



Universidad del Azuay

Departamento de Educación Continua

Maestría en Psicoterapia Integrativa

“Niveles de Depresión en los Adolescentes de la Ciudad de Cuenca”

Trabajo de graduación previo a la obtención del título de Magíster en Psicoterapia Integrativa

Autora: Martha Cobos

Directora: Dra. Sylvia Mancheno

**Cuenca-Ecuador
2008**

Dedicatoria:

A Rebeca, por todas sus enseñanzas.

A Adrián, por su amor.

Agradecimientos

Primero doy gracias a Dios; a la vida, por permitirme ser lo que soy y al constante soporte de mis padres y familia en este caminar.

A las autoridades de la Universidad del Azuay, que me brindaron la oportunidad de seguir estos estudios por medio de la beca concedida. Al coordinador de la maestría Mst. Edgar León, por su apoyo incondicional.

En la realización de este trabajo a mi directora, Dra. Sylvia Mancheno por su acompañamiento; a otros profesores, entre ellos, Dr. Prieto Tripaldi, Magíster Mónica Corral, Prof. Inés Acosta, Bladimir Tobar, PHD, que me orientaron en las dificultades estadísticas encontradas.

A las autoridades de los colegios y a los adolescentes, que sin ellos no hubiera sido posible la realización de esta investigación.

A otras personas que de una u otra manera facilitaron este trabajo.

GRACIAS

INDICE

DEDICATORIA	ii
AGRADECIMIENTO	iii
RESUMEN	IV
ABSTRACT	V
INTRODUCCIÓN	¡ERROR! MARCADOR NO DEFINIDO.
CAPÍTULO 1	¡ERROR! MARCADOR NO DEFINIDO.
LA ADOLESCENCIA	¡ERROR! MARCADOR NO DEFINIDO.
1.1 CARACTERÍSTICAS DE ESTA ETAPA	¡ERROR! MARCADOR NO DEFINIDO.
1.1.1. Efectos del pensamiento en la personalidad	¡Error! Marcador no definido.
1.1.2 Aspecto biológico.....	¡Error! Marcador no definido.
1.2 DESARROLLO NORMAL DESDE EL MODELO INTEGRATIVO;.....	¡ERROR! MARCADOR NO DEFINIDO.
1.2.1 Concepto de Integración.....	¡Error! Marcador no definido.
1.2.2 El Modelo Integrativo basado en la personalidad.....	¡Error! Marcador no definido.
1.2.3 Proceso de Formación.....	¡Error! Marcador no definido.
1.2.4 La Personalidad desde el Modelo Integrativo Supraparadigmático ..	¡Error! Marcador no definido.
1.3 PRINCIPALES CONFLICTOS DE ESTA ETAPA	¡ERROR! MARCADOR NO DEFINIDO.
1.3.1 Trastornos de alimentación	¡Error! Marcador no definido.
1.3.2 La paternidad.....	¡Error! Marcador no definido.
1.3.3 Abuso de drogas.....	¡Error! Marcador no definido.
1.3.4 La depresión	¡Error! Marcador no definido.
CONCLUSIONES	¡ERROR! MARCADOR NO DEFINIDO.
CAPÍTULO 2	¡ERROR! MARCADOR NO DEFINIDO.
LA DEPRESIÓN	¡ERROR! MARCADOR NO DEFINIDO.
2.1. CONCEPTO Y CARACTERÍSTICAS	¡ERROR! MARCADOR NO DEFINIDO.
2.2 LA DEPRESIÓN EN LOS ADOLESCENTES	¡ERROR! MARCADOR NO DEFINIDO.
2.3 EL SUICIDIO	¡ERROR! MARCADOR NO DEFINIDO.
2.4. LA DEPRESIÓN DESDE EL MODELO INTEGRATIVO	¡ERROR! MARCADOR NO DEFINIDO.
2.5 EL TRATAMIENTO DE LA DEPRESIÓN	¡ERROR! MARCADOR NO DEFINIDO.
2.6 CONCLUSIONES.....	¡ERROR! MARCADOR NO DEFINIDO.
CAPÍTULO 3	¡ERROR! MARCADOR NO DEFINIDO.
PROGRAMA DE PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO DE LA DEPRESIÓN DIRIGIDO A ADOLESCENTES DESDE EL MODELO INTEGRATIVO;.....	
¡ERROR! MARCADOR NO DEFINIDO.	
3. 1 PRIMER NIVEL: ASESORAMIENTO-PREVENCIÓN.....	¡ERROR! MARCADOR NO DEFINIDO.
3.2 SEGUNDO NIVEL: DESARROLLO PERSONAL, ELABORACIÓN DE OBJETIVOS SINTOMÁTICOS Y TÉCNICAS SINTOMÁTICAS.	¡ERROR! MARCADOR NO DEFINIDO.
3.2.1 Desarrollo Personal.....	¡Error! Marcador no definido.
3.2.2 Asesoramiento de grupo eficaz	¡Error! Marcador no definido.
3.2.2.1 Reglas para trabajar en autoconocimiento.....	¡Error! Marcador no definido.
3.2.3Técnicas	¡Error! Marcador no definido.
3.2.4 Técnicas concretas en el proceso de la dirección en el asesoramiento del grupo.....	¡Error! Marcador no definido.
3.2.5 Otras técnicas que pueden ser utilizadas tanto en el asesoramiento individual como en el grupal.....	¡Error! Marcador no definido.
3.2.6 Asesoramiento Familiar.....	¡Error! Marcador no definido.
Técnicas	¡Error! Marcador no definido.
3.3 TERCER NIVEL: TRATAMIENTO BASADO EN LA PERSONALIDAD: FORMULACIÓN DE LA PERSONALIDAD, OBJETIVOS DE PERSONALIDAD Y TÉCNICAS DE PERSONALIDAD;.....	¡ERROR! MARCADOR NO DEFINIDO.
3.3.1 Acercamiento de acuerdo a la personalidad.....	¡Error! Marcador no definido.
3.3.2 Problemas básicos de acuerdo a la personalidad	¡Error! Marcador no definido.

3.3.4 Etapas del Proceso en el Modelo Integrativo basado en la Personalidad	¡Error! Marcador no definido.
3.3.4.1 Primera Etapa.....	¡Error! Marcador no definido.
3.3.4.2 Segunda Etapa.....	¡Error! Marcador no definido.
3.3.4.3 Tercera Etapa.....	¡Error! Marcador no definido.
4.3.4.4 Cuarta etapa.....	¡Error! Marcador no definido.
4.3.4.5 Quinta etapa.....	¡Error! Marcador no definido.
4.4 CONCLUSIONES.....	¡ERROR! MARCADOR NO DEFINIDO.
CAPÍTULO 4.....	¡ERROR! MARCADOR NO DEFINIDO.
ANÁLISIS DE LOS DATOS Y RESULTADOS “NIVELES DE DEPRESIÓN EN LOS ADOLESCENTES DE LA CIUDAD DE CUENCA	¡ERROR! MARCADOR NO DEFINIDO.
4.1 METODOLOGÍA.....	¡ERROR! MARCADOR NO DEFINIDO.
4.1.1 Universo.....	¡Error! Marcador no definido.
4.1.2 Muestra.....	¡Error! Marcador no definido.
4.1.3 Procedimiento.....	¡Error! Marcador no definido.
4.1.4 Escalas.....	¡Error! Marcador no definido.
4.2 ANÁLISIS.....	¡ERROR! MARCADOR NO DEFINIDO.
4.2.1 Características de la muestra.....	¡Error! Marcador no definido.
4.2.2 Niveles de depresión.....	¡Error! Marcador no definido.
4.2.3 Análisis de la prueba.....	¡Error! Marcador no definido.
4.3 CONCLUSIONES.....	¡ERROR! MARCADOR NO DEFINIDO.
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	¡ERROR! MARCADOR NO DEFINIDO.
BIBLIOGRAFÍA.....	¡ERROR! MARCADOR NO DEFINIDO.
ANEXOS.....	¡ERROR! MARCADOR NO DEFINIDO.
ANEXO 1: DIAPOSITIVAS PARA EL TALLER.....	¡ERROR! MARCADOR NO DEFINIDO.
ANEXO 2: TEST UTILIZADOS.....	¡ERROR! MARCADOR NO DEFINIDO.

Índice de Tablas

Tabla 1. Edad.....	106
Tabla 2. Nivel educativo.....	107
Tabla 3. Tipo de Colegio.....	107
Tabla 4. Sexo.....	107
Tabla 5. Niveles de depresión, test de Beck.....	108
Tabla 7. Niveles de depresión, test Casullo.....	109
Tabla No. 8 Relación entre depresión y sexo.....	110
Tabla No. 9. Análisis de la depresión de acuerdo al nivel de escolaridad.....	110
Tabla No. 10 Análisis del tipo de colegio y su relación con la depresión.....	111
Tabla No. 11 Relación entre la depresión y familia.....	112
Tabla No. 12 Relación entre migración de los padres y depresión.....	113
Tabla No. 13 Matriz de componentes rotados.....	114

Índice de Gráficos

Gráfico 1. Niveles de depresión, test de Beck.....	108
--	-----

RESUMEN

Esta investigación analiza la problemática de la depresión en adolescentes desde el Modelo Integrativo, además, logra determinar los niveles de depresión de los adolescentes de décimo de educación básica y primero de bachillerato de la Ciudad de Cuenca, estableciendo que la mayoría, un 41,9%, se encuentran en un nivel medio; un 21,2%, presenta un nivel bajo de depresión y finalmente un significativo 15,1%, manifiesta un nivel alto. Esta investigación encuentra que el 30% de adolescentes con niveles altos de depresión viven con su padre y el 43,8% se encuentra en aquellos jóvenes donde migró la madre, observando la importancia de la figura materna para evitar problemas en la etapa de la adolescencia. Se encuentra una relación determinante entre depresión y sexo femenino. A través de un análisis factorial con el criterio de Kaiser, se localizó que una variable importante en el diagnóstico de la depresión es la esperanza y se encuentran cuatro factores importantes dentro de la prueba: 1. soledad interiorizada e inhibición, 2. síntomas somáticos y cognitivos, 3. esperanza de vida y 4. habilidades sociales, todo ello coincide con otros estudios antes realizados.

Estos datos permiten elaborar un programa de trabajo en la depresión desde un nivel de prevención, asesoramiento y psicoterapia. El presente trabajo aporta técnicas específicas en cada uno de estos niveles, desde un enfoque integrativo basado en la personalidad, contribución que constituye la parte final de esta labor.

Palabras claves: Depresión, adolescentes, Cuenca, modelo integrativo.

ABSTRACT

This research uses the Integrative Model to analyze the problem of depresión in teenagers. It has succeeded in determining the levels of depression in adolescents attending tenth grade of basic education and first grade of high school in the city of Cuenca, establishing that the majority of them, 49% are in a medium level of depression, 21,2% present a low level, and finally, a significant 15% show a high depression level. Besides, the investigation has found that 30% of the adolescents with high depression levels live with their father, and 43.8% have a mother who has migrated, which shows the importance of the maternal presence to avoid problems in the adolescent age.

It has also been observed a determining relationship between depression and females. Through a factorial analysis with Kaisers criterion, it was found that an important variable for the diagnosis of depression is hope, and four important factors are found within the test: internal loneliness and inhibition, somatic and cognitive symptoms, life expectancy, and social abilities, which coincide with other studies.

These data have allowed to prepare a work program on depression from a prevention level through assessing and psychotherapy, contributing specific techniques in each of these levels from an integrative approach based on personality. This contribution constitutes the final part of the task.

INTRODUCCIÓN

Actualmente los múltiples cambios culturales, sociales, políticos y económicos producen diversas reacciones en la población, siendo uno de los grupos más vulnerables los adolescentes, quienes por sus características propias de la edad pueden presentar diversas alteraciones psicológicas, entre ellas, la depresión. Según la Organización Mundial de la Salud, la depresión en el 2020 será la segunda causa de consulta, luego de los problemas cardiovasculares; esto nos indica la importancia del trabajo en esta enfermedad.

En Cuenca, los datos recogidos por la Central de Emergencia 911 producen alarma, debido a que en el 2005 se registraron 116 casos de intentos de suicidio y 17 casos de suicidios; en el 2006 los intentos de suicidio son 110 y 11 casos de suicidio, de los cuales 17 son menores de 19 años. En el mes de enero y febrero del 2006 existen 20 casos de intento de suicidio, de los cuales 2 tienen 15 años; 1, 17 años y 1, 19 años; en ese mismo periodo hubo 3 casos de suicidio, estando entre ellos un adolescente de 15 años. Esto motivó a la Ilustre Municipalidad de Cuenca, a la Universidad del Azuay y al Consejo de Seguridad Ciudadana a crear un proyecto “Juntos por la Vida, programa de prevención de suicidios”, considerando como base la depresión, a la vez me permitió visualizar el desarrollo del presente trabajo para fortalecer este proyecto.

El trabajo incluye un marco teórico que inicia con el estudio de la adolescencia y sus características, el desarrollo normal desde el Modelo Integrativo y los principales problemas de esta etapa. El segundo capítulo abarca un análisis acerca de la depresión desde un Enfoque Integrativo, su concepto, criterios diagnósticos; el suicidio y el tratamiento de la depresión. El tercer capítulo trata el desarrollo de la propuesta de un programa de prevención y tratamiento de la depresión dirigido a adolescentes desde el Modelo Integrativo. Finalmente, tenemos un capítulo dedicado al análisis de datos de los niveles de depresión en los Adolescentes de la Ciudad de Cuenca, con una muestra de 1077 alumnos de décimo de básica y primero de bachillerato. La investigación se llevó a cabo con la metodología analítica sintética y con un trabajo estadístico descriptivo e inferencial.

Esta investigación tiene por objeto principal determinar los niveles de depresión de los adolescentes de décimo de educación básica y primero de bachillerato de la Ciudad de Cuenca; además, la elaboración de una propuesta que nos facilite herramientas necesarias desde el Modelo Integrativo para trabajar esta problemática.

CAPÍTULO 1

LA ADOLESCENCIA

El escribir sobre la adolescencia me hace recordar un mundo lleno de sueños, de oportunidades, de creer y luchar por ideales, de ser libre y al mismo tiempo totalmente comprometido; me hace sentir un aire fresco. Concuero con algunos estudios que demuestran una posición positiva acerca de la adolescencia considerándola una etapa más dentro del desarrollo, con características propias, pero no necesariamente negativa o conflictiva. Los adolescentes pueden avanzar hacia la etapa adulta con una integración sana de las experiencias previas, con confianza de sí mismos y optimismo sobre el futuro; lo que no encaja demasiado con la imagen tradicional de la adolescencia como una etapa de estrés y tempestad.

Otros puntos de vista consideran al adolescente como una carga difícil de llevar, debido a que siempre están demandando y pocas veces aportando, esto va creando sentimientos de aislamiento, soledad, falta de motivación y utilidad. Este entorno facilita el desarrollo de actividades autodestructivas como el acercamiento a drogas, malos hábitos de vida, etc. Podría ahondar este problema la migración, la misma que generalmente provoca rupturas en las familias, dejando a niños y adolescentes más predispuestos a buscar pertenencia en grupos y amigos que atentan a su bienestar.

La adolescencia no es igual en todas las culturas. Conocemos de aquellas primitivas donde el paso de la niñez a la vida adulta no necesita de un largo período de preparación, es como un continuo, debido a que desde niños se van involucrando en el trabajo. En nuestro medio, la situación es mucho más compleja en tiempo como en actividades. Hasta hace varios años, la adolescencia terminaba a los 18 años, ahora se ha extendido hasta los 24 años; tiempo en que el niño tiene que adaptarse a sus cambios corporales, mentales y sociales, que le permitan una independencia emocional, social y económica.

Nuestra sociedad ha creado toda una estructura en la cual el adolescente debe ser incorporado, la educación, anteriormente era encargada a la familia; actualmente, es confiada a otro sistema conocido como centros educativos en dónde los jóvenes pasan la mayor parte del tiempo de esta etapa. Esta estructura les permite relacionarse con otros jóvenes y dedicarse a “aprender”, deslindándose del trabajo con el cual después pueden tener dificultades de incorporarse. Los adolescentes de nuestro medio y de la mayoría del mundo tienen una educación formal que se da en la mañana, tarde o noche dejándoles espacio para realizar otras actividades, que pueden ser complementarias a sus estudios (tareas) o totalmente de ocio, dentro de las cuales ocupa un primer lugar la televisión, faltando espacios donde los jóvenes se relacionen con su mundo real, a través del arte, programas de formación profesional y/o contacto con la naturaleza.

1.1 Características de esta etapa

La palabra adolescencia proviene del latín “adolescere” que significa crecer. “La adolescencia es el período evolutivo de transición entre la infancia y la etapa adulta; que implica cambios biológicos, cognitivos y socio emocionales”. (Santrock, 2003, Pág. 14). Este concepto integra los aspectos propios del funcionamiento orgánico, los procesos mentales y los afectivos, todos ellos en interacción con el medio que lo rodea y prioriza su aspecto dinámico.

Como parte del ciclo vital, Santrock (2003) y Craig (2001) consideran la adolescencia como una etapa que inicia entre los 10-13 años y termina entre los 18-22 años. Anterior a este período se encuentra la pubertad considerada como los cambios fisiológicos que generalmente inician a la adolescencia.

Erick Erickson (1959) manifiesta que la tarea global del individuo es adquirir una identidad individual positiva a medida que avanza de una etapa a la siguiente, es así que la adolescencia es la crisis entre la identidad frente a la confusión. A pesar que éste es un proceso de toda la vida, debido a que inicia en la niñez con las primeras relaciones de la familia y poco a poco se va extendiendo con la sociedad de quiénes

recibe el reconocimiento a los nuevos individuos que emergen; la adolescencia constituye un aspecto importante de esta identidad, debido a que el individuo debe establecer un sentido de identidad personal y evitar los peligros de la confusión de funciones y la difusión de la identidad. En la adolescencia existe una moratoria psicosocial, un período intermedio admitido socialmente, durante el cual el individuo puede encontrar un puesto en la sociedad por medio de la libre experimentación de funciones.

La identidad puede ser descrita en términos de un concepto global del Yo: Es personal porque implica un sentido de lo mío, pero también es social porque incluye lo nuestro o una identidad del yo colectivo. Los adolescentes con identidades positivas han desarrollado la capacidad de aceptarse a sí mismos.

Según Jean Piaget (1896-1980), la adolescencia concuerda con la etapa de operaciones formales, la última etapa en el desarrollo del pensamiento caracterizada por la gran flexibilidad, capaz de regresar al pasado y proyectarse al futuro, esto le permite la realización de hipótesis, facilitando la incursión en los campos de la investigación y la creación de nuevos conocimientos. En este período le permite pensar sobre sí mismo y sobre sus propios pensamientos. Piaget distingue dos niveles: la subetapa III A denominada pensamiento formal emergente que corresponde a la adolescencia temprana, es una etapa preoperatoria en la que los adolescentes hacen descubrimientos correctos y manejan ciertas operaciones formales; sin embargo su enfoque es todavía rudimentario debido a que los adolescentes pueden demostrar operaciones formales en algunas situaciones y no en otras por esto su nombre de pensamiento operatorio formal emergente.

Cuando los adolescentes alcanzan la sub etapa III B se hacen más capaces de formular generalizaciones más elegantes y de adelantar incluso más leyes. Existen varios estudios que plantean el hecho de que no todos los individuos alcanzan el desarrollo de las operaciones formales (Kuhn, 1979) frente a lo cual Piaget en 1980 respondió que todos los individuos normales son capaces de alcanzar el nivel de operación formal, siempre y cuando el ambiente proporcione la estimulación cognitiva adecuada. Otros autores plantean que existe otra etapa luego de las operaciones formales es decir, una quinta etapa denominada como la etapa de

detección de problemas (Airlin, 1975) caracterizada por el pensamiento creativo, la visualización de nuevas preguntas, el descubrimiento de métodos de resolución de problemas en el pensamiento. Considero que esta etapa no se distingue claramente de la etapa III B propuesta por Piaget.

1.1.1. Efectos del pensamiento en la personalidad: Es interesante analizar cuáles son los efectos de este pensamiento en la personalidad y conducta del adolescente. Siguiendo a Rice (2000) tenemos:

- **Idealismo:** Su pensamiento reflexivo le hace comparar el mundo de los adultos con el mundo ideal, descubriendo lo que es y lo que debería ser por lo tanto desarrollan un complejo mesiánico, se atribuyen funciones esenciales en la salvación de la humanidad, pueden desarrollar un pacto con Dios prometiéndole servirle para siempre. (Piaget, 1976, citado en Rice, 2000). Algunos adolescentes quedan presa del idealismo político y se preocupan de la reconstrucción utópica de la sociedad. Debido a sus posiciones psicológicas inseguras se pueden identificar fácilmente con la debilidad, la pobreza y las víctimas oprimidas por la sociedad egoísta. Estos adolescentes se vinculan verbalmente y sólo en la juventud comienzan a vincular sus ideas con acciones apropiadas y a ser más compresivos, más tolerantes y a ayudar más.
- **Valores a largo plazo:** El adolescente empieza a adquirir funciones de los adultos, empiezan a programar su vida y a adquirir valores.
- **Hipocresía:** Existen discrepancias entre lo que dicen y lo que hacen, debido a la discrepancia entre el idealismo y la conducta.
- **Creatividad:** A pesar de que su capacidad creativa está aumentada, ésta disminuye por la presión que reciben suprimiendo su individualidad y comienzan a vestirse, actuar y pensar como otros grupos a los que desean pertenecer. Earl, 1987 manifiesta que los adolescentes que muestran gran

autoconfianza están más dispuestos a arriesgarse haciendo cosas imaginativas y creativas.

- **Pseudoestupidez:** Los adolescentes están preparados para analizar mayor número de variables y resolver sus problemas, sin embargo, esto no está totalmente dominado por lo que parecen estúpidos, pero son de hecho inteligentes no experimentados. Por ejemplo, quieren ir a un concierto pero no priorizan las variables y muchas veces no piden permiso o analizan el transporte, por lo que se ven frustrados al final.
- **Egocentrismo:** Manifestado en la audiencia imaginaria en dónde el adolescente piensa que es el centro de la atención y que todos lo miran, por lo cual siempre creen que están en un escenario y gastan gran parte de su energía en su audiencia imaginaria.
- Por otra parte la **fábula personal** en dónde los adolescentes creen que son únicos en sus propias experiencias. Esto permite que el adolescente crea que es invencible y que a él no le pasaría el contagio de una enfermedad o el embarazo.
- Se ha visto que en los adolescentes aumenta la capacidad de **soñar despierto y la imaginación visual**, el contenido de lo que se imagina se hace más positivo y constructivo. Un menor sentimiento de culpa y menor miedo al fracaso en los sueños indican que los adolescentes desarrollan una capacidad cognitiva en aumento para enfrentarse a las experiencias negativas (Gold y Henderson, 1990). Soñar despierto puede servir al propósito práctico de examinar la conducta alternativa y las soluciones a los problemas por medio de la imaginación.
- **Autoconcepto:** Los adolescentes van criticando sus propias características y el hecho del idealismo se manifiesta con ellos mismos, no están conformes con su pelo, su cara, su cuerpo, generalmente se hacen un autoconcepto de sí mismos y buscan alternativas de cambio.

- **Descentramiento y plan de vida:** Piaget también se refirió a la importancia del trabajo del adolescente en la comunidad como facilitador del crecimiento humano. Afirmó que el trabajo ayuda al adolescente a encontrarse con la tormenta y el estrés de este período, al igual que estimula el desarrollo de la comprensión social y la conducta socialmente competente. La verdadera integración dentro de la sociedad viene cuando el adolescente reformador intenta poner sus ideas en el trabajo. En este proceso el yo se descentra gradualmente a medida que la personalidad se desarrolla y comienza a afirmar un plan de vida y a adoptar una función social.

El adolescente tiene una energía, que de ser bien guiada, puede aportar mucho a la sociedad; si bien sus características como la hipocresía o la seudoestupidez suenan negativas, le dan oportunidades de crecer y ayudar a la sociedad cuando son bien orientadas. En los mismos ejemplos puestos anteriormente, el utilizar su idealismo les hace mantenerse motivados en una actividad y lanzarse a creer ciegamente en proyectos que un adulto no se atrevería, por el demasiado análisis de los riesgos. Debido a la seudoestupidez dan soluciones a aspectos que la lógica no lo lograría, su audiencia imaginaria es fundamental debido a que va de la mano con su necesidad de aprobación. El adolescente busca incansablemente la pertenencia y si no la alcanza en su familia o en grupos de beneficio social, lo hará en otros de autodestrucción y daño social. Todo adolescente va creando sus valores, no existen adolescente sin valores, en otras palabras, los valores que él tiene no son iguales a los míos.

1.1.2 Aspecto biológico: El adolescente está estableciendo una gran cantidad de cambios desde su aspecto físico, debido a las características sexuales primarias y secundarias. Los cambios hormonales influyen modificando su aspecto físico y psicológico, sin embargo varios estudios demuestran que no son determinantes en la conducta del adolescente, siendo los factores ambientales los que superan los efectos hormonales en el comportamiento (Bucheman y otros, 1992, citado por Craig, 2001).

En el aspecto neurofisiológico, actualmente se conoce que ésta es la etapa de mielinización de áreas frontales, lo que concuerda con el paso a las capacidades descritas por Piaget. Los cuerpos celulares y las dendritas no cambian mucho en este

período; pero los axones se siguen desarrollando durante este período evolutivo (Pfeffebaum et al., 1994; Rajapakse et al., 1996; citado por Santrock, 2003). En la adolescencia las conexiones sinápticas se establecen casi el doble de las que se utilizarán en toda la vida (Huttenlocher et al., 1997). Las conexiones que se utilizan, se refuerzan y perduran, mientras que las que no se utilizan son sustituidas por otras vías o desaparecen. Es decir las últimas conexiones se “podan”.

Thompson et al, (2000), utilizando RNM observó que el tamaño global del cerebro no se modificó entre los 3 y los 15 años, aunque lo que sí cambió fueron los patrones locales en el interior del cerebro. El crecimiento más rápido entre los 4 y los 6 años se produjo en el lóbulo frontal que está implicado en la planificación y la organización de la acción. Entre los 6 y la pubertad la mayor parte del crecimiento se produjo en los lóbulos temporal y parietal, sobre todo en las áreas de estos lóbulos que participan en las funciones lingüísticas y las relaciones espaciales.

Baird et al, 1999 estudió a adolescentes entre 10 a 18 años de edad y a adultos entre 20 y 40 años a quienes se les pedía que vieran rostros que presentaban expresiones faciales de miedo mientras se les hacía la RNM cerebral. Cuando los adolescentes, especialmente los más jóvenes procesaron la información emocional, la actividad detectada en la amígdala superó a la detectada en el lóbulo frontal, mientras que en los adultos ocurrió lo contrario, con lo que se concluyó que los adolescente responden a los estímulos emocionales con reacciones viscerales, mientras que los adultos tienden a hacerlo de una forma racional y razonada. (Citado por Santrock, 2003).

1.2 Desarrollo Normal desde el Modelo Integrativo

Considero adecuado el término Modelo Integrativo basado en la Personalidad debido a que tratar de limitar un modelo a los espacios geográficos, “Modelo Integrativo Ecuatoriano”, me parece restringido y poco aportativo para la psicoterapia, más aún en la época actual que los medios de comunicación se han desarrollado a tal punto de haber trascendido fronteras y están en una constante retroalimentación en todo el

mundo. El Dr. Balarezo¹ con todo su equipo ha realizado un importante aporte al Modelo Integrativo en general al enfatizar la necesidad de incorporar la primacía de la personalidad, la misma que desde el modelo supraparadigmático es considerada como el self, y de igual manera, es asumida por el modelo integrativo desarrollado por el Dr. Héctor Fernández Álvarez. Otro punto importante, es su contribución al incorporar el asesoramiento dentro de este modelo por las características de nuestro medio en la que se buscan resultados inmediatos, se cree en los milagros y no existe una buena economía que sustente procesos prolongados, además estos factores influyen en una primacía del locus de control externo.

El modelo integrativo basado en la personalidad es un proceso histórico cultural que tiene sus base en Vigotsky y se fundamenta en el análisis de los procesos y no de los objetos; nos permite el análisis de las situaciones propias de cada ambiente para aplicar los principios generales. La humanidad tiene características comunes frente a las cuales podemos dar principios generales; en nuestro caso serían los postulados básicos de la psicoterapia integrativa tales como: la necesidad de aceptar los diversos aportes psicoterapéuticos de distintas teorías dándoles un marco de relación; el modelo supraparadigmático, que es un aporte valioso en este campo, y luego en cada uno de los lugares en los que se vaya implantando tendrá un tinte especial por las características propias de sus miembros. El análisis de la situación del Ecuador nos permitió desarrollar esas individualidades.

1.2.1 Concepto de Integración: “Integrar involucra encontrar respuestas articuladas a conjuntos que son diversos y complejos” (Fernández Alvarez, 1996).

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

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

¹ Dr. Lucio Balarezo, autor del Modelo Integrativo Ecuatoriano.

En estos conceptos se da importancia a la Gestalt, en donde la unión de las diversas corrientes, nos permite una conformación diferente que constituye una nueva teoría y que otorga un análisis propio, utilizando técnicas validadas y que son respaldadas en un marco teórico propio de la psicoterapia integrativa.

1.2.2 El modelo Integrativo basado en la personalidad: El Dr. Lucio Balarezo junto con su equipo plantea la centralización del trabajo sobre la personalidad, la priorización de los fenómenos de relación durante el proceso psicoterapéutico y dar una respuesta a las necesidades actuales incluyendo el asesoramiento como un proceso dentro de la psicoterapia.

El estudio de la personalidad se remonta a Allport, quien la considera como la organización dinámica en el interior del individuo de los sistemas psicofísicos que determinan su conducta y su pensamiento característico. Él asume una posición intermedia entre lo idiográfico, que utiliza los métodos de comprensión, respetando la individualidad y fijándose en lo estructural y lo nomotético, que utiliza los métodos de análisis y explicación causal basándose, por lo general en los elementos y las normas universales y grupales.

