



UNIVERSIDAD DEL AZUAY
FACULTAD DE FILOSOFÍA, LETRAS Y CIENCIAS DE LA EDUCACIÓN
ESCUELA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA

TALLERES DE PREVENCIÓN DE LA DEPRESIÓN EN LA ADOLESCENCIA.
Actividades realizadas en el Colegio Técnico Herlinda Toral.

Trabajo de graduación previo
a la obtención del título de
psicóloga clínica

AUTORAS:

Cristina Argüello Quezada
Isabel Rojas Alvarado

DIRECTORA:

Licenciada Martha Cobos Cali

CUENCA, ECUADOR

2008

DEDICATORIA

Dedico este trabajo a mis padres que me han apoyado y alentado siempre para cumplir mi sueño de ser una profesional.

Cristina Arguello

DEDICATORIA

*Dedico Este Trabajo A Mi Padre
Que Siempre Ha Sido Mi Apoyo.
Gracias A Ti Soy Lo Que Soy.*

Isabel Rojas

AGRADECIMIENTOS

A lo largo de nuestra carrera han existido personas que nos han apoyado incondicionalmente, a todas aquellas personas agradecemos y dedicamos este trabajo.

En especial dedicamos este trabajo a nuestros padres, quienes son las personas más importantes en nuestras vidas, ya que han estado a nuestro lado en los momentos felices, tristes, en los triunfos, y sobre todo en los fracasos, enseñándonos a no darnos por vencidas; con paciencia y sabiduría nos han acompañado a lo largo de nuestra carrera y durante la realización de este proyecto, apoyándonos y animándonos para lograr nuestro objetivo.

También agradecemos y dedicamos este trabajo a todas aquellas alumnas del Colegio Técnico "Herlinda Toral" que participaron de los talleres porque con su colaboración no sólo nos permitieron realizar esta investigación, sino que también nos permitieron aprender mucho de ellas.

Al Lcdo. Washington Coronel Rector del Colegio Herlinda Toral y al Lcdo. Guillermo Solano Director del DOBE por su desinteresada ayuda y colaboración para la ejecución de este proyecto.

A la Universidad del Azuay y sobre todo a nuestra directora de tesis Lcda. Martha Cobos quien con paciencia y sabiduría supo guiarnos para culminar este trabajo.

Al Dr. Juan Sebastián Rosero, por su apoyo tanto moral como didáctico al ser una guía en el diseño de los talleres.

ÍNDICE DE CONTENIDOS

Dedicatorias.....	ii
Agradecimientos.....	iv
Índice de contenidos.....	v
Resumen.....	viii
Abstract.....	ix
Introducción.....	1

Capítulo 1: LA DEPRESIÓN

1.1 GENERALIDADES.....	4
1.2 TEORÍAS QUE EXPLICAN LA DEPRESIÓN.....	5
1.2.1 Teoría Biológica.....	7
1.2.2 Modelo psicoanalítico.....	8
1.2.3 Modelo Conductual.....	11
1.2.4 Modelo Cognitivo.....	13
1.3 DIAGNÓSTICO DE LA DEPRESIÓN.....	15
1.3.1 Depresión Mayor.....	16
1.3.2 Distimia.....	18
1.3.3 Trastornos de depresión no especificados.....	20
1.3.4 Diagnostico diferencial.....	20
1.4 DEPRESIÓN EN LA ADOLESCENCIA.....	21
1.4.1 Factores de Riesgo.....	23
1.4.2 Síntomas.....	29
1.5 GÉNERO Y DEPRESIÓN.....	30

Capítulo 2: LA ADOLESCENCIA

2.1. GENERALIDADES.....	34
2.2. PRINCIPALES CAMBIOS EN LA ADOLESCENCIA	
2.2.1 Cambios Físicos.....	35
2.2.2 Cambios Psicológicos.....	37
2.2.3 Desarrollo Afectivo.....	41
2.2.4 Desarrollo Social.....	47

2.2.5 Formación De La Identidad.....	48
2.2.6 Desarrollo De La Personalidad.....	52
2.3. LA ADOLESCENCIA DESDE EL MODELO INTEGRATIVO.....	53

Capitulo 3: TALLERES TEORÍAS PARA SU REALIZACIÓN

3.1 GENERALIDADES.....	57
3.2 LA COMUNICACIÓN, EL APRENDIZAJE Y LA PARTICIPACIÓN.....	60
3.3 TALLERES SEGÚN EL MODELO INTEGRATIVO.....	65
3.4 TÉCNICAS DE DIRECCIÓN EN EL ASESORAMIENTO DE GRUPO.....	73
3.6 TÉCNICAS PSICOTERAPÉUTICAS.....	78

