognitivas||, que a su vez las predispone a determinados síndromes. En el sexto axioma describe: la psicopatología es el resultado de significados inadaptados contruidos en relación a uno mismo, el contexto ambiental, y el futuro. Cada síndrome clínico tiene significados inadaptados característicos asociados con los componentes de la triada cognitiva.

2.3.3 Modelo Sistémico.

El modelo sistémico estudia el papel que desempeña la depresión y su función para la homeostasis familiar

En la teoría general de los sistemas expuesta por Ludwing Von Bertalanffy (1901-1972) postula que un sistema es un conjunto recíprocamente relacionadas que conforman un todo. Una unidad compleja que no puede ser descrita en términos de sus elementos separados. Par la comprensión de los sistemas es necesario considerar el todo en su unidad, las interrelaciones de sus subsistemas, así como las interconexiones de otros sistemas.

Los sistemas pueden ser cerrados o abiertos, según el tipo de intercambio que establece con su entorno. En los sistemas abiertos como lo es el ser humano se considera que sus propiedades no son atribuibles a la simple adición de las propiedades de sus partes o componentes, el todo el más que la suma de las partes. Habrá también que considerar el continuo flujo de sentimientos provenientes de las relaciones con el ambiente. La alteración de un elemento de un sistema afectara a otros elementos del propio sistema y también a los otros. Por ejemplo, cualquier modificación a nivel del macrocosmos y del entorno físico-ambiental afectara al ser humano. Así mismo en el propio sistema humano, modificaciones a nivel del sistema nervioso, en el estado de ánimo del sujeto, repercutirá en sus hormonas y en su sistema inmune y a la inversa como la plante hoy la pisconeuroinmunoendocrinología.

Minuchin y Fishman (1985) al referirse a la Familia la concibe como un sistema abierto, como una totalidad. Cada uno de los miembros está íntimamente relacionado y, por lo tanto, la conducta de cada uno influirá en los demás.

La familia se subdivide en sub-sistemas. Estos, a su vez, se agrupan de acuerdo a la relación que mantienen entre sí. Las relaciones que se establecen en la familia son:

Simétricas: aquellas en las que se actúa de manera igualitaria. Por ejemplo, el sub-sistema de los hermanos o el subsistema marido-mujer.

Complementarias: aquellas en las que hay asimetría en la relación. Por ejemplo, las relaciones madre-hijo.

Los conflictos y los cambios forman parte de la vida familiar. Cada familia se transforma con el correr del tiempo y debe adaptarse y reestructurarse para seguir desarrollándose. Pero siempre existe cierta fuerza llamada —homeostasis|| que dificulta el cambio. La homeostasis es la tendencia de la familia a permanecer igual, a no cambiar. A su vez, también existe la —morfostasis|| que es la que posibilita el cambio, es decir, permite que la familia se adapte a nuevas situaciones.

La familia puede identificar a uno de sus miembros como —el que causa el conflicto||, al que se suele señalar como —el portador del síntoma||. Este suele ser el más vulnerable.

Familias de tipo Huésped en donde un adolescente huésped es por definición miembro de una familia. Por ejemplo la ubicación temporal de un menor por un tiempo determinado. Un problema potencial en esta configuración es que en ocasiones la familia se organiza como si no fuera huésped. El adolescente es incorporado al sistema familiar.

Virginia Satir menciona:

"Cuando los adultos cercanos al niño saben ser sinceros unos con otros, y asumir la responsabilidad de lo que piensan o sienten, el niño se beneficia de esta honestidad y tiene mayor libertad de elegir porque también a su vez puede ser honesto. Ser sincero con alguien no significa que hay que quererlo. No se puede esperar que los padres que estuvieron casados sigan amándose, pero si pueden ser sinceros y no cargar a los hijos con sus problemas". (Virginia Satir, 1988)

En las familias con adolescentes, posiblemente los problemas de control se ligan con la incapacidad de los progenitores para pasar del estadio de padres solícitos de niños pequeños al de padres respetuosos de adolescentes. En familias con hijos delincuentes, el control de los progenitores depende de su presencia. Las pautas de comunicación tienden a ser caóticas en estas familias.

De allí que las fallas vinculares tempranas pueden ocasionar trastornos por déficit. Refiriéndose a un modo de funcionamiento que puede estar presente en distintos cuadros como en sujetos con graves alteraciones en su carácter o en su identidad (Fonagy, 1999). Sujetos que presentan carencias en la regulación afectiva y en la capacidad para responder a los estímulos en forma adecuada, como consecuencia de heridas tempranas infantiles. Habría una falta de capacidad para percibir, discriminar, y reconocer los estados mentales propios y de los demás. Esto se las denomina fallas de mentalización o —función reflexiva‖ el sujeto posee una fragilidad en su Yo con dificultad para discriminar sus propios límites, los límites entre psique y soma; entre realidad y fantasía.

Ello genera estados de ansiedad, depresión, baja tolerancia a la frustración, descontrol de los impulsos, actings, inestabilidad, dificultad para sublimar y registrar las necesidades de los otros, carencias de autonomía. Estas características encubren una inmensa necesidad de afecto, comprensión y sostén. (Dobourdieu, 2008)

2.3.4 Modelo Humanista

Las teorías humanistas constituyen la tercer fuerza en la historia de la psicología (Nye, 2002) Concibe al hombre como un potencial a desarrollarse para lograr la autorrealización y el no conseguir esta autorrealización puede llevar al hombre a la enfermedad.

El sentido de vida surge por la necesidad de dar solución a los problemas que tiene. Cuando el ser humano se enfrenta a los supuestos básicos de la existencia: la libertad, el aislamiento, la carencia del sentido vital y la muerte, entra en conflicto y angustia existencial. Se entiende la existencia como singularidad, autonomía, un sentido de libertad y responsabilidad. Pero cuando surge la angustia, la impotencia, la desesperación, el quebranto y la culpa, es cuando el ser humano presenta una depresión.

Las teorías existencialista ven a la depresión como una pérdida de la autoestima, y los teóricos humanistas destacan la diferencia entre el Yo ideal de la persona y su percepción del Yo real; si la diferencia es demasiado grande aparece la depresión. Para la teoría humanistas-existencial, la depresión es una falta de sentido de vital y de propósitos en la vida, lo cual juega un papel importante en el desarrollo de las neurosis. A las neurosis se lo entiende como un sufrimiento del alma que no ha descubierto su significado.(Sartre,1949)

Para la corriente humanista existencial (Viktor Frank, 1991) la depresión es considerada como un vacío existencial el mismo que es causado por:

Causas psicológicas: relacionadas con la búsqueda de un sentido de vida.

Causas filosóficas: referente a una reflexión sobre el sentido de vida.

Causas culturales: con respecto a obstáculos que ofrece la cultura para buscar el sentido de vida.

Causa sociales: el sentido de pertenencia que tiene el individuo con respecto a la sociedad.

Carl Rogers: es el representante de los psicólogos humanistas. Su teoría refleja la preocupación por el bienestar humano y su profunda convicción de que la humanidad es básicamente —buena||, que se mueve hacia adelante y que es confiable. Una de las contribuciones importantes de la perspectiva humanista es la visión positiva del individuo. Dentro de sus afirmaciones decía que el ser humano como todos los seres vivos, están dirigidos por una tendencia innata a sobrevivir y afirmarse, llegar al mayor límite posible.

El individuo deprimido siente que no posee en sí mismo medios para el cambio de concepto de sí mismo (autoconcepto), el terapeuta debe proporcionar un clima de actitudes psicológicas favorables para que el paciente pueda explorar dichos medios. (Psicología Neohumanista., 2010)

2.4 Conclusiones

En la población adolescente los síntomas clínicos de la depresión tienen un tinte muy distintivo que la población en general. Al presentarse el quiebre del guión personal en el adolescente lo deja vulnerable a desarrollar un trastorno depresivo que le resultaría muy difícil recuperarse si no existe una intervención directa del vínculo familiar como agente favorecedores de recuperación o lo que es lo mismo una representación positiva de los esquemas relacionales.

Capítulo 3

Análisis de los datos y resultados “Niveles de depresión en los adolescentes de la Cantón de Biblián

El presente capítulo contiene los resultados de la aplicación práctica de la evaluación de los niveles de depresión de los adolescentes del noveno año de Educación Básica de los colegios del Cantón de Biblián periodo 2011- 2012. Este capítulo presenta el análisis estadístico, cumpliendo así el objetivo general de la investigación, obteniendo importante información que proporciona conocimiento de la realidad en la población adolescente que facilitará la creación de un programa de trabajo grupal.

3.1 Metodología.

Universo y Muestra

Se trabajó con todos los alumnos del noveno año de básica entre 11 y 16 años de ambos sexos del Cantón Biblián (Colegios Nelson Izquierdo de Nazon, Dr. Camilo Gallegos Domínguez y el Instituto José Benigno Iglesias), en total fueron 117 jóvenes.

La selección de los alumnos del noveno año de Básica se lo realizó considerando que existe mejor adaptabilidad en estos años de básica a diferencia de los púberes del año inferior.

Procedimiento.-Se inició con la revisión bibliográfica respectiva para escoger las pruebas a utilizar. Luego se solicitó la autorización escrita en los colegios, y a cada estudiante se pidió su participación manifestándoles que su colaboración es totalmente voluntaria, y se procedió a aplicar los test.

Se empleó el procedimiento analítico sintético, que es la que permite resumir y presentar de mejor manera la información obtenida a partir de los datos y se utilizó el análisis estadístico para la interpretación de los mismos.

Escalas Utilizadas

La escala de síntomas depresivos fue diseñada originariamente por investigadores del Centro de Estudios Epidemiológicos del Instituto Nacional de Salud Mental de Estados Unidos. Los veinte ítems que la integran se extrajeron de cinco escalas de depresión usadas hasta entonces.

La escala de depresión de Zung (1965).

La escala de depresión de Beck (1961).

Partes de la escala de depresión el MMPI (1960)

La escala de Raskin (1970).

La lista de síntomas de Gardner (1968).

Los ítems que la integran evalúan los principales componentes de sintomatología depresiva que, de acuerdo con Radloff (1977), incluyen: Humor depresivo, sentimientos de culpa y desesperanza, sentimientos de indefensión, pérdida del apetito, perturbaciones en el dormir y retardo psicomotor. De los 20 ítems que la integran, dieciséis hacen referencia a vivencias o aspectos negativos, en tanto que los cuatro restantes tienen una connotación positiva. Se pregunta a quienes la responden acerca de la frecuencia con que han experimentado cada uno de los síntomas durante —la semana pasado o anterior||. Las respuestas se sitúan en una escala de cuatro categorías:

Menos de 1 día se asigna cero puntos. 1-

2 días se asigna un punto.

3-4 ías se asignan dos puntos

5-7 días se asignan tres puntos.

Las respuestas a los ítems positivos se evalúan de forma inversa a los restantes. Se obtiene un puntaje total a partir de la suma de las respuestas a cada uno de los veinte ítems.

Esta escala fue puesta a prueba por primera vez en un trabajo de campo comunitario realizado en la década setenta y en un estudio concretado con pacientes psiquiátricos. Los análisis estadísticos realizados verificaron que poseía una alta consistencia interna así como confiabilidad test-retest. La confiabilidad y la validez con adolescentes se realizó en varias ocasiones: con 285 alumnos secundarios de una escuela católica privada mediante la técnica test-retest (seis meses después) se encontró un coeficiente de confiabilidad de 0,50 en varones y de 0,62 en mujeres.

Wells, Klerman y Deykin (1987) administraron la escala a una muestra de 424 estudiantes de 16 a 19 años, en la ciudad de Boston: Obtuvieron altas correlaciones entre cada ítem y el puntaje total, que oscilan entre 0,33 y 0,69.

Casullo y col, 1991 validó la escala para población adolescente de Argentina en donde le permite aislar 3 factores como son:

Factor 1: sentirse deprimido, triste, temeroso, solo, con ganas de llorar. Depresión afectiva.

Factor 2: Problemas para dormir y pérdida del apetito, hipoactividad. Síntomas somáticos.

Factor 3: Afectos positivos.

En este estudio la confiabilidad test-retest es superior a 0,50, la consistencia interna 0,87. Los datos consignados permiten afirmar que la escala tiene validez empírica, dado que los valores promedio entre los grupos contrastados son marcadamente diferentes.

En el estudio realizado por la Magister Martha Cobos en la Ciudad de Cuenca en nuestro país la confiabilidad del test es de , y la consistencia , estos datos permite afirmar que el test tienen validez empírica.

El inventario de problemas interpersonales de Horowitz, L y colaboradores.

Se ha utilizado para la evaluación de esquemas relacionales. El mismo que consta de 127 ítems de problemas que las personas suelen tener cuando se relacionan con otras personas.

El Inventario de Problemas Interpersonales de Horowitz, L y Colaboradores. Consta de 127 ítems, en donde la persona debe ir señalando en la hoja de respuestas con puntuaciones de 0 a 4 según considere que ese ítem es un problema para el sujeto.

El análisis del inventario de problemas interpersonales mide:

- a. Expectativas de sí mismo, identificando las expectativas positivas o negativas.
- b. Expectativas de la conducta de los otros, positivas o negativas.