Millon (1988, citado por Balarezo, 2005) desarrolla el concepto de Sistema Multiaxial; conceptualiza a los rasgos como un patrón duradero de conducta que se expresan a través del tiempo y de muchas situaciones diferentes. Los rasgos serían dimensiones simples de diferencias individuales expresadas consistentemente a través del tiempo y de situaciones. Millon ve la personalidad como un sistema complejo de características psicológicas profundas, generalmente inconscientes, que no pueden ser erradicadas y que se expresan automáticamente en cada faceta del funcionamiento individual. “Sus rasgos intrínsecos y persistentes emergen de una complicada matriz de disposiciones biológicas, del aprendizaje, de percibir, razonar y enfrentar las situaciones y a los otros. Por otra parte, la personalidad patológica comprendería a aquellos rasgos estables y consistentes que persisten inflexibles, son usados inapropiadamente y fomentan círculos viciosos que perpetúan e intensifican las dificultades del sujeto” (Millon 1988, p. 23).

Millon propone que la personalidad, normal o patológica, se construye y deriva su funcionamiento en torno a cuatro dimensiones o esferas del desarrollo:

La primera dimensión, relacionada con la esfera de la existencia, es la del placer-dolor y en torno a ella se ubicarían los trastornos de personalidad esquizoide, evitador, depresivo, autodestructivo y sádico.

La segunda dimensión es la de pasividad-actividad, correspondiente a la esfera de adaptación y característica de los trastornos evitativos, histriónico, antisocial, sádico, negativista, esquizoide, depresivo, dependiente, narcisista, autodestructivo y compulsivo.

La tercera dimensión es la de la polaridad sí-mismo-otros, narcisista, antisocial, compulsivo y negativista.

La última dimensión es la polaridad pensamiento-sentimiento, de la esfera de la abstracción y estaría asociada a los trastornos esquizotípico, limítrofe y paranoide.

A partir de estas bipolaridades y sus resultantes en el proceso evolutivo de la persona, sería posible precisar prototipos útiles para especificar la intervención psicoterapéutica. Cada prototipo de personalidad presenta un grupo cohesivo de característica; no obstante, las personas varían en la manifestación de estas características, originándose variantes prototípicas que explican las diferencias individuales entre pacientes que comparten un mismo diagnóstico (Millon y Davis, 1997; Millon, 1999; citado por Balarezo, 2005).

Millon (1996) señala que es importante determinar la posible co-morbilidad entre trastornos de la personalidad y del estado anímico por sus implicaciones en la elección del abordaje terapéutico.

Las formas diversas con las que se interrelacionan las características de la personalidad y los síntomas clínicos no sólo son aplicables a los problemas depresivos. En relación con este tema Millon analiza hipótesis diversas propuestas por diferentes investigadores:

- a) La hipótesis de la predisposición caracterológica: los trastornos de carácter son primarios; la depresión es un aspecto patológico de tipo secundario. Características particulares de la personalidad (estrategias inefectivas de afrontamiento, alienación) vuelven al sujeto vulnerable a estresores psicológicos específicos.
- b) Desde la perspectiva constructivista, la esfera de la personalidad se relacionaría con la experiencia interior (“yo”) y la apariencia exterior (“mi”). Según Guidano “paralelamente con el crecimiento de la competencia cognitiva y motriz, la capacidad para manipular activamente la modulación emocional inmediatamente experimentada (“yo”), a fin de mantener la propia apreciación del Sí mismo (“Mi”) como coherente, aumenta notablemente en virtud de la nueva posibilidad de autoengaño...”(Guidano 1994, pag.48). Todo lo cual guarda relación con los distintos tipos de “organización de significado personal”, las que serían responsables de los patrones de comportamiento más característicos de las personas.

Lucio Balarezo “considera a la personalidad como una estructura dinámicamente integrada de factores biológicos, psicológicos y socioculturales que establece un modo de percibir, pensar, sentir y actuar, otorgándole singularidad e individualidad al sujeto.”

Balarezo (2005) reflexiona que este concepto involucra a la personalidad como una organización cambiante que supera la acumulación de partes aisladas, no es estática ni inmutable, está sujeta a variaciones procesales dependientes de su propio dinamismo y de las influencias del entorno. La personalidad como estructura dinámica interna determina una forma específica de relacionarse con el entorno y los demás. Integra los factores biológicos, psicológicos y socio culturales en su dinamismo.

El concepto de personalidad en el modelo constructivista moderado permite predecir en forma relativa la manera de ser de los sujetos, transmite un sentido de coherencia y continuidad a las características del individuo.

Este concepto hace un reconocimiento de los componentes de la estructura y dinamismo, considera a la personalidad como la estructura integradora de las funciones psíquicas y las condiciones biopsicosociales que determinan un comportamiento peculiar, aceptando la existencia de lo consciente y lo inconsciente, admite las facilidades y obstáculos que brinda la genética pero valida también la influencia ambiental y sociocultural.

Reconoce el valor del pasado como influyente en la formación de la personalidad y terapéuticamente trabajamos sobre el presente para lograr una proyección al futuro, consintiendo el valor de las motivaciones y la vida afectiva en la construcción y expresión de la personalidad.

Acepta el valor de lo cognitivo y de los procesos de aprendizaje en la estructuración patológica y en el proceso terapéutico. Valora la visión sistémica en la comprensión de la relación individuo-grupo-sociedad.

Esta conceptualización abarca la capacidad creativa y constructiva, los afectos, valoraciones, sus interacciones internas y externas y la manifestación a través de su conducta, sentimientos y pensamientos.

La personalidad se va conformando a lo largo de la vida de un individuo, moldeándose por los diversos aspectos descritos anteriormente, este proceso puede entenderse mejor si consideramos la formación de un guión personal descrita por el Dr. Fernández.

1.2.3 Proceso de Formación.- Para el Dr. Héctor Fernández (2004) el análisis del adolescente se basa en tres aspectos: la dimensión temporal, el Guión - Estructuras de significado –Autonomía y la dimensión Evolutiva. Para él “todo guión consiste en un proyecto cuya trama deberá desarrollarse en el mundo que a cada uno de los seres humanos le toca vivir” y está formado por:

- **Argumento:** Es la misión u objetivo que supuestamente el individuo debe cumplir en la vida y está profundamente ligado a los valores que la persona asume y defiende a través de las declaraciones conscientes e inconscientes y de sus actos.

- Personajes: Persona que elabora el guión, más un conjunto de personas significativas, presentes o ausentes.
- Episodios: Situaciones para llegar a los objetivos

Según Fernández-Álvarez (1996):

“Al nacer cada persona se inscribe en la realización del guión de sus padres (y sus circunstancias). El guión parental es la construcción de la realidad que da origen a nuestra existencia, y sus límites están marcados por ese doble mandato social y biológico que no podemos eludir. Desde el nacimiento, deberemos cumplir con las exigencias permanentes de la experiencia, de acuerdo con la necesidad de responder a la secuencia inscrita en nuestro guión parental” (p. 180).

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

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

Fernández-Álvarez (1996) concluyó que:

“El desarrollo personal está vinculado a la forma como cada individuo construye su propio guión. Esta tarea se cumple a través de dos etapas:

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

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

Los adolescentes son personas confrontadas con la necesidad de hacer una construcción autónoma de la realidad, es decir, necesitan organizar su experiencia centrándose como sujetos activos de ella, con un sentimiento progresivo de independencia y responsabilidad por los actos que llevan a cabo. Al iniciar este proceso, los adolescentes poseen estructuras de significación débiles para lograr ese propósito y, por lo tanto, recurrirán con frecuencia a formas de organización previa para interpretar la dura realidad que les toca vivir y actuarán en consecuencia. Por ello, es tan habitual observar que utilizan alternativamente modos de comportamiento de diferentes niveles de desarrollo.

Fernández Álvarez en 1996 y en el 2004 manifiesta que las estructuras de significado están formadas por jerarquías, con una sucesión espiralada de construcciones que progresan desde el nacimiento hasta la muerte, las mismas que organizan una arquitectura del self. Está constituida por nueve construcciones jerárquicamente ordenadas y que configuran el desarrollo potencial de la identidad a lo largo de la vida. Es importante mencionar que si bien Fernández Álvarez inicia esta descripción desde el nacimiento, contempla la importancia del desarrollo prenatal, dejándolo de lado por imposibilidad de constatación directa de los procesos de significación, así tenemos:

Primera construcción: consiste en una función de discriminación básica, definiendo la existencia de uno mismo versus el otro, sentando las bases de la arquitectura del self, la columna vertebral de la identidad personal.

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

La tercera construcción gira en torno al principio de dominación, relacionándose con la necesidad de dotar de significado a la experiencia, en el sentido de que algunas acciones generan ciertos efectos diferentes de otras, y que algunos actos están asociados a determinados premios, mientras que otros reciben ciertos castigos.

La cuarta construcción está relacionada con la significación de la diferenciación sexual. (Etapa muy ligada con la anterior).

La quinta construcción es el individuo elaborando la experiencia en busca del reconocimiento.

La sexta construcción está centrada en los significados de autonomía. Ella comienza a ocurrir con la pubertad y se despliega a lo largo de la adolescencia. Las nuevas exigencias biológicas y sociales exigen del individuo encontrar alguna manera de construir una realidad en dónde se pueda definir a sí mismo como un ser capaz de proceder a generar un guión propio. A partir de ahora será el hacedor de su propio plan, y la capacidad para elaborarlo y cumplirlo será la prueba de haber podido resolver o no las exigencias de este momento. Si la construcción de la realidad es el resultado de las exigencias a que nos somete la experiencia, tanto internas como externas, tanto evolutivas como de intercambio con el medio, en ningún otro momento de la vida estas exigencias presionan con tal intensidad y obligan a tal cantidad de cambios como éste. Y si comparamos esas exigencias con las estructuras disponibles para enfrentarlas, veremos que el adolescente es naturalmente un ser sumamente frágil, razón por la cual no debe extrañar que sea durante ese período que tienen lugar algunas de las formaciones patológicas más dramáticas...(p. 215).

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

La octava construcción corresponde las estructuras de perdurabilidad. Consiste en la organización de los adultos para construir su realidad.

La novena y última construcción corresponde a las estructuras de significado de recogimiento. Consiste en enfrentarse definitivamente con esa situación que se ha hecho consciente en la construcción precedente, pero que lo ha delimitado desde el comienzo mismo de la vida.

La dimensión evolutiva se relaciona con las características propias de la adolescencia, considerándola como la etapa de construcción de la autonomía que se expresa en la elaboración y persecución de un guión personal. Consolidar una identidad está vinculado con la capacidad de estructurar un guión personal y con la posibilidad de actuar a favor de su cumplimiento.

Estas construcciones dan lugar a la personalidad del individuo, que si bien en la adolescencia no está consolidada, tiene rasgos claros que permite un trabajo psicoterapéutico considerando este elemento.

El proceso evolutivo nos demuestra que la adolescencia no es algo aislado, es parte de un continuo que necesita de las etapas anteriores para establecerse y proyectarse al futuro, esto demuestra que la adolescencia, para su estudio, puede separarse pero que no debemos perder de vista todo el proyecto que la involucra. Dentro de este proceso las familias pueden ser facilitadoras u obstaculizadoras de significados de autonomía. Las familias contribuyen, por lo tanto, a la formación de significados funcionales o disfuncionales. Las familias son facilitadoras de significados de autonomía cuando tienen una representación colectiva que predispone la interpretación de las separaciones en términos de individuación y no de ruptura.

Héctor Fernández, 2001 manifiesta que las familias obstaculizadoras pueden tener:

- Fallas en el sistema de poder (crisis económicas, debilidad para imponer las normas, desautorización).
- Fallas en el intercambio interno (desequilibrios afectivos, peleas en la fratría, desbalance de reciprocidades).
- Fallas en el intercambio externo (modalidades interactivas distónicas, desbalance de crecimiento).

(Martha Edwards, Daniel y Judith Offer, 1975; Chess y Alexander Thomas, 1984) Michael Rutter, 1980) constataron que entre el 20 y 30% de la población adolescente experimenta dificultades graves, y que la tensión y el arrebató psíquicos no constituyen, en absoluto, la norma. Como dicen los Offer, aquellos adolescentes que atraviesan serios conflictos y crisis de identidad no están tan sólo experimentando una parte normal de su proceso de crecimiento, lo que experimentan es anormal, y necesitan ayuda.

1.2.4 La Personalidad desde el Modelo Integrativo

Supraparadigmático.- “Dentro del Modelo Integrativo Supraparadigmático la Personalidad está fuertemente relacionada con el Self y correspondería a la tendencia estructural estable en la configuración de los estímulos efectivos. Se distingue entre persona y personalidad, “reservando este último concepto para los aspectos estructurales de la persona que influyen establemente en el procesamiento de los estímulos efectivos” (Bagladi, en Opazo, 2001, p.2005).

El Modelo Integrativo supraparadigmático afirma que:

“se entiende por rasgo una tendencia o predisposición estable de la persona, para responder con un patrón conductual similar ante una variada gama de situaciones estímulo. Habitualmente un rasgo involucra un patrón cognitivo y un patrón afectivo consistentes con el patrón conductual. En este contexto, la personalidad involucra una red de rasgos entrelazados que configuran una totalidad única, estable y distinta. Dicha totalidad caracteriza e identifica a la persona y establece las formas en que la persona se relaciona consigo misma y con los demás. Se trata de un perfil predisponente a ciertas conductas que tiene a la base estructuras biológicas, cognitivas, afectivas e inconscientes, las cuales influyen establemente en el procesamiento de los estímulos efectivos que a su vez movilizan el patrón conductual” (Opazo, 2001)

Opazo integra los conceptos de situación y rasgos, en la medida que ambos contribuyen a determinar la conducta, utilizando mecanismos feed-forward (mecanismos perceptuales anticipatorios.....expectativas), y con un sistema nervioso

activo en la construcción de la experiencia. Incluye también lo nomotético y lo idiográfico.

Para Opazo el sistema Self es concebido como un principio organizador de la experiencia, por una parte expresa la coherencia y equilibrio homeostático del sistema psicológico; por otra, aporta a la persona un sentido de identidad. Las funciones del sistema self son: identidad, autoorganización, significación, control y búsqueda de sentido.

Modelo Integrativo Supraparadigmático: (Opazo 2005)

Paradigma biológico:

Ausencia de disposiciones biológicas hacia la psicopatología.

Repertorio completo de potencialidades cognitivas, afectivas y conductuales.

Baja selectividad emocional biológica: Neuroticismo, depresivismo, timidismo, agresivismo.

Balance equilibrado introversión/extroversión.

Mente sana en cuerpo sano: Ausencia de enfermedades, descanso suficiente, buen dormir, dieta balanceada, cuidado del peso, ejercicio adecuado.

Paradigma Cognitivo:

Coeficiente intelectual dentro de los límites considerados normales o altos, estilo atencional no selectivo, capacidad para el escuchar “empático”, auto diálogos guiadores, expectativas “realistas”. Altas expectativas de auto eficacia; estilo atribucional flexible; estructuras cognitivas no sesgadas ni al autoservicio ni al autoperjuicio; tolerancia a la crítica, capacidad de auto-crítica; ausencia de exigencias, autoexigencias rígidas, despóticas y extremas; predomios cognitivos de quiero antes que tengo y qué diré antes de qué dirán; tolerancia a cómo es el otro; buen nivel de información/cultura; procesos de retroalimentación funcionales; ausencia de magnificación y minimización; valores claros, movilizadores y efectivos.

Precisión en la Función de Análisis de la Realidad.-

Paradigma Afectivo:

Repertorio afectivo variado y completo; ausencia de “hipersensibilidad” emocional; Capacidad para compromisos afectivos a largo plazo, estables y profundos; adecuado

balance cognitivo/afectivo; Cognición que orienta afectos y afectos que energizan cognición.

Ausencia de afectos disfóricos — reiterativos; afectividad energizante de valores; adecuada calidez interpersonal; capacidad de empatía; adecuado balance emoción/sentimiento.

Fuerte tendencia al crecimiento:

Umbral hedónico bajo o medio.

Capacidad para disfrutar.

Capacidad para amarse a sí mismo.

Sentido del humor.

Capacidad para amar.

Positivo estado de ánimo básico.

Estabilidad emocional.

Bajo costo emocional de la vida.

Satisfacción de necesidades: Gratificación > frustración y felicidad > infelicidad; tolerancia a la frustración.

Amor por agradecimiento.

Amor por aceptación.

Amor trascendente.

Paradigma Inconsciente:

Amplio campo de consciencia; libre acceso a la consciencia; consciencia amplia de las propias cualidades y defectos; escaso uso de la represión y de mecanismos de defensa inconscientes; ausencia de Alexitimia; fuerza del “yo” (Sistema SELF), autoexigencias bien planteadas, consciencia del operar de los auto diálogos y de los pensamientos automáticos, awareness amplio de la relación conducta/consecuencias.

Paradigma Ambiental Conductual:

- Experiencias de attachment generadoras de “confianza básica”; estimulación poco estresante, ausencia de situaciones traumáticas, ambiente variado y completo, ambiente responsivo y contingente, funcionalidad en los sistemas psicosociales (familiar, laboral, etc.). Sistema familiar funcional: reglas claras y flexibles, procesos comunicacionales funcionales, incentivación de la expresión afectiva, delimitación funcional de roles; balance impulsividad/sobrecontrol, escasa conducta de evitación,

habilidad interpersonal, eficientes conductas pulsantes; flexibilidad conductual; actividad mayor que pasividad; repertorio conductual variado y completo, capacidad para la Conducta Asertiva.” (Citado por Bagladi Verónica, 2005)

El modelo supraparadigmático nos permite visualizar desde una perspectiva integral al individuo, siendo los procesos de conformación de los guiones personales lo que nos permite entender la conformación de cada uno de estos paradigmas. La autonomía en la adolescencia involucra el aspecto biológico, cognitivo, conductual, familiar para constituir un self que responda adecuadamente a los cambios físicos experimentados y las presiones ambientales, evitando las formaciones patológicas.

1.3 Principales conflictos de esta etapa

“¿Por qué no pueden ser perfectos en todo sentido, como lo fuimos nosotros? ¿Qué les pasa a los muchachos de hoy?”.

Lee Adams, Bye, Bye Birdie.

1.3.1 Trastornos de alimentación.- Craig (2001) manifiesta que el adolescente evalúa de manera continua su cuerpo cambiante ¿Tiene la forma y el tamaño correctos? Muchos adolescentes son muy sensibles a su aspecto físico; de ahí que sientan mucha ansiedad e inseguridad cuando su imagen, menos que perfecta, no corresponde a los hermosos ideales que ven en los medios masivos, cuando esta preocupación por el cuerpo se da de un modo extremo lleva a ocasionar trastornos alimentarios sobre todo anorexia nerviosa y bulimia.

La anorexia nerviosa es un trastorno de alimentación que implica la persecución de la delgadez extrema, reduciendo la ingesta, pudiéndose llegar incluso a la muerte por inanición y la bulimia nerviosa es un trastorno de la alimentación en la que se sigue consistentemente un patrón alimentario de atracarse y purgarse. (Davison y Neale, 2001, citado por Santrock 2001).

1.3.2 La paternidad.- La paternidad en la adolescencia es otro conflicto que a veces deben afrontar. Coley y Chase-Lansdale (1998) afirman que los adolescentes que se convierten en padres por lo general, abandonan la escuela, y por lo tanto,

trabajan en empleos mal remunerados, se sienten más insatisfechos en el trabajo y suelen necesitar ayuda gubernamental. (citado por , Craig, 2001).

En nuestro medio el embarazo se complica aún más, debido a que no poseemos los subsidios existentes en otros países.

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

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

¿Existe un perfil de personalidad que proporcione información sobre el riesgo que tienen los adolescentes de tener problemas con el alcohol? Robert Cloninger (1991), afirma que hay tres rasgos que ya están presente a los 10 años de edad que se asocian al alcoholismo a los 28 años: 1) proclive al aburrimiento, necesita actividad y desafíos constantes; 2) guiado por la evitación de las consecuencias negativas de las acciones, y 3) necesitado de recompensas externas inmediatas cuando se esfuerza. Algunos adolescentes que tienen problemas con la bebida se pueden beneficiar más de la terapia familiar, otros de los consejeros de sus iguales y otros de estrategias conductuales intensivas, dependiendo del tipo de problema que tengan y de los agentes sociales que más influyan sobre ellos (Maguin, Zucker y Fitzgerald, 1995).

Goodman y Capitman en el 2000 manifestaron que los adolescentes que empezaron a fumar durante el estudio de un año de duración tenían cuatro veces más probabilidades de deprimirse al final de ese año; y Johnson et al., 2000 comprobaron que aquellas personas que habían fumado mucho durante la adolescencia tenían muchas más probabilidades de padecer trastornos de ansiedad durante la etapa adulta. Los estudiantes que habían participado en competiciones deportivas entre

centros de enseñanza tenían menos probabilidades de fumar que los que no habían participado en tales competencias.

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

1.3.4 La depresión.- Según Brent D. y Birmaher B., actualmente se reconoce a la depresión como uno de los principales trastornos psiquiátricos y un problema de salud mental en adolescentes, ellos consideran a la depresión como una enfermedad crónica y recurrente; según estudios internacionales se estima que está presente en un 5% en los adolescentes y que en cualquier momento la pueden presentar.

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

Conclusiones

La adolescencia es una respuesta a las necesidades culturales. En nuestra época y cultura durante esta etapa el individuo realiza la transición entre ser un niño dependiente de sus padres a consolidarse como un adulto independiente en todos los aspectos, para ello nuestra sociedad ha creado una estructura que agrupa a los adolescentes dentro de una educación formal que consolide sus principios.

La distinción entre adultos y adolescentes crea brechas generacionales que pueden ocasionar conflictos, basado en los guiones paternos y personales, sin embargo estudios recientes muestran que a diferencia de conceptualizaciones anteriores las personas durante esta etapa pueden manifestar buenos niveles de estabilidad con

pensamientos positivos en su vida actual y hacia el futuro. Esto no contrapone las características propias de la edad como egocentrismo, seudoestupidez, idealismo, etc., debido a que son estas mismas las que le hacen al adolescente un gran potencial de avance para su sociedad.

Finalmente, y de gran importancia, la adolescencia descrita como una etapa no debe perder de vista el proceso que la constituye y que diferencia a un individuo de otro, es decir los procesos biológicos, afectivos, conductuales, familiares y sociales que dan origen a su personalidad. El estudio desde el modelo integrativo nos ayuda a entenderlo mejor y facilita su abordaje.

CAPÍTULO 2

LA DEPRESIÓN

Agué, Alarcón, de la Fuente, Salín y Vidal (1988) manifestaron que la depresión constituye la mayor fuente humana de infortunio y sufrimiento. Su frecuencia es muy alta (probablemente más del 4% de la población mundial padece algún tipo de depresión que requiere tratamiento) y todo parece indicar que va en aumento. Según la OMS en el 2004, la depresión representa uno de los trastornos psiquiátricos de mayor prevalencia, afectando alrededor de 340 millones de personas en todo el mundo. Es la causa principal de discapacidad en la región europea y se espera que la depresión unipolar se convierta en la segunda causa en el orden de importancia de carga de enfermedad en el 2020, inmediatamente después de la enfermedad coronaria isquémica. Esto significa que la depresión unipolar por sí sola es responsable de la tercera parte de toda la discapacidad a nivel mundial causada por condiciones neuropsiquiátricas, y por tanto, se convierte en el trastorno mental más importante que afrontar.

Históricamente la Biblia hace referencia a dos casos de enfermedad mental en la que interviene la depresión, éstas se presentaron en los casos de los reyes Saúl y Nabucodonosor. Hipócrates hace las primeras referencias conceptuales y clínicas de la melancolía, cuya causa es una patología de los humores básicos y concretamente un exceso o alteración de la bilis negra. Fue Aristóteles el primero que dedicó un estudio monográfico a este problema.

La palabra depresión se comienza a utilizar con frecuencia a principios del siglo XX, y se emplea como término diagnóstico de bastante asiduidad. Leonhard (1957) diferencia las formas bipolares y las unipolares de la depresión. Autores más recientes como Perris, Winosur y Angst (1985), han abundado en esta distinción, abordándola desde varios puntos de vista (clínicos, genéticos, etc.). Perris, Herman

(1987) ha sugerido que a la era de la angustia (años 50), le ha sucedido la era de la depresión (años 80). De hecho, la depresión es el diagnóstico clínico que se emplea con más frecuencia y el que potencialmente tiene más peligro de mortalidad debido a conductas suicidas. Ahora bien, como señala Cohen (1992) todavía hoy se desconoce la fisiología y la etiología del trastorno bipolar y posiblemente bajo este término se encubren varios trastornos diferentes que hoy en día no somos capaces de identificar.

2.1. Concepto y características

El múltiple uso del término y la carencia de una definición acarrearán mucha confusión.

El CIE-10 la define como un desorden afectivo en el cual habla de depresión leve, moderada y grave, dentro del episodio depresivo leve, se caracteriza por síntomas como tristeza, pérdida de interés y de la capacidad de disfrutar, aumento de fatigabilidad; en el episodio depresivo moderado se observa dificultades para desarrollar actividades sociales, laborales; y en el episodio depresivo grave, se suele presentar angustia o agitación, pérdida de estimación de sí mismo, sentimientos de culpa.

El DSM IV clasifica a los trastornos depresivos en:

Trastorno depresivo mayor de episodio único, caracterizado por un episodio depresivo mayor que no se explica por otro trastorno, como son los trastornos psicóticos.

Trastorno depresivo mayor recidivante, en donde existe la presencia de dos o más episodios de trastorno depresivo mayor.

Estos trastornos generalmente están relacionados con consumo de sustancias, trastorno de angustia, trastorno obsesivo compulsivo, anorexia nerviosa, bulimia nerviosa, trastorno límite de la personalidad.

Trastorno distímico caracterizado principalmente por un estado de ánimo crónicamente deprimido 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.

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

1. Pérdida o aumento del 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.

El trastorno distímico y el trastorno depresivo mayor se distinguen en base a la gravedad, cronicidad y persistencia. En el trastorno depresivo mayor el estado de ánimo deprimido debe estar presente la mayor parte del día, casi cada día, durante un período de al menos 2 semanas, mientras que en el trastorno distímico debe estar presente la mayoría de los días a lo largo de un período de al menos 2 años.

Trastorno depresivo no especificado: Se encuentra el trastorno depresivo menor caracterizado por episodios de al menos 2 semanas de síntomas depresivos.

Trastorno depresivo breve recidivante: Episodios depresivos con una duración de 2 días a 2 semanas que se presentan al menos una vez al mes durante 12 meses. Otros debido a trastornos psicóticos. (DSM IV, 2004).

La tristeza patológica es un síntoma cardinal cuasipatognomónico. Aparece sin motivos aparentemente justificables o tras un acontecimiento significativo. Es una tristeza honda, vital, encarnada en la corporalidad, que el enfermo experimenta como algo que arranca de sus propias entrañas. Otras veces la describe como una bruma opaca y gris que lo envuelve o agobia sin remedio. El deprimido no tiene ganas de nada, ni de vivir. Piensa en su propia muerte como una liberación. Su desgana inunda todos los intereses cotidianos. Las cosas que antes le movían el ánimo le tienen ahora sin cuidado. En principio debe darse por supuesto que toda persona que atenta contra su vida está deprimida en ese momento.

El modelo integrativo propone ampliar la mente, aplicar lo que hemos repetido cientos de veces que el ser humano es bio-psico-social y aceptar la complejidad del ser humano por lo que debe ser analizado desde diversos enfoques, es por esto que el análisis de la depresión está compuesto de todos estos elementos por una parte tenemos el aporte biológico en donde las investigaciones han enfatizado que una cantidad inadecuada de norepinefrina o serotonina era considerada un factor causal, luego surgieron los modelos de “equilibrio”: interacciones y equilibrio entre los sistemas colinérgico y adrenérgico. Los aspectos biológicos se encuentran respaldados por la existencia de patrones similares a través de diferentes culturas, el cambio de ánimo en las mujeres debido a cambios endócrinos, la efectividad de tratamientos como electroshocks o farmacológicos (Casullo, 2005)

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

Lewinsohn (1974, citado por Casullo 2005) sostiene que la depresión es una respuesta a la falta de reforzamiento positivo contingente a una conducta. Manifiesta que existen una serie de factores que de forma aislada o combinada originan estos trastornos sería:

Un ambiente que no brinda refuerzos suficientes, la falta de habilidades sociales para obtener refuerzos de ambientes determinados y la incapacidad de poder disfrutar de los refuerzos disponibles debido a la presencia de ansiedad social.

La conducta depresiva puede mantenerse porque origina refuerzo social positivo por parte del medio en forma de simpatía y atención. Con el paso del tiempo, esa conducta puede ser rechazada por saturación de ese medio social.

Y dentro del aspecto social también tenemos los modelos vinculares, Coyne (1986) manifiesta que la depresión es una respuesta a la ruptura de las relaciones interpersonales de las cuales las personas obtenían apoyo social.

Los modelos conductual-cognitivos se centran en la variación personal de las interacciones entre personas y situaciones, y hacen referencia a procesos y estructuras cognitivas en sus intentos de conceptualizar la depresión.

Por una parte, cabe referirse a los denominados modelos de autocontrol, centrados en el análisis de los procesos de regulación de las conductas, que suponen la manipulación de aspectos situacionales y la disposición de contingencias y consecuencias alternativas que incrementan la expresión de comportamientos humanos dirigidos al intento de lograr metas a largo plazo.

También algunos autores señalan que la cadena causal que lleva a la aparición de un episodio depresivo se genera con la aparición de un estresor, el que puede ser de naturaleza interpersonal, intrapsíquica o un cambio de tipo bioquímico. Este estresor interacciona con factores interpersonales o intrapersonales de vulnerabilidad. Iniciado el trastorno depresivo, dos tipos de factores pueden mantenerlo o exacerbarlo:

Un factor interpersonal: la naturaleza y la cualidad de las respuestas de los otros; El sesgo cognitivo negativo de los depresivos: se evidencia en el aumento de la sensibilidad y la concentración en aspectos negativos (reales o imaginarios) del ambiente en el que viven. Este sesgo lleva a la persona a estar más deprimida y manifestar más síntomas, lo que, a su vez, genera más respuestas negativas del entorno social. (Casullo, 2005)

2.2 La depresión en los adolescentes

Según Lang y Tisher (1997, citado por Santrock, 2003), y de acuerdo a la literatura científica, los síndromes depresivos en niños y adolescentes muchas veces no llegan a ser diagnosticados. Este hecho puede atribuirse a diferentes motivos: 1) las manifestaciones clínicas son distintas a las de los adultos, 2) los niños e incluso los adolescentes no son capaces de identificar lo que les ocurre como depresión, y 3) los adultos relevantes en la vida del niño y el adolescente no pueden creer que a esa edad se sufra de depresión, y además el hecho de admitirlo puede significar para ellos un fracaso como padres o educadores. Cuando se identifica un cuadro depresivo en un niño o joven debe resolverse el problema de si puede considerarse un fenómeno normal propio de su estadio de desarrollo, o representa un fenómeno patológico. En la literatura científica existe una gran confusión sobre el concepto y la presencia de la depresión en la infancia y la adolescencia, generando la necesidad de explorar esta entidad utilizando métodos sistemáticos y estructurados.