Capitulo 4: DISEÑO Y RESULTADO DE LOS TALLERES

4.1 METODOLOGÍA DE LOS TALLERES.....	103
4.2 LIMITACIONES.....	104
4.3 DESCRIPCIÓN DE LOS INSTRUMENTOS DE LA INVESTIGACIÓN.....	104
4.4 APLICACIÓN PRÁCTICA.....	106
4.4.1 Tabla # 1.....	107
4.4.2 Tabla # 2.....	108
4.4.3 Tabla # 3.....	109
4.4.4 Tabla # 4.....	110
4.4.5 Tabla # 5.....	111
4.4.6 Tabla # 6.....	112
4.5. DISEÑO DE LOS TALLERES PARA LA PREVENCIÓN DE LA DEPRESIÓN EN LA ADOLESCENCIA.....	113
4.5.1 Taller # 1 Preparación – Integración.....	117
4.5.2 Taller # 2 Introspección.....	119
4.5.3 Taller # 3 Perdón y liberación.....	121
4.5.4 Taller # 4 Autoestima.....	123
4.5.5 Taller # 5 Proyectando Cosas Positivas.....	125
4.5.6 Taller # 6 Proyecto De Vida.....	127

4.6 MEMORIAS DE LOS TALLERES.....	128
4.6.1 Foto - Memoria De Los Talleres.....	136
4.8 RESULTADOS DE LOS TALLERES.....	142
4.8.1 Tabla # 7.....	142
CONCLUSIONES.....	144
RECOMENDACIONES.....	146
ANEXOS.....	147
BIBLIOGRAFÍA.....	155

RESUMEN

Estudios señalan que la depresión es una de las enfermedades más importantes dentro del campo de salud mental.

Esto nos motivó a realizar este trabajo; la muestra es de 256 alumnas, se les aplicó el Test de Depresión de Beck y M.M Casullo; obteniendo un 2% depresión mayor; 62% depresión leve o nulo, y un 10% depresión moderada siendo este el grupo para el que diseñamos talleres de asesoramiento, en los que el objetivo es brindar apoyo emocional y herramientas de afrontamiento para facilitar la adquisición de nuevas conductas adaptativas.

Como resultado un 90% del grupo pasaron de un nivel medio de depresión a un nivel leve o nulo; concluyendo que la intervención temprana en prevención funciona.

ABSTRACT

Mental studies point out that the depression is one of the most important illnesses inside the field of health.

This motivated us to carry out this work; the sample is: 256 students, they were applied the Test of Depression of Beck and M.M. Casullo; it was obtained 2% of bigger depression; 62% of light or null depression, and 10% of moderate depression; for this group was designed advice workshops, in those that the objective is to offer emotional support and confrontation tools to facilitate the acquisition of new adaptive behaviors.

As result 90% of the intervened group passed from to half level of depression to light or null level; concluding that the early intervention in prevention is successfully.

INTRODUCCIÓN

El propósito de esta investigación es llegar a los jóvenes que se encuentran cursando la adolescencia; en esta etapa de la vida se presentan grandes cambios físicos y psicológicos y es de gran vulnerabilidad por lo que creemos importante la intervención para prevenir un problema especialmente frecuente y peligroso: la depresión.

Actualmente se ha convertido en uno de los principales problemas que aquejan a nuestra sociedad pues estudios realizados por el pediatra Byron Guillén y tres residentes del hospital Santa Inés - Cuenca (Mónica Pérez, Paola Santacruz y Fernando Aguinaga) de julio de 2004 a julio de 2005 muestran que en algún momento de sus vidas del 7 al 14% de adolescentes (menores de 16 años) se infringen algún tipo de autolesión, y cuando son mayores las ideas suicidas aumentan en un 20 a 45%. La OMS calcula que una persona muere cada 40 segundos por suicidio en el mundo.

La presente investigación estará dirigida entonces a las adolescentes de 11 a 16 años del "Colegio Técnico Herlinda Toral"; seleccionamos esta institución educativa porque la depresión es más frecuente en mujeres que se encuentran entre los 11 y los 13 años; a los 15 años las mujeres tienen la probabilidad de haber experimentado un episodio depresivo mayor dos veces más que en los varones, que coincide con un momento en la adolescencia cuando los roles y las expectativas cambian dramáticamente y los cambios hormonales influyen negativamente en la salud de las adolescentes.

La prevención de la depresión es posible si se detecta e interviene en forma temprana; los componentes que están presentes en la depresión son múltiples: las condiciones de vida en la familia, la relación con los pares, la personalidad, la influencia de los pares, los eventos desencadenantes; a pesar de ello es recomendable intervenir antes de que la depresión sea mayor, además, el adolescente podrá entender adecuadamente la magnitud del problema y la forma de abordarlo.

Es por ello que nos hemos propuesto como objetivo principal la Prevención de la depresión en adolescentes, lo que se pretende es brindar a las alumnas herramientas de afrontamiento para situaciones que podrían hacer que desarrollen una depresión mayor.

Para lograr este objetivo hemos iniciado con la explicación teórica de la depresión, adolescencia y realización de los talleres para finalizar con la descripción de los talleres y la aplicación práctica, fruto de la cual observamos que en un 90% de las alumnas participantes hubo una disminución de la depresión demostrando de esta manera la eficacia de la intervención.