Con la siguiente escala:

0 = para nada

1 = un poco

2 = moderado

3 = bastante

4 = mucho.

El Inventario de Problemas Interpersonales de Horowitz, L y colaboradores contiene un cuadernillo y una hoja de respuestas que facilita la calificación, este inventario fue traducida al español por la fundación AIGLE con la debida autorización para las investigaciones de esquemas relaciones en adultos.

Para el procesamiento y análisis de los resultados se utilizó el programa SPSS 18.5.

3.2 Análisis

Características de la muestra: En este estudio los test fueron administrados a 117 estudiantes secundarios comprendidos entre las edades de 11 a 16 años, con una media que corresponde a 13años. Tabla N° 1.

Tabla N°1. EDAD

EDAD	Frecuencia	Porcentaje
11 años a 11 años 11 meses	3	2,6%
12 años a 12 años 11 meses	26	22,2%
13 años a 13 años 11 meses	48	41,0%
14 años a 14 años 11 meses	27	23,1%
15 años a 15 años 11 meses	11	9,4%
16 años a 16 años 11 meses	2	1,7%
Total	117	100,0

Según el sexo la muestra estaba conformada por 61 (52,1% de mujeres) y 56 (47,9%) de varones. Tabla N°2

Tabla N°2. SEXO

SEXO	Frecuencia	Porcentaje
Válidos Masculino	56	47,9%
Femenino	61	52,1%
Total	117	100,0%

Según la procedencia de su domicilio se puede apreciar que 83 (70,9) alumnos son de la zona rural y 34 (29,1) son de la zona urbana. Tabla N° 3.

TABLA N° 3. DOMICILIO

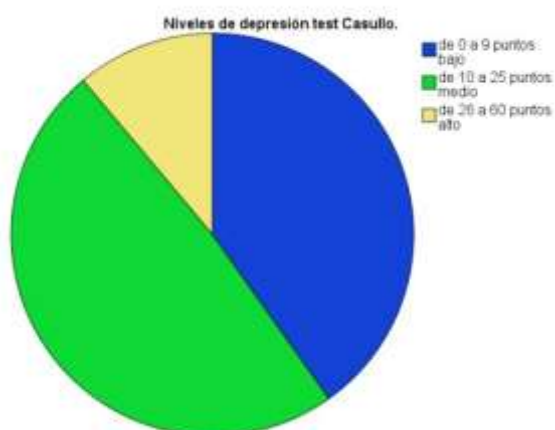
DOMICILIO		Frecuencia	Porcentaje
Válidos	Rural	83	70,9%
	Urbano	34	29,1%
	Total	117	100,0%

En segundo lugar se realiza el análisis de los niveles de depresión

Según la Escala de Depresión elaborada por Casullo y cols (1999). Presenta una media de 17 equivalentes a signos medios de depresión. Se observa que 47 (40,2%) de adolescentes presentan niveles bajo de depresión, 57 (48,7%) presentan niveles medios de depresión y 13 (11,1) presentan niveles altos de depresión. Tabla N° 4.

TABLA N°4. NIVELES DE DEPRESIÓN, TEST CASULLO

NIVELES DE DEPRESION		Frecuencia	Porcentaje
Válidos	de 0 a 9 puntos bajo	47	40,2%
	de 10 a 25 puntos medio	57	48,7%
	de 26 a 60 puntos alto	13	11,1%
	Total	c117	100,0%



En el análisis de la depresión según el sexo se observó mayores puntajes en el sexo femenino que en el masculino. En el sexo femenino existe un 14,8% de mujeres con puntajes altos, frente a un 7,1% en los varones del total de participantes. Además, un chi-cuadrado de $p= 0,016$ lo que demuestra que existe una correlación significativa entre el sexo femenino y la depresión.

Tabla. N° 5

TABLA NO. 5 RELACIÓN ENTRE DEPRESIÓN Y SEXO.

SEXO			de 0 a 9 puntos bajo	Depresión. de 10 a 25 puntos medio	de 26 a 60 puntos alto	Total
Sexo	Masculino	Recuento	30	22	4	56
		% de Sexo	53,6%	39,3%	7,1%	100,0%
	Femenino	Recuento	17	35	9	61
		% de Sexo	27,9%	57,4%	14,8%	100,0%
Total		Recuento	47	57	13	117
		% de Sexo	40,2%	48,7%	11,1%	100,0%

Analizando las variables depresión y el grupo familiar del adolescente obtenemos que los niveles altos de depresión se encuentra en aquellos adolescentes que viven solo con hermanos, en un 100%; con abuelos, hermanos y otros familiares (primos) 33,3%; y con ambos padres y hermanos 14.6%. Un chi-cuadrado de $P=0,028$ lo que muestra que existe una significativa relación entre el grupo de convivencia y la depresión, Tabla N°6

TABLA NO. 6 RELACIÓN ENTRE LA DEPRESIÓN Y FAMILIA.

GRUPO FAMILIAR			DEPRESIÓN			TOTAL
			de 0 a 9 puntos bajo	de 10 a 25 puntos medio	de 26 a 60 puntos alto	
Grupo familiar	Ambos padres/ hermanos	Recuento	20	15	6	41
		% de Grupo familiar	48,8%	36,6%	14,6%	100,0%
	Madre /otros familiares	Recuento	5	7	1	13
		% de Grupo familiar	38,5%	53,8%	7,7%	100,0%
	madre y hermanos	Recuento	17	18	1	36
		% de Grupo familiar	47,2%	50,0%	2,8%	100,0%
	Tíos /hermanos y otros.	Recuento	3	8	1	12
		% de Grupo familiar	25,0%	66,7%	8,3%	100,0%
	Abuelos/her manos y otros.	Recuento	1	5	3	9
		% de Grupo familiar	11,1%	55,6%	33,3%	100,0%
	Solo con los hermanos	Recuento	0	0	1	1
		% de Grupo familiar	,0%	,0%	100,0%	100,0%
	Padre y otros	Recuento	1	4	0	5
		% de Grupo familiar	20,0%	80,0%	,0%	100,0%
Total		Recuento	47	57	13	117
		% de Grupo familiar	40,2%	48,7%	11,1%	100,0%

En el análisis de la migración en relación con la depresión se observa que el puntaje más alto de depresión (25,0%) se encuentra en aquellos donde migró ambos padres, un 6,7% de puntajes altos se encuentra en donde migraron hermanos significativos para los chicos y 13,0% de depresión alta, presentan adolescentes de quienes sus padres no migraron. Además, un chi-cuadrado de $P=0,132$ y una frecuencia mínima esperada inferior a 5. Tabla N°7

TABLA NO. 7 RELACIÓN ENTRE MIGRACIÓN Y DEPRESIÓN.

Migración			Depresión.			Total
			de 0 a 9 puntos bajo	de 10 a 25 puntos medio	de 26 a 60 puntos alto	
Migración	No hay migración	Recuento	21	19	6	46
		% de Migración	45,7%	41,3%	13,0%	100,0%
	Solo el padre	Recuento	16	18	1	35
		% de Migración	45,7%	51,4%	2,9%	100,0%
	Solo la madre	Recuento	1	0	0	1
		% de Migración	100,0%	,0%	,0%	100,0%
	Ambos padres	Recuento	3	12	5	20
		% de Migración	15,0%	60,0%	25,0%	100,0%
	Hermanos	Recuento	6	8	1	15
		% de Migración	40,0%	53,3%	6,7%	100,0%
	Total	Recuento	47	57	13	117
		% de Migración	40,2%	48,7%	11,1%	100,0%

En el análisis de depresión y edad, un porcentaje alto según este estudio se presenta en adolescentes de 15 años a 15 años 11 meses (45,5%) y en adolescentes que cursan entre 13 años (12,5%.) se evidencia un Chi- cuadrado significativo de $P=0,038$. lo que demuestra que no existe una correlación directa, entre mayor edad mayor manifestación de trastorno depresivo. Este análisis se lo ha realizado por la variabilidad de edad en noveno de básica que existe en el Cantón Biblián. Tabla N° 8.

TABLA N° 8. EDAD Y LA DEPRESIÓN.

EDAD			Depresión.			Total
			de 0 a 9 puntos bajo	de 10 a 25 puntos medio	de 26 a 60 puntos alto	
Edad	11 años a 11 años 11 meses	Recuento	1	2	0	3
		% de Edad	33,3%	66,7%	,0%	100,0%
	12 años a 12 años 11 meses	Recuento	14	12	1	27
		% de Edad	51,9%	44,4%	3,7%	100,0%
	13 años a 13 años 11 meses	Recuento	18	24	6	48
		% de Edad	37,5%	50,0%	12,5%	100,0%
	14 años a 14 años 11 meses	Recuento	12	13	1	26
		% de Edad	46,2%	50,0%	3,8%	100,0%
	15 años a 15 años 11 meses	Recuento	1	5	5	11
		% de Edad	9,1%	45,5%	45,5%	100,0%
	16 años a 16 años 11 meses	Recuento	1	1	0	2
		% de Edad	50,0%	50,0%	,0%	100,0%
Total		Recuento	47	57	13	117
		% de Edad	40,2%	48,7%	11,1%	100,0%

En el análisis de domicilio y depresión encontramos puntajes alto de depresión en aquellos chicos de la Zona Rural con un 14,3% frente a 3,0% de chicos de la Zona Urbana Con un valor Chi-cuadrado de $P= 0,213$, lo expresa que no existe valor significativo entre depresión y lugar de origen. Tabla N°9

TABLA N° 9.TABLA DE DOMICILIO * DEPRESIÓN.

DOMICILIO			Depresión.			Total
			de 0 a 9 puntos bajo	de 10 a 25 puntos medio	de 26 a 60 puntos alto	
Domicilio	Rural	Recuento	32	40	12	84
		% de Domicilio	38,1%	47,6%	14,3%	100,0%
	Urbano	Recuento	15	17	1	33
		% de Domicilio	45,5%	51,5%	3,0%	100,0%
Total		Recuento	47	57	13	117
		% de Domicilio	40,2%	48,7%	11,1%	100,0%

En el análisis de depresión y esquemas relaciones (expectativas sobre la propia conducta) se evidencia que existen en el nivel alto de depresión problemas de interrelación en expectativas sobre su propia conducta en un 53.8% Un chi-cuadrado de $p = 0,038$. Tabla N° 10.

TABLA NO 10. TABLA DE ESQUEMAS RELACIONALES (EXPECTATIVAS SOBRE LA PROPIA CONDUCTA) DEPRESIÓN.

Esquemas relacionales(expectativas sobre la propia conducta)		Depresión.			Total
		de 0 a 9 puntos bajo	de 10 a 25 puntos medio	de 26 a 60 puntos alto	
no se logra identificar	Recuento	5	5	1	11
	% dentro de Depresión.	10,9%	8,6%	7,7%	9,4%
positiva hacía expectativas propias	Recuento	26	23	5	54
	% dentro de Depresión.	56,5%	39,7%	38,5%	46,2%
negativa hacia expectativas propias	Recuento	15	30	7	52
	% dentro de Depresión.	32,6%	51,7%	53,8%	44,4%
Total	Recuento	46	58	13	117
	% dentro de Depresión.	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

En el análisis de depresión y esquemas relaciones (expectativas sobre la conducta de los otros) se evidencia que existe en el nivel alto de depresión expectativas positivas sobre la conducta de los otros en un 38.5% y expectativas negativa sobre la conducta de los otros 46.2%. Un chi- cuadrado de $p=0,914$. Lo que mostraría que en el trastorno depresivo la interrelación con el otro no es de prioridad para el sujeto. Tabla N° 11.

TABLA N. 11. TABLA DE ESQUEMAS RELACIONALES (EXPECTATIVAS DE LOS OTROS) * DEPRESIÓN.

Esquemas relacionales (expectativas de los otros)		Depresión.			Total
		de 0 a 9 puntos bajo	de 10 a 25 puntos medio	de 26 a 60 puntos alto	
No se identifica	Recuento	7	7	2	16
	% dentro de Depresión.	15,2%	12,1%	15,4%	13,7%
Expectativas positivas hacia la relación con los otros	Recuento	21	23	5	49
	% dentro de Depresión.	45,7%	39,7%	38,5%	41,9%
Expectativas negativas hacia la relación con los otros.	Recuento	18	28	6	52
	% dentro de Depresión.	39,1%	48,3%	46,2%	44,4%
Total	Recuento	46	58	13	117
	% dentro de Depresión.	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

3.3 Discusión

El estudio sobre depresión realizado en los Novenos años de Educación Básica de los Colegios del Cantón Biblián ha permitido detectar niveles de depresión, que traducidos en cifras nos permite entender la presencia real de la sintomatología depresiva. En resultados se evidencia un 11,1% de adolescentes escolarizados con niveles altos de depresión; un 40,2% de adolescentes con niveles bajo y un 48,7% presentan niveles medios. Este estudio tiene total correlación con el estudio realizado por Magister Martha Cobos (2008) en la Ciudad de Cuenca, donde, de un total de 1065 adolescentes colegiales un 15,1% de adolescentes expresan niveles altos de depresión; 21,2% niveles bajos y un 41,9% de adolescentes presentan niveles medios de depresión. Esta correlación existente revela consistencia del estudio.

