



**UNIVERSIDAD DEL AZUAY**

**FACULTAD DE FILOSOFIA  
ESCUELA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA**

**“PROYECTO DE INTERVENCIÓN TERAPEUTICA EN ADOLESCENTES  
CON DEPRESIÓN Y ANSIEDAD DESDE EL MODELO COGNITIVO  
CONDUCTUAL”. (Estudio a realizarse con los adolescentes de la fundación “La  
Esperanza” en el periodo Enero a Mayo2012)**

**Trabajo de graduación previo a la obtención del título de licenciado  
en Psicología Clínica**

**AUTORES**

**DIEGO EDUARDO CALLE SAMANIEGO**

**PATRICIA ELIZABETH CABRERA CASTILLO**

**DIRECTOR**

**DR. JUAN AGUILERA**

**CUENCA, ECUADOR**

**2012**

## **DEDICATORIA**

A Dios. Por haberme permitido llegar hasta este punto y haberme dado la vida para lograr mis objetivos, además de su infinita bondad y amor.  
A la Virgen María. Porque al igual que a lado de su hijo Jesucristo, siempre ha sentido conmigo brindándome su amor incondicional de madre.

A mis padres. Por haberme apoyado en todo momento, por sus consejos, por su ejemplo de perseverancia y constancia, por sus valores, por la motivación constante que me ha permitido ser una persona de bien, por ser la persona que me enseñaron a ser quien soy, pero más que nada, por su amor incondicional.

A mi esposa. Maribel por siempre estar a mi lado, brindándome todo su amor, entrega, dedicación y finalmente una dedicatoria muy especial a la persona que desde su llegada me dio otra visión de la vida y me ha ayudado a crecer día a día, mi hija Damaris Abigail.

### **DIEGO EDUCARDO CALLE SAMANIEGO**

Dedico este trabajo a mi madre Norma, por la paciencia y esfuerzo que ha tenido durante este tiempo, por amarme tanto y ser un apoyo incondicional y fundamental en el transcurso de mi vida y mi carrera. Dedico también en este proyecto de tesis a todos mis amigos quien de una y otra forma ha aportado con conocimientos y apoyo hacia mi persona.

### **PATRICIA ELIZABETH CABRERA CASTILLO**

## **AGRADECIMIENTO**

Primeramente un agradecimiento muy especial a Dios por permitirme llegar a esta etapa de mi vida, a mis padres por su apoyo y amor total, a todos aquellos profesores que de una u otra manera formaron parte de nuestra preparación académica universitaria, al Dr. Juan Aguilera por ser la persona quien dirigió el presente proyecto con mucha responsabilidad y siempre demostrando compromiso y finalmente a la casa de acogida “LA ESPERANZA” por haberme abierto las puertas y haber depositado toda su confianza en mi persona ya que sin este apoyo nada de esto hubiera sido posible.

### **DIEGO EDUARDO CALLE SAMANIEGO**

En primer lugar agradezco a mi Dios y mis padres, quien con esfuerzo y dedicación hicieron posible la realización de este proyecto, a mi compañero de tesis, Diego Calle, que junto a él compartimos la ardua tarea de cimentar y construir este trabajo que demuestra los conocimientos que adquirimos en este proceso de 6 años de sacrificio estudiantil, hago extensivo mi agradecimiento a mis maestros que con su sabiduría y desinterés fueron los que hicieron de nosotros personas capaces de brindar nuestro servicio a la sociedad, en especial al Dr. Juan Aguilera por la paciencia y compromiso puesto, haciendo posible q nuestro trabajo haya podido concluirse satisfactoriamente.

### **PATRICIA ELIZABETH CABRERA CASTILLO**

# INDICE DE CONTENIDOS

DEDICATORIA .....	I
AGRADECIMIENTO .....	II
INDICE DE CONTENIDOS .....	III
RESUMEN .....	VIII
ABSTRACT.....	<b>¡ERROR! MARCADOR NO DEFINIDO.</b>
<b>CAPITULO I.....</b>	<b>1</b>
<b>LA ADOLESCENCIA.....</b>	<b>1</b>
INTRODUCCIÓN .....	1
1.GENERALIDADES .....	2
1.1 COGNICIÓN DEL ADOLESCENTE.....	3
1.1.1 Cognición social.....	3
1.1.2 La adolescencia según el psicoanálisis. ....	4
1.2 TEORÍAS DE LA ADOLESCENCIA. ....	4
1.2.1 Teoría de Erikson.....	4
1.2.2 Teoría de Kohlberg .....	5
1.3LA PUBERTAD: .....	10
1.3.1Repercusiones físicas y emocionales .....	10
1.3.2 La búsqueda de la afirmación personal y social.....	11
1.3.3 Fase final del período.....	13
1.4 FACTORES QUE INTERVIENEN EN LA ADOLESCENTE .....	15
1.4.1 Factor psicológico y cognitivo.....	15

1.4.1.1 Esquemas operatorios formales. ....	16
1.4.1.2 La insuficiente universalidad del pensamiento .....	17
1.4.1.3 Desarrollo cognitivo y personalidad adolescente.....	19
1.4.2 Factor social en el desarrollo adolescente .....	20
1.4.2.1 Grupo de iguales .....	21
1.4.3 Factor biológico en el desarrollo adolescente .....	22
<b>1.5 CONTRARIEDADES EN LA ADOLESCENCIA .....</b>	<b>22</b>
1.5.1 Lucha generacional. ....	23
1.5.2 Modalidades del comportamiento crítico.....	24
1.5.3 Conductas de riesgo .....	26
<b>CAPITULO II .....</b>	<b>28</b>
<b>LA FAMILIA .....</b>	<b>28</b>
INTRODUCCION .....	28
2.1 CONCEPTO DE FAMILIA. ....	30
2.2. TIPOS DE FAMILIA. ....	31
2.3. FAMILIA DISFUNCIONAL/DESESTRUCTURADA.....	32
2.4. FAMILIA Y SOCIEDAD.....	33
<b>CAPITULO III.....</b>	<b>35</b>
<b>LA ANSIEDAD .....</b>	<b>35</b>
INTRODUCCIÓN .....	35
3.1 GENERALIDADES .....	37
3.2 SIGNOS Y SINTOMAS DE LA ANSIEDAD .....	39
3.3 DIAGNOSTICO DE LA ANSIEDAD SEGÚN EL DSMIV TR .....	41
3.3.1 Ataques de pánico .....	42
3.3.2 Fobias simples.....	44

3.3.3 Fobia escolar .....	44
3.3.4 Fobia social .....	46
3.3.5 trastorno obsesivo compulsivo.....	48
3.3.6 Trastorno por estrés postraumático .....	50
3.3.7 Trastorno de ansiedad generalizada .....	53
3.3.8 Trastorno de ansiedad por separación.....	55
3.4 ANSIEDAD EN LA ADOLESCENCIA .....	57
3.4.1 Ascetismo.....	59
3.4.2 Intellectualización .....	60
3.5 ETIOLOGÍA DE LA ANSIEDAD .....	61
3.5.1 Estudios genéticos.....	61
3.5.2 Estudios familiares.....	61
<b>CAPITULO IV .....</b>	<b>63</b>
<b>LA DEPRESIÓN.....</b>	<b>63</b>
INTRODUCCION .....	63
4.1 GENERALIDADES .....	64
4.2 DEPRESIÓN EN LA ADOLESCENCIA .....	65
4.2.1 Diagnóstico de la depresión según el DSM IV-TR.....	69
4.2.2 Síntomas de la depresión.....	70
4.2.3 Depresión mayor .....	71
4.2.4 Distimia.....	72
4.2.5 Diagnóstico diferencial .....	74
<b>CAPITULO V.....</b>	<b>76</b>
<b>TERAPIA COGNITIVO CONDUCTUAL .....</b>	<b>76</b>
INTRODUCCION .....	76

5.1 GENERALIDADES .....	77
5.2 ALLBERT ELLIS.....	80
5.2.1 Método ABC.....	81
5.3 AARON BECK.....	86
5.4 TRATAMIENTO COGNITIVO CONDUCTUAL DE LA ANSIEDAD .....	88
5.5 TRATAMIENTO COGNITIVO CONDUCTUAL DE LA DEPRESIÓN.....	89
<b>CAPITULO VI.....</b>	<b>93</b>
<b>DISEÑO DE INVESTIGACIÓN.....</b>	<b>93</b>
INTRODUCCION .....	93
6.1 PROPUESTA DE INTERVENCIÓN .....	94
6.2 OBJETIVOS .....	94
6.3 UNIVERSO .....	94
6.4 PROCEDIMIENTO .....	94
6.4.1 NÚMERO DE SESIONES .....	95
6.5 TECNICAS UTILIZADAS.....	95
6.5.1 TÉCNICA BIBLIOGRÁFICA Y DOCUMENTAL .....	95
6.5.2 OBSERVACIÓN .....	95
6.5.3 ENTREVISTA .....	96
6.5.4 TÉCNICAS COGNITIVO CONDUCTUAL .....	96
6.6 ESCALA DE HAMILTON PARA ANSIEDAD .....	100
6.6.1 INTERPRETACIÓN .....	101
6.6.2 MODELO DE TEST DE HAMILTON PREVIO A SU APLICACIÓN.....	102
6.7 TEST DE BECK .....	104
6.7.1 Técnica de Aplicación.....	104
6.7.2 Interpretación .....	105

6.7.3 Instrucciones para el entrevistador.....	105
6.7.4 INDICACIONES AL PACIENTE .....	105
6.7.5 Modelo del test de Beck para depresión previo a su aplicación.....	106
<b>CAPITULO VII .....</b>	<b>111</b>
<b>RESULTADOS DEL PROCESO PSICOTERAPEUTICO.....</b>	<b>111</b>
INTRODUCCION .....	111
7.1 RESULTADOS DE LA APLICACIÓN DEL TEST DE HAMILTON.....	112
7.2 RESULTADOS DE LA APLICACIÓN DEL TEST DE BECK.....	117
7.3 TEST DE BECK: RESULTADOS COMPARATIVOS TEST VS RE-TEST .....	127
7.4 RESULTADOS DEL TEST DE HAMILTON.....	128
7.4.1 Nivel de ansiedad psicológico.....	128
7.4.2 Nivel de ansiedad somática.....	129
7.5 RE-TEST DE HAMILTON .....	130
7.5.1 Nivel de ansiedad psicológico.....	130
7.5.2 Nivel de ansiedad somática.....	131
7.6 CONCLUSIONES GENERALES .....	132
RECOMENDACIONES .....	133
BIBLIOGRAFÍA .....	134
A N E X O S .....	137

## **RESUMEN**

En la actualidad la ansiedad y la depresión son un problema frecuente en la sociedad independientemente de la edad o género de la persona que la padece.

En la adolescencia existe una gran prevalencia de estas patologías que pueden ser causadas por los conflictos propios de la etapa, especialmente cuando han sufrido o han sido testigos de maltrato intrafamiliar tanto físico, psicológico y emocional.

Este estudio sobre el efecto de la terapia cognitiva conductual en ansiedad y depresión fue realizado en la casa de acogida “La Esperanza” con los adolescentes que ahí residen, quienes presentaron diversos niveles de ansiedad y depresión.

La terapia cognitiva conductual junto a sus técnicas son actualmente la procedimiento idóneo para el tratamiento en ansiedad y depresión ya que se ha comprobado su efectividad, logrando una estabilidad emocional, mental y física del paciente en corto tiempo.

## ABSTRACT

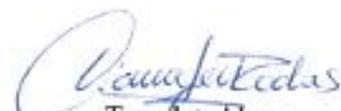
Nowadays anxiety and depression are a frequent problem in society regardless of age or gender.

During the adolescent years there is a prevalence of these types of pathologies, which can be caused by age related conflicts, especially if the teenager has suffered or witnessed physical, psychological or emotional domestic violence.

The present study about the effects of cognitive behavioral therapy over anxiety and depression took place in "*La Esperanza*" shelter house with the teenagers that live there, who show different levels of anxiety and depression.

Cognitive Behavioral Therapy and its techniques are currently the ideal procedure for the treatment of anxiety and depression since its effectiveness has been proven. With this therapy we can achieve the emotional, mental, and physical stability of the patient in a short term.

  
UNIVERSIDAD DEL  
AZUAY  
DPTO. IDIOMAS

  
Translated by,  
Diana Lee Rodas

## **CAPITULO I**

### **LA ADOLESCENCIA**

#### **INTRODUCCIÓN**

Cada etapa del ciclo vital plantea al ser humano problemas característicos y nuevas oportunidades de inserción en el mundo.

La adolescencia constituye un periodo de la vida donde, con mayor intensidad que en otros, se aprecia la interacción entre las tendencias del individuo y las metas socialmente disponibles.

No puede considerarse como un fenómeno de naturaleza fija e inmutable, sino que, como toda etapa del desarrollo humano, es un producto de circunstancias histórico sociales. Recién a fines del siglo XVIII, empieza a utilizarse el término “adolescencia”. Anteriormente se hablaba casi solo de “niños” y “adultos”. La pubertad marcaba el límite entre ambas etapas. Es con la evolución de la institución escolar y con el establecimiento de reglamentación de “juventud”. Entonces se presta mayor atención a las transformaciones de la pubertad, y la adolescencia comienza a considerarse como un campo de elaboración del proyecto de vida.

Durante mucho tiempo se enfatizó que la adolescencia era una fase universal de agitación e inestabilidad crítica del ser humano que precedían su ingreso en la edad adulta.

Se veía a los jóvenes viviendo algo que bordeaba lo patológico y se esperaba que mostraran manifestaciones de desajuste, las cuales prácticamente configuraban lo que en las ciencias de la salud se denomina un “síndrome”.

Con base en este concepto del síndrome de la adolescencia, se ha llegado a aseverar que el joven campesino, dado que no presenta la fase de tormenta inestabilidad prevista e ingresa pronto a las labores adultas, “no es adolescente, es campesino”.

Tales afirmaciones se hacen en virtud de un retraso en los conocimientos psicológicos de la adolescencia, producto del uso de fuentes restringidas.

## **1. GENERALIDADES**

La adolescencia es una etapa de transición entre la infancia y la edad adulta. Es un periodo de desarrollo biológico, social, emocional y cognitivo que, si no se trata satisfactoriamente, puede llevar a problemas afectivos y de comportamiento en la vida adulta. Se considera que comienza, aproximadamente, entre los 10 y 13 años y termina entre los 18 y los 22 años. Suele subdividirse en adolescencia temprana y tardía. Determinados problemas psicológicos y psiquiátricos pueden tener sus raíces en la adolescencia o hacerse más notables durante esta etapa como pueden ser: fobias, ansiedad, depresión, suicidio e intentos de suicidio, abuso de drogas.

La adolescencia también es una época que los adolescentes tratan de crear con su propia identidad personal y un sentido de autonomía que, a veces, pueden conducir a desacuerdos más o menos importantes, con sus padres o las personas que los tengan a su cargo. La mayoría de los adolescentes es también una época en la que los adolescentes tratan de crear su propia identidad personal y un sentido de autonomía que, a veces, pueden conducir a desacuerdos.

La mayoría de los adolescentes salva esta fase de forma satisfactoria y disfruta de unas relaciones positivas con sus padres y otros adultos. La adolescencia puede contemplarse desde distintas perspectivas evolutivas. Puede considerarse influida por diversos factores genéticos, temperamentales y ambientales. La pubertad es un periodo de

cambios hormonales y corporales asociados con cambios psicológicos, que comienzan, que empiezan en la adolescencia. Los adolescentes pueden preocuparse por su imagen corporal y su atractivo físico, sobre todo en su relación con sus compañeros y compañeras, con medios de comunicación o ideales. Pueden madurar antes o después y esa circunstancia puede hacer que experimenten problemas específicos, como temores y dudas acerca de cuál es el desarrollo normal a esa edad.

### 1.1 COGNICIÓN DEL ADOLESCENTE.

Desde el punto de vista cognitivo, la adolescencia es una época en la que, en términos piagetianos, los adolescentes alcanzan la etapa de las operaciones formales, lo que significa que deben ser capaces de razonamiento lógico abstracto, de considerar las posibilidades hipotéticas y dedicarse a actividades de resolución de problemas. Asimismo, deben ser capaces de realizar operaciones de meta-cognición, es decir, reflexionar sobre propios procesos cognitivos.

Los adolescentes tienen fantasías con respecto a sí mismos y su futuro<sup>1</sup>.

#### *1.1.1 Cognición social.*

La adolescencia es una época en que los adolescentes razonan sobre sí mismo y su mundo social. Esto significa que se hacen egocéntricos al pensar que otras personas, reales o imaginarias, están tan interesadas por ellos como lo están ellos por sí mismos. Dan gran importancia a como los ven los demás y experimentan el deseo de destacar y de que se les reconozca. También desarrolla la capacidad de adoptar diversas perspectivas y, si tienen éxito, pueden comprender los pensamientos y sentimientos de los demás. Se hacen idealistas y se interesan por ideas y movimientos religiosos, filosóficos y políticos. En consecuencia, el mundo adulto puede parecerles hipócritas e inmoral<sup>2</sup>.

---

<sup>1</sup>AGUIRRE A. (1994). Psicología de la Adolescencia, Barcelona, pág. 159-162.

<sup>2</sup>AGUIRRE, A. (1994).Psicología de la Adolescencia. Barcelona, pág. 149- 151.

### *1.1.2 La adolescencia según el psicoanálisis.*

La adolescencia es una época en la que se lucha por desarrollar independencia y separarse de los padres. Se comienza a formar una identidad sexual y personal propia. Es también un periodo en el que un trauma infantil puede salir a la superficie y en el que los adolescentes toman conciencia de sus conflictos inconscientes.

La importancia de la adolescencia radica en el hecho de que, junto con la infancia, sirve de fundamento a la edad adulta.

## 1.2 TEORÍAS DE LA ADOLESCENCIA.

### *1.2.1 Teoría de Erikson*

Su análisis del periodo de la adolescencia se centra en el concepto de identidad. Define la identidad como compuesta por la herencia genética junto con un modo particular de organizar la experiencia que, a su vez, está estructurado por contexto cultural dado. En consecuencia, la identidad personal está determinada parte por la configuración psicológica del individuo. Pero también por la comunidad en la que ese individuo está inmerso. Esa identidad es consciente e inconsciente y confiere un sentido de comunidad. Se enraizó en pasado que contribuye a configurar el futuro.

La identidad evoluciona durante la infancia mediante los procesos de introyección e identificación.

La identidad personal depende también de la forma de responder a la sociedad. La formación de la identidad se produce cuando el adolescente selecciona entre las diversas introyecciones e identificaciones y alcanza una nueva síntesis. Esta formación de la identidad continúa a lo largo de la vida de individuo.

Erikson cree que el desarrollo humano abraza el principio de la epigénesis, que significa que todo emerge por partes de un “plan básico”, de manera que cada parte experimenta un periodo de ascenso hasta formar por fin un todo integrado. Destaca ocho fases de desarrollo, cada una de las cuales son conflictivas y tiene la posibilidad de alcanzar dos resultados bipolares, opuestos. Los individuos experimentan las posibilidades

conflictivas y si resuelven esos conflictos persiste o no se resuelve, se incorpora a la identidad de la persona un elemento distónico o negativo, que conduce a un auto-concepto negativo y a problemas psicológicos. No obstante, afirma que son necesarios tanto los elementos sintónicos como distónicos. Los problemas de identidad nunca se resuelve por completo y pueden verse afectados por los cambios del rol y los acontecimientos importantes de la vida, dependiendo de las cambiantes necesidades y circunstancias. La formación óptima de la identidad debe incluir un compromiso con los roles, los valores y la orientación sexual que reflejan las capacidades y necesidades particulares del individuo.

Erikson afirma que la quinta etapa es la que caracteriza el periodo de la adolescencia. Es la etapa de la identidad frente a la confusión de roles, el individuo se enfrenta con la tarea de lograr una síntesis trascendiendo las identificaciones infantiles y adoptando los roles sociales previstos. Debe lograr un equilibrio entre los resultados bipolares de manera que pueda adaptarse a su entorno. Antes de esta quinta etapa el adolescente habrá atravesado cuatro etapas necesarias:

- Confianza frente a desconfianza.
- Autonomía frente a vergüenza y duda.
- Iniciativa frente a culpabilidad.
- Laboriosidad frente a inferioridad.

Erikson cree que es necesario que el niño alcance un equilibrio entre confianza y desconfianza con el fin de desenvolverse con seguridad. El reconocimiento mutuo y la confianza mutua constituyen la base del futuro sentido de identidad personal la sola desconfianza es distónica y puede traducirse en confusión de la identidad en la adolescencia y llevar a un alejamiento de los demás.

### *1.2.2 Teoría de Kohlberg*

Kohlberg contempla el desarrollo del razonamiento moral como un aspecto de la identidad personal. Su enfoque se basa en la investigación de Piaget sobre el pensamiento moral del niño y, en particular, en la observación sobre la existencia de dos

tipos de razonamiento moral relacionados con determinadas etapas en el nivel preoperatorio manifiestan un realismo moral, decir, juzgan la corrección de una acción por sus consecuencias y no por las intenciones de las personas, considerando, al mismo tiempo, que las reglas son inmutables. Cuando los niños pasan a la etapa de las operaciones concretas, tienen en cuenta las intenciones de las personas y creen que las reglas pueden ser arbitrarias y mutables. Esta es la etapa del relativismo moral.

Kohlberg examina el razonamiento moral que sustenta los juicios que se emiten en relación con determinados dilemas morales. Señala seis etapas jerárquicas en el desarrollo del razonamiento moral, incluidas en tres niveles de juicio. Estas etapas son invariantes y reflejan una creciente interiorización de los principios.

Las etapas de razonamiento moral son: preconventional (premoral), convencional (moral) y posconvencional (autónomo). Cada uno de estos niveles se subdivide en dos etapas.

***Nivel 1. Preconvencional o premoral. (4 a 10 años)***

Por regla general, abarca de los 4 a los 10 años, pero pueden manifestarla los adolescentes y los adultos.

En este nivel. El razonamiento moral es egocéntrico y se basa en las previsiones de recompensas o en el temor a los castigos.

***Nivel 1. Etapa 1. Moralidad instrumental. (10 a 13 años)***

En este punto, los niños deciden lo correcto y lo erróneo dependiendo de las necesidades personales que satisfagan. Piensan en la forma de conseguir que los otros les recompensen, lo que puede llevarles a tener a cuenta las necesidades de los demás, pero solo como medio para alcanzar sus fines.

***Nivel 2. Etapa 2. Convencional o moral.***

En esta fase, los niños quieren cumplir las expectativas sociales y, en consecuencia el orden vigente. La mayoría de las personas adolescentes y adultas actúan en este nivel.

### ***Nivel 2. Etapa 3. Conformidad interpersonal.***

Los niños consideran que ser bueno es conseguir la aprobación de los demás y ser malo recibir su desaprobación. Se adaptan a las normas del grupo o de las otras personas significativas. También juzgan las acciones de los demás por sus intenciones. Kohlberg sostiene que las mujeres permanecen en esta etapa más tiempo que los hombres, idea que rechaza Gilligan, quien dice que, el razonamiento moral, se producen diferencias de sexo, pero son complementarias, no inferiores ni superiores, las mujeres basan su moralidad en la atención a los demás, la sensibilidad a las necesidades de los otros y las relaciones interpersonales, mientras que los hombres la basan en principios abstractos de justicia y derechos.

En esta etapa, hay una fe muy fuerte en el sistema jurídico y en la autoridad. Se considera fijos, inmutables y respaldados por el miedo a quebrantar la ley y el orden si se trasgredieran. Se cumple la ley por miedo y con el fin de evitar el castigo.

### ***Nivel 3. Etapa 4. Sistema social y moralidad.***

En esta etapa, hay una fe muy fuerte en el sistema jurídico y en la autoridad. Se consideran fijos, inmutables y respaldados por el miedo a quebranta la ley y el orden si se trasgredieran. Se cumple la ley por miedo y con el fin de evitar el castigo.

Las personas escogen sus principios morales, que ya no se basan en el egoísmo, la aprobación de los demás ni la conformidad con statu quo.

### ***Nivel 3. Etapa 5. Derechos humanos.***

El razonamiento moral se basa en las ideas de los derechos humanos, la igualdad ante la ley y las obligaciones mutuas. Las personas desarrollan un razonamiento basado en la preocupación por el bien común. Lo justo consiste en ser consciente de la diversidad de valores y opiniones y de su origen relativo a las características propias de cada grupo y cada individuo. Consiste también en respetar las reglas para asegurar la imparcialidad y el mantenimiento del contrato social. Se suele considerar una excepción por encima del contrato social el caso de valores y derechos como la vida y la libertad, que se ven como

absolutos y deben, por tanto, respetarse en cualquier sociedad, incluso a pesar de la opinión mayoritaria.

La motivación para hacer lo justo es la obligación de respetar el pacto social para cumplir y hacer cumplir las leyes en beneficio propio y de los demás, protegiendo los derechos propios y los ajenos. La familia, la amistad, la confianza y las obligaciones laborales se sienten como una parte más de este contrato aceptado libremente. Existe interés en que las leyes y deberes se basen en el cálculo racional de la utilidad general, proporcionando el mayor bien para el mayor número de personas.

### ***Nivel 3. Etapa 6. Principios éticos morales.***

En esta última etapa se alcanza por fin una perspectiva propiamente moral de la que se derivan los acuerdos sociales. Es el punto de vista de la racionalidad, según el cual todo individuo racional reconocerá el imperativo categórico de tratar a las personas como lo que son, fines en sí mismas, y no como medios para conseguir ninguna ventaja individual o social

Lo que está bien, lo justo, es seguir los principios éticos universales que se descubren por el uso de la razón. Las leyes particulares y acuerdos sociales son válidos porque se basan en esos principios y, si los violaran o fueran en contra de ellos, deberá seguirse lo indicado por los principios. Los principios son los principios universales de la justicia: la igualdad de derechos de los seres humanos y el respeto a su dignidad de individuos. Éstos no son únicamente valores que se reconocen, sino que además pueden usarse eficientemente para generar decisiones concretas.

La razón para hacer lo justo es que, racionalmente, se ve la validez de los principios y se llega a un compromiso con ellos. Este es el motivo de que se hable de autonomía moral en esta etapa.

Formación de la personalidad o del carácter.

Hay cuatro etapas de desarrollo a través de las cuales se forma la personalidad o carácter:

*Periodo de latencia:* se produce antes de la adolescencia y es una oportunidad para que el ego y el superego dominen a los deseos biológicos.

*Preadolescencia:* es una época en la que se produce un aumento del deseo sexual y de la agresividad que el ego le resulta difícil de controlar. Los intentos del ego le resulta difícil de controlar. Los intentos de satisfacer estos impulsos se enfrentan directamente. Con la censura del superego. La ansiedad provocada por estos conflictos genera mecanismo de defensa.

*Adolescencia temprana:* es una fase en la que se alcanza la pubertad y comienza el proceso de separación de las primeras relaciones objétales. El impulso sexual se dirige hacia personas ajenas a la familia. El superego se debilita a medida que el ego trata de mantener el control. Los adolescentes idealizan sus amistades, buscan en los otros aquellos atributos deseables de los que carecen. Esa idealización puede llevar a la ruptura brusca de amistades, debida a que se sienten abrumados o temen estar convirtiéndose en homosexuales. Cuando se produce la adolescencia propiamente dicha, dejan atrás los conflictos edípicos y aparece el interés por los demás. Este periodo de retroalimentación es una época en la que los y las adolescentes pueden sentirse en un mar de confusiones y, como consecuencia, pueden iniciar una vida emocional agitada con el fin de hacer frente a esa confusión.

*Adolescencia tardía:* es una época en la que forman por fin una identidad sexual estable y consiguen unas imágenes definidas de si mismos y de los demás. Han adquirido ya un sentido de autonomía y se consideran personas independientes por derecho propio.

*Pos-adolescencia:* es la etapa de transición en la que la persona se convierte en adulta madura. Las tareas propias de este periodo de transición son descubrir salidas socialmente aceptables hacia las que dirigir sus impulsos biológicos y sus resoluciones de traumas infantiles<sup>3</sup>.

---

<sup>3</sup>DOULA, H. (2002). Problemas de la adolescencia: guía practica para el profesorado y la familia. Inglaterra, pág. 13-35.

### 1.3 LA PUBERTAD:

#### 1.3.1 Repercusiones físicas y emocionales

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

La pérdida del cuerpo infantil implica la necesidad de dejar atrás las modalidades de ajuste de la niñez, abandonar identificaciones infantiles y encontrar nuevas orientaciones de conducta. Existen duelos por la pérdida del cuerpo y el status infantil así como de la imagen de los padres seguros y protectores de la niñez. En la familia afloran ansiedades ante el anuncio de cambios diferenciadores cuyo desenlace se ignora. Las fortalezas y debilidades del sistema familiar contribuyen a la interpretación de los hechos y a la perspectiva que orienta las reacciones y actitudes ante el renacer puberal.

Tradicionalmente el comienzo de la pubertad marca la aparición del discurso en que los mayores enfatizan los riesgos y las perspectivas morales. La autonomía en la toma de decisiones no es fomentada. Culturalmente, la emergencia de indicios de desarrollo sexual tiende a ser enfrentada por los adultos de modo opuesto para cada sexo: control y vigilancia para las muchachas, estímulo y libertad para los varones.

En las adolescentes la menarquia es un indicio de gran importancia y el acontecimiento es reinterpretado de acuerdo a las valoraciones atribuidas al destino de la mujer. Las

---

reacciones pueden ir desde la indiferencia parental al festejo o anuncios del drama de la sexualidad y la procreación, las responsabilidades de la adultez. Las diferentes posiciones tendrán impacto en la disposición con que la púber enfrenta la perspectiva de crecer.

Para los varones, las poluciones nocturnas son casi un secreto que puede vivirse con preocupación o perplejidad; la discreción es la respuesta que reciben con mayor frecuencia. La construcción de su masculinidad pasa por comprobaciones de virilidad exhibidas ante los pares para llegar a iniciarse en las pautas de la conquista heterosexual que las posiciones tradicionales de género demandan a su rol sexual. La ansiedad ante la falla y el fracaso en dicha afirmación puede instaurarse influyendo en la relación de género.

El desarrollo de las características sexuales secundarias, el aumento de peso, de estatura son modificaciones externas socialmente impactantes, que llevan a la incertidumbre sobre las posibilidades de desempeñar un rol como hombre o mujer, lo que facilita la vulnerabilidad ante comentarios, prejuicios y estereotipos<sup>4</sup>.

### *1.3.2 La búsqueda de la afirmación personal y social*

Aproximadamente entre los 14 y 16 años las preocupaciones psicológicas giran prioritariamente en torno a la afirmación personal - social y afloran las vivencias del amor. La búsqueda de canalización de los emergentes impulsos sexuales, la exploración de las capacidades sociales, y el apoyo en la aceptación por el grupo de pares dinamizan la afirmación personal y social en la adolescencia.

La construcción de la individuación desata duelos importantes para las figuras parentales: el duelo por la pérdida de su hijo-niño, el duelo por el adolescente que fantasearon, el duelo por su rol de padres incuestionados.

---

<sup>4</sup>FIERRO, A. (2005). Psicología del desarrollo: mundo del adolescente. Barcelona, pág.37-40.

La familia ha dejado de ser el espacio privilegiado para confirmar las habilidades y autoestima adolescente, lo que genera para las figuras parentales el difícil desafío de lograr la capacidad de mantener y expresar, en estas nuevas condiciones, la aceptación de sus hijos adolescentes, lo que es siempre fundamental para su desarrollo. La sexualidad adolescente debe ser vivida fuera de la familia y los nuevos roles son ensayados y comprobados en grupos de pares y ámbitos de la sociedad más amplia. Esto conforma nuevas condiciones para el desarrollo social que contribuyen a la diferenciación del grupo familiar y a la autonomía.

Es importante reconocer que para las y los adolescentes el amor, el goce y la amistad son preocupaciones muy valiosas que tienden a suprimirse por los adultos cuando enfocan su sexualidad desde el ángulo exclusivo de la moral o la salud reproductiva. No es infrecuente que para las muchachas los novios sean la figura de mayor confianza para compartir afectos y preocupaciones. Las relaciones sentimentales sirven a muchachos y muchachas como oportunidades para ampliar experiencias e intereses y enriquecer la identidad y no son, generalmente, noviazgos orientados a la unión conyugal, salvo en zonas rurales.

El desarrollo intelectual durante la adolescencia, trae nuevos recursos para la diferenciación identificatoria y para el replanteamiento de las relaciones con el mundo. La simbolización, la generalización y la abstracción introducen visiones más amplias y diversas de los acontecimientos. De la posición infantil de estar "en" el mundo, pasa a situarse en "perspectiva" frente a él y a sí mismo. Esto es, puede "re-flexionar", volver la mirada sobre su propia forma de pensar y ser, así como sobre la de los demás (Krauskopf, 1994). Estos logros, junto a la necesidad de diferenciación, conducen al característico cuestionamiento de aspectos comportamentales y posiciones que se habían aceptado durante la socialización previa. La confrontación que se desencadena, amenaza las necesidades de control y autoestima de los mayores involucrados (padres, maestros, etc.).

En la adolescencia se procura explorar las fuentes posibles de reconocimiento sensorial, emocional, social. Los sistemas de ideas congruentes, aunque parciales, van procurando

zonas de seguridad. La posibilidad de ponerlas en práctica y acompañarlas de reflexión y asesoría permite enriquecer sus conceptualizaciones. De lo contrario el adolescente: "...se le priva de la capacidad de acción, se le mantiene en la impotencia y, por lo tanto, en la omnipotencia del pensamiento."<sup>5</sup>

El desarrollo intelectual es parte de empuje de insertarse en el mundo de una nueva forma. Existe interés por nuevas actividades, emerge la preocupación por lo social y la exploración de capacidades personales en la búsqueda de la autonomía.