Santrock (2003) afirma que uno de los principales motivos por los que los adolescentes solicitan ayuda para recibir tratamiento psicológico es la tristeza o depresión, especialmente en el caso femenino. En la adolescencia los síntomas depresivos se pueden manifestar de distinta manera, por ejemplo, a través de vestirse de negro, de escribir poesías melancólicas, o a aficionarse a la música de contenido depresivo. Los problemas de sueño pueden adoptar la forma de pasarse toda la noche viendo televisión, tener dificultades para levantarse por las mañanas o quedarse dormido durante el día. La falta de motivación y energía puede revertir en el absentismo escolar. La sensación de aburrimiento también puede ser un indicador de depresión. La depresión adolescente también se puede dar junto con el trastorno disocial, el abuso de sustancias y los trastornos de alimentación.

Aproximadamente a los 15 años, las chicas tienen un índice de depresión que duplica al de los chicos. Entre los motivos que se han mencionado para dar cuenta de esta diferencia entre sexos, se incluyen los siguientes:

- Las chicas tienden a ensimismarse más en su estado de ánimo depresivo y amplificarlo.

- Las imágenes de las chicas, especialmente sus imágenes corporales, son más negativas que la de los chicos.
- Los cambios hormonales propios de la adolescencia incrementan la vulnerabilidad a la depresión durante esta etapa evolutiva, sobre todo entre las chicas.
- La pubertad ocurre antes en el sexo femenino que en el masculino, lo que determina que las chicas experimenten un cúmulo de cambios y experiencias vitales en los primeros años de enseñanza secundaria, lo que las hace más proclives a deprimirse.

Garber et al., 1988 a través de sus estudios demuestra que los adolescentes diagnosticados con depresión predicen problemas parecidos en la edad adulta. Los factores familiares también están implicados en la depresión del adolescente (Sheeber, Hops y Davis, 2001). Tener un progenitor deprimido es un factor de riesgo para la depresión durante la infancia y la adolescencia (Windle y Dumenci, 1998). El hecho de tener ninguna relación estrecha con amigos, relacionarse poco con los iguales o ser rechazado por éstos son factores que incrementan las tendencias depresivas de los adolescentes (Venberg, 1900). El experimentar cambios difíciles o de tener que afrontar retos complejos durante la adolescencia también se asocian a síntomas depresivos (Compas y Grant, 1993). En la adolescencia han revelado un índice bastante bajo de depresión moderada a grave, pero los síntomas pueden poner en riesgo la vida de los afectados (Peterson y otros, 1993). Así, aunque los resultados de una investigación reciente demuestran un incremento de la depresión durante la adolescencia, el porcentaje de los que la padecen es por lo general bajo: alcanza su nivel máximo a los 16 años y de nuevo a los 19 años. Los varones afectados suelen involucrarse en conductas antisociales como la delincuencia y el abuso de sustancias. Es más probable que las mujeres afectadas dirijan sus síntomas hacia ellas mismas y se depriman (Ostrov y otros, 1989). La depresión está relacionada con las dificultades en la autoestima y las escasas habilidades de afrontamiento (Craig, 2001).

La depresión y los trastornos de ansiedad por lo general tienen lugar simultáneamente, un gran porcentaje intenta suicidarse, también se interrelaciona la depresión, los pensamientos suicidas y el abuso de sustancias (Kandel y otros, 1991).

Un funcionamiento social deficiente empeora a veces la relación entre progenitor e hijo durante la adolescencia y puede que también afecten las amistades y las relaciones amorosas (Craig, 2001).

Siguiendo a Bagladi (2005) las principales características de la depresión en los adolescentes de 13-18 años son:

Apariencia triste, apatía, sentimiento de incapacidad o irritabilidad, colitis ulcerosa, conversiones, dolores abdominales, conducta antisocial, pensamientos de muerte, enfermedad, suicidio, cambios en apetito, peso, sueño, culpa, autodepreciación, desesperanza, hipercriticismo (pensamiento catastrófico), nihilismo.

2.3 El suicidio

El suicidio es la tercera causa de muerte entre los adolescente estadounidenses de 13 a 19 años de edad. (National Center for Health Statics, 2000). los datos recogidos por la Central de Emergencia 911 producen alarma, debido a que en el 2005 se registraron 116 casos de intentos de suicidio y 17 casos de suicidios; en el 2006 los intentos de suicidio son 110 y 11 casos de suicidio, de los cuales 17 son menores de 19 años. Llama la atención la existencia del caso de un niño de 9 años que intentó ahorcarse y un joven de 16 años que llegó a la muerte. En el mes de enero y febrero del 2006 existen 20 casos de intento de suicidio, de los cuales 2 tienen 15 años; 1, 17 años y 1, 19 años; en ese mismo periodo hubo 3 casos de suicidio, estando entre ellos un adolescente de 15 años.

Los adolescentes suicidas presentan con frecuencia síntomas depresivos (Gadpaille, 1996). Aunque no todos los adolescentes deprimidos intentan suicidarse, la depresión es el factor que se asocia de forma más consistente al suicidio adolescente. Los sentimientos de desesperanza, la baja autoestima y la elevada tendencia a culpabilizarse también se asocian al suicidio adolescente (Harter y Marold, 1992).

El intento de suicidio es un grito de ayuda para llamar la atención o la simpatía de los demás o un intento de manipularlos, no necesariamente es un deseo de morir sino muchas veces de comunicarse con los otros, sin embargo esta comunicación puede fallar y terminar en la muerte. (Rice 2000) manifiesta que las principales predictores del suicidio son la depresión, el alcoholismo y las ideas suicidas. Quienes cometen el intento de suicidio pero no lo logran generalmente hablan que existe la preparación para morir o suicidarse, esto es importante detectar para lograr una prevención.

Existe una interrelación entre suicidio y depresión llevando a que se estudie más a fondo acerca de la existencia de depresión en los adolescentes de nuestra ciudad.

2.4. La depresión desde el Modelo Integrativo

El Dr. Lucio Balarezo (2005) propone la creación de un Modelo Integrativo que se base en la personalidad e integre el asesoramiento debido a las características propias de nuestra población, tales como: una escasa cultura psicológica y psicoterapéutica con un importante apego al modelo médico que busca soluciones inmediatas y a corto plazo, prevaleciendo un pensamiento mágico, un predominio del locus de control externo, alta afectividad, expresión de sentimientos y solidaridad.

La “depresión” no es un trastorno aislado de quien lo sufre, esto nos lo recuerda el Dr. Balarezo al enfatizar la importancia del estudio de la personalidad, la misma que es constituida desde el momento mismo de la concepción, e inclusive antes desde el deseo o no de sus padres. En la personalidad interfieren procesos biológicos que analiza la genética, como por ejemplo los antecedentes patológicos familiares, alteraciones cromosómicos, alteraciones congénitas, factores de riesgo pre, peri y post-natales etc.; procesos familiares, a través del análisis de la estructura y funcionalidad familiar; procesos sociales, que implican el medio ambiente donde se desarrolla; procesos afectivos y conductuales del individuo, sus características con estímulos internos y externos que producen un feedback. Todo esto da como resultado un self o una personalidad única, pero que puede compartir características comunes con otros y que son esos elementos los que nos permiten elaborar planes de trabajo.

Fernández Álvarez en 1996 enumera algunas características intrínsecas que más frecuentemente se trabaja en psicoterapia, a estas las compara con lo que otros denominan rasgos de personalidad, entre ellas están: asertividad, potencia, actividad, persistencia, atracción, control, dependencia, datividad, eticidad, afrontamiento, responsabilidad, atención, expresividad, emotividad, inteligencia, dominancia, destreza, credulidad, retención, humor, paciencia, solidaridad, judicación, laboriosidad. Fernández Álvarez (1996) realiza un cuadro de las diversas formas de depresión según el período evolutivo.

Período evolutivo	Expresión	Sintomatología	Cuadros clínicos más frecuentes
<u>Primera Infancia</u>	Corporal	Llanto, trastornos en la alimentación, sonrisa mustia	Depresión anaclítica Fracaso en el crecimiento
<u>Pre-escolar</u> <u>Pensamiento pre-operatorio</u>	Habilidades para auto-reflexionar y verbalizar muy limitadas. Pueden sentir depresión pero no pueden verbalizarla	Trastornos y síntomas somáticos Aislamiento, inhibición en el juego, llanto	Enuresis Trastornos en el sueño Trastornos de conducta Problemas somáticos
<u>Segunda Infancia</u> <u>Pensamiento concreto</u>	Desarrollo de conceptos de reciprocidad y foco en los juicios de otros y de sus padres. Comienza la internalización de estándares. Verbalización y mejor categorización de sus sentimientos	Baja auto-estima, culpa, indefensión, problemas de concentración y aprendizaje, problemas en el sueño y apetito, tristeza, arrebatos <i>tanquitos</i> temperamentales, rabonas, desobediencia	Fobia escolar Trastornos de aprendizaje Trastornos de conducta Problemas somáticos
<u>Adolescencia</u> <u>Pensamiento formal</u>	Aparece la posibilidad de hipotetizar acerca de alternativas y de incluir el futuro	Anhedonia, soledad, tristeza, desesperación, ideación suicida	Depresión mayor Trastorno bipolar Comorbilidad

Depresión Infantil: Formas de presentación según los distintos períodos evolutivos

El Modelo integrativo supraparadigmático puede ser enriquecido por el modelo conceptual de la conducta de riesgo del adolescente; en donde estudiando sus diversos componentes podemos entender la depresión y obtener luces hacia cómo trabajarla.

Modelo Conceptual de la Conducta de Riesgo del Adolescente

Fuente: “Risk Behavior in Adolescence. A Psychosocial framework for Understanding and Action” (p. 27) de Richard Jessor, 1992, en *Adolescents at Risk: Medical and Social Perspectives*, editado por D. E. Rogers y E. Ginzberg. Citado por Craig, 2001 p. 393.

Factores de Riesgo y Factores de Protección:

Biología Genética	Ambiente Social	Ambiente Percibido	Personalidad	Conducta
Factores de riesgo Antecedentes familiares de alcoholismo	Factores de riesgo Pobreza Anomia normativa Desigualdad racial Oportunidad ilegítima	Factores de riesgo Modelos de conducta desviada. Conflicto normativo entre progenitores y amigos	Factores de riesgo Percepción de pocas oportunidades vitales Baja autoestima Propensión a correr riesgos	Factores de riesgo Problemas de alcoholismo. Trabajo escolar deficiente.
Factores de protección Gran inteligencia	Factores de protección Escuelas de calidad Cohesión de la familia Recursos del barrio Adultos Responsables	Factores de protección Modelos de conducta convencional Controles estrictos sobre la conducta desviada	Factores de protección Valoración del aprovechamiento académico. Valoración de la salud Intolerancia de la desviación	Factores de protección Asistencia a la iglesia Participación en la escuela y en los clubes de voluntarios

Conducta y estilos de vida de riesgo del adolescente.

Problemas de Conducta Consumo de sustancias ilícitas Delincuencia Conducir en estado de ebriedad	Conducta relacionada con la salud Alimentación poco sana Tabaquismo Vida sedentaria No usar cinturón de seguridad	Conducta escolar Haraganería Deserción escolar Uso de drogas en la escuela
---	---	---

Resultados que ponen en peligro la salud/vida

Salud Enfermedad /afecciones Mala condición física	Roles sociales Fracaso escolar Aislamiento social Problemas legales Procreación temprana	Desarrollo Personal Auto concepto inadecuado Depresión /suicidio	Preparación para la adultez Escasas habilidades laborales Propenso al desempleo Falta de motivación.
--	--	--	---

La modelo cognitivo conductual ha demostrado su eficacia en el tratamiento de la depresión de ahí su análisis en este apartado.

Beck (2003) manifiesta que en el paciente depresivo existe un sustrato psicológico asentado en tres premisas básicas que consisten principalmente en una visión

negativa hacia sí mismo, su entorno y su futuro, a lo que se denomina *tríada cognitiva*, y de la cual se tiene como resultado los demás síntomas y signos de la depresión. De esta manera el comportamiento del individuo esta basado en estas creencias irracionales, llegando a percibir las como si en realidad sucedieran los hechos. “Al desencadenarse la depresión (sea debido a presiones psíquicas o a cualquier desequilibrio bioquímico, a la estimulación del hipotálamo o a cualquier otro agente), se activa un conjunto de estructuras cognitivas alteradas que se desarrollan en un momento temprano del desarrollo.” (Beck, 2003, Pág. 27) Así el paciente depresivo se caracteriza por:

- a. La tríada cognitiva: Mantiene patrones cognitivos que inducen al paciente a considerarse a sí mismo, su futuro y a su entorno de un modo idiosincrático. El primer componente de la tríada se centra en la visión negativa del paciente acerca de sí mismo.... tiende a atribuir sus experiencias desagradables a un defecto suyo, de tipo psíquico, moral o físico..., el paciente cree que es un inútil, carente de valor. El segundo componente se centra en la tendencia a interpretar sus experiencias de una manera negativa y el tercer componente de la triada se centra en la visión negativa del futuro. El modelo cognitivo considera el resto como consecuencia de los patrones negativos cognitivos.
- b. Organización estructural del pensamiento depresivo: Esquema designa a “Ciertos patrones cognitivos relativamente estables constituyen la base de la regularidad de las interpretaciones acerca de un determinado conjunto de situaciones” (Beck 2003, pag. 20). El paciente depresivo mantiene esquemas cognitivos inadecuados que le provocan dolor, incluso aunque exista evidencia de factores positivos en su vida. En pacientes depresivos los esquemas cognitivos se centran frecuentemente en temas específicos de vulnerabilidad a la pérdida y al abandono y a su incapacidad o desmerecimiento de amor.
- c. Errores en el procesamiento de la información: Los pacientes depresivos tienden a interpretar los estímulos o respuestas basados en: (Beck 1967, 2003)

- Inferencia arbitraria (relativo a la respuesta): Adelanta una conclusión sin evidencia que la apoye o la evidencia es contraria a la conclusión.
- Abstracción selectiva (relativo a un estímulo).- Consiste en centrarse en un detalle extraído fuera de un contexto, ignorando otras características más relevantes de la situación, y conceptualizar toda la experiencia en base a ese fragmento.
- Generalización excesiva (relativo a la respuesta).- Elabora una regla general o una conclusión a partir de uno o varios hechos aislados y aplica el concepto tanto a situaciones relacionadas como a situaciones inconexas.
- Maximización y minimización (relativo a la respuesta).- Errores en la significación o magnitud de un evento de tal calibre que constituyen una distorsión.
- Personalización (relativo a la respuesta).- Tendencia y facilidad del cliente a atribuirse fenómenos externos.
- Pensamiento absolutista, dicotómico (relativo a la respuesta): Tendencia a clasificar todas las experiencias según una o dos categorías puestas.

Además este pensamiento típico del depresivo son iguales a las expuestas por Piaget (1932,1960) en su análisis del pensamiento infantil. Este pensamiento Beck lo describe como primitivo frente al pensamiento maduro que se puede tener. Los principales son:

- o No dimensional y global frente a multidimensional.
- o Absolutista y moralista frente a relativo.
- o Invariable frente a variable.
- o Diagnóstico basado en el carácter frente a diagnóstico conductual.
- o Irreversible frente a reversibilidad.

En los pacientes depresivos, sin considerar su grado de depresión, existen distorsiones cognitivas que en comparación con otras personas, o incluso a ellos mismos cuando no están en estado depresivo les parecen improbables, ante lo cual

propone que “cuando el paradigma personal del paciente ha sido invertido y ajustado a la realidad, la depresión desaparece.” (Beck, 2003, Pág.28).

A pesar de que la depresión especialmente en grado severo, conlleva casi directamente al suicidio, Beck (2003) afirma que en el paciente suicida existe un punto psicológico central: la desesperanza (o expectativas negativas generalizadas). Así en varios estudios se ha comprobado que es el sentimiento de desesperación o desesperanza los que conducen al suicidio y no la depresión en sí. Los resultados positivos obtenidos al emplear un método dirigido principalmente a esta desesperanza indican que la terapia cognitiva puede dar lugar a un rango de “efectos antisuicidas” mayor que el producido por la terapia farmacológica. Freeman y Reinecke (1995) consideran que la naturaleza activa, directiva, orientada a las metas, estructurada, colaboradora y de resolución de problemas de la terapia cognitiva la convierte en el modelo ideal para el tratamiento de crisis.

Beck (1987) sugiere que existen al menos dos tipos generales de esquemas que tienen relación con dos dimensiones depresógenas de la personalidad: sociotropía y autonomía. Los esquemas sociotrópicos incluyen actitudes y creencias que suponen una alta valoración de las relaciones interpersonales, y una gran dependencia de las normas sociales en el momento de juzgar la propia conducta, el modelo integrativo lo denomina locus de control externo. Los esquemas autónomos incluyen actitudes que valorizan la independencia, la libertad de acción, la privacidad y la autodeterminación, en el modelo integrativo se denomina locus de control interno. En función de ello, es posible hablar de hechos estresantes para cada tipo de esquema. Una vez activados, los esquemas orientan y canalizan, como si fueran filtros, el procesamiento de información.

2.5 El Tratamiento de la depresión

Fernández Álvarez (2005) afirma que en la adolescencia existen una gran cantidad de cambios, tanto físicos como emocionales y sociales, por ello para afrontar exitosamente las nuevas exigencias, deberán poder lograr una serie de variaciones que implican un desarrollo progresivo de sus estructuras de significación. Ello supone:

Que la construcción previa (de reconocimiento) esté suficientemente desarrollada consolidada como para soportar nuevas formas de diferenciación. Por ejemplo, deberá tener suficiente confianza en sí mismo, en ser reconocido por los demás y ser aceptado como individuo.

La necesidad de abandonar un estilo de interpretación de la realidad con el que se siente seguro para afrontar una nueva manera de organización de la experiencia. Esto supone un riesgo ineludible debido a que las nuevas exigencias así lo imponen y, como tal, la persona afrontará esos cambios incrementando el nivel habitual de ansiedad con que se ha manejado hasta ese momento.

Contar con un guión adecuado que disponga de los programas correctos para operar con las nuevas experiencias, significa un equilibrado funcionamiento en la focalización de los datos, en el modo de significarlos y en la manera de seleccionarlos y clasificarlos, aquí encontramos una relación con la terapia cognitiva conductual.

Transitar por un marco contextual adecuado para sus necesidades lo que implica contar con el tipo de oportunidades acordes con los requerimientos argumentales que su guión plantea.

Si todo esto funciona bien entonces podremos observar como este adolescente a lo largo de los años logra una sensación de satisfacción en su gratificación corporal, en su participación en la distribución de poder; y se preparará adecuadamente para comenzar la más difícil tarea, enfrentar su propia muerte. Todo esto no se logra de

manera gradual, sino más bien circular, es decir muchas veces debemos volver a un estado inicial para lograr avanzar. Por lo tanto esto dispone diversos niveles de intervención terapéutica y por ende, de complejidad de tratamiento.

Fernández Álvarez (2005) manifiesta que la psicoterapia es más eficaz que el uso de placebos, en ello menciona que estudios como el de Quality Assurance Project (1983).

La conceptualización clásica de la prevención distingue tres niveles: prevención primaria, cuyo objetivo es reducir la aparición del trastorno (incidencia); prevención secundaria, cuyo objetivo es detectar lo más precozmente posible la aparición de un trastorno y disminuir su impacto; prevención terciaria, que hace referencia a las intervenciones encaminadas a disminuir las repercusiones negativas de la enfermedad una vez desarrollada -rehabilitación- (Commission on Chronic Illness, 1957). Esta conceptualización, pese a sus méritos, no distingue claramente entre prevención y tratamiento. En 1994, el Institute of Medicine de EEUU decidió acotar el concepto de prevención a las estrategias destinadas a evitar el desarrollo de un trastorno, y propuso una nueva clasificación con dos grandes categorías fundamentales: 1) intervenciones preventivas universales, dirigidas a toda la población, e 2) intervenciones específicas. Estas intervenciones específicas, a su vez, pueden ser de dos tipos: intervenciones preventivas selectivas, dirigidas a grupos de la población cuyo riesgo de desarrollar el trastorno psiquiátrico es significativamente mayor al promedio de la población en general, e intervenciones preventivas indicadas, dirigidas a individuos con riesgo por presentar ya síntomas, pero que no alcanzan a cumplir los criterios de alteración mental. El siguiente nivel de trabajo sería el tratamiento o psicoterapia para la población que ya presenta el trastorno depresivo en cualquiera de sus modalidades. Esta clasificación se adhiere fácilmente al modelo integrativo basado en la personalidad donde un primer nivel se ubica en la psicoeducación a la población en general (aquí se podría incluir cambios sistémicos de mayor alcance como disminuir factores de riesgo sociales, por ejem. dar mayor estabilidad económica, calidad de vida, etc., pero lamentablemente no se encuentran a nuestro alcance por lo cual no se incluirán en el programa).

En un segundo nivel se trabaja aspectos sintomáticos que pueden darse a través de la metodología del asesoramiento en poblaciones de riesgo o en casos específicos individuales. Las intervenciones que son dirigidas a aquellos padres de niños con problemas de conducta y que se enfocan en mejorar el bienestar psicosocial de los padres y mejorar la crianza de los hijos, a través del suministro de información y capacitación en estrategias conductuales de crianza, han mostrado repetidamente, aunque no en forma consistente, una reducción de aproximadamente 30% de los síntomas depresivos de los padres, junto con mejores resultados en los hijos. Además, varias intervenciones selectivas dirigidas a afrontar eventos importantes de la vida han demostrado una reducción significativa y a largo plazo de altos niveles de síntomas depresivos, tales son los programas para niños que sufren la muerte de uno o ambos padres o el divorcio de los padres. Más aún, una estrategia prometedora parece ser bloquear la transferencia transgeneracional de la depresión y los problemas relacionados, a través de intervenciones para niños, adolescentes y familias de padres deprimidos.

Un tercer nivel sería el tratamiento específico del trastorno aquí se requiere mayor profundización, tiempo y técnicas que faciliten el cambio en la estructura misma de la personalidad.

Según Fernández Álvarez (1996), los tratamientos basados en la evidencia en niños y adolescentes con depresión son Terapia Cognitivo Comportamental de Asarnos, Jaycos y Tompson (2001), Afrontamiento de Cuijpers (1998) y Psicoterapia Interpersonal de Kaslow & Thompson (1998).

Según Cornier 2000 la depresión debe ser tratada con terapia cognitiva (reestructuración cognitiva, terapia racional emotiva, terapia de constructo personal). Por medio de auto-observación, capacidad imaginativa, reelaboración, control de estímulos, medidas de apoyo, terapia de resolución de conflictos y los antidepresivos pueden ser necesarios.

Una amplia variedad de factores maleables de riesgo y protección influyen en la aparición de la depresión y su recurrencia en diferentes etapas de la vida que pueden remontarse incluso a la infancia temprana. Estos incluyen factores biológicos,

psicológicos, familiares y de la sociedad que están distribuidos en forma desigual en la población y se concentran en un amplio rango de poblaciones en riesgo.

Se han identificado tanto los factores de riesgo específicos de la depresión (por ej., depresión de los padres, condiciones depresogénicas) como los factores genéricos de riesgo (por ej., crianza inadecuada, abuso y abandono de menores, eventos traumáticos, intimidación de compañeros) y los factores de protección (por ej., sentimiento de dominio, autoestima, autoeficacia, resistencia al estrés, apoyo social). Como consecuencia, los enfoques comunitarios efectivos para prevenir la depresión en la población deben abarcar acciones múltiples incluyendo intervenciones universales, selectivas e indicadas. En promedio, los estudios controlados muestran un efecto significativo pero pequeño de una reducción del 11% en la sintomatología depresiva después de la intervención, con una gran variación en el grado del efecto entre un programa y otro (Jané-Llopis y otros, 2003).

Los trastornos depresivos corresponden a trastornos comunes e incapacitantes, cuya incidencia sufre un incremento particularmente luego de la pubertad, lo que ha motivado un interés creciente en desarrollar estrategias que permitan enfrentar anticipatoriamente este incremento interviniendo en niños y adolescentes (Muñoz, Le, Clarke & Jaycox, 2002). Un factor que ha contribuido a este interés son los estudios que sugieren que un primer episodio depresivo hace más vulnerable a la persona para el desarrollo de episodios posteriores (Brown, Harris & Hepworth, 1994; Post & Weiss, 1998).

Los programas preventivos que se han desarrollado comparten varios elementos en común. En general, tienen su fundamento en las teorías cognitivo-conductuales de la depresión y emplean las estrategias y técnicas desarrolladas desde este enfoque para el tratamiento de la depresión (Seligman, Reivich, Jaycox & Gillham, 1995). El tratamiento cognitivo-conductual de la depresión busca que la persona desarrolle ciertas habilidades y formas de comportamiento que reducirían la experiencia depresiva. Dada la efectividad que ha demostrado esta forma de tratamiento, se ha supuesto que estas habilidades y comportamientos podrían ser enseñados, en forma de talleres grupales, antes de que la persona se deprima, permitiendo así evitar que se

desarrolle una depresión (Clarke, Hawkins, Murphy, Sheeber, Lewinsohn & Seeley, 1995; Muñoz, 1998).

Con esta base clínica, los programas se han centrado en desarrollar factores protectores a nivel individual, fundamentalmente de tipo cognitivo, con poca consideración de otros factores psicosociales. Entre sus bases teóricas más relevantes están las teorías de la depresión de Beck, Lewinshon y Seligman (Clark & Lewinsohn, 1995; Muñoz, 1998; Seligman, Schulman, De Rubeis & Hollon, 1999). Sólo algunos pocos programas han considerado intervenciones adicionales al taller con los niños o adolescentes. Los que han hecho esto, básicamente han considerado talleres para padres, en general muy breves -de 3 sesiones aproximadamente- (Beardslee et al., 1997; Clarke et al., 2001). Una excepción a esta tendencia la constituyen algunos programas de fortalecimiento de competencias parentales (Hawkins, Catalano, Kosterman, Abbott & Hill, 1999) y de vinculación madre-hijos, en particular, con hijos de madres con depresión (Harrington, 2002). Con una perspectiva más social, en algunos países se ha optado por fortalecer centros de cuidados extraescolares y mejorar la calidad de los programas en ellos implementados, con el objetivo, entre otros, de prevenir trastornos psicopatológicos en los niños y jóvenes (Essau, 2004). Otros ejemplos en el tratamiento de la depresión son:

Curso Enfrentando el Estrés (Clarke y otros, 2001) dirigido a los niños de padres, pacientes de psiquiatría, que tienen síntomas depresivos subclínicos o han presentado un episodio anterior de depresión mayor. Durante 15 sesiones de grupo se utilizaron métodos de terapia cognitiva para identificar y vencer patrones de pensamiento negativo y para generar pensamientos contrarios más realistas y positivos. Un estudio de control aleatorio mostró una menor incidencia de depresión en el grupo experimental (9.3%) en comparación con el grupo de control (28.8%) en el seguimiento a los 14 meses.

En una revisión realizada recientemente, Greenberg, Domitrovich y Bumbarger (2001) identificaron 34 programas de prevención primaria, en población escolar, de alteraciones psicopatológicas como la agresividad, la depresión o la ansiedad, metodológicamente bien evaluados, con resultados exitosos en disminuir el desarrollo de síntomas psicopatológicos específicos.

También las investigaciones han intentado identificar el efecto de los programas en las variables que se estima tienen un rol mediador o moderador en relación al desarrollo de síntomas depresivos. En concordancia con los modelos teóricos de base, se han evaluado fundamentalmente variables cognitivas como el estilo atribucional, cogniciones negativas y actitudes disfuncionales, desesperanza, autoestima, encontrándose resultados concordantes en varias de ellas, particularmente en lo relativo al estilo atribucional (Seligman et al., 1999; & Seligman, 2002); también en habilidades para resolver problemas (Spence, Sheffield & Donovan, 2003). Sin embargo, los datos al respecto no son suficientemente claros ni consistentes, y, al igual que en la terapia cognitivo-conductual, la demostración de la efectividad de las intervenciones no está acompañada de una comprensión de qué es efectivamente lo que funciona (Gillham & Reivlich, 1999). Por ejemplo, en este último estudio, con un seguimiento de tres años, se observó una efectividad de la intervención aplicada en modificar los estilos atribucionales de los participantes que se mantuvo en el tiempo, pero que no fue acompañada de un efecto equivalente en los síntomas depresivos, donde el efecto preventivo se redujo progresivamente, por lo que no resulta factible atribuir a los primeros el rol mediador supuesto en la reducción del desarrollo de sintomatología depresiva.

Un foco reciente de interés es el diseño de intervenciones que tomen más explícitamente en cuenta la dimensión género (Le, Muñoz, Ippen & Stoddard, 2003), que se fundamenta en la nítida evidencia de que los trastornos depresivos y ansiosos son más frecuentes en mujeres, a partir de la adolescencia (Cova, Maganto & Valdivia, 2004). En este contexto, Chaplin et al. (2006) han estudiado en forma piloto la posibilidad de que programas preventivos basados en talleres con grupos sólo de adolescentes mujeres sean más apropiados para éstas que grupos mixtos. Junto con una mayor efectividad en la reducción de síntomas, estos autores observaron una mayor adherencia a la intervención cuando ésta se realizó sólo en grupos de niñas respecto a la realizada en grupos mixtos.