La migración es una de las variable que actúa como factor de vulnerabilidad en adolescentes ya que un 25.5% de adolescentes que sus figuras paternas están ausentes ha desarrollado depresión, confirmando una vez más el supuesto tan repetido que una familia estructurada y/o Funcional (Sheeber, Hops y Davis, 2001) y especialmente la presencia de la figura materna actúa como factor de protección frente a situaciones depresivas.

La prosecución del guión personal depende en gran medida de la trama del guión parental, el cual conjuntamente con la capacidad propia del individuo proporciona bases para elaborar significados de la realidad en el transcurso de la autonomía que a esta edad se obtiene. (Fernández -Álvarez, 1996). Así los adolescentes carecientes desde tiernas edades de la presencia de la trama del guión parental son proclives a que los guiones de sus hermanos al no ser lo suficientemente sólidos, desarrollen depresión como se evidencia en el estudio.

De acuerdo a muchos estudios sobre sexo y depresión se puede decirse en líneas generales, que el sexo femenino presenta más probabilidad de depresión. Por otro lado, no debe dejar de tenerse en cuenta la necesidad de replicar y profundizar estos estudios en otras poblaciones a fin de evaluar la importancia de las interrelaciones en el ambiente familiar ya que a decir de Horowitz (2004) estas interrelaciones configuran lo que se conoce como esquemas relacionales y, podemos teorizar que, la manera en que se establecen los circuitos comunicativos, los comportamientos esperados de niños y niñas o de hijos

mayores, menores o únicos, la posibilidad de dialogar y de plantear inquietudes, de discutir decisiones o aún de poner en palabras estados de ánimo y afectos constituya factores favorecedores u obstaculizantes para el desarrollo del trastorno depresivo.

En este mismo sentido, vivir en centros urbanos parece introducir variaciones en la prevalencia de sujetos con depresión, significativamente menor que la que se aprecia en las muestras de localidades rurales.

Se considera que los resultados obtenidos revelan un fenómeno de urgencia social importante que debe ser abordado desde una perspectiva preventiva, participativa y terapéuticamente diseñada. Es necesario trabajar con los adolescentes, con sus padres así como capacitar a los docentes sobre el tema, dado que la escuela es un ámbito propicio para la puesta en práctica de las acciones preventivas.

3.4 Conclusiones

La muestra analizada está integrada por 117 adolescentes con una edad comprendida entre los 11 y los 16 años, y una media de 14. En cuanto al sexo el 52,1% pertenecen al sexo femenino y un 47,9% al masculino.

Los adolescentes del Cantón Biblián presenta diversos niveles de depresión, la mayoría, 48,7%, se encuentran en un nivel medio de depresión, luego le sigue un 40,2% que presenta un nivel bajo de depresión y finalmente un significativo 11,1% que manifiesta un nivel alto.

En el análisis de la depresión según el sexo se concluye que existe una fuerte correlación entre sexo femenino y manifestaciones de conductas depresivas.

Estudiando las personas con quienes vive el adolescente obtenemos que los niveles altos de depresión se visualiza en aquellos que viven solo con los hermanos (100%), con hermanos, abuelos y otros familiares (33.3%) y con padres y hermanos (14,6%), con una alta significancia estadística.

En la variable migración en relación con la depresión se observa que el puntaje más alto de depresión (25,0%) se encuentra en aquellos donde migraron ambos padres, un 6,7% de puntajes altos se encuentra en donde migraron hermanos que fueron significativos en la vida del adolescente y 13,0% de depresión alta presentan adolescentes de quienes sus padres no migraron, existiendo una alta correlación estadística.

Los esquemas relacionales del adolescente con niveles altos de depresión, en las expectativas positivas y negativas sobre sus propias conductas, se visualiza que existe un 38.5% de expectativas positivas frente a un 53.8% de expectativas negativas lo que significaría que el adolescente percibe y está más consciente de sus conductas de interacción negativa. En las expectativas de las conductas de los otros, encontramos un 38.5% de expectativas positivas y un 46.2% de expectativas negativas sobre la conducta de los otros, lo que evidencia que para los adolescentes con un trastorno depresivo no es de su interés las interacciones con los otros.

Capítulo 4

Propuesta de Intervención Terapéutica para adolescentes que padecen depresión desde el Modelo Integrativo.

Al momento de hablar y trabajar sobre la depresión, en la literatura psicológica encontramos datos suficientes como para continuar con la investigación sobre las modalidades de presentación y tratamiento desde perspectivas biológicas y psicológicas en la población adolescente.

Se ha comprobado que la modalidad de intervención más efectiva en adolescentes con depresión es de tipo grupal, este dispositivo emplea la interacción como recurso primordial para promover cambios que puedan brindar beneficios recíprocos a sus participantes.

La intervención terapéutica está centrada en la articulación entre los procesos intra e interpersonales de los integrantes del grupo.

En este capítulo se desarrollará un dispositivo de psicoterapia de grupo para adolescentes del noveno año de básica entre las edades de 11 - 16 años que padecen depresión mayor de los colegios del Cantón Biblián.

4.1 Generalidades Del Tratamiento De La Depresión En Adolescentes

En la adolescencia existen una gran cantidad de cambios físicos, emocionales y sociales, y para afrontar exitosamente estas nuevas exigencias, el adolescente debe lograr una serie de cambios que implica un desarrollo progresivo de sus estructuras de significación. Lo que requiere que la construcción previa esté suficientemente desarrollada, consolidada como para soportar nuevas formas de diferenciación.

La necesidad de abandonar un estilo de interpretación de la realidad con el que se siente seguro para afrontar una nueva manera de organización de la experiencia,

supone un riesgo ineludible debido a que las nuevas exigencias así lo imponen y, como tal, la persona afrontará estos cambios incrementando el nivel habitual de ansiedad con que se ha manejado hasta el momento.

Si todo esto funciona bien entonces podremos observar como el adolescente a lo largo de los años logra una sensación de satisfacción en su gratificación corporal, en su participación, en la distribución de poder; y se preparará adecuadamente para comenzar la más difícil tarea de enfrentar su propia muerte. (Fernández-Álvarez, 2009) La preparación para lograrlo es gradual, y circular, lo que requiere estar en un constante devenir para lograr avanzar. Todo esto conduce a diversos niveles de intervención terapéutica y de complejidad del tratamiento.

En la revista argentina de Psicología Clínica en el artículo de *Terapias Psicológicas Basadas En La Evidencia, Limitaciones Y Retos Del Futuro (2010)*, al referirse a: ¿Qué son las terapias psicológicas basada en la evidencia? Mencionan que en estos últimos 20 años ha existido un emprendimiento riguroso para evaluar la eficacia de las terapias psicológicas y se trata de evaluar tratamientos eficaces para trastornos concretos en muestras clínicas claramente especificadas. En la tabla 2, al referirse a Tratamientos Psicológicos Efectivos (1) establecen tratamientos para trastornos de ansiedad, depresión y trastornos sexuales y de pareja. Estableciendo para la depresión en la tabla número dos lo siguiente:

Tabla 2. Tratamientos Psicológicos Efectivos (1)

(chambless Et Al., 196, 1998, Modificado; Pérez et al., 2003, Modificado)

Tipos de tratamiento	Evidencia empírica.
Depresión	
Terapia Cognitiva para la depresión	Dobson (1989).
Terapia conductual para la depresión	Jacobson et al. (1996)
Psicoterapia Interpersonal para la depresión.	DiMascio et al. (1979) Elkin et al. (1989)
Terapia Dinámica Breve	Gallagher - Thompson y Steffen (1994)

Noviembre 2010, Revista Argentina DE Clínica Psicológica. pág.149.

Es necesario tener en cuenta que existen diferencias entre algunas terapias psicológicas, las cuales han resultado para adultos, pero han tenido resultados equívocos en niños y adolescentes. Por consiguiente, es particularmente importante en este campo, probar y considerar aproximaciones terapéuticas especializadas, para que se les pueda ofrecer ayuda efectiva. Las medidas de intervención deben tener diferentes normas de aplicación de acuerdo a la edad y género, considerando las características y necesidades de los distintos estratos de esta etapa.

El estado de salud de un adolescente en un momento determinado, se establece por la confluencia de numerosos factores de riesgo, biológicos, psicológicos, sociales y del entorno; y factores de protección, los cuales deben tenerse en cuenta para una evaluación y tratamiento adecuado, así como para la implementación de programas de recuperación y mantenimiento.

Centrándonos en los tipos de intervención terapéutica siempre con los niños incluyen fuertemente a la familia, en cambio en la adolescencia, las intervenciones implican la presencia familiar directa en menor medida cuanto mayor son los niveles de autonomía alcanzados y de acuerdo con el grado de severidad del trastorno. Algunos autores afirman que la psicoterapia en niños y adolescentes creció enormemente en los últimos 20 años (Kazdin, 2004; Hibbs y Jensen, 2005)

Los jóvenes que experimentan alguna clase de trastornos y buscan ayuda al recibir algún tipo de intervención psicosocial ayudan a superar sus dificultades que contribuye a: posibilitar el alivio del sufrimiento y promover el desarrollo de la salud de los mismos adolescentes, generar beneficios como ayudarlos a buscar su potencial de recursos, abriendo la posibilidad de una generación futura productiva y reducir el nivel de conflicto en la escuela y en el núcleo familiar.

De acuerdo a las investigaciones los hallazgos respecto a la validez empírica de los tratamientos en esta población tenemos.

(Kazdin, 2004)

Trastorno	Tipos de Intervención	Autores
Ansiedad, miedo, fobia.	Desensibilización sistemática	Ollendick y King (1998)
	Modelado	
	Práctica del refuerzo	
	Terapia Cognitivo-comportamental.	
Depresión	Terapia cognitivo-comportamental.	Asarnow, Jaycox y Thompson (2001)
	Afrontamiento.	Cuijpers (1998)
	Psicoterapia Interpersonal	Kaslow y Thompson (1998)
Conducta oposicionista	Entrenamiento en gerencia parental.	Brestan y Eyberg (1998)
	Entrenamiento en habilidades de resolución de problemas.	Kazdin (2002)
	Terapia multisistémica.	Sheldrick y Cols (2001)
ADHD	Medicación psicoestimulante.	Greenhill (1998)
	Entrenamiento en gerencia parental.	Pelham y Cols (1998)
	Entrenamiento en manejo dentro del aula.	

Integración y salud mental, 2009; pag. 282

La eficacia de los antidepresivos en el tratamiento de la depresión mayor en la población adulta está bien documentada, pero en el caso del niño y del adolescente existe controversia sobre cuál es la terapia más adecuada y dentro del tratamiento farmacológico, cual es el antidepresivo más idóneo en relación a su seguridad como a su eficacia.

Realizando una recopilación histórica sobre las indicaciones y uso de los antidepresivos en adolescentes, en el año 2000 *The Royal College of Paediatrics and Child Health* del Reino Unido recomendaba la utilización de fármacos antidepresivos únicamente cuando no hubiese otra alternativa y su indicación estuviese suficientemente justificada. En el 2003, el *Committee on Safety of Medicines* (CSM) desaconsejó el uso del citalopram, escitalopram, fluvoxamina, paroxetina, sertralina y venlafaxina en el tratamiento de la depresión en menores de 18 años, y con respecto a la fluoxetina señaló que aunque no se recomendaba el balance riesgo/beneficio de este fármaco parecía favorable.

Estudios relacionados con la población adolescente revela que en el 2004, las autoridades de algunos países, incluido España, contraindicaron el empleo de ISRS (Inhibidores Selectivos de la Receptación de la Serotonina), para el tratamiento de depresión en niños y adolescentes, porque los datos de los ensayos clínicos no mostraban eficacia y sugerían un aumento de riesgo de ideación suicida y comportamientos suicidas.

En España se da el empleo de la fluoxetina para niños mayores de ocho años y adolescentes con depresión moderada o grave, aunque solo tras el fracaso de 4 a 6 sesiones de terapia psicológica y siempre asociado a esta.

El *Committee on Human Medicinal Products* de la Agencia Europea de Evaluación de Fármacos (EMA) revisó en el año 2005 el uso pediátrico de los ISRS (inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina) y IRSN (inhibidores de la receptación de serotonina y noradrenalina) y se observó una mayor frecuencia de hostilidad e intentos o pensamientos suicidas en comparación con el placebo. Sin embargo, este mismo organismo concluyó al año siguiente que los beneficios del uso de la fluoxetina en el tratamiento de la depresión en niños de ocho o más años, superaban los riesgos potenciales, lo que se confirmó posteriormente.

Las recomendaciones emitidas por la Agencia Española del Medicamento y Productos Sanitarios (AEMPS) sobre la utilización de fármacos antidepresivos en el tratamiento de la depresión mayor del niño y el adolescente indican que ni los

ISRS, con la posible excepción de la fluoxetina, ni la venlafaxina, deberían utilizarse en menores de 18 años. Se hace mención también al favorable balance riesgo/beneficio de la fluoxetina, sin embargo apunta la necesidad de realizar más estudios para garantizar la seguridad de este fármaco en este grupo de población.