Las relaciones intra-generacionales permiten afirmar la identidad y refuerzan los procesos de independización, diferenciación. La identidad grupal condiciona y trasciende la identidad de cada uno de los miembros y brinda un espacio diferenciador de la familia. El poder de un grupo es uno de los elementos constitutivos de esa identidad.

### *1.3.3 Fase final del período*

En la última fase de la adolescencia se comienza a evolucionar de un proyecto de vida complementario con el proyecto familiar a una forma de enfrentamiento personal y social propia que se deberá ir poniendo a prueba en la práctica concreta y aportará a la consolidación de la identidad y los roles. No se trata tanto de la elaboración de un proyecto planificado de principio a fin, como podía esperarse tradicionalmente, sino del compromiso con pasos y experiencias dadas en su presente, que constituyan vías flexibles hacia los roles y metas de acuerdo con la incertidumbre de los tiempos. Las figuras parentales enfrentan el duelo que provoca el desprendimiento físico del medio familiar por el adolescente.

En las culturas modernas, se espera que, en la fase final de la adolescencia, el locus de control externo, propio del status dependiente de la niñez y de la relación asimétrica con las figuras adultas, haya evolucionado hacia un locus de control interno. Esto significa que los y las adolescentes no atribuyan lo que les ocurre fundamentalmente a circunstancias externas (locus de control externo), sino que puede reconocer y expresar

---

<sup>5</sup>ABERASTURY, A.1973. La adolescencia normal. Argentina, pág.42.

sus capacidades de iniciativa, anticipación de resultados y manejo de consecuencias, negociación en la toma de decisiones y puesta en práctica de la solución de problemas. De esta forma procuran que sus sentimientos de adecuación y seguridad provengan de sus propias realizaciones.

Las capacidades de autocuidado y cuidado mutuo tienen la posibilidad de despegarse eficazmente, en la medida que los y las adolescentes hayan contado con la asesoría y atribuciones requeridas. Las parejas dejan de cumplir el rol de exploración y descubrimiento de mundos emocionales y sexuales, para introducir como vivencia central, la apertura a la intimidad que emerge entre personas con identidades más diferenciadas que se enriquecen con el acompañamiento afectivo y el establecimiento de vínculos profundos.

Los grupos o redes se van estableciendo por afinidades en lo laboral, educacional, comunitario, cultural, etc. La participación organizada se llega a constituir en una opción para el desarrollo de destrezas en la negociación con entes adultos, la construcción innovadora de vías de satisfacción de sus necesidades y de aceptación de sus expresiones naturales.

Esta fase se puede ver bloqueada por la evitación del duelo que implica abandonar identidades potenciales que parecen ser más gratificantes por roles posibles (que a menudo se tornan excluyentes) así como enfrentar los pasos para llegar a desempeñarlos. Otro importante factor que opaca con frecuencia el empuje por explorar las perspectivas más afines de realización personal y participación social, es la desesperanza objetiva o aprendida de que no existen las opciones que permitan el desarrollo anhelado. En adolescentes deprimidos, emocional o económicamente, se establecen convicciones que llevan a rehuir las tensiones propias de su desarrollo y de las condiciones del ambiente, lo que favorece salidas sustitutivas, refugio en gratificaciones efímeras, actingout, reacciones depresivas, etc.

## 1.4 FACTORES QUE INTERVIENEN EN LA ADOLESCENTE

Con la modernización y la globalización, el dominio directo de la familia y el sistema escolar sobre el entorno ha disminuido. La rapidez de los cambios ha conducido a interpretar la realidad con códigos diferentes entre las generaciones.

El paso de la niñez a la edad adulta supone un cambio fundamental en la manera de pensar. Las nuevas capacidades cognitivas que van adquiriendo los adolescentes en esta etapa les permiten tener una nueva visión, más amplia, más abstracta y más consciente sobre el mundo y sobre ellos mismos. Esto les abre nuevos intereses (sociales, ideológicos, políticos) y a la vez les permite reflexionar de forma mucho más profunda sobre sí mismos. Durante la adolescencia, los jóvenes van siendo también capaces de resolver mucho más eficazmente que durante la infancia una serie de problemas lo que les permite afrontar, de forma satisfactoria, retos que años antes eran incapaces de abordar. Naturalmente, la escuela tiene una labor importantísima a la hora de potenciar este desarrollo cognitivo, de integrarlo de forma armoniosa con los otros cambios que ocurren en esta época y de afianzar la preparación básica necesaria para que los adolescentes puedan proseguir su educación o afrontar el mundo del trabajo.

### *1.4.1 Factor psicológico y cognitivo*

Respecto a etapas anteriores, aparecen cinco características diferenciales (Keating, 1980). La primera de ellas es la capacidad que tienen los adolescentes para pensar sobre el mundo de lo posible en lugar de limitarse al mundo de lo real. Los adolescentes pueden pensar en alternativas no presentes en su entorno perceptible y esto, naturalmente, les abre de forma ilimitada su pensamiento. En segundo lugar, pueden pensar sobre los hechos con antelación; tienen capacidad de planificar de antemano lo que pueden hacer, contrastándolo con lo que deberían hacer, pudiendo analizar, en cada caso, las consecuencias de sus decisiones. Pueden también generar hipótesis y contrastarlas y actuar acorde con los resultados o bien cambiando de opinión. En cuarto

lugar, durante la adolescencia, se afianza la capacidad para reflexionar sobre el pensamiento. Los adolescentes se caracterizan no solo por ser capaces de pensar sobre sus propios procesos de pensamiento analizando su eficacia y calidez, sino que pueden también reflexionar sobre los puntos de vista de los demás en relación al propio.

Finalmente la quinta y última característica consiste en la capacidad de los adolescentes para replantearse aspectos ideológicos de la vida social; en este sentido, son capaces de detectar y juzgar las incoherencias entre los ideales que propugna la sociedad y las conductas particulares de las personas pudiendo llegar a ser extremadamente críticos en sus juicios. Les es posible acceder a niveles elevados de razonamiento moral.

Los distintos aspectos del pensamiento adolescente viene determinados por una causa común: el desarrollo de un nuevo tipo de razonamiento deductivo fundamentado en la

Lógica, englobado bajo el término piagetiano de “razonamiento formal” para ser “formal” según Piaget, hay que separar el proceso de deducción de la realidad y llevarlo al mundo de lo posible, al mundo de las hipótesis.

#### 1.4.1.1 Esquemas operatorios formales.

La estructura cognitiva del adolescente, y su caracterización lógico matemático de reticulado y grupo, es algo en alto grado abstracto y complejo que se infiere a partir de las ejecuciones reales del sujeto.

Entre esa estructura cognitiva abstracta y las actuaciones concretas del adolescente, se sitúan lo que ya Piaget ha denominado esquema operatorio formal. Los esquemas operatorios formales están compuestos por una serie de destrezas mentales, derivadas directamente de las propiedades estructurales de grupo, y que pueden aplicarse cada uno de ellos por separado o combinados entre sí a una amplia serie de problemas de contenido diverso, pero con una estructura básica similar. De esta forma, los esquemas operatorios formales quedan a mitad de camino entre la estructura cognitiva, en alto grado abstracta, pero de la cual obtiene sus propiedades lógicas y las realizaciones específicas y concretas del quehacer mental del adolescente.

#### 1.4.1.2 La insuficiente universalidad del pensamiento

Ninguno de los estadios del desarrollo cognitivo ha sido tan profundamente cuestionado por psicólogos, educadores, investigadores, etc., como el de las operaciones formales. En la década de los años setenta comenzaron a surgir multitud de trabajos en que se concluye que solo un cierto porcentaje de adolescentes presentaban las características propias del pensamiento formal. Carretero (1985) ofrece un breve análisis de algunos de los primeros estudios al respecto. La conclusión que puede obtenerse es que hacia los 11-15 años ocurre un profundo cambio en el conocimiento del medio y en la forma de resolver los problemas, acorde con lo estudiado en el presente apartado, y que diferenciaría claramente las operaciones concretas típicas del estadio anterior y las operaciones formales propias de la adolescencia. Mas con todo, esta afirmación merece, al menos, las siguientes reservas:

- El pensamiento formal no presentan todos los adolescentes, ni siquiera todos los adultos. Dependiendo del tipo de tarea propuesta, el pensamiento formal llega a manifestarse solamente en un determinado porcentaje que a veces no llega al 40 0 50% de los adolescentes y adultos estudiados.
- Existen grandes diferencias individuales: El pensamiento formal correlaciona muy directamente con variables tales como el cociente intelectual y los estilos cognitivos dependencia-independencia de campo, de tal forma que a mayor C.I. se observa mayor porcentaje de individuos que resuelven las tareas formales y los individuos independientes de campo también las resuelven mejor que los dependientes.
- No todas las tareas típicamente formales se adquieren a la vez. Esto es, diferentes tareas bajo las que se supone subsiste una cierta estructura común tal como hemos dicho en el apartado sobre la estructura de las operaciones formales, no se alcanzan todas ellas a la vez, y además parece existir una cierta constante en su adquisición: primero se resuelve las tareas referidas a la combinatoria, después las que requieren del uso de las dos reversibilidad, y más tarde las referidas a los esquemas de proporción.
- El nivel social y cultural también parece estar muy directamente relacionado con la adquisición de las operaciones formales, de tal forma que este tipo de pensamiento se presentaría muy raramente en individuos perteneciente a culturas de bajo nivel

científico. Igualmente, tampoco presentarían este tipo de pensamiento formal los individuos de civilizaciones avanzadas que posean serias deficiencias de instrucción.

- Los diferentes individuos parecen alcanzar las operaciones formales en ámbitos diferentes, que se corresponderían con sus aptitudes y sus especializaciones profesionales. De este modo, la estructura cognitiva formal se manifestaría en multitud de realizaciones concretas dependiendo del quehacer personal del individuo: el tipo de estudios realizados, la actividad profesional, etc.

Por un lado es un hecho generalmente aceptado que el paso de edad infantil a la adolescencia queda determinado y definido por un cambio en las formas de pensamiento, claramente observable y acorde con lo de una escasa universalidad tanto en lo que se refiere a su momento de aparición en el desarrollo ontogenético, como en lo que se refiere a la forma de presentarse en los diferentes individuos.

Una explicación que resuelve el dilema, al menos en parte, puede encontrarse en el profundo paralelismo existente entre el pensamiento formal y el pensamiento científico. Vivimos en un mundo altamente científico y tecnificado, desde el que se han formulado, acorde a sus formas de pensar, las teorías del desarrollo cognitivo y la descripción del pensamiento formal. Los métodos calificados de científicos han hecho progresar enormemente a las diferentes ciencias actuales. Y las características del método científico concuerdan con las características del pensamiento formal, tal como ya hemos visto: razonamiento hipotético-deductivo, sistematicidad, etc. Parece lógico pensar que el estado actual de la ciencia solo pueda entenderse desde una estructura de pensamiento análoga a aquella desde la que ha sido formulada.

Cuando socializamos y enculturizamos a nuestros niños y adolescentes, también les transmitimos nuestro mundo y nuestra forma de entender el mundo; esto es nuestra ciencia, solo inteligible desde los métodos científicos desde los que ha sido construida. De esta forma podría explicarse la relevancia de la instrucción y la escolaridad en la adquisición de las operaciones formales: a la par que transmitimos la ciencia, transmitimos la forma de hacerla. Igualmente, así se explicaría el hecho de que ciertas civilizaciones, que calificamos de subdesarrolladas, no lleguen a alcanzar el pensamiento formal en su vida adulta, pues entre otras cosas, no lo necesitan: viven en

un mundo que no posee ese nivel de abstracción, y que puede entenderse desde un puro pensamiento concreto.

Incluso por las mismas razones, podría explicarse el hecho de que ciertos individuos de nuestro mundo científico, pertenecientes a ciertos grupos sociales, no presenten el paso al estadio formal hasta muy tarde o nunca: su medio queda bastante al margen de la ciencia y de los métodos científicos.

#### 1.4.1.3 Desarrollo cognitivo y personalidad adolescente

Algunas de las principales características cognitivas de la etapa adolescente es la de abstraer y la capacidad de elaborar hipótesis independientes de los datos empíricos y referidas a diferentes posibilidades a las que se dan en la realidad. Dichas capacidades permiten al adolescente elaborar mentalmente posibles alternativas frente al mundo real en que vive, donde podrían eliminarse algunos aspectos que no le satisfacen: injusticias, dolor, etc. Ello explicara, al menos en parte, el inicial enfrentamiento del adolescente hacia el mundo de los adultos. El adolescente acaba de descubrir que existen otras posibilidades de la realidad diferentes a las que le han sido dadas por sus progenitores. Por otra parte, el adolescente tiende a supervalorar el poder de las ideas como agente modulador de la realidad. Todo ello, le lleva a oponerse, casi sistemáticamente, a un mundo gobernado por el pragmatismo y el utilitarismo, a supervalorar sus ideas frente a las de los demás, etc.

Este estado de cosas va cambiando a medida que avanza el desarrollo; el pensamiento formal va madurado, lo que implica una cierta capacidad para conjugar más acertadamente las teorías con los hechos, para juzgar más acertadamente las posibilidades de realización de las diferentes hipótesis mentalmente concebidas. Además, el adolescente va realizando una paulatina inserción en el medio laboral, social y cultural, con lo que se obliga a considerar otras perspectivas diferentes a las suyas, que le van apartando paulatinamente de esa excesiva confianza en sí mismo y en las ideas propias, características de los primeros momentos de la adolescencia.

La adolescencia es precisamente la edad de los grandes ideales, del comienzo de las grandes teorías, frente a lo que hasta ahora ha sido el desarrollo ontogenético consistente en sucesivas adaptaciones, más o menos complejas, a un medio potencialmente estimulante. Y esto es así no solo desde el punto de vista de lo cognitivo, sino también de lo social, personal, etc.<sup>6</sup>

#### *1.4.2 Factor social en el desarrollo adolescente*

La socialización se puede definir como un proceso a través del cual el individuo aprende e interioriza los diversos elementos de la cultura en la que se halla inmerso (valores, normas, códigos simbólicos y reglas de conducta), integrándolos en su personalidad con el fin de adaptarse en su contexto social. En este proceso aparecen aspectos de la realidad muy interdependientes y que hacen relación al individuo, la cultura y la sociedad. Muchos autores con diversos matices recogen o completan la definición de G. Rocher, quien entiende la socialización como “el proceso por cuyo medio la persona humana aprende e interioriza, en el transcurso de su vida, los elementos socioculturales de su medio ambiente, los integra en la estructura de su personalidad bajo la influencia de experiencias y de agentes sociales significativos, y se adapta así al entorno social en cuyo seno debe vivir”<sup>7</sup>

Las características de la socialización, atendiendo la complejidad de su proceso, pueden resumirse así:

- Es un proceso continuo que está presente a lo largo de toda la vida social del individuo, aunque puede resultar más intenso en la infancia y adolescencia.
- Supone una capacidad de relación del individuo, que se concreta en la convivencia con los demás y su inserción social, por medio del aprendizaje.
- Aceptación o rechazo de normas, valores, etc., y consiguiente internalización, lo que contribuye a la personalización.

---

<sup>6</sup>AGUIRRE, A. (1994). Psicología de la Adolescencia. Barcelona, pág. 170, 171.

<sup>7</sup>ROCHER, G. 1985. Introducción a la sociología general. Barcelona, pag.133.

- El papel activo del individuo, sobre todo del adulto, hará aceptar o rechazar las innovaciones y cambios culturales, y enriquecer el contenido o material de la aculturación.

Las clases o tipos de socialización tradicionalmente son la Primera y Secundaria, aunque podemos añadir una tercera: socialización Terciaria o resocialización.

*Socialización Primaria:* Es la primera que el individuo realiza durante su infancia, y normalmente dentro de la familia. Se hace miembro de la sociedad al asimilar la cultura básica de su grupo, imitando e identificándose con las figuras mayores con las que mantiene lazos de sangre y afecto.

*Socialización Secundaria:* Se produce en otros grupos, normalmente secundario o formales, a través de los cuales el individuo contacta con nuevas formas sociales, ampliando la visión de la realidad. Prolonga y completa la socialización Primaria en el grupo de iguales, centro educativo, medios de comunicación, etc., en cuyo proceso puede darse también, aunque en menor medida, la identificación. De aquí la dificultad de establecer límites precisos entre la socialización Primaria y la Secundaria.

*Socialización Terciaria:* En ocasiones, puede darse una discontinuidad o disocialización en un individuo que se aparta temporalmente de los valores, costumbres o normas de su grupo.

#### 1.4.2.1 Grupo de iguales

El grupo de iguales puede recibir otros nombres: grupo de compañeros, grupo de pares y generalmente se refieren al grupo de la misma edad. Conviene precisar, u obstante, que el término “grupo” no siempre es un grupo en sentido estricto, ya que muchas veces las relaciones interpersonales son esporádicas o poco organizadas: cuando decimos de la misma edad, nos referimos a edades similares, ya que, a veces, la distancia en edad es amplia. Del mismo modo, el término “iguales” no significa siempre igualdad, sexo, habilidades físicas o en atributos socioeconómicos. He aquí, pues sus características generales: a) sus miembros tienen la misma o similar edad, y no suelen pertenecer a la misma familia; b) son considerados iguales desde fuera aunque existen diferencias entre ellos; c) su estructura grupal y social es reducida y no siempre está institucionalizada; d)

posee pautas, valores, normas, cultura y símbolos propios y diferenciados; e) sus intereses son inmediatos y de tipo privatista.

Siguiendo el análisis de diversos autores podemos afirmar que en el grupo de iguales se realiza un insustituible y diversificado aprendizaje social.

#### 1.4.3 Factor biológico en el desarrollo adolescente

Entre los 10 y doce años los jóvenes experimentan un crecimiento acelerado. La edad promedio en la que se da el pico de crecimiento son, aproximadamente los doce años y medio en las niñas y los catorce y medio en los niños.

Estas diferencias individuales, durante la pubertad, generan afectos en la personalidad y ajuste social.

En esta edad, el crecimiento no es uniforme; primero crecen las piernas, luego el tronco. Este patrón lleva a la apariencia desgarbada. Cuando el crecimiento se completa, el tronco constituye poco más o menos el 37,5% del total de la altura del cuerpo; la cabeza el 12,5% y las piernas el 50%.

Las estructuras físicas involucradas en el proceso reproductivo, presentes desde el nacimiento, son las llamadas características sexuales primarias. En el varón son los testículos, el pene, la próstata y las vesículas seminales. En la mujer son los ovarios, el útero, la vagina y el clítoris. La edad en la que maduran estas características sexuales varía en el púber.

La salida de vello púbico empieza poco después de los 11 años en las niñas y los 12 años en los niños, aproximadamente. Esta aparición se da en fases sistemáticas. El proceso se inicia en una primera fase en la que el vello es suave, con poca o ninguna coloración; en las fases segunda, tercera y cuarta se da paulatinamente la maduración, hasta la quinta fase, en la que el vello púbico maduro cubre la región púbica.

### 1.5 CONTRARIEDADES EN LA ADOLESCENCIA

Tradicionalmente se asocia la temática de la adolescencia a la presencia de los conflictos generacionales. Karl Mannheim señala que el hecho de que un grupo de personas tenga la misma edad, implica la posibilidad de que participen de una experiencia común. Esta posibilidad de origen biológico se expresa cuando surge la identidad de respuesta frente a una misma situación histórica.

De allí que los jóvenes urbanos y los campesinos pueden no configurar en un grupo con características generacionales iguales. También enfrentan problemas distintos los jóvenes de los países muy desarrollados tecnológicamente y aquellos que pertenecen a sociedades en las que la industrialización es escasa.

### *1.5.1 Lucha generacional.*

La transmisión de la herencia cultural es un factor fundamental en las relaciones intergeneracionales, y se realiza por medio de las instituciones de carácter afectivo social, como la familia, y de estructuración más formal, como la escuela, la iglesia, etc. Se transmiten tanto instrumentos conductuales como metas de comportamiento.

El conflicto generacional se da en sociedades en las que el encuadre cultural se apoya en la perturbación de las tradiciones. Los adolescentes, por medio de su identificación con el rol de los adultos, portadores del bagaje de todas las adquisiciones culturales del pasado, se integran a la sociedad.

La lucha entre generaciones se establece por la prontitud con la que la o el joven desea alcanzar las atribuciones de los padres y reemplazarlos. Esto ocurre por cuanto el desarrollo biológico e intelectual durante la juventud pone a la persona en condiciones de competir con los adultos, cuestionar su poder y demostrar la posesión de destrezas que permiten asumir un “status” social autónomo.

Los padres están investidos del principio de autoridad que les confiere la sociedad. Apoyándose en él, guían, prohíben, permiten. Los adolescentes luchan contra sus mayores por el deseo de sucederlos en sus funciones de adultos. Quieren heredar pronto sus atribuciones, para tener en sus manos el poder y la autoridad que les permitirá influir

en la sociedad. Su cuestionamiento a los padres los induce a buscar nuevos modelos y desarrollar roles en diversos grupos para completar la imagen de identificación que requieren. Se vinculan así a maestros y amigos de mayor edad; toman importancia en su vida las proezas de los héroes de la historia, los éxitos de las estrellas del deporte o de la canción.

La superación del conflicto de generaciones está dada por las posibilidades que tengan él y la adolescente de identificarse no solo con sus padres naturales, sino con la sociedad en que viven. Una vez que el individuo ha alcanzado la sensación de que la civilización en que vive también es suya, y de que su rol de adulto es mínimamente compatible con su ideal de vida, acepta las contradicciones que encuentra en el seno de la sociedad a que pertenece y siente que puede trabajar en ella para mejorarla; su relación con los progenitores se torna más igualitaria, y se restablecen vínculos afectivos más armoniosos con su grupo familiar.

#### *1.5.2 Modalidades del comportamiento crítico*

Muchas veces los impulsos agresivos, ansiedades, frustraciones, necesidades no pueden expresarse en forma directa, por lo que se expresan simbólicamente. Estas conductas simbólicas llamadas de actuación son verdaderas sustituciones de la comunicación verbal, y expresan gran cantidad de conflicto no resueltos y mantenidos en el nivel inconsciente. Es importante que el adulto que enfrenta estas actuaciones procure desentrañar su sentido, y que colabore con el adolescente a elaborar su significado.

Para ello, es necesario descubrir factores que han impedido la reflexión y el reconocimiento de los problemas.

Algunos ejemplos de este tipo de conductas los podemos apreciar en situaciones como la de una joven, que no logra dar a entender en su hogar que el control que ejercen sobre ella es excesivo, por huye de la casa. En este caso, expresa la necesidad que no pudo manifestar directamente a sus padres.

Una joven necesitada de apoyo, puede buscarlo inconscientemente a través de ser utilizada como objeto sexual; pero también puede buscarlo en el uso de drogas, o conductas desafiantes a la autoridad, que le muestren con una posición privilegiada ante los compañeros. Se evidencia así, que un mismo conflicto puede ser expresado de múltiples formas, a la vez que una misma conducta de desajuste puede expresar diferentes conflictos, según el individuo de que se trate.

La rebeldía es una manifestación juvenil, que puede ser una expresión simbólica de problemas e insuficiencias que no han sido elaboradas conscientemente por el la joven, pero, más frecuentemente, está asociada al proceso de emancipación de las y los adolescentes normales. Si el medio no es rígido, y se muestra capaz de reconocer las necesidades autafirmáticas del adolescente, la relación rara vez se tornara verdaderamente conflictiva y coexistirá con manifestaciones de responsabilidad y ternura en la relación de la y el adolescente con los suyos. Si, en cambio los padres procuran autoafirmarse mediante el control impuesto a la “desobediencia” y “falta de respeto” de su hijo, se incrementa el desafío para este. Las conductas negativas no solo se dirigirán a los miembros adultos del hogar, sino que se generalizaran más allá de su familia, abarcando a maestros y a otras figuras de autoridad que, a través de sus actitudes, le reactiven sus problemas de autoafirmación.

Las y los jóvenes que pertenecen a hogares donde reina el desconcierto, la discordia y falta de satisfacción con las formas de vida alcanzadas, pueden mostrar rebeldía, que expresa su resentimiento por haberse visto privados de normas superiores, de oportunidades de aprendizaje y de mejores condiciones de vida. Cuando las familias con fuertes sentimientos de fracaso ponen todas sus esperanzas en el adolescente, como una demandante exigencia de acenso social, y lo abruman con ansiosa aspiración, puede surgir en él o ella la rebeldía, simboliza, activamente, a través de fugas de hogar o de embarazos; o, pasivamente, a través de negligencia en el trabajo, en la escuela, en las responsabilidades del hogar, etc. Estas actuaciones son, entonces, la respuesta a las dificultades que experimentan la persona joven para satisfacer las demandas que se le hacen y para resolver su sensación de carencia de apoyo.

La rebeldía que refleja trastornos mentales severos va acompañada de otras manifestaciones claramente patológicas, que producen un comportamiento desadaptado en otras áreas fuera de la familia. El mayor nivel de gravedad se expresa en conductas grotescas y fuera de control.

### *1.5.3 Conductas de riesgo*

Durante la adolescencia, la exploración, los desórdenes emocionales y los comportamientos generadores de riesgo pueden comprometer la salud, el proyecto de vida y la supervivencia propia y de otros. Por ello, las condiciones de riesgo del sector adolescente y sus consecuencias han pasado a constituir una preocupación creciente de los medios de comunicación masiva, los educadores y los formuladores de políticas. Se destaca entre otros los problemas de deserción escolar, embarazo adolescente, el suicidio, la violencia, el abuso de drogas, los accidentes u otros comportamientos destructivos. El enfoque de riesgo relaciona las nociones de vulnerabilidad y de exposición al peligro y toma el comportamiento en sí mismo como un factor del riesgo posible.

Cada etapa del ciclo vital tiene sus riesgos. La capacidad de afrontarlos está específicamente determinada por las destrezas que se han alcanzado y que son factibles de acuerdo con el respectivo periodo del desarrollo humano, así como los canales de capacitación, apoyo y protección que la sociedad determina y brinda.

La vulnerabilidad y la resiliencia son una función del inter-juego entre factores protectores con que cuenta el individuo ante la eventualidad del peligro y los factores de riesgo que significa los aspectos deficitarios de su propio desarrollo y de los riesgos en el entorno.

La resiliencia según Rutter se trata de una característica humana que permite que las personas muestren mayor o menor capacidad para enfrentar, resistir y recuperarse de factores que pueden ser destructivos. Esta característica puede deberse tanto al contexto social como al individuo. Entre los factores que incrementan la resiliencia, está la exposición previa a la adversidad psicosocial en dosis manejables que hayan permitido

un enfrentamiento exitoso con la tensión y el peligro, y, por lo tanto, puede operar en forma similar a la inmunización. La reducción del impacto del riesgo se produce por el conocimiento y la comprensión del significado del peligro que se tiene del estímulo y por la gradual exposición a este tipo de situaciones. La evitación de riesgos que brinden el control y la sobreprotección no parece generar mecanismos protectores.

Jessor destaca que, frente a las conductas de riesgo, es necesario tener enfoque de análisis de costo y beneficio, más que la preocupación tradicional sobre sus costos potenciales solamente fumar, beber, uso de drogas ilícitas, conducir peligrosamente o la actividad sexual temprana puede ser instrumento para ganar respeto y aceptación del grupo de pares; en repudiar las normas y valores de la autoridad convencional; en manejar ansiedad, frustración y anticipación del fracaso; o en afirmar la madurez y marcar la transición de la niñez en dirección a una posición más adulta.

Si se desea desestimular las conductas de riesgo en las personas adolescentes es importante brindarles la apertura de oportunidades, junto con mostrar una firme y sincera preocupación por el peligro que corren. De esta manera se permite a él o la adolescente contar con credenciales para una inserción exitosa y se le ofrecen metas ante las que encuentra la motivación para posponer la pseudosoluciones inmediatistas riesgosas. Podrá construir sus éxitos y afirmar su estima resguardando su futuro al no buscar solo sensaciones de logro<sup>8</sup>.

---

<sup>8</sup>KRAUSKOPF, D. (2007). Adolescencia y educación. San José, pág. 85-88

## **CAPITULO II**

### **LA FAMILIA**

#### **INTRODUCCION**

No hay un concepto delimitado de ella. La ley no da una definición. Para definirla se buscaron diversos elementos: sujeción (de los integrantes de la familia a uno de sus miembros), la convivencia (los miembros de la familia viven bajo el mismo techo, bajo la dirección y con los recursos del jefe de la casa), el parentesco (conjunto de personas unidas por vínculo jurídico de consanguinidad o de afinidad), la filiación (conjunto de personas que están unidas por el matrimonio o la filiación, aunque excepcionalmente por la adopción).

Vidal Taquini: "Familia en derecho argentino es el grupo de personas unidas por vínculos jurídicos, en la medida y extensión determinada por la ley, que surgen del matrimonio y de la filiación legítima, ilegítima y adoptiva".

La familia es una institución social. La ley impone la regulación no sólo al matrimonio, sino también a la filiación y a la adopción. La calidad de miembro de la familia depende de la ley y no de la voluntad de las personas.

La familia es una institución jurídica pero no una persona jurídica. En esta materia no cabe aceptar figuras que sean nítidamente patrimoniales.

Naturaleza jurídica. Carece de sentido pretender descubrir una específica naturaleza jurídica de la familia. La función del derecho es garantizar adecuados mecanismos de control social de la institución familiar imponiendo deberes y derechos.

Funciones. Evolución histórica. Conocer la evolución de la familia permite comprender sus roles. Al principio existía endogamia (relación sexual indiscriminada entre varones y mujeres de una tribu). Luego los hombres tuvieron relaciones sexuales con mujeres de otras tribus (exogamia). Finalmente la familia evolucionó hasta su organización actual (monogamia).

La monogamia impuso un orden sexual en la sociedad en beneficio de la prole y del grupo social. Esta función llevó a crear dos elementos que aparecen de modo permanente a través de la historia: libertad amplia de relaciones sexuales entre esposos y el deber de fidelidad.

Con el surgimiento de la monogamia se satisface la función educacional. Individualizados claramente padre y madre, entre ellos se comparte la tarea de educar a la prole.

El vínculo familiar. Permite el ejercicio de los derechos subjetivos familiares entre quienes tienen tal vinculación.

Elementos. Son elementos del vínculo familiar, el vínculo biológico y el vínculo jurídico.

El vínculo biológico es el elemento primario, básico, necesario y presupuesto indispensable para la existencia del vínculo familiar. La familia es una institución que responde a la ley natural.

El vínculo jurídico es elemento secundario del vínculo familiar, por cuanto su existencia depende de la del vínculo biológico, ya que jamás puede crearlo pero es decisivo para legalizarlo. El vínculo jurídico prevalece sobre el vínculo biológico, por más que se encuentre condicionado a él ya que lo califica.

Concordancias y discordancias. Como medio necesario para realizar el orden social los vínculos biológicos y jurídicos deben coincidir. Entre ambos existen concordancias y discordancias.

La concordancia pura se produce cuando el vínculo jurídico corresponde al vínculo biológico, lo cual puede acaecer desde el momento en que se constituye la relación o con posterioridad.

## 2.1 CONCEPTO DE FAMILIA.

La familia es un hecho universal que causa un impacto trascendental en la sociedad ya que es un correlato esencial de la constitución biológica del hombre y una institución básica que permite la supervivencia aumentando la capacidad innata y la adaptación de la especie humana, por ende diversos autores definen a la familia como: “La familia es el grupo donde se nace y donde se asumen las necesidades fundamentales del niño. Es un grupo en el cual los miembros se cohesionan, se quieren, se vinculan y así se ayudan recíprocamente a crecer vitalmente, a vivir como personas en todas sus dimensiones: cognitiva, afectiva, relacional, etc.”<sup>9</sup> Salvador Minuchin y Charles Fishman define a la familia como: “Un grupo natural que en el curso del tiempo a elaborado pautas de interacción. Están constituyen la estructura de la familia, que a su vez rige el funcionamiento de los miembros de la familia, define sus gamas de conducta y facilita su interacción recíproca<sup>10</sup>.” No son todos los conceptos de la definición de familia pero si los más importantes, ya que un grupo familiar se forma a lo largo de los años, y su iniciación familiar empieza por la pareja, una pareja con buena iniciación vincular que se complementara y se iniciara con la aparición de los hijos.

---

<sup>9</sup>FONT J, Pérez T, ROMAGOSA A.1995. Pediatría en atención primaria. Barcelona, pág. 9.

<sup>10</sup>MINUCHIN, S. y FISHMAN, C. 1984. Técnicas de Terapia Familiar. Argentina, pág. 178

Toda familia está regida por un sistema de reglas influenciadas por aspecto de comunicación, de actitud y de comportamiento ya que el componente principal de toda familia es la relación que tanto la madre como el padre sostienen consigo mismo y como pareja.

También podemos hablar de familia desde el punto de vista jurídico ya que es un vínculo jurídico familiar y la relación que existe entre dos individuos, derivado de la unión matrimonial, de la filiación o del parentesco, y en virtud del cual existen de manera interdependiente y habitualmente recíproca, determinados derechos subjetivos que, entonces, pueden considerarse como derechos subjetivos familiares (por ejemplo, el derecho a pedir alimentos). A su vez, estos derechos asumen en muchos casos, la característica de derechos-deberes, en nuestro país el derecho de familia está básicamente contenido en el Código Civil, que con posterioridad se dictaron leyes que organizaron los registros del estado civil de las personas.