CAPÍTULO 1

LA DEPRESIÓN

LA DEPRESIÓN

1.1 GENERALIDADES

En los últimos años la depresión se ha convertido en un término muy nombrado y del que han surgido múltiples discusiones en cuanto a su significado, se denomina a esto "confusión semántica" dado que depresión puede tener múltiples significados, es una palabra polisémica. La depresión puede ser: ¹

1. Un sentimiento, un estado emocional transitorio.
2. Un estado de ánimo de determinada intensidad. (Juan estaba muy deprimido ayer).
3. Con referencia a una constelación psicodinámica es un sistema complejo integrado por ideas y sentimientos conscientes e inconscientes referidos a una pérdida real o simbólica (esta deprimido desde que murió su madre).
4. En tanto síntoma es una percepción subjetiva de un malestar.
5. Como signo cuando hay indicadores observables en el comportamiento o conducta manifiestos.
6. Como síndrome, conjunto integrado de signos y síntomas con etiología evidente.
7. Como cuadro psicopatológico en tanto se vincula el trastorno a anomalías específicas de tipo genético, fisiopatológicas o estructurales. Se alude a la constelación de síntomas, signos, mecanismos de defensa con un curso determinado.

Desde una conceptualización más focalizada la depresión hace referencia a un cuadro clínico unitario para cuyo diagnóstico se requiere la presencia de un conjunto complejo de síntomas que constituyen un síndrome depresivo que puede ser englobado en cinco grandes núcleos.

1. **Síntomas anímicos:** disforia, abatimiento, pesadumbre, infelicidad, irritabilidad.

¹ CASULLO MARÍA MARTINA, Adolescentes en Riesgo Identificación y orientación psicológica, Paidós Buenos Aires pags 29-31, 2005.

2. **Síntomas Motivacionales:** apatía, indiferencia, disminución de la capacidad de disfrutar.
3. **Síntomas Cognitivos:** valoración negativa de sí mismo, del entorno y del futuro.
4. **Síntomas Físicos:** es lo más común y por lo que generalmente consulta la gente, presenta cambios como pérdida de sueño, fatiga, pérdida o aumento del apetito, disminución de la actividad, dolores de cabeza y espalda, náuseas, vómito, estreñimiento.
5. **Síntomas Vinculares:** deterioro de las relaciones con los demás, tendencia al aislamiento.

Dentro de los síntomas más frecuentes están: insomnio, tristeza, llanto, baja concentración, ideaciones suicidas, fatiga, irritabilidad, retardo psicomotor, anorexia, desesperanza, intentos de suicidio, alteraciones de la memoria.

1.2 TEORÍAS QUE EXPLICAN LA DEPRESIÓN ²

Ninguna teoría puede dar cuenta de las causas de este trastorno, el reconocimiento de la heterogeneidad de los fenómenos depresivos exige desarrollar modelos que expliquen las diferencias entre los diversos subtipos de la depresión así como las variaciones en el curso clínico: inicio, mantenimiento, mejoría y recaída.

Los adelantos en la clasificación diagnóstica así como el tratamiento psicofarmacológico contribuyeron con el paso del tiempo a identificar y tratar una amplia visión de personas con trastornos afectivos.

Podemos observar la depresión desde el diagnóstico clínico o desde el análisis funcional.

El diagnóstico considera la depresión como una enfermedad con unos síntomas y unas causas.

El análisis funcional define la conducta problema de forma concreta y explícita y estudia sus relaciones con elementos del contexto personal y

² CASULLO MARÍA MARTINA, Adolescentes en Riesgo Identificación y orientación psicológica, Paidós Buenos Aires -Barcelona - México, 2005, Pág. 29-31

social del paciente, en concreto hace hincapié en los antecedentes (próximos y remotos) y los consecuentes y en los pensamientos y sentimientos. Es decir, estudia también los aspectos emocionales, cognitivos y conductuales que se asocian a la conducta problema.

Hemos tomado como base para la realización de esta tesis el modelo Integrativo con el que se pretende manejar al grupo durante los talleres, pero empezamos por delimitar las bases epistemológicas y teóricas del modelo integrativo; según el Dr. Lucio Balarezo, es necesario diferenciar de otros ya que nuestra sociedad es diferente pues tienen poca cultura psicológica y esperan resultados rápidos y que no requieran gran esfuerzo para automodificarse, además suelen ser personas en las que prevalece el pensamiento mágico e imaginario, el habitante ecuatoriano es afectivo, expresivo, con marcados sentimientos de solidaridad arraigo y dependencia familiar.

Es por ello que este modelo de psicoterapia integrativa toma como base el constructivismo moderado o relativo enmarcado en una filosofía humanista, validada en la percepción de cada individuo con características propias, biológicas y sociales que estructuran su psiquismo, reconociendo a este como una categoría superior y propia del ser humano que, como producto de la interrelación entre las dos categorías anteriores, se evidencia en la personalidad.