En 2007, un nuevo documento de la *U.S. Food and Drug Administration* (FDA) con relación a la ideación y comportamiento suicida en jóvenes que son tratados con fármacos antidepresivos ha señalado que los datos disponibles no son suficientes para excluir ningún fármaco de un aumento del riesgo de pensamientos y comportamientos auto-lesivos, principalmente al inicio del tratamiento autorizando únicamente la fluoxetina como fármaco para uso en niños y adolescentes con depresión mayor.

Los ISRS son los fármacos de primera elección en los trastornos de ansiedad en la población infanto-juvenil. Diversos estudios demuestran que algunos ISRS, como sertalina, fluoxetina y fluvoxamina muestran eficacia en los trastornos obsesivos-compulsivos y de hecho la sertalina está especialmente indicada en niños mayores de 6 años y adolescentes.

Corroborando al cuadro antes mencionado, los modelos psicológicos más utilizados en adolescentes depresivos ya sea en diferentes niveles de intervención es el Modelo Cognitivo Conductual. A decir Pérez-Álvarez; Fernández; Fernández Rodríguez; Vázquez (2003) vemos en el panorama actual, que la Terapia de Conducta, incluyendo el enfoque Cognitivo, es el único tratamiento para la depresión infantojuvenil del que se dispone de apoyo empírico.

Según Cornier 2000 la depresión debe ser tratada con terapia Cognitiva Reestructuración Cognitiva, Terapia Racional Emotiva, Terapia de Constructo Personal). Por medio de Auto-observación, Capacidad Imaginativa, Reelaboración, Control de Estímulos, Medidas de Apoyo, Terapia de Resolución de Conflictos y los Antidepresivos pueden ser necesarios.

En el libro de Psiquiatría de Toro (2004) al referirse a la depresión menciona que las psicoterapias mejor estudiadas en el tratamiento de los estados de ánimo como la depresión son la Terapia Cognoscitiva y la Interpersonal.

Los programas preventivos que se han desarrollado en general, tienen su fundamento en las Teorías Cognitivo-Conductuales de la depresión y emplean las estrategias y técnicas desarrolladas desde este enfoque para el tratamiento de la depresión (Seligman, Reivich, Jaycox & Gillham, 1995).

El tratamiento cognitivo-conductual de la depresión busca que la persona desarrolle ciertas habilidades y formas de comportamiento que reducirían la experiencia depresiva. —La psicoterapia cognitiva destaca que lo que las personas piensan y perciben sobre sí mismas, su mundo y el futuro es relevante e importante y tiene efecto directo en cómo se sienten y actúan|| (Dattilio & Padesky, 1990).

Dada la efectividad que ha demostrado esta forma de tratamiento, se ha supuesto que estas habilidades y comportamientos podrían ser enseñados, en forma de talleres grupales, antes de que la persona se deprima, permitiendo así evitar que se desarrolle una depresión (Clarke, Hawkins, Murphy, Sheeber, Lewinsohn & Seeley, 1995; Muñoz, 1998). Citado por (Cobos Martha, 2005)

En los países de alto desarrollo económico, existe ya un volumen valorable de experiencia y conocimiento que se ha ido acumulando al respecto. En una revisión realizada recientemente, Greenberg, Domitrovich y Bumbarger (2001) identificaron 34 programas de prevención primaria, en población escolar, de alteraciones psicopatológicas como la agresividad, la depresión o la ansiedad, metodológicamente bien evaluados, con resultados exitosos en disminuir el desarrollo de síntomas psicopatológicos específicos. (Tesis Martha Cobos. 2005)

El hallazgo de que los trastornos de ansiedad frecuentemente preceden a la aparición de la depresión apunta al potencial de los programas basados en evidencia para la prevención de la ansiedad, especialmente para niños y adolescentes, como una estrategia indirecta para reducir el riesgo de depresión. Por lo menos uno de los estudios controlados confirmó que dichos programas contra la ansiedad, orientados hacia los niños, resultaron efectivos en la reducción

significativa de los síntomas depresivos en aquellos niños que presentaban un alto nivel de ansiedad antes del inicio de la intervención (Lowry-Webster, Barrett & Dadds, 2001).

Fernández Álvarez (1996) al referirse a las conclusiones de las investigaciones en psicoterapia manifiesta:

- La psicoterapia logra resultados superiores a la remisión espontánea de los trastorno.
- La psicoterapia es más eficaz que el uso de placebos.
- Los resultados de la psicoterapia parecen ser durables.

Quality Assurance Project (1983) relativo al tratamiento de la depresión refiere que la psicoterapia parece ser más efectiva que el uso de placebos, en cuanto mejora la situación de las personas afectadas.

En estos términos La Psicoterapia es definida como *“un proceso planificado que procura la modificación positiva de la personalidad o promueve el tratamiento de trastornos psíquicos por medio de recursos psicológicos, empleado las diferentes formas de comunicación, en una relación terapeuta-paciente efectiva”* (Balarezo, 2009, pág. 140)

Las psicoterapias o terapias por medios psicológicos constituyen un conjunto de técnicas destinadas a promover situaciones de cambio personal en individuos que padecen, cuando dicho padecimiento no se sostiene en alguna forma de valoración que lo justifique (Fernández Álvarez, 1996, pág. 271)

Como sabemos, de acuerdo a Héctor Fernández – Álvarez (1992) *en la Jerarquía de las estructuras de significado*, existe etapas, cada una de las cuales define una modalidad de representación y configura un estilo específico de significar la realidad, y estas construcciones pueden ser funcionales y disfuncionales; entendiendo por construcciones funcionales aquellas construcciones que permiten a la persona sentir que está cumpliendo bien con su guión, y como, construcciones disfuncionales donde se observa un tipo de sufrimiento que carece de dicho sentido; los signos en que se expresan son considerados como síntomas de algún

trastorno atribuible a diversas fuentes. Cuyas expresiones se refieren a: no sentirse bien; que sienten que no son felices; que creen que su vida debería ser de modo distinto del que es; que viven amenazadoramente la presencia de un futuro infeliz, y se podría decir que no encuentran sentido a su sufrimiento.

Dentro de la evolución de los procesos disfuncionales, contar con un guion adecuado que disponga de los programas correctos para operar con las nuevas experiencias, significa, contar con un equilibrado funcionamiento en la focalización de los datos, en el modo de significarlos, seleccionarlos y clasificarlos, ya que tener una construcción autónoma de la realidad, significa, poder actuar como un sujeto capaz de ser responsable de sus actos.

Los jóvenes desarrollan diferentes intentos de organización constructiva aun cuando presentan déficit en sus estructuras de reconocimiento y de autonomía.

La psicoterapia es una indicación adecuada para ayudar a personas que padecen, pero no es extensivo a todas las formas de padecimiento humano.

Así Héctor Fernández al referirse al paciente que puede beneficiarse de la psicoterapia manifiesta que es un paciente que sufriendo por lo que juzga un padecimiento innecesario o injustificado, ya sea por su contenido o por su magnitud, o por su persistencia, considera que tal sufrimiento, no se relaciona con el funcionamiento que el mismo espera de si, o de lo que supone debería ser su manera de actuar en ese momento. (Fernández Álvarez, 1996)

Los motivos de consulta se pueden agrupar en tres categorías principales: síntomas, problemas y conflictos.

Se identifica como **síntoma** aquellas situaciones en que la persona evalúa la presencia de alguna forma de expresión de trastorno que compromete su comportamiento y su disposición para actuar. Como puede ser síntomas de reacciones de ansiedad y de depresión. Los **problemas** son el resultado de una evaluación que la persona los realiza y considera que su trastorno está vinculado a dificultad o imposibilidad de afrontar una situación de compromiso interpersonal.

Los **conflictos** son el resultado de una evaluación en donde la persona refiere que se debe a resultados inherentes a su forma de vida en general y atribuye como el punto de su padecimiento.

Del mismo modo en el modelo Integrativo Basado en la Personalidad el Primer nivel de intervención terapéutica se ubica en el **asesoramiento o consejería** donde se da la psi coeducación a la población en general, o de forma individual y los objetivos estarán dirigidos a asesorar para la resolución de problemas y conflictos intrapersonales, toma de decisiones, resolución de conflictos interpersonales y promover el desarrollo personal. (Aquí se podría incluir cambios sistémicos de mayor alcance como disminuir factores de riesgo sociales, por ejem. Dar mayor estabilidad económica, calidad de vida, etc.). Este nivel de intervención se relaciona con lo que el modelo de la Fundación agilé lo ubican en una intervención que propone una transformación horizontal que preserva la arquitectura constructiva del individuo y procura facilitar la puesta en marcha nuevos cambios progresivos. Como las intervenciones que preparan a los padres en la crianza de los hijos, dirigidas a aquellos padres de niños con problemas de conducta y que se enfocan en mejorar el bienestar psicosocial de los padres, a través del suministro de información y capacitación en estrategias conductuales de crianza.

El segundo nivel del modelo ecuatoriano se ubica en la **intervención sobre los síntomas**, lo que significa plantearse objetivos sintomáticos que propone trabajar sobre el síntoma para disminuir o eliminar síntomas específicos, disminuir o eliminar comportamientos des-adaptativos, adquirir conductas adaptativas, y recibir apoyo emocional, para los cuales los recursos técnicos son procedimientos conductuales, sistémicos y otros provenientes de otras corrientes que se orienten en este sentido, como relajamiento muscular. Etc. De la misma manera el malestar sintomático declarado por el sujeto en el motivo de consulta, que se encuentra dentro de las variables teórico-clínico de los tipos de trastornos a los que se aplica psicoterapia se agrupan en nueve modalidades alineadas en torno a tres categorías principales. (Fernández- Álvarez, 1988)

Grupo I	Grupo II	Grupo III
Trastornos afectivos	Trastornos por adicción de sustancias tóxicas	Trastornos psiquiátricos asociados a perturbaciones físicas
Trastornos de la esfera sexual		Trastornos psíquicos asociados a perturbaciones sociales
Trastornos de la comunicación	Trastornos severos del comportamiento y la personalidad	Trastornos psíquicos en situaciones límites.
Trastornos de la personalidad		

Nos referiremos exclusivamente al primer grupo el cual incluye trastornos que se pueden explicar, principalmente, según variables psicológicas, como los trastornos afectivos los mismos que incluyen las manifestaciones de angustia y depresión y sus distintas combinaciones y donde se supone una incidencia menor de las variables sociales y biológicas.

El tercer nivel del modelo ecuatoriano es el tratamiento específico a nivel de la personalidad, aquí, se requiere mayor profundización, donde los objetivos van dirigidos a mejorar el awareness, re-elaboración cognitiva de experiencias pasadas y optimizar rasgos de personalidad a través de procedimientos cognitivos, interpretativos de interrelación entre su historia temprana y la conducta actual, lo cual, requiere tiempo y técnicas que faciliten el cambio en la estructura misma de la personalidad, como diría Fernández- Álvarez, perturbaciones que afectan globalmente la vida de las personas y manifiestan trastorno como alguna forma de conflicto.

Hay que considerar que el modelo ecuatoriano basado en la personalidad no se dirige, ni busca específicamente Trastornos de Personalidad en cada sujeto padeciente de síntomas, sino que, acoge, como Teodoro Millón (Trastornos de Personalidad más allá del DSM-IV (2004)), el estilo de personalidad que cada sujeto posee, como aspecto intervinientes e influyentes directamente en la evolución y recuperación del malestar sintomático.

Como anteriormente se observa la psicoterapia de grupo es una modalidad de trabajo más efectivo con adolescentes que han desarrollado depresión.

Concebimos al grupo terapéutico como un dispositivo cuyos principios generales son comunes para todas las condiciones clínicas en que se administra, aunque admite y requiere formatos específicos para cada situación en particular. Por consiguiente existen múltiples modalidades de psicoterapia grupal, a pesar de que todas ellas se ajustan a un modelo uniforme, basado en un diseño de intervención que opera sobre la dimensión interpersonal de la experiencia. (Fernández-Álvarez, 2009, p. 594)

Los objetivos de la terapia de grupo no son diferentes de la psicoterapia en general, pero sí lo es el método que se emplea y los caminos que se atraviesa durante el proceso. Los fines últimos de la terapia de grupo son los mismos de la terapia individual, pero el medio para lograrlos es otro, y este método diferente constituye, precisamente, el valor agregado de este procedimiento.

La psicoterapia que opera sobre sistemas interaccionales apunta a modificar los modos de relación interpersonal, los vínculos específicos que se producen entre los miembros de dicho sistema con el propósito de que ese cambio genere, a su vez las transformaciones necesarias para que cada individuo pueda mejorar su condición clínica (Fernández-Álvarez, 2009, pág. 596)

El fin primero de la terapia grupal es favorecer cambios en las relaciones y, consecuentemente, ayudar a la mejoría de cada uno de los pacientes.

Un factor imprescindible que no podemos confundir es que la terapia de grupo no es sinónimo de psicoterapia simultánea a varios individuos, no se trata de proveer un sin número de técnicas para que cada miembro por su lado ensaye alternativas que lo ayuden a superar su crisis de ansiedad, su depresión o su desregulación emocional, hacer psicoterapia de grupo significa montar un dispositivo en el que varias personas con diversos motivos de consulta, con mayor o menor homogeneidad del caso, puedan conformar una red de relaciones interpersonales sobre la que sea posible operar para producir cambios que lleven indirectamente a que se produzcan transformaciones en la organización personal de cada uno de

ellos que tengan consecuencias beneficiosa vinculadas con aquello que los llevo a solicitar ayuda.