## 2.2. TIPOS DE FAMILIA.

A través de la historia se ha escrito sobre el significado de la familia, hemos leído a varios autores mencionando varios conceptos, a medida que hemos evolucionado se han formado diversos tipos de familia que se mencionara a continuación, entre los autores con mayor importancia tenemos la clasificación de Salvador Minuchin y Charles Fishman, que proponen varios tipos de familia con los conceptos respectivos según su composición:

- Familias de Pas de Deux: son familias o parte de ellos luego de una emancipación de algunos hijos que viven lejos o del fallecimiento de otros de sus miembros.
- Familias de tres generaciones: es la más frecuente ya que está constituida por la existencia de abuelos, padres y nietos.
- Familias con soporte: se refiere a la delegación de un hijo mayor que de manera temporal y en la ausencia de los padres se hace responsable.

- Familias acordeón: es cuando alguno de sus miembros permanece alejado o fuera del hogar por periodos prolongados de tiempo y en forma continua lo cual el otro miembro (madre o padre) queda con la mayor parte de responsabilidad.
- Familias cambiantes: se trata de familias que tienen estilos de vida diferentes y constantes cambios de domicilio como por ejemplo militares, diplomáticos, etc.
- Familias huéspedes: es cuando los sistemas judiciales de asistencia permiten a un niño formar parte de una familia para su cuidado.
- Familias con padrastros y madrastras: vive un padre o madre adoptiva que no siempre es bien recibido.
- Familias con un miembro fantasma: hace referencia a una familia que ha sufrido la muerte de un familiar o un abandono, por lo cual hay problemas para reasignar tareas del miembro que falta.
- Familias psicósomáticas: hace referencia cuando hay un miembro que presente un desorden psíquico.

Con una visión de la familia como una totalidad, es oportuno decir que, toda Familia es construida tanto por la sociedad como por los sujetos que la componen, es la principal interacción y cambio de la humanidad.

### 2.3. FAMILIA DISFUNCIONAL/DESESTRUCTURADA.

Al hablar de familias disfuncionales o desestructuradas decimos que se originan inicialmente por altos niveles de ansiedad relacionados con una situación estresante, ya que nuestra habilidad de lidiar con el estrés tiene que ver con nuestro nivel de madurez, que se mide, en parte, por nuestra habilidad de hacer frente a una situación o momento que nos cause estrés.

Una de las características adversas de los individuos para que haya una disfuncionalidad radica en que casi siempre encuentran otros individuos que en mayor o

menor nivel también se relaciona de manera disfuncional, ya que elegimos una pareja que tenga los mismos rasgos tanto negativos como positivos que vimos en nuestros padres, o que por el contrario sea igual u opuestas a nuestros padres.

En las familias disfuncionales podemos observar que forman parte de un proceso multigeneracional ya que, los individuos se casan con otros individuos disfuncionales provenientes de familias disfuncionales y ha si el circulo continua, y se van creando individuos disfuncionales, que a su vez crean familias disfuncionales. En la mayoría de las familias disfuncional se da la Lucha de poder o la necesidad de complementarse, donde las reglas que rigen la actitud, el comportamiento y las emociones de cada familia se hacen consientes y ambos miembros de la pareja se sienten identificados dentro de sus propios límites familiares, en una pareja cuando la lucha de poder se intensifica, ambos buscan que el otro lo complemente, al no ser complementados consciente o inconscientemente buscaran un hijo.

Los padres que están divididos y no se aceptan a sí mismo, no pueden dar a sus hijos un buen modelo de amor propio ni pueden enseñar amarse entre si ya que ellos como pareja tampoco han logrado hacerlo.<sup>11</sup>

#### 2.4. FAMILIA Y SOCIEDAD.

La familia constituye el núcleo de la sociedad, representa el tipo de comunidad perfecta, ya que en ella se encuentran unidos todos los aspectos de la sociedad, tanto económicos, jurídicos, socioculturales, etc. Son muchas las definiciones que se da sobre la familia pero en la gran mayoría de información que encontramos nos plantean que es una estructura social básica donde padres e hijos/as se relacionan. Esta relación se basa en fuertes lazos afectivos, de esta manera sus miembros formar una comunidad de vida y amor. La familia es exclusiva, única y que implica una permanente entrega entre todos sus miembros sin perder la propia identidad. Entendemos de esta manera que lo que

---

<sup>11</sup>MINUCHIN, S. y FISHMAN, C. 1984. Técnicas de Terapia Familiar. Argentina, pág. 65-73

afecta a un miembro afecta directa o indirectamente a toda la familia; es por ello entonces que hablamos de sistema familiar, de una comunidad que es organizada, ordenada y jerárquica y muchas veces relacionada con su entorno.

La familia es una institución que influye con valores y pautas de conducta que son presentados especialmente por los padres, los cuales van conformando un modelo de vida para sus hijos enseñando normas, costumbres, valores que contribuyan en la madurez y autonomía de sus hijos. Influyen de sobremanera en este espacio la religión, las buenas costumbres y la moral en cada uno de los integrantes más pequeños. Es por ello, que los adultos, los padres son modelos a seguir en lo que dicen y en lo que hacen. La importancia de valores morales como la verdad, el respeto, la disciplina, la autonomía, etc. hace que los hijos puedan enfrentar el mundo que les rodea de manera madura y protagónica. La familia es un hecho social universal, ha existido siempre a través de la historia y en todas las sociedades, es el primer núcleo social en el cual todo ser humano participa. Para su constitución requiere del encuentro y relación de un hombre y una mujer que quieren unirse, en un proyecto de vida común, mediante el afecto entre ellos o hacia los hijos que surgirán de su relación la familia se preocupa de la reproducción y del cuidado físico de sus miembros y está a cargo del bienestar y desarrollo psicológico y social de cada uno de ellos.

La familia está orgánicamente unida a la sociedad, en este sentido, transforma la sociedad, es revolucionaria al provocar cambios sustanciales. En la familia se hacen ciudadanos, y éstos encuentran en ella la primera escuela de las virtudes que engendran la vida y el desarrollo de la sociedad, constituyendo el lugar natural y el instrumento más eficaz de humanización de la sociedad; colabora de manera original y profunda en la construcción del mundo, haciendo una vida propiamente humana, en particular protegiendo y transmitiendo las virtudes y valores.

## **CAPITULO III**

### **LA ANSIEDAD**

#### **INTRODUCCIÓN**

La ansiedad, es frecuente en la adolescencia y forma parte del desarrollo normal del ser humano, siempre que sea proporcionada a la situación y a la edad del mismo. Si esto no es así hablaremos de la existencia de un trastorno de ansiedad, por lo tanto, detectar lo antes posible los síntomas que pueden indicar la existencia de este trastorno y ser tratado.

Los trastornos generalizados del desarrollo son poco frecuentes, pero tienen una gran repercusión en la vida diaria y en la vida del adolescente. Además pueden detectarse a edades muy tempranas, de ahí la importancia de conocer bien las características de estos trastornos y de realizar un diagnóstico correcto.

Los miedos y la ansiedad, son frecuentes en la infancia y adolescencia. El miedo es una sensación de amenaza ante una determinada situación, persona u objeto. La ansiedad es un sentimiento de amenaza experimentado ante una situación no deseada o cuando no se conoce de antemano la naturaleza de lo que va a ocurrir. Los síntomas de ansiedad pueden considerarse normales o patológicos según el contexto en el que aparecen y su grado.

La ansiedad se considera patológica cuando es desproporcionada respecto de la situación, y en la adolescencia da lugar a un comportamiento no adecuado para el nivel de desarrollo. A la hora de evaluar un cuadro de ansiedad se tiene que diferenciar los síntomas transitorios, normales y propios del desarrollo normal de la ansiedad patológica. Es posible que bajo un cuadro de ansiedad se esconda otro trastorno psiquiátrico o psicológico comórbido.

El miedo forma parte normal de la infancia y adolescencia. Los niños son capaces de referir solo una cantidad de información limitada respecto de sus miedos y ansiedades, su escasa capacidad para entender el concepto de futuro les protege frente a algunas fuentes de ansiedad.

En la adolescencia, de los 12-18 años, adquiere gran importancia la opinión del grupo, comparaciones respecto al cuerpo, la ropa, la tecnología, etc., apareciendo en esta época ansiedad y miedo a hacer el ridículo o parecer o actuar diferente a los demás.

La ansiedad se va a manifestar de manera similar que en los adultos, con ambos componentes psíquico y físico, aunque en los niños es bastante común su expresión a través de síntomas físicos.

La ansiedad tiene una función adaptativa para el individuo, ya que le pone en estado de alerta ante los males potenciales. En la ansiedad patológica surge sin que exista un peligro o amenaza real.

La ansiedad se presenta ante estímulos que se perciben como peligrosos y constituyen una amenaza externa, pero esta puede surgir también por vivencias internas que ponen en marcha los mismos mecanismos fisiológicos de alerta y defensa. La ansiedad se manifiesta en cuatro grandes grupos de síntomas:

- Neurovegetativos
- Cognoscitivos
- Emocionales
- Conductuales

Las características de la ansiedad dependen de las características personales del individuo, las vivencias que haya tenido, la educación y el ambiente en el que vive. La capacidad intelectual modula la percepción que el sujeto tiene de la vida y la interpretación que hace de los acontecimientos. Las emociones y la memoria aportan el contenido afectivo de la experiencia concreta y, por último, las características temperamentales y la educación recibida influyen en como la ansiedad se manifiesta en el comportamiento.

### 3.1 GENERALIDADES

La ansiedad es una manifestación esencialmente afectiva. Se trata de una vivencia, de un estado subjetivo o de una experiencia interior, que podemos calificar de emoción. La ansiedad es un mecanismo humano de adaptación al medio y a superar ciertas exigencias de la vida. La ansiedad necesariamente positiva se vincula con lo cotidiano y entra de lleno en el campo de la motivación que nos hace alcanzar metas. La ansiedad normal y proporcionada, así como sus manifestaciones, no puede ni deben eliminarse, dado que se trata de un mecanismo funcional y adaptativo. Se trata de saber convivir con la ansiedad, sin perder la operatividad. Ahora, la ansiedad neurótica tiene otro significado que hay que situar en la órbita de las enfermedades psíquicas que provoca respuestas de evitación e inhibición, que mantiene un estado de alerta prolongado sin justificación alguna.

La ansiedad negativa se caracteriza por sentimientos de malestar, preocupación, hipervigilancia, tensión, temor, inseguridad, sensación de pérdida de control, percepción de fuertes cambios fisiológicos.

Estos cambios fisiológicos son consecuencia de la activación del sistema nervioso, del sistema endocrino y del sistema inmunológico. Por lo general sólo se percibe algunos de los desórdenes persistentes que provoca esta activación desadaptativa. La persistencia de estos cambios puede acarrear una serie de desórdenes psicofisiológicos transitorios, como dolores de cabeza, insomnio, disfunción eréctil, anorgasmia femenina,

contracturas musculares, disfunciones gástricas, etc. A nivel de nuestro sistema motor la ansiedad se manifiesta con inquietud motora, hiperactividad, movimientos repetitivos, dificultades de comunicación, consumo de sustancias, llanto, tensión en la expresión facial, etc.

Algunas personas presentan problemas de ansiedad debido a que muestran tendencia a reaccionar exageradamente ante las dificultades. Otras se vuelven ansiosas como consecuencia de un acontecimiento especialmente desagradable o que viven como tal. Ocurre, con frecuencia, que la aparición de un problema importante o la acumulación de pequeños problemas es el origen del trastorno.

Podemos hablar de causas primarias y causas secundarias de la ansiedad. En la ansiedad primaria no existe un cuadro de síntomas que justifique el trastorno, la ansiedad es, entonces, una condición en sí misma, es decir, existe una propensión mayor en algunas personas a padecer ansiedad debido a factores de tipo genético y hereditario, que está directamente relacionada con la química de los neurotransmisores del cerebro y que se puede experimentar en varias etapas de la vida. Esta ansiedad, sin embargo, afecta a un número muy reducido de personas. Por el contrario, la ansiedad secundaria la padece un gran número de personas y es causada por un trastorno psicológico o bien por una enfermedad psiquiátrica o física subyacente.

Las patologías relacionadas con la ansiedad con frecuencia aparecen tras padecer situaciones de estrés inespecífico, llegando a ser crónicas si las causas de dicho estrés persisten. En las sociedades modernas son factores estresantes muy característicos productores de ansiedad: a no ser aceptado socialmente, a no cumplir las expectativas impuestas, enfrentarse a exámenes, enfermedades físicas, especialmente las relacionadas con desajustes de hormonas, el consumo de sustancias.

Una vez que la ansiedad aparece tiende a mantenerse, incluso cuando las causas aparentes para ello han desaparecido. Esto es debido a que se ha adquirido el hábito de preocuparse, de esperar dificultades y de evitar situaciones difíciles. Se crea así un

círculo vicioso: como los síntomas son desagradables, el adolescente se vuelve más sensible y sufre con anticipación un problema que tal vez no exista<sup>12</sup>.

### 3.2 SIGNOS Y SINTOMAS DE LA ANSIEDAD

La ansiedad patológica, tanto si forma parte de un síndrome ansioso específico como de otro trastorno psiquiátrico o médico, puede manifestarse a través de diferentes síntomas que se pueden agrupar de acuerdo a su naturaleza y curso.

**Emocional:** La ansiedad se manifiesta por una sensación de inquietud psíquica, nerviosismo, desasosiego, vivencias amenazantes, angostura, opresión, sentirse atrapado o al borde de un peligro, miedo o pánico, temores difusos, inseguridad, sensación de vacío, presentimiento de la nada y de disolución del yo.

**Somáticos:** Existe una hiperactivación autonómica que se traduce en la presencia de síntomas cardiovasculares como palpitaciones, taquicardia, opresión del pecho, hipertensión arterial. También presentan síntomas respiratorios como disnea o dificultad respiratoria, sensación de ahogo o asfixia, hiperventilación, suspiros, bostezos. En cuanto a síntomas sensoriales puede presentar sensación de inestabilidad, visión borrosa, parestesias, despersonalización. Síntomas digestivos tales como náuseas, vómito, diarrea, estreñimiento. Síntomas vegetativos tales como sofocaciones, escalofríos, oleadas de calor, sudoración, sequedad de mucosas, manos frías y humedad, poliuria y finalmente se puede diferenciar síntomas instintivos como insomnio de conciliación y mantenimiento, pesadillas, anorexia, hiperfagia.

**Psicológicos:** Inquietud, agobio, sensación de amenaza y peligro, inseguridad, sensación de vacío, temor a perder el control, celos, sospechas, incertidumbre,

---

<sup>12</sup>SOUTULLO, C, & MARDOMINGO, M. (2010). Manual de psiquiatría del niño y del adolescente. Buenos Aires, pág. 95-98.

dificultad para tomar decisiones. En casos extremos, temor a la muerte, a la locura. Suicidio.

**Conductual:** Suele estar presente tendencia al llanto como consecuencia de sentimientos de importancia y sobrecarga tensional, que a diferencia del depresivo tiene capacidad de calmar y relajar al paciente, y conductas de evitación de objetos o situaciones que provocan miedo o ansiedad, así como una exageración de la respuesta de alarma. Puede también existir agitación psicomotora, aunque es infrecuente.

Estado de alerta e hipervigilancia, bloqueos, torpeza o dificultad para actuar, impulsividad, inquietud motora, dificultad para estarse quieto y en reposo. Estos síntomas vienen acompañados de cambios en la expresividad corporal y el lenguaje corporal: posturas cerradas, rigidez, movimientos torpes de manos y brazos, tensión en las mandíbulas, cambios de voz, expresión facial de asombro, duda o crispación.

**Motora:** El sujeto con ansiedad se encuentra tembloroso, sobresaltado, con estremecimientos o sacudidas musculares, tenso, con dolores musculares, cefaleas, debilidad, cansancio fácil, incapacidad de relajarse. También se detecta parpadeo frecuente, facie de disgusto. La característica común subyacente es un aumento del tono muscular estriado.

**Intelectuales o cognitivas:** Existen preocupaciones excesivas sobre circunstancias reales o imaginadas del presente o del futuro inmediato, anticipación del peligro o de que algo va a pasar, interpretaciones amenazantes de las circunstancias del entorno, ideas de inseguridad e impotencia, y una hipervigilancia ante estímulos que puedan representar amenazas potenciales. Dentro de esto puede presentar dificultades de atención, concentración y memoria, aumento de los despistes y descuidos, preocupación excesiva, expectativas negativas, rumiación, pensamientos distorsionados e importunos, incremento de las dudas y la sensación de confusión, tendencia a recordar sobre todo cosas desagradables, sobrevalorar pequeños detalles desfavorables, abuso de la prevención y de la sospecha, interpretaciones inadecuadas, susceptibilidad, etc.

**Sociales:** Irritabilidad, ensimismamiento, dificultades para iniciar o seguir una conversación, en unos casos, y verborrea en otros, bloquearse o quedarse en blanco a la hora de preguntar o responder, dificultades para expresar las propias opiniones o hacer valer los propios derechos, temor excesivo a posibles conflictos, etc.<sup>13</sup>

### 3.3 DIAGNOSTICO DE LA ANSIEDAD SEGÚN EL DSMIV TR

La ansiedad es una reacción emocional normal necesaria para la supervivencia de los individuos y de nuestra especie. No obstante, las reacciones de ansiedad pueden alcanzar niveles excesivamente altos o pueden ser poco adaptativas en determinadas situaciones. En este caso la reacción deja de ser normal y se considera patológica.

Los trastornos que pueden producirse cuando la ansiedad es muy elevada tradicionalmente se dividen en: trastornos físicos y trastornos mentales.

Entre los trastornos físicos que normalmente atiende el médico se encuentran los llamados trastornos psicofisiológicos: trastornos cardiovasculares (enfermedad coronaria, hipertensión, arritmias, etc.), trastornos digestivos (colon irritable, úlcera), trastornos respiratorios (asma), trastornos dermatológicos (psoriasis, acné, eczema), y otros trastornos psicofisiológicos (cefaleas tensionales, dolor crónico, disfunciones sexuales, infertilidad, etc.).

La ansiedad también está asociada a desórdenes relacionados con sistema inmune, como el cáncer o la artritis reumatoide.

También se encuentra altos niveles de ansiedad en trastornos crónicos que amenazan la calidad de vida, en los trastornos en los que el dolor juega un papel importante, etc.

Entre los trastornos mentales los más frecuentes son sin duda los trastornos de ansiedad, sin embargo, también encontramos niveles de ansiedad elevados en muchos otros desórdenes mentales, entre ellos: los trastornos del estado de ánimo (depresión mayor,

---

<sup>13</sup>VALLEJO, J, & GASTO, C. (1999). Trastornos afectivos: ansiedad y depresión. Barcelona, pág. 33, 34.

distimia, etc.), las adicciones (tabaco, alcohol, cafeína, derivados del cannabis, cocaína, heroína, etc.), los trastornos de la alimentación (anorexia, bulimia), trastornos del sueño, trastornos sexuales, trastornos del control de impulsos (juego patológico, tricotilomanía, etc.), trastornos somatomorfos (hipocondría, somatización, conversión, etc.)

Para conocer los trastornos de ansiedad es necesario acudir a los criterios diagnósticos que, universalmente aceptados, definen dichos trastornos. Vamos a recurrir la DSM-IV TR, la última edición de la clasificación de trastornos mentales de la Asociación de Psiquiatría Americana.

### **Trastornos de ansiedad según la DSM-IV TR**

Ataques de pánico (crisis de ansiedad, crisis de angustia) -Agorafobia

Trastorno de angustia sin agorafobia

Trastorno de angustia con agorafobia

Agorafobia sin historia de trastorno de angustia

Fobia específica

Fobia social

Trastorno obsesivo-compulsivo

Trastorno por estrés postraumático

Trastorno por estrés agudo

Trastorno de ansiedad generalizada

Trastorno de ansiedad debido a enfermedad médica

Trastorno de ansiedad inducido por sustancias

Además de estos trastornos, agrupados bajo el rótulo “trastornos de ansiedad”, en la DSM-IV TR se incluye finalmente un trastorno de ansiedad infantil, el trastorno de ansiedad por separación.

#### *3.3.1 Ataques de pánico*

Es un trastorno psiquiátrico común cuya principal manifestación consiste en crisis de angustias recurrentes e inesperadas. Por crisis de angustia entendemos aquellos episodios de miedo intenso o malestar que tienen un inicio brusco, alcanzan un pico de

intensidad en 10 minutos, y se acompañan varios síntomas somáticos o cognitivos entre los que se encuentran palpitations, temblor, temor a morir o perder el control, etc. Hasta hace poco, se debatía la existencia o no de este trastorno en niños en la adolescencia. Cada vez se reconocen más, existiendo estudios que indican que un 16% de los jóvenes entre 12 y 17 años podrían haber sufrido alguna crisis de angustia. Habría también un predominio en mujeres.

En adolescentes las crisis de pánico pueden estar desencadenadas por separaciones o situaciones de miedo tales como caminar solos, por la noche. También pueden ocurrir inesperadamente sin aparente causa. Al principio las crisis no se acompañan de conductas evitativas, es algo más tarde en la evolución natural de las mismas.

### **Criterios para el diagnóstico de los ataques de pánico**

Aparición temporal y aislada de miedo o malestar intensos, acompañada de cuatro (o más) de los siguientes síntomas, que se inician bruscamente y alcanzan su máxima expresión en los primeros 10 minutos:

1. palpitations, sacudidas del corazón o elevación de la frecuencia cardiaca
2. sudoración
3. temblores o sacudidas
4. sensación de ahogo o falta de aliento
5. sensación de atragantarse
6. opresión o malestar torácico
7. náuseas o molestias abdominales
8. inestabilidad, mareo o desmayo
9. desrealización (sensación de irrealidad) o despersonalización (estar separado de uno mismo)
10. miedo a perder el control o volverse loco
11. miedo a morir
12. parestesias (sensación de entumecimiento u hormigueo)
13. escalofríos o sofocaciones

### *3.3.2 Fobias simples*

La palabra fobia deriva del griego phobécamai, que significa temor o aversión. La fobia simple consiste en el miedo irreprimible, persistente y difícil de vencer a un estímulo o situación concreta., y solo aparecen en contacto con este estímulo. Las fobias simples afectan al 11.5-3% de los niños y adolescentes. La intensidad del miedo varía en función de determinadas circunstancias como la proximidad o lejanía del estímulo ansioso y de las características del mismo. Saber que existe la posibilidad de entrar en contacto con el estímulo fóbico genera en el adolescente una intensa angustia que puede dar lugar a una serie de estrategias encaminadas a evitar esa situación ya sea subir en ascensor, quedarse a oscuras en la habitación, etc. La gravedad e intensidad de los síntomas de ansiedad, lo apropiado o no apropiado del miedo de acuerdo con la edad y en qué medida la fobia interfiere en la vida cotidiana son datos fundamentales para el diagnóstico. Para que un miedo se convierta en fobia el adolescente debe presentar un intenso malestar y este limita el desarrollo de su vida normal.

El niño reconoce muchas veces que el temor y la angustia que siente son excesivos e irracionales; sin embargo no puede contratarlos. Las fobias pueden darse a cualquier edad. No obstante, hay fobias más frecuentes en unas épocas de la vida que en otras.

### *3.3.3 Fobia escolar*

La fobia escolar o el rechazo al colegio consisten en la incapacidad parcial o total del niño a acudir al colegio, como consecuencia de un miedo irracional a algún aspecto del ámbito escolar. En ocasiones, se trata de un temor concreto. Otras veces es un temor difuso a equivocarse, a hacer el ridículo o a ser criticado en la clase. Aunque también puede darse la circunstancia de que el niño o el joven sea incapaz de explicar que es lo que le impide ir al colegio. Para no asistir a clase, estos niños se quejan de alguna molestia física como cefalea o dolor abdominal. La fobia escolar es menos frecuente en la adolescencia que en la infancia, afecta por igual a ambos sexos y se da en todas las clases sociales. El comienzo puede ser brusco, de un día para otro, pero lo habitual es que se manifieste poco a poco, primero empieza las quejas y protestas relacionadas con el colegio; más adelante se busca justificaciones para no asistir y por último, se suele

producir una negativa rotunda y total a ir a clase, también es posible que el adolescente no expresen de forma clara el temor a ir a la escuela, pero el negarse a ir y el no poder justificar de manera clínica o por una causa objetable, desapareciendo los síntomas cuando no hay colegio; confirman el diagnóstico.

### **Criterios para el diagnóstico de la fobia específica**

- A. Temor acusado y persistente que es excesivo o irracional, desencadenado por la presencia o anticipación de un objeto o situación específicos (p. ej., volar, precipicios, animales, administración de inyecciones, visión de sangre).
- B. La exposición al estímulo fóbico provoca casi invariablemente una respuesta inmediata de ansiedad, que puede tomar la forma de una crisis de angustia situacional o más o menos relacionada con una situación determinada.
- A. Nota: En los niños la ansiedad puede traducirse en lloros, berrinches, inhibición o abrazos.
- B. La persona reconoce que este miedo es excesivo o irracional.
- C. Nota: En los niños este reconocimiento puede faltar.
- D. La(s) situación(es) fóbica(s) se evitan o se soportan a costa de una intensa ansiedad o malestar.
- E. Los comportamientos de evitación, la anticipación ansiosa, o el malestar provocados por la(s) situación(es) temida(s) interfieren acusadamente con la rutina normal de la persona, con las relaciones laborales (o académicas) o sociales, o bien provocan un malestar clínicamente significativo.
- F. En los menores de 18 años la duración de estos síntomas debe haber sido de 6 meses como mínimo.
- G. La ansiedad, las crisis de angustia o los comportamientos de evitación fóbica asociados a objetos o situaciones específicos no pueden explicarse mejor por la presencia de otro trastorno mental.

### *3.3.4 Fobia social*

La fobia social es típica en la adolescencia. Afecta al 1% de los adolescentes, aunque en muestras clínicas esa cifra llega hasta el 14%. En una etapa de la vida en la que las relaciones sociales son esenciales en el proceso de maduración personal, la FS impide que ese proceso acontezca con normalidad. El adolescente con fobia social siente pánico a las situaciones que implican el contacto social con otras personas, sobre todo si se trata de desconocidos, como si no pudiera soportar el hecho de ser visto por los otros. Siente miedo, vergüenza, sentido del ridículo y auténtico ataque de pánico por el mero hecho de tener que acudir a una celebración, hablar en público, estar con desconocidos o en grupo, o tener que hacer una gestión. El adolescente con fobia social evita acudir a reuniones sociales, hablar y comer en público. Estas actividades le produce una intensa angustia que se manifiesta en rubor, sudoración temblor, tartamudez y un acusado sentimiento de ridículo. Asimismo, existe un rechazo anticipado y una censura hacia los demás, que carece de fundamento y que impide llevar a cabo con naturalidad actividades de tipo social. Esta situación limita extraordinariamente su vida, y más en la adolescencia, que es la etapa de aprendizaje de las relaciones sociales. La fobia social es más frecuente en los chicos que en las chicas y, frecuentemente, se acompaña de síntomas depresivos, intentos de suicidio, un menor rendimiento académico y dificultades de adaptación laboral y profesional

#### **Criterios para el diagnóstico de la fobia social**

A. Temor acusado y persistente por una o más situaciones sociales o actuaciones en público en las que el sujeto se ve expuesto a personas que no pertenecen al ámbito familiar o a la posible evaluación por parte de los demás. El individuo teme actuar de un modo (o mostrar síntomas de ansiedad) que sea humillante o embarazoso. Nota: En los niños es necesario haber demostrado que sus capacidades para relacionarse socialmente con sus familiares son normales y han existido siempre, y que la ansiedad social aparece en las reuniones con individuos de su misma edad y no sólo en cualquier interrelación con un adulto.

- B. La exposición a las situaciones sociales temidas provoca casi invariablemente una respuesta inmediata de ansiedad, que puede tomar la forma de una crisis de angustia situacional o más o menos relacionada con una situación. Nota: En los niños la ansiedad puede traducirse en lloros, berrinches, inhibición o retraimiento en situaciones sociales donde los asistentes no pertenecen al marco familiar.
- C. El individuo reconoce que este temor es excesivo o irracional. Nota: En los niños puede faltar este reconocimiento.
- D. Las situaciones sociales o actuaciones en público temidas se evitan o bien se experimentan con ansiedad o malestar intensos.
- E. Los comportamientos de evitación, la anticipación ansiosa, o el malestar que aparece en la(s) situación(es) social(es) o actuación(es) en público temida(s) interfieren acusadamente con la rutina normal del individuo, con sus relaciones laborales (o académicas) o sociales, o bien producen un malestar clínicamente significativo.
- F. En los individuos menores de 18 años la duración del cuadro sintomático debe prolongarse como mínimo 6 meses.
- G. El miedo o el comportamiento de evitación no se deben a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p. ej., drogas, fármacos) o de una enfermedad médica y no pueden explicarse mejor por la presencia de otro trastorno mental (p. ej., trastorno de angustia con o sin agorafobia, trastorno de ansiedad por separación, trastorno dismórfico corporal, un trastorno generalizado del desarrollo o trastorno esquizoide de la personalidad).
- H. Si hay una enfermedad médica u otro trastorno mental, el temor descrito en el Criterio A no se relaciona con estos procesos (p. ej., el miedo no es debido a la tartamudez, a los temblores de la enfermedad de Parkinson o a la exhibición de conductas alimentarias anormales en la anorexia nerviosa o en la bulimia nerviosa)<sup>14</sup>.

---

<sup>14</sup>FAUMAN, M. 2003. DSM-IV-TR: Guía de estudio. Barcelona, Pg 213-240

### *3.3.5 trastorno obsesivo compulsivo*

El adolescente con trastorno obsesivo-compulsivo presenta un cuadro clínico similar al del adulto. Cada vez existen más reportes de TOC en adultos que señalan la infancia y la adolescencia como los trastornos de inicio de este trastorno.

No es frecuente que los síntomas de los adolescentes permanezcan ocultos varios años. Las conductas compulsivas no son necesariamente raras o ilógicas y, ante sus padres o maestros, muchos son estimulados en tal sentido, en especial cuando contribuyen a presentar un joven muy formal, ordenado y puntual. Esta condición prevalece en el tiempo y, generalmente, ocasiona ansiedad, angustia y desintegración social. Los adolescentes son criticados por sus pares, quienes no lo perciben normales como sus padres o maestros.

Algunos TOC de la adolescencia se detectan luego de un episodio depresivo determinado, en parte, por sentimientos de culpa o el aislamiento social consecuentes de aquel. Las ideas obsesivas en la adolescencia pueden ser de todo tipo, sin embargo, no es raro encontrar algunos elementos de la sexualidad, el cuerpo cambiante o la identidad sexual, las cuales son vividas con gran ansiedad. Los actos compulsivos suelen pasar inadvertidos durante muchos años. Solo hasta que estos interfieren en la vida cotidiana o generan desequilibrios familiares se perciben como patológicos.

En algunos pacientes, la presentación del TOC que se inicia en la adolescencia puede darse de forma súbita y espontánea. Algunos son claros en identificar cuándo y cómo llegaron las ideas obsesivas, que son manejadas cognoscitivamente de acuerdo con el estadio de su desarrollo. En tales casos, suelen atribuirle a mecanismos causales específicos y convertirlas de forma peculiar. Sin embargo, los adolescentes con estas formas de inicio tienden a consultar tempranamente, pues son más masivas en la aparición sintomática y, por lo tanto, más incapacitantes.

### **Criterios para el diagnóstico del trastorno obsesivo-compulsivo**

A. Se cumple para las obsesiones y las compulsiones:

Las obsesiones se definen por 1, 2, 3 y 4:

1. pensamientos, impulsos o imágenes recurrentes y persistentes que se experimentan en algún momento del trastorno como intrusos e inapropiados, y causan ansiedad o malestar significativos
2. los pensamientos, impulsos o imágenes no se reducen a simples preocupaciones excesivas sobre problemas de la vida real
3. la persona intenta ignorar o suprimir estos pensamientos, impulsos o imágenes, o bien intenta neutralizarlos mediante otros pensamientos o actos
4. la persona reconoce que estos pensamientos, impulsos o imágenes obsesivos son el producto de su mente (y no vienen impuestos como en la inserción del pensamiento)

Las compulsiones se definen por 1 y 2:

1. comportamientos (p. ej., lavado de manos, puesta en orden de objetos, comprobaciones) o actos mentales (p. ej., rezar, contar o repetir palabras en silencio) de carácter repetitivo, que el individuo se ve obligado a realizar en respuesta a una obsesión o con arreglo a ciertas reglas que debe seguir estrictamente
  2. el objetivo de estos comportamientos u operaciones mentales es la prevención o reducción del malestar o la prevención de algún acontecimiento o situación negativos; sin embargo, estos comportamientos u operaciones mentales o bien no están conectados de forma realista con aquello que pretenden neutralizar o prevenir o bien resultan claramente excesivos
- B. En algún momento del curso del trastorno la persona ha reconocido que estas obsesiones o compulsiones resultan excesivas o irracionales.

Nota: Este punto no es aplicable en los niños.

- C. Las obsesiones o compulsiones provocan un malestar clínico significativo, representan una pérdida de tiempo (suponen más de 1 hora al día) o interfieren marcadamente con la rutina diaria del individuo, sus relaciones laborales (o académicas) o su vida social.
- D. Si hay otro trastorno, el contenido de las obsesiones o compulsiones no se limita a él

E. El trastorno no se debe a los efectos fisiológicos directos de una sustancia o de una enfermedad médica<sup>15</sup>.

### *3.3.6 Trastorno por estrés postraumático*

El trastorno de estrés postraumático se define como el conjunto de síntomas, preferente de ansiedad, que aquejan al adolescente tras haber sufrido una experiencia inusual y de carácter aterrador que le deja una huella profunda y duradera. El agente estresante que da origen al trastorno de estrés postraumático es intensamente angustiante para todos o para la mayoría de los adolescentes; se excluyen por tanto aquellos acontecimientos vitales que aun siendo generadores de estrés, forman parte habitual de la vida humana.