Un estudio controlado llevado a cabo en Finlandia sobre los resultados de un programa universal de consejería familiar temprana realizado en el hogar, demostró

una reducción de los problemas de internalización durante la adolescencia y etapa adulta temprana 10 a 15 años después (Aronen & Kurkela, 1996).

El hallazgo de que los trastornos de ansiedad frecuentemente preceden a la aparición de la depresión apunta al potencial de los programas basados en evidencia para la prevención de la ansiedad, especialmente para niños y adolescentes indicados, como una estrategia indirecta para reducir el riesgo de depresión. Por lo menos uno de los estudios controlados confirmó que dichos programas contra la ansiedad, orientados hacia los niños, resultaron en una reducción significativa de los síntomas depresivos, únicamente en aquellos niños que presentaban un alto nivel de ansiedad antes del inicio de la intervención (Lowry-Webster, Barrett & Dadds, 2001).

2.5 Conclusiones

La depresión es un trastorno que puede manifestarse de diversas maneras, tales como: depresión mayor, distimia, depresión leve, depresión breve o a consecuencia de sustancias o circunstancias específicas, etc. Tiene como características principales las alteraciones en la conducta alimentaria y del sueño, la baja autoestima, la dificultad de concentrarse o tomar decisiones y los sentimientos de desesperanza. El modelo cognitivo conductual propone que los pacientes se consideran a sí mismos, su futuro y experiencias como negativas. Puede presentarse en cualquier etapa de la vida, siendo la adolescencia uno de los periodos en donde más frecuentemente se presenta.

El modelo integrativo permite entender este trastorno desde una visión global que facilita herramientas para el trabajo. Considera la personalidad compuesta de diversos factores, que el modelo integrativo supraparadigmático lo analiza; todo ello complementado por el análisis de factores de riesgo, nos da pautas para un trabajo en este contexto.

Finalmente, en base a estudios realizados, se observa que los diversos niveles de intervención ayudan a que no se presente o disminuya la sintomatología depresiva, siendo la terapia cognitiva-conductual la de mayor preferencia entre los autores.

CAPÍTULO 3

PROGRAMA DE PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO DE LA DEPRESIÓN DIRIGIDO A ADOLESCENTES DESDE EL MODELO INTEGRATIVO

En psicoterapia es imposible realizar protocolos rígidos, debido a la complejidad del ser humano y al arte en sí mismo que engloba el proceso terapéutico. Cada terapeuta debe ir moldeando, según los datos obtenidos, un trabajo que facilite “mejorar” a la persona que acude en busca de nuestra ayuda. Este aporte permite establecer lineamientos y guías orientadoras del trabajo terapéutico. Se fundamenta en los niveles de atención propuesto por el modelo integrativo basado en la personalidad, estos tres niveles están apoyados en los resultados estadísticos obtenidos.

El primer nivel es el de asesoramiento que puede ser utilizado en adolescentes en general. Se busca concienciar el problema e identificar o diagnosticar dificultades en los adolescentes. En Cuenca el 21,2% presentan niveles de depresión bajos o ausentes.

El segundo nivel se ubica cuando se ha identificado niveles medios de depresión o en ambientes de mayor riesgo. Aquí podemos trabajar con la formulación de objetivos y técnicas sintomáticas, además de apoyar procesos de desarrollo personal. En Cuenca existe un 41,9% de adolescentes dentro de este nivel.

El tercer nivel abarca los procesos de tratamiento para adolescentes que presentan niveles moderados y altos de depresión. En el estudio realizado en Cuenca equivale a un 15,1% de adolescentes.

En cada uno de estos niveles se aportarán elementos prácticos para el trabajo con adolescentes.

3.1 Primer Nivel: Asesoramiento-prevención

Este nivel busca principalmente la prevención y detección de adolescentes en riesgo, para ello se utiliza a la psicoeducación; los adolescentes aprenden a identificar sus sentimientos, conductas de riesgo y lugares dónde buscar ayuda. En este nivel se capacita y establece alianzas con profesionales en cada colegio, quienes pueden en un futuro asumir este trabajo.

Los temas sobre los cuales se da información son: la depresión, autoestima, resiliencia. Esto se complementa con alternativas de cambio simples y eficaces, que incluyen dinámicas y trabajo en grupo, y lo más importante: informar acerca de lugares específicos dónde los jóvenes puedan buscar apoyo, cuando estén atravesando periodos de crisis.

La propuesta consiste en talleres dirigidos a adolescentes de los colegios, que tendrán una duración de tres horas, y preferiblemente serán aplicables en dos días. En ese tiempo el adolescente podrá, procesar mejor la información, y traerá aportes el día siguiente. La estructura propuesta es:

Taller de prevención de la depresión en adolescentes. (Betsabé Roldán 2007, adaptado por Martha Cobos, 2007)

		TALLER	DÍA 1			
OBJETIVO	CONTENIDO	ACTIVIDAD	PROCEDIMIENTO	TIE MPO	RECURSOS	RESPONSABLE
Facilitar y motivar la ambientación de los participantes	Presentación del taller. Indicaciones generales.	Intervención de la facilitadora. Aplicación de test. Dinámica: lluvia de ideas	Introducción de la facilitadora. Entrega del test grupal Aplicación de la dinámica	40 minutos	Tarjetas para identificación, pizarrón, marcador de pizarra, test y esferos	Facilitadora
Proponer información general sobre la depresión a	La depresión en la adolescencia.	Exposición de las diapositivas.	Ponencia expositiva participativa.	25 minutos	Pizarrón, marcador de pizarra, infocus,	Facilitadora

los y las participantes.					computador	
Reflexionar sobre el tema de la depresión y generar respuestas grupales sobre el tema.	Reflexión grupal sobre el tema. Nuestras propuestas desde nuestros intereses y necesidades.	-Formación de grupos de trabajo con la dinámica “el barco” (6 grupos de 9) -Explicación de la modalidad. -Trabajo en grupos y plenaria	Dinámica el barco Contestar las siguientes preguntas ¿En tu medio, cuáles crees que son las causas de la depresión? ¿Qué crees que podríamos hacer para evitar la depresión? ¿Que podríamos hacer por las personas que ya sufren depresión?	30 minutos	Pizarrón, Papelógrafos, marcadores	Facilitadora y participantes
Lograr consensos	Plenaria				Pizarrón y marcadores	Facilitadora y participantes
		TALLER	DÍA 2			
OBJETIVO	CONTENIDO	ACTIVIDAD	PROCEDIMIENTO	TIE MPO	RECURSOS	RESPONSABLE
Motivar en los alumnos el trabajo en autoestima y resiliencia	Autoestima Y resiliencia	Exposición del tema.	Diapositivas, utilización de infocus ó láminas. Potenciar exposición participativa.	25 minutos	Computadora, proyector, pizarrón y marcadores	Facilitadora
Reflexionar sobre el tema de la autoestima y motivar trabajo en grupos	Reflexión grupal.	Formación de grupos de trabajo con la dinámica “el barco” (6 grupos de 9) -Explicación de la modalidad. -trabajo en grupos y plenaria	Autoconocimiento Identificar 2 cualidades positivas, 2 cualidades negativas, y 2 formas de aumentar mi autoestima. Analizar los factores de riesgo y de protección que se encuentran a mi alrededor.	25 minutos	Pizarrón, papelógrafos y marcadores	Facilitadora
Motivar el consenso de acuerdos. Identificar y apoyar a las personas que atraviesan estados depresivos.	Plenaria y conclusiones.	Análisis de los trabajos en grupo.	Exposición participativa de cada grupo.	25 minutos	Pizarrón, marcadores.	Facilitadora
Cierre.	Aplicación de una encuesta. Información general.			15	Encuesta y esferos	

Las diapositivas que se sugieren para este taller están en el anexo 1.

3.2 Segundo Nivel: Desarrollo Personal, elaboración de objetivos sintomáticos y técnicas sintomáticas.

Dar apoyo emocional, disminuir o eliminar los síntomas específicos, problemas comportamentales y la adquisición de conductas adaptativas. En esta etapa consideramos también el desarrollo personal.

3.2.1 Desarrollo Personal: Esto se realizará con adolescentes que presenten niveles medios de depresión, e inclusive queda abierto a aquellos adolescentes que no presentan ningún trastorno.

Opazo 2003, afirma que “un desarrollo progresivo se refiere a un proceso de cambio hacia niveles más complejos de organización, hacia una complejidad creciente, hacia una diferenciación de funciones, hacia un enriquecimiento del funcionamiento y hacia mejores opciones de integración de las partes y, del todo”.

Los criterios nomotéticos son la funcionalidad, satisfacción personal/felicidad, adaptación social, la característica en perspectiva histórica, datos de investigación, la característica desde una perspectiva clínica.

El desarrollo personal –desde una perspectiva nomotética actual- involucra un proceso de cambio progresivo en el tiempo. En este proceso, la persona va actualizando potencialidades que le facilitan su adaptación, le enriquecen sus opciones de bienestar personal y de satisfacción de sus necesidades personales, le potencian sus opciones de éxito afectivo, social y laboral y le abren mejores posibilidades de autorealización. El desarrollo personal puede estar centrado indistintamente en los ámbitos biológico, cognitivo, afectivo, conductual y/o en el sistema SELF como conjunto. Desde una perspectiva ideográfica, cada persona asume el desafío de actualizar sus potencialidades, establece libremente qué potencialidades personales desea actualizar, qué cambios considera positivos y cuáles no y en qué direcciones de desarrollo desea transitar. (Opazo, 2003).

El desarrollo personal promueve el crecimiento como ser humano, implica una mayor comprensión de las propias necesidades, motiva y orienta al cambio, abre paso a una vida más próxima al bienestar personal, familiar, social y profesional.

Debido a las características propias de los ecuatorianos, quienes buscamos soluciones rápidas a las dificultades y casi siempre culpamos a los otros de las mismas, este nivel es fundamental para lograr mayores niveles de interiorización, aceptación de responsabilidades y concientización de la necesidad de procesos terapéuticos más largos. Para este nivel creo importante considerar al modelo integrativo supraparadigmático a través del análisis del self (personalidad), desarrollado por Opazo, 2005.



Para Opazo (2005). los conceptos básicos son:

Autoconcepto.- Es el concepto que cada quien tiene de sí mismo, sea éste: positivo o negativo.

Autoestima.- Es la aceptación de sí mismo, quererse y aceptar sus cualidades, defectos y limitaciones, es respetarse, es seguridad y confianza en sí mismos para salir adelante y afrontar retos.

Autocontrol.- Es manejar los propios sentimientos, manteniendo una postura serena y tranquila que permita confrontar los sentimientos de una forma adecuada, facilita recuperarse rápidamente de sentimientos negativos.

Autonomía.- Es la capacidad para tomar decisiones de forma independiente, resolver los propios problemas sin necesidad de recurrir a otros para enfrentarlos, es saber manejar la presión que ejerce el medio cuando toma una decisión o adopta una postura diferente.

Asertividad.- Conjunto de comportamientos interpersonales en relación a la capacidad social de expresar lo que piensa, siente, de forma adecuada y en ausencia de ansiedad.

Conducta asertiva.- “aquella conducta que permite a la persona expresarse adecuadamente (sin mediar distorsiones cognitivas o ansiedad), combinando componentes verbales y no verbales de la manera más efectiva posible... de acuerdo con sus intereses y objetivos, respetando el derecho de los otros e intentando alcanzar la meta propuesta” (Galassi y Galassi en 1978). Ellos identificaron tres dimensiones de la asertividad: Dimensión conductual, personal y situacional o contextual.

Resiliencia.- Habilidad para resurgir de la adversidad, adaptarse, recuperarse y acceder a una vida significativa y productiva (Institute on child resilience and family). Capacidad del ser humano par hacer frente a las adversidades de la vida, superarlas e inclusive ser transformados por ellas. (Grotherg).

Las características de adolescentes resilientes son:

- Introspección.- Capacidad de conocer y saber lo que pasa a su alrededor.
- Independencia.- Capacidad para establecer límites entre uno mismo y ambientes adversos. En la adolescencia es el adquirir conductas que no involucren situaciones conflictivas.

- **Interacción.**-Capacidad para establecer lazos íntimos y satisfactorios con otras personas. En la adolescencia es la habilidad para encontrar pares y establecer redes sociales de apoyo.
- **Iniciativa.**- Capacidad para hacerse cargo de los problemas y ejercer control sobre ellos. En la adolescencia se ve la inclinación hacia el estudio, práctica de deportes, actividades extracurriculares, hobbies, trabajos voluntarios.
- **Creatividad.**- Capacidad de imponer orden, atractivo a un propósito, a situaciones difíciles o caóticas.

Todas estas características pueden ser abordadas desde una perspectiva individual, familiar o grupal; considerando las características de los adolescentes de su necesidad de identificación, escenario imaginario, relación con los amigos, se sugiere, en la medida de las posibilidades, la priorización del trabajo en grupo considerando el género, sin perder de vista la dimensión individual y familiar.

3.2.2 Asesoramiento de grupo eficaz

El asesoramiento de grupo es un procedimiento asistencial que se inicia con una exploración por parte de los miembros de grupo de su propio mundo a fin de identificar los procesos de pensamientos, sentimientos y acciones que resulten en algún sentido contraproducentes. (Wayne y Vriend, 1992).

3.2.2.1 Reglas para trabajar en autoconocimiento. (Mancheno Sylvia, 2005)

- Se honesto con todos, incluido tu mismo/a.
- Presta atención a tu cuerpo.
- Concéntrate en tus sentimientos.
- Comienza con el Aquí y Ahora.

Permanece con tus sentimientos y evita huir a un lugar más seguro, concéntrate en el momento.

- Ubícate desde una posición en que sea fácil contactarte con otros.
- Cada vez que tengas oportunidad de expresar algo físicamente más que verbalmente, ¡hazlo!
- Responsabilízate por ti mismo y de lo que te ocurra.

- Haz afirmaciones.
- Responsabilízate por tus elecciones: no quiero en lugar de No puedo.
- Habla por ti mismo/a: Yo siento...
- Háblale directamente a la persona a quién te diriges.
- No uses globalismos: “yo solo quiero ser yo mismo” “tengo un complejo parental”
- Evita palabras huecas: “curioso, extraño, sorprendido, diferente”

HAZ AQUELLO QUE TEMES HACER

Wayne y Vriend (1992) afirman que el asesor del grupo ayuda a cada miembro a establecer objetivos individuales relacionados con la sustitución de las ideas y acciones indeseables por ideas y acciones más positivas.

El asesor ayuda a los miembros individuales del grupo a identificar en su vida actual, asociaciones, relaciones, situaciones, auto-razonamientos y actuaciones significativas en los que pensamiento, sentimiento y acción son patentemente negativos. Luego, el asesor ayuda a cada individuo a conocerse mejor analizando por qué persiste la conducta negativa y cuál es el sistema psicológico de mantenimiento de dicha conducta. El asesor o cualquier miembro del grupo instan luego al individuo a romper la cadena.

El asesoramiento de grupo difiere del individual en que se produce entre varios clientes, que compiten por el servicio asesor y están involucrados en el proceso de ayudar a otros. Asesoramiento de grupo significa asesorar en un marco de grupo en el que los recursos aumentan con el número de miembros del grupo. Los supuestos implícitos de esta definición son:

1. Cada individuo es más importante que el conjunto.- El asesoramiento de grupo sigue siendo asesoramiento; ayudar a individuos a entenderse a sí mismos y a aprender hábitos cada vez más eficaces para poder actuar de modo más consciente en sus mundos personales.
2. El director no es miembro del grupo.- No utiliza al grupo para resolver sus propios problemas o estimular su desarrollo personal.
3. El asesoramiento del grupo sirve para todos.- Mientras que la admisión en un grupo de psicoterapia exige el reconocimiento de alguna patología, la

pertenencia a un grupo de asesoramiento no exige más que admitir la posibilidad de perfeccionamiento en una serie de aspectos de la vida personal.

4. El grupo de asesoramiento no tiene objetivos de grupo.
5. Asesorar a individuos en grupos no sólo está permitido sino es necesario.
6. La interacción del grupo no es en sí misma un objetivo.- La interacción de grupo por sí sola, para estimular a los componentes del grupo a la participación, no es asesoramiento. La cuantía de la interacción de grupo no es la medida de la eficacia del asesoramiento.
7. El asesor no pretende fomentar las presiones naturales inherentes al grupo.- Todo miembro de un grupo asesor tiene derecho a participar o no.
8. El asesoramiento de grupo no es una confesión.
9. Las sesiones de quejas, al centrarse en personas ajenas al grupo, las conversaciones y el centrarse en determinados temas, constituyen un contenido inadecuado al asesoramiento de grupo.
10. Lo que sucede en un grupo de asesoramiento es información privada.
11. En un grupo de asesoramiento, los miembros hablan de sí mismos.- La independencia en la expresión y en el pensamiento se considera la pauta de conducta más sana que pueden adoptar los seres humanos.
12. En los grupos de asesoramiento no se consideran más importantes los sentimientos que las ideas.- Pretender separar ideas y sentimientos es inducir a confusión.
13. La cohesión del grupo no es un objetivo del asesoramiento.- Aunque esto no implica que sea rechazada o que impida un asesoramiento eficaz.
14. La continuidad sesión tras sesión es parte integrante del asesoramiento del grupo.- El programar informes continuados es algo vital y que da cuerpo a las experiencias individuales como una experiencia gradual y continua.
15. En cada sesión del grupo, uno o mas individuos reciben ayuda asesora concreta.
16. En el asesoramiento del grupo no se da correlación positiva alguna entre el bienestar de los individuos que lo forman y la eficacia.
17. En el asesoramiento de grupo, las emociones negativas no se consideran malas ni se evitan.
18. En el asesoramiento de grupo no hay programa.
19. En el grupo de asesoramiento toda conducta es “neutral” ni buena ni mala.

20. La eficacia del asesoramiento de grupo viene determinada por lo que pasa fuera del grupo.

3.2.3Técnicas: (Wayne y Vriend,1992)

a) El asesor de grupo eficaz domina la técnica de identificar, aclarar, etiquetar y reflejar datos personales procedentes de los miembros de grupo. Los sentimientos son omnipresentes no faltan a nadie nunca y generalmente se manifiestan por reacciones fisiológicas a las cuales un asesor eficaz debe identificar y abordar cuando tiene un motivo racional para hacerlo.

b) Se debe identificar, aclarar, etiquetar y reflejar datos de conducta.- Toda conducta tiene una causa y un significado y es tarea del asesor de grupo entender el significado de la conducta, aunque él se halla siempre en posición de elegir qué intervenciones serán más productivas. Pero es también una técnica que se aplica en el proceso de grupo, a la interacción entre los miembros del grupo en su relación mutua y en lo que respecta a los objetivos individuales que comparte.

c) Se debe identificar, aclarar, etiquetar y reflejar datos cognitivos.- El proceso de asesoramiento busca ayudar a los individuos alterar su conducta mental, de modo que puedan hacer un uso más fecundo de su inteligencia, de modo que piensen de una forma más racional y más clara, y que así sientan y se comporten de forma más controlada y positiva. El modelar un pensamiento eficaz y el comunicarlo es una responsabilidad ineludible del asesor.

d) Preguntar, extraer y evocar material de interés para centrar el asesoramiento.- Los datos más importantes son los que tienen pertinencia personal para el individuo en su vida concreta. Todo asesor de grupo eficaz está pendiente de los datos personales y los comportamientos que revelan y manifiestan cada uno de los miembros del grupo, y formula hipótesis de cómo podría ser estimulante y positivo para un miembro que el asesoramiento se centre en él. Se puede utilizar para interrogar una frase inconclusa que un individuo completa, o una hipótesis sobre los datos personales aportados por un miembro que puede ser aceptada o rechazada y se corrigen así malentendidos. El asesor tiene un motivo racional para buscar los datos

y es capaz de aplicar un criterio lógico para determinar las medidas siguientes a adoptar respecto a esos datos.

e) Enfrentamiento.- El asesor eficaz es un individuo que acepta y no juzga. El ingrediente básico es el uso de datos de realidad: si no hay datos, no hay enfrentamiento eficaz, para esto debe identificar las contradicciones empezando por las suyas propias.

f) Resumir y revisar material importante.- Esto ayuda a corregir en el grupo percepciones deformadas y a localizar con precisión los contenidos.

g) Interpretación.- Es el proceso de comunicar el significado básico de una afirmación, una serie de afirmaciones o de una experiencia que incluya conductas no verbales además de verbales.

h) Reformular.- El asesor reelabora lo que ha dicho un miembro del grupo con palabras distintas para que resulte más preciso y significativo para todos. Supone centrarse en el punto clave de los mensajes, extraer su esencia y expresarla en palabras libres de toda ambigüedad.

i) Establecer conexiones.- Es agrupar varios acontecimientos de un miembro del grupo en los cuales existe una relación “un hilo unificador” del cual esta persona no se ha percatado.

j) Proporcionar información.- El asesor proporciona información eficaz cuando los asesorados la entienden, la captan con precisión y asimilan su significado.

k) Iniciación- Es la capacidad del asesor para actuar en cualquier momento con el objeto de provocar la participación del grupo, introducir elementos focales válidos para el grupo. La iniciación puede poner en marcha al grupo y entrar en un nuevo terreno cuando se ha producido de modo natural un final.

l) Tranquilizar, alentar y apoyar.- Esta técnica debe diferenciar entre la resistencia real al enfrentar un tema difícil y la necesidad negativa de ser mimado. El

asesor eficaz transmite un clima de apoyo mediante la voz, la postura, los gestos y las expresiones faciales haciendo todo lo posible por demostrar que está con el miembro del grupo que sufre mayor angustia psíquica, tendiéndole una mano auxiliadora y comprensiva en todos los sentidos posibles.

m) Intervenir.- Entenderemos por técnica de intervenir o interrumpir la actividad del grupo cuando es evidente que éste está perdiendo el tiempo. Los asesores eficaces intervienen cuando:

1. Un miembro del grupo de asesoramiento habla por todos.
2. Un individuo habla por otro en el grupo.
3. Un miembro del grupo se centra en personas, condiciones o acontecimientos exteriores al grupo.
4. Alguien busca la aprobación de asesor o de un miembro del grupo antes y después de hablar.
5. Alguien dice: no quiero herir sus sentimientos, así que no lo diré.
6. Un miembro del grupo sugiere que sus problemas se deben a algún otro.
7. Un individuo indica que “yo siempre he sido así”.
8. Un individuo dice: “Esperaré y cambiarán las cosas”.
9. Se manifiesta una conducta contradictoria.
10. Un miembro del grupo aburre divagando.

n) El silencio.- El silencio es otra conducta del ser humano, el asesor debe manejar aprendiendo a permitir que los miembros del grupo tomen la iniciativa, mientras tanto el asesor permanece activo reuniendo datos, una vez roto el silencio el asesor puede referirse a él en un comentario adecuado.

o) Identificar e interpretar la conducta no verbal de una manera adecuada.

p) Utilizar mensajes claros, concisos y significativos.

q) Establecer objetivos, los mismos que serán reforzados por la presencia del grupo, porque se establecen de forma mutua, son concretos y permiten sustituir una conducta negativa por positiva, son alcanzables y medibles.

r) Facilitar el final.- El asesor eficaz anticipa el final de la sesión y realiza por lo menos un breve resumen, especifica las tareas psicológicas aceptadas y subraya el carácter de transición de la experiencia. (Wayne y Vriend, 1992.)

3.2.4 Técnicas concretas en el proceso de la dirección en el asesoramiento del grupo (Wayne y Vriend, 1992).

Inicio del proceso de asesoramiento de grupo:

a) Los miembros del grupo se presentan.

Luego de una introducción de lo que consiste el asesoramiento, el director pide a cada uno que se presente a los demás pidiendo que no utilicen ninguna de las etiquetas tradicionales para identificarse, debe abstenerse de mencionar, por ejemplo estudios, ocupación, intereses vocacionales, planes futuros, datos familiares, aficiones, viajes, estado civil, edad, etc. La presentación toma así la forma de explicar que clase de ser humano es. El asesor puede ayudar con preguntas y el iniciará con su propia presentación.

El objetivo que ha de perseguir el director es ayudar a cada individuo a identificar algunas características, tanto negativas como positivas, a fin de que pueda empezar a estructurarse en la mente del asesor la formulación de objetivos de asesoramiento para cada miembro del grupo.

b) Los miembros del grupo se presentan, pero con el tono de las primeras impresiones.- Antes de iniciar las presentaciones descritas anteriormente, se da a todos los miembros una tarjeta o una hoja de papel y se les pide que anoten los nombres de todos los componentes del grupo, junto a los nombres, se les pide que anoten sus primeras impresiones sobre sus compañeros, basadas en todos los datos a su alcance, incluida la intuición. Cuando un miembro del grupo termina su presentación, el asesor le pregunta si le gustaría saber cuáles son las primeras impresiones que ha producido a los demás miembros del grupo. Si la respuesta es afirmativa, los demás leen literalmente lo que han escrito junto al nombre del individuo. Con esta técnica los individuos pueden identificar impresiones que deseen cambiar.

c) Punto de partida: El grupo acuerda dónde empezar

Tras definir el proceso de asesoramiento de grupo, su carácter confidencial y otras cuestiones, el director pide a los componentes del grupo que anoten una conducta negativa que les gustaría modificar en una hoja de papel. El director define lo que es conducta negativa y pone ejemplos de las más comunes para el grupo de edad. Se recoge y se vuelve a repartir al azar, luego se le asigna un número a cada tarjeta y empezando por el 1 se lee en voz alta y en una escala de 1 al 10 en donde 5 significa indiferencia absoluta, 6 a 7 una actitud positiva 8, 9, 10 muy positivas, por el contrario notas menores a 5 indicarán sentimientos negativos, 2 y 1 sentimientos muy negativos, respecto a si el grupo debería o no dedicar tiempo a trabajar con el individuo. Se anima a los componentes del grupo a calificar cada problema basándose en sus propias actitudes y en la relevancia del tema respecto a sus propios intereses personales. Una vez calificadas todas las tarjetas, el director pide que vuelvan a leerse de prisa en el mismo orden numérico, de modo que los individuos puedan revisar las calificaciones asignadas y cambiarlas si así lo desean. Luego se lee en voz alta la tarjeta de calificación más alta, se identifica el individuo al que corresponda y se inicia el asesoramiento centrando la atención de todos en el problema de ese individuo.

d) Iniciación de un grupo.- Dar una frase a completar para iniciar las tareas del grupo.- Tras explicar cómo funciona el asesoramiento de grupo y todas las normas básicas del mismo, el director pide a cada uno de los componentes del grupo que complete unas frases tales como: “lo que nadie ha entendido nunca de mí es...”, o “lo que me diferencia de la mayoría de la gente es que yo...”, o “lo que más me gustaría cambiar de mí mismo es...”. Esta técnica resulta eficaz para proporcionar al grupo un principio centrado en un objetivo. Puede utilizarse en cualquier período de la existencia del grupo, pero son especialmente adecuadas al principio.

e) Escribir una carta oral.- El director pide a un miembro que redacte una carta en el mismo grupo, el receptor de la carta debe ser alguien importante con quien tenga dificultades de relación o un conflicto pendiente, es factible que le escriba a alguien fallecido. Una vez terminada la carta, se pide a todos los miembros del grupo que reaccionen y digan qué ideas y sentimientos provoca en ellos la carta. Luego, el director del grupo reescribe la carta allí mismo desde el punto de vista de alguien

totalmente responsable y eficaz, con los mismos datos de relación, eliminando todos los reproches, fantasías, desviaciones, quejas, etc. En dónde no pide al receptor de que sea distinto de cómo es. Se anima de nuevo a los miembros del grupo a proporcionar estímulo.

f) Subdivisión del grupo en parejas o tríos.- El asesor escoge a dos miembros del grupo que se sienten frente a frente y da las siguientes instrucciones “M. tienes que hacer lo siguiente: decirle a T. todo lo que creas que puede ayudarte, basándote en lo que has aprendido de él en el grupo. Luego serás tú, T. el que le dirás a M. todo lo que creas que puede ayudarla”. El director ayuda a ambos en la tarea, estimulándoles en conductas determinadas que ambos conocen por su experiencia en el grupo. La segunda parte incluye un diálogo entre los dos asesorados, que desemboca en la definición de objetivos. M. dile a T. qué crees que podría hacer en el grupo que le resulte beneficioso y cómo crees tú que podrías ayudarlo a lograr ese objetivo. No lo dejen hasta que ambos estén de acuerdo sobre un objetivo digno que sea, además, alcanzable. Luego tú, T. harás lo mismo por M.”. Este diálogo se centra exclusivamente en lo que cada individuo podría lograr concretamente en las sesiones de grupo, aunque los objetivos especificados puedan transferirse en la vida de cada uno de ellos fuera del grupo. Esto pone fin a la demostración y luego de que el director pregunte si todos entendieron los divide en parejas o tríos. Se da alrededor de 30 minutos, luego se disuelven los grupos, los miembros del grupo se proporcionan luego estímulos sobre su propia conducta en el subgrupo y declaran cuál es su objetivo concreto, conocido al menos por otro miembro del grupo que está comprometido a ayudarlo a lograrlo. Ahora todo el grupo tiene conciencia de los nuevos objetivos de cada miembro.

g) Una fantasía.- Esta técnica ayuda a los individuos más reacios a desvelar sus pensamientos y sentimientos más profundos, permitiendo al asesor y a los demás miembros del grupo tener una visión más real de su mundo, desde una perspectiva de la búsqueda de objetivos vitales. El asesor invita a uno de los miembros del grupo a imaginarse capaz de hacer cualquier cosa que desee. La fantasía no tiene límites, todo es posible.

h) Cambio de papeles.-Al principio de una sesión se coloca en un recipiente tarjetas con los nombres de los componentes del grupo, luego cada uno de ellos saca, cerciorándose que no sea el suyo propio, cada uno sin mencionar el nombre que ha sacado asume la identidad y expresa conductas características de ese individuo. El asesor en ese momento da una tarea al grupo. Esta técnica produce una gran interacción de grupo fructífera y proporciona a los componentes del grupo datos valiosos sobre la imagen que transmiten en el marco del grupo.

i) Lo bueno de ser.....- El asesor pide a un miembro, sobre el que se centre en ese momento la atención del grupo, que asigne una etiqueta categórica concreta a una dimensión derrotista y negativa de la personalidad y de la conducta. Luego se le propone al individuo esta frase inconclusa “lo bueno de ser (...) es que...”. Se le pide luego que repita la frase continuamente y que la complete con todos los predicados que pueda. Luego se le pide a los demás que completen la frase con sus propias ideas.

j) Mensajes unidireccionales.- Se le pide al asesorado que ha sido centro de atención durante un periodo prolongado e intenso que permanezca en silencio y no conteste, mientras los demás miembros del grupo le envían un mensaje unidireccional. Una vez enviados todos los mensajes, el asesor pide al individuo que explique sus reacciones. Esta técnica puede utilizarse como estrategia de conclusión, cuando seguir centrado el asesoramiento en el individuo proporcione resultados mínimos y haya llegado el momento de desviar el foco de atención del grupo hacia una persona.

k) Repite y reacciona luego.- El asesor hace sentarse a dos de los participantes en el centro del grupo, frente a frente. El individuo X hace un comentario al individuo Y que antes, en el contexto del grupo, le ha sido difícil comunicar. Y debe repetir a completa satisfacción de X lo que éste acaba de decirle. Y reacciona luego a lo que dijo X y X repite lo dicho por Y a completa satisfacción de éste. Cuando el participante considera que su mensaje no ha sido entendido satisfactoriamente lo reformula hasta que sea comprendido bien. El propósito oculto del asesor es facilitar una comunicación entre dos miembros del grupo que hayan mostrado cierta oposición. El beneficio que da a todos los miembros del grupo es aprender lo difícil

que es escuchar bien y transmitir con eficacia sin dejar que intervenga el propio yo o los propios intereses.

l) Directores auxiliares.- Si voluntariamente alguien quiere participar como director auxiliar, tras la pregunta del asesor puede hacerlo, Con esto le ayuda a practicar intervenciones auxiliares y mejoran simultáneamente su propio mundo en el proceso.

m) Estimular la espontaneidad.- “Cuando señale a alguien, tiene que expresar lo primero que se te ocurra, sin dedicarte a pensar para expresar una reacción moderada”. O “ Te facilitaré una palabra para empezar y luego deberás limitarte a realizar una asociación libre con una serie de palabras que se te ocurran. No has de pensar, sino dejar que cada palabra sugiera la siguiente e ir pronunciándolas en voz alta”. Otro miembro del grupo anota las respuestas. Esta aplicación es útil en miembros que son muy rígidos, previsores, organizados, meticulosos en las relaciones con los demás.

n) Correr un riesgo en el grupo.- Un individuo que tenga miedo a correr un riesgo escoge a dos o tres más y se le pide que piense en algo para decirles y que suponga un riesgo, pudiendo ser algo positivo o negativo, esto le permite tener una nueva conducta en su repertorio.