En la actualidad, no aplicamos este tipo de terapia para horrar costos sino porque pensamos que puede brindar ventajas adicionales a los pacientes, ya sea logrando mejores resultados al final del tratamiento o permitiendo que resultados similares se mantengan en el tiempo de manera más estable una vez concluido el tratamiento. Esto último cuanta actualmente en su favor con interesantes aportes de la investigación.

El valor agregado de los grupos, y las razones que lo sustentan las mismas, entre otras, las más importantes son las siguientes: **1) facilita la actualización de la experiencia disfuncional.** Toda psicoterapia llega a ser efectiva si opera con dispositivos que permiten al paciente actualizar su experiencia. Los grupos facilitan que el problema se actualice dentro de ese espacio y que se exprese de manera más vivida y profunda merced a que no solo el paciente se encuentra frente al terapeuta sino ante pares con los que compartirá su búsqueda de mejoría. El grupo ayuda a actualizar de la experiencia debido a que cumple tres funciones: 1.- aumenta el grado de exposición. 2.- resalta los aspectos interpersonales del problema. 3.- crea un espacio de interacción dentro del cual es posible ensayar los cambios. **2) Favorece la conformación de redes.** Una débil red social contribuye a generar disfuncionalidad y es un obstáculo para superar dificultades. El grupo terapéutico tienen el poder de proveer al paciente un apoyo social que, aunque funciona de manera transicional, ejerce efectos muy beneficiosos y permite no crear una dependencia directa hacia el terapeuta. **3) Ayuda la consistencia de los resultados.** Debido a la oportunidad de ensayar junto a sus pares del grupo los cambios que necesita realizar en su vida cotidiana, la transferencia de lo que han logrado durante el proceso se ve muy favorecida en la vida diaria, si esta transferencia es adecuada los resultados alcanzados tendrán un sostenimiento más allá de la finalización del tratamiento.

El modelo de psicoterapia de grupo de Aiglé. Es un modelo genérico, el mismo que se apoya en tres fuentes principales los mismos que acogeremos para el desarrollo de nuestro programa.

La Teoría Social Aplicada, esta teoría aporta con los fundamentos respecto a las condiciones en que se desenvuelve la actividad humana en contexto de interacción y brinda las herramientas necesarias para comprender cuestiones como: la dinámica de los roles, los mecanismos de inclusión y exclusión, la formación de pautas de reconocimiento y el establecimiento de reglas que regulan la pertenencia y el sentimiento de identidad. El conocimiento de estas herramientas provee los elementos necesarios para abordar la relación entre las creencias individuales y los sistemas de creencias.

La Teoría General de los Sistemas: esta corriente se ha utilizado en la terapia familiar donde existe un sistema natural de parentesco. La terapia de grupo se nutre de esta para aplicar en los grupos formados exclusivamente para fines terapéuticos y cuyas reglas de organización son artificiales, los principios sistémicos permite trabajar en los grupos terapéuticos sobre los fenómenos de acople interpersonal, los mecanismos de resistencia interdependientes y las condiciones de estabilidad y de cambio a que se ajusta cada sistema particular.

Y la terapia Cognitiva.

Se considera y se aborda la terapia cognitiva como un proceso constructivo en el que las disfunciones se entienden como formas significativas socialmente modeladas por medio de las cuales el individuo expresa su ineludible necesidad de organizar su experiencia personal otorgando sentido a la realidad que le toca vivir. Una terapia cognitiva que se apoya fuertemente en una teoría de la mente entendida como un proceso a través del cual el ser humano se auto-organiza al mismo tiempo que va accionando como un sujeto transformador de la realidad.

La matriz de este modelo es que la actividad humana, sea esta funcional o disfuncional, este siempre enraizada en un orden interpersonal, considerando que nuestra mente es un ordenador permanente de significados, una fábrica cultural que solo opera en la relación con los otros, y el grupo es el ámbito privilegiado para entender el funcionamiento y para promover los cambios necesarios para lograr una organización más funcional.

Variables que intervienen en el funcionamiento de un grupo terapéutico.

El funcionamiento de un grupo terapéutico está sujeto a la acción de dos tipos de variables: a) de composición y b) de dinámicas. La primera se refiere a las condiciones que se necesita tener en cuenta en relación a la conformación del sistema, y la segunda son las que interviene y regulan la actividad del grupo en el curso de la terapia.

A continuación solo se mencionaran las variables que se utilizaran en el desarrollo de la propuesta de trabajo.

Variable de composición.

Para la constitución de un grupo, se debe considerar las siguientes variables.

- **Objetivo terapéutico.**

Los objetivos pueden variar como en el caso de la terapia individual, de acuerdo con el grado de focalización de los cambios que se persiguen. Existe grupos cuyos objetivos son focales, intermedios y abiertos.

Los grupos focales están centrados en promover cambios que ayuden a mitigar situaciones como padecimiento de síntomas de ansiedad, depresión, que sirvan para desarrollar capacidades como las habilidades sociales, en general para operar en condiciones clínicas donde se justifica un objetivo terapéutico limitado.

- **Magnitud.**

¿Cuántos pacientes pueden incluirse en un grupo terapéutico? El número que puede un grupo tener está en función del programa específico que se persigue. Lo más habitual es considerar que el volumen total puede fluctuar razonablemente entre 4 y 10 pacientes, considerando que 4 es un número mínimo, cuando se trata de poner en marcha un dispositivo que se apoya en las relaciones interpersonales para generar cambios, 10 un número que un equipo terapéutico puede manejar en el transcurso del tratamiento. 7 pacientes, un número mágico, es un punto de referencia para quienes se proponen organizar grupos de psicoterapia. Con este número

funciona de manera óptima el nivel de observaciones simultáneas que se puede sostener.

- **Dimensiones personales.**

Al momento de generar un grupo terapéutico la pregunta que surge es ¿cuán homogéneo o heterogéneo conviene que sea un grupo? A decir de Héctor Fernández (2009) no es una pregunta bien formulada, pues los grupos no pueden ser globalmente homogéneos o heterogéneos ya que un grupo totalmente homogéneo no podría funcionar como un sistema terapéutico pues conformaría lo que se denomina grupos de fusión donde no existe suficiente movilidad, y un grupo totalmente heterogéneo no alcanzaría el grado mínimo de cohesión necesaria que instale el sostén necesario para que los integrantes se animen a cambiar. Por lo tanto la pregunta debe formularse en términos de ¿Qué variables y en qué grado deben ser homogéneas o heterogéneas a la hora de conformar un grupo terapéutico? Y la respuesta tendrá como guía primordial, los objetivos previstos para esa terapia. Las dimensiones más comunes son las siguientes:

Tipo y fase de la demanda: están asociados principalmente, a la perturbación provocada por una determinada disfunción (depresión) o a cierta habilidad que los pacientes quieran desplegar.

Edad y sexo de los integrantes: varía según la selección realizada.

Situación familiar y Variables de inclusión social (instrucción, ocupación, nivel socio-económico): estará sujeto al grupo que se busca construir.

Personalidad: se debe seleccionar cuidadosamente, lo que significa explorar si hay algún trastorno en esta área, como el tipo específico y la severidad del mismo. Es importante no incluir a los pacientes que presentan disfunciones graves de la personalidad, excepto cuando está diseñada para trabajar precisamente en torno a esas disfunciones.

En grupos focalizados suele ser importante detectar la eventual presencia de trastornos de personalidad pues una condición que dificulta seriamente la construcción de una adecuada cohesión.

- **Duración.**

Esta es una variable que se desprende de manera directa de los objetivos planteados, y en segundo lugar debe ajustarse al volumen de las interacciones con se pretende operar. El principio general, aunque no corresponda hacer una aplicación rígida es, cuanto más delimitados los objetivos de un grupo tanto más breve será la extensión del mismo y la duración tenderá a prolongarse en medida en que los fines que se persiguen sean abiertos.

Según su duración se han establecido tres dispositivos grupales: grupos breves o de corta duración, grupo de extensión intermedia, y grupos de tiempo prolongado. Es de esperar que los grupos breves no excedan un total de seis meses de duración con una frecuencia semanal, o algo más rápida. Por supuesto en programas más específicos, la duración es más corta.

- **Reglas de funcionamiento.**

Constituyen los principios que establecen los límites operativos del grupo. Se refieren a los proceso de inclusión de los pacientes a un grupo e incluso cuando un paciente debe dejar de pertenecer al grupo. Por tanto el equipo terapéutico debe ser claro en el establecimiento de esas reglas y deberá recordarlas a lo largo de todo el proceso tantas veces como sea necesario para reforzar la importancia de su cumplimiento.

Variables dinámicas.

No solo es necesario haber seleccionado adecuadamente a los pacientes será necesario, además, fomentar el comportamiento eficiente de otras variables que están asociadas al funcionamiento del grupo, con el desarrollo de las actividades y con la marcha del proceso más que con la constitución del sistema. Se trata de dos

variables que sintetiza la calidad que puede alcanzar el procedimiento. Las dos variables son Cohesión y Movilidad del grupo cuya acción combinada integra el clima grupal, el mismo que expresa el nivel de satisfacción y la apertura que tienen los integrantes para cumplir con la tarea.

- **Cohesión.**

Expresa el reconocimiento recíproco que existe entre los miembros. La cohesión tiene múltiple efectos, colabora positivamente en la elaboración de la confianza entre los pacientes, ayuda a mejorar el autoestima personal y facilita la comunicación. Depende fuertemente de la homogenización de las variables de composición y del grado en que las actividades propuestas converjan hacia los objetivos previstos.

Un nivel óptimo de cohesión no es el máximo grado de cohesión posible. Una cohesión débil entre los miembros no permite construir un espacio de seguridad interpersonal necesario para soportar la exposición y estar receptivo a las observaciones de los otros.

- **Movilidad.**

Expresa el grado de incertidumbre que circula al interior del sistema grupal y de ella depende las posibles interacciones y, por ende, fabrica las condiciones para que puedan ocurrir los cambios. Depende en gran medida del modo en que se haya programado la actividad, está fuertemente asociada con las técnicas empleadas y los canales de comunicación que se privilegian: la diversidad en ambos casos tiende a incrementarla.

4.2 Propuesta de Intervención Terapéutica para adolescentes que padecen depresión.

Previo a la conformación del grupo terapéutico, se realizara entrevistas individuales a los alumnos identificados, para lo cual seguiremos las etapas del proceso establecidas por el Modelo Integrativo basado en la Personalidad, el mismo que terapéuticamente trabaja sobre el presente cuando adopta una posición sintomática pero acude al pasado para entender la estructura de la personalidad, que permita una proyección al futuro. Desde la tercera, cuarta y quinta etapa nos

acogeremos a la estructura de modalidad grupal de psicoterapia para la depresión propuesta por la fundación Agilé y para el contenido de la estructura se tomará como referencia a la creada por Cecibel Ochoa en su tesis de Pregrado y de la tesis de la Magister Martha Cobos, así como aportes personales.

Para la evaluación se utilizarán entrevistas con padres y/o representantes, las fichas FIEPS, el cuestionario de evaluación de personalidad FIEPS y algunas pruebas más que nos aporte a la evaluación. Esta evaluación nos servirá de guía para formar grupos de trabajo terapéutico por estilos de personalidad, se conformará estos grupos de acuerdo a los estilos de personalidad propuestos por el modelo ecuatoriano como son Personalidad de tipo Comportamental, Cognitivo, Afectivo y Déficit Relacional, ya que nos basaremos en la premisa que no es lo mismo trabajar con personalidades de predominio Afectivo, Comportamental, Cognitivo y Déficit Relacional, por cuanto cada una de ellas son diferentes.

Acercamiento de acuerdo a la personalidad

Cada vez es más frecuente que se describan patrones de personalidad duraderos que hacen sus apariciones al final de la edad preescolar, esto incluye patrones de agresividad, estrategias de afrontamientos inflexibles y apego inseguro que llevan a conductas persistentes en la infancia y a características relacionadas con trastornos subsecuentes tales como depresión, abuso de sustancia y comportamiento antisocial y criminal. (Kernberg, Weiner, & Bardenstein, 2002).

Como anteriormente se ha mencionado el conocimiento del estilo de personalidad es muy importante para una intervención más eficaz en psicoterapia. Lucio Balarezo (2003) hace una clasificación de los estilos de personalidad estudiando a la población ecuatoriana y establece la siguiente clasificación tipológica desde una perspectiva integradora, tomando como ejes básicos del comportamiento humano la cognición, la afectividad, la conducta y las relaciones interpersonales. Dado a que estos componentes son generales para todos los sujetos y dichas características están presentes en todas las personalidades; remarcando el hecho de que el predominio de una condición, no marca una perspectiva excluyente de otros factores. Así la apreciación biosicosocial del modelo señala requisitos de

primacía en cada sujeto, sea por predominio o por déficit. Lo que hace apreciable que un mayor equilibrio psíquico está en aquellas personalidades que presentan predominio, mientras que aquellas personalidades con predominio de un déficit presentan mayores dificultades personales y sociales.