La particular percepción del mundo, elaborada sobre la base de significados mediante el lenguaje construye la realidad, determinada y procesada dentro del contexto familiar y social en el que se desenvuelve

siendo un proceso permanente de intercambio e interaccionar constante, que va modificando su conducta y su actitud ante la vida a través del tiempo.³

Desde este punto de vista la psicoterapia integrativa nos posibilita una relación mas directa, cálida y cercana a la propia realidad , nos amplia la perspectiva para abordar su problemática desde una percepción del ser humano como una parte y un todo, interactuando, y nos permite validar en un marco coherente, la utilización de una diversidad de herramientas terapéuticas provenientes de diferentes enfoques o escuelas, las mismas que son elementos complementarios, aplicables a cada caso en particular, ayudándonos a lograr resultados mas eficaces, de esta forma integramos teorías como:

1.2.1 Teoría biológica:

En los años 80 hubo un resurgimiento de la investigación biológica, las primeras hipótesis decían que hay una deficiencia en la cual la inadecuada cantidad de neurotransmisores como la norepinefrina o serotonina era un factor causal en los síntomas depresivos.

Cuando se pudo demostrar que por una única deficiencia era imposible explicar todos los síntomas depresivos, y a medida que se empezó a reconocer la multiplicidad de interacciones posibles, surgieron los modelos de "equilibrio" e interacción entre los sistemas colinérgico y adrenérgico.⁴

Se ha encontrado que la **serotonina** está íntimamente relacionada con la emoción y el estado de ánimo. Una deficiencia marcada de serotonina ha mostrado que lleva a la depresión, problemas con el control de la ira, el desorden obsesivo - compulsivo, y el suicidio además puede llevar a un incremento del apetito por los carbohidratos (comidas rica en almidón) y problemas con el sueño, lo cual también esta asociado con la depresión y otros problemas emocionales.

³ DR. LUCIO BALAREZO 2005 "Generalidades Del Integracionismo" Maestría en psicoterapia Integrativa.

⁴ Citado por CASULLO MARÍA MARTINA, Adolescentes en Riesgo Identificación y orientación psicológica, Paidós Buenos Aires, 2005.

Los fármacos ISRS (inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina) impiden esta recaptación, de tal manera que la serotonina permanece más tiempo de lo normal en las sinapsis, aumentando su efecto sobre las células receptoras.

Por razones todavía desconocidas, esta estrategia de aumentar los niveles de serotonina en las sinapsis ayuda a mejorar los síntomas en la mayoría de las depresiones. Este hecho dio lugar hace años a la teoría de que la depresión es un desequilibrio químico en el cerebro consistente en una disminución en los niveles de algunos neurotransmisores.

En la actualidad, instituciones, médicos y el gran público tienen asimilado que esa relación (menos serotonina = depresión) es una teoría científicamente válida, aunque en realidad no es así: no hay absolutamente ninguna evidencia científica seria que demuestre la existencia de una deficiencia de serotonina en la depresión, ni en ningún otro desorden psiquiátrico.⁵

Y quienes defienden esta hipótesis de la depresión destacan: ⁶

- La existencia de patrones a través de diferentes culturas
- Cambios anímicos en las mujeres debido a cambios endocrinos como menstruación, parto y menopausia.
- Efectividad de ciertos tratamientos como antidepresivos tricíclicos, electrochoques.
- Existencia de productos como medicamentos antihipertensivos que son capaces de inducir estados de ánimo deprimidos.

1.2.2 Modelo psicoanalítico

En el texto "Duelo y Melancolía" Freud hace referencia al estudio psicoanalítico de la depresión. Lo escribe en 1915 y lo publica dos años

⁵ DR. C. GEORGE BOEREE, *Neurotransmisores* Departamento de Psicología Universidad de Shippensburg, <http://www.psicologiaonline.com/ebooks/general/neurotransmisores.htm>, septiembre 2007

⁶ CASULLO MARÍA MARTINA, *Adolescentes en Riesgo Identificación y orientación psicológica*, Paidós Buenos Aires, 2005.

después como culminación de su serie de trabajos sobre la metapsicología de su primera tópica. Reconstruye el proceso de la melancolía a partir de su desencadenamiento:

Dice "Hubo una elección de objeto, una ligadura de la libido a una persona determinada; por obra de una *afrenta real o un desengaño* de parte de la persona amada sobrevino un sacudimiento de ese vínculo de objeto. El resultado no fue el normal. La investidura de objeto resulto poco resistente, fue cancelada, pero la libido libre no se desplazó a otro objeto sino que se retiró sobre el yo, que sirvió para establecer una identificación del yo con el objeto resignado. La sombra del objeto cayó sobre el yo, quien en lo sucesivo pudo ser juzgado por una instancia particular como un objeto, como el objeto abandonado. De esa manera, la pérdida del objeto hubo de mudarse en una pérdida del yo, y el conflicto entre el yo y la persona amada, en una bipartición entre el yo crítico y el yo alterado por identificación".⁷