El sentimiento de impotencia, desvalimiento y desesperanza del sujeto frente a la situación aterradora es una de las características fundamentales de este trastorno. otros rasgos definitorios son: tendencia a re-experimentar el acontecimiento traumático en forma de pensamientos, sueños o juegos, la tendencia a evitar aquellas situaciones, estímulos o circunstancias que lo recuerdan , la falta de interés y respuestas emocional ante el mundo circundante y un aumento del estado de vigilancia y alerta.

El agente estresante se caracteriza por ser inesperado y amenazador, su intensidad es desproporcionada y desequilibra la capacidad de respuesta y adaptación del adolescente. El adolescente es consciente del peligro que implica el acontecimiento traumático, y del carácter terrible de lo que está contemplando, experimenta un intenso sentimiento de desamparo, desvalimiento y desesperanza y conserva en la memoria lo que ha sucedido.

El carácter aterrador y amenazante de la experiencia vital, la incapacidad para hacer nada que lo remedie y el recuerdo mantenido, son tres características fundamentales de este trastorno, que darán origen al cuadro clínico correspondiente. Un cuadro clínico que varía en función de la edad del niño y que tiene rasgos diferenciales respecto del adulto.

---

<sup>15</sup>GÓMEZ, C. (2009). *Psiquiatría clínica: diagnóstico y tratamiento en niños, adolescentes y adultos*. Bogotá. pág. 350, 351

Ciertos rasgos de personalidad o antecedentes de trastornos emocionales pueden actuar como factores predisponentes para la aparición del síndrome, pero en ningún caso son suficientes para explicarlo. Es decir, el agente estresante es el factor causal primario, de tal forma que, en su ausencia, el cuadro clínico característico no habría presentado.

### **Criterios para el diagnóstico del trastorno por estrés postraumático**

A. La persona ha estado expuesta a un acontecimiento traumático en el que han existido 1 y 2:

1. la persona ha experimentado, presenciado o le han explicado uno (o más) acontecimientos caracterizados por muertes o amenazas para su integridad física o la de los demás
2. la persona ha respondido con un temor, una desesperanza o un horror intensos. Nota: En los niños estas respuestas pueden expresarse en comportamientos desestructurados o agitados

B. El acontecimiento traumático es re-experimentado persistentemente a través de una (o más) de las siguientes formas:

1. recuerdos del acontecimiento recurrentes e intrusos que provocan malestar y en los que se incluyen imágenes, pensamientos o percepciones. Nota: En los niños pequeños esto puede expresarse en juegos repetitivos donde aparecen temas o aspectos característicos del trauma
2. sueños de carácter recurrente sobre el acontecimiento, que producen malestar. Nota: En los niños puede haber sueños terroríficos de contenido irreconocible
3. el individuo actúa o tiene la sensación de que el acontecimiento traumático está ocurriendo (se incluye la sensación de estar reviviendo la experiencia, ilusiones, alucinaciones y episodios disociativos de flashback, incluso los que aparecen al despertarse o al intoxicarse). Nota: Los niños pequeños pueden re-escenificar el acontecimiento traumático específico
4. malestar psicológico intenso al exponerse a estímulos internos o externos que simbolizan o recuerdan un aspecto del acontecimiento traumático
5. respuestas fisiológicas al exponerse a estímulos internos o externos que simbolizan o recuerdan un aspecto del acontecimiento traumático

C. Evitación persistente de estímulos asociados al trauma y embotamiento de la reactividad general del individuo (ausente antes del trauma), tal y como indican tres (o más) de los siguientes síntomas:

1. esfuerzos para evitar pensamientos, sentimientos o conversaciones sobre el suceso traumático
2. esfuerzos para evitar actividades, lugares o personas que motivan recuerdos del trauma
3. incapacidad para recordar un aspecto importante del trauma
4. reducción acusada del interés o la participación en actividades significativas
5. sensación de desapego o enajenación frente a los demás
6. restricción de la vida afectiva (p. ej., incapacidad para tener sentimientos de amor)
7. sensación de un futuro desolador (p. ej., no espera obtener un empleo, casarse, formar una familia o, en definitiva, llevar una vida normal)

D. Síntomas persistentes de aumento de la activación (ausente antes del trauma), tal y como indican dos (o más) de los siguientes síntomas:

1. dificultades para conciliar o mantener el sueño
2. irritabilidad o ataques de ira
3. dificultades para concentrarse
4. hipervigilancia
5. respuestas exageradas de sobresalto

E. Estas alteraciones (síntomas de los Criterios B, C y D) se prolongan más de 1 mes.

F. Estas alteraciones provocan malestar clínico significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

Especificar si:

- Agudo: si los síntomas duran menos de 3 meses Crónico: si los síntomas duran 3 meses o más.

Especificar si:

De inicio demorado: entre el acontecimiento traumático y el inicio de los síntomas han pasado como mínimo 6 meses<sup>16</sup>.

### *3.3.7 Trastorno de ansiedad generalizada*

La ansiedad generalizada se caracteriza por una preocupación exagerada ante la vida en general. El paciente sufre múltiples miedos que carecen de base real y que afectan a los más variados y circunstancias de la vida. Afecta aproximadamente al 4% de los adolescentes y durante esta etapa es más frecuente en las mujeres.

La actividad ansiosa no solo se manifiesta ante circunstancias de la vida presente como los exámenes, las relaciones con los amigos o profesores, sino que también se proyecta sobre sucesos del pasado, que se analizan una y otra vez, y sobre acontecimientos futuros. El paciente siente temor a las consecuencias de hechos que están sucediendo, que han sucedido o que pueden suceder. Por lo tanto, un afrontamiento ansioso de la realidad puede afectar a toda la vida del paciente. La ansiedad se acompaña de un sentimiento general de inseguridad e ineptitud, que abarca el aprendizaje en el colegio. Además sus padres se ven obligados a reafirmar continuamente su amor por él, debido a su inseguridad, y en el colegio, a pesar de ser querido y aceptado, también se siente inseguro. La ansiedad generalizada es más frecuente en familias con nivel socioeconómico alto y con un nivel de exigencia elevado. Las expectativas excesivas de los padres son un factor que puede producir ansiedad en los hijos. En ocasiones, son los propios padres quienes sufren ansiedad y presionan a sus hijos para que alcance metas que ellos no lograron alcanzar- otro factor de riesgo es la timidez y la inhibición como característica temperamental. Algunas veces el TAG comienza abruptamente y otras de forma gradual, y sigue un curso con fases de exacerbación desencadenadas por situaciones de estrés. Si comienza en la infancia puede evolucionar hacia la fobia social

---

<sup>16</sup>SOUTULLO, C, &MARDOMINGO, M. (2010). Manual de psiquiatría del niño y del adolescente. Buenos Aires, pág. 571,584, 586.

pero si inicia en la adolescencia, este tipo de fobia es muy frecuente. Durante esta nueva etapa de descubrimiento del mundo y de sí mismo, los miedos y temores del adolescente pueden adquirir una dimensión patológica cuando impiden llevar a cabo aquellas actividades que implican el contacto social con los demás. La fobia social que no se diagnostica y si no se trata puede prolongarse hasta la edad adulta y no son infrecuentes los intentos de suicidio, la depresión, tener un menor rendimiento académico, obtener menos logros educativos y presentar dificultades a la hora de adaptarse al trabajo, lo que conlleva a un menor éxito profesional.

El diagnóstico del TAG no es siempre sencillo, ya que en estos casos, la ansiedad suele ser fenómeno difuso, difícil de definir y explicar, incluso, para los adultos. Las dos fuentes de información fundamentales para el terapeuta o medico son el adolescente y sus padres.

### **Criterios para el diagnóstico del trastorno de ansiedad generalizada**

- A. Ansiedad y preocupación excesivas (expectación aprensiva) sobre una amplia gama de acontecimientos o actividades (como el rendimiento laboral o escolar), que se prolongan más de 6 meses.
- B. Al individuo le resulta difícil controlar este estado de constante preocupación.
- C. La ansiedad y preocupación se asocian a tres (o más) de los seis síntomas siguientes (algunos de los cuales han persistido más de 6 meses).

Nota: En los niños sólo se requiere uno de estos síntomas:

1. inquietud o impaciencia
2. fatigabilidad fácil
3. dificultad para concentrarse o tener la mente en blanco
4. irritabilidad
5. tensión muscular
6. alteraciones del sueño (dificultad para conciliar o mantener el sueño, o sensación al despertarse de sueño no reparador)

- D. El centro de la ansiedad y de la preocupación no se limita a los síntomas de un trastorno; por ejemplo, la ansiedad o preocupación no hacen referencia a la posibilidad de presentar una crisis de angustia pasarlo mal en público, contraer una enfermedad, estar lejos de casa o de los seres queridos (, engordar (como en la anorexia nerviosa), tener quejas de múltiples síntomas físicos, o padecer una enfermedad grave (como en la hipocondría), y la ansiedad y la preocupación no aparecen exclusivamente en el transcurso de un trastorno por estrés postraumático.
- E. La ansiedad, la preocupación o los síntomas físicos provocan malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.
- F. Estas alteraciones no se deben a los efectos fisiológicos directos de una sustancia o a una enfermedad médica y no aparecen exclusivamente en el transcurso de un trastorno del estado de ánimo, un trastorno psicótico o un trastorno generalizado del desarrollo.

### *3.3.8 Trastorno de ansiedad por separación*

La ansiedad por separación es la angustia intensa que experimenta el adolescente cuando tiene que separarse de sus padres o de las personas que le cuidan. Es una angustia desproporcionada para su edad y circunstancia. Se presenta en distintos momentos, cuando tiene que acostarse, ir al colegio, salir con los amigos, dormir en casa de familiares, ir a una excursión o asistir a un campamento. El adolescente vive la separación como un peligro o una amenaza, piensa que algo malo le va a pasar e intenta evitar por todos los medios que suceda. Se niega a separarse de sus seres queridos y sufre mucho cuando lo obligan a hacerlo. Teme que sus padres no estén en casa a su vuelta, que no le recojan a la salida del colegio especialmente en los primeros años. La ansiedad por separación es el trastorno de ansiedad que se manifiesta más precozmente y afecta al 2-4% de los adolescentes.

Los miedos varían con la edad, no siempre existe un temor a algo concreto; en ocasiones, se percibe como un elevado potencial amenazante. Los adolescentes presentan con frecuencia un sentimiento de nostalgia y melancolía ante lo que es y ha sido su vida; esta nostalgia se puede convertir en una intensa inquietud y desasosiego

que les lleva a la desesperación y a la necesidad de remediar a esa circunstancia urgentemente. Al adolescente le cuesta reconocer hasta qué punto le resulta traumático separarse de sus padres y hogar, ya que es algo humillante, pero terminan por hacerlo cuando tienen una relación de confianza con algún adulto cercano, sea o no este su terapeuta o médico.

En la ansiedad por separación se descarta que empiece luego de los 18 años. Es característico que se acompañe de síntomas somáticos como dolores abdominales, vómitos, cefaleas, náuseas, palpitaciones, temblor, vértigos, y de sintomatología depresiva lo que hace difícil diferenciar, cual es el trastorno predominante. Los síntomas más frecuentes son tristeza llanto, apatía, dificultades de atención, y concentración y problemas en la relación con los compañeros.

Este trastorno es más frecuente en familias que tienen una actitud sobreprotectora hacia los hijos y que sienten temor ante el proceso de autonomía progresiva del niño o adolescente, que forma parte del desarrollo normal. No suele darse en adolescentes abandonados que no han tenido la oportunidad de establecer lazos afectivos con los adultos. La actitud sobreprotectora de algunos padres obstaculiza que sus hijos se enfrente con normalidad a los retos de la vida y favorece la aparición de ansiedad.

### **Criterios diagnósticos para el trastorno de ansiedad de separación**

- A. Ansiedad excesiva e inapropiada para el nivel de desarrollo del sujeto, concerniente a su separación respecto del hogar o de las personas con quienes está vinculado, puesta de manifiesto por tres (o más) de las siguientes circunstancias:
1. malestar excesivo recurrente cuando ocurre o se anticipa una separación respecto del hogar o de las principales figuras vinculadas
  2. preocupación excesiva y persistente por la posible pérdida de las principales figuras vinculadas o a que éstas sufran un posible daño
  3. preocupación excesiva y persistente por la posibilidad de que un acontecimiento adverso dé lugar a la separación de una figura vinculada importante (p. ej., extraviarse o ser secuestrado)
  4. resistencia o negativa persistente a ir a la escuela o a cualquier otro sitio por miedo a la separación

5. resistencia o miedo persistente o excesivo a estar en casa solo o sin las principales figuras vinculadas, o sin adultos significativos en otros lugares
  6. negativa o resistencia persistente a ir a dormir sin tener cerca una figura vinculada importante o a ir a dormir fuera de casa
  7. pesadillas repetidas con temática de separación
  8. quejas repetidas de síntomas físicos (como cefaleas, dolores abdominales, náuseas o vómitos) cuando ocurre o se anticipa la separación respecto de figuras importantes de vinculación
- B. La duración del trastorno es de por lo menos 4 semanas.
- C. El inicio se produce antes de los 18 años de edad.
- D. La alteración provoca malestar clínicamente significativo o deterioro social, académico (laboral) o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.
- E. La alteración no ocurre exclusivamente en el transcurso de un trastorno generalizado del desarrollo, esquizofrenia u otro trastorno pospsicótico, y en adolescentes y adultos no se explica mejor por la presencia de un trastorno de angustia con agorafobia.
- Especificar si: Inicio temprano: si el inicio tiene lugar antes de los 6 años de edad<sup>17</sup>.

### 3.4 ANSIEDAD EN LA ADOLESCENCIA

La adolescencia siempre presenta una crisis, tanto biológica como psicológica. El adolescente debe enfrentar una realidad que vive como cambiante en un cuerpo que también se transforma, pues dicha crisis determina, a su vez, la necesidad de adaptarse a ese cuerpo y, con éste, hacerle frente a esa realidad. Este complejo proceso se inicia en los cambios biológicos corporales, hormonales y madurativos. Termina la adquisición estable y definitiva de un cuerpo y una personalidad capaces de funcionar en la edad adulta.

---

<sup>17</sup>FAUMAN, M. 2003. DSM-IV-TR: Guía de estudio. Barcelona, Pág. 213-240

La ansiedad es inherente al existir humano. De hecho, se le atribuyen funciones específicas del desarrollo y de la evolución humana, y se le ha llamado el motor de la vida. La ansiedad se ha definido como un estado psicofisiológico originado como respuesta a un estímulo interno o externo, o bien el conjunto de respuestas corporales y psicológicas a un estímulo potencialmente nocivo o dañino que genera una conducta conocida como conducta ansiosa.

La ansiedad corresponde a la incertidumbre de cómo responder a las demandas crecientes de la adolescencia, situación que puede ser satisfecha por él y la adolescente sanos que encuentran las oportunidades necesarias para su desarrollo en el medio. La ansiedad no interfiere con el funcionamiento adaptativo de la persona. A partir del momento en que esto ocurre, cabe reconocer la presencia de angustia patológica.

Cuando un individuo su funcionamiento personal y experimenta un aumento de la tensión, que lo pone en peligro de no poder dominarla, aparece lo que Freud llamo “señal de angustia” para destacar el rol de lo que comúnmente se llama ansiedad. Se trata de un estado emocional que estimula al sujeto a movilizar todos los recursos dinámicos disponibles para repeler la estimulación excesiva. Es una verdadera señal de alerta que le indica la presencia de algo que lo pone en peligro y que agiliza la puesta en marcha de mecanismos para controlar la situación. Sin embargo, si estos mecanismos se tornan ineficientes, la ansiedad puede paralizar al que la sufre, hasta el extremo de permanecer indefenso frente al peligro que sobreviene.

La ansiedad patológica es un estado de temor vago, general, cuyas causas escapan a quien la experimenta. Las formas de expresión de esta ansiedad pueden darse a través de crisis agudas, o de un estado permanente y difuso. Las manifestaciones que la caracterizan son variadas. Las más frecuentes son una tendencia a la aprehensión generalizada, taquicardia, sudoración y micción frecuente, sueño intranquilo, pesadillas, irritabilidad y fallas en la concentración. Pueden aparecer temores de todo tipo: a las enfermedades, a las tormentas, a las tormentas, a la sociedad, a los exámenes, etc., que se diferencian del miedo a los peligros reales porque no ceden al razonamiento, ante la evidencia de la falta de peligro. En algunos casos, esta ansiedad

puede determinar trastornos de apariencia orgánica, pero que son indicadores de conflicto, como vómitos, inapetencia, dolores de cabeza, trastornos intestinales.

El desarrollo sexual en la pubertad, la sobre-estimulación y las incertidumbres que enfrentan en la adolescencia provocan naturales temores en quienes viven este periodo, por lo que utilizan algunos mecanismos preferentes para manejar dichas preocupaciones, mantener el equilibrio y controlar la fuente de angustia.

Ana Freud estudio cuidadosamente los mecanismos de defensa y apreció que el ascetismo i la intelectualización son característicos en los jóvenes. Estos mecanismos pueden servirles como una vía de ajuste mediatizado de sus conflictos y, en la medida en que no se tornan formas exclusivas y rígidas de comportamiento, no implican anomalías.

#### 3.4.1 Ascetismo

Se manifiesta a través de aislamiento y el alejamiento m de los objetos amorosos. Así, frecuentemente el o la adolescencia si aísla incluso dentro del grupo familiar, viviendo dentro del como si fuera una persona extraña. Teme la cantidad de respuestas instintivas que podía aflorar. Dicho mecanismo puede exagerar hasta llegar a tener connotaciones inconvenientes para el desarrollo del joven. Esto se aprecia en adolescentes que suelen negar radicalmente todo impulso de matriz sexual. Rehúsan los bailes y la indumentaria vistosa y atractiva, llegan a un verdadero puritanismo. Proyecciones patológicas severas se encuentran cuando ya reducen al mínimo su alimentación diaria, se obligan a madrugar por disciplina innecesaria y tratan de no ceder a sus necesidades físicas. Cuando la alimentación es muy inferior a lo requerido y el peso de la persona joven descende peligrosamente se trata de un cuadro de anorexia que requiere tratamiento.

Algunos adolescentes se auto-curan espontáneamente de su ascetismo y pueden entrar en las reacciones opuestas, que se traducen en excesivos desbordes, manifestaciones que son mal acogidas por el ambiente.

### 3.4.2 Intelectualización

En la adolescencia, las personas también pueden afrontar sus conflictos a través del aprovechamiento de sus recursos intelectuales, configurando el mecanismo defensivo denominado intelectualización. Mediante este mecanismo, las vivencias emocionales y los impulsos son sustituidos por los razonamientos lógicos, la búsqueda de conocimientos y de objetividad. Así, las energías instintivas no derivan en acciones concretas, sino que se canalizan en un reiterado reflexionar e investigar. Por ello, podemos ver muchachos que muestran un extraordinario interés en lecturas, estudios de matemáticas, atención al fundamento de maquinarias.

La reflexión y la intelectualización del conflicto instintivo pasan a ser un medio conveniente para dominarlo. Esta actividad mental cumple, pues, un papel de intensa vigilancia frente a los procesos sexuales, cuya percepción se elabora en un plano abstracto. Por ello, en el intelectualismo defensivo, las satisfacciones derivan del análisis, de las fantasías y de las ensoñaciones que él o la adolescente haga en torno a las necesidades instintivas y no de la expresión directa de dichos impulsos en las relaciones heterosexuales. Tal proceso permite que la atención se concentre sobre los instintos y constituye una tentativa de adueñarse de ellos y dominarlos en un nivel psíquico diferente. Este es un paso necesario para llegar a familiarizarse con los impulsos y para poder canalizarlos luego sin desorganizarse. Sin embargo, si la intelectualización invade totalmente la vida mental e impide acercarse a la acción, el avance emocional de la persona joven ve amenazado.

En el conjunto de la experiencia ansiosa participan numerosos elementos, factores y dimensiones que constituyen, la matizan o la influyen. Y de todos ellos el primero en interés es el factor cognitivo. Tradicionalmente se ha mantenido una diferencia esencial entre ansiedad, como emoción y la cognición. Las relaciones entre la ansiedad y lo cognitivo son de ida y vuelta: el desarrollo cognitivo del niño va matizando la manera de vivir la ansiedad. La espera ansiosa impregna el futuro de desarrollo de ésta y la actitud de expectativa, función claramente cognitiva, mediatiza el estilo afectivo ansioso que ha adquirido de niño durante los sucesivos aprendizajes. A su vez esta experiencia continuada va modelando el tipo de percepción emocional y de ansiedad que a su vez repercutirán en el futuro desarrollo cognitivo. Las investigaciones sobre la inhibición

intelectual ejercida por la angustia son bien conocidas y se sabe que no es una simple influencia a través de mecanismos reactivos sino que se trata de una relación que es de anclaje profundo<sup>18</sup>.

### 3.5 ETIOLOGÍA DE LA ANSIEDAD

#### 3.5.1 Estudios genéticos

La investigación genética se centra en el estudio de los familiares de probandos en el trastorno de ansiedad, en el estudio de gemelos y en los modelos animales.

Los estudios familiares y en gemelos sugieren la existencia de un componente hereditario en los trastornos de ansiedad, aunque no en todos los casos. En términos generales puede afirmarse que los factores genéticos ocupan un lugar destacado en el trastorno de angustia y en la agorafobia y no son determinantes en la ansiedad generalizada. La discordancia observada entre gemelos monocigóticos, en las tasas de prevalencia de los trastornos de ansiedad, subraya la importancia de los factores ambientales.

Los estudios en gemelos monocigóticos y dicigóticos de la población general indican que determinadas características de conducta como el miedo a los extraños, la timidez, la inhibición, la intolerancia a la separación y las quejas constantes, tienen una carga genética acusada. Los trabajos en poblaciones clínicas detectan que los gemelos monocigóticos son concordantes para determinar dos trastornos de ansiedad en una proporción mucho más alta que los dicigóticos<sup>19</sup>.

#### 3.5.2 Estudios familiares

Los estudios en familiares de pacientes con trastornos de ansiedad sugieren una elevada prevalencia familiar del trastorno de angustia, pero no de ansiedad generalizada. Los

---

<sup>18</sup>GÓMEZ, C. (2008). *Psiquiatría clínica: diagnóstico y tratamiento en niños, adolescentes y adultos*. Bogotá, pág. 273.

<sup>19</sup>MARDOMINGO, M. (1994). *Psiquiatría del niño y del adolescente*. Madrid, pág. 290.

familiares de probandos con agorafobia y trastorno de angustia tienen un riesgo mayor de padecer trastorno de ansiedad que los familiares de un grupo control. El riesgo de padecer agorafobia sólo aumenta cuando los probandos están afectados de este trastorno; sin embargo, el riesgo de padecer trastorno de angustia se incrementa tanto si los probandos sufren trastornos de angustia como si sufren agorafobia.

La agorafobia se caracteriza además por un comienzo más precoz, sintomatología más grave y peor pronóstico, sugiriéndose la posibilidad de que se trate de una variante más grave del trastorno de angustia.

Según las últimas investigaciones, ciertas familias muestran una predisposición mayor a la ansiedad o la depresión. Por el momento, se ignora si se trata de un rasgo transmitido genéticamente o bien adquirido durante la etapa infantil, aunque no cabe duda de que hay comportamientos y maneras de pensar que hacen que una persona sea psicológicamente más frágil. Gran parte del comportamiento es fruto de un proceso de aprendizaje y siempre cabe la posibilidad de que modificar o sustituir por completo aquellos hábitos con los que no se encuentra a gusto.

## **CAPITULO IV**

### **LA DEPRESIÓN**

#### **INTRODUCCION**

La depresión es un trastorno del estado de ánimo, ya sea desde el punto de vista de la psicología o desde el punto de vista de la psiquiatría, pero siempre dentro del ámbito de la psicopatología. Según el modelo médico, la psiquiatría la describe como un trastorno del estado de ánimo y su síntoma habitual es un estado de abatimiento e infelicidad que puede ser transitorio o permanente.

El término médico hace referencia a un síndrome o conjunto de síntomas que afectan principalmente a la esfera afectiva: la tristeza patológica, el decaimiento, la irritabilidad o un trastorno del humor que puede disminuir el rendimiento en el trabajo o limitar la actividad vital habitual, independientemente de que su causa sea conocida o desconocida. Aunque ése es el núcleo principal de síntomas, la depresión también puede expresarse a través de afecciones de tipo cognitivo, volitivo o incluso somático. En la mayor parte de los casos, el diagnóstico es clínico, aunque debe diferenciarse de cuadros de expresión parecida, como los trastornos de ansiedad. La persona aquejada de depresión puede no vivenciar tristeza, sino pérdida de interés e incapacidad para disfrutar las actividades lúdicas habituales, así como una vivencia poco motivadora y más lenta del transcurso del tiempo. Su origen es multifactorial, aunque hay que destacar factores desencadenantes tales como el estrés y sentimientos (derivados de una

decepción sentimental, la contemplación o vivencia de un accidente, asesinato o tragedia, el trastorno por malas noticias, pena, y el haber atravesado una experiencia cercana a la muerte). También hay otros orígenes, como una elaboración inadecuada del duelo (por la muerte de un ser querido) o incluso el consumo de determinadas sustancias (abuso de alcohol o de otras sustancias tóxicas) y factores de predisposición como la genética o un condicionamiento educativo. La depresión puede tener importantes consecuencias sociales y personales, desde la incapacidad laboral hasta el suicidio. Desde la bio-psiquiatría, a través de un enfoque farmacológico, se propone el uso de antidepresivos. Sin embargo, los antidepresivos sólo han demostrado ser especialmente eficaces en depresión mayor/grave (en el sentido clínico del término, no coloquial).<sup>1</sup>

El término en psicología de conducta (ver terapia de conducta o modificación de conducta) hace referencia a la descripción de una situación individual mediante síntomas. La diferencia radica en que la suma de estos síntomas no implica en este caso un síndrome, sino conductas aisladas que pudieran si acaso establecer relaciones entre sí (pero no cualidades emergentes e independientes a estas respuestas). Así, la depresión no sería causa de la tristeza ni del suicidio, sino una mera descripción de la situación del sujeto. Pudiera acaso establecerse una relación con el suicidio en un sentido estadístico, pero tan sólo como una relación entre conductas (la del suicidio y las que compongan el cuadro clínico de la depresión). Es decir, en este sentido la depresión tiene una explicación basada en el ambiente o contexto, como un aprendizaje desadaptativo.

#### 4.1 GENERALIDADES

La depresión es tan antigua como la raza humana y rara ya que a veces, repentinamente y sin razón, nos sentimos insufriblemente tristes, sin consuelo y a menudo nos encontramos solos. Para algunos de nosotros esta experiencia no representa más que un momento efímero que se puede compensar con pensamientos de sentido común y acciones prácticas pero para otros se convierten en un fantasma cuya presencia hace que pierda todas las celebraciones. Aunque la mayoría de nosotros experimenta tristeza de vez en cuando, en algunas personas estos sentimientos no desaparecen y se acompañan

de otros síntomas que provocan malestar o dificultades para desarrollar su vida cotidiana: interfiere en su capacidad de pensar, aprender y desarrollarse social y académicamente

Como definición de la depresión del libro de Psiquiatría de Toro y Yepes se define de la siguiente manera “las depresiones son un grupo heterogéneo de trastornos afectivos que se caracterizan por un estado de ánimo deprimido, disminución del disfrute, apatía y pérdida de interés en el trabajo, sentimientos de minusvalía, insomnio, anorexia e ideación suicida. A menudo manifiestan ansiedad y síntomas somáticos variados. El paciente con depresión no tiene historia previa de manía o hipomanía, dicho antecedente la convierte en trastorno bipolar”. Así como también menciona que: “las depresiones son prevalentes en la población general (3 a 5%) y tan comunes en la consulta médica, que es imposible que los psicólogos y psiquiatras puedan tratar adecuadamente a todas las personas que las sufren. Más aun según Watts solo un 0.2% de los pacientes deprimidos consultan al psicólogo o psiquiatra, un 9% al médico general y posiblemente un 89% nunca acuden a la consulta médica”<sup>20</sup>.

Es así que la depresión mayor puede iniciarse a cualquier edad, aunque el promedio de iniciación es entre los 25 y los 30 años, por lo cual es importante diferenciar entre el concepto de distimia y depresión ya que su relación es similar, debemos tener en cuenta para poder diagnosticar adecuadamente al paciente que sufre de la misma, como veremos mas adelante con conceptos claros y precisos sobre el significado de distimia.

#### 4.2 DEPRESIÓN EN LA ADOLESCENCIA

Para tener un diagnóstico sobre la depresión en las personas no se debe guiar en la observación debido a que carente de información, es necesario el trabajo de un profesional ya sea psicólogo o psiquiatra, mediante una entrevista, historia clínica, antecedentes, aplicaciones de baterías y conversaciones con personas cercanas a la

---

<sup>20</sup>TORO, G & YEPES, L.2004. Fundamentos de medicina psiquiatría. Colombia, pág.

persona afectada para poder ofrecer un criterio diagnóstico positivo, ya que la adolescencia es una etapa de transición, una etapa del ciclo de crecimiento físico que marca el final de la niñez y pronuncia la adultez, para muchos jóvenes la adolescencia es un periodo de incertidumbre e inclusive de desesperación, pero en este periodo los adolescentes están conscientes de los cambios que experimentan sus cuerpos. Aunque en muchos casos las depresiones en niños y adolescente no se diagnostican con facilidad, debido a que con frecuencia empieza de manera diferente a la depresión en adultos. Cuando se identifica un cuadro depresivo en niños o adolescentes se debe tomar las medidas adecuadas para resolver el problema ya que puede ser normal o propio de su estadio de desarrollo, o presenta un fenómeno patológico. Para un mejor diagnóstico de la depresión en niños o adolescentes debe tomarse en cuenta los criterios diagnósticos que proponen el DSM IV TR o el CIE 10, los mismos en su mayoría son utilizados para diagnosticar patologías en adultos.

La depresión, en los adolescentes suele manifestarse de una manera distinta a la que se encuentra comúnmente entre los adultos que la sufren. Los adolescentes pueden mostrarse reacios a expresar abiertamente sus sentimientos, y pueden revelar actitudes equivalentes de depresión, tales como el aburrimiento o la inquietud, así como la incapacidad de estar a solas o bien en continuas búsquedas de nuevas actividades, algunos síntomas de la depresión puede ser la drogadicción, promiscuidad, actos delictivos y la búsqueda del peligro. La depresión, en el adolescente puede quejarse de una falta de sentimientos y de una sensación de vacío, semejante al estado de aflicción. Esto no quiere decir que el adolescente carezca de sentimientos, si no de no poder manejar o expresar lo que ahora tiene. Lo que desencadena este tipo de depresión; es la pérdida de una relación querida, como los padres, la novia o un amigo.

Durante el desarrollo en la adolescencia influyen ciertos factores que son el biológico, psicológico, social y cultural que intervienen conjuntamente en la percepción que el adolescente tiene de sí mismo. Tomando en cuenta esto la depresión ha sido y es un trastorno mental que se presenta con más frecuencia en la adolescencia pero también afecta a hombres y mujeres de cualquier edad y clase social en ciertos periodos del ciclo vital como la menopausia y andropausia. Es por esto que se considera importante hacer

una revisión de la depresión en la adolescencia específicamente ya que diferentes sucesos pueden actuar como desencadenantes de la depresión. En cambio, a veces, la depresión aparece sin ninguna causa externa aparente. En algunos casos existen familias en las que varios de sus miembros padecen depresión; se considera que en estos casos los factores hereditarios pueden ser importantes ya que el cerebro usa mensajeros llamados neurotransmisores que envían señales a diferentes partes de nuestro cuerpo, también sirven para que diferentes partes del cerebro se comuniquen entre sí; y la alteración en el funcionamiento de los neurotransmisores influyan en el estado de ánimo.

Para Gonzales Núñez, la diferencia fundamental entre la depresión en adolescentes y adultos es que en el caso de los adolescentes (hombres y mujeres) no tienen orientación hacia el futuro, puesto que no tienen una representación del futuro como una perspectiva temporal. “Las depresiones de la adolescencia igualan a las de la edad adulta en severidad, las sobrepasan en auto destructividad y muestran todavía el sello característico de su concomitancia con el proceso del desarrollo. Todas las experiencias son irrevocables y externas, al igual que la vergüenza y la desesperación que le provocan.”<sup>21</sup>”

En la sociedad la depresión en los adolescentes es un fenómeno complejo, sutil y peligroso. Es complejo, debido a la gran cantidad de causas y efectos que puede acarrear; sutil debido a que casi siempre pasa inadvertida, incluso para el mismo adolescente y peligrosos porque como resultado podemos obtener desde un fracaso en los estudios, hasta un suicidio.

Es por eso que se debe considerar los siguientes los siguientes síntomas:

- Lapso de atención reducido: el adolescente no puede mantener su mente enfocada en un asunto durante tanto tiempo como hacía antes.

---

<sup>21</sup>TORO, G & YEPES, L. 2004. Fundamentos de medicina psiquiatría. Colombia, pág.

- Soñar despierto: le lleva al adolescente atender menos en clases es conocido como holgazán o mala actitud.
- Malas calificaciones: es el resultado de soñar despierto y la atención reducida.
- Aburrimientos: es la manifestación del adolescente por estar solo por periodos cada vez más largos.
- Depresión somática: el adolescente empieza a sentir dolor en su cuerpo.
- Retraimiento: el adolescente puede excluirse de la sociedad a tal punto que se vuelve solitario

En el caso de las chicas suelen expresar su depresión de manera menos violenta ya que ellas manifiestan su estado deprimido mediante la “inmoralidad sexual”, tiende aliviarse durante un acto sexual, aunque después se sienten aun más deprimidas que antes debido a la autodegradación que implica. Otra forma que tiene el adolescente de expresar su depresión es por medio de la utilización de drogas hasta el punto llegar a una adicción.