Grupos con características de predominio (Balarezo, 2005)

Personalidades de acercamiento afectivo. Utilización de fenómenos afectivos.
Histérica -Ciclotímica

Personalidades de acercamiento cognitivo. Empleo de juicios y razonamientos.
Paranoide —Anancástica

Personalidades de acercamiento comportamental. Propuestas concretas y directas.
Impulsivas – Trastorno disocial de la personalidad.

Grupo con características de déficit relacional.

Personalidades de acercamiento distante. Manejo tolerante, distante y amistosa.
Esquizoide -Evasiva- Dependiente.

Siguiendo el Modelo Integrativo de la Personalidad (Balarezo, 2005) la intervención terapéutica se clasifica en 3 momentos: 1). Determinación de la demanda, expectativas, motivaciones e inicio del proceso. 2). Investigación del problema o trastorno, la personalidad y el entorno. 3). Planificación del Proceso.

PRIMERA ETAPA.

Determinación de la demanda, expectativas, motivaciones e inicio del proceso.-En base a las expectativas, motivaciones se debe adecuar las demandas del cliente, allegados y terapeuta y se da el inicio del proceso.

La primera entrevista consta de las siguientes estrategias:

Establecimiento del rapport

Aproximación diagnóstica del problema, trastorno, personalidad y entorno

Desinhibición emocional

Apoyo emocional

Estructuración y afianzamiento de la relación.

SEGUNDA ETAPA.

Investigación del problema, trastorno y la personalidad.- Dentro de la psicoterapia en esta etapa nos enfocamos a indagar el problema y los rasgos de personalidad del individuo.

Se realiza la investigación clínica de personalidad y del entorno, para ello se puede utilizar la Ficha Integrativa de evaluación psicológica (FIEPs) y el test de rasgos de personalidad FIEPs. Se diagnostica el problema o trastorno, la personalidad pre-mórbida y el entorno.

Siguiendo el análisis de la depresión en adolescentes el proceso terapéutico se enfocará en el trabajo grupal, debido a que las investigaciones basadas en evidencias como lo publican en la Revista Argentina de Clínica Psicológica y en estudios aislados demuestran la efectividad en este trastorno con esta modalidad. Como mencionamos anteriormente la estructura se tomara de la psicoterapia de grupo de la Fundación Agilé, el contenido, las técnicas se tomara de las terapias cognitivas conductuales desarrolladas por Cecibel Ochoa, Magister Martha Cobos y aportes personales y se trabajara de acuerdo a grupos de estilos de personalidad siguiendo a la clasificación realizada por el modelo ecuatoriano basado en la personalidad.

TERCERA, CUARTA Y QUINTA ETAPA:

Grupo de terapia focalizada.

Este trabajo de propuesta de tratamiento no es un programa manualizada por lo tanto, admite que el terapeuta pueda alterar el orden e introducir los cambios que

las variables dinámicas requieran. Pero se recomienda seguir las secuencias establecidas y guiarse por la indicación de tiempos.

Objetivos de Psicoterapia de Grupo para Adolescentes:

- Aliviar síntomas emocionales (depresión, ansiedad).
- Proveer estrategias de afrontamiento para situaciones críticas que dispara la depresión.
- Mejorar la calidad de vida.

Magnitud: Cerrado, 7 pacientes.

Dimensión de composición: pacientes adolescentes con depresión mayor.

Duración: 12 sesiones, dos por semana de hora y media. La última con una separación mayor de tiempo (15 a 30 días)

Secuencia de tratamiento: (Fernández- Álvarez, 2009)

Sesión 1	Presentación.
Sesión 2-10	desarrollo.
Sesión 11	recapitulación
Sesión 12	evaluación final.

(Estructura tomada de la fundación Agile, Héctor Fernández- Alvares, pag.626)

PLAN DE TRABAJO POR SESIÓN:

SESIÓN No.1

Objetivo:

- Creación de un buen clima grupal.
- Fomentar la importancia de la terapia grupal en el tratamiento de depresión.

Actividades:

1. Exposición de los objetivos del programa (15')

- Aliviar síntomas emocionales (depresión, ansiedad).
- Proveer estrategias de afrontamiento para situaciones críticas que dispara la depresión.
- Mejorar la calidad de vida.
- Crear redes de apoyo interpersonal.

3. Establecimiento de normas que guiara el curso de la terapia (15) (Tomado de la tesis de Cecibel Ochoa, 2009)

- a. Confidencialidad de las sesiones.
- b. Respeto de los horarios.
- c. No pelear en terapia y respetar el criterio de los integrantes.
- d. No murmurar y poner atención a lo que se está hablando o ensayando.
- e. Tomar en serio las actividades.
- f. Cumplir con las tareas que se les asignen.
- g. Si alguno llega a faltar se le realizara una sesión individual y, si no es posible, al inicio de la siguiente sesión los integrantes enseñaran lo que aprendieron.
- h. Saber escuchar a los integrantes y no burlarse de los comentarios que hagan.
- i. La participación es de todos los integrantes sea activa o pasivamente.

4. Presentación de los integrantes y determinación de las expectativas de cada uno. (60')

- Fomentar la cohesión grupal (Promover el proceso del sostén grupal como aspecto central del programa).
- Propiciar la mejoría de síntomas a través del manejo del estrés, aumentando la credibilidad y motivación para la recuperación.

- Facilitar la relajación, la concentración y la toma de conciencia de los estados internos para aumentar el reconocimiento de los comportamientos y los patrones de personalidad involucrados.

3. Recapitulación (15')

4. Tarea intercesión (10')

- Registro de elementos comunes
- Registro de la impresión causada por cada compañero.

SESIÓN NO 2

Objetivos:

- Aprender destrezas de comunicación. Promover la conexión interpersonal. (Fernández- Álvarez, 2009)
- Lograr la expresión de los sentimientos a partir del marco grupal.
- Trabajar con la relajación para que se pongan en contacto con su interior.

Actividades:

1. Trabajo sobre la tarea intersección registrada.
2. Ejercicios interactivos sobre las acciones de hablar / escuchar con la escritura de una carta oral.
 - o Identificación de sentimientos.
 - o Expresión de sentimientos.
 - o Entrenamiento para escuchar con empatía y compasión.
 - o Expresión con empatía y compasión.
3. Realización de la relajación con visualización de Wolpe.
4. Relevar las ventajas de la conectividad y la intimidad.
5. Se les comunica que la próxima sesión se dará una clase informativa sobre el modelo que explica la depresión. Cognitivo Conductual.

SESIÓN NO 3

Objetivos:

- Conocimiento del malestar, a través de la psi coeducación del modelo expandido de la depresión.
- Proporcionar información acerca de cuáles son los pensamientos automáticos que afecta en la depresión.
- Trabajar en relajación para que poco a poco vayan tomando contacto con su interior.

Actividades:

1. Exploración y comunicación del estado de cada integrante con la utilización de preguntas como:
¿Cómo les ha ido el fin de semana?, ¿Cómo se han sentido?, ¿Qué problemas has tenido? Y ¿Cómo los han afrontado?
2. Entrega del material escrito y Explicación del modelo expandido de la depresión.

Modelo Expandido de la Depresión

Experiencias adversas tempranas contribuyen a formar actitudes disfuncionales incorporadas al sistema cognitivo como es quemias o patrones (vulnerabilidad cognitiva).

Al ser activados por eventos cotidianos, los esquemas producen sesgos atencionales e interpretaciones negativas persistentes, generando síntomas depresivos (reactividad cognitiva).

Después de una repetida activación (al reiterarse el ciclo), los esquemas se organizan en un modo, que también incluye esquemas afectivos, conductuales y motivacionales.

La acumulación de eventos negativos refuerza el carácter saliente del modo (depresión).

El modo (depresivo) toma control del procesamiento de información aumentando las evaluaciones negativas y la rumiación.

La reevaluación de las interpretaciones negativas se ve atenuada, lo que culmina con una depresión clínica.

Después de una repetida activación, antes y durante los episodios depresivos, los esquemas cognitivos se vuelven más penetrantes a través del tiempo y, por lo tanto, se vuelven resistentes al cambio.

(Tomado del Seminario Online de Fundación Aigle.)

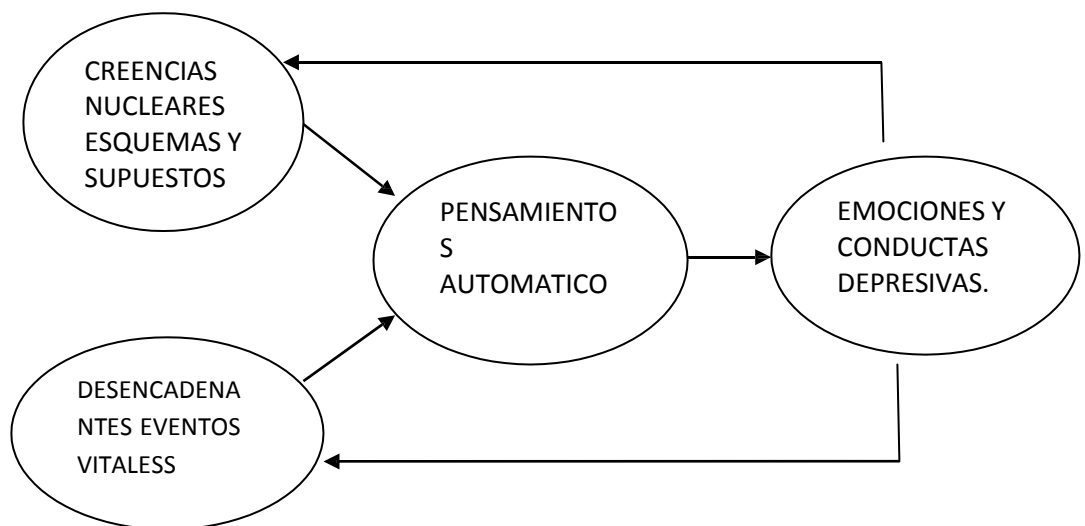
3. Ejercicio de relajamiento muscular de Wolpe.

Método simplificado de Wolpe.

- Relajación de Brazos.
- Relajación del área facial, nuca, hombros y parte superior de la espalda.
- Relajación de tórax, estómago y parte inferior de la espalda.
- Relajación de caderas, músculos y tobillos, seguida de relajación completa del cuerpo

4. Tarea Intersección:

- registro de la evolución del malestar de acuerdo al cuadro.



MODELO COGNITIVO DE LA DEPRESIÓN- DOBSON.

(Tomado del Seminario Online de Fundación Agilé..)

SESIÓN No.4

Objetivos:

- Identificar las dificultades que se presentó en la realización de la TIS.
- Mejorar la relación que existe entre todos los participantes.
- Identificar los pensamientos automáticos.
- Trabajar en resiliencia.
- Similitudes y diferencias entre vivencias y acciones. (Fernández- Álvarez, 2009)

Actividades:

1. Tarea intercesión solicitada, identificación de la dificultades en el pizarrón.
2. Desplegar el repertorio de registros
 - a) mapeo de elementos comunes (pizarrón) (pensamientos automáticos)
 - b) conexión entre el repertorio de vivencias (pensamientos automáticos) y las posibles acciones positivas a realizarse (evitación, control, ritualización, relajación. etc.)
3. Explicación breve la de resiliencia. Mediante la canción color de esperanza de Diego Torres. Destacar: aumentando las alternativas mejoran las condiciones
4. Tarea intercesión: registro de pensamientos automáticos hasta la próxima sesión.

SESIÓN No.5

Objetivos:

- Motivar a la identificación de los pensamientos automáticos.
- Entrenar en habilidades sociales.
- Mejorar la visión que tienen de sí mismos, del mundo y del futuro.
- Continuar el trabajo en resiliencia.
- Explorar las ideas del suicidio y dar posibles soluciones.

Actividades:

- 1 Revisión y breve evaluación de la tarea Intercesión ejecutada.
- 2 Análisis del pensamiento automático irracional, se les pide que escojan un pensamiento para que los compañeros les ayude en el análisis con sus ideas.
- 3 Aplicación de la técnica repite y reacciona luego. Para mejorar habilidades sociales

- 4 Análisis de la canción *solo se vive una vez* de Azúcar Moreno. Deberán anotar la fresas o freses que más les ha gustado o llamado la atención.
- 5 Conversación sobre la frase el suicidio es la solución definitiva a un problema temporal. Para explorar y facilitar la expresión de idea o actos suicidios.
- 6 TIS: registro de pensamientos automáticos si es posible de acuerdo al modelo expuesto, Triada Cognitiva.

SESIÓN No.6

Objetivos:

- Realizar registro de pensamientos automáticos, mediante la psico-educación.
- Identificar el objetivo personal e introducir la técnica de las auto-instrucciones y Ventajas y desventajas para que se les permita tomar una decisión sobre mantener o aferrarse a esa actitud o pensamiento o cambiarlo.
- Trabajar en autoestima.