Diferencia las reacciones depresivas normales (melancolía) de las debidas a la pérdida de un ser querido(duelo); ambas responden a la pérdida de un objeto amado en las que aparece tristeza, dolor, falta de interés por el mundo externo, perdida de la capacidad de amar e inhibición de la actividad, pero a diferencia del duelo la melancolía supone una disminución del autoestima y origina auto reproches debido a que el melancólico desconoce la naturaleza de su pérdida y no puede conocer la causa de su tristeza. Sostiene que el comienzo de una depresión con frecuencia esta asociado al sufrimiento por un desengaño afectivo y es así como muchos depresivos recurren a la ingesta de alimentos para evitar o superar la depresión.

En su esfuerzo por comprender la pérdida de la autoestima que se produce en la melancolía Freud habla de la regresión de la libido y la identificación narcisista del yo con los objetos. Posteriormente en sus últimos

⁷ LIC. MARÍA TERESA BERTOLAMI. Cátedra de Radicación: Desarrollos del Psicoanálisis Universidad Nacional de Mar del Plata. Facultad de psicología. Trabajo de investigación correspondiente al requisito curricular según plan de estudios O. C. S. N°143/89. 6 de septiembre de 2007

escritos Freud interpreta la depresión en función de un superyo muy exigente en lo relacionado con los deberes y las obligaciones.⁸

“Aplicando a la melancolía lo expuesto en el duelo. En una serie de casos, es evidente que también ella puede ser reacción frente a la pérdida de un objeto amado; en otras ocasiones, puede reconocerse que esa pérdida es de naturaleza ideal. El objeto no está realmente muerto, pero se perdió como objeto de amor”; entonces que en la melancolía, la pérdida puede ser tanto real como ideal. Pero nos preguntamos, ¿qué es lo que le otorga a un objeto la característica de Ideal?. Según Freud, se ama a lo que posee el mérito que le falta al yo para alcanzar el ideal, se trataría entonces del Ideal del yo.

Creemos que la pérdida de la que se trata está relacionada con este Ideal del yo. El melancólico “sabe a quién perdió, pero no lo que perdió en él”, esta pérdida es de naturaleza inconciente.

Es importante preguntarse por qué si el yo del melancólico se encuentra cargado libidinalmente, éste se nos muestra con un enorme empobrecimiento, con una importante rebaja del sentimiento de sí:

“El enfermo nos describe a su yo como indigno, estéril y moralmente despreciable; se hace reproches, se denigra y espera repulsión y castigo”.

Este empobrecimiento libidinal yoico tan absoluto y total sería similar, a lo que le ocurre a un sujeto que se enamora. Su yo se vacía libidinalmente. La diferencia sería que el enamorado lo hace con un objeto externo, en cambio el melancólico lo hace con un ideal que imponiéndosele, le exige fidelidad y un amor que no produce ningún tipo de satisfacción. Recordemos en este punto las características feroces que caracterizan al superyo en la melancolía. Al respecto dice Freud en “Las Nuevas Aportaciones al Psicoanálisis” (1932): “en el acceso melancólico el superyo se hace riguroso en extremo: riñe, humilla y maltrata al pobre yo; le hace esperar los peores castigos y le reprocha actos muy pretéritos. El superyo aplica un rigurosísimo criterio moral al yo, inerme a merced suya; se

⁸ Bemporad, 1985

convierte en un representante de la moralidad y nos revela que nuestro sentimiento de culpabilidad moral es expresión de la pugna entre el yo y el superyo.”

El lamento es acusación

Creemos que la frase que da título a este apartado resume la verdadera ruptura que Freud hace en “Duelo y melancolía” respecto a la clínica psiquiátrica que lo precedió:

“Sus quejas (klagen) son realmente querellas (anklagen), en el viejo sentido del término. Ellos no se avergüenzan ni se ocultan: todo eso rebajante que dicen de sí mismos en el fondo lo dicen de otro”.⁹

Vemos así como los que en principio parecían ser autoreproches y autoacusaciones, en realidad iban dirigidos a otro. Esto queda fundamentado en Freud por la formulación de un mecanismo psíquico particular: la identificación del yo con el objeto perdido al modo de una incorporación oral, lo que produciría como consecuencia una modificación permanente del yo. Este mecanismo es el que le permite a Freud diferenciar netamente en este texto la melancolía del duelo. Un rasgo que puede reconocerse en el melancólico que refuerza la referencia al otro en los autoreproches es la falta de vergüenza, pudor ante los otros. En cambio observamos *“... el rasgo opuesto, el de una acuciante franqueza que se complace en el desnudamiento de sí mismo.*

1.2.3 Modelo conductual

Por otro lado, el modelo conductual tiene su base en las teorías del aprendizaje, en especial en el condicionamiento operante, tomando las ideas de Skinner referidas a que la característica central de la depresión es una reducción generalizada de la frecuencia de las conductas.