ñ) Las tres personas más importantes de tu vida.- En la etapa exploratoria del asesoramiento de un individuo, cuando el asesor intenta provocar la autocomprensión se le pide al individuo que vuelva a una edad concreta, cinco años y que nombre en orden las tres personas más importantes en su vida, luego a los 12, a los 16, 22, ahora, y dentro de 5, 10 años. Esta técnica ayuda al asesor a entender valiosos sectores de la vida del individuo en varias etapas vitales sobre todo la dimensión de dependencia psicológica. Además de ayudar a incluirse ellos mismos en la lista.

o) Proyéctate vocacionalmente diez años en le futuro; luego, cambia de sexo.- Se pide a la persona que ha sido objeto de la atención del grupo que se proyecte lo que será en su vida al cabo de diez años, luego le da la misma consigna pero con la condición de que ahora es de el otro sexo. Esta técnica es especialmente adecuada

para una asesorada que parezca no darse cuenta de hasta qué punto está rebajándose a sí misma cuando piensa en sí y en su futuro.

p) Preguntas clave.- Busca estimular la integración de otros miembros del grupo. ¿Quién te escucha con más atención? ¿Quién es el que más se parece a ti?, etc.

q) Fin del proceso de asesoramiento de grupo: 1) intercambio de reacciones.- En la última sesión, el director pide a cada miembro del grupo que haga una lista con todos los nombres de sus compañeros de grupo en una hoja de papel, junto a cada nombre describa el rasgo que considera más autoestimulante y más negativo del individuo. Estos rasgos han de formularse con la mayor concreción posible porque se consideran aportaciones auxiliares. Luego cada miembro comunica lo que ha escrito. Esta técnica permite identificar al asesorado en dónde se encuentra en su proceso de asesoramiento y a plantearse metas alcanzables luego del proceso de asesoramiento.

2) Dirección de una reunión.- En la última sesión de asesoramiento de grupo, el director propone que la reunión se considere un encuentro del grupo que tiene lugar en el futuro. Todos los miembros del grupo comprenden el sentido de la fantasía, y pasan luego a explicar lo que les ha sucedido, relatándolo todo en pasado. Las preguntas están destinadas a determinar cosas concretas y las respuestas se convierten en compromisos de crear un cambio personal. El asesor ayuda al grupo a terminar con una nota optimista tomándose en serio la fantasía de la reunión, además de plantearse objetivos concretos que debe cumplirlos.

3.2.5 Otras técnicas que pueden ser utilizadas tanto en el asesoramiento individual como en el grupal (tomado del Módulo de Desarrollo Personal de la Maestría de Psicoterapia Integrativa, Universidad del Azuay, 2005).- Muchas veces no se puede organizar un grupo debiendo trabajar con el adolescente individualmente para ello podemos utilizar técnicas descritas anteriormente, al igual que las siguientes:

Técnicas asertivas.- Para llegar a ser una persona asertiva hay que aprender a evitar la manipulación. Inevitablemente, nos encontraremos con estrategias que utilizan quienes pretenden ignorar nuestros deseos e intentarán impedir nuestros objetivos.

a) Escala de comportamiento asertivo.- Busca evaluar los comportamientos asertivos de un individuo.

Instrucciones.- De las tres respuestas, decide cuál es la que se parece más a la que tú harías. Responde rodeando la letra seleccionada para cada pregunta y pasa a la siguiente. Recuerda que debes contestar con sinceridad, como te comportarías.

1. Alguien te dice: “creo que eres una persona muy simpática”. ¿Qué harías/dirías generalmente?

- a.- Decir: “No, no soy simpático/a”.
- b.- No decir nada y sonrojarte.
- c.- Decir: “gracias, es cierto que soy muy simpático/a”.

2. Alguien ha hecho algo crees que está muy bien. ¿Qué harías/dirías generalmente?

- a.- Decir: “está bien, pero he visto mejores que este”.
- b.- No decir nada.
- c.- Decir: “está muy bien”.

3. Estás haciendo algo que te gusta y crees que está muy bien. Alguien te dice: “No me gusta”. ¿Qué harías/dirías generalmente?.

- a.- Decir: “Yo creo que está muy bien”.
- b.- Decir: “¿y tú qué sabes?”
- c.- Sentirme herido/a y no decir nada.

4. Te olvidas de llevar algo que se suponía debías llevar y alguien te dice: ¿Qué tonto/a eres”. ¿Qué harías/dirías generalmente?

- a.- Decir: “Si hay alguien tonto/a eres tú?”
- b.- Decir: “Nadie es perfecto/a. No soy tonto/a sólo porque me haya olvidado algo”.
- c.- No decir nada e ignorarle.

5. Necesitas que alguien te haga un favor. ¿Qué harías/dirías generalmente?

- a.- No decir nada.
- b.- Decir: “Puedes hacerme un favor?” y explicarle lo que quieres.
- c.- Hacer una pequeña insinuación de que necesitas que te hagan un favor.

6. Estás preocupado/a y alguien te dice: “Pareces preocupado/a”. ¿Qué harías/dirías generalmente?

- a.- Girar la cabeza y no decirle nada.
- b.- Decir: “Sí, estoy preocupado/a”.
- c.- Decir: “No es nada”.

7. Alguien te culpa por un error que ha cometido otra persona. ¿Qué harías/dirías generalmente?

- a.- Decir: “No es culpa mía. Lo ha hecho otra persona”.
- b.- Decir: “No creo que sea culpa mía”.
- c.- Aceptar la culpa y no decir nada.

8. Alguien te dice que hagas algo y tú no sabes por qué tienes que hacerlo. ¿Qué harías/dirías generalmente?

- a.- Hacer lo que te pide y no decir nada.
- b.- Decir: “Es una tontería “. ¡No voy a hacerlo!

- c.- Decir: “Si ésto es lo que quieres que haga”, y entonces hacerlo.
9. Alguien te elogia por algo que has hecho diciéndote que es fantástico. ¿Qué harías/dirías generalmente?
- a.- Decir: “No, no está tan bien”.
- b.- Decir “Gracias”.
- c. Ignorarlo y no decir nada.
10. Alguien ha sido muy amable contigo. ¿Qué harías/dirías generalmente?.
- a.- Decir: “has sido muy amable conmigo. Gracias”.
- b.- Ignorarlo y no decir nada a la persona.
- c.- Decir: “No me tratas todo lo bien que deberías”.
11. Estás hablando muy alto con un amigo y alguien te dice: “Perdona, pero haces demasiado ruido”. ¿Qué harías/dirías generalmente?.
- a.- Para de hablar inmediatamente.
- b.- Decir: “Lo siento. Hablaré más bajo”, y entonces hablar en voz más baja.
- c.- Decir: “Muy bien”, y continuar hablando alto.
12. Estas haciendo cola y alguien se coloca delante de ti. ¿Qué harías/dirías generalmente
- a.- Hacer comentarios en voz baja, como por ejemplo: “Algunas personas tienen mucha cara”, sin decir nada directamente a esa persona.
- b.- No decir nada a esa persona.
- c.- Decir: “Yo estaba aquí primero. Por favor, vete al final de la cola.
13. Alguien te hace algo que no te gusta y te enfadas. ¿Qué harías/dirías generalmente? a.- Decir: “Estoy enfadado/a. No me gusta lo que has hecho”.
- b.- Actuar como si me sintiera herido pero no decir nada a esa persona.
- c.- Ignorarlo y no decir nada a esa persona.
14. Alguien tiene algo que quieres utilizar. ¿Qué harías/dirías generalmente? a.- Decir a esa persona que me lo preste.
- b.- No pedirlo.
- c.- Quitárselo a esa persona.
15. Alguien te pide algo prestado, pero es nuevo y tú no quieres prestárselo. ¿Qué harías/dirías generalmente?
- a.- Decir: “No, es nuevo y no quiero prestarlo. Quizá en otra ocasión”.
- b.- Decir: “No, cómprate uno”.
- c.- Prestárselo aunque no quisieras hacerlo.
16. Algunos compañeros están hablando sobre un tema que a ti te interesa mucho. Quieres participar y decir algo. ¿Qué harías/dirías generalmente?
- a.- No decir nada.
- b.- Interrumpir e inmediatamente empezar a comentar lo bien que conozco el tema.
- c.- Acercarme al grupo y participar en la conversación cuando tuviera oportunidad de hacerlo.
17. Estás trabajando y alguien te pregunta: “¿Qué haces?”. ¿Qué harías/dirías generalmente?
- a.- Decir: “No me molestes. ¿No ves que estoy ocupado/a?”
- b.- Continuar haciendo tu trabajo y no decir nada.
- c.- Dejar de hacer el trabajo y explicarle lo que haces.
18. Ves cómo alguien tropieza y cae al suelo. ¿Qué harías/dirías generalmente?
- a.- Reírme y decir: “Por qué no miras por dónde vas?”
- b.- Decir: “Estás bien? ¿Puedo hacer algo?”
- c.- No hacer nada e ignorarlo.

19. Te golpeas la cabeza con una estantería y te duele. Alguien te dice: “Estás bien? ¿Qué harías/dirías generalmente?
- a.- No decir nada e ignorar a esa persona.
 - b.- Decir: “No, me he golpeado la cabeza. Gracias por preguntar”.
 - c.- Decir: “Por qué no metes las narices en otra parte?”
20. Cometes un error y culpan a otra persona. ¿Qué harías/dirías generalmente?
- a.- No decir nada.
 - b.- Decir: “Es culpa suya”.
 - c.- Decir: “Es culpa mía”.
21. Una persona te insulta por algo. ¿Qué harías/dirías generalmente?
- a.- Irme y no decir nada.
 - b.- Insultar a esa persona.
 - c.- Decir a esa persona que no me gusta lo que ha dicho y pedirle que no lo vuelva a decir.
22. Alguien te interrumpe constantemente mientras estás hablando. ¿Qué harías/dirías generalmente?
- a.- Decir: “Perdona, me gustaría terminar de contar lo que estaba diciendo”.
 - b.- No decir nada y dejar que la otra persona continuara hablando.
 - c.- Decir; ¡Cállate!, ¡Estaba hablando yo!
23. Estas haciendo algo que te gusta y te piden que hagas otra cosa distinta. ¿Qué harías/dirías generalmente?
- a.- Decir: “Bueno, haré lo que tu quieres”.
 - b.- Decir: “Olvídate de eso. ¡No lo haré!
 - c.- Decir: “Tengo otros planes, Quizá la próxima vez”.
24. Ves a alguien con quien te gustaría conversar. ¿Qué harías/dirías generalmente?
- a.- Llamar a gritos a esa persona y pedirle que se acercase.
 - b.- Ir hacia esa persona, presentarte y empezar a hablar.
 - c.- No decir nada a esa persona.
25. Alguien a quién no conoces te para y te dice: “Hola!”. ¿Qué harías/dirías generalmente?
- a.- No decir nada.
 - b.- Decir: ¡Hola! y preguntarle quién es.
 - c.- Hacer un gesto con la cabeza y decir: ¡Hola! e irme

Hoja de respuestas

No.	Asertivo
1	C
2	C
3	A
4	B
5	B
6	B
7	A
8	B
9	B
10	A
11	B
12	C
13	A
14	A

15	A
16	C
17	C
18	B
19	B
20	C
21	C
22	A
23	C
24	B
25	B
TOTAL	

b) Técnica del disco roto. Repita su punto de vista con tranquilidad, sin dejarse ganar por aspectos irrelevantes (Sí, pero... Sí, lo sé, pero mi punto de vista es...).

c) Técnica del acuerdo asertivo. Responda a la crítica admitiendo que ha cometido un error, pero separándolo del hecho de ser una buena o mala persona. (Si, me olvidé de la cita que teníamos para comer. Por lo general, suelo ser más responsable).

d) Técnica de la pregunta asertiva. Consiste en incitar a la crítica para obtener información que podrá utilizar en su argumentación. (Entiendo que no te guste el modo en que actué la otra noche en la reunión. ¿Qué fue lo que te molestó de él? ¿Qué es lo que te molesta de mí que hace que no te guste? ¿Qué hay en mi forma de hablar que te desagrada?).

e) Técnica para procesar el cambio. Desplace el foco de la discusión hacia el análisis de lo que ocurre entre su interlocutor y usted, dejando aparte el tema de la misma. (Nos vamos a desviar del tema y acabaremos hablando de cosas pasadas).

f) Técnica de la claudicación simulada (Banco de niebla). Aparente ceder terreno sin cederlo realmente. Muéstrese de acuerdo con el argumento de la otra persona pero no consienta en cambiar de postura (Es posible que tengas razón, seguramente podría ser más generoso. Quizá no debería mostrarme tan duro, pero...).

g) Técnica de ignorar. Ignore la razón por la que su interlocutor parece estar enfadado y aplase la discusión hasta que éste se haya calmado (Veo que estás muy trastornado y enojado, así que ya discutiremos esto luego).

h) Técnica del quebrantamiento del proceso. Responda a la crítica que intenta provocarle con una sola palabra o con frases lacónicas (Sí... no... quizá).

i) Técnica de la ironía asertiva. Responda positivamente a la crítica hostil (Gracias..).

j) Técnica del aplazamiento asertivo. Aplase la respuesta a la afirmación que intenta desafiarle hasta que se sienta tranquilo y capaz de responder a ella apropiadamente. (Prefiero reservarme mi opinión al respecto... No quiero hablar de eso ahora).

k) Estrategias de bloqueo

Estrategias típicas que intentarán bloquear y atacar las respuestas asertivas:

Reírse-. Responder a su petición con un chiste (SÓLO tres semanas tarde? ¡YO he conseguido ser todavía menos puntual!). Utilice en estos casos la técnica para procesar el cambio (Las bromas nos están apartando del tema) y la del disco roto (Sí..., pero...).

Culpar.- Culparle a usted del problema (Haces siempre la cena tan tarde que luego estoy demasiado cansado para lavar los platos) Utilice la técnica de la claudicación simulada (Puede que tengas razón, pero tú estás rompiendo tu compromiso de lavar los platos), o simplemente no se muestre de acuerdo (Las diez es una buena hora para lavar los platos).

Atacar.- Consiste en responder a su afirmación con un ataque personal del siguiente tipo: “Quién eres tú para molestarte porque te interrumpen? ¡Eres la presumida más grande que conozco!”. Las mejores estrategias en estos casos son la técnica de la ironía asertiva (Gracias) junto con la del disco roto o la de ignorar (Veo que estás de mal humor, ya hablaremos más tarde).

Retrasar.- Su reivindicación es recibida con una “Ahora no, estoy demasiado cansado” o “Puede que en otra ocasión...”. Utilice en estos casos la técnica del disco roto o insista en fijar una fecha para discutir el asunto.

Interrogar.- Consiste en bloquear cada una de sus afirmaciones con una serie continuada de interrogantes: “¿Por qué te sientes así?. Todavía no sé por qué no quieres ir... ¿Por qué has cambiado de opinión?” La mejor respuesta es utilizar la técnica para procesar el cambio (Porque no es ese el problema. La cuestión es que no quiero ir esta noche).

Utilizar la autocompasión.- Su reivindicación es recibida con lágrimas y con la acusación implícita de que usted es un sádico. Intente seguir adelante con su guión, utilizando la técnica del acuerdo asertivo (Sé que te resulta doloroso, pero tengo que resolverlo).

Buscar sutilezas.- La otra persona intenta discutir sobre la legitimidad de sus sentimientos o sobre la magnitud del problema, etc., para así distraer su atención. Utilice en estos casos la técnica para procesar el cambio (Nos estamos entreteniendo en sutilezas y apartándonos de la cuestión principal), junto con la reafirmación de su derecho a sentirse como se siente.

Amenazar._ Su interlocutor intenta amenazarle con frases como esta: “Si sigues con la misma cantinela, vas a tener que buscarte otro”. Utilice en estos casos la técnica del quebrantamiento del proceso (Quizá) y la de la pregunta asertiva (¿Por qué te molesta mi petición?). También puede utilizar la técnica para procesar el cambio (Eso suena a amenaza) o la de ignorar.

Negar._ Consiste en hacerle creer que usted se equivoca: “Yo no hice eso” o “De verdad que me has malinterpretado”. Reafírmese en lo que ha observado y experimentado y utilice la técnica de la claudicación simulada (Puede parecer que estoy equivocada, pero he observado que...).

1) Percepción interpersonal-Esta técnica busca comprender los factores que influyen en la percepción que tenemos de otras personas y comprender la manera en las

perspectivas de otros, en particular las primeras impresiones, influyen sobre las relaciones interpersonales. Instrucciones:

- Distribuir a los participantes en grupos de 5 miembros.
- Cada participante de forma individual completa la matriz de percepción sobre las percepciones propias describiéndose con 5 o 6 palabras, identificándose con un animal, un instrumento musical y una comida, luego lo hace con cada uno de sus compañeros del grupo e igual describiéndolos con 5 o 6 palabras, luego los irá identificando con un animal, un instrumento musical y una comida.
- Cada miembro del grupo comunica a los demás sus percepciones ofreciendo una breve justificación de las mismas, a su vez,
- Cada miembro del grupo anota las percepciones que los demás le han proporcionado acerca de él/ella y las registra en la matriz de percepción para compararlas con las que anotó de sí mismo al inicio.

1. MATRIZ DE PERCEPCIONES PROPIAS

MIEMBRO CATEGORÍA	COMO SE VE USTED	COMO VEO A.....	COMO VEO A.....	COMO VEO A.....	COMO VEO A.....
5-6 palabras					
Animal					
Instrumento musical					
Comida					

2. MATRIZ DE PERCEPCIONES DE LOS DEMÁS

MIEMBRO CATEGORÍA	COMO ME VE N.....	COMO ME VEN.....	COMO ME VEN.....	COMO ME VE N.....	COMO ME VEO YO...
5-6 palabras					
Animal					
Instrumento musical					
Comida					

II) Auto-evaluación de “Saber Escuchar”.- Responda cómo es su comportamiento realmente, no como ud. piensa que debía ser.

Al final, encontrará orientaciones par interpretar resultados.

N	Pregunta	A menudo	A veces	Casi nunca
1.	Mantengo contacto visual con mi interlocutor cuando le escucho.			
2.	El aspecto de la persona que habla, así como el estilo y la calidad de su mensaje afectan en gran medida mi idea de si lo que va a transmitir merece la pena.			
3.	Intento identificar mis pensamientos y sentimientos con los de mi interlocutor.			
4.	Al escuchar me centro más en los hechos específicos que en la información en general.			
5.	Al escuchar busco tanto el contenido objetivo como la emoción que se esconde tras las palabras.			
6.	Hago preguntas para aclarar la información.			
7.	No doy a conocer mi información de lo que el hablante ha dicho hasta que ha terminado (es decir, no lo interrumpo y lo escucho hasta el final).			
8.	Realizo un esfuerzo consciente para evaluar la lógica y la consistencia de lo que dice.			
9.	Cuando escucho, pienso en lo que voy a decir cuando tenga la oportunidad (en cuanto termine el otro).			
10.	Prefiero ser la última persona en hablar.			

Para valorar sus resultados califique sus respuestas de la siguiente forma:

Preguntas 2, 4, 9 y 10

A menudo: 1 punto.

A veces: 2 puntos.

Casi nunca: 3 puntos.

Preguntas 1, 3, 5, 6, 7 y 8

A menudo: 3 puntos.

A veces: 2 puntos.

Casi nunca: 1 punto.

Interpretación de los resultados: Más de 27 puntos: Su capacidad de escuchar parece buena, aunque podría perfeccionar algunos aspectos. 22-26 puntos: Tiene cierta capacidad, pero podría lograr mejoras considerables. Menos de 22 puntos: Necesita mejorar sustancialmente en muchos aspectos.

m) ¿Cómo nos comunicamos?

Instrucciones:

1) Después de la formación de parejas cada persona deberá leer la hoja de instrucciones:

- 2) Una persona hablará durante 20'. La otra escuchará, sin hacer comentarios, solamente pregunta si quisiera. El que estuviese hablando, contará su vida desde su más tierna infancia, enfatizando los puntos más importantes.
- 3) La persona que escucha observará a la otra, y también dará una mirada discreta a la hoja en sus manos, de vez en cuando.
- 4) Cuando la primera persona termine de hablar, la que oye hará las marcaciones en la hoja. En seguida ella hablará 20 minutos y se repetirá todo el proceso.
- 5) Cuando todas las parejas hayan terminado, reúna a todo el grupo y pida que cada uno comparta lo que anotó en la hoja.

Hoja de anotaciones: Lea esto antes de iniciar la conversación

- 1) No haga anotaciones en esta hoja mientras la persona está hablando. Solo escuche.
- 2) Cuando la persona termine de hablar, dedique unos minutos para anotar en esta hoja.
- 3) Observe a su compañero/a mientras habla. Mantenga la conversación a través de preguntas, observaciones o comentarios, pero procure concentrarse en oír.
- 4) Observe lo siguiente (anotando después):

Expresión facial

() Plácida () Invulnerable () Expresiva

() Extrovertida () Tímida ()

() Entusiasmada () Desinhibida ()

Ojos

() Críticos () Cálidos () Expresivos

() Ansiosos () Hostiles () Encubriendo sentimientos

() Miedosos () Cuidadosos

Manos

¿Qué sentimientos usted percibe del movimiento o la posición de las manos?

.....

Respiración

() Corta () Natural () Ansiosa

() Rápida () Tensa

Habla (discurso)

¿Qué es lo que usted percibe a través de la manera de hablar?

Tipo de tonalidad.....

Inflexión.....

Velocidad: () rápida () lenta () moderada

Modo de expresión.....

Postura general del cuerpo

¿Qué le revela la postura del cuerpo?

() cansancio () tensión, ansiedad () relajamiento

() apatía () impaciencia ()

() vitalidad () amabilidad ()

Enumere cualquier otro aspecto no mencionado arriba, que usted cree que su pareja comunicó.....

n) Educar acerca de la resiliencia.- Se debe promover el crecimiento psicológico en la adversidad, brindar apoyo en la recuperación emocional.

Orientación del trabajo terapéutico: Enfocado a factores de riesgo y factores protectores: status, género, competencia, confianza de sí mismo, entorno, red social.

Enfocado a las personas.- Flexibilidad, adaptabilidad, expectativas, autonomía, relaciones interpersonales significativas, resolución de problemas, apego a la vida, vida espiritual.

Maneras de Fomentar la Resiliencia.-

Mantenerse socialmente activo.

Ayudar a otros y aceptar la ayuda.

Tomar la adversidad como un reto o desafío (modificar la manera de interpretar el evento, beneficiarse en el futuro de la experiencia).

Aceptar el cambio como parte de la vida (puede haber cambios o modificaciones-variabilidad).

Desarrollar metas realistas y trabajar para alcanzarlas (metas cortas, orientación positiva).

Tomar acciones decisivas cuando enfrenta la adversidad (enfocarse al problema).

Buscar oportunidades para aprender y desarrollarse (mejorar relaciones, mayor fortaleza, autoestima).

Fomentar una visión positiva de sí mismo (proyectarse al futuro).

Mantener las cosas en perspectiva (ser realista).

Cuidar de sí mismo. Recuperación emocional (bienestar integral).

ñ) Inteligencia Emocional.- Es la capacidad de reconocer nuestros propios sentimientos y los ajenos, de motivarnos y manejar bien nuestras propias emociones, en nosotros mismos y en nuestras relaciones. La importancia de la inteligencia emocional radica en conocer las propias emociones, lograr un autodomínio, lograr empatía y tener habilidades sociales.

o) Inteligencias Múltiples: Lógico matemática, verbal lingüística, interpersonal, intrapersonal, visual-espacial, cinético-corporal, rítmico musical, naturalista, existencial.

Los sistemas terapéuticos que aportan a las terapias orientadas al desarrollo personal son aquellas que poseen una dimensión transpersonal, en donde prima el componente pragmático y las que se ocupan de relación mente-cuerpo y requieren de elementos externos.

p) Desarrollo Psicosocial: Erik Erikson
Integra lo individual y comunitario (social). Incluye desarrollo en edades posteriores a la adolescencia. Desarrollo a través de crisis psicosociales.

- Psicodrama: El psicodrama pone al paciente sobre un escenario, donde puede resolver sus problemas con la ayuda de unos pocos actores terapéuticos. Es tanto un método de diagnóstico como de tratamiento” (Moreno, 1946).

Base Gestáltica:

- Objeto metafórico
- Silla vacía.- Permite externalizar una emoción que vive interiormente, lo visualiza de una manera distinta, puede elaborarlo, establecer una relación diferente. Además permite contactarse con una parte de la persona que le es difícil aceptar (emoción, sensación o pensamiento). Reencontrarse con una persona del presente o en el pasado y/o ubicarle a la persona en otra edad.

q) Objetivos bien formados.- Como habrás notado el lenguaje afecta nuestros pensamientos, conductas y acciones. Sería para nuestra ventaja entender como el método que utilizarnos para establecer y lograr nuestras metas y objetivos es apropiado o no.

Típicamente, cuando tenemos problemas logrando nuestros objetivos nos hacemos las siguientes preguntas: ¿Qué está mal?, ¿Por qué tengo este problema?, ¿De qué manera me limita y qué puedo hacer?, ¿Cómo este problema me detiene para hacer lo que yo quiero?, ¿De quién es la culpa de que tengamos este problema?, ¿Cuál es el peor momento en el cual has experimentado este problema?, ¿Por cuánto tiempo lo has tenido?

Date cuenta que estas preguntas tienden a guiarnos a considerar, a quién culpar, qué está mal y nos separa de lograr la meta o el objetivo.

Ahora, considera las siguientes preguntas para lograr un objetivo bien formado:
¿Qué es lo que quiero realmente? Asegúrate que está definido en términos positivos. Piense más en lo QUÉ QUIERE que en lo que no quiere.

¿Qué veré y oiré cuando haya logrado el objetivo? Describa el objetivo con los detalles sensoriales (vista, oído, tacto, gusto, olfato, equilibrio).

¿Puede ser iniciado y mantenido bajo mi responsabilidad? Cualquier objetivo debe ser iniciado, mantenido y promovido por usted, el objetivo escogido debe reflejar cosas en la que pueda influir personalmente.

¿Tiene el objetivo el tamaño adecuado? Si es muy grande, pregúntese ¿Qué es lo que me impide alcanzarlo? y conviértalos problemas en pequeños objetivos, hágalos lo bastante pequeños y alcanzables. Si es muy pequeño para motivarle, pregúntese, ¿Es parte de un objetivo superior? ¿Por qué es importante para mí lograr este objetivo?

¿Cómo sabré cuando logré el objetivo? ¿Cuál es la evidencia? Piense en la evidencia de base sensorial que le permitirá saber que ha logrado lo que quería.

¿Dónde, cuándo, con quién lo quiero? ¿En qué contexto?, imagínese el objetivo de la manera más específica posible. Una vez identificado el contexto, pregúntese ¿Es ecológico el contexto escogido? ¿Está basado en información sensorial?

¿Cómo el objetivo escogido afectará mis actividades y las actividades de otros? ¿Qué ganaré o perderé? ¿Qué ganará o perderán otros? Sopesa las consecuencias en su vida y en sus relaciones si consiguiera su objetivo. Considere los sentimientos de duda que comiencen con un “sí, pero”. ¿Qué consideraciones representan estos sentimientos de duda? ¿Cómo podrías cambiar tus objetivos para tenerlos en cuenta?

¿Qué le detiene a lograr el objetivo deseado ahora? Identifica las creencias limitantes. Esta información tiene que estar basada en información y descrita sensorialmente.

¿Qué recursos tengo ya, para obtener mi objetivo?

¿Qué recursos necesitas con el fin de lograr tu objetivo?

¿Cómo puedo empezar a lograr mi objetivo y como puedo mantenerlo?