Actividades:

- 1 Revisión de los pensamientos automáticos. Se proporciona información sobre distorsión cognitiva para que los vayan identificando. Se les entregara una lista de distorsiones cognitivas con ejemplos para que puedan entender e identificar. Se les motiva a llenar la plantilla con sus pensamientos automáticos en la sesión e identificar el nombre de tal pensamiento. Para lo cual se les entrega un cuadro con ejemplos fáciles de cada distorsión.
- 2 Se aplica la técnica de las frases incompletas.
- 3 Autoinstrucción para el objetivo personal y para mejorar la materia en la que estén mal.
- 4 Aplicación de la técnica cognitiva Ventajas y desventajas de aferrarse a un pensamiento negativo.
- 5 Se aplica la técnica del papel y lápiz, se les pide dibujar una cancha de futbol con todos sus componentes en relación a las posiciones (arquero, defensa, medio campo y delanteros, árbitro) y en cada posición escribir sus

logros y cualidades positivas. Y establecer la meta (gol) visionando a un futuro y quienes (personajes significativos) están para apoyarme a llegar al otro arco.

- 6 TIS: registrar los pensamientos automáticos identificando a que distorsión cognitiva pertenece.

Para su objetivo personal realizar las auto-instrucciones aplicando las posibles ventajas y desventajas (mínimo 10).

SESIÓN No.7

Objetivos:

- Continuar con el trabajo de pensamientos automáticos.
- Incitar a que los miembros compartan los objetivos personales.
- Continuar con el trabajo de la resiliencia a través del arte terapia. Textos de poemas.

Actividades:

- 1 Revisión de las TIS y las dificultades que cada uno encontró para explicar un pensamiento.
- 2 Todos los participantes compartirán su objetivo y su auto instrucciones.
- 3 Una vez identificada los pensamientos distorsionados aplicamos la técnica de ventajas y desventajas en la sesión (mínimo 10) de dicho pensamiento.
- 4 Se trabaja en resiliencia, con un texto de Viktor Frank ¡Quien fuera un preso común! Y se sacan conductas resilientes.
- 5 TIS: registro del cuadro de distorsiones del pensamiento, se les pide que agreguen respuestas racionales de conductas resilientes.
Realizar en casa otra aplicación de las Ventajas y desventajas de otro pensamiento distorsionado (mínimo 10) y ver su utilidad.
Se les envía a escribir pensamientos positivos del texto analizado en sesión.

SESIÓN No.8

Objetivos:

- Determinar cómo está evolucionando el trabajo en la casa de cada uno de los integrantes.
- Revisión de los objetivos personales y de las ventajas y desventajas para mejorar la asertividad y visión al futuro.
- Trabajar en técnicas de asertividad para proporcionar herramientas de afrontamiento en situaciones donde las manifestaciones depresivas aparezcan.
- Mejorar su desarrollando y participación.
- Generalizar lo aprendido en la terapia a través de tareas para la casa.

Actividades:

- 1 Revisión de los pensamientos automáticos de tres miembros para ver cuán resilientes son sus respuestas.
- 2 Revisión de las ventajas y desventajas de aferrarse a un pensamiento.
- 3 Revisión del análisis de los puntos positivos del texto leído en la sesión anterior.
- 4 Introducción del trabajo en asertividad con psicodrama (grupos de dos o tres personas)
 - a) Técnica del acuerdo asertivo
 - b) Técnica de la pregunta asertiva
 - c) Técnica para procesar el cambio
5. TIS: registro de pensamientos automáticos que estén orientados a resiliencia, autoestima y asertividad.

Se les entrega un texto de Viktor Frank para que lo analicen en casa sobre *“suerte es que a uno no le toca padecer”*

SESIÓN No.9

Objetivos:

- Trabajar en resiliencia
- Continuar el trabajo en asertividad
- Fortalecer la autoestima.

Actividades:

- 1.- Revisión de TIS a cada miembro.
- 2.- Trabajo en resiliencia sobre lectura que se les envió con la técnica de cambiar los papeles.
- 3.- Trabajar en asertividad con psicodrama realizando grupos de dos o tres.

Técnica del espejo y blanco de niebla.
- 4.- Análisis de la Canción Ríe y Lloro de Celia Cruz.
- 5.- Trabajar en autoestima con relajación y visualización de Wolpe para que tomen conciencia de la unicidad de cada uno de importancia de cada uno en el mundo a través del conocimiento de sus defectos y cualidades que se acepten a sí mismos. (Tema creación de amor).
- 6.- TIS: Registro de pensamiento automático con un enfoque resiliente, asertivo, de autoestima, visión al futuro.

Registro de Ventajas y desventajas de un pensamiento.

Escribir una lluvia de ideas de las actividades gratificantes que les gustaría practicar en adelante.

SESIÓN No.10

Objetivos:

- Continuar con el trabajo en asertividad con psicodrama para la visión en el futuro.
- Incentivar el desarrollo de la empatía.
- Revisión del trabajo hasta ahora ejecutado y regulación de expectativas.
- Motivar a los pacientes que ejecuten una actividad reconfortante para mejorar su visión del presente y del futuro.

Actividades:

1. Revisión del TIS, y regulación de expectativas.

2. Análisis de las estrategias y su efectividad. (Fernández- Álvarez, 2009).
Destacar: diversidad de las estrategias y sus resultados
3. Ensayo mediante Psicodrama de la diversidad de estrategias y conductas asertivas (grupos de dos o tres).
Técnica del disco rayado.
- 4 Ampliación de la experiencia: dirigiendo la atención sobre el modo de relacionarse.
Diferencias observadas respecto de sí mismo
Diferencias observadas respecto de los otros

4 Aplicación de lo aprendido. Empleo de nuevos recursos.

- Explicar la importancia de implementar lo aprendido
- Realizar la elección de las actividades de lluvia de ideas para ejecutar.
- 5 Tarea: Escribir qué recomendaciones harían a los otros para aumentar su satisfacción cotidiana
Registrar qué puede aprender cada uno de los otros
Evaluar el proceso

SESIÓN No.11

Objetivos:

- Recapitulación. Evaluación del proceso (Fernández- Álvarez, 2009)
- Validar la experiencia y promover cambios.

Actividades:

1.- Recapitular el ciclo disfuncional de la depresión (Fernández- Álvarez, 2009)

- Ligar situaciones y recursos
- Enlazar atribuciones y modos de afrontamiento
- Explicar los mecanismos que operan durante la reacción

2.- Análisis de los factores generadores de la reacción depresiva. (Fernández- Álvarez, 2009)

- a) tipos de pensamientos conectados con experiencias desagradables o negativas
- b) papel de la desmotivación y el displacer (hiato motivacional)
- c) escribir cómo explica cada uno su reacción (atribución)

3.- Análisis de los cambios propuestos a los compañeros. (Fernández- Álvarez, 2009)

Tarea Intersección.

Destacar la dinámica de las relaciones como fuente de recursos

Graduar los logros

Técnica del psicodrama la escultura. Para una evaluación personal y propiciar visión positiva del futuro

SESIÓN No.12 - Entre 30 y 60 días

Objetivos:

- **evaluación.** (Fernández- Álvarez, 2009)

Actividades:

- 1.- Escucha activa de experiencias, graduación y validación de recursos.
- 2.- Aplicación de un retest de depresión versión adolescentes de Casullo y Cols (1991).
- 3.- Aplicación de la técnica de psicodrama la escultura para fomentar la motivación de un futuro prometedora.
- 4.- cierre del programa.

Al igual en que la psicoterapia individual es importante estructurar sesiones de monitoreo por los siguientes seis meses para verificar y dar un sostenimiento a los participantes del grupo.

4.3 Conclusiones

La psicoterapia integrativa se evidencia como una herramienta eficaz para abordar al adolescente con un trastorno depresivo, considerando que desde el diagnósticos

abarca los procesos biológicos, afectivos, cognitivos, inconscientes y sistémicos que conforman el self y se evidencian en su personalidad, aspecto primordial para el Modelo de Psicoterapia Integrativa basado en la Personalidad.

La terapia de grupo es una de las modalidades que en la población adolescentes ha demostrado tener resultados más efectivos y duraderos por los beneficios que esta le brinda. De esta manera el adolescente se siente identificado y puede a través de la interacción ensayar y promover cambios que generen bienestar grupal y personal.

El valor agregado de la psicoterapia de grupo es el más grande beneficio que se alcanza, pues no se trata de ensayar individualmente las técnicas, sino de interacción grupal, en donde las variables del terapeuta y los interlocutores se ven inmiscuidos y cada movimiento será influyente en la otra persona.

Conclusiones y Recomendaciones

La depresión en los adolescentes del Cantón Biblián está presente en un nivel bajo o nulo 40,2%, en un nivel medio 48,7% y en un nivel alto 11,1%, en cada uno de estos niveles de acuerdo a investigaciones empíricas un trabajo psicoterapéutico prediseñado ha mostrado su eficacia.

A través de este estudio se visualiza la importancia de profundizar en el estudio de la depresión y las relaciones interpersonales en el adolescente. En primer lugar nos centramos en la adolescencia desde una perspectiva del Modelo Integrativo, considerando que es esta la etapa evolutiva en donde se debería desarrollar la autonomía, es decir, se estructura el guión personal teniendo como base el guión parental, la capacidad de dar significación a la realidad y la estructura biológica.

En la adolescencia, la depresión puede afectar a la superación de la autonomía, produciéndose el quiebre del guión donde la sintomatología depresiva puede evidenciarse en la falta del sentido de vida, conductas auto-eliminadoras, y expectativas sobre las conductas de sí mismos y los otros negativas.

En el Cantón Biblián los niveles altos de depresión están presentes significativamente por varios factores que superan el objetivo de este estudio, y aquí radica la importancia de la ejecución de un programa basado en la individualidad del adolescente; en el estilo de responder al ambiente, es decir en sus patrones de conducta que constituye la personalidad.

Se utilizará la modalidad de Psicoterapia de grupo, debido a las características propias de la etapa, donde el adolescente pueda interactuar modificando sus interacciones y contribuyendo a la formación de una red de apoyo.

Dicha metodología, permitirá profundizar el estudio de los tipos de relaciones interpersonales. Facilitará —afinar|| el diagnóstico para la intervención terapéutica., considerando al adolescente de una manera integral.

Bibliografía

- Almonte, C., Montt S, M. E., & Correa, A. (2003). Características de la Psicopatología Infantil y de la Adolescencia. En Modulo de Psicopatología. Mexico:Mediterraneo.
- Balarezo Lucio. (2003). Psicoterapia Integrativa Focalizada en la Personalidad. Quito
- Balarezo Lucio. (2007). Psicoterapia.(Reimpresión). Quito- Ecuador.
- Balarezo Lucio (2010) Módulo de —Bases Teóricas del Modelo —. Maestría en Psicoterapia Integrativa de la Universidad del Azuay. Cuenca-Ecuador.
- Casullo María Martina. (2005). Adolescentes en Riesgo. (2da. Reimpresión). Argentina: Paidos
- Craig Grace (2001). Desarrollo Psicológico. (Octava Edición). México: Pearson Education.
- Coppo, A., Maristany, M., & Martinez, A. (2009). Construcción del guión personal: Psicoterapia con adolescentes y sus familias. Bilbao: Desclee de Brouwer, S.A.
- Dobourdiou Margarita. (2008). Experiencias Tempranas y Facilitaciones. PNIE. Psiconeuroinmunoendocrinología. INTEGRACION - CUERPO - MENTE - ENTORNO. Montevideo: Psicolibros. Waslala.
- Fernández-Álvares H. (1996). Evolucion de las construcciones. Guión parental y Guión personal. Fundamentos de un Modelo Integrativo en Psicoterapia. Buenos Aires: Paidos.
- Fernández-Álvarez y Opazo Roberto. (2004). La Integración en Psicoterapia. Argentina: Paidos.
- Fernández-Álvares H. (2009). Integracion y Salud Mental.(2da ed.). desclée de brouwer. Sevilla.
- Heman Arturo. (2011). Modulo de "Aplicaciones Clínicas". Psicoterapia Cognitivo Conductual en depresión e intentos de suicidio. Cuenca, Ecuador.
- Kirszman, D., & Salgueiro, M. (2004). "Una Mirada Integrativa a los Trastornos Alimentarios". La Integración en Psicoterapia. Barcelona: Paidos.

- Kirszman, D., & Salguiero, M. (2009). "Trastornos alimentarios" Integración Y Salud Mental. El Proyecto Aiglé 1977- 2008. Bilbao: Desclée de Brouwer. Sevilla.
- Kernberg Paulina; Weiner Alan; Bardenstein Karen. (2002). Trastornos de Personalidad en niños y adolescentes.(1ra ed.) Mexico: Manual Moderno.
- Lega, L.; Caballo, V.; Ellis, A. (2002). Teoría y Práctica de la Terapia Racional Emotivo-Conductual. (2da ed.) Siglo XXI de España editores. Madrid.
- Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (1995). Barcelona: Masson S.A
- Maristany, M., & Fernández-Álvarez, H. (2009) Evaluación psicológica. Argentina: Paidós.
- Millón, T. (2004). Trastornos de la Personalidad. Más allá del DSM-IV. Barcelona: MASSON.
- Obst Camerini, A. (2008). La Terapia Cognitiva Integrada y Actualizada. Buenos Aires: ISBN.
- Requena Elena. (2000). Trastorno del Estado de Ánimo. Manual de Psicopatología Clínica. Barcelona: Paidós.
- Vega, E., Maristany, M., & Fernández-Álvarez, H. (2010) Las Nuevas Patologías y Dispositivos en la terapia de niños y adolescentes.
- Yepes Roldán, L. (2004). Trastornos Depresivos. Fundamento de Medicina. Psiquiatría.(4ta. ed) Medellín, Colombia: CIB.