Existen varios factores desencadenantes para que se dé la depresión en adolescentes como también puede ser una reacción a un suceso perturbador como la muerte de un ser querido, la ruptura con la novia/o y fracaso laboral, los adolescentes que presentan una baja autoestima, que son autocríticos y perciben muy poco sentido de control sobre los eventos negativos presentan un mayor riesgo de deprimirse al experimentar eventos estresantes.

Otros factores desencadenantes de riesgos que se puede mencionar son los siguientes:

- Pérdida de alguno de los padres ya sea por muerte o divorcio.
- Maltrato infantil, tanto físico como sexual.
- Atención inestable, falta de habilidades sociales.
- Enfermedades crónicas.
- Antecedentes familiares de depresión.
- La depresión también está asociada con trastornos en la alimentación, particularmente bulimia.
- Insatisfacción de las necesidades psicológicas básicas; dentro de estas se destaca la necesidad de autoafirmación, de independencia, de relación íntima personal y la

aceptación de los padres. Es importante mencionar que la insatisfacción frustra, deja marcas.

- Patrones inadecuados de educación y crianza que pueden ser: la sobreprotección, manifestándose en manera de ansiedad (al crear sentimientos de culpa en el adolescente) o de una manera autoritaria (al provocar rebeldía y desobediencia).

#### *4.2.1 Diagnóstico de la depresión según el DSM IV-TR*

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

- 1.** estado de ánimo depresivo la mayor parte del día, casi cada día según lo indica el propio sujeto (p. ej., se siente triste o vacío) o la observación realizada por otros (p. ej., llanto). En los niños y adolescentes el estado de ánimo puede ser irritable
- 2.** Disminución acusada del interés o de la capacidad para el placer en todas o casi todas las actividades, la mayor parte del día, casi cada día (según refiere el propio sujeto u observan los demás)
- 3.** Pérdida importante de peso sin hacer régimen o aumento de peso (p. ej., un cambio de más del 5 % del peso corporal en 1 mes), o pérdida o aumento del apetito casi cada día. Nota: En niños hay que valorar el fracaso en lograr los aumentos de peso esperables
- 4.** Insomnio o hipersomnia casi cada día
- 5.** Agitación o enlentecimiento psicomotores casi cada día (observable por los demás, no meras sensaciones de inquietud o de estar enlentecido)
- 6.** Fatiga o pérdida de energía casi cada día
- 7.** Sentimientos de inutilidad o de culpa excesivos o inapropiados (que pueden ser delirantes) casi cada día (no los simples autorreproches o culpabilidad por el hecho de estar enfermo)
- 8.** Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o indecisión, casi cada

día (ya sea una atribución subjetiva o una observación ajena)

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

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

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

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

**E.** Los síntomas no se explican mejor por la presencia de un duelo (p. ej., después de la pérdida de un ser querido), los síntomas persisten durante más de 2 meses o se caracterizan por una acusada incapacidad funcional, preocupaciones mórbidas de inutilidad, ideación suicida, síntomas psicóticos o enlentecimiento psicomotor.

#### *4.2.2 Síntomas de la depresión*

No todas las personas con depresión se sienten tristes ya que algunas personas se notan más nerviosas, otras se sienten incapaces de expresar sus emociones y otras presentan síntomas físicos inexplicables o un cambio de comportamiento. Es así que la depresión es más intensa que la que se siente cuando se tiene algún problema o disgusto momentáneo, es un sentimiento persistente de vacío, pérdida, miedo e incluso es la incapacidad para disfrutar de la vida o de actividades habituales. Es por eso que los adolescentes con depresión suelen referir síntomas físicos que pueden confundirse con una enfermedad física que es llamada como “depresión enmascarada”, el síntoma principal no es la tristeza, sino los síntomas físicos antes mencionados.

En la depresión, el pasado se mira de una forma errónea, llena de equivocaciones y el presente se vuelve catastrófico, sienten miedo del futuro y por ende la persona depresiva llega a pensar que no vale la pena vivir, que los demás estarían mejor sin ellos. De tal manera que el paciente deprimido puede llegar a contemplar el suicidio como la única salida para terminar con el sufrimiento, sin valorar que la depresión tiene tratamiento y es transitoria.

## **Síntomas Psicológicos y Físicos.**

- Tristeza.
- Pérdida de interés en cosas con las que antes se solía disfrutar.
- Ansiedad.
- Vacío emocional.
- Pensamientos negativos.
- Problemas de concentración o de memoria.
- Delirios.
- Alucinaciones.
- Ideas de suicidio.
- Problemas de sueño: dificultad para conciliar el sueño, despertar precoz o aumento de las horas de sueño.
- Enlentecimiento mental o físico.
- Aumento o disminución del apetito.
- Aumento o disminución de peso.
- Pérdida de interés en el sexo.
- Fatiga
- Estreñimiento.
- Alteración en la menstruación.

### *4.2.3 Depresión mayor*

La depresión mayor es considerada un trastorno del estado de ánimo con sentimientos severos y prolongados de tristeza sin causa aparente o síntomas relacionados que dificultan la eficiencia, puede tener muchas causas que aumente el riesgo de la depresión, esto incluye dificultad para expresar la ira eficazmente, el experimentar pérdidas, una mala autoestima, grandes necesidades de dependencia, malas relaciones interpersonales y un criterio pesimista de uno mismo y del mundo. Diversos estudios realizados han comprobado que la herencia genética es un factor importante para muchas personas, así como un alto nivel de estrés.

Crterios para el diagnóstico de Trastorno depresivo mayor, episodio único.

A. Presencia de un único episodio depresivo mayor.

B. El episodio depresivo mayor no se explica mejor por la presencia de un trastorno esquizoafectivo y no está superpuesto a una esquizofrenia, un trastorno esquizofreniforme, un trastorno delirante o un trastorno psicótico no especificado.

C. Nunca se ha producido un episodio maníaco, un episodio mixto o un episodio hipomaníaco.

Nota: Esta exclusión no es aplicable si todos los episodios similares a la manía, a los episodios mixtos o a la hipomanía son inducidos por sustancias o por tratamientos o si se deben a los efectos fisiológicos directos de una enfermedad médica.

Especificar (para el episodio actual o para el más reciente):

Crónico

Con síntomas catatónicos

Con síntomas melancólicos

Con síntomas atípicos

De inicio en el posparto

#### 4.2.4 Distimia

La principal característica de la distimia es un estado de ánimo deprimido crónicamente, ya que ocurre la mayor parte del día, tiene una duración mínima de 2 años y no mayor a un periodo de 2 meses seguidos libre de sintomatología, en conclusión son pacientes con una depresión relativamente leve de duración larga. Sus inicios pueden ser desde la niñez o la adolescencia o también probablemente se desarrollen después.

#### **Crterios para el diagnóstico del Trastorno distímico.**

**A.** Estado de ánimo crónicamente depresivo la mayor parte del día de la mayoría de los días, manifestado por el sujeto u observado por los demás, durante al menos 2 años.

Nota: En los niños y adolescentes el estado de ánimo puede ser irritable y la duración debe ser de al menos 1 año.

**B.** Presencia, mientras está deprimido, de dos (o más) de los siguientes síntomas:

1. Pérdida o aumento de apetito
2. Insomnio o hipersomnia
3. Falta de energía o fatiga
4. Baja autoestima
5. Dificultades para concentrarse o para tomar decisiones
6. Sentimientos de desesperanza

**C.** Durante el período de 2 años (1 año en niños y adolescentes) de la alteración, el sujeto no ha estado sin síntomas de los Criterios A y B durante más de 2 meses seguidos.

**D.** No ha habido ningún episodio depresivo mayor durante los primeros 2 años de la alteración (1 año para niños y adolescentes); por ejemplo, la alteración no se explica mejor por la presencia de un trastorno depresivo mayor crónico o un trastorno depresivo mayor, en remisión parcial.

Nota: Antes de la aparición del episodio distímico pudo haber un episodio depresivo mayor previo que ha remitido totalmente (ningún signo o síntoma significativos durante 2 meses). Además, tras los primeros 2 años (1 año en niños y adolescentes) de trastorno distímico, puede haber episodios de trastorno depresivo mayor superpuestos, en cuyo caso cabe realizar ambos diagnósticos si se cumplen los criterios para un episodio depresivo mayor.

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

**F.** La alteración no aparece exclusivamente en el transcurso de un trastorno psicótico crónico, como son la esquizofrenia o el trastorno delirante.

**G.** Los síntomas no son debidos a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p. ej., una droga, un medicamento) o a enfermedad médica (p. ej., hipotiroidismo).

**H.** Los síntomas causan un malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

#### 4.2.5 Diagnóstico diferencial

La tristeza se puede dar como un síntoma presente no solo en un trastorno depresivo también en diferentes cuadros clínicos; es por eso que la presencia de síntomas depresivos debe diagnosticarse de manera diferencial con los siguientes trastornos:

*Trastorno Distímico:* estado de ánimo crónicamente deprimido que está presente casi todo el día, casi todos los días, con una duración de al menos 2 años.

*Trastorno adaptativo con estado de ánimo depresivo:* desencadenado por un estrés claramente identificable que ha dado lugar en las últimas semanas. El estado de ánimo depresivo desaparece bien porque el suceso desencadenante se esfuma o porque el paciente alcanza un nivel adaptativo en su funcionamiento.

*Trastorno del estado de ánimo debido a una enfermedad médica:* la alteración en el estado de ánimo es consecuencia de un afecto fisiológico directo de una enfermedad médica específica. De este trastorno se desglosa el Trastorno del estado de ánimo inducido por sustancias, en donde una sustancia esta etiológicamente ligado a una alteración del estado de ánimo.

*Duelo:* se trata de una reacción normal frente a una pérdida afectiva importante. A veces pueden aparecer síntomas semejantes a la depresión mayor, principalmente ideas de culpa, deseos de muerte, mas como el deseo de reunirse con la persona fallecida que como de quitarse la vida. Si esta sintomatología se prolonga un tiempo superior a los 6 meses o alcanza una intensidad marcada se considera duelo patológico y debe ser tratado como una depresión.

*Trastorno Esquizoafectivo:* diferente del trastorno depresivo porque en este existen ideas delirantes y alucinaciones.

*Trastorno Bipolar:* se presentan episodios de manía o mucha actividad, caracterizados por ser seguidos de episodios de estado de ánimo deprimido o depresiones intensas.

Seguidamente de los trastornos ya mencionados se halla el trastorno depresivo recidivante, que se trata de episodios depresivos con poca duración ya sea de 2 días hasta 2 semanas y se presenta por lo menos una vez al mes durante un año.

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

Existen además otros tipos de depresión como son: depresiones estacionales, post parto, trastornos dismórficos premenstruales etc.

## **CAPITULO V**

### **TERAPIA COGNITIVO CONDUCTUAL**

#### **INTRODUCCION**

La terapia cognitivo conductual se aboca a modificar comportamientos y pensamientos, antes que brindarle al paciente la oportunidad de simplemente descargar sus sentimientos. Está orientada hacia el presente, se investiga el funcionamiento actual y no hay mayores exploraciones del pasado y se pone énfasis en los patrones disfuncionales actuales de los pensamientos y conductas. Muchas veces, el explorar expresamente y conocer cuáles son los motivos de lo que nos ocurre no alcanza a brindar una solución y no es suficiente para producir un cambio. Se utiliza terapias a corto plazo. Pone énfasis en la cuantificación, y se pueden medir los progresos obtenidos. Desde la primera sesión se administran cuestionarios y planillas en los que se evalúan los síntomas específicos, en su frecuencia, duración, intensidad y características. Esta medición es repetida periódicamente hasta la sesión final, para tener una idea del cambio obtenido. La relación terapeuta-paciente es de colaboración y el enfoque es didáctico. Paciente y terapeuta se comprometen a trabajar con un objetivo común. Los pacientes pueden aportar sugerencias y participar en el diseño de las tareas para el hogar. Tiende a fomentar la independencia del paciente. Dado que este tipo de terapia busca lograr un funcionamiento independiente, en ella se enfatiza el aprendizaje, la modificación de conducta, las tareas de autoayuda y el entrenamiento de habilidades intercesión. Además, se refuerza el comportamiento independiente. Está centrada en los

síntomas y su resolución. El objetivo de la terapia es aumentar o reducir conductas específicas, como por ejemplo ciertos sentimientos, pensamientos o interacciones disfuncionales. Se definen objetivos concretos a lograr y de esa forma es mucho más fácil evaluar o modificar los síntomas específicos y saber claramente lo que se quiere obtener o hacia a donde apunta la terapia. Rechaza el principio de sustitución de síntomas. La meta de la TCC es eliminar, o al menos reducir los síntomas, y postula que si desaparecen, por ejemplo, los síntomas de pánico, inmediatamente también va a haber una mejoría en otras áreas, sin que aparezcan otros síntomas que los remplacen. Pone el énfasis en el cambio. Se le solicita al paciente practicar nuevas conductas y cogniciones en las sesiones, y generalizarlas afuera como parte de la tarea. Desafía la posición del paciente, sus conductas y sus creencias. Activamente se lo confronta con la idea de que existen alternativas posibles para sus pensamientos y patrones habituales de conducta, se promueve al auto-cuestionamiento. Se centra en la resolución de problemas. Al comienzo de cada sesión el terapeuta indaga acerca de los problemas en los que el paciente focalizó su trabajo y cuáles necesita resolver en ese momento. Al concluir la sesión, le pregunta si ha hecho algún progreso al respecto. Utiliza planes de tratamiento. Generalmente, la terapia utiliza planes específicos de tratamiento para cada problema, no utilizando un formato “único” para las diversas consultas. Propone una continuidad temática entre las sesiones. En cada sesión se revisan las tareas indicadas para la semana anterior, se estudia cuál es el problema actual y se planean actividades para la semana siguiente

## 5.1 GENERALIDADES

Parte de la tradición de la modificación de conducta y la importancia de los procesos de aprendizaje humano. La conducta humana sería aprendida, pero ese aprendizaje no consiste en un vínculo asociativo entre estímulos y respuestas o respuestas consecuencias sino en la formación de relaciones de significado personales, esquemas cognitivos o reglas. Igualmente los aspectos cognitivos, afectivos y conductuales están interrelacionados, de modo que un cambio en uno de ellos afecta a los otros dos

componentes. En esa relación mutua las estructuras de significado, esquemas cognitivos, tendrían un peso fundamental, pues ellas representan la organización idiosincrática que tiene cada persona sobre lo que significa su experiencia, los otros y el sí mismo.

Esas estructuras de significado regularían los procesos de pensamiento, emoción y conducta, y su interrelación. Básicamente, los humanos tendrían dos grandes sistemas estructurales de significados personales: un sistema racional o reflexivo (constituido por procedimientos reflexivos y de análisis de problemas, y también por sus preferencias personales) y un sistema primitivo o irracional (constituido por significados tácitos adquiridos en otras etapas psico-evolutivas anteriores, y que ahora se muestran rígidos y disfuncionales). Cuando los significados tácitos se activan por diversas circunstancias pueden competir con el sistema reflexivo y ganarle en preponderancia, produciendo "círculos viciosos" rígidos y repetitivos de interacciones pensamiento-afecto-conducta, de psicopatología.

La terapia consistiría en que el paciente tomara conciencia de como sus significados disfuncionales o irracionales están sesgando su experiencia y produciéndole trastorno emocional. El siguiente paso (a veces paralelo y progresivo) consistiría en poner a prueba esos significados disfuncionales para comprobar su validez actual o su ajuste funcional. Esto se haría básicamente mediante procedimientos cognitivos (análisis de distorsiones cognitivas y significados asociados y generación de alternativas) y conductuales (ensayo real de alternativas o puesta a prueba de las predicciones derivadas de los significados disfuncionales).

Podemos distinguir dos enfoques generales dentro de la orientación cognitivo-conductual (Meichenbaum, 1989): (1) Terapias cognitivas semánticas y (2) Teoría del aprendizaje social (actualmente denominada como socio-cognitiva).

(1) Terapias cognitivas semánticas: Representadas fundamentalmente por la Terapia Racional Emotiva (R.E.T) de Ellis y la Terapia cognitiva (C.T) de Beck. En el capítulo 2 de esta obra se recogen sus premisas básicas.

(2) Teoría del aprendizaje social (Teoría socio-cognitiva): Representada sobre todo por Bandura (1984, 1990). Su teoría trata de conjugar la importancia de los factores ambientales (conductismo) y personales (cognitivismo) en la determinación de la conducta en el contexto del aprendizaje social.

Los principales conceptos de la teoría del aprendizaje social son:

- 1) Determinismo recíproco triádico: La conducta, los factores cognitivos y las influencias ambientales operan como determinantes unidos y recíprocos que determinan el comportamiento (pensamiento, afecto, conducta) de la persona. El peso de cada factor varía para cada comportamiento y persona dada, así como para cada circunstancia.
- 2) Los humanos aprenden su comportamiento en un contexto social mediante tres tipos de experiencias de aprendizaje: condicionamiento clásico (relación de acontecimientos entre sí; predicciones); condicionamiento operante (relación de un modelo observado y los resultados). Estas formas de aprendizaje están mediadas cognitivamente, las personas aprenden relaciones entre eventos y resultados, y esas relaciones son representadas mentalmente mediante reglas o creencias personales.

Igualmente esas experiencias de aprendizaje pueden ser "distorsionadas" por reglas previas, de modo que las representaciones no se correspondan con la "realidad". Los aprendizajes humanos más complejos y significativos dependerían del aprendizaje mediante modelos; ese aprendizaje estaría regulado cognitivamente (atención, memoria, codificación, etc.) en su adquisición, aunque su ejecución dependería más de claves ambientales (refuerzo, castigo, etc.)

- 3) La terapia consiste básicamente en proporcionar un aprendizaje correctivo.

Ese aprendizaje correctivo está mediado cognitivamente; pero la modificación cognitiva se facilita mucho más cuando se proporciona al paciente experiencias de habilidad como resultado de dominio de actividades, que cuando la terapia se queda solo a nivel de intercambio verbal. Cualquier procedimiento psicoterapéutico trata de

modificar las expectativas del sujeto respecto a su propia eficacia personal (expectativas de auto-eficacia: creencia del sujeto de que puede efectuar cambios con éxito mediante determinadas conductas).

Bandura (1984) clasifica los procedimientos terapéuticos en función del grado en que pueden lograr modificaciones en las expectativas de auto-eficacia: los menos potentes para producir estas modificaciones serían los procedimientos de persuasión verbal (interpretativos, sugerencias, debate verbal, etc.), algo más eficaces serían los procedimientos basados en producir activación emocional (exposición, desensibilización); y los más eficaces serían los procedimientos basados en el aprendizaje vicario (modelado), y sobre todo los basados en el logro de ejecución (modelado participante, exposición en vivo, ensayo real de conducta, etc.). Mediante el modelado y la participación activa del sujeto se logran los cambios cognitivos más rápidos y eficaces. Desde este punto de vista no se rechazan los otros procedimientos (que suelen ser complementarios de la terapia), pero si se matizan su contribución real al cambio.

## 5.2 ALLBERT ELLIS

Albert Ellis recibió su título de psicología en el año de 1934 en el City College de Nueva York. Nueve años más tarde, en 1943 obtuvo el título de Master y en 1947 el de Doctor, estos dos últimos en la universidad de Columbia. En 1943 comenzando su labor clínica en consultas privadas tratando problemas matrimoniales, familiares y sexuales. Al poco tiempo empezó a interesarse por el psicoanálisis, y procuro instruirse en este tipo de psicoterapia, pasando tres años de análisis personal. En esta época ocupó varios cargos y dedicaciones como psicólogo clínico en un centro de salud mental anexo a un hospital estatal, fue además psicólogo jefe del centro de diagnóstico del departamento de Nueva York de instituciones y agencias, también fue profesor de las universidades de Rutgers y Nueva York, pero podemos decir que la mayor parte de su vida la dedico a la práctica privada de psicoterapia.

Su práctica privada fue inicialmente psicoanalítica, con énfasis en la teoría de Karen Horney. Revisando los resultados de su trabajo, estimo que el 50% de sus pacientes

mejoraban y el 70% de los pacientes neuróticos. Sin embargo Ellis no estaba satisfecho con estos resultados ni con la teoría psicoanalítica que fundamentaba su trabajo. Sus puntos de cuestionamiento a esta teoría se centraban en la excesiva pasividad del terapeuta y del paciente y de la lentitud del procedimiento. Para ello acercó más su labor psicoterapéutica a un enfoque neofreudiano, obteniendo un 63% de mejoría en sus pacientes y un 70% en sus pacientes neuróticos. Todo esto se había conseguido en menos tiempo y en menos entrevistas. Pero aun así, observo que sus pacientes se solían estancar en la mera comprensión de su conducta “insights” sin que la modificasen necesariamente. En este punto empezó a buscar métodos más activos en la teoría del aprendizaje y las técnicas de condicionamiento. Sus resultados mejoraron aún más. Pero no estaba satisfecho todavía del todo. En 1955 publico por primera vez su modelo A-B-C para la terapia, donde exponía que los trastornos emocionales derivaban de un continuo “autodocctrinamiento” en exigencias irracionales. La terapia tenía así como fin, no solo tomar conciencia de este autodocctrinamiento en creencias irracionales, sino también en su situación activa por creencias más racionales anti-exigencias y anti-absolutistas y su puesta en práctica conductual mediante tareas fuera de la consulta. Entre 1950 y 1965 publica una serie de obras centradas preferencialmente en el área sexual que le hicieron ocupar un lugar relevante en esta área. También en 1962 publica su primera obra notable en el campo de la psicoterapia donde expone extensamente su modelo de la terapia racional-emotiva. A partir de los sesenta, Ellis se dedicó a profundizar y ampliar las aplicaciones clínicas de su modelo, publicando una gran cantidad de obras que tenían como eje central convertirse en métodos de autoayuda.

### *5.2.1 Método ABC*

REBT (Terapia Conductual Racional Emotiva) se define por el ABC en inglés. La A se designa por la activación de las experiencias, tales como problemas familiares, insatisfacción laboral, traumas infantiles tempranos y todo aquello que podamos enmarcar como productor de infelicidad. La B se refiere a creencias (beliefs) o ideas, básicamente irracionales, que provocan sentimientos de infelicidad actuales. Y la C corresponde a las consecuencias o aquellos síntomas neuróticos y emociones negativas tales como el pánico depresivo y la rabia, que surgen a partir de nuestras creencias.

Aun cuando la activación de nuestras experiencias puede ser bastante real y causar un gran monto de dolor, son nuestras creencias las que le dan el calificativo de larga estancia y de mantener problemas a largo plazo. Ellis añade una letra D y una E al ABC: El terapeuta debe disputar (D) las creencias irracionales, de manera que el cliente pueda a la postre disfrutar de los efectos psicológicos positivos (E) de ideas racionales.

Por ejemplo, “una persona deprimida se siente triste y sola dado que erróneamente piensa que es inadecuado y abandonado”. En la actualidad una persona depresiva puede funcionar tan bien como una no depresiva, por lo que el terapeuta debe demostrar al paciente sus éxitos y atacar la creencia de inadecuación, más que abalanzarse sobre el síntoma en sí mismo.

A pesar de que no es importante para la terapia ubicar la fuente de estas creencias irracionales, se entiende que son el resultado de un “condicionamiento filosófico”, o hábitos no muy distintos a aquel que nos hace movernos a coger el teléfono cuando suena. Más tarde, Ellis diría que estos hábitos están programados biológicamente para ser susceptibles a este tipo de condicionamiento.

Estas creencias toman la forma de afirmaciones absolutas. En vez de aceptarlas como deseos o preferencias, hacemos demandas excesivas sobre los demás, o nos convencemos de que tenemos necesidades abrumadoras.

Es como negarse al hecho de que tengo algunos amigos o que he tenido unos pocos éxitos. Puedo explayarme o exagerar la proporción del daño que he sufrido. Puedo convencerme de que nadie me quiere, o de que siempre meto la pata.

Hay 12 Ideas Irracionales que Causan y Sustentan a la Neurosis

La idea de que existe una tremenda necesidad en los adultos de ser amados por otros significativos en prácticamente cualquier actividad; en vez de concentrarse en su propio respeto personal, o buscando aprobación con fines prácticos, y en amar en vez de ser amados. La idea de que ciertos actos son feos o perversos, por lo que los demás deben rechazar a las personas que los cometen; en vez de la idea de que ciertos actos son autodefensivos o antisociales, y que las personas que cometan estos actos se comportan de manera estúpida, ignorante o neurótica, y sería mejor que recibieran ayuda. Los comportamientos como estos no hacen que los sujetos que los actúan sean corruptos.

La idea de que es horrible cuando las cosas no son como nos gustaría que fueran; en vez de considerar la idea de que las cosas están muy mal y por tanto deberíamos cambiar o controlar las condiciones adversas de manera que puedan llegar a ser más satisfactorias; y si esto no es posible tendremos que ir aceptando que algunas cosas son así.

La idea de que la miseria humana está causada invariablemente por factores externos y se nos impone por gente y eventos extraños a nosotros; en vez de la idea de que la neurosis es causada en su mayoría por el punto de vista que tomamos con respecto a condiciones desafortunadas.

La idea de que si algo es o podría ser peligroso o aterrador, deberíamos estar tremendamente obsesionados y desafortunados con ello; en vez de la idea de que debemos enfrentar de forma franca y directa lo peligroso; y si esto no es posible, aceptar lo inevitable.

La idea de que es más fácil eludir que enfrentar las dificultades de la vida y las responsabilidades personales; en vez de la idea de que eso que llamamos “dejarlo estar” o “dejarlo pasar” es usualmente mucho más duro a largo plazo.

La idea de que necesitamos de forma absoluta otra cosa más grande o más fuerte que nosotros en la que apoyarnos; en vez de la idea de que es mejor asumir los riesgos que contempla el pensar y actuar de forma menos dependiente.

La idea de que siempre debemos ser absolutamente competentes, inteligentes y ambiciosos en todos los aspectos; en vez de la idea de que podríamos haberlo hecho mejor más que necesitar hacerlo siempre bien y aceptarnos como criaturas bastante imperfectas, que tienen limitaciones y falibilidades humanas.

La idea de que si algo nos afectó considerablemente, permanecerá haciéndolo durante toda nuestra vida; en vez de la idea de que podemos aprender de nuestras experiencias pasadas sin estar extremadamente atados o preocupados por ellas.

La idea de que debemos tener un control preciso y perfecto sobre las cosas; en vez de la idea de que el mundo está lleno de probabilidades y cambios, y que aun así, debemos disfrutar de la vida a pesar de estos “inconvenientes”.

La idea de que la felicidad humana puede lograrse a través de la inercia y la inactividad; en vez de la idea de que tendemos a ser felices cuando estamos vitalmente inmersos en actividades dirigidas a la creatividad, o cuando nos embarcamos en proyectos más allá de nosotros o nos damos a los demás.

La idea de que no tenemos control sobre nuestras emociones y que no podemos evitar sentirnos alterados con respecto a las cosas de la vida; en vez de la idea de que poseemos un control real sobre nuestras emociones destructivas si escogemos trabajar en contra de la hipótesis masturbadora, la cual usualmente fomentamos.

Para simplificar, Ellis también menciona las tres creencias irracionales principales:

“Debo ser increíblemente competente, o de lo contrario no valgo nada”. “Los demás deben considerarme; o son absolutamente estúpidos”. “El mundo siempre debe proveerme de felicidad, o me moriré”.

El terapeuta utiliza su pericia para argumentar en contra de estas ideas irracionales en la terapia o, incluso mejor, conduce a su paciente a que se haga él mismo estos argumentos. Por ejemplo, el terapeuta podría preguntar...

¿Hay alguna evidencia que sustenten estas creencias? ¿Cuál es la evidencia para enfrentarnos a esta creencia? ¿Qué es lo peor que puede ocurrirle si abandona esta creencia? ¿Y qué es lo mejor que puede sucederle?

Además de la argumentación, el terapeuta REBT se asiste de cualquier otra técnica que ayude al paciente a cambiar sus creencias. Se podría usar terapia de grupo, refuerzo positivo incondicional, proveer de actividades de riesgo-recompensa, entrenamiento en asertividad, entrenamiento en empatía, quizás utilizando técnicas de *rol-playing* para lograrlo, impulsar el auto-control a través de técnicas de modificación de conducta, desensibilización sistemática y así sucesivamente.

#### Auto-aceptación Incondicional

Ellis se ha ido encaminando a reforzar cada vez más la importancia de lo que llama “auto-aceptación incondicional”. Él dice que en la REBT, nadie es rechazado, aún sin importar cuán desastrosas sean sus acciones, y debemos aceptarnos por lo que somos más que por lo que hemos hecho.

Una de las formas que menciona para lograr esto es convencer al paciente de su valor intrínseco como ser humano. El solo hecho de estar vivo ya provee de un valor en sí mismo. Ellis observa que la mayoría de las teorías hacen mucho hincapié en la autoestima y fuerza del yo y conceptos similares. Nosotros evaluamos de forma natural a las criaturas, y esto no tiene nada de malo, pero de la evaluación que hacemos de nuestros rasgos y acciones, llegamos a evaluar esa entidad holística vaga llamada “*self*”. ¿Cómo podemos hacer esto?; ¿Y qué bien hace? Ellis cree que solo provoca daño.

Ahí están, precisamente, las razones legítimas para promover el propio *self* ego: Queremos mantenernos vivos y estar sanos, queremos disfrutar de la vida y demás. Pero existen muchas otras formas de promover el ego o *self* que resulta dañino, tal y como explica a través de los siguientes ejemplos:

Soy especial o soy detestable. Debo ser amado o cuidado. Debo ser inmortal. Soy o bueno o malo. Debo probarme a mí mismo. Debo tener todo lo que deseo.

Ellis cree firmemente que la autoevaluación conduce a la depresión y a la represión, así como a la evitación del cambio. ¡Lo mejor para la salud humana es que deberíamos detenernos a evaluarnos entre todos!.

Pero quizás esta idea sobre el ego o el *self* están sobrevalorada. Ellis es especialmente escéptico sobre la existencia de un “verdadero” *self*, como Horney o Rogers. Particularmente le disgusta la idea de que exista un conflicto entre un *self* promovido por la actualización versus otro promovido por la sociedad. De hecho, dice, la propia naturaleza y la propia sociedad más bien se apoyan entre sí, en vez de ser conceptos antagónicos.

Realmente él no percibe ninguna evidencia de la existencia de un *self transpersonal* o alma. El budismo, por ejemplo, se las arregla bien sin tomar en cuenta esto. Y Ellis es bastante escéptico con respecto a los estados alterados de consciencia de las tradiciones místicas y las recomendaciones de la psicología transpersonal<sup>22</sup>.

---

<sup>22</sup>HERNANDEZ, N. (2007). Manual de psicoterapia cognitivo-conductual paratrastornos de la salud. Texto en red, pág. 50-62.

### 5.3 AARON BECK

El doctor Aaron Beck nació en la ciudad de Providence del estado de Rhode Island, el día 18 de junio del año 1921, siendo el menor de tres hijos. Los papas de Beck eran emigrantes judíos, Beck nació tras la gran tragedia de muerte de una de sus hermanas, a causa de una epidemia de gripe, esto causó una gran depresión en la familia de Beck en especial en su madre, pero Beck tenía una enfermedad a causa de una infección en su brazo, y esto fue lo que lo ayudó a tomar control sobre él y también aprendió a afrontar sus miedos. Esto fue lo que lo llevó a sus teorías y terapias.

Al crecer se casó y formó su familia con cuatro hijos, llamados Roy, Judy, Dan y Alice. Y estos hijos le otorgaron ocho nietos, la única de sus cuatro hijos que siguió sus pasos fue Judy Beck, que también estudió psiquiatría y se ha especializado en terapias cognitivas, siendo la más grande sucesora que tuvo ya que siguió en el mismo campo que se había abierto el.

Luego de esto Beck asistió a la universidad de Brown, graduándose en el año 1942, en la misma universidad perteneció a la sociedad phi beta kappa (centro más prestigioso para graduaciones de más de cuatro años de carrera) perteneció y fue parte del equipo del diario Brown DailyHerald, y al ponerle tanto empeño a su labor recibió el premio WaylandScholarship, nominado al premio de excelencia en oratoria de William Gastón y también el premio sobre ensayos de Philo Sherman. Luego de haber sido nominado y premiado ingresó a la escuela de medicina de Yale, y se graduó en el año 1946. Luego de tener varias ambiciones y cumplir con varias funciones fue premiado en el año 2006 por la clínica de Lasker sobre investigación.

Luego de haber sido nominado varias veces y por varias teorías el Dr. Aarón Beck. Ha sido presidente del instituto de Beck para la terapia e investigación cognitiva, y además catedrático de psiquiatría en universidad de Pensilvania.

Uno de sus más grandes logros fue que desarrolló y se especializó en las terapias cognitivas, esto empezó a darse en el año 1960 cuando estaba trabajando en universidad de Pensilvania como profesor de psiquiatría, y a la vez había ejercido como psicoanalista, y su mayor proceso de investigación fue analizar con procesos psicoanalítico con relación a la depresión, a través de varios experimentos y duras horas de trabajos.

Y quería validar los fundamentos del psicoanálisis, pero en vez de validar encontró lo contrario, y esto lo incentivo aún más en el proceso de explicar la depresión. Sus mayores experimentos fueron con pacientes que sufría de depresión, llegando a ver que los pacientes con estos síntomas, eran personas que se metían en sus pensamientos negativos y que dominaban su mente constantemente y diariamente. Y denomino a estas cogniciones como pensamientos negativos, y los clasifico por tres categorías dependiendo del nivel de depresión.

1 referencias a sí mismos

2 referencias al mundo

3 referencias al futuro.

Y gracias ala evaluación que le dio con estos síntomas logro que los pacientes se sintiesen augustos consigo mismo y sentirme mejor con el medio ambiente, actuando de manera más realista y funcional.