Después de estas preguntas el paso más importante es ACTUAR. Toda jornada comienza con un primer paso. Nota la diferencia entre usar la primera serie de preguntas y la última serie.

r) En la adolescencia es el desarrollo de habilidades artísticas: escribir, pintar, bailar.

s) Sentido del humor.- Disposición a la alegría, alejarse del foco de tensión, relativizar, positivizar, elaborar de un modo lúdico, encontrar lo cómico entre lo trágico. En la adolescencia es la capacidad de reír, de moldearse y de jugar.

t) Relajamiento muscular.- Técnicas que se fundamentan en sensaciones de imágenes, por ejemplo: Entrenamiento autógeno de Schultz y relajamiento de Berges y Bounes. Técnicas que se fundamentan en la diferenciación entre tensión y relajamiento. Ejemplo Relajamiento progresivo de Jacobson, relajamiento de Wolpe, Relajamiento de Lazarus y relajamiento de Méndez y Romero

Objetivos del entrenamiento autógeno de Schultz: restablecimiento de funciones, autotranquilización conseguida por la relajación interna, autorregulación de funciones orgánicas consideradas “involuntarias”, circulación sanguínea, aumento de rendimiento de algunas funciones, memoria, supresión del dolor, autodeterminación conseguida por la formulación de propósitos representadas en estados de concentración, autocrítica y autodomínio, conseguidos por visión interior en el curso de la concentración. Zonas en las que se aplica la relajación concentrativa:

Músculos: ejercicio de peso (relajamiento muscular)

Vasos sanguíneos: ejercicio de calor (relajación vascular)

Corazón: ejercicio de regulación cardíaca

Órganos de la respiración: ejercicio de regulación respiratoria

Órganos abdominales: ejercicio de regulación de los órganos abdominales

Cabeza: ejercicio de regulación de la región cefálica

u) Aportes del Modelo Integrativo:

- Inducción de imágenes tranquilizadoras.
- Aflojamiento directo.
- Combinación con sugestión
- Retroceso (opcional).

v) Otras técnicas de relajación:

Relajación diferencial.- Aprender a tensar los músculos relacionados con una actividad y mantener relajados aquellos que no son necesarios.

Relajación condicionada.- Asociación de la relajación con una palabra que el sujeto se dice a sí mismo.

Relajación pasiva.- Realización de ejercicios de relajación de los grupos musculares sin necesidad de tensarlos antes.

Visualización creativa.- utilizamos la imaginación para dar forma a una imagen clara de algo que deseamos materializar. Es importante relajarse. Se ha encontrado que el nivel alfa es un estado de conciencia muy saludable, debido a su efecto relajante sobre la mente y el cuerpo. Y, es mucho más eficaz que el más activo nivel beta para la generación de cambios reales en el denominado mundo objetivo, a través del uso de la visualización.

Ejercicio: Cierre los ojos y relájese profundamente. Piense en alguna habitación familiar para usted, como por ejemplo su dormitorio o sala de estar. Recuerde algunos detalles bien conocidos por ejemplo el color de la alfombra, el modo en que están ordenados los muebles, lo luminoso u oscuro del lugar. Imagínese caminando en esta habitación y sentándose o recostándose en una silla, en un sofá o en una cama cómoda. Ahora recuerde alguna experiencia agradable que haya tenido en los últimos días, en especial alguna que incluya buenas sensaciones física (Ejem. Comer una comida deliciosa, recibir un mensaje, nadar en agua fresca, etc). Recuerde esa experiencia tan vívidamente como le resulte posible, y disfrute de las sensaciones agradables una vez más. Ahora imagine que está en un escenario campestre idílico, quizá relajado sobre el césped verde junto a un río de aguas frescas, o vagando en un bosque hermoso y lozano. Puede tratarse de un lugar que usted haya visto, o de un paisaje ideal al que le gustaría ir. Piense en los detalles, y créelo tal como le agradaría.

La visualización creativa envuelve en la realidad dos métodos diferentes. Uno es el receptivo en el cual simplemente nos relajamos y permitimos que las imágenes o impresiones vengan a nosotros sin elegir detalles. El otro es el activo en el cual elegimos y creamos conscientemente lo que queremos ver o imaginar.

Cuatro pasos básicos:

1. Establezca su meta
2. Crear una idea o imagen claros
3. Enfóquelo con frecuencia
4. Trasmítale energía positiva

“Esto, o algo mejor; ahora se materializa para mí de una manera totalmente satisfactoria y armoniosa, para el mayor bien de todos los interesados”.

La afirmación.- Una afirmación es un enunciado positivo enérgico según el cual algo ya es de determinada manera. Es un modo de “dar firmeza” a lo que uno está imaginando. Recomendaciones:

1. Enuncie siempre las afirmaciones en tiempo presente no en futuro.
2. Enuncie siempre las afirmaciones del modo más positivo posible.
3. Cuanto más breve y simple es la afirmación, mayor es su eficacia.

4. Elija siempre las afirmaciones que experimente como totalmente correctas para usted.
5. Al formularse afirmaciones, recuerde siempre que está creando algo nuevo y fresco.
6. La finalidad de las afirmaciones no es contradecir o tratar de cambiar sus sentimientos o emociones. Es importante aceptar y experimentar todos los sentimientos, incluso los denominados “negativos”, sin tratar de modificarlos

v) Técnicas sugestivas en sueño sugerido

Etapas del sueño:

Etapa I o Vigilia alerta

-Ondas alfa irregular

Etapa II o reposo tranquilo

Con predominio de pequeñas ondas alfa que se van lentificando y sincronizando

Etapa III o sueño ligero

Ondas beta y delta

Etapa IV o sueño profundo

Dominio de ondas delta

FASES DE SUEÑO

Fases del sueño lento (no rem)

Disminución de la actividad fisiológica

Domina las ondas beta y delta

Su duración es de 80 a 120 minutos

En este periodo no hay la presencia de ensueños.

Fase de Sueño Rem o Paradójico

Presencia de movimientos sincronizados de los ojos

Aumento de la actividad fisiológica

Dominio de las ondas alfa

Dura de 10 a 20 minutos

Existe la presencia de ensueños

Según Whitford Delgadillo las fases o Estadios del sueño sugerido son:

Sensación de gran bienestar

Pérdida de movimientos voluntarios y catalepsia

Relajación muscular más profunda con lentificación de las funciones neurovegetativas.

Grado medio de profundidad con características de levitación de miembros y movimientos mecánicos.

Fase de anestesia localizada o general

Fase de la “imagen en espejo” con gran sugestibilidad

Fase de mayor profundidad en el cual es posible regresión e hipnoanálisis

A medida que el sueño se profundiza las manos se van poniendo frías.

Otros autores de sueño sugerido Katkov, Bójterev, Dionisio Saldívar, Forel, Bernheim

Existen diversas técnicas para esta aplicación.

w) Procedimientos conductuales:

- Terapia asertiva de Wolpe._ Recolección de información precisa sobre los estímulos que provocan ansiedad.
- Condicionamiento operante.- Reforzamiento positivo y reforzamiento negativo.
- Técnicas inhibitorias:
- Ausencia de reforzamiento.
- Sobresaturación.- Utilización del mismo estímulo en grado superlativo de intensidad.
- Terapia aversiva.- (Azrin y Holz) Estímulo suficientemente intenso, el estímulo aversivo debe darse simultáneo a la respuesta, el inicio del estímulo debe darse con una intensidad alta, con una frecuencia necesaria y se puede emplear un objetivo emocional alternativo. Ejemplo: tiempo fuera, costo de respuesta, castigo y sobrecorrección.
- Desensibilización sistemática.-Se debe dar un adiestramiento en relajación profunda, luego realizar una construcción de jerarquías en base a los estímulos ansiógenos y realizar la contraposición de la relajación a los estímulos ansiógenos. También puede darse en vivo, en grupo, o enriquecida con imagen emotiva, ira inducida, sugestión directa de Rubin.

Relajación con o sin imaginiería

Asignación graduada de tareas

Ensayo conductual

Exposición in vivo

Autorregistros

3.2.6 Asesoramiento Familiar.- Es importante en el trabajo con adolescentes extenderlo a la familia, cuando sea posible. Dentro del asesoramiento familiar es fundamental el explicarles el ciclo vital, mismo que está constituido por momentos de desequilibrio y de equilibrio, en donde cada familia debe irlos superando, esta psicoeducación muchas veces es suficiente para disminuir ansiedad en los padres y lograr una mejor relación entre los miembros de una familia. Por esto es importante el estudio del ciclo vital familiar.

ESTADIOS DEL CICLO DE VIDA FAMILIAR
Carter y McGoldrick (1988)

Estadio Familiar	Proceso Emocional Principio rector	Cambios requeridos en el estado familiar para la progresión evolutiva
1. Entre familias: Adulto/a joven, sin compromiso	Aceptación de la separación	Diferenciación de sí mismo en relación a la familia de origen Desarrollo de relaciones de intimidad Establecimiento de una identidad laboral
2. Unión de familias a través del matrimonio: la pareja recién casada	Compromiso con el nuevo sistema	Formación del sistema marital Realineamiento de las relaciones con las respectivas familias extensas y amigos para incluir al esposo/a
3. La familia con niños pequeños	Aceptación de nuevos miembros en el sistema	Ajuste del sistema marital para hacer espacio a los niños Toma de roles parentales Realineamiento de las relaciones con la familia extensa para incluir los roles parentales y de los abuelos
4. La familia con adolescentes	Incremento de la flexibilidad en las fronteras familiares para incluir la independencia de los hijos	Cambio en la relación padres/hijos que permita al adolescente la movilidad dentro y fuera del sistema Refocalización de temas maritales y laborales/profesionales Cambio en la dirección de las preocupaciones hacia la generación mayor
5. El despegue y partida de los hijos	Aceptación de una cantidad de entradas y salidas al/del sistema familiar	Renegociación del sistema marital como una diada Desarrollo de relaciones adulto-adulto entre padres e hijos Realineamiento de las relaciones para incluir a los parientes políticos y a los nietos Afrontamiento de la discapacidad y muerte de los miembros de la generación mayor
6. El ciclo tardío	Aceptación de la modificación de los roles generacionales	Mantenimiento del funcionamiento e intereses propios y del cónyuge, aún en presencia de la declinación fisiológica. Exploración de nuevas opciones de rol familiares y sociales Apoyo del rol más central de la generación del medio Hacer lugar para la sabiduría de los mayores, apoyándolos sin menoscabar su funcionamiento Afrontamiento de las pérdidas (cónyuge, hermanos, amigos) y preparación para la propia muerte. Balance de vida e integración

Etapas del ciclo vital según Salvador Minuchín (Izquierdo, 2005).

La formación de la pareja-holón conyugal.

La familia con hijos pequeños donde se crean nuevos holones: parental/madre-hijo/padre-hijo.

La familia con hijos en edad escolar o adolescentes que involucra nuevos elementos, la familia con hijos adultos que involucra la etapa del “nido vacío”.

Tareas de acuerdo al Ciclo Vital: Tareas, conflictos y Complicaciones de la Familia
Según Betty carter –M. Mc Goldrick.

Galanteo- conformación de pareja:

Tareas: Diferenciación de la familia de origen. Elaborar pautas de interacción de la pareja y negociar.

Establecer y definir las formas de relación con su entorno.

Padres con Hijos Pequeños:

Tareas: Balancear tareas conyugales-parentales.

Negociar contactos nuevos con el exterior.

Acuerdos, reglas y límites-escuela permisos

Padres con Adolescentes: Crisis adolescencia

Tareas:

Fomentar la autonomía.

Balancear deberes y derechos.

Forma de interactuar con la cultura de los jóvenes.

Pareja: respetar diferencias, profesiones y ocupaciones.

Destete de los Padres: Proveer de alas a los hijos para que puedan volar.

Tareas: Cortar el cordón umbilical.

Reformular relación de pareja.

Incorporar rol de abuelo-disfrutar de los nietos.

3.2.1 Técnicas

a) Herramientas análogas: Se basan en representar cosas, objetos flotantes, utiliza metáforas, (globo inflado con hielo) que está flotando en el espacio terapéutico, se trae al proceso en determinados momentos. Tienen poder comunicativo, mágico distinto a las palabras.

b) Metáfora: Forma de expresión que maneja la familia o el terapeuta elabora/recoge una metáfora que la familia expresa, la explora y la trabaja. Permite: Recoger información, elaborar nuevo contenido para la familia, crear un código común,

abordar temas cargados emocionalmente, provocar al sistema, finalidad de evaluación, ir más allá del síntoma, utilizar un objeto, objeto metafórico.

c) Cuento Sistémico.- Construcción del terapeuta de un cuento metafórico sobre lo aportado por la familia, resonancias emocionales del terapeuta, respecto a un aspecto de la vida de la familia. Es una co-construcción de la familia y el terapeuta.

d) Escultura familiar.- Representación simbólica del sistema, de la familia. Permite expresión de ideas y emociones mediante uso del cuerpo en movimiento y en el espacio, estructura que da significado, sentido a las emociones y sentimientos.

3.3 Tercer Nivel: Tratamiento basado en la Personalidad: Formulación de la personalidad, objetivos de personalidad y técnicas de personalidad

En este nivel se trabaja cuando se ha diagnosticado de un trastorno depresivo, lo que implica un tratamiento de tiempo prolongado debido a que se enfoca hacia un cambio en la estructura misma del individuo. Este tratamiento puede ser de forma individual, grupal o se puede combinar, para ello se debe tener en cuenta como aspecto fundamental los rasgos característicos de la personalidad de un individuo.

3.3.1 Acercamiento de acuerdo a la personalidad

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

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

Personalidades de acercamiento comportamenta: Propuestas concretas y directas.
Inestable -TPD

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

3.3.2 Problemas básicos de acuerdo a la personalidad.- La terapia cognitiva aplicada a los trastornos de la personalidad considera una clasificación de las personalidades de la siguiente forma: “El grupo A, de trastornos descritos como

“raros o excéntricos”, esta formado por los trastornos paranoide, esquizoide y esquizotípico. El grupo B incluye los trastornos: antisocial, límite, histriónico y narcisista, que son descritos como “dramáticos, emotivos e imprevisibles”. El grupo C comprende las personas “ansiosas o temerosas”, que pertenecen a las categorías de los trastornos por evitación, dependencia, obsesivo compulsivo y pasivo agresivo” (Beck y Freeman, 1995, Pág. 19).

Este modelo considera que los diferentes tipos de personalidad están definidos por determinados esquemas nucleares que pueden inferirse ya sea según los pensamientos automáticos del paciente, mediante el uso de la evocación de imágenes y la reactivación de experiencias traumáticas pasadas que pueden examinarse dentro del contexto terapéutico, de igual manera sucede en el paciente depresivo. En el análisis de la depresión será muy útil analizar los rasgos de personalidad del paciente para poder utilizar adecuadamente el modelo cognitivo-conductual, evitando proponer cambios precipitados al paciente que causen resistencia a la terapia, más bien identificar estos rasgos y en el momento oportuno buscar un cambio en los esquemas a través de la reconstrucción, la modificación y la reinterpretación esquemática.

Es conocido que las personas no ceden a todos los impulsos lo cual resulta provocado por el “sistema de control” que opera conjuntamente con el sistema de acción para modular, modificar o inhibir los impulsos, estos sistemas tienen base en las creencias donde muchas suelen ser realistas y adaptativas y para Beck y Freeman (1995) mientras los impulsos constituyen los “quiero”, las creencias representan los “hacer” o “no hacer”, pero cuando un individuo desarrolla un trastorno de la personalidad tiende a procesar la información selectivamente y de un modo disfuncional.

La facilidad con la que los pacientes aceptan sus creencias condicionales durante la depresión o un trastorno de ansiedad sugiere que han perdido temporalmente la capacidad para someter sus interpretaciones disfuncionales a prueba de realidad por lo que la terapia cognitiva, entre otras cosas, apunta a reactivar el sistema de la prueba de realidad. En la terapia las creencias antiguas que forman la base del trastorno de la personalidad suelen ser las más difíciles de cambiar.

Para Beck y Freeman (1995, Pág. 505-510) los contenidos de los esquemas según los trastornos de personalidad son:

3.3.3 Contenido de los Esquemas en los Trastornos de la Personalidad

Trastorno de la personalidad por evitación

Soy socialmente inepto e indeseable en el trabajo y en las situaciones sociales.
Las otras personas son potencialmente críticas, indiferentes o despectivas o pueden rechazarme.
No tolero los sentimientos desagradables.
Si los demás se acercan a mí, descubrirán mi yo “real” y me rechazarán.
Quedar expuesto como inferior o inadecuado sería intolerable.
Debo evitar a toda costa las situaciones desagradables.
Si siento o pienso algo desagradable, debo tratar de apartarlo de mi mente o distraerme, –por ejemplo, pensando en otra cosa, tomando un trago, con drogas o viendo televisión.
Debo evitar las situaciones en las que atraigo la atención, o ser lo menos llamativo posible.
Los sentimientos desagradables aumentan de intensidad y se vuelven incontrolables.
Si otros me critican, deben tener razón.
Es mejor no hacer nada que intentar algo que pueda fracasar.
Si no pienso en un problema, no tengo que hacer nada al respecto.
Cualquier signo de tensión en una relación indica que va mal; por lo tanto, debo cortarla.

Trastorno de personalidad por dependencia

Soy alguien necesitado y débil.
Necesito que alguien esté siempre a mi alcance para ayudarme en lo que tengo que hacer; de lo contrario sucederá algo malo.
La persona que me ayuda puede ser segura, darme lo que necesito y apoyarme, si quiere hacerlo.
Si me dejan solo, no puedo valerme por mí mismo.
Estoy básicamente solo, a menos que pueda aferrarme a una persona más fuerte.
Ser abandonado es lo peor que me puede pasar.
Si no me aman, seré siempre infeliz.
No debo hacer nada que ofenda a quien me apoya o me ayuda.
Debo ser sumiso para conservar su benevolencia.
Debo tener acceso a esa persona en todo momento.
Debo cultivar la relación más íntima posible.
No puedo tomar decisiones por mí mismo.
No se desenvolverme bien como otras personas.
Necesito que otros me ayuden a tomar decisiones o me digan qué tengo que hacer.

Trastorno pasivo agresivo de la personalidad

Soy autosuficiente, pero necesito que los otros me ayuden a alcanzar mis objetivos.
El único modo de seguir respetándome a mí mismo es afirmarme de modo indirecto –por ejemplo, no cumpliendo exactamente con las instrucciones.
Me gusta tener relaciones estrechas, pero no a costa de ser dominado.

Las figuras de autoridad tienden a ser intrusitas, exigentes, entrometidas y controladoras.

Tengo que resistir la dominación de las personas con autoridad, pero al mismo tiempo conservar su aprobación y aceptación.

Ser controlado o dominado por los demás es intolerable.

Tengo que hacer las cosas a mi manera.

Establecer plazos, satisfacer los requerimientos y adaptarse a los demás son golpes directos a mi orgullo y autosuficiencia.

Si sigo las reglas como la gente espera que lo haga, limitaré mi libertad de acción.

Es mejor no expresar mi ira de modo directo, sino mostrar mi desagrado desobedeciendo.

Se lo que es mejor para mí, y nadie tiene que decirme lo que debo hacer.

Las reglas son arbitrarias y me asfixian.

Todos suelen ser demasiado exigentes.

Si una persona me parece demasiado mandona, tengo derecho a no hacer lo que me pide.

Trastorno obsesivo compulsivo de la personalidad

Soy totalmente responsable por mí mismo y los demás.

Para que las cosas se hagan, sólo puedo contar conmigo mismo.

Los demás tienden a ser demasiado informales, a menudo irresponsables, autocomplacientes o incompetentes.

Es importante que cualquier tarea se realice a la perfección.

Necesito orden, sistema y reglas para que la tarea se realice bien.

Si no soy sistemático, todo se derrumbará.

Cualquier falla o defecto en la ejecución puede provocar una catástrofe.

En todos los casos es necesario atenerse a las normas más estrictas, o las cosas se derrumban.

Necesito un control total de mis emociones.

La gente tiene que hacer las cosas a mi manera.

Si no actúo con la mayor competencia, fracasaré.

Los fallos, defectos o errores son intolerables.

Los detalles son extremadamente importantes.

Por lo general, mi modo de hacer las cosas es el mejor.

Trastorno antisocial de la personalidad

Tengo que preocuparme por mí mismo.

La fuerza o la astucia son los mejores medios para hacer las cosas.

Vivimos en una selva en la que sobreviven los más fuertes.

Me golpearán a mí si no golpeo primero.

No es importante cumplir las promesas ni pagar las deudas.

Mentir y hacer trampas está bien, mientras a uno no lo atrapen.

He sido tratado injustamente y tengo derecho a conseguir por cualquier medio lo que me corresponde.

Los otros son débiles, y merecen que los dominen.

Si no desplazo a los demás, ellos me desplazarán a mí.

Debo hacer todo lo que puedo hacer.

Lo que los demás piensen de mí no tiene ninguna importancia.

Si quiero algo, debo hacer todo lo necesario para conseguirlo.

Puedo hacer las cosas pero no tengo que preocuparme por las malas consecuencias.

Si una persona no sabe defenderse, ése es su problema.

Trastorno narcisista de la personalidad

Soy una persona muy especial.

Puesto que soy superior, tengo derecho a un trato y privilegios especiales.

A mí no me obligan las reglas que valen para los demás.

Es muy importante obtener reconocimiento, elogio y admiración.

Si los demás no respetan mi status, deben ser castigados.

Todos tienen que satisfacer mis necesidades.

Los demás deben reconocer lo especial que soy.

Es intolerable que no se me tenga el debido respeto, o que no consiga aquello a lo que tengo derecho.

Las otras personas no merecen la admiración o la riqueza que tienen.

La gente no tiene ningún derecho a criticarme.

Mis necesidades están por encima de las de cualquier otro.

La gente debería preocuparse por promocionarme, porque tengo talento.

Solo me comprenden las personas tan inteligentes como yo.

Tengo todas las razones para esperar grandes cosas.

Trastorno histriónico de la personalidad

Soy una persona interesante, estimulante.

Para ser feliz necesito que otras personas me presten atención.

Si no entretengo o impresiono a la gente, no soy nada.

Si no atraigo la atención de los demás, no les gustaré.

El modo de conseguir lo que quiero consiste en deslumbrar o divertir a la gente.

Las personas que no me responden muy positivamente, son malas.

Es terrible que la gente me ignore.

Debo estar en el centro de atención.

No tengo que preocuparme por pensar mucho las cosas; puedo seguir mis intuiciones.

Si entretengo a la gente, no advertirán mis debilidades.

No soporto el aburrimiento.

Si siento que me gusta hacer algo, debo hacerlo.

La gente solo me prestará atención si actúo de manera extrema.

Los sentimientos y la intuición son mucho más importantes que el pensamiento y la planificación racionales.

Trastorno esquizoide y esquizotípico de la personalidad

No importa lo que las otras personas piensen de mí.

Para mí es importante ser libre e independiente de los demás.

Disfruto más haciendo cosas a solas que con otros.

En muchas situaciones, estoy mucho mejor si me dejan solo.

En lo que decido hacer, los otros no influyen sobre mí.

Para mí no tiene importancia la intimidad con otras personas.

Yo establezco mis propias normas y metas.

Para mí la privacidad es mucho mas importante que la relación con la gente.

No me importa lo que piensan otras personas.

Puedo manejar las cosas a mi manera, sin la ayuda de nadie.

Es preferible estar solo y no sentirse “pegado” a otras personas.

No debo confiar en los demás.

En la medida en que yo mismo no me comprometo, puedo usar a la gente para mis propios fines.

Las relaciones son complicadas y coartan la libertad.

Trastorno paranoide de la personalidad

No puedo confiar en los demás.

La gente actúa por motivos ocultos.

Si no me mantengo alerta, tratarán de usarme o manipularme.

Tengo que estar constantemente en guardia.

No es seguro confiar en otras personas.

Si las personas actúan amistosamente, quizás traten de usarme o explotarme.

La gente se aprovechara de mí si le doy la oportunidad.

En su mayor parte, las otras personas son hostiles.

Tratarán deliberadamente de rebajarme.

A menudo la gente trata deliberadamente de molestarme.

Si llegan a pensar que pueden tratarme mal, tendré un problema grave.

Si descubren cosas sobre mí, las usarán en mi contra.

A menudo la gente dice una cosa y quiere decir otra.

Una persona próxima a mi puede ser desleal o infiel.

3.3.4 Etapas del Proceso en el Modelo Integrativo basado en la Personalidad (Balarezo, 2005).

3.3.4.1 Primera Etapa

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

La primera entrevista consta de las siguientes estrategias:

Establecimiento del rapport.

Aproximación diagnóstica del problema, trastorno, personalidad y entorno.

Desinhibición emocional.

Apoyo emocional.

Estructuración y afianzamiento de la relación.

3.3.4.2 Segunda Etapa.

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

Se realiza la investigación clínica de personalidad y del entorno, para ello se puede utilizar la ficha integrativa de evaluación psicológica (FIEPs). Se diagnostica el problema o trastorno, la personalidad premórbida y el entorno.

3.3.4.3 Tercera Etapa

Planificación del Proceso.- Se da la formulación dinámica del trastorno o problema, formulación dinámica de rasgos de personalidad, señalamiento de objetivos señalamiento de técnicas.

Para llevar a cabo este proceso se debe tener en cuenta nuevamente la atención integral desarrollado por el Modelo Supraparadigmático.

Se atenderá a los adolescentes de una manera integral:

Se buscará un correcto funcionamiento biológico:

- Atención médica en caso de enfermedades.
- Buena alimentación.
- Regularización de ciclos de comida y sueño.
- Relajación y ejercicio físico.
- Evitar el consumo de sustancias dañinas para el organismo.

En el ámbito afectivo

- Fomentar el sentimiento de pertenencia a través de la relación con los animales y las plantas.
- La existencia de adultos que escuchen sus necesidades.
- Fomentar el autoconocimiento y autovaloración.

En el ámbito conductual

- Regular conductas que no son socialmente aceptables.
- Recompensar las conductas positivas.

En el ámbito familiar y social

- En lo posible apoyar a la familia en su organización.
- Establecer relaciones positivas con sus compañeros y otros.

En el sistema self

- Mejorar autoestima.

- Seguridad en si mismos.
- Capacidad de decisión.
- Empatía con los otros.

En este aspecto se propone la creación de un ambiente apto para la realización de esta terapia en el caso de no contar con el apoyo de la familia. Es decir la creación de una casa de acogida para el adolescente.

Terapia Cognitiva Conductual en pacientes con depresión (Beck 2003, citado por Carchipulla y Merchán, 2008).-La finalidad de la Terapia Cognitivo Conductual en la depresión consiste en intentar clarificar los pensamientos o creencias que mantienen patrones de conducta y sentimientos mal adaptativos en el paciente. Freeman y Reinecke (1995, citado por Beck, 2003) afirman que dentro del modelo cognitivo conductual se consideran el afecto, la conducta, los procesos psicológicos, los hechos ambientales y las cogniciones como componentes interactivos que influyen recíprocamente unos sobre otros, estos componentes suceden a lo largo del tiempo. Por lo tanto la modificación de los esquemas resulta difícil y es importante que el terapeuta tome en cuenta la correlación entre los factores conductuales, cognitivos y afectivos. Así, la estrategia general de la psicoterapia cognitiva se puede diferenciar del resto de escuelas por su énfasis en la investigación empírica de los pensamientos, inferencia, conclusiones y supuestos automáticos del paciente.

Otra de las características de este modelo es que da importancia a los problemas del “aquí y ahora”, trabajando únicamente sobre los acontecimientos del pasado si éstos afectan a la vida actual; su interés está dirigido al paciente y no a la enfermedad, el terapeuta es alguien que escucha y no juzga.

Además es importante recalcar que el tratamiento de una persona depresiva, muchas veces puede verse beneficiado cuando se trabaja con el grupo familiar o con un amigo, de esta forma se somete a validez los pensamientos negativos que pueden existir tanto en el paciente como en sus familiares y se brinda apoyo tanto al paciente como al grupo familiar. Beck (2003) afirma que existe una considerable variabilidad

entre los pacientes depresivos en cuanto al grado en que la depresión mejora o se agrava en función de otras personas.

Beck (2003) manifiesta que en el caso de depresión, debido al mismo ánimo del paciente el terapeuta le ayuda a organizar sus pensamientos y su conducta con el fin de hacer frente a las exigencias de la vida cotidiana, ya que la preocupación e inestabilidad del paciente no solamente dificulta el proceso sino que también hacer introspección puede provocar que sus preocupaciones e ideas perseverantes se vean agravadas.

El principal objetivo de la psicoterapia cognitivo conductual es investigar los pensamientos y sentimientos durante la sesión terapéutica y entre sesiones. Así la práctica de las técnicas cognitivo conductuales ayuda a que el paciente afronte ulteriores depresiones e incluso sea capaz de evitarlas, “su objetivo es delimitar y poner a prueba las falsas creencias y los supuestos desadaptativos específicos del paciente” (Beck, 2003, Pág.13). Afirma además que la finalidad de la terapia es la de mitigar las alteraciones emocionales y otros síntomas presentes en el paciente, se centran en las interpretaciones erróneas y conductas contraproducentes o conductas inadecuadas del mismo, por lo que es importante que el terapeuta esté alerta y preste atención a las ocasiones en que se produce una intensificación de las emociones negativas en el paciente con la finalidad de empatizar con las experiencias emocionales dolorosas del paciente y de identificar las cogniciones inadecuadas, es importante también tener clara la diferencia y los límites entre pensamientos y sentimientos negativos; a su vez, estar alerta a señales de diversión y satisfacción por más pequeñas que éstas sean, ayuda a fomentar las emociones agradables.

En los casos de depresión generalmente la terapia consta de 15 a 20 sesiones una vez a la semana. Los casos más graves suelen adquirir sesiones frecuentes, y durante la última fase del tratamiento suelen ser más espaciadas, además se recomienda “terapia de apoyo” una vez que ha finalizado el tratamiento, las mismas que se pueden llevar a cabo llegando un acuerdo mutuo entre el paciente y el terapeuta.