Revistas

- Echeburúa , E.; Salaberría, K.; Polo-López, R. (Noviembre 2010).Terapias Psicológicas Breves Basadas en la Evidencia. Revista Argentina de Clínica Psicológica. Vol.XIX N#3. 243 - 246.

Tesis.

- Cobos Martha. (2008) —Niveles de Depresión en los Adolescentes de la ciudad de Cuenca||, Maestría en Psicoterapia Integrativa, Universidad del Azuay, Cuenca.

- Cecibel Ochoa. (2009) —Aplicación de la terapia de grupal desde el Modelo Integrativo, en adolescentes con depresión grave|| trabajo de graduación. Cuenca.

Bibliografía electrónica:

- **Raúl Ventura-Juncad, Cesar Carvajal, Sebastian Undurraga, Pilar Vicuña, Josefina Egaña, María José Garib**· Revista médica de Chile versión impresa ISSN 0034-9887. Artículo de Investigación. Prevalencia de ideación e intento suicida en adolescentes de la Región Metropolitana de Santiago de Chile. Revisado 20 de mayo del 2012. Disponible en la World Wide Web:
http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872010000300008#back

ANEXOS

CUESTIONARIO SOCIOFAMILIAR

Nombres: _____

Apellidos: _____

Lugar y fecha de Nacimiento: _____

Colegio: _____ **Curso:** _____

Dirección/ Domicilio: _____

Por favor señale con una x las características del grupo familiar con el cual usted vive:
(Es válida una sola respuesta).

1. Con ambos padres ____
2. Con la madre ____
3. Con el padre ____
4. Con hermanos y ambos padres ____
5. Con hermanos y la madre ____
6. Con hermanos y el padre ____
7. Con ambos padres y abuelos. ____
8. Con padres, hermanos y abuelos/s ____
9. Con abuelo/s. ____
10. Tíos maternos y hermanos. ____
11. Tíos paternos y hermanos ____
12. Con padrastro. ____
13. Con madrastra. ____
14. Otros, indique cuál _____

¿Alguno(s) de los miembros de su familia ha emigrado? Si _____ No _____

Quienes _____

Hermanos: (indicando tu posición)

	Nombre	Edad	Ocupación
1			
2			
3			
4			

TEST DE CASULLO.

Fecha:.....

Nombre:.....

Edad:.....

Escuela o Colegio:.....

Curso:..... Sexo:.....

Instrucciones: Lee con atención la siguiente lista. Marca tu respuesta pensando cuantas veces te has sentido así la semana pasada. Para indicar tu respuesta coloca un círculo alrededor del número que elijas (0,1, 2 o 3).

Durante la semana pasada	Menos de 1 día	1-2 días	3-4 días	5-7 días
a. Me molestaron muchas cosas que generalmente no me molestan.	0	1	2	3
b. No tenía hambre ni mucho apetito.	0	1	2	3
c. Me sentí tan desanimado que ni mi familia ni mis amigos me podían aliviar.	0	1	2	3
d. Me sentí tan bueno/a como los demás.	0	1	2	3
e. Tuve problemas para prestar atención a lo que estaba haciendo.	0	1	2	3
f. Me sentí deprimido/a.	0	1	2	3
g. Sentí que todo lo que hacía me costaba esfuerzo	0	1	2	3
h. Vi el futuro con esperanza.	0	1	2	3
i. Pensé que mi vida era un fracaso.	0	1	2	3
j. Tuve miedo	0	1	2	3
k. Dormí sin poder descansar	0	1	2	3
l. Me sentí feliz	0	1	2	3
m. Hable menos que lo normal.	0	1	2	3
n. Me sentí solo/a.	0	1	2	3
o. La gente no me cayó bien.	0	1	2	3
p. Disfrute de la vida.	0	1	2	3
q. Llore.	0	1	2	3
r. Estuve triste.	0	1	2	3
s. Sentí que no caía bien a otras personas.	0	1	2	3
t. No pude animarme a hacer nada.	0	1	2	3

HOJA DE CALIFICACIÓN

NOMBRE DEL ALUMNO _____

De los veinte ítems que integran la escala, dieciséis hacen referencia a vivencias o aspectos negativos, en tanto que los cuatro restantes tienen una connotación positiva. Se pregunta a quienes la responden acerca de la frecuencia con que han experimentado cada uno de los síntomas durante —la semana pasada—. Las respuestas se sitúan en una escala de cuatro categorías:

Menos de 1 día se asigna cero puntos 1-

2 días se asigna un punto

3-4 días se asignan dos puntos 5-

7 días se asignan tres puntos

LAS RESPUESTAS A LOS ÍTEMS POSITIVOS SE EVALÚAN DE FORMA INVERSA A LOS RESTANTES.

Se obtiene un Puntaje total a partir de la suma de las respuestas a cada uno de los veinte ítems.

Factor 1: Depresión afectiva:

c_____

f_____

i_____

j_____

n_____

q_____

r_____

total_____

Factor 2: Síntomas Somáticos

a_____

b_____

e_____

g_____

k_____

m____

t____

total_____

Factor 3: Afectos positivos (SE CALIFICA AL INVERSO)

d____

h____

l____

p____

total_____

Factor 4: Relaciones interpersonales

o____

s____

total_____

TOTAL DE LA ESCALA_____

NOMBRE DEL RESPONSABLE (Persona quien califica)

INVENTARIO DE PROBLEMAS INTERPERSONALES

(Horowitz, L y colaboradores)

Traducción autorizada para la investigación.

He aquí una lista de problemas que las personas suelen tener cuando se relacionan con otras personas. Por favor, lea la lista a continuación y, para cada ítem, considere si ese problema ha sido un problema para Ud. Con respecto a alguna persona significativa en su vida

Luego escriba el número correspondiente de la escala que mejor describa cuán molesto ha sido ese problema para Ud., en su hoja de respuesta.

0- Nada	1 - Un poco	2- Moderado	3- Bastante	4-
Mucho				

Parte I- Para mí es difícil:

1. Confiar en otras personas
2. Decir —no || a otras personas
3. Integrarme a grupos
4. Mantener la privacidad frente a otras personas
5. Hacer saber a los demás qué quiero
6. Decir a una persona que deje de molestarme
7. Presentarme ante gente nueva
8. Poder hablar con el otro de problemas que surgen
9. Ser asertivo con otra persona
10. Hacer amigos
11. Expresar mi admiración por otra persona
12. Tener a alguien que dependa de mí
13. Estar en desacuerdo con otras personas
14. Hacer saber a los demás que estoy enojado
15. Comprometerme a largo plazo con otra persona
16. Mantenerme firme en mi punto de vista y no dejarme llevar por otros
17. Ser jefe de otra persona
18. Hacer lo que otro quiere que yo haga
19. Llevarme bien con personas que tienen autoridad sobre mí
20. Ser agresivo con otras personas cuando la situación así lo requiere
21. Competir con otras personas
22. Hacer demandas razonables a otras personas
23. Ser sociable
24. Salirme de una relación en donde no quiero estar
25. Hacerme cargo de mis asuntos sin la ayuda de otras personas
26. Mostrar afecto hacia otra persona

27. Sentirme cómodo entre otras personas
28. Llevarme bien con la gente
29. Entender los puntos de vista con otras personas
30. Contar cosas personales a otros
31. Creer que soy creíble para otras personas
32. Expresar mis sentimientos a otras personas directamente
33. Ser firme cuando es necesario
34. Experimentar un sentimiento de amor hacia otra persona
35. Ser competitivo cuando es necesario
36. Poner límites a la otra persona
37. Ser honesto con los demás
38. Apoyar metas que otros tienen en la vida
39. Sentirme cerca de otras personas
40. Interesarme realmente por los problemas de otras personas
41. Discutir con otras personas
42. Relajarme y disfrutar cuando salgo con gente
43. Sentirme superior a otra persona
44. Excitarme sexualmente con la persona que realmente me importa
45. Sentir que merezco el afecto de otra persona
46. Sostener una relación de amistad
47. Pasar tiempo sola-o
48. Darle un regalo a otra persona
49. Tener sentimientos de amor y de enojo hacia la misma persona
50. Mantener una relación de trabajo con alguien que no me gusta
51. Fijar mis propias metas sin el consejo de los otros
52. Aceptar la autoridad del otro sobre mi
53. Sentirme bien cuando gano
54. Ignorar críticas de otros
55. Poder sentir como alguien separado de otra persona cuando estoy en una relación
56. Permitirme ser más exitoso que otras personas
57. Sentir o actuar adecuadamente en mi rol de padre/ hijo
58. Poder sentirme enojado rente a alguien que no me gusta o que no quiero.
59. Responder sexualmente a otra persona
60. Aceptar halagos de otra persona
61. Poner las necesidades de los otros antes que las mías
62. Darle crédito a otra persona por hacer algo bien
63. Mantenerme a fuera de los problemas de los otros
64. Aceptar instrucciones de personas que tienen autoridad sobre mi
65. Sentirme bien con la felicidad de otra persona.
66. Superar el sentimiento de pérdida luego de que una relación ha terminado
67. Pedirle a una persona que comparta alguna actividad social conmigo
68. Sentirme enojad con otros
69. Realizar críticas constructivas a otras personas

- 70. Experimentar satisfacción sexual
- 71. Abrirme a hablar sobre mis sentimientos con otras personas
- 72. Perdonar a una persona después de haberme hecho enojar
- 73. Prestar a tensión a mi propio bienestar cuando hay otras personas que están necesitadas
- 74. Ser asertivo sin preocuparme por herir los sentimientos de los otros
- 75. Involucrarme con otra persona sin sentirme que me tiene atrapado
- 76. Hacer trabajos para mí y no tanto por la aprobación de los otros
- 77. Estar cerca de alguien sin sentir que estoy traicionando a algún otro.
- 78. Tener confianza en mí mismo cuando estoy con otras personas.

Parte II..A continuación hallará una lista de cosas que Ud. hace mucho. Use la siguiente escala para definir en cuanto lo hace

0- Nada 1 - Un poco 2- Moderado 3- Bastante 4- Mucho

- 79. Me peleo demasiado
- 80. Soy demasiado sensible a las críticas
- 81. Me siento demasiado responsable de resolver los problemas de los otros
- 82. Me irrito o me enoja demasiado fácilmente
- 83. Me dejo convencer demasiado fácilmente por otras personas
- 84. Quiero que la gente me admire demasiado
- 85. Actuó demasiado como un niño
- 86. Soy demasiado dependiente
- 87. Soy demasiado sensible al rechazo
- 88. Me abro demasiado a la gente
YO MUCHAS VECES....
- 89. Soy demasiado independiente
- 90. Soy demasiado agresivo con otras personas
- 91. Trato de complacer de la gente por demás
- 92. Me siento atacado con demasiada frecuencia
- 93. Me siento demasiado culpable de lo que he hecho
- 94. Me la paso haciendo el gracioso
- 95. Quiero llamar mucho la atención
- 96. Critico a otras personas demasiado
- 97. Confié demasiado en otras personas
- 98. Trato de controlar demasiado a las otras personas
- 99. Evito demasiado a la otras personas
- 100. Me afecta demasiado el humor de otras personas
- 101. Pongo demasiado las necesidades de los otros por sobre las mías propias
- 102. Trato de cambiar a los otros demasiado

- 103. Soy demasiado crédulo-a
- 104. Soy exageradamente generoso con los otros
- 105. Soy demasiado temerosos de los otros
- 106. Me preocupan demasiado las reacciones de las otras personas
- 107. Soy demasiado confiado con los demás
- 108. Me influencia demasiado los pensamientos y sentimientos de las otras personas.
- 109. Halago demasiado a los demás
- 110. Me preocupa demasiado desilusionar a otras personas
- 111. Manipulo demasiado a las demás personas , para conseguir lo que quiero
- 112. Pierdo el control de mí mismo fácilmente
- 113. Le digo cosas personales a los demás, demasiado
- 114. Me culpo demasiado por causarle problemas a los demás
- 115. Me molesto demasiado por los requerimientos que los otros tiene conmigo
- 116. Discuto demasiado con los demás
- 117. Soy demasiado celoso y envidioso de los demás
- 118. Mantengo a los demás a distancia, demasiado
- 119. Me preocupa demasiado las reacciones que tiene mi familia hacia mí.
- 120. Dejo que los demás se aprovechen de mí, demasiado
- 121. Pierdo el sentido de mí mismo fácilmente cuando estoy cerca de una persona de convicciones fuertes
- 122. Me siento demasiado culpable por lo que hice mal
- 123. Me siento comprometido aun cuando la situación no lo requiera
- 124. Me siento demasiada veces incomoda y o avergonzado frente a los otros.
- 125. Me siento demasiado ansioso cuando estoy involucrado afectivamente con otros
- 126. Me afecta demasiado l miseria de otras personas
- 127. Quiero vengarme demasiado, de los demás.