Ferster (1973) fue uno de los primeros psicólogos que estudió el fenómeno depresivo dentro de un marco clínico – experimental; sostiene que la

⁹ LIC. MARÍA TERESA BERTOLAMI. Universidad Nacional de Mar del Plata. Facultad de psicología. Trabajo de investigación correspondiente al requisito curricular según plan de estudios O. C. S. N°143/89. Cátedra de radicación: Desarrollos del psicoanálisis. 6 de septiembre de 2007.

característica principal es la frecuencia reducida de conductas reforzadas positivamente que sirvan para controlar el medio, en tanto que, por el contrario, se aumentan las conductas de evitación ante estímulos adversos.

Y puede ser explicada a través de los siguientes procesos:

- Cambios inesperados repentinos en el medio, que suponen pérdidas de fuentes de refuerzos o de estímulos de importancia.
- Programas de refuerzo que suponen grandes cambios de conducta para producir consecuencias en el medio.
- Repertorios limitados de observación que llevan a los depresivos a una distorsión de la realidad y a comportamiento que en pocas ocasiones son reforzados.

Según Ferster, muchas de las conductas depresivas permiten a los sujetos evitar estímulos adversos o situaciones desagradables en las que es esperable una reducción en los refuerzos negativos, de manera tal que dichas conductas se mantienen por reforzamiento negativo.

Lewinsohn (1974) dice que la depresión es una respuesta a la falta de reforzamiento positivo contingente a una conducta, y señala que los siguientes factores son los que pueden originar trastornos depresivos:

- Un ambiente que no brinda refuerzos suficientes.
- Falta de habilidades sociales.
- Incapacidad de 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.

Según esta teoría el tratamiento consiste en una programación de actividades que comienzan a dar al sujeto los refuerzos que necesita. Una vez que comienza se establece una realimentación positiva. Uno de los problemas con los que se plantea el depresivo es que dice que no tiene

fuerzas para hacer nada, que cuando se le cure la depresión y se sienta bien es cuando saldrá y hará las cosas que le apetecen.

12.4 Modelo Cognitivo

Dentro del modelo cognitivo podemos destacar el modelo de la "indefensión aprendida" de Seligman y el modelo reformulado de la indefensión aprendida de Abramson y Col. y el denominado "modelo de la desesperanza", la incapacidad para poder resolver algún problema. Asociada con esta la teoría de la desesperanza (la pérdida de la esperanza de conseguir los refuerzos que queremos).

Partiendo de numerosas investigaciones experimentales realizadas con animales, Seligman (1981) postula la pérdida percibida del control del ambiente o expectativa de incontrolabilidad, es decir que el sujeto pueda aprender que existe una independencia entre sus respuestas y las consecuencias ambientales; ello puede ser causa suficiente de la aparición de una reacción depresiva, y esa expectativa puede obedecer a cualquiera de los factores siguientes:

- Una historia de fracasos en el manejo de situaciones.
- Una historia de reforzamientos que haya impedido que la persona aprenda las complejas aptitudes necesarias para controlar el ambiente.

Abramson y Col. (1989), basándose en las teorías de la atribución de la Psicología Social postulan que el mero hecho de estar expuestos a situaciones que no se pueden controlar es insuficiente para desencadenar situaciones depresivas. ¹⁰

El modelo más conocido en términos de procesamiento de información es el planteado por Beck, basado en su experiencia clínica. ¹¹

El modelo cognitivo postula tres conceptos básicos:

¹⁰ MARÍA MARTINA CASULLO, Adolescentes en Riesgo Identificación y orientación psicológica, Paidós Buenos Aires -Barcelona - México, pag36

¹¹ AARON BECK, Terapia Cognitiva de la Depresión 15ª edición, Editorial Desclee de Brouwer.

1. **La triada cognitiva:** tiene tres patrones cognitivos principales en la que la persona tiende a considerarse a si mismo (visión negativa de si mismo, tendencia a subestimarse), su futuro (visión negativa del futuro, espera penas, frustraciones y privaciones; y sus experiencias (interpreta sus experiencias de manera negativa, demandas exageradas, obstáculos insuperables) de modo característico pero siempre con una visión negativa.

2. **Los esquemas:** ayuda a explicar porque el individuo mantiene actitudes que le hacen sufrir incluso en contra de la evidencia de que existen factores positivos en su vida; un esquema es la base para transformar los datos en cogniciones, así los esquemas constituyen la base para localizar, diferenciar, y codificar el estímulo al que se enfrente, en la depresión la persona pierde gran parte del control voluntario sobre sus procesos de pensamiento y es incapaz de acudir a otros esquemas mas adecuados.