El modelo cognitivo conductual busca principalmente ayudar al paciente a examinar la manera en la que construye y entiende su mundo (cogniciones) y a experimentar

con nuevas formas de respuesta (conducta) para que así, los pensamientos irracionales puedan ser modificados a fin de promover una mejor adaptación. Así, las técnicas terapéuticas de este modelo están principalmente dirigidas a identificar y modificar las conceptualizaciones distorsionadas y las falsas creencias, mediante el aprendizaje y uso de las mismas buscando que el paciente aprenda a resolver sus problemas y enfrente aquellas situaciones que anteriormente consideraba insuperables, esto se consigue a través de una reevaluación y modificación de sus pensamientos, ayudándolo a que estos sean más realistas y adaptativos, y así reducir y eliminar los síntomas.

Beck (2003) considera que, el método consiste en experiencias de aprendizaje altamente específicas dirigidas a enseñar al paciente operaciones como:

La intervención terapéutica consiste primeramente en dar una explicación teórica sobre la terapia cognitiva, para posteriormente utilizar métodos de aprendizaje que permitan reconocer las cogniciones y analizarlas desde un punto de vista lógico con el fin de determinar su validez y valor adaptativo, involucrándolo en el incremento de la conducta positiva en contraposición del mantenimiento de la patología. Muchas veces estas técnicas son aprendidas por el paciente de tal forma que posteriormente pueden ser utilizadas sin la presencia del terapeuta.

Entre las estrategias de intervención cognitiva:

- a.** Explicar el fundamento teórico al paciente.- Básicamente la triada cognitiva, la relación acerca de los pensamientos de una persona acerca de sí misma, de su entorno y de su futuro y sus sentimientos, motivaciones y conducta; resaltando el efecto negativo de los pensamientos inadecuados o distorsionados sobre los sentimientos y la conducta del paciente.
- b.** Definición de cognición para el paciente.- “un pensamiento o una imagen de lo que uno puede no ser consciente, a no ser que le preste atención”. De forma característica, una cognición es una valoración de acontecimientos hecha desde cualquier perspectiva temporal (pasado, presente o futura)”.(Beck y Freeman, 2003, pag. 137)

- c. Influencia de las cogniciones sobre los afectos y la conducta.- A través de técnicas como la distancia psicológica, imágenes inducidas, etc. se muestra la relación que existe entre las cogniciones, afecto y conducta.
- d. Cognición y experiencias recientes.- Identificar pensamientos e ideas inadecuadas, lo esencial es que se hagan conscientes de sus cogniciones negativas y sean capaces de detectarlas y se registran estas cogniciones para asegurarse de que comprende la importancia de sus pensamientos.
- e. Detección de los pensamientos automáticos.-Mediante varios métodos se pide al paciente que anote los pensamientos automáticos que vienen junto a las cogniciones. Para ello puede otorgarle un tiempo específico, o se puede sugerir que piense en aspectos que tienen relación con la depresión y que anote los pensamientos inmediatos.
- f. Examinar y someter a una prueba de realidad las imágenes y los ensamientos automáticos.- Se pide que el paciente someta sus ideas a pruebas de realidad, buscando que el paciente analice sus ideas desde una perspectiva más correcta.
- g. Técnicas de retribución.- Consiste en que el terapeuta y el paciente revisan los acontecimientos relevantes y aplicarán leyes lógicas a la información disponible, con el objeto de atribuir la responsabilidad a quien realmente corresponda.
- h. Búsqueda de soluciones alternativas.- Es la investigación de otras interpretaciones o soluciones del paciente.
- i. Registro de pensamientos inadecuados.- Anotar las cogniciones y las respuestas en columnas paralelas es un modo de comenzar a examinar, evaluar y modificar cogniciones.

Situación	Sentimientos	Cogniciones	otras situaciones posibles
-----------	--------------	-------------	----------------------------

Técnicas conductuales.- Se busca lograr un cambio en las actitudes negativas del paciente que produzcan un cambio en su desempeño. Se utiliza como inicio de terapia en depresiones graves.

Programación de actividades.- Sirve para contrarrestar el pesimismo y la falta de motivación, su inactividad y su preocupación en torno a las ideas depresivas, planificando el tiempo hora tras hora.

Técnicas de dominio y agrado.- Sirve para contrarrestar la idea absolutista de todo o nada, se pide al paciente que anote el nivel de dominio y de agrado que tienen las actividades que realiza.

Técnicas de asignación de tareas graduales.- Las características son: a) definición del problema, b) formulación de un proyecto, c) observación inmediata y directa del paciente de su éxito al conseguir un objetivo d) eliminación de dudas del paciente e) estimular al paciente a que evalúe en forma realista f) énfasis en el hecho de que el paciente alcanza el objetivo gracias a su propio esfuerzo, g) asignar tareas nuevas y más complejas.

Práctica cognitiva.- Se solicita al paciente que imagine sucesivamente cada uno de los pasos que componen la ejecución de una tarea. Este procedimiento obliga al paciente a prestar atención a los detalles esenciales de las actividades que lleva a cabo, a la vez contrarresta la tendencia a divagar.

Entrenamiento de asertividad y role-playing.-

Otras técnicas propuestas por Beck, 2005:

Liberación de sentimientos y emociones.- hay que ser cuidadosos en la liberación de emociones ya que su sola liberación no va a provocar mejoría en el paciente, y en algunos casos podrá haber resistencia o incluso el síntoma podría agravarse. Es importante estructurar la sesión de modo que no se dedique todo el tiempo a la emocionalidad del paciente, especialmente cuando las reacciones emocionales de éste son exageradas o están basadas en ideas irracionales, es importante animarle a explorar las actitudes que parecen estar generando los sentimientos exagerados. Las emociones liberadas pueden ser positivas o negativas y ambas son bien aceptadas.

j. Preguntas socráticas: buscan desarrollar mayor conciencia en el paciente.

k. Planteamiento de hipótesis a tener en cuenta: sirve para iniciar la conceptualización de los problemas dentro del marco cognitivo conductual.

- l.** Señalar directamente áreas de dificultad: especialmente en pacientes depresivos en los cuales la introspección resulta difícil e incluso dolorosa.
- m.** Clarificación y resolución de los esquemas disfuncionales: los pensamientos y acciones suicidas están precipitadas frecuentemente por la frustración de las necesidades psicológicas del individuo: deseos de logro, afiliación o apoyo, nutrición, autonomía o gusto. Estas necesidades llegan a ser sobresalientes o importantes para un individuo en particular dependiendo de sus experiencias tempranas y tienden a reflejarse en los esquemas específicos.
- n.** Evaluación de la depresión y del riesgo suicida.

Es importante mencionar que las técnicas cognitivo-conductuales pueden ser aplicadas de manera individual o grupal.

Terapia Racional Emotiva.- En la misma línea esta terapia puede ser apoyada por la Terapia Racional Emotiva (RET) desarrollada por Ellis en 1975, presupone que la mayoría de los problemas son el resultado de pensamiento “mágico”, o de los pensamientos irracionales. Las diez principales ideas irracionales citadas por Ellis son:

1. La idea de que el adulto tiene la necesidad de ser querido o aceptado por cualquier persona significativa de su comunidad.
2. La idea de que la persona debería de ser globalmente competente, apropiada y con éxito en todos los posibles ámbitos si desea considerarse merecedor.
3. La idea de que la felicidad humana está externamente causada y las personas disponen de escasas habilidades para controlar sus preocupaciones o disgustos.
4. La idea de que la historia pasada de una persona constituye un determinante fundamental en su conducta presente y que como algo afectará fuertemente la vida de la persona, ésta debería seguir teniendo un efecto similar indefinidamente.
5. La idea de que invariablemente existe una solución perfecta, precisa y correcta para los problemas humanos y que no hallar esta solución puede ser catastrófico.

6. La idea de que si algo es o puede ser peligroso o temible, uno debería preocuparse por esto y debería seguir meditando sobre su posible ocurrencia.
7. La idea de que ciertas personas son malas, perversas o villanas y debería ser severamente castigadas por su maldad.
8. La idea de que es horrible y catastrófico que las cosas no sean como a uno le gustaría que fueran.
9. La idea de que es más fácil evitar que encarar ciertas dificultades vitales y responsabilidades propias.
10. La idea de que la persona debería disgustarse ante los problemas o preocupaciones ajenas. (Ellis, 1974, pp.152-153; citado por Conner, 2000 pag. 474).

Este modelo muestra al cliente como las ideas irracionales (B) sobre una actividad o acción (A) produce consecuencias irracionales o inapropiadas (C). Entonces se enseña al cliente a disputar (D) las ideas irracionales (B), las cuales no son hechos y por lo tanto no disponen de pruebas y por último a reconocer los efectos (E). Normalmente los efectos (E) son efectos cognitivos (Ec) o efectos conductuales (Eb).

Balarezo (2004) manifiesta que las técnicas cognitivas útiles en la terapia y prioriza las siguientes.

Técnicas Cognitivas:

Detección por medio de autoregistros que indagan las ideas irracionales que subyacen a las emociones y la conducta.

Refutación: Utilizando las preguntas se contrarrestan las ideas irracionales y se le instruye al paciente para que las utilice en su vida diaria.

Discriminación: Por medio del modelado se le enseña la diferencia entre pensamientos racionales e irracionales.

Tareas cognitivas: Se las envía a casa para que el paciente, mediante los autorregistros utilice guías de refutación empleando casetes registrados en las sesiones u otros temas generales.

Técnicas referenciales: Se sugiere al paciente que redacte un listado de aspectos positivos de su personalidad o conducta para evitar generalizaciones inapropiadas.

Técnicas Emotivas:

1. Aceptación incondicional al paciente.
2. Métodos humorísticos (Evita la visión dramática de los hechos).
3. Autodescubrimiento (Señalamiento de la condición humana e imperfecta del terapeuta).
4. Uso del modelado vicario (empleo de historias, leyendas, parábolas para inducir las correcciones).
5. Repetición de frases racionales como autoinstrucciones (técnicas de autocontrol).

Terapia de Resolución de Problemas Zurilla (1986): Ha mostrado su efectividad en síntomas de depresión a (Nezu,1986). (Esta técnica se puede utilizar, también, en el nivel anterior).

1. Explicación del tratamiento: Para exponer el propósito y hacer un breve resumen de la estrategia de resolución de problemas.
2. Orientación del problema: Para evaluar el estilo de manejo resolutivo del cliente; para educar al cliente en las destrezas resolutivas; para determinar los obstáculos emocionales y cognitivos y entrenarle en su manejo y para atacar el problema desde diferentes puntos y evaluar el tiempo, energía y compromiso necesarios para resolverlo.
3. Definición y formulación del problema: Para ayudar al cliente a recoger la información objetiva y relevante que permita la comprensión de los problemas, para identificar los componentes centrados en el problema y/o los centrados en el aspecto emocional y para identificar las metas de resolución correspondientes a cada problema.
4. Elaboración de soluciones alternativas: Para enseñar al cliente a pensar en diferentes formas de manejar cada problema y a prorrogar el uso de los principios de juicio, cantidad y calidad.
5. Toma de decisiones: Para que el cliente analice la lista de soluciones alternativas, evalúe (juzgue y compare) los resultados que se obtendrán de cada meta y seleccione un plan de acción.
6. Aplicación y verificación de las soluciones: Para animar al cliente a que pruebe simultáneamente varias soluciones alternativas, se auto-observe, evalúe y refuerce la aplicación de las soluciones y para ayudar al cliente a

investigar y reciclar la estrategia resolutiva cuando las soluciones no funcionan.

Terapia de los constructos personales (George Kelly): Aportaba a sus pacientes con “explicaciones extravagantes” que debían cumplir dos condiciones:

Dar cuenta de los hechos relevantes tal como los veía el paciente.

Dar lugar a implicaciones que le permitieran afrontar el futuro de forma diferente.

Pasos:

El paciente escribe una descripción de sí mismo (auto caracterización), luego el terapeuta redacta una descripción alternativa y finalmente se le pide al paciente que durante dos semanas, se relacione en todos los ámbitos significativos de su vida desde el rol diseñado.

- Textos literarios y autobiografías:

Diario Personal (Illanes y Tirado 2002).

El trabajo en la silla vacía y los asuntos no resueltos.

Técnicas de procesamiento emocional (Robert Leahy 2003) Trabajo para casa
hoja de registro emocional.

Identificar esquemas emocionales.

Revisión del proyecto de vida.

El tiempo para el espejo.

Terapia Familiar.- Como sugiere Yeats (1928), concebir una parte como algo separado de la totalidad, a un sujeto activo como un bailarín independiente de la danza, resulta absurdo. Igualmente absurdo es tratar al adolescente con problemas, al margen de un contexto social existente.

Compartimos el hecho de que la adolescencia debe contemplarse como una transformación social, más que biológica, y que este enfoque psicosocial constituye el único modo provechoso de conceptualizar los problemas y anticipar las posibilidades para un tratamiento eficaz.

Muchos estudios han confirmado que la terapia familiar es un procedimiento breve que lleva a una mejoría mucho más rápida de la sintomatología que otros tratamientos, tales como el psicoanálisis o la terapia individual (Bruch, 1973).

Trabajar en identidad.- La terapia familiar tiende a promover una gradual renegociación de ese vínculo “desde la autoridad asimétrica de la niñez temprana y la edad escolar hacia, potencialmente, una reciprocidad en un nivel de pares en la edad adulta (Grotevant y Cooper, 1985). Para adquirir identidad, dice Erickson (1968), los adolescentes deben forjarse alguna perspectiva y dirección centrales para ellos mismos. La terapia familiar pone el acento en un proceso de forjar con y juntos. Después de todo la meta de la familia no es que el chico huya del hogar, sino que salga de él, y que al hacerlo se mantenga una relación adecuadamente protectora para ambas generaciones.

Competencia social.- Trabajando dentro de la familia para redefinir las reglas sociales arraigadas, el terapeuta puede ayudar al adolescente conflictuado a reformar su sí-mismo social de modo que permita estar en mejores condiciones de relacionarse con los pares y con representantes externos del poder tales como maestros o los empleadores.

Narcisismo adolescente.- La terapia familiar aborda el narcisismo disfuncional intentando crearle al adolescente la experiencia de distanciamiento en el desarrollo. Esta experiencia consiste en aquellos momentos de revelación existencial por los que el adolescente comprende que debe bastarse a sí mismo y aceptar el hecho de que no siempre contará con mamá y papá para socorrerlo, salvarlo y rescatarlo de las situaciones difíciles de la vida.

Separación.- Todos los individuos deben alejarse gradualmente y luego volver a conectarse. La terapia familiar interviene con el fin de hacer realidad este proceso doloroso pero gratificante.

Técnicas:

Establecimiento de límites.- Es la piedra angular de la terapia familiar con adolescente. La cuestión fundamental de desarrollar una identidad independiente para prepararse a dejar el hogar depende del grado de corrección con que la familia haya establecido los límites necesarios.

Representación.- El terapeuta fomentará la creación de libretos interpersonales durante la sesión del tratamiento en la que se representen las transacciones disfuncionales entre los miembros de la familia. Incluye tres pasos: Observación de las transacciones espontáneas de la familia y decidir los aspectos disfuncionales que deben ponerse en evidencia. El segundo paso, organiza los libretos y hace que se represente el proceso disfuncional, perturbando al sistema toda vez que sea necesario para aumentar la intensidad. En el tercer paso, el terapeuta cuestiona los modos de transacción hasta que emergen patrones transaccionales más funcionales y comienza el proceso de cambio terapéutico. Para que se produzca la representación, el terapeuta debe asumir una posición descentralizada.

Desequilibración.- El terapeuta cuestiona y cambia la organización familiar. El terapeuta que utiliza esta técnica, en lugar de presentar un punto de vista equilibrado, “severo pero justo”, se incorpora al sistema familiar y actúa en apoyo de un solo individuo o subsistema.

Reencuadre.- Implica la introducción terapéutica de otras realidades posibles que le brinden a los miembros de la familia un marco distinto en el cual experimentarse a ellos mismo y uno al otro.

Búsqueda de competencia.- La finalidad de la búsqueda de competencia, es confirmar al individuo como cuestionar el sistema que está impidiendo el surgimiento de una conducta más positiva y funcional.

Intensidad.- Es una técnica para regular selectivamente el grado de sensibilidad en la sala a fin de amplificar el mensaje terapéutico. Las variaciones en la intensidad pueden ser muy grandes, desde las comunicaciones simples y de tono menor hasta las crisis intensas.

4.3.4.4 Cuarta etapa

Ejecución y aplicación técnica: Técnicas sintomáticas y Técnicas de personalidad.

4.3.4.5 Quinta etapa

Evaluación del Diagnóstico y los resultados, monitoreo del proceso.

4.4 Conclusiones

Este capítulo recoge herramientas necesarias para el trabajo de la depresión en tres niveles, de prevención, asesoramiento y tratamiento, considerando al adolescente desde el modelo integrativo desde donde se observa mejores resultados en esta patología, si bien se plantean técnicas específicas en cada uno de estos niveles, las mismas, a criterio del terapeuta, puede ser utilizada en un nivel diferente al planteado.

CAPÍTULO 4

ANÁLISIS DE LOS DATOS Y RESULTADOS

“NIVELES DE DEPRESIÓN EN LOS ADOLESCENTES DE LA CIUDAD DE CUENCA

El presente capítulo contiene los resultados de la aplicación práctica en la evaluación de los niveles de depresión de los adolescentes de décimo de educación básica y primero de bachillerato de los colegios de la Ciudad de Cuenca. Para ello se ha realizado el análisis estadístico, cumpliendo así el objetivo general de esta investigación. Este trabajo nos da el conocimiento necesario de la realidad que viven nuestros adolescentes, tomando en cuenta la depresión y facilita la realización de planes específicos de trabajo en esta problemática.

4.1 Metodología

4.1.1 Universo: Alumnos de décimo de básica y primero de bachillerato (15 a 17 años aproximadamente) de ambos sexos que concurren a colegios de la ciudad de Cuenca (11.287).

4.1.2 Muestra: La muestra está conformada por 1077 alumnos que implica un nivel de confianza del 95% y un error aceptado del 3%. Se empleó la técnica del muestreo estratificado considerando el nivel de educación, el tipo de colegio y el sexo de los estudiantes, a partir de esto se realizó un muestreo intencional con los colegios donde la propuesta interesó a directivos dispuestos a brindar su colaboración.

4.1.3 Procedimiento.-Se inició con la revisión bibliográfica respectiva para escoger las pruebas a utilizar, luego de lo cual se realizó un sondeo con 10

adolescentes y profesionales que leyeron la prueba y encontraron un lenguaje aceptable para nuestro medio. Luego se delimitó el universo y la muestra solicitando la autorización en los colegios y se procedió a aplicar los tests, para ello se explicó a los alumnos en que consistía y cuales eran los motivos del trabajo y que su participación era totalmente voluntaria.

Se empleó el procedimiento analítico sintético y se utilizó la estadística descriptiva e inferencial, que es la que permite resumir y presentar de mejor manera la información obtenida a partir de los datos.

4.1.4 Escalas (Casullo, 2001): La escala de síntomas depresivos fue diseñada originariamente por investigadores del Centro de Estudios Epidemiológicos del Instituto Nacional de Salud Mental de Estados Unidos. Los veinte ítems que la integran se extrajeron de cinco escalas de depresión usadas hasta entonces.

La escala de depresión de Zung (1965).

La escala de depresión de Beck (1961).

Partes de la escala de depresión el MMPI (1960).

La escala de Raskin (1970).

La lista de síntomas de Gardner (1968).

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

Menos de 1 día se asigna cero puntos.

1-2 días se asigna un punto.

3-4 días se asignan dos puntos

5-7 días se asignan tres puntos.

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

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

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

Roberts y col (1990) utilizaron la escala en cuatro estudios piloto que cubrieron una muestra total de 2000 adolescentes del estado de Oregon, EEUU. Con una edad promedio de 16 años. Emplearon una versión española de la técnica para encuestar a adolescentes hispano-parlantes. Estudiaron la consistencia interna de la escala (coeficiente alpha) en cada muestra y para el total de ellas obteniendo un valor promedio de 0,87.

A los efectos de estudiar la estructura factorial de la escala se aplicó la técnica LISRAEL VI, pudiéndose verificar la estructura del modelo de factores hallada por Radloff (1977) en los estudios de adultos:

Factor 1: Desánimo.

Factor 2: Afectos positivos

Factor 3: Aspectos personales de hipoactividad.

Factor 4: Relaciones interpersonales.

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

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

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

Factor 3: Afectos positivos.

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

Se utilizará como un método de comparación a la Escala de Depresión de Beck, debido a que es uno de los instrumentos más usados para medir el estado de ánimo deprimido y cuenta con un extenso respaldo empírico respecto a su fiabilidad y validez con poblaciones de distintos países. (Vásquez y Sanz, 1991).

Para el procesamiento y análisis de los resultados se utilizó el programa SPSS 13.5 .

4.2 Análisis

4.2.1 Características de la muestra.- En este estudio los test fueron administrados a 1077 estudiantes secundarios comprendidos entre las edades de 12 a 19 años, con una media de 15. Tabla 1.

Tabla 1. Edad

		Frecuencia	Porcentaje
Válidos	12,00	2	0,2
	13,00	83	7,8
	14,00	409	38,4
	15,00	401	37,7
	16,00	134	12,6
	17,00	26	2,4
	18,00	8	0,8
	19,00	2	0,2
	Total	1065	100,0
Perdidos	99,00	12	
Total		1077	

Analizando por nivel de educación 595 (55%), pertenecían al décimo de básica y 477 (44%) al primero de bachillerato. Tabla 2

Tabla 2. Nivel educativo

		Frecuencia	Porcentaje
Válidos	Décimo	595	55,5
	Primero de Bachillerato	477	44,5
	Total	1072	100,0
Perdidos	99,00	5	
Total		1077	

Según el tipo de colegio existía un 10% perteneciente a fiscomisional; 23,9% a particular y ; 65,5%, a fiscal. Tabla 3

Tabla 3. Tipo de Colegio

	Frecuencia	Porcentaje
Válidos Fiscomisional	109	10,1
Particular	257	23,9
Fiscal	705	65,5
Total	1071	99,4
Perdidos 99,00	1077	0,100,00

Según el sexo la muestra estaba conformada por 567 (52,6% de mujeres) y 510 (47,4%) de varones. Tabla 4.

Tabla 4. sexo

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Femenino	567	52,6	52,6	52,6
	Masculino	510	47,4	47,4	100,0
	Total	1077	100,0	100,0	

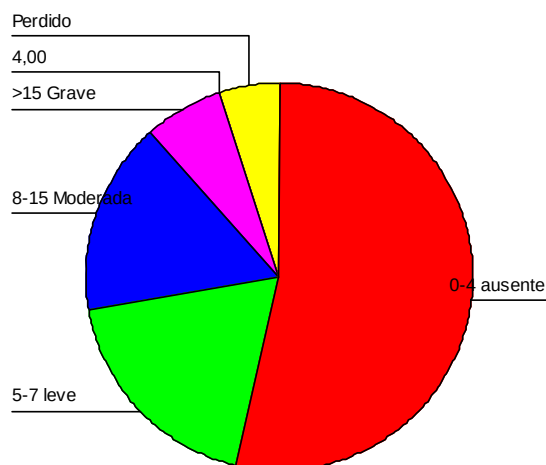
4.2.2 Niveles de depresión: Según el test de Beck el 56,4% no presenta depresión; el 19,4 % depresión leve; el 16,9% moderada y el 7,1 grave. Tabla 5, gráfico 1. Además se obtuvo una media de 5,26 equivalentes a depresión leve y una varianza de 0,96.

Tabla 5.Niveles de Depresión, Test de Beck

		Frecuencia	Porcentaje válido
Válidos	0-4 ausente	578	56,4
	5-7 leve	199	19,4
	8-15 Moderada	173	16,9
	>15 Grave	73	7,1
	4,00	1	,1
	Total	1024	100,0
Perdidos	99,00	53	
Total		1077	

Gráfico 1

Niveles de depresión, test de Beck

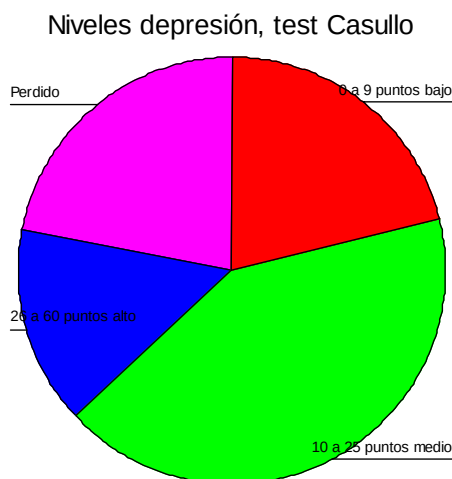


Según la Escala de Depresión elaborada por Casullo y cols. Presenta una media de 17, equivalente a signos medios de depresión y una varianza de 0,45. Se observa que 451 (41,9%) adolescentes presentan niveles medios de depresión, 163 adolescentes(15,1%) presentan niveles altos de depresión y 228 (21,2) niveles bajos de depresión. Tabla 7 y gráfico 2

Tabla 7. Niveles de depresión, Test Casullo

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido
Válidos	0 a 9 puntos bajo	228	21,2	27,1
	10 a 25 puntos medios	451	41,9	53,6
	26 a 60 puntos alto	163	15,1	19,4
	Total	842	78,2	100,0
Perdidos	99,00	235	21,8	
Total		1077	100,0	

Gráfico. No. 2



En el análisis de la depresión según el sexo se observó mayores puntajes en el sexo femenino que en el masculino. En las mujeres existe un 29,2% (un 76,7% del total de participantes) de puntajes altos, frente a un 9,2% en los varones (23,3% del total de participantes). Además, un chi-cuadrado de 0,00 (valor mínimo esperado 0,05) nos demuestra una correlación fuerte entre el sexo femenino y la depresión. Tabla No. 8

Tabla No. 8 Relación entre depresión y sexo.

			Depresión			Total
			0 a 9 puntos bajo	10 a 25 puntos medios	26 a 60 puntos alto	
Sexo	Femenino	Recuento	67	236	125	428
		% de sexo	15,7%	55,1%	29,2%	100,0%
		% de Depresión	29,4%	52,3%	76,7%	50,8%
	masculino	Recuento	161	215	38	414
		% de sexo	38,9%	51,9%	9,2%	100,0%
		% de Depresión	70,6%	47,7%	23,3%	49,2%
Total		Recuento	228	451	163	842
		% de sexo	27,1%	53,6%	19,4%	100,0%
		% de Depresión	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Analizando la depresión según el nivel de escolaridad obtenemos que en el décimo existen 127 (55%) alumnos con un nivel medio de depresión; 79 (17,2%) con niveles altos de depresión, quedando 127 (27,7%) con niveles bajos de depresión. En el Primero de Bachillerato existen 198 (51,8%) alumnos con nivel medio de depresión; 84 (22%) con un nivel alto; quedando 100 (26,2%), con niveles bajos de depresión. Observando que en ambos niveles la depresión es similar y en un análisis correlacional no existen niveles de significación en estas variables. Tabla No. 9

Tabla No. 9. Análisis de la depresión de acuerdo al nivel de escolaridad

			Depresión			Total
			0 a 9 puntos bajo	10 a 25 puntos medios	26 a 60 puntos alto	
Curso	Décimo	Recuento	127	252	79	458
		%	27,7%	55,0%	17,2%	100,0%
	Primero de Bachillerato	Recuento	100	198	84	382
		%	26,2%	51,8%	22,0%	100,0%
Total		Recuento	227	450	163	840
		%	27,0%	53,6%	19,4%	100,0%

Se observa que el tipo de colegio no existe relación entre el tipo de colegio y la depresión. Tabla No. 10

Tabla No. 10 Análisis del tipo de colegio y su relación con la depresión.

			Depresión			Total
			0 a 9 puntos bajo	10 a 25 medios	26 a 60 puntos alto	
Tipo de Colegio	Fiscomisional	Recuento	24	49	15	88
		%	27,3%	55,7%	17,0%	100,0%
	Particular	Recuento	68	112	44	224
		%	30,4%	50,0%	19,6%	100,0%
	Fiscal	Recuento	135	289	104	528
		%	25,6%	54,7%	19,7%	100,0%
Total		Recuento	227	450	163	840
		% de Tipo de Colegio	27,0%	53,6%	19,4%	100,0%

Analizando las personas con quienes vive el adolescente obtenemos que los niveles altos de depresión se encuentran en aquellos que viven sólo con el padre, en un 30%; con hermanos y la madre, un 23%; y con abuelos un 26,3%. Con una significancia en el chi-cuadrado de 0,021, mostrando una significancia estadística. Tabla No. 11

Tabla No. 11 Relación entre la Depresión y familia.

			Depresión			Total
			0 a 9 puntos bajo	10 a 25 medios	26 a 60 puntos alto	
Familia	Madre, hermanos y abuelos	Recuento	3	7	2	12
		% de familia	25,0%	58,3%	16,7%	100,0%
	con ambos padres	Recuento	30	47	12	89
		% de familia	33,7%	52,8%	13,5%	100,0%
	con la madre	Recuento	11	20	7	38
		% de familia	28,9%	52,6%	18,4%	100,0%
	con el padre	Recuento	3	4	3	10
		% de familia	30,0%	40,0%	30,0%	100,0%
	con hermanos y ambos padres	Recuento	103	202	62	367
		% de familia	28,1%	55,0%	16,9%	100,0%
	con hermanos y madre	Recuento	27	92	36	155
		% de familia	17,4%	59,4%	23,2%	100,0%
	con hermanos y padre	Recuento	5	4	2	11
		% de familia	45,5%	36,4%	18,2%	100,0%
	con ambos padres y abuelos	Recuento	3	5	0	8
		% de familia	37,5%	62,5%	,0%	100,0%
	con padres, hermanos y abuelos	Recuento	19	21	8	48
		% de familia	39,6%	43,8%	16,7%	100,0%
	con abuelos	Recuento	3	11	5	19
		% de familia	15,8%	57,9%	26,3%	100,0%
	con padrastro	Recuento	2	4	1	7
		% de familia	28,6%	57,1%	14,3%	100,0%
	con madrastra	Recuento	0	0	2	2
		% de familia	,0%	,0%	100,0%	100,0%
	Otros	Recuento	13	29	22	64
		% de familia	20,3%	45,3%	34,4%	100,0%
Total		Recuento	222	446	162	830
		% de familia	26,7%	53,7%	19,5%	100,0%

En el análisis de la migración en relación con la depresión se observa que el puntaje más alto de depresión (43,8%) se encuentra en aquellos donde migró la madre; el 28,2% de los puntajes altos de depresión, se encuentra en donde migraron ambos

padres; y un significativo 17,2% de depresión alta presentan los adolescentes cuyos padres no migraron. Con una significación del chi-cuadrado de 0,025. Tabla No. 12

Tabla No. 12 Relación entre Migración de los padres y depresión.