Y a la vez la terapia cognitiva se encarga de las emociones y las conductas de las personas por la percepción de eventos que tiene, y esto ayudo a ver no como la persona se siente , si no como maneja la situación, y esto le dio a entender es como las personas se sienten al manejar y pensar en la situación Becé determino supuestos básicos en las terapias cognitivas que se dan en cuatro procesos:

1 las personas no solo reciben estímulos de medio ambiente, sino que la persona construye su propia realidad.

2 la cognición es una mediadora entre estímulos y respuestas en forma cognitivas, emotivas o conductuales.

3 la persona puede tener acceso con contenido cognitivos.

4 modificaciones del proceso cognitivo de la información. Sistema de atribución, creencias, y esquemas, es necesario en el proceso de cambio.

Estilos el nivel de terapias cognitivas dad por Beck son tres:

1 la alianza que tiene el terapeuta con el paciente y lo que aporta la persona que quiera ser ayudada

2 enfocándose en el problema y los objetivos.

3 el proceso educativo o reductivo, para llegar a capacitar al paciente para enfrentar sus situaciones de manera estable, saludable y funcional.

#### 5.4 TRATAMIENTO COGNITIVO CONDUCTUAL DE LA ANSIEDAD

De todos los tratamientos psicológicos existentes hasta la fecha, las principales razones para elegir una intervención cognitiva-conductual en el tratamiento de los trastornos de ansiedad son básicamente mayor evidencia científica de su efectividad y la sistematización y brevedad como características que facilitan el tratamiento de problemas de salud pública.

La terapia cognitiva-conductual es muy útil para el tratamiento de los trastornos de ansiedad. La parte cognitiva ayuda a las personas a cambiar los patrones de pensamiento que dan lugar a sus temores, y la parte conductual ayuda a la gente a cambiar la manera en que reacciona ante las situaciones que provocan ansiedad.

La terapia conductual basada en la exposición ha sido utilizada durante varios años para el tratamiento de fobias específicas. De manera gradual, la persona enfrenta el objeto o situación al que teme, al principio, quizá tan solo a través de fotos o videocasetes, y después frente a frente. Con frecuencia, el terapeuta acompaña a la persona a una situación temida con el fin de proveer apoyo y orientación.

La terapia cognitiva-conductual se realiza cuando las personas deciden que están listas para ello y brindan su permiso y cooperación. Para ser efectiva, la terapia debe ser dirigida a las ansiedades específicas de la persona y debe ser adaptada a sus necesidades. No hay ningún otro efecto secundario más que la incomodidad de una ansiedad temporalmente mayor.

Con frecuencia, la terapia cognitiva-conductual o terapia conductual dura aproximadamente 12 semanas. Se la puede llevar a cabo individualmente o en grupo con personas con problemas similares. La terapia en grupo es particularmente efectiva en el caso de la fobia social. Con frecuencia, entre las sesiones, se asignan “tareas” a los

participantes. Si un trastorno se vuelve a presentar después, la misma terapia puede ser utilizada para tratarlo con éxito por segunda vez<sup>23</sup>.

## 5.5 TRATAMIENTO COGNITIVO CONDUCTUAL DE LA DEPRESIÓN

La depresión ha sido abordada en diversos estudios, que tienden a buscar la validez y los datos normativos, como lo es en la aplicación de las escalas como la de Beck. No olvidando el abordaje que se le da a los estudios que combinan a este trastorno con otras variables como el estrés y la ansiedad. Así pues todas las investigaciones orientan sus esfuerzos para confirmar y complementar la conceptualización que se le ha dado a la depresión.

El modelo cognitivo dirigido por Beck (1983), define a la depresión como aquel trastorno que altera el estado de ánimo, permitiendo que la persona genere respecto de sí, un sin número de pensamientos que ponen en riesgo su salud psíquica. Pues todo lo que el individuo genera como cogniciones repercute a nivel emocional, conductual y en la salud, induciendo a la persona a un estado en el que le es imposible resolver los problemas de la vida diaria.

Y el tercer elemento de la triada cognitiva, retoma la visión negativa que tiene la persona acerca de su futuro. Ante ésta, se puede considerar la prevalencia de realizar proyectos en los que se forman expectativas muy altas y en las cuales se anticipan las dificultades, frustraciones, privaciones, el sufrimiento y fracaso que pudiera tenerse al momento de emprender dichos proyectos. Así pues, los síntomas presentes como aquellos que retoman a la motivación, la poca fuerza de voluntad, los deseos de suicidio, la creciente dependencia, la apatía, las pocas energías, entre otros indicadores, explican la preponderancia en la prevalencia y vínculo que se tiene con las cogniciones negativas. De esta forma, el proceso del pensamiento de la persona con depresión, suele caracterizarse por una pérdida del control voluntario de sus cogniciones y por sentirse

---

<sup>23</sup>HERNÁNDEZ, N & SANCHEZ, J. (2007). Manual de psicoterapia cognitivo-conductual para trastornos de la conducta. Texto en red, pág. 191-197.

incapaz de reformular esquemas de pensamiento más adecuados. Esto se puede explicar de acuerdo al nivel de depresión de la persona; por ejemplo en el caso de las depresiones leves, el paciente tiene cierto grado de objetividad ante los pensamientos negativos que formula, logrando acceder a la reformulación de los mismos. Sin embargo, a medida que éste se agrava, los pensamientos prevalecientes se vuelven más dominados por las ideas negativas y por la ausencia de conexión lógica entre la realidad y las interpretaciones negativas formuladas; ante esto, en niveles significativos de este trastorno se considera que la persona está incapacitada para reformular sus esquemas cognitivos acordes a la realidad, pues la característica de estos pensamientos radica en la frecuencia, perseverancia, la dificultad que generan para concentrarse en los estímulos externos y para emprender actividades mentales de forma voluntaria. También, para poder formular una intervención efectiva, es necesario comprender aquellos errores que surgen en el procesamiento de la información, que marcan la pauta de atención y reestructuración cognitiva.

Beck en la terapia cognitiva de la depresión, manifiesta seis tipos de errores en el procesamiento de la información que posee la persona depresiva; el primero, "*inferencia arbitraria*" manifiesta la elaboración anticipada de una conclusión sin obtener la evidencia que la respalde, mientras que la "*abstracción selectiva*" refiere a la atención que se le da a un determinado aspecto, logrando ignorar algunas características relevantes de la situación; la "*generalización excesiva*" se obtiene a partir de hechos aislados que le permiten a la persona el poder concluir o elaborar una regla; así pues, la "*maximización y minimización*" son errores que se emplean para emitir una evaluación que se realiza hacia la magnitud e impacto que tiene una situación y que viene a promover la distorsión de los pensamientos en el individuo. Por otro lado, la "*personalización*" consiste en la tendencia a atribuirse a sí mismo aquellas situaciones externas que no marcan la conexión con la situación presente. Y el *pensamiento absolutista* refiere a la forma de mantenerse en algún extremo de las categorías que maneje la persona, por ejemplo bueno-malo, inocente-culpable, por mencionar algunos. Ahora bien, el paciente con depresión suele promover el pensamiento primitivo, el cual se caracteriza por la tendencia a emitir juicios globales cuyo contenido marca la pauta de ser extremo, negativo, categórico y absolutista; y por tanto se reafirma una respuesta

emocional tanto negativa como extrema, dando pie a la ausencia de un pensamiento maduro que permita la re-estructuración de la cognición en función de una evaluación lógica de la realidad. Por lo tanto, se considera que la depresión puede desencadenarse por una anomalía o enfermedad física que activa aquellas creencias latentes que dan paso a la cognición de una vida poco placentera y llena de sufrimientos. Justamente, las situaciones desagradables de la vida vienen a desarrollar aquellas ideas negativas acerca de los aspectos más relevantes de la persona.

Así pues, este autor señala que científicamente el paradigma personal del paciente cuando se encuentra en un estado depresivo, da lugar a una visión distorsionada de sí mismo y del mundo, por tanto aquellas ideas y creencias negativas pueden ser sustentadas por la persona como su realidad. Por lo que los cambios negativos producidos en tal estructuración cognitiva llevan a la prevalencia de una variedad de síntomas que son el resultado del procesamiento inadecuado de la información. Consiguientemente la terapia cognitiva busca la atención y reestructuración de los pensamientos negativos que formula la persona con depresión. A su vez trata de mitigar las alteraciones emocionales y aquellos síntomas prevaletes en este trastorno. Beck (1983) reporta que los medios de intervención que se emplean para el cumplimiento de la finalidad de ésta terapia, se centran en las interpretaciones erróneas del paciente, en su conducta contraproducente y en sus actitudes inadecuadas. Es por tanto, que tal modelo terapéutico centra su atención en el tratamiento de las cogniciones y comportamientos que posee la persona con depresión, tomando en consideración el trabajo con las emociones. Todo ello se logra a partir de la formulación del objetivo terapéutico, estructuración de las sesiones y el establecimiento de las técnicas que le apoyarán en la intervención.

## **5.6 TECNICAS COGNITIVO CONDUCTUALES**

### ***Terapia Racional Cognitivo Conductual (TREC)***

La terapia racional-emotiva-conductual (TREC), parte de la idea que las perturbaciones emocionales están provocadas frecuentemente no por las situaciones ambientales en sí mismas, sino por la interpretación que el paciente hace de las mismas. El objetivo de la TREC -de modo semejante a la terapia cognitiva- es el cambio de patrones de

pensamiento irracional que el paciente tiene y que interfieren con su bienestar. El esquema básico de la TREC se denomina A-B-C-D-E.

- A. Situaciones activadoras; evento o situación real
- B. Interpretaciones de las situaciones (pensamientos, opiniones, creencias, conclusiones, auto verbalizaciones, quejas, etc.)
- C. Emociones negativas -tristeza, ansiedad, enojo, etc.- que surgen de B.
- D. Discusión la validez de B. El terapeuta cuestiona la validez y la racionalidad de los pensamientos del paciente.
- E. Cambio favorable en las emociones, a partir de la discusión de las creencias irracionales.

En una primera etapa el paciente debe realizar un registro de sus pensamientos y concepciones irracionales (B) relacionados a algunas situaciones específicas (A). Luego el terapeuta enseña al paciente a cuestionar los pensamientos (D), con el objetivo que el paciente se auto aplique el procedimiento ante diversas situaciones<sup>24</sup>.

***Entrenamiento en relajación:*** Este entrenamiento es una técnica conductual que puede aplicarse a toda una serie de problemas como la ansiedad y el control de la ira.

***Desensibilización sistemática:*** es un proceso de contra condicionamiento que se utiliza para reducir los miedos y la ansiedad.

***Role playing:*** esta técnica facilita e entrenamiento en habilidades sociales y permite elicitar emociones y pensamientos significativos.

***Control de contingencias:*** Hace referencia a la relación que se establece entre las conductas y sus consecuencias.

***Proyección temporal:*** Es una intervención temporal a la resolución de problemas diseñada para separar las emociones estresantes y las respuestas que les siguen<sup>25</sup>.

---

<sup>24</sup>Basado en la "Psicología Online". <http://www.psicologia-online.com/ESMUbada/Libros/Manual/manual2.htm>

<sup>25</sup>Friedberg, R. & McClure, J. (2005). Práctica clínica de terapia cognitiva con niños y adolescentes. Barcelona, pág. 160, 164, 169.

## **CAPITULO VI**

### **DISEÑO DE INVESTIGACIÓN**

#### **INTRODUCCION**

La Propuesta de Intervención, se basa en la necesidad de promover espacios más armónicos dentro de la convivencia diaria como una forma de mejorar la calidad de vida de los adolescentes con quienes se participará.

El tratamiento Cognitivo Conductual de la ansiedad y depresión en la actualidad es uno de los más utilizados debido que ha demostrado mayor efectividad, al dar rápidos y mejores resultados que el resto de tratamientos, razón por la cual nos hemos inclinado hacia este modelo.

Para iniciar con el proceso psicoterapéutico cognitivo-conductual propuesto en el proyecto, se inicio con la selección de los adolescentes de edades entre 13 y 17 años. Con este requisito cumplieron aproximadamente 13 adolescentes, sin embargo se realizo el proyecto con 10 de ellos puesto que los 3 restantes estaban próximos a abandonar la casa de acogida “La Esperanza”.

## 6.1 PROPUESTA DE INTERVENCIÓN

A continuación se detalla el proceso psicoterapéutico cognitivo-conductual llevado a cabo con los adolescentes que presentaron ansiedad y depresión en la casa hogar “La Esperanza”. Además se enumera cada una de las técnicas utilizadas ya sean que se haya utilizado en la parte del sustento teórico o práctico.

## 6.2 OBJETIVOS

### 6.2.1 Objetivo General

Elaborar y aplicar un programa de Intervención en los Adolescentes con Depresión y Ansiedad desde el modelo Cognitivo Conductual.

### 6.2.2 Objetivos Específicos

- Conocer las variables demográficas de cada uno de los adolescentes tales como: sexo, edad, lugar de procedencia, tipo de familia e instrucción.
- Diagnosticar los niveles tanto de ansiedad como de depresión mediante la aplicación de test (*test inventario de depresión de Beck y Escala de Hamilton para la ansiedad*)
- Brindar una intervención terapéutica desde un modelo Cognitivo Conductual para la Ansiedad y Depresión.

## 6.3 UNIVERSO

Como se explico en el principio del presente capítulo, el proyecto se realizo con 10 adolescentes 6 de los cuales fueron de sexo femenino y 4 de sexo masculino. Todos ellos comprendidos en edades de entre 13 y 17 años.

## 6.4 PROCEDIMIENTO

El proyecto propuesto se dividió en cuatro fases hasta llegar a su culminación. La primera fue el registro, selección y diagnóstico. La segunda fase del proyecto fue la aplicación de las terapias propuestas en los adolescentes que presentaron los síntomas de ansiedad y depresión. Una tercera etapa, la evaluación posterior a la aplicación de las

terapias cognitivo-conductual para registrar los resultados obtenidos. Y finalmente se llevó a cabo una cuarta, enseñar a identificar aquellas situaciones que produjeron riesgo de una reaparición de síntomas.

#### 6.4.1 Número de sesiones

El número de sesiones que se llevó a cabo con cada adolescente fue de 9 a 12; cada una de ellas con una duración entre 40 y 50 minutos.

### 6.5 TECNICAS UTILIZADAS

A continuación se describen las técnicas que fueron utilizadas en el desarrollo del presente proyecto, tanto las técnicas teóricas bibliográficas como las técnicas prácticas.

#### 6.5.1 Técnica bibliográfica y documental

Esta técnica se utilizó con la finalidad de poder conocer aspectos teóricos sobre la ansiedad y depresión, la aplicación de las terapias cognitivo conductual para seguidamente realizar un análisis y resumen que sirvió para la adquisición de conocimientos. La ejecución del proyecto además tuvo la finalidad de la sustentación de varios capítulos del proyecto que fueron de carácter teórico. Esto sirvió como base para la ejecución y posterior resolución del tema propuesto como proyecto.

#### 6.5.2 Observación

La técnica de observación es necesario en el proyecto que se llevó a cabo ya que de acuerdo a los síntomas observados de la ansiedad y depresión se pudo llevar un registro que luego sirvió para llegar a una clasificación que nos facilitó la posterior aplicación de las terapias propuestas y una óptima valoración de la evolución.

### 6.5.3 Entrevista

En el proyecto también se empleó la entrevista que sirvió como un medio para recolectar datos, ya que mediante este procedimiento se pudo llegar a conocer cuáles han sido los desencadenantes causantes de la ansiedad y la depresión, al igual que la observación fue de mucha ayuda para llegar a una clasificación de forma idónea y más acertada.

### 6.5.4 Técnicas cognitivo conductual

En lo que respecta a la parte práctica del proyecto a continuación se describen las técnicas utilizadas en la terapia cognitivo-conductual con cada uno de los adolescentes. Durante el proceso terapéutico se aplicó las técnicas de forma aleatoria y no sistemática debido a la individualidad de cada adolescente y tomando en cuenta que los desencadenantes de cada uno de ellos son diferentes.

#### *Entrenamiento asertivo*

En gran medida, la técnica del entrenamiento asertivo implica reestructuración cognitiva, en tanto que se le enseña sus derechos como individuo, se eliminan los obstáculos cognitivos para verbalizar de manera segura en favor de sus sentimientos y aspiraciones, y formas de expresarse. Habiendo establecido lo anterior, se establecen conductas apropiadas en el repertorio del cliente por medio del modelado y la práctica, primero en la seguridad del consultorio y luego en ambientes sociales usuales.

#### *Resolución de problemas*

La terapia de solución de problemas, también llamada entrenamiento en resolución de problemas, es una estrategia de intervención clínica que consiste en la presentación y práctica de un método general, estructurado en una serie de pasos, con el fin de ayudar al cliente a resolver sus propios problemas vitales. El objetivo general de la técnica es mejorar la competencia social y disminuir el malestar psicológico.

Los pasos propuestos por D'Zurilla y Nezu son:

Orientación hacia el problema

Definición y formulación del problema

Generación de soluciones alternativas

Toma de decisiones

Puesta en práctica y verificación de la solución

La terapia de solución de problemas es una estrategia cognitivo-conductual y donde se aplica una versión simplificada del método científico, adaptada a problemas prácticos cotidianos.

### *Re-estructuración cognitiva*

La reestructuración cognitiva es una estrategia general de las terapias cognitivo-conductuales, destinada a modificar el modo de interpretación y valoración subjetiva, mediante el diálogo socrático, la modelación y la práctica de hábitos cognitivos nuevos. La Terapia Racional-Emotiva Conductual y la Terapia Cognitiva son modelos de abordaje clínico, donde la reestructuración cognitiva figura de modo prominente.

Entre las actividades a realizar en esta intervención, pueden encontrarse:

Ayudar al paciente a cambiar afirmaciones irracionales auto-inducidas por afirmaciones racionales.

Ayudar al paciente a identificar la emoción dolorosa que está sintiendo.

Señalar los estilos de pensamiento disfuncionales y ayudar a identificar los pensamientos automáticos.

Realizar afirmaciones que describan la forma alternativa de observar la situación.

### *Inoculación del estrés*

La inoculación del estrés es un procedimiento cognitivo-conductual desarrollado para reducir el estrés. Implica la adquisición de destrezas de afrontamiento y ensayo de las mismas.

La inoculación del estrés consiste en tres fases:

Fase educativa: Información tanto general de la teoría, como específica de su aplicación al problema actual, y el cada paso del procedimiento.

Fase de ensayo: El consultante practica la actividad temida en un ambiente seguro.

Fase de implementación: El consultante lleva a cabo el plan en el ambiente natural. La estrategia también incluye otras actividades coadyuvantes, como la práctica de la meditación, ejercicio, cambios en la dieta, etc.

Se enseña al paciente a afrontar y relajarse ante toda una amplia variedad de experiencias estresantes. El entrenamiento parte desde la enseñanza de las técnicas de respiración profunda y la relajación progresiva, de forma tal que ante una situación generadora de stress, en el lugar y momento que sea, pueda relajar la tensión.

### *Detección de pensamientos automáticos*

Los sujetos son entrenados para observar la secuencia de sucesos externos y sus reacciones a ellos. Se utilizan situaciones (pasadas y presentes) donde el sujeto ha experimentado un cambio de humor y se le enseña a generar sus interpretaciones y conductas a esa situación o evento. También, a veces se pueden representar escenas pasadas mediante rol-playing, o discutir las expectativas terapéuticas para detectar los pensamientos automáticos.

La forma habitual de recoger estos datos es mediante la utilización de auto-registros como tarea entre sesiones.

### *Clasificación de las distorsiones cognitivas*

A veces es de ayuda enseñar a los pacientes el tipo de errores cognitivos más frecuentes en su tipo de problema y como detectarlos y hacerle frente.

### *Uso de imágenes*

El terapeuta puede usar las imágenes para que el paciente modifique sus cogniciones o desarrolle nuevas habilidades. Por ejemplo pueden ser utilizadas imágenes donde el paciente se ve afrontando determinadas situaciones, instruyéndose con cogniciones más realistas.

### *Escala de dominio/placer*

El paciente lleva un registro de las actividades que realiza a lo largo del día y va anotando para cada una de ellas el dominio que tiene en su ejecución y el placer que le proporciona. Esta información es utilizada para recoger evidencias de dominio o para reprogramar actividades que proporcionan más dominio o placer.

### *Asignación de tareas graduadas*

Cuando el paciente tiene dificultades para ejecutar una conducta dada, el terapeuta elabora con el paciente una jerarquía de conductas intermedias de dificultad hasta la conducta meta.

### *Entrenamiento en relajación*

Se utiliza para que el paciente aprenda a distraerse de las sensaciones de ansiedad y la inhíba a través de la distensión muscular.<sup>26</sup>

A continuación se describe los test que fueron utilizados como principal herramienta diagnóstica durante el presente proyecto. Se explica detalladamente sobre su contenido, forma de aplicación, aspectos de evaluación y forma de calificación.

#### 6.6 ESCALA DE HAMILTON PARA ANSIEDAD

Se trata de una escala hetero-aplicada de 14 ítems, 13 referentes a signos y síntomas ansiosos y el último que valora el comportamiento del paciente durante la entrevista. Debe cumplimentarse por el terapeuta tras una entrevista, que no debe durar más allá de 30 minutos. El propio autor indicó para cada ítems una serie de signos y síntomas que pudieran servir de ayuda en su valoración, aunque no existen puntos del anclaje específicos. En cada caso debe tenerse en cuenta tanto la intensidad como la frecuencia del mismo.

Cada ítem se valora en una escala de 0 a 4 puntos. Hamilton reconoce que el valor máximo de 4 es principalmente un punto de referencia y que raramente debería alcanzarse en pacientes no hospitalizados. Sólo algunas cuestiones hacen referencia a signos que pueden observarse durante la entrevista, por lo que el paciente debe ser interrogado sobre su estado en los últimos días. Se aconseja un mínimo de 3 días y un máximo de 3 semanas. Se recomienda administrarla siempre a la misma hora del día, debido a las fluctuaciones del estado de ánimo del paciente, proponiendo a modo de ejemplo entre las 8 y las 9 am.

---

<sup>26</sup>Friedberg, R. & McClure, J. (2005). *Práctica clínica de terapia cognitiva con niños y adolescentes*. Barcelona, pág. 160, 164, 169.

### 6.6.1 Interpretación

Se trata de uno de los instrumentos más utilizados en estudios farmacológicos sobre ansiedad. Puede ser usada para valorar la severidad de la ansiedad de una forma global en pacientes que reúnan criterios de ansiedad o depresión y para monitorizar la respuesta al tratamiento. No distingue síntomas específicos de un trastorno de ansiedad, ni entre un desorden de ansiedad y una depresión ansiosa. A pesar de discriminar adecuadamente entre pacientes con ansiedad y controles sanos.

El entrevistador puntúa de 0 a 4 puntos cada ítem, valorando tanto la intensidad como la frecuencia del mismo. La puntuación total es la suma de las de cada uno de los ítems. El rango va de 0 a 56 puntos. Se pueden obtener, además, dos puntuaciones que corresponden a ansiedad psíquica (ítems 1, 2, 3, 4, 5, 6 y 14) y a ansiedad somática (ítems 7, 8, 9, 10, 11, 12 y 13).

Aunque puede utilizarse sin entrenamiento previo, éste es muy recomendable. Caso de no estar habituado en su manejo es importante que sea la misma persona la que lo aplique antes y después del tratamiento, para evitar en lo posible interpretaciones subjetivas.

No existen puntos de corte para distinguir población con y sin ansiedad y el resultado debe interpretarse como una cuantificación de la intensidad, resultando especialmente útil sus variaciones a través del tiempo o tras recibir tratamiento. Se ha sugerido que el test no debería utilizarse en casos de ataques de pánico, pues no existen instrucciones para distinguir entre éstos y estados de ansiedad generalizada o persistente.

A pesar de haberse utilizado en numerosos estudios clínicos como medida de ansiedad generalizada, no se centra en los síntomas de ésta, tal y como se contemplan en el DSM-IV. Los síntomas clave de los desórdenes de ansiedad generalizada reciben menos prominencia que los síntomas fóbicos y los referentes a excitación del sistema autonómico, que durante tiempo no han formado parte de la definición de ansiedad generalizada, están excesivamente considerados.

Inicialmente se concibió para valoración de neurosis de ansiedad, pero a lo largo del tiempo este concepto ha evolucionado, hablándose hoy en día de desorden de pánico, desorden fóbico y ansiedad generalizada, entre otros. En la práctica clínica muchas veces es difícil distinguir entre ansiedad y depresión, ya que algunos síntomas se superponen, por otra parte muchos estados depresivos cursan con ansiedad. Según Hamilton en estos casos no debería utilizarse la escala, aunque algunos autores sugieren que la sub-escala de ansiedad somática puede utilizarse para valorar el grado de ansiedad en pacientes depresivos, así como la respuesta al tratamiento ansiolítico y antidepresivo. No obstante ha demostrado su validez inter-observador en pacientes con depresión.

6.6.2 Modelo de test de Hamilton previo a su aplicación.

**0. NUNCA**

**1. ALGUNAS VECES**

**2. BASTANTES VECES**

**3. CASI SIEMPRE**

**4. SIEMPRE**

		0	1	2	3	4
1	<b>Estado ansioso:</b> Inquietud. Expectativas de catástrofe. Aprensión (anticipación con terror). Irritabilidad.	<input type="radio"/>				
2	<b>Tensión:</b> Sensaciones de tensión. Fatiga. Imposibilidad de estar quieto. Reacciones de sobresalto. Llanto fácil. Temblores. Sensaciones de incapacidad para esperar.	<input type="radio"/>				
3	<b>Miedos:</b> A la oscuridad. A los desconocidos. A quedarse solo. A los animales. A la circulación. A la muchedumbre.	<input type="radio"/>				
4	<b>Insomnio:</b> Dificultades de conciliación. Sueño interrumpido. Sueño no satisfactorio, con cansancio al despertar. Sueños penosos. Pesadillas. Terrores nocturnos.	<input type="radio"/>				

5	<b>Funciones Intelectuales (Cognitivas):</b> Dificultad de concentración. Falta de memoria.	<input type="radio"/>				
6	<b>Estado de ánimo depresivo:</b> Pérdida de interés. No disfruta del tiempo libre. Depresión. Insomnio de madrugada. Variaciones anímicas a lo largo del día.	<input type="radio"/>				
7	<b>Síntomas somáticos musculares:</b> Dolores musculares. Rigidez muscular. Sacudidas musculares. Sacudidas clónicas. Rechinar de dientes. Voz quebrada.	<input type="radio"/>				
8	<b>Síntomas somáticos generales:</b> Zumbido de oídos. Visión borrosa. Oleadas de calor o frío. Sensación de debilidad. Sensaciones parestésicas( pinchazos u hormigueos ).	<input type="radio"/>				
9	<b>Síntomas cardiovasculares:</b> Taquicardia. Palpitaciones. Dolor torácico. Sensación pulsátil en vasos. Sensaciones de "baja presión" o desmayos. Extrasístoles (arritmias cardíacas benignas).	<input type="radio"/>				
10	<b>Síntomas respiratorios:</b> Oposición pretorácica. Constricción precordial. Sensación de ahogo o falta de aire. Suspiros. Disnea (dificultad para respirar).	<input type="radio"/>				
11	<b>Síntomas gastrointestinales:</b> Dificultades evacuatorias. Gases. Dispepsia: dolores antes o después de comer, ardor, hinchazón abdominal, náuseas, vómitos, constricción epigástrica. Cólicos (espasmos) abdominales. Diarrea. Pérdida de peso.	<input type="radio"/>				
12	<b>Síntomas genitourinarios:</b> Micciones frecuentes. Micción imperiosa. Amenorrea (falta del período menstrual). Metrorragia (hemorragia genital). Frigidez. Eyaculación precoz. Impotencia. Ausencia de erección.	<input type="radio"/>				
13	<b>Síntomas del sistema nervioso autónomo:</b> Boca seca. Accesos	<input type="radio"/>				

	de enrojecimiento. Palidez. Tendencia a la sudoración. Vértigos. Cefalea (dolor de cabeza) de tensión.					
14	<b>Conducta en el transcurso del test:</b> Tendencia al abatimiento. Agitación: manos inquietas, juega con los dedos, cierra los puños, tics, aprieta el pañuelo en las manos. Inquietud: va y viene. Temblor en las manos. Rostro preocupado. Aumento del tono muscular o contracturas musculares. Respiración entrecortada. Palidez facial. Traga saliva. Eructos. Taquicardia o palpitaciones. Ritmo respiratorio acelerado. Sudoración. Pestañeo. (Ansiedad de Hamilton)	<input type="radio"/>				

### 6.7 TEST DE BECK

La forma actual es el BDI-II: un instrumento auto-administrado de 21 ítems, que mide la severidad de la depresión en adultos y adolescentes mayores de 13 años. Cada ítem se califica en una escala de 4 puntos que va desde el 0 hasta el 3, al final se suman dando un total que puede estar entre 0 y 63. Tiene una duración aproximada de 10 minutos y se requiere de una escolaridad de 5° o 6° grado para entender apropiadamente las preguntas. Esta prueba tiene una buena sensibilidad (94%) y una especificidad moderada (92%) para el tamizaje de depresión en el cuidado primario, teniendo en cuenta como punto de corte para depresión 18 puntos.

#### 6.7.1 Técnica de Aplicación

El cuestionario consta de 21 preguntas. El paciente debe leer cada uno de los enunciados cuidadosamente y elegir para cada uno la opción que mejor describe la forma como se ha venido sintiendo en las últimas dos semanas, incluyendo el día de hoy. Debe encerrar en un círculo el número del enunciado que escogió. Si encuentra más de un enunciado que lo identifique, marque cada uno de ellos. El paciente debe leer todos los enunciados antes de elegir su respuesta.

### 6.7.2 Interpretación

Se suma el puntaje dado en cada ítem y se obtiene el total. El mayor puntaje en cada una de las 21 preguntas es de 3, y el más alto posible es 63. El puntaje menor para toda la prueba es de cero. Se suma solo un puntaje por cada ítem, el mayor si se marcó más de uno.

Los puntos de corte usualmente aceptados para graduar la intensidad/ severidad son los siguientes:

No depresión:	0-9 puntos
Depresión leve:	10-18 puntos
Depresión moderada:	19-29 puntos
Depresión grave:	> 30 puntos

### 6.7.3 Instrucciones para el entrevistador

Para la aplicación del Cuestionario de Depresión de BeckSe han preparado las siguientes instrucciones con el fin de estandarizar la aplicación del Cuestionario de Depresión. Es importante que se sigan en orden estas instrucciones, para proporcionar uniformidad y reducir al mínimo la influencia del entrevistador.

### 6.7.4Indicaciones al paciente

“Esto es un cuestionario; en él hay grupos de afirmaciones; leeré uno de estos grupos. Después quiero que elija la afirmación en ese grupo que describa mejor como se ha sentido en la ultima semana incluyendo hoy”.En ese momento alcance una copia del cuestionario al paciente y dígame: “Aquí tiene una copia para que pueda seguirme mientras leo”. Lea el grupo entero de afirmaciones en la primera categoría (no lea los números que aparecen a la izquierda de las afirmaciones); luego diga: “Ahora elija una de las afirmaciones que describa mejor como se ha sentido en la ultima semana, incluyendo hoy”Si el paciente indica su elección respondiendo mediante un número,

vuelva a leer la afirmación que corresponda con el número dado por el paciente, con el fin de evitar confusión sobre cual de las afirmaciones elegida. Cuando el paciente dice “la primera afirmación”, puede querer decir 0 ó 1. Después que se haga evidente que el paciente entiende el sistema de numeración, será suficiente la respuesta numérica para indicar su elección.

#### 6.7.5 Modelo del test de Beck para depresión previo a su aplicación.

##### **Cuestión1**

- No me siento triste
- Me siento triste
- Me siento triste siempre y no puedo salir de mi tristeza
- Estoy tan triste o infeliz que no puedo soportarlo

##### **Cuestión 2**

- No me siento especialmente desanimado ante el futuro
- Me siento desanimado con respecto al futuro
- Siento que no tengo nada que esperar
- Siento que en el futuro no hay esperanza y que las cosas no pueden mejorar

##### **Cuestión3**

- No creo que sea un fracaso
- Creo que he fracasado más que cualquier persona normal
- Al recordar mi vida pasada, todo lo que puedo ver es un montón de fracasos
- Creo que soy un fracaso absoluto como persona

##### **Cuestión 4**

- Obtengo tanta satisfacción de las cosas como la que solía obtener antes

- No disfruto de las cosas de la manera en que solía hacerlo
- Ya no obtengo una verdadera satisfacción de nada
- Estoy insatisfecho o aburrido de todo

**Cuestión 5**

- No me siento especialmente culpable
- Me siento culpable una buena parte del tiempo
- Me siento bastante culpable casi siempre
- Me siento culpable siempre

**Cuestión 6**

- No creo que esté siendo castigado
- Creo que puedo ser castigado
- Espero ser castigado
- Creo que estoy siendo castigado

**Cuestión 7**

- No me siento decepcionado de mí mismo
- Me he decepcionado a mí mismo
- Estoy disgustado conmigo mismo
- Me odio

**Cuestión 8**

- No creo ser peor que los demás
- Me critico por mis debilidades o errores
- Me culpo siempre por mis errores
- Me culpo por todo lo malo que sucede

**Cuestión 9**

- No pienso en matarme

- Pienso en matarme, pero no lo haría
- Me gustaría matarme
- Me mataría si tuviera la oportunidad.