3. **Los errores cognitivos:** el paciente depresivo mantienen la creencia de la invalidez de sus conceptos negativos tales como:
 - Inferencia arbitraria: se adelanta a la conclusión antes de que suceda.
 - Abstracción selectiva: se centra en un detalle que puede ser irrelevante dejando los relevantes de lado y conceptualiza en base a ese fragmento.
 - Generalización excesiva: elabora una regla general a partir de hechos aislados y aplica este concepto a varias situaciones ya sea que estén relacionadas o no.
 - Maximización y minimización: se ve reflejada en la magnitud en la que evalúan un evento.
 - Personalización: se atribuye a sí mismo fenómenos externos cuando no existe base para hacer tal conexión.

- Pensamiento absolutista, dicotómico: tendencia clasificar todas las experiencias de una manera radical blanco- negro/ sucio – limpio y utiliza lo negativa para adjudicarse a sí mismo.

1.3 DIAGNÓSTICO DE LA DEPRESIÓN

Para poder diagnosticar un Trastorno Depresivo, como en cualquier otra patología médica, se requiere de la utilización de una historia clínica para juntar la información diagnóstica necesaria. Para la depresión, la historia clínica puede ser ampliada. Por ejemplo, si el especialista que está evaluando a un paciente percibe algún síntoma o rasgo característico de un Trastorno Depresivo que le lleve a sospechar la presencia del mismo, podrá realizar un interrogatorio más profundo sobre la situación vital del paciente, incluyendo el concepto de vida e intentos de suicidio. Así también se debe precisar desde cuándo el paciente comienza a sentirse diferente, qué desencadenó dicho cambio, etc.

Un mecanismo muy fiable y de fácil aplicación que permite detectar la presencia de depresión y su gravedad, es el **TEST DE DEPRESIÓN DE BECK (BECK DEPRESSION INVENTORY)**. Beck afirma que en los trastornos emocionales existe una distorsión sistemática en el procesamiento de la información; de este modo la perturbación emocional depende del potencial de los individuos para percibir negativamente el ambiente y los acontecimientos que les rodean. Otra escala que se ha usado en este trabajo investigativo es la escala de **DEPRESIÓN, ADAPTACIÓN DE M.M. CASULLO, 1994**, la misma que fue utilizada como técnica para evaluar síntomas depresivos para detectar la población en riesgo, fue adaptada a la población Argentina.

Criterios Diagnósticos según el DSM IV ¹²

El DSM-IV clasifica a la depresión dentro de los Trastornos del estado de ánimo ya que incluyen trastornos que tienen como principal característica una alteración del humor, y se clasifica de la siguiente manera:

1.3.1 Depresión mayor.

Una característica esencial del trastorno depresivo mayor es un curso clínico caracterizado por uno o más episodios depresivos mayores sin historia de episodios maníacos, mixtos o hipomaniacos. El trastorno depresivo mayor está asociado a una alta mortalidad, la mayoría por suicidio, pudiendo ser precedido por un trastorno distímico.

En los niños y adolescentes el estado de ánimo puede ser irritable o inestable en lugar de triste. Esto debe diferenciarse del patrón de niño mimado con irritabilidad ante frustraciones.

En algunos casos la tristeza puede ser negada la misma que será expuesta a medida que avanza la entrevista o muchas de las veces las personas pueden hacer énfasis en quejas somáticas en lugar de sentimientos de tristeza.

Las personas que padecen enfermedades médicas crónicas presentan un mayor riesgo de desarrollar un trastorno depresivo mayor, dificultan el tratamiento de la enfermedad médica y hacen que el pronóstico pueda ser desfavorable.

Criterios para el episodio depresivo mayor

Los principales criterios son:

- A. Presencia de cinco o más de los siguientes síntomas durante un periodo de 2 semanas que representan un cambio respecto a la

¹² COMITÉ ELABORADOR DEL DSMIV; "Manual Diagnóstico y Estadístico de las Enfermedades Mentales"

actividad previa. No se incluirá síntomas que son debidos a enfermedad médica o las ideas delirantes o alucinaciones no congruentes con el estado de ánimo.

1. Estado de ánimo deprimido.
2. Disminución del placer o interés en cualquier actividad.
3. Aumento o disminución de peso/apetito.
4. Insomnio o hipersomnio.
5. Agitación o enlentecimiento psicomotor casi cada día.
6. Fatiga o pérdida de energía.
7. Sentimientos excesivos de inutilidad o culpa.
8. Disminución de la capacidad de pensar o problemas de concentración o toma de decisiones.
9. Ideas recurrentes de muerte o suicidio.

- B. Los síntomas no cumplen los criterios para un episodio mixto.
- C. Los síntomas provocan malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.
- D. Los síntomas no son debido a los efectos fisiológicos directos de una sustancia o una enfermedad médica.
- E. Los síntomas no se explican mejor por la presencia de un duelo (pérdida de un ser querido), los síntomas persisten por más de 2 meses, se caracterizan por una acusada incapacidad funcional, ideación suicida, síntomas psicóticos o enlentecimiento motor.

Criterios para el Diagnóstico de F33.x del Trastorno Depresivo Mayor episodio único (296.2x).