			Depresión			Total
			0 a 9 puntos bajo	10 a 25 puntos medios	26 a 60 puntos alto	
Migración	No	Recuento	115	213	68	396
		% de migración	29,0%	53,8%	17,2%	100,0%
	ambos padres	Recuento	9	19	11	39
		% de migración	23,1%	48,7%	28,2%	100,0%
	madre	Recuento	1	8	7	16
		% de migración	6,3%	50,0%	43,8%	100,0%
	padre	Recuento	14	56	19	89
		% de migración	15,7%	62,9%	21,3%	100,0%
	otros	Recuento	40	80	36	156
		% de migración	25,6%	51,3%	23,1%	100,0%
Total		Recuento	179	376	141	696
		% de migración	25,7%	54,0%	20,3%	100,0%

4.2.3 Análisis de la prueba.- En un matriz general de correlaciones obtenemos una buena relación de variables excepto la variable h, que por tratarse de la esperanza, un aspecto fundamental de mantener para evitar la depresión, la considero una variable imprescindible en una prueba de depresión.

Para el análisis factorial se utilizó el criterio de Kaiser, mostrando los resultados en rotación varimax. Cuadro No. 13

Matriz de componentes rotados(a)

	Componente			
	1	2	3	4
C	,485	,352	,232	,089
F	,727	,323	,168	,028
I	,627	,238	,177	,061
J	,494	,414	,013	,166
N	,696	,215	,142	,267
Q	,779	,130	,050	,013
R	,778	,169	,088	,103
A	,300	,478	,165	,162
B	,309	,592	-,061	-,166
E	,290	,433	-,022	-,106
G	,077	,670	,073	,055
K	,201	,574	,066	,260
M	,176	,490	,056	,229
T	,676	,273	,156	,123
D	,118	,022	,661	-,013
H	-,001	-,065	,609	-,087
L	,141	,218	,738	,082
P	,193	,072	,695	,115
O	,090	,122	,029	,832
S	,486	,103	-,040	,546

% varianza : 31,52 8,57 5,24 5,16

Método de extracción: Análisis de componentes principales. Método de rotación: Normalización Varimax con Kaiser. Analizando el total de la muestra.

La varianza explicada es del 50,5%, esta variabilidad es similar a la del estudio de Casullo, 1998 en Argentina, que presenta una varianza explicada del 49,2%.

Este cuadro nos permite distinguir cuatro factores:

Factor 1: c, f, i, j, n, q, r, t: Soledad interiorizada e inhibición

c. Me sentí tan desanimado que ni mi familia ni mis amigos me podían aliviar.

f. Me Sentí deprimido/a.

i. Pensé que mi vida era un fracaso.

j. Tuve miedo.

n. Me sentí solo/a.

q. Lloré.

r. Estuve triste.

t. No pude animarme hacer nada.

Factor 2: a, b, e, g, k, m: Síntomas somáticos y cognitivos:

A. Me molestaron muchas cosas que generalmente no me molestan.

b. No tenía hambre ni mucho apetito.

e. Tuve problemas para prestar atención a lo que estaba haciendo.

g. Sentí que todo lo que hacía me costaba esfuerzo.

k. Dormí sin poder descansar.

m. Hablé menos que lo normal.

Factor 3: d, h, l, p: Esperanza de vida:

d. Me sentí tan bueno/a como los demás.

h. Vi el futuro con esperanza.

l. Me sentí feliz.

p. Disfruté de la vida.

Factor 4: o, s: habilidades sociales:

o. La gente no me cayó bien.

s. Sentí que no caía bien a otras personas.

Este análisis concuerda con los estudios anteriormente descritos, especialmente con el de Casullo (1991) en donde se encuentran 4 factores: depresión afectiva, somatización, afectos positivos y relaciones interpersonales. La única variable diferente es la "t" que el autor lo ubica como un factor de segundo nivel y en este estudio se ubica en el primer nivel.

Realizando este mismo tipo de análisis, pero únicamente con la población femenina los factores se mantienen similares a la población en general. En el caso del análisis en población masculina se observa que en el primer factor se incluye un ítem de relaciones, lo que podría significar una mayor dependencia del criterio de los otros, es decir un mayor locus externo de los varones en relación con las mujeres.

4.3 CONCLUSIONES

La muestra analizada está integrada por 1077 adolescentes con una edad comprendida entre 12 y 19 años y con una media de 15. El 55% de esta muestra pertenece a décimo de básica y el 44% a primero de bachillerato, se abordó colegios fiscomicionales con un 10%, particular con un 23,9% y fiscal, 65, 5%. En cuanto al sexo el 52,6% pertenece al sexo femenino y el 47,4% al masculino.

El promedio de depresión en el test de Casullo es de 17,02 equivalente a depresión media. El promedio de depresión según el test de Beck es de 5,26% equivalente a depresión leve, considerando que en el primero existen los parámetros de leve, media y moderada y en el segundo de nula, leve, moderada y grave, se observa una correlación significativa. Considero importante mencionar que los items del test de Casullo se han trabajado para población adolescente lo que implicar una mayor sensibilidad para esta población.

Los adolescentes de la Ciudad de Cuenca presenta diversos niveles de depresión, la mayoría, 41,9%, se encuentran en un nivel medio de depresión, luego le sigue un 21,2% que presenta un nivel bajo de depresión y finalmente un significativo 15,1% que manifiesta un nivel alto.

En el análisis de la depresión según el sexo se concluye que existe una fuerte correlación entre sexo femenino y síntomas depresivos.

Examinando la depresión según el nivel de escolaridad obtenemos que en ambos niveles la depresión es similar y en un análisis correlacional no existe niveles de significación en estas variables, igual sucede en los tipos de colegio concluyendo que esta patología se puede presentar en colegios particulares, fiscales o fiscomicionales.

Estudiando las personas con quienes vive el adolescente obtenemos que los niveles altos de depresión se encuentra en aquellos que viven con el padre (30%), con hermanos y la madre (23%) y con abuelos (26,3%), con una alta significancia estadística.

Considerando la migración en relación con la depresión se observa que el puntaje más alto de depresión (43,8%) se encuentra en aquellos donde migró la madre, un 28,2% de puntajes altos se relacionan con la migración de ambos padres y un significativo 17,2% de depresión alta que presentan adolescentes con padres no migrantes, existiendo una alta correlación estadística.

En el análisis factorial se obtiene una buena relación de variables excepto la variable h, que puede explicarse debido a que es un ítem determinante en el análisis de la depresión, la desesperanza. Utilizando el método de kaiser se concuerda con el autor de la prueba en encontrar 4 factores y en el mismo orden: depresión afectiva, somatización, afectos positivos y relaciones interpersonales. Es importante anotar que en el sexo femenino se mantienen los ítems en estos factores, sin embargo en el masculino un ítem, del último factor ocupa el primer lugar, es decir un ítem de relaciones interpersonales pasa a afectos depresivos, tratándose de un mayor locus de control externo en relación con el sexo femenino.

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

La depresión en los adolescentes de décimo de básica y primero de bachillerato de la ciudad de Cuenca está presente en un nivel bajo o nulo del 21,2%, en un nivel medio, 41,9% y en un nivel alto, 15,1%. En todos estos niveles el trabajo psicoterapéutico ha demostrado su eficacia.

Existe una correlación positiva entre género y depresión, concordando con otros estudios que esta patología afecta más al sexo femenino.

La escala de detección de depresión de Casullo y cols. Muestra una buena correlación con la escala de Beck logrando interpretar que es adecuada para medir la depresión, además su consistencia en el análisis factorial es significativamente positiva.

Para el trabajo de la depresión en la ciudad de Cuenca propongo una metodología desde el Modelo Integrativo basado en la Personalidad, en la cual se fomenta un trabajo preventivo, de asesoramiento y de psicoterapia, aportando con técnicas específicas en cada uno de estos niveles; pudiendo intercambiarse si las necesidades así lo ameritan. Las técnicas de la corriente cognitiva conductual han sido las que mayor eficacia han demostrado en el tratamiento de esta patología.

En base a este trabajo se recomienda la aplicación de la propuesta de este programa como una guía práctica para el tratamiento de los diversos niveles de depresión, a la vez, puede originar futuros trabajos de investigación.

Las autoridades deben asumir la responsabilidad del trabajo con los adolescentes y dar las facilidades para que se ejecute este programa a nivel de la ciudad, para ello se debe dotar de infraestructura y personal adecuado.

Bibliografía

- Agué, Alarcón, de la Fuente, Salín y Vidal (1988). Trastornos afectivos. En Vidal-Alarcón. Psiquiatría (Pag.340-366). Argentina: Panamericana ed.
- Balarezo Lucio (2004). Apuntes de Sistemas Contemporáneos de Psicología. Quito: Pontificia Universidad Católica del Ecuador.
- Balarezo Lucio (2005) Módulo de “Bases Teóricas del Modelo “. Maestría en Psicoterapia Integrativa de la Universidad del Azuay. Cuenca-Ecuador.
- Balarezo Lucio (2005). Módulo de “Generalidades del Integracionismo”. Maestría en Psicoterapia Integrativa de la Universidad del Azuay. Cuenca-Ecuador
- BECK, Aaron, FREEMAN, Arthur y Colaboradores, Terapia Cognitiva de los Trastornos de la personalidad, 1º Edición, Editorial Paidós, Barcelona - España, 1995.
- Beck, Rush Brian, Emery Gary (2002).Terapia Cognitiva de la Depresión (15va. Edición). España: Desclée de Brouwer.
- BECK, Aaron, RUSH, John y Colaboradores, Terapia Cognitiva de la Depresión, 15º Edición, Editorial Desclée De Brower S.A., Bilbao - España, 2003.
- BOBES GARCIA, Julio, PORTILLA, Maria José y Otros, Banco de Instrumentos Básicos para la Practica de la Psiquiatría Clínica, 3º Edición, ARS Medica, Buenos Aires - Argentina, 2004.
- BURNS, David, Sentirse Bien, 1ª Edición, Editorial Paidós, Buenos Aires – Argentina, 2005.
- Brent D, Birmaher B. Adolescent Depression. The New England Journal of Medicine. Vol 347:667-671.
- Casullo, María Martina. (2005). Adolescentes en Riesgo. (2da. Reimpresión). Argentina: Paidos
- Carchipulla Verónica y Merchán Viviana. Terapia Cognitiva Conductual Aplicada a Personas que han intentado Suicidarse. (Análisis de 8 casos y seguimiento a pacientes en el Hospital Regional “Vicente Corral Moscoso”). Tesis de Grado dirigida por Cobos Martha. Universidad del Azuay.

- Cormier William y Cormier Sherilyn (2000). Estrategias de Entrevista para Terapeutas. Bilbao: Editorial Descleé de Brouwe.
- Craig Grace (2001). Desarrollo Psicológico. (Octava Edición). México: Pearson Education.
- Edwards Martha. Seminario Internacional de un Modelo de Prevención y Terapia en el Proceso de Parentalidad. Fundación Aigle.
- Fernández-Álvarez Héctor. (1996). Fundamentos de un Modelo Integrativo en Psicoterapia. Buenos Aires: Paidós.
- Fernández-Álvarez y Opazo Roberto. (2004). La Integración en Psicoterapia. Argentina: Paidós.
- Izquierdo Maricruz (2005). Módulo de Terapias Constructivistas. Maestría en Psicoterapia Integrativa de la Universidad del Azuay. Cuenca-Ecuador.
- León Edgar (2005). Módulo de Teorías de la Personalidad. Maestría en Psicoterapia Integrativa de la Universidad del Azuay. Cuenca-Ecuador.
- Mancheno Sylvia (2005). Módulo “La Conducción de la Relación Terapéutica y Comunicación”. Maestría en Psicoterapia Integrativa de la Universidad del Azuay. Cuenca-Ecuador
- Mancho Sylvia (2005). Módulo de Técnicas Conductuales y Comportamentales. Maestría en Psicoterapia Integrativa de la Universidad del Azuay. Cuenca-Ecuador.
- Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (1995). Barcelona: Masson S.A.
- Pérez Alejandra (2006). Módulo de Un Modelo Integrativo de Psicoterapia Aplicado a la Terapia Familiar. Maestría en Psicoterapia Integrativa de la Universidad del Azuay. Cuenca-Ecuador.
- Rice Philip (2000). Adolescencia, desarrollo, relaciones y cultura. (Novena edición). Murcia: Prentice Hall
- Santrock John.(2003). Adolescencia. (Novena edición). Madrid: McGrawHill.
- Vagladi Verónica (2005). La adolescencia. Ponencia presentada ante los maestrantes de Psicoterapia Integrativa de la Universidad del Azuay.
- Wayne W. Dyer y Vriend John (1992). Técnicas Efectivas de Asesoramiento Psicológico. España: Grijalbo.

Bibliografía electrónica:

- ALMIRÓN, Lila M. - ROMERO, Patricia E. - LÓPEZ, Ana M. - CZERNIK, Gabriela E. **Rasgos de depresión en adolescentes que asisten a clases en una Escuela Técnica de la ciudad de Corrientes.** Retrieved 12 de noviembre del 2007, from Universidad Nacional del Noreste, comunicaciones científicas y tecnológicas. Web Site: <http://www.unne.edu.ar/Web/cyt/com2005/3-Medicina/M-118.pdf>

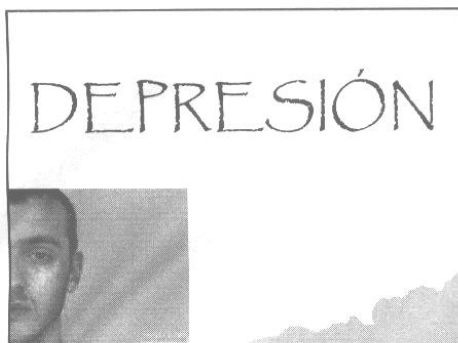
Revisado el 6 de noviembre del 2007

- COVA, Félix, ABURTO, Bárbara, SEPULVEDA, María José *et al.* **Potencialidades y Obstáculos de la Prevención de la Depresión en Niños y Adolescentes.** *Psyche*. [online]. mayo 2006, vol.15, no.1 [citado 15 Noviembre 2007], p.57-65. Disponible en la World Wide Web: <http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718- Revisado el 6 de noviembre del 2007
- GALLARDO-GIL, R. BUSTO-ARENAS, J. GÁLVEZ-BORRERO, I. CALDERÓN-LÓPEZ, P. GUTIÉRREZ-CASARES, JR. **Adolescentes Con Alto Riesgo Para El Desarrollo De Patología Depresivo-Ansiosa Mayor. Utilidad Preventiva De La Terapia Cognitivo Conductual En Grupos.** I Congreso Virtual de Psiquiatría 1 de Febrero - 15 de Marzo 2000 [citado: *]; Conferencia 7-CI-F: [27 pantallas]. Disponible en: <http://www.psiquiatria.com/congreso/mesas/mesa7/conferencias/7-ci-f.htm> Revisado el 6 de Noviembre del 2007.

ANEXOS

Anexo 1: diapositivas para el taller

Depresión (Viviana Merchán, 2007)



Origen

- ♦ *Deprimere* = empujar hacia abajo
- ♦ *Depressus* = abatido, derribado



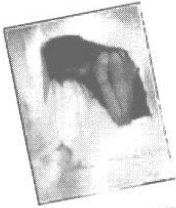
DEPRESION

- Puede ser un estado transitorio o permanente
- Afecta el ánimo:
- La persona se siente triste, bajoneado, derrumbado, infeliz.
- Afecta la manera de pensar:
- La persona se siente disminuida, pequeña, inútil, que no sirve (baja autoestima)



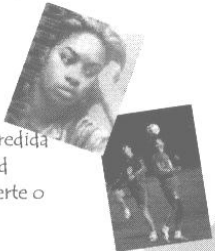
DEPRESIÓN

- La persona pierde el apetito
- O come mucho
- Afecta el sueño: duerme mucho o muy poco
- Pierde la voluntad
- Tiene dificultades para tomar decisiones
- Sentimientos de culpa e inutilidad



DEPRESION

- Pierde el placer
- Pierde el gusto
- Pierde el interés
- Prefiere aislarse
- Agrede o se siente agredida
- Inquietud, irritabilidad
- Pensamientos de muerte o suicidio; intentos de suicidio.



Puede tener graves consecuencias sociales, desde la pérdida de horas laborables a la autosupresión de un individuo





Piedras en el camino??
Un día con ellas construirás un
castillo

ADOLESCENCIA

- ◆ Microduelo a la imagen corporal
- ◆ Inicio de la sexualidad
- ◆ Masturbación
- ◆ Contacto con drogas
- ◆ Héroes idealizados



ADOLESCENCIA



- ◆ Microduelo a los padres infantiles
- ◆ Interés por el sexo opuesto
- ◆ Primer amor
- ◆ Incorporación de valores paternos
- ◆ Valores e ideologías propias

Causas de la depresión

- ◆ Predisposición biológica
- ◆ Posibles tensiones en la vida, problemas de familia, trabajo o estudio.
- ◆ Las personas con poca autoestima se perciben a sí mismas y perciben al mundo en forma pesimista, se abruma fácilmente por el estrés están predispuestas a la depresión

El primer caso para cambiar,
es aceptar tus defectos



Depresión y Adolescencia Factores de Riesgo

- ◆ Crisis de la edad
- ◆ Fracaso en la escuela
- ◆ Muerte de amigos o parientes
- ◆ Aborto
- ◆ Abuso de drogas.
- ◆ Recibir malos tratos.
- ◆ Abusos sexuales



Hombres y mujeres

- ◆ La depresión se da en la mujer con una frecuencia casi el doble de la del hombre, probablemente debido a factores hormonales
- ◆ Aunque el hombre tiene menos probabilidad de sufrir depresiones que la mujer, La tasa de suicidio en el hombre es cuatro veces más alta que en la mujer.
- ◆ Los intentos de suicidio son más comunes en la mujer que en el hombre.

Para que una persona mejore su depresión no basta con que piense positivamente



Cómo pueden ayudar amigos y familiares a una persona con depresión

- ◆ La depresión no se soluciona con fuerza de voluntad, no se puede esperar un cambio de la noche a la mañana
- ◆ Ayudar a que reciba el diagnóstico y tratamiento adecuados
- ◆ Apoyo emocional: comprensión, paciencia, afecto y estímulo.
- ◆ Busque la forma de conversar con la persona deprimida y escucharla con atención.

- ◆ No ignore comentarios o alusiones al suicidio.



- ◆ No minimice los sentimientos que el paciente expresa pero señale la realidad y ofrezca esperanza.
- ◆ Invite a la persona deprimida a caminar, pasear, ir al cine y a otras actividades.
- ◆ Persista con delicadeza si su invitación es rechazada.



- ◆ Fomente la participación del paciente en actividades que antes le daban placer, pero no fuerce a la persona deprimida a hacer demasiadas cosas demasiado pronto.
- ◆ La persona deprimida necesita diversión y compañía, pero demasiadas exigencias pueden aumentar su sentimientos de fracaso.
- ◆ Informe al terapeuta si la persona deprimida hace comentarios sobre la muerte o el suicidio.



Amarte a ti mismo no es creer que todo lo haces bien y que eres "bello y hermoso", tampoco es creer que frente a los demás tu eres más grande.

Es aceptarte a ti mismo aunque hagas ciertas cosas mal, es comprender que eres humano y no Dios, es darte el permiso para simplemente ser tu mismo...aunque no seas perfecto!!!

Autoestima

No puedes tocarla pero afecta a tus sentimientos. No puedes verla pero está ahí, cuando te miras al espejo. No puedes oírla pero está ahí, cuando hablas de ti mismo. ¿Qué es eso tan importante y misterioso? ¡Es tu autoestima!

Que es?

- ♦ La autoestima es quererse a uno mismo y querer a los demás. Significa saber que se es valioso (a), digno (a), que vales la pena y que se es capaz como para afirmarlo. Implica respetarte a ti mismo y enseñar a los demás a hacerlo.



Como se forma?

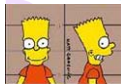
- ♦ Entre los 5-6 años empezamos a formarnos un concepto de cómo nos ven nuestros mayores, compañeros, amigos, etc. Influido además por las experiencias que vamos adquiriendo.



TIerno, BERNABE, "PSICOLOGÍA PRÁCTICA DE LA VIDA COTIDIANA", Edic. Temas de Hoy SA, Madrid, 2001

Como influye en nosotros?

- ♦ Según como se encuentre nuestra autoestima, es responsable de muchos fracasos y éxitos, ya que una buena autoestima potenciará la capacidad de las personas para desarrollar sus habilidades y aumentará el nivel de seguridad, mientras que una autoestima baja da a la persona la sensación de fracaso y poca valía



Entonces...

- ♦ **Auto** significa, tú mismo Así que une ambas palabras y será más fácil entender qué es la autoestima. Se refiere a cuánto te valoras a ti mismo y lo importante que te consideras. Hace referencia a cómo te ves a ti mismo y cómo te sientes por tus logros.

Que hace una persona con buena autoestima?

- ♦ Asume **responsabilidades**
- ♦ Se siente orgulloso de sus éxitos
- ♦ Afronta nuevas **metas** con **optimismo**
- ♦ Se cambia a sí misma positivamente
- ♦ Se quiere y se **respet**a a sí misma

... y con baja autoestima?

- ♦ Desprecia sus **done**s
- ♦ Se deja influir por los demás
- ♦ No es amable con sí misma
- ♦ Se siente **impotente**
- ♦ Actúa a la defensiva
- ♦ Culpa a los demás por sus faltas y debilidades



Tomás Melendo, Felicidad y autoestima. Ediciones Internacionales Universitarias. Madrid (2006).

Por que se da la baja autoestima?

- ♦ Porque a medida que nos desarrollamos desde que somos niños, la sociedad nos enseña a poner "etiquetas" de lo que esta bien y de lo que no está, en muchos casos, sin tener en cuenta los verdaderos valores que como seres humanos debemos practicar y sin considerar la importancia de ser diferentes

Como podemos valorarla?

- A continuación tienes una serie de afirmaciones, contesta verdadero o falso a cada una de ellas
- 1. No te preocupa lo que la demás gente piense de ti o de tus actos
- 2. Preguntas e indagas lo que la gente prefiere o le gusta de ti
- 3. Muchas veces piensas que tu trabajo no tiene valor
- 4. Cambiarías muchas cosas de tu personalidad
- 5. Sabes que cualquier cosa que te propongas lo puedes conseguir
- 6. Te sientes querido/a por todo el mundo
- 7. No estás contento/a con tu físico
- 8. Es fácil herir tus sentimientos
- 9. Siempre has vivido con muchos complejos
- 10. Cuando discutes con alguien siempre crees tener la razón

Como podemos trabajarla?

- ♦ **ESCÚCHATE A TI MISMO MAS QUE A LOS DEMÁS:** Analiza con cuidado las opiniones de los demás sobre ti,
- ♦ **CONVIERTE LO NEGATIVO EN POSITIVO**
- ♦ **ELIGE TUS MOMENTOS:** Cada ser humano tiene derecho a elegir el momento de estar en soledad y el momento de estar con los amigos, con el novio (a), con el esposo (a), o con los familiares; se tú quien debe decidir, sin que ello lleve a algún enfrentamiento.
- ♦ **RECONOCE TUS CUALIDADES:** piensa en 5 ejemplos que te hace especial.
- ♦ **ACÉPTATE TAL COMO ERES:** La aceptación es la base de la seguridad, la confianza, el amor y el autoestima. Aceptarse a sí mismo implica conocerse
- ♦ **ACEPTA TUS SENTIMIENTOS.**

- ♦ **CUIDA DE TI MISMO (A):** Aprende a ser independiente, y a no depender de los demás.
- ♦ **ATIENDE TUS NECESIDADES**
- ♦ **ALIMENTA TU CUERPO ALIMENTA TU ESPÍRITU:** La salud mental y física caminan de la mano.
- ♦ **MANTENTE EN MOVIMIENTO:** El ejercicio te hace sentir bien, las "endorfinas" se elevan con la práctica del ejercicio", y nos sentimos bien.
- ♦ **DEJA DE HACERLO:** Deja de usar sustancias psicoactivas (drogas). Si consumes alcohol hacerlo con moderación. Si fumas deberías dejar de hacerlo.
- ♦ **EXAMINA TUS VERDADES:** Piensa que en un accidente de tránsito donde hubo muchos testigos, probablemente cada uno de los testigos de una versión diferente

HART, LOUISE, "RECUPERA TU AUTOESTIMA", Ediciones Obelisco, Barcelona, 1998

Recuerda...

- ♦ Haz una lista de las cosas que haces bien
- ♦ Elógiate tres veces al día.
- ♦ Recuerda que tu cuerpo es tuyo, sin importar qué forma, tamaño o color tenga. Recuerda que hay cosas de ti mismo que no puedes cambiar.
- ♦ Cuando escuches comentarios negativos en tu mente, díte: "Deja de hacerlo" ..

David V. Sherrow, PhD y Colleen Taylor Lukens, MA
julio del 2005

"El autoengaño es una de las facetas más inherentes a la condición humana. Una faceta en principio estúpida, pero que nos concede una estabilidad excepcional para convertirnos en animales sociales. El hombre ha logrado convertir el autoengaño en una fuente de estabilidad"

(Fernando Trias de Bes)





Resiliencia

- Es la capacidad del ser humano para hacer frente a las adversidades de la vida, superarlas y ser transformados por ellas.
- Significa una combinación de factores que permiten al ser humano afrontar y superar los problemas y adversidades para construir sobre ellos.



Factores de protección

- Resistencia a la destrucción
- Capacidad para reconstruir sobre factores adversos
- Capacidad de decisión
- Fe creciente
- Lazos familiares fuertes o una persona importante
- Rechazo al uso de drogas
- Éxito escolar

Anexo 2: Test utilizados

Fecha:.....

Nombre:.....

Edad:.....

Escuela o Colegio:.....

Curso:.....

Sexo:.....

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

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

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

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

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

¿Quiénes? _____

HOJA DE CALIFICACIÓN

NOMBRE DEL ALUMNO _____

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

Menos de 1 día se asigna cero puntos

1-2 días se asigna un punto

3-4 días se asignan dos puntos

5-7 días se asignan tres puntos

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

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

Factor 1: Depresión afectiva:

c _____

f _____

i _____

j _____

n _____

q _____

r _____

total _____

Factor 2: Síntomas Somáticos

a _____

b _____

e _____

g _____

k _____

m _____

t _____

total _____

Factor 3: Afectos positivos (SE CALIFICA AL INVERSO)

d _____

h _____

l _____

p _____

total _____

Factor 4: Relaciones interpersonales

o _____

s _____

total _____

TOTAL DE LA ESCALA _____

NOMBRE DEL RESPONSABLE (Persona quien califica)

Apellidos:..... Nombres:.....
Edad:..... Fecha:.....

Instrucciones: Este es un cuestionario en el que hay grupos de afirmaciones: Por favor, lea íntegro el grupo de afirmaciones de cada apartado y escoja la afirmación de cada grupo que mejor describa el modo en que se siente hoy, es decir, actualmente. Haga una cruz en el círculo de la afirmación que haya escogido.

- | | |
|----|--|
| 1 | ☐ No me encuentro triste.
☐ Me siento triste o melancólico
☐ Constantemente estoy melancólico o triste y no puedo superarlo
☐ Me siento tan triste o infeliz que no puedo resistirlo |
| 2 | ☐ No soy particularmente pesimista y no me encuentro desalentado respecto al futuro
☐ Me siento desanimado respecto al futuro
☐ No tengo nada que esperar del futuro
☐ No tengo ninguna esperanza en el futuro y creo que las cosas no pueden mejorar |
| 3 | ☐ No me siento fracasado
☐ Creo que he fracasado más que la mayoría de las personas
☐ Cuando miro hacia atrás en mi vida, todo lo que veo son un montón de fracasos
☐ Creo que como persona soy un completo fracasado (padre, marido, esposa, hijo) |
| 4 | ☐ No estoy particularmente descontento
☐ No disfruto de las cosas como antes
☐ No encuentro satisfacción en nada
☐ Me siento descontento de todo |
| 5 | ☐ No me siento particularmente culpable
☐ Me siento malo o indigno muchas veces
☐ Me siento culpable
☐ Pienso que soy muy malo e indigno |
| 6 | ☐ No me siento decepcionado conmigo mismo
☐ Estoy decepcionado conmigo mismo
☐ Estoy disgustado conmigo mismo
☐ Me odio |
| 7 | ☐ No tengo pensamientos de dañarme
☐ Creo que estaría mejor muerto
☐ Tengo planes precisos para suicidarme
☐ Me mataría si tuviera ocasión |
| 8 | ☐ No he perdido el interés por los demás
☐ Estoy menos interesado en los demás que antes
☐ He perdido la mayor parte del interés por los demás y pienso poco en ellos
☐ He perdido todo el interés por los demás y no me importa en absoluto |
| 9 | ☐ Tomo mis decisiones con la misma facilidad que antes
☐ Trato de no tener que tomar decisiones
☐ Tengo grandes dificultades para tomar decisiones
☐ Ya no puedo tomar decisiones |
| 10 | ☐ No creo que mi aspecto haya empeorado
☐ Estoy preocupado porque me veo viejo y poco atractivo
☐ Creo que mi aspecto empeora constantemente quitándome atractivo
☐ Siento que mi aspecto es feo y repulsivo |
| 11 | ☐ Puedo trabajar igual de bien que antes
☐ Me cuesta un esfuerzo especial comenzar a hacer algo
☐ Debo esforzarme mucho para hacer cualquier cosa
☐ No puedo realizar ningún trabajo |
| 12 | ☐ No me canso más que antes
☐ Me canso más fácilmente que antes
☐ Me canso por cualquier cosa
☐ Me canso demasiado por hacer cualquier cosa |
| 13 | ☐ Mi apetito no es peor de lo normal
☐ Mi apetito no es tan bueno como antes
☐ Mi apetito es ahora mucho peor
☐ He perdido el apetito |