**Cuestión 10**

- No lloro más que de costumbre
- Ahora lloro más de lo que solía hacer
- Ahora lloro todo el tiempo
- Solía poder llorar, pero ahora no puedo llorar aunque quiera

**Cuestión 11**

- Las cosas no me irritan más que de costumbre
- Las cosas me irritan un poco más que de costumbre
- Estoy bastante irritado o enfadado una buena parte del tiempo
- Ahora me siento irritado todo el tiempo

**Cuestión 12**

- No he perdido el interés por otras personas
- Estoy menos interesado en otras personas que de costumbre
- He perdido casi todo mi interés por otras personas
- He perdido todo mi interés por otras personas

**Cuestión 13**

- Tomo decisiones casi como siempre
- Postergo la adopción de decisiones más que de costumbre
- Tengo más dificultad para tomar decisiones que antes
- Ya no puedo tomar más decisiones

**Cuestión 14**

- No creo que mi aspecto sea peor que de costumbre

- Me preocupa el hecho de parecer viejo, sin atractivos
- Siento que hay permanentes cambios en mi aspecto que me hacen parecer poco atractivo
- Creo que me veo feo

**Cuestión 15**

- Puedo trabajar tan bien como antes
- Me cuesta mucho más esfuerzo empezar a hacer algo
- Tengo que obligarme seriamente para hacer cualquier cosa
- No puedo trabajar en absoluto

**Cuestión 16**

- Puedo dormir tan bien como siempre
- No duermo tan bien como solía hacerlo
- Me despierto una o dos horas más temprano que de costumbre y me cuesta mucho volver a dormirme
- Me despierto varias horas antes de lo que solía y no puedo volver a dormirme

**Cuestión 17**

- No me canso más que de costumbre
- Me canso más fácilmente que de costumbre
- Me canso sin hacer casi nada
- Estoy demasiado cansado para hacer algo

**Cuestión 18**

- Mi apetito no es peor que de costumbre
- Mi apetito no es tan bueno como solía ser
- Mi apetito está mucho peor ahora
- Ya no tengo apetito

**Cuestión 19**

- No he perdido mucho peso, si es que he perdido algo, últimamente
- He rebajado más de dos kilos y medio
- He rebajado más de cinco kilos
- He rebajado más de siete kilos y medio

**Cuestión 20**

- No me preocupo por mi salud más que de costumbre
- Estoy preocupado por problemas físicos como por ejemplo dolores, molestias estomacales o estreñimientos
- Estoy muy preocupado por problemas físicos y me resulta difícil pensar en cualquier otra cosa
- Estoy tan preocupado por mis problemas físicos que no puedo pensar en otra cosa

**Cuestión 21**

- No he notado cambio alguno reciente en mi interés por el sexo
- Estoy menos interesado en el sexo de lo que solía estar
- Ahora estoy mucho menos interesado en el sexo
- He perdido por completo el interés por el sexo

A continuación se expresan varias respuestas posibles a distintas situaciones. Marque la opción que mejor refleje cómo se siente usted actualmente.

## **CAPITULO VII**

### **RESULTADOS DEL PROCESO PSICOTERAPEUTICO**

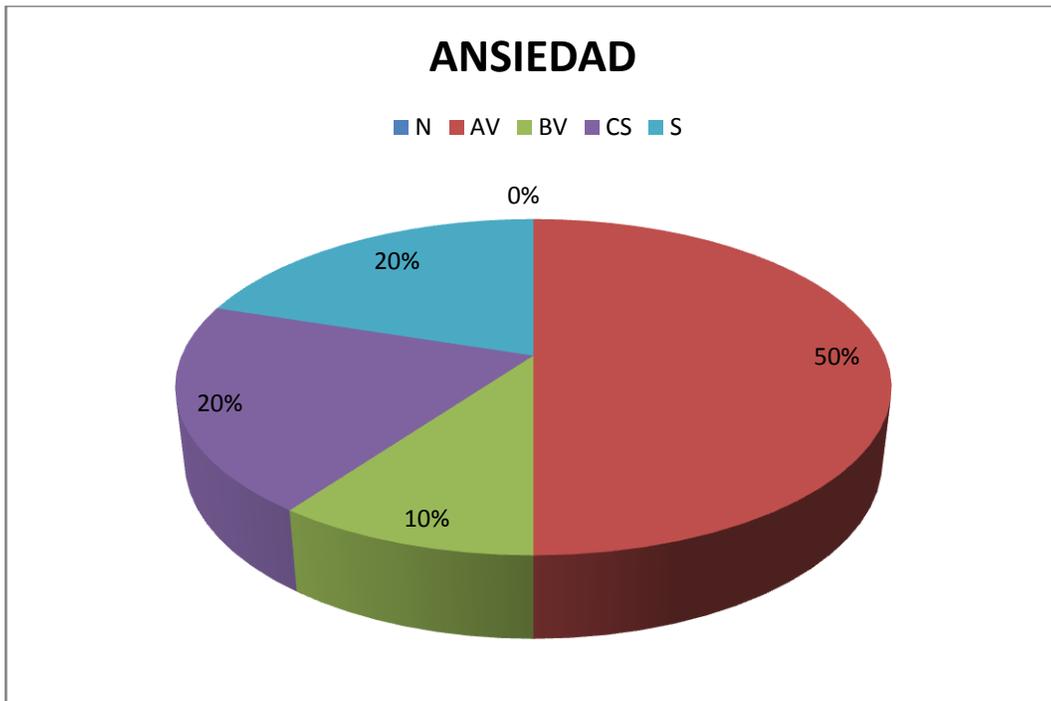
#### **INTRODUCCION**

Como parte de una fase final del proyecto, luego de haber realizado el procedimiento psicoterapéutico cognitivo-conductual individualizado, se volvió a aplicar los test de Beck y Hamilton en calidad de re-test.

Luego de realizar la aplicación de del test de Beck para depresión y el test de Hamilton para ansiedad se pudo evaluar que los adolescentes presentaban varios de estos síntomas con diversas prevalencia en cada uno de ellos.

A continuación se puntualizara los resultados más destacados del proyecto llevado a cabo en la casa hogar “La Esperanza”, proyecto realizado con 10 adolescentes, 6 de ellos de sexo femenino y cuatro de sexo masculino

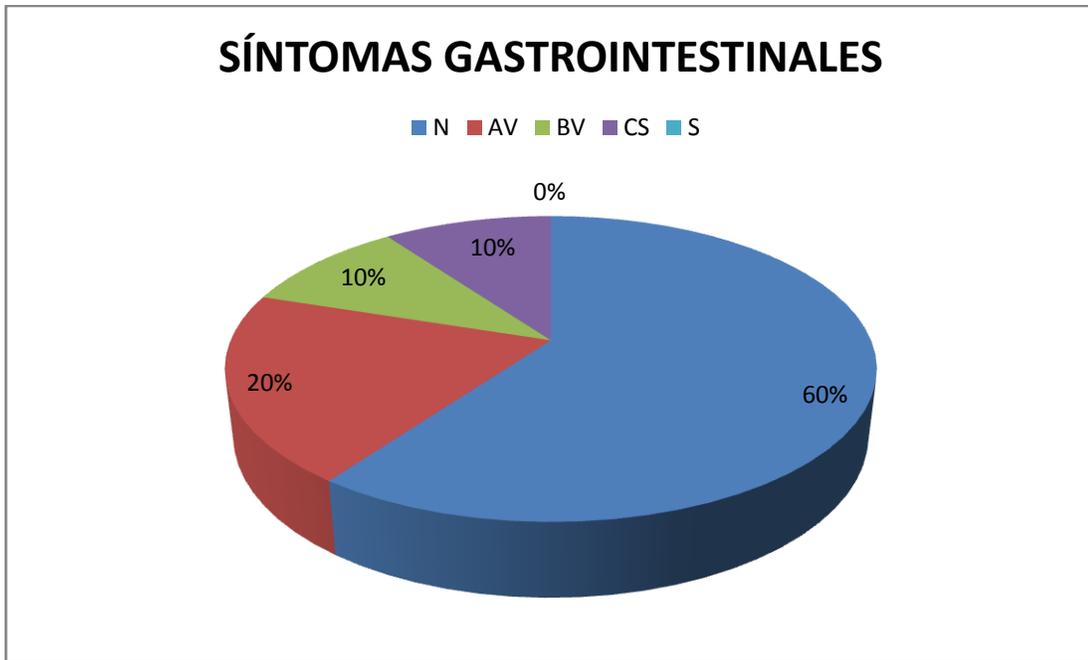
## 7.1 RESULTADOS DE LA APLICACIÓN DEL TEST DE HAMILTON



**GRÁFICO #1:** Test de Hamilton, síntomas de ansiedad, el test fue aplicado a 10 adolescentes entre ellos 6 mujeres y 4 varones.

**N:** NUNCA    **AV:** A VECES    **BV:** BASTANTES VECES    **CS:** CASI SIEMPRE    **S:** SIEMPRE

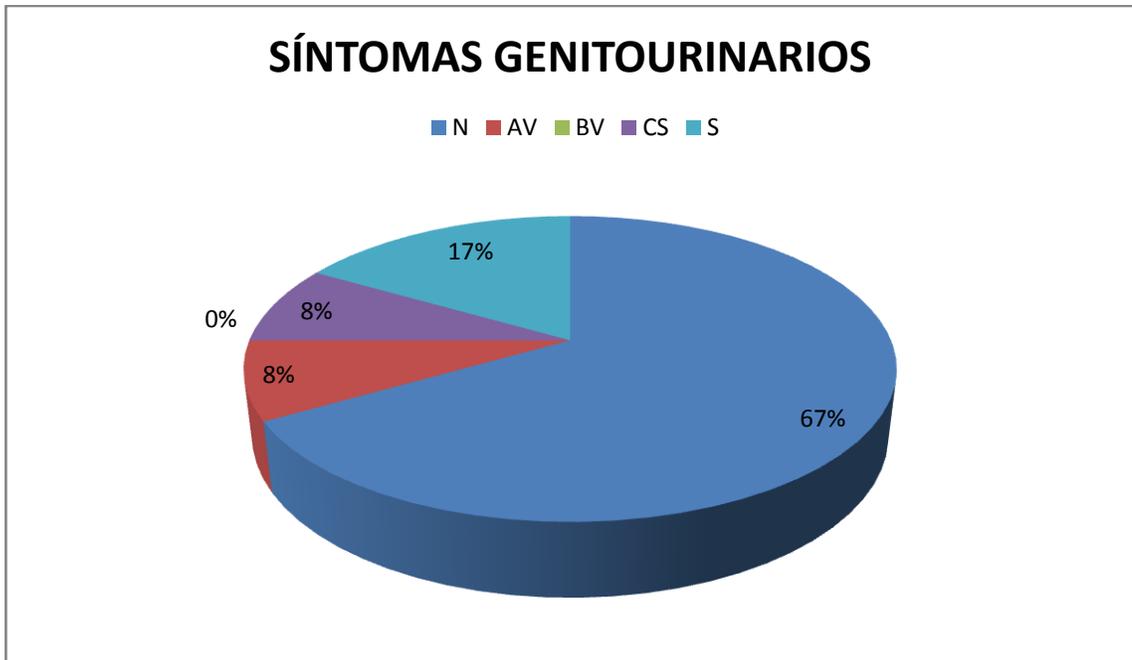
Se puede ver que en el gráfico #1 el 50% de los adolescentes presentan diversos síntomas de ansiedad como preocupaciones, temores, aprensión e irritabilidad de manera que la mayor prevalencia se da en la opción *a veces* seguida de un 20% de las opciones *casi siempre* y *siempre*.



**GRÁFICO #2:** Test de Hamilton, pregunta once referente a los síntomas gastrointestinales, el test fue aplicado a 10 adolescentes entre ellos 6 mujeres y 4 varones.

**N:** NUNCA    **AV:** A VECES    **BV:** BASTANTES VECES    **CS:** CASI SIEMPRE    **S:** SIEMPRE

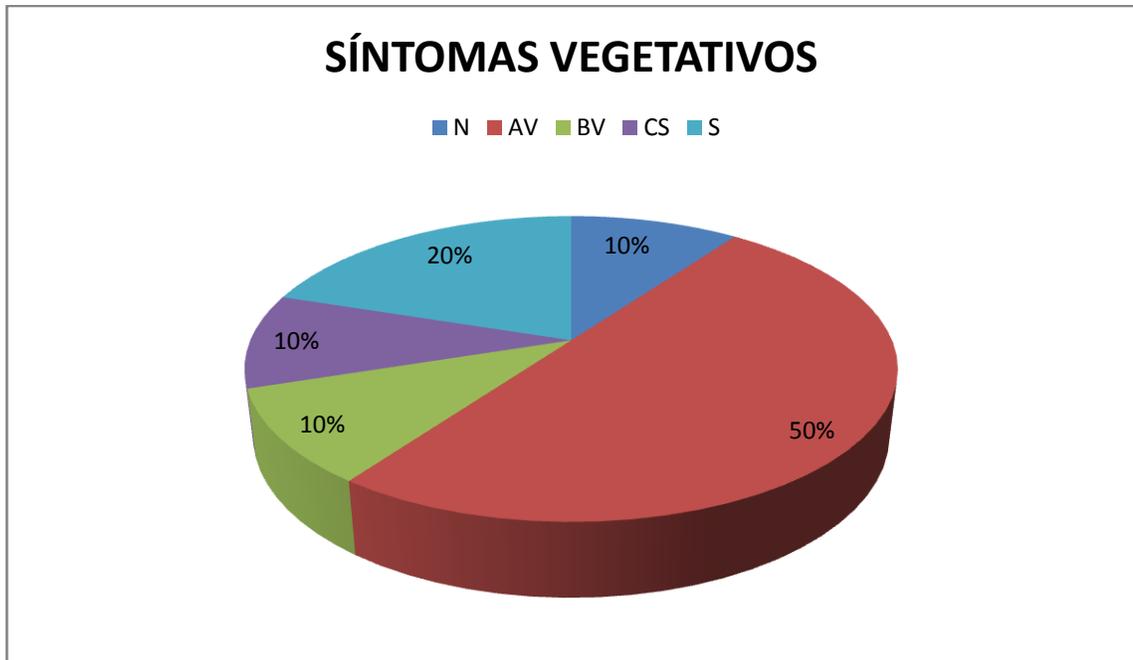
En la pregunta número once se evalúa síntomas como dificultad para tragar, ventosidades, dispepsia, borborigmos, movimientos intestinales, diarrea, pérdida de peso y constipación, se observa que la mayor prevalencia se da en la opción *casi nunca* con un 60%, seguido con el 20% de la opción *a veces*.



**GRÁFICO #3:** Test de Hamilton, pregunta doce referente a los síntomas genitourinarios, el test fue aplicado a 10 adolescentes entre ellos 6 mujeres y 4 varones.

**N:** NUNCA    **AV:** A VECES    **BV:** BASTANTES VECES    **CS:** CASI SIEMPRE    **S:** SIEMPRE

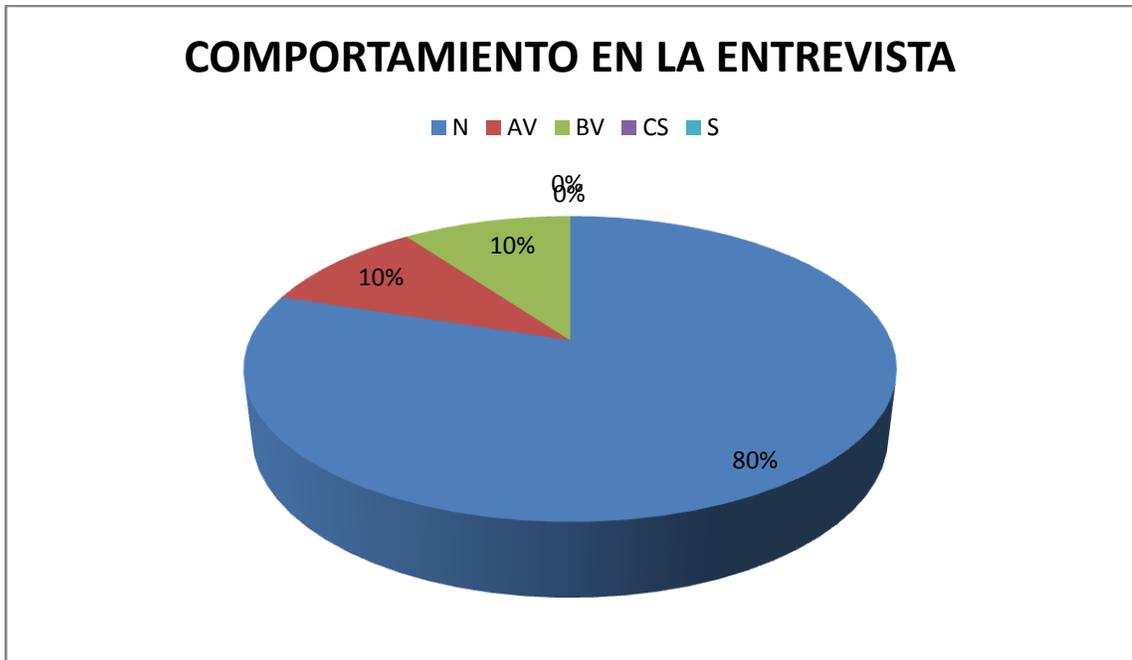
En la pregunta doce se evalúa síntomas tales como: micción frecuente, micción imperiosa, amenorrea y menorragias; observando que la mayor prevalencia se da en la opción *nunca* con el 67% y seguido de la opción *siempre* con el 17%.



**GRÁFICO #4:** Test de Hamilton, pregunta trece referente a los síntomas vegetativos, el test fue aplicado a 10 adolescentes entre ellos 6 mujeres y 4 varones.

**N:** NUNCA    **AV:** A VECES    **BV:** BASTANTES VECES    **CS:** CASI SIEMPRE    **S:** SIEMPRE

En el ítem trece se evalúa síntomas como: sequedad de la boca, tendencia a ruborizarse, palidez, tendencia a sudar, vértigos y cefalea tensional, siendo así la mayor prevalencia en la opción *a veces* con el 50% y seguido de la opción *siempre* con el 20%.



**GRÁFICO #5:** Test de Hamilton, pregunta catorce referente al comportamiento el test fue aplicado a 10 adolescentes entre ellos 6 mujeres y 4 varones.

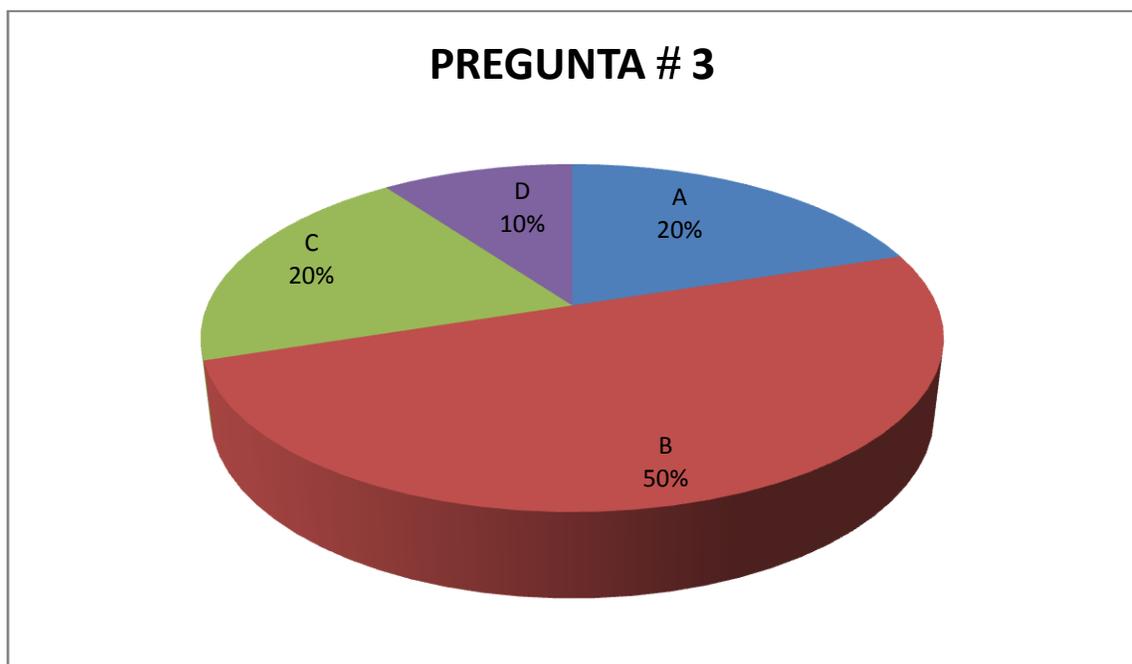
**N:** NUNCA    **AV:** A VECES    **BV:** BASTANTES VECES    **CS:** CASI SIEMPRE    **S:** SIEMPRE

En la pregunta catorce evaluamos las diversas conductas que presentaron los adolescentes durante la entrevista tales como: comportamiento rígido, no relajado, inquietud, desasosiegos, manos temblorosas, cejas fruncidas, facies rígida, palidez facial, eructos, sudoración y tics. Siendo así que la mayor prevalencia se da en la opción *nunca* con el 80%.

## 7.2 RESULTADOS DE LA APLICACIÓN DEL TEST DE BECK

### CUADRO #1 CORRESPONDIENTE A LA PREGUNTA #3.

OPCIONES	PREGUTA #3
A	No me siento fracasado
B	Creo que he fracasado más que la mayoría de las personas
C	Cuando miro hacia atrás, sólo veo fracaso tras fracaso
D	Me siento una persona totalmente fracasada



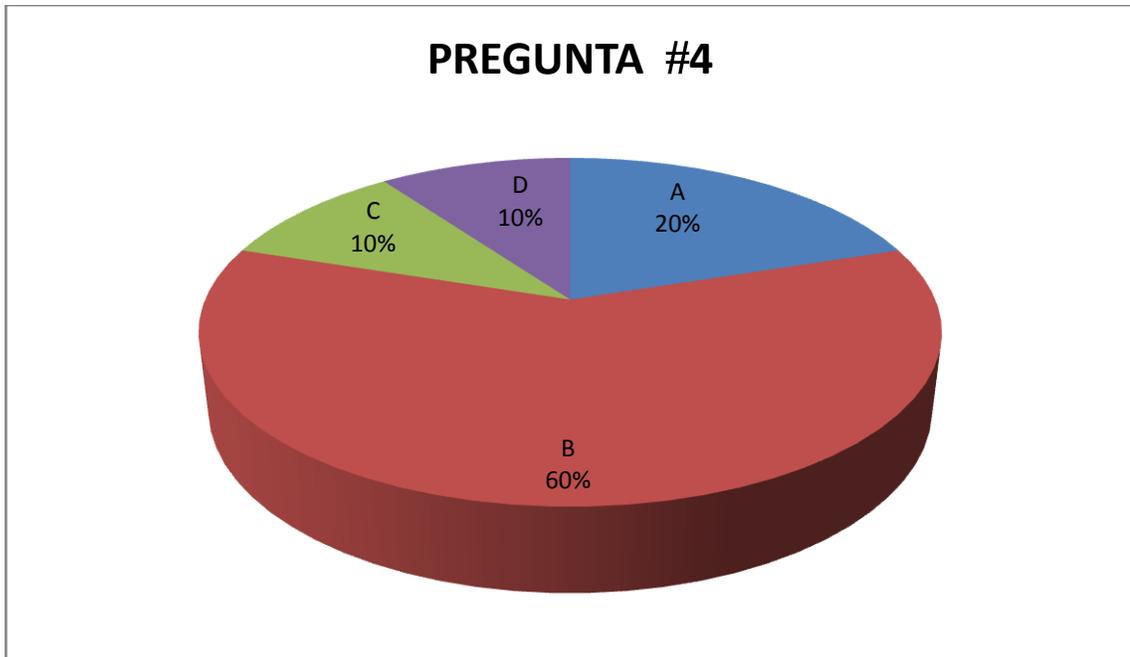
**GRÁFICO #6:** Test de Beck, pregunta tres hace referencia a ideas de fracaso, el test fue aplicado a 10 adolescentes entre ellos 6 mujeres y 4 varones.

**A:** 20%      **B:** 50%      **C:** 20%      **D:** 10%

En los adolescentes de la fundación "La Esperanza", es muy acentuada la idea de sentirse fracasados y no tener esperanza de cambio en su futuro como se puede observar en el ítem B con el 50% de los adolescentes que piensan que han fracasado más que el resto de jóvenes.

### CUADRO #2 CORRESPONDIENTE A LA PREGUNTA #4.

OPCIONES	PREGUTA #4
<b>A</b>	Las cosas me satisfacen tanto como antes
<b>B</b>	No disfruto de las cosas tanto como antes
<b>C</b>	Ya no obtengo una satisfacción auténtica de las cosas
<b>D</b>	Estoy insatisfecho o aburrido de todo



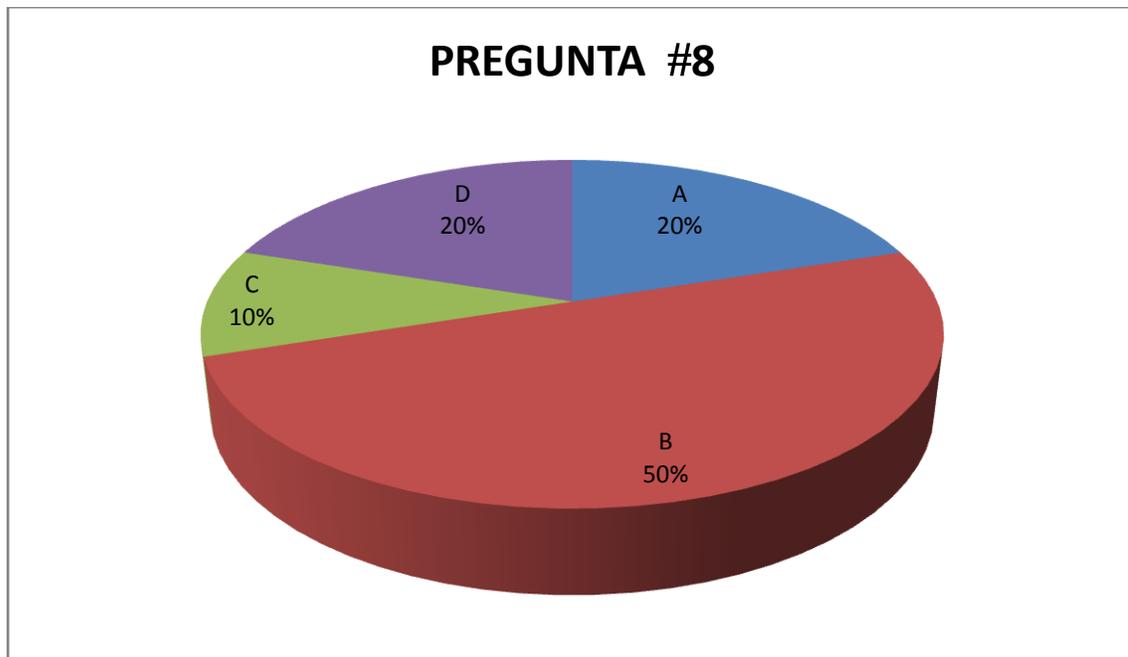
**GRÁFICO #7:** Test de Beck, pregunta cuatro hace referencia a la falta de interés por las cosas que antes les brindaban satisfacción, el test fue aplicado a 10 adolescentes entre ellos 6 mujeres y 4 varones.

**A: 20%      B: 60%      C: 10%      D: 10%**

Podemos observar una clara acentuación en el literal B: 60% de los adolescentes que muestran una falta de interés por las cosas que antes les brindaban satisfacción o que solían gustarles.

**CUADRO #3CORRESPONDIENTE A LA PREGUNTA #8**

OPCIONES	PREGUTA #8
<b>A</b>	No me considero peor que cualquier otro
<b>B</b>	Me autocritico por mis debilidades o por mis errores
<b>C</b>	Continuamente me culpo por mis faltas
<b>D</b>	Me culpo por todo lo malo que sucede



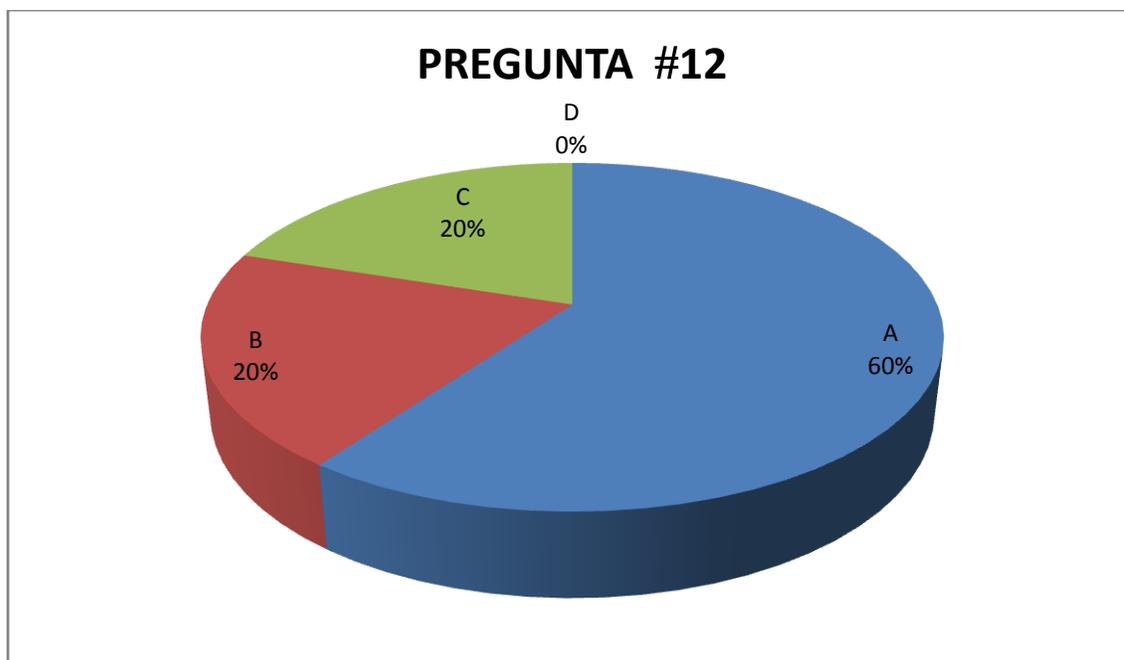
**GRÁFICO #8:** Test de Beck, pregunta ocho hace referencia al sentimiento de culpabilidad que tiene cada adolescente, el test fue aplicado a 10 adolescentes entre ellos 6 mujeres y 4 varones.

**A:** 20%      **B:** 50%      **C:** 10%      **D:** 20%

Como hemos observado en los gráficos anteriores, se vuelve a repetir el gran sentimiento de culpabilidad de cada adolescente en el ítem B con el 50% de los adolescentes criticándose por sus errores y en el ítem D con el 20% culpándose por todas las cosas malas que suceden.

**CUADRO#4 CORRESPONDIENTE A LA PREGUNTA #12.**

OPCIONES	PREGUTA #12
A	No he perdido el interés por los demás
B	Estoy menos interesado en los demás que antes
C	He perdido la mayor parte de mi interés por los demás
D	He perdido todo el interés por los demás



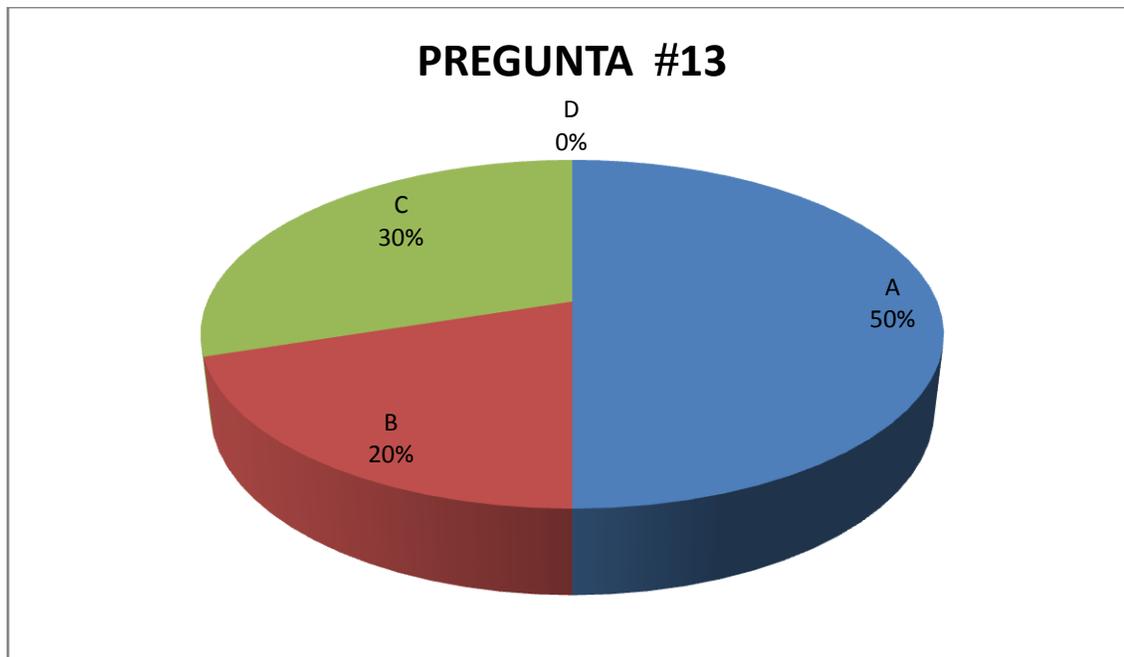
**GRÁFICO #9:** Test de Beck, en la pregunta doce existe una mayor prevalencia en los adolescentes que no pierden el interés por otras personas, el test fue aplicado a 10 adolescentes entre ellos 6 mujeres y 4 varones.

**A:** 60%      **B:** 20%      **C:** 20%      **D:** 0%

Como se ha observado en los cuadros anteriores la prevalencia en las respuestas negativas era marcada, pero en este cuadro observamos que existe mayor acentuación en el ítem A con el 60% de los adolescentes que no pierden el interés por otras personas, lo que nos lleva a pensar que si existe un buen plan de trabajo, habrá mejoría.