- A. Presencia de un único episodio depresivo mayor.
- B. El episodio depresivo mayor no se explica mejor por la presencia de un trastorno esquizo - afectivo y no está superpuesto a una esquizofrenia, un trastorno esquizofreniforme, un trastorno delirante o un trastorno sicótico no especificado.

- C. Nunca se ha producido un episodio maniaco, un episodio mixto o un episodio hipomaniaco.

Criterios Diagnósticos de F33.x Trastorno Depresivo Mayor Recidivante (2996.3x).

- A. Presencia de dos o más episodios depresivos mayores (para ser considerado como episodios separados debe hacer un intervalo de al menos 2 meses seguidos).
- B. Los episodios depresivos mayores no se explican mejor por la presencia de un trastorno esquizo - afectivo y no están superpuestos a una esquizofrenia, un trastorno esquizofreniforme, un trastorno delirante o un trastorno psicótico no especificado.
- C. Nunca se ha producido un episodio maniaco, un episodio mixto o un episodio hipomaniaco.

1.3.2 Distimia

La característica esencial es un estado de ánimo crónicamente depresivo que esta presente la mayor parte del día de la mayoría de los días durante al menos dos años. En los niños pueden ser irritables más que depresivos y la duración mínima es de 1 año.

Varios estudios sugieren que los síntomas mas frecuentes son los sentimientos de incompetencia, la pérdida generalizada de interés o de placer, el aislamiento social, los sentimientos de culpa o tristeza referente al pasado, los sentimientos de irritabilidad o ira excesiva y el descenso de la actividad, la eficiencia o productividad.

El 75% de los sujetos que presentan distimia pueden presentar un trastorno depresivo mayor en el futuro.

En los niños suele provocar un deterioro del rendimiento escolar y de la interacción social. En general los niños y adolescentes con un trastorno

distímico están irritables e inestables además de tristes, tienen una baja autoestima y escasas habilidades sociales y son pesimistas.

Las mujeres son dos o tres veces más propensas que los hombres a presentar un trastorno distímico.

Frecuentemente el trastorno distímico tienen un inicio temprano e insidioso (en la niñez, adolescencia o al principio de la edad adulta) así como un curso crónico.

Criterios para el diagnóstico de F34.1 Trastorno Distímico (300.4)

- A. Estado de ánimo crónicamente depresivo la mayor parte del día de la mayoría de los días manifestados por el sujeto u observado por los demás, durante al menos 2 años; en adolescentes y niños 1 año.
- B. Presencia mientras está deprimido de dos o más de los siguientes síntomas:
 - a. Durante el periodo de 2 años (1 año niños y adolescentes) de la alteración el sujeto no ha estado sin síntomas de los criterios A y B durante más de 2 meses seguidos.
 - b. No ha habido ningún episodio depresivo mayor durante los primeros 2 años de la alteración (1 año adolescente y niños).
- C. Nunca ha habido un episodio maníaco, un episodio mixto, o un episodio hipomaníaco y nunca se han cumplido los criterios para el trastorno ciclotímico.
- D. La alteración no aparece exclusivamente en el transcurso de un trastorno psicótico crónico, como son la esquizofrenia o el trastorno delirante.
- E. Los síntomas no son debidos a los efectos fisiológicos directos de una sustancia o enfermedad médica.
- F. Los síntomas causan un malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

Se debe especificar si:

- Inicio temprano: antes de los 21 años.
- Inicio tardío: si se produce a los 21 años o después.

1.3.3 Trastornos depresivos no especificados (311) F32.9

Esta categoría incluye los trastornos con síntomas depresivos que no cumplen los criterios para un trastorno depresivo mayor y un trastorno distímico. Dentro de los trastornos depresivos no especificados se incluyen:

1. **Trastorno disfórico premenstrual:** los síntomas como estado de ánimo acusadamente deprimido, ansiedad importante, marcada labilidad afectiva, pérdida de interés en las actividades, se presenten con regularidad durante la última semana de la fase luteínica. Estos tienen que ser lo suficientemente graves como para interferir notablemente en el trabajo, los estudios o las actividades habituales y estar completamente ausentes durante al menos una semana después de las menstruaciones.
2. **Trastorno depresivo menor:** episodios al menos dos semanas de síntomas depresivos pero con menos de los 5 ítems exigidos para ser una depresión mayor.
3. **Trastorno depresivo breve recidivante:** episodios con una duración de dos días a dos semanas que se presentan al menos una vez al mes durante 12 meses.
4. **Trastorno depresivo post-psicótico en la esquizofrenia.**
5. **Un episodio depresivo mayor superpuesto a un trastorno delirante.**

1.3.4 Diagnóstico Diferencial:

La tristeza puede ser un síntoma presente no sólo en un Trastorno Depresivo sino también en diferentes cuadros clínicos. Por lo tanto la presencia de este síntoma debe diagnosticarse de manera diferencial con los siguientes trastornos:

Trastorno Bipolar: En el cual se presentan episodios de manía y depresión.

Trastorno del estado de ánimo debido