**CUADRO #5 CORRESPONDIENTE A LA PREGUNTA #13.**

OPCIONES	PREGUTA #13
A	Tomo decisiones más o menos como siempre he hecho
B	Evito tomar decisiones más que antes
C	Tomar decisiones me resulta mucho más difícil que antes
D	Ya me es imposible tomar decisiones



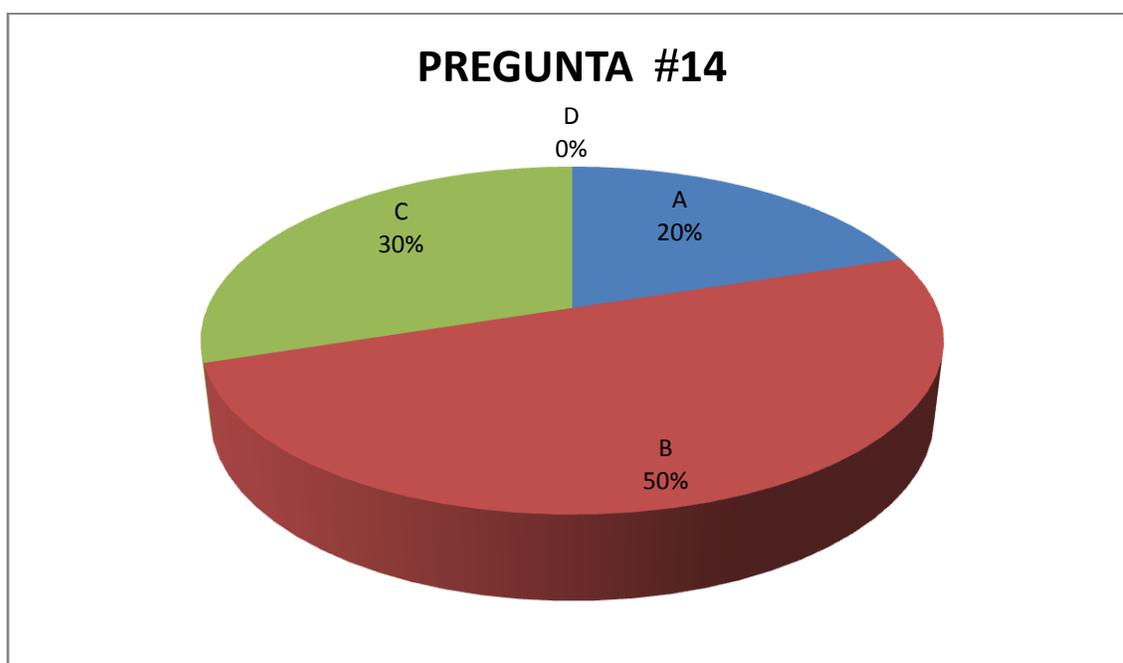
**GRÁFICO #10:** Test de Beck, en la pregunta trece referente a la toma de decisiones, el test fue aplicado a 10 adolescentes entre ellos 6 mujeres y 4 varones.

**A: 50%      B: 20%      C: 30%      D: 0%**

La toma de decisiones, en los adolescentes no han cambiado en su totalidad como podemos observar el ítem A con un 50% es una respuesta positiva aunque tengan dificultades para tomar cualquier decisión como observamos en el ítem C con el 30%.

**CUADRO #6 CORRESPONDIENTE A LA PREGUNTA #14.**

OPCIONES	PREGUTA #14
<b>A</b>	No creo tener peor aspecto que antes
<b>B</b>	Me temo que ahora parezco más viejo o poco atractivo
<b>C</b>	Creo que se han producido cambios permanentes en mi aspecto que me hacen parecer poco atractivo
<b>D</b>	Creo que tengo un aspecto horrible



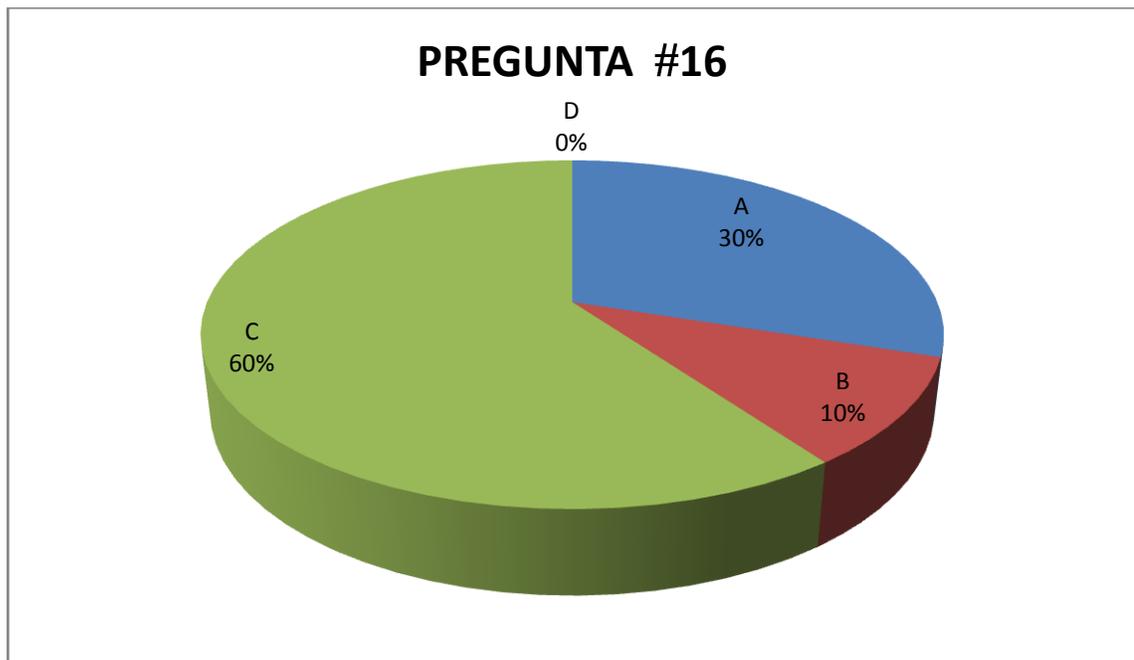
**GRÁFICO #11:** Test de Beck, en la pregunta catorce existe una mayor prevalencia en la falta de interés o la forma de verse físicamente así mismo, el test fue aplicado a 10 adolescentes entre ellos 6 mujeres y 4 varones.

**A:** 20%      **B:** 50%      **C:** 30%      **D:** 0%

La falta de interés o la forma de verse físicamente así mismo, es pronunciado en el ítem B con un 50%, lo cual lleva a sentimientos de inferioridad, baja autoestima y fealdad; seguido de un 30% del ítem C.

#### **CUADRO #7 CORRESPONDIENTE A LA PREGUNTA #16**

OPCIONES	PREGUTA #16
<b>A</b>	Duermo tan bien como siempre
<b>B</b>	No duermo tan bien como antes
<b>C</b>	Me despierto una o dos horas antes de lo habitual y me resulta difícil volver a dormir
<b>D</b>	Me despierto varias horas antes de lo habitual y no puedo volverme a dormir



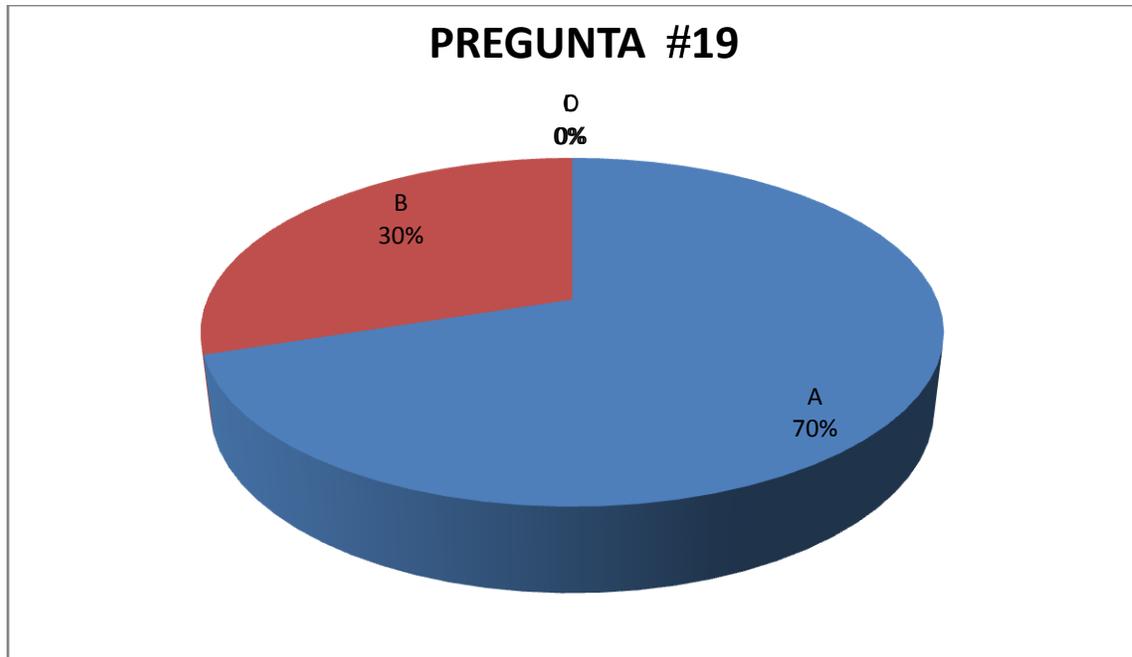
**GRÁFICO #12:** Test de Beck, en la pregunta dieciséis la falta de sueño o insomnio es una de las tantas causas para sospechar un diagnóstico depresivo, el test fue aplicado a 10 adolescentes entre ellos 6 mujeres y 4 varones.

**A: 30%      B: 10%      C: 60%      D: 0%**

La falta de sueño o insomnio es una de las tantas causas para sospechar o realizar un diagnóstico depresivo, como podemos observar el cuadro la prevalencia marcada que tiene el ítem C con el 60% de los adolescentes que tienen problemas de sueño.

**CUADRO #8 CORRESPONDIENTE A LA PREGUNTA #19**

OPCIONES	PREGUTA #19
A	Últimamente he perdido poco peso o no he perdido nada
B	He perdido más de 2 kilos y medio
C	He perdido más de 4 kilos
D	He perdido más de 7 kilos



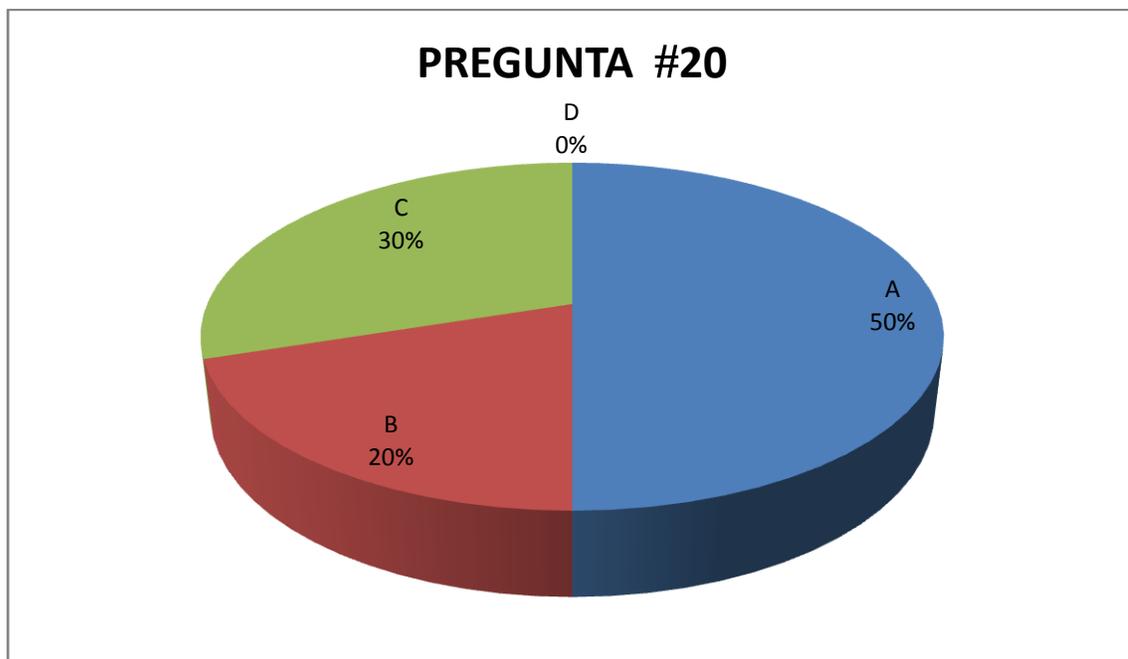
**GRÁFICO #13:** Test de Beck, en la pregunta diecinueve se refiere a los cambios de peso en los adolescentes, el test fue aplicado a 10 adolescentes entre ellos 6 mujeres y 4 varones.

**A:** 70%      **B:** 30%      **C:** 0%      **D:** 0%

En los adolescentes no existen cambios de peso marcados ya que en el ítem A con el 70% de los jóvenes mantienen buen apetito. Aunque en la minoría, del ítem C con 30% hay probabilidades de cambios de peso.

**CUADRO #9 CORRESPONDIENTE A LA PREGUNTA #20**

OPCIONES	PREGUTA #20
A	No estoy preocupado por mi salud más de lo normal
B	Estoy preocupado por problemas físicos como dolores, molestias, malestar de estómago o estreñimiento
C	Estoy por mis problemas físicos y me resulta difícil pensar en algo más
D	Estoy tan preocupado por mis problemas físicos que soy incapaz de pensar en cualquier cosa



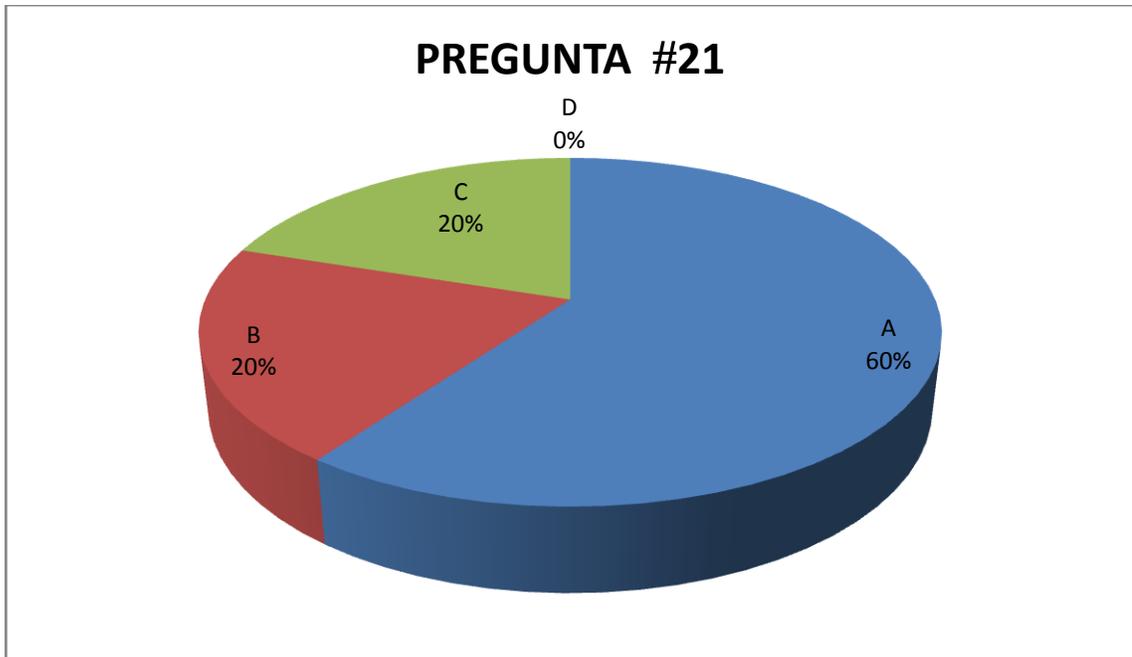
**GRÁFICO #13:** Test de Beck, en la pregunta veinte se refiere a los problemas de salud donde no existe mayor preocupación, el test fue aplicado a 10 adolescentes entre ellos 6 mujeres y 4 varones.

**A:** 50%      **B:** 20%      **C:** 30%      **D:** 0%

Como hemos observado en los últimos cuadros, que no existe mayor preocupación por su salud y como resultado tenemos que el 50% de los adolescentes indican que las preocupaciones no les impiden pensar en otra cosa.

**CUADRO #10 CORRESPONDIENTE A LA PREGUNTA #21**

OPCIONES	PREGUTA #21
A	No he observado ningún cambio resiente en interés por el sexo
B	Estoy menos interesado por el sexo que antes
C	Estoy mucho menos interesado por el sexo
D	He perdido totalmente mi interés por el sexo



**GRÁFICO #14:** Test de Beck, en la pregunta veintiuno se refiere a la falta o disminución en el deseo sexual, el test fue aplicado a 10 adolescentes entre ellos 6 mujeres y 4 varones.

**A:** 60%      **B:** 20%      **C:** 20%      **D:** 0%

El 60% de los adolescentes responden en este ítem con la opción A que corresponde a falta o disminución en el deseo sexual.

Los resultados expuestos en los gráficos anteriores, son los resultados de la aplicación de test previo a la intervención psicoterapéutica cognitivo-conductual.

En el proceso formaron parte diez adolescentes que oscilaban sus edades desde 12 a 17 años, los cuales de acuerdo a la evaluación descrita presentan diversos niveles de ansiedad y depresión.

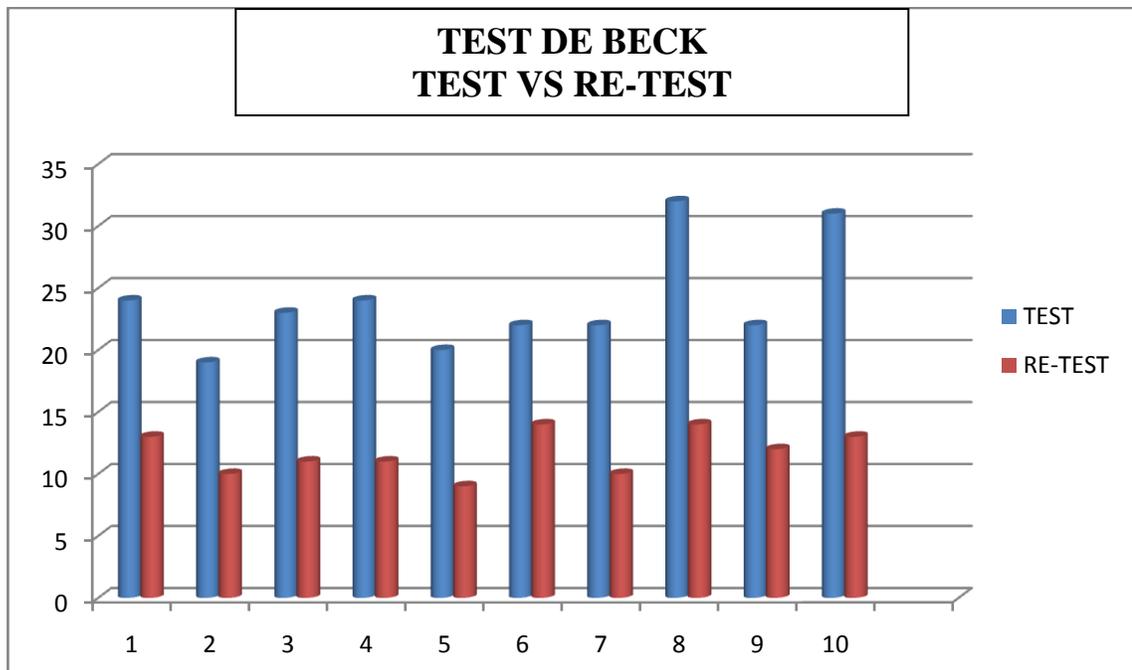
Por lo tanto en los gráficos consiguientes se sintetizara los resultados obtenidos luego de haber aplicado el proceso psicoterapéutico cognitivo-conductual, siendo las herramientas de medida los test de Hamilton y Beck, pero esta vez en función de re-test.

### 7.3 TEST DE BECK: RESULTADOS COMPARATIVOS TEST VS RE-TEST

**CUADRO #11**

<b>ADOLESCENTE</b>	<b>TEST</b>	<b>RE-TEST</b>
<i>1</i>	24	13
<i>2</i>	19	10
<i>3</i>	23	11
<i>4</i>	24	11
<i>5</i>	20	9
<i>6</i>	22	14
<i>7</i>	22	10
<i>8</i>	32	14
<i>9</i>	22	12
<i>10</i>	31	13
<b>MEDIA</b>	23,9	11,7

En el actual estudio se pudo comprobar que la depresión y ansiedad se encuentran presentes en los adolescentes entre los 13 y 17 años indiferentemente del sexo. En los resultados expuestos anteriormente se observa una mejoría notable en cada sujeto de la muestra y tomando en cuenta el porcentaje. el restablecimiento oscila entre el 75 y 80%.



**GRÁFICO #15: *Test de Beck*:** Representación gráfica de los resultados Test vs Re-Test de Beck para depresión

Como observamos en el siguiente cuadro, las respuestas de los adolescentes dadas en el test de Beck para la depresión luego de ser aplicado.

#### 7.4 RESULTADOS DEL TEST DE HAMILTON

##### 7.4.1 Nivel de ansiedad psicológico

#### CUADRO #12

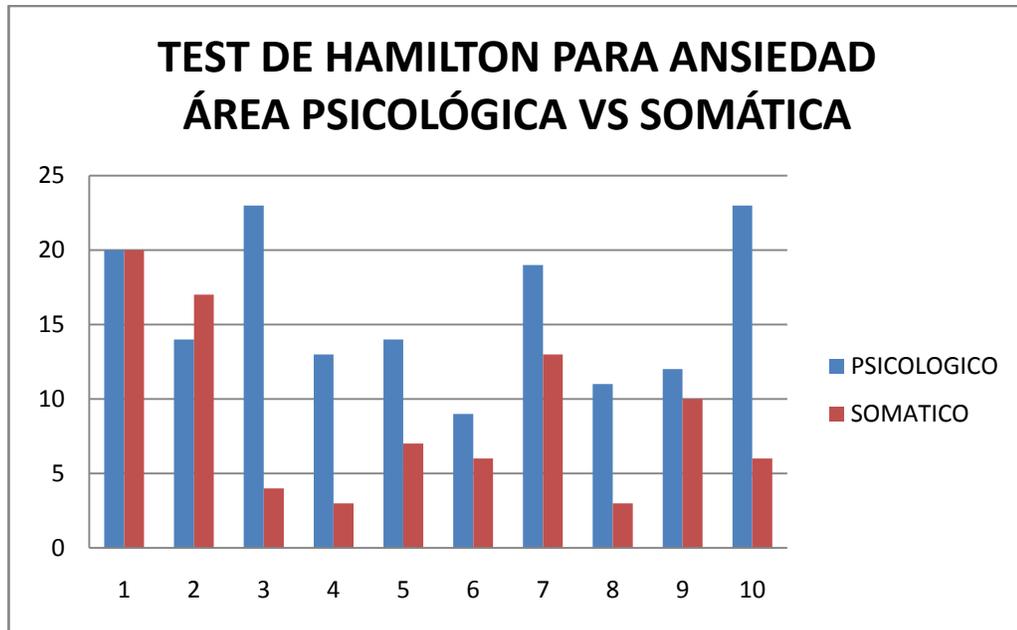
<b>ADOLESCENTE</b>	<b>SÍNTOMAS PSICOLÓGICOS</b>	<b>NIVEL DE ANSIEDAD</b>
<i>1</i>	20	ELEVADO
<i>2</i>	14	MEDIO
<i>3</i>	23	MAXIMO
<i>4</i>	13	MEDIO
<i>5</i>	14	MEDIO
<i>6</i>	9	MEDIO
<i>7</i>	19	ELEVADO
<i>8</i>	11	MEDIO
<i>9</i>	12	MEDIO
<i>10</i>	23	MAXIMO

#### 7.4.2 Nivel de ansiedad somática

**CUADRO #13**

<b>ADOLESCENTE</b>	<b>SÍNTOMAS SOMÁTICOS</b>	<b>NIVEL DE ANSIEDAD</b>
<i>1</i>	20	ELEVADO
<i>2</i>	17	ELEVADO
<i>3</i>	4	LIGERO
<i>4</i>	3	LIGERO
<i>5</i>	7	LIGERO
<i>6</i>	6	LIGERO
<i>7</i>	13	MEDIO
<i>8</i>	3	LIGERO
<i>9</i>	10	MEDIO
<i>10</i>	6	LIGERO

Observamos que en el test de Hamilton para la ansiedad, que los adolescentes tienen mayor prevalencia en los síntomas psicológicos, llegando a un nivel máximo de ansiedad.



**GRÁFICO #16:** Resultados comparativos entre el área psicológica vs somática luego de la primera del Test de Hamilton, realizado a 10 adolescentes.

Como se puede observar en el grafico anterior, la mayor prevalencia que los adolescentes presentan es en el área psicológica, mientras que en el área somática el puntaje que se observa menor.

## 7.5 RE-TEST DE HAMILTON

### 7.5.1 Nivel de ansiedad psicológico

#### CUADRO #14

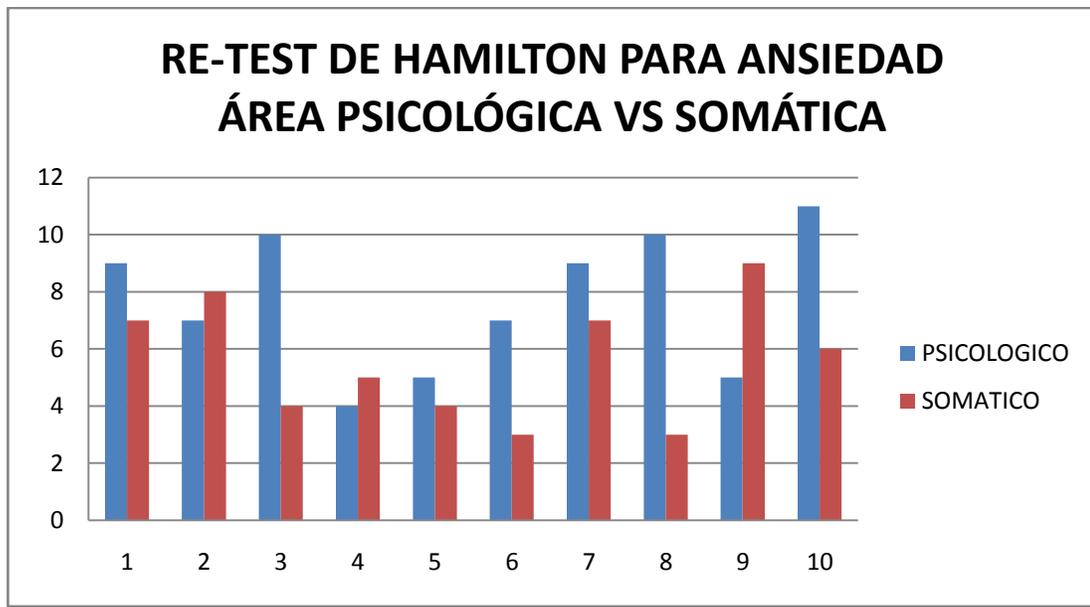
<b>ADOLESCENTE</b>	<b>SÍNTOMAS PSICOLÓGICOS</b>	<b>NIVEL DE ANSIEDAD</b>
<i>1</i>	9	MEDIO
<i>2</i>	7	LIGERO
<i>3</i>	10	MEDIO
<i>4</i>	4	LIGERO
<i>5</i>	5	LIGERO
<i>6</i>	7	LIGERO
<i>7</i>	9	MEDIO
<i>8</i>	10	MEDIO
<i>9</i>	5	LIGERO
<i>10</i>	11	MEDIO

#### 7.5.2 Nivel de ansiedad somática

**CUADRO #15**

<b>ADOLESCENTE</b>	<b>SÍNTOMAS SOMÁTICOS</b>	<b>NIVEL DE ANSIEDAD</b>
<i>1</i>	7	LIGERO
<i>2</i>	8	MEDIO
<i>3</i>	4	LIGERO
<i>4</i>	5	LIGERO
<i>5</i>	4	LIGERO
<i>6</i>	3	LIGERO
<i>7</i>	7	LIGERO
<i>8</i>	3	LIGERO
<i>9</i>	9	MEDIO
<i>10</i>	6	LIGERO

Luego de la segunda aplicación del Test de Hamilton para la ansiedad, observamos una notable mejoría en los síntomas psicológicos y somáticos, dando una respuesta positiva de medio y ligero.



**GRÁFICO #17:** Segunda aplicación. Resultados comparativos entre el área psicológica vs somática luego de la primera del Test de Hamilton, realizado a 10 adolescentes

Como se observa en el grafico anterior, luego de realizar el proceso de terapia cognitivo-conductual con sus debidas técnicas, la prevalencia en cuanto al área psicológica disminuyeron notablemente, igual que en el área somática.

Sin embargo al igual en previo al proceso psicoterapéutico el área psicológica presenta mayor prevalencia con relación al área somática.

## 7.6 CONCLUSIONES GENERALES

- Con la aplicación de los test de Beck y Hamilton se pudo cuantificar la presencia un alto porcentaje de depresión y ansiedad, presentado tanto síntomas físicos como psicológicos, en este grupo de adolescentes.
- Luego de haber diseñado y aplicado el proceso psicoterapéutico individual en adolescentes con síntomas de ansiedad y depresión, se concluye que la psicoterapia cognitivo conductual, es efectiva debido a que se observo una mejoría significativa tanto en síntomas físicos como psicológicos.
- Se realizo un estudio teórico-analítico, sobre los temas propuestos como son ansiedad y depresión, obteniendo conocimiento sobre las causas, desencadenantes, desarrollo y efectos. Además se efectuó una investigación a fondo sobre el inicio y los conceptos de la terapia cognitivo-conductual, tomando como principales exponentes a Albert Ellis y Aaron Beck.
- El “Test de Beck para Depresión” y el “Test de Hamilton para la Ansiedad” son herramientas primordiales en el momento de investigar una orientación diagnostica y evaluar los criterios o síntomas que se presentan durante el proceso.
- Luego de concluir el proceso psicoterapéutico, los adolescentes mostraron mejoría en diferentes aspectos personales como son el autoestima, la personalidad, disminuyendo de esta manera la ansiedad y agresividad, dando como resultado final una mejor convivencia junto a los otros adolescentes de la casa hogar “La Esperanza”.

## **RECOMENDACIONES**

- En caso de que los adolescentes presenten síntomas de ansiedad o depresión, se recomienda que asistan a psicoterapia las mismas que de ser posible tengan una inclinación hacia la corriente cognitiva conductual, puesto que ha demostrado tener resultados satisfactorios y relativamente breves.
- Posterior a la aplicación del proyecto es necesario realizar un seguimiento con cada uno de los adolescentes preferiblemente de forma presencial en calidad de sesión terapéutica la misma que deberá durar de 40 a 50 minutos, para poder lograr y garantizar una mejoría duradera.
- Se deberá encontrar una forma eficaz de reintegrar a los adolescentes dentro de su seno familiar y de esta forma se lograra una reinserción a la sociedad, siendo este el objetivo final.
- Se recomienda finalmente tomar en cuenta el presente proyecto que ponemos a disposición de la institución, en los casos de depresión y ansiedad que podrían ahí presentarse posteriormente. Deberá ser aplicado estrictamente por un psicólogo clínico que tenga pleno conocimiento sobre la corriente cognitiva conductual.

## **BIBLIOGRAFÍA**

- AGUIRRE A. (1994). Psicología de la Adolescencia, Barcelona.

- CABALLO, V. (1997). Manual para tratamiento cognitivo conductual de los trastornos psicológicos. España.
- DOULA, H. (2002). Problemas de la adolescencia: guía práctica para el profesorado y la familia. Inglaterra.
- FIERRO, A. (2005). Psicología del desarrollo: mundo del adolescente. Barcelona.
- FRIEDBERG, R. &McCLUREI, J. (2005). Práctica clínica de terapia cognitiva con niños y adolescentes. Barcelona.
- FONT J, Pérez T, ROMAGOSA A. 1995. Pediatría en atención primaria. Barcelona
- FAUMAN, M. 2003. DSM-IV-TR: Guía de estudio. Barcelona.
- GÓMEZ, C. (2009). Psiquiatría clínica: diagnóstico y tratamiento en niños, adolescentes y adultos. Bogotá.
- GREENBERGER, D. (1998). Manual de tratamiento de terapia cognitiva. Paidós Ibérica.
- HERNANDEZ, N. (2007). Manual de psicoterapia cognitivo-conductual para trastornos de la salud. Texto en red.

- HERNÁNDEZ, N & SANCHEZ, J. (2007). Manual de psicoterapia cognitivo-conductual para trastornos de la conducta. Texto en red.
- KRAUSKOPF, D. (2007). Adolescencia y educación. San José.
- MINUCHIN, S. y FISHMAN, C. 1984. Técnicas de Terapia Familiar. Argentina.
- MARDOMINGO, M. (1994). Psiquiatría del niño y del adolescente. Madrid.
- PAPALIA, D. (1997). Psicología del desarrollo humano de la adolescencia a la edad adulta. Editorial Paisos Ibérica.
- ROSEMBERG, F. (2003). Psicoterapia conductual y cognitiva. Venezuela.
- SOUTULLO, C, &MARDOMINGO, M. (2010). Manual de psiquiatría del niño y del adolescente. Buenos Aires.
- TORO, G & YEPES, L. 2004. Fundamentos de medicina psiquiatría. Colombia.
- VALLEJO, J, & GASTO, C. (1999). Trastornos afectivos: ansiedad y depresión. Barcelona.

# **A N E X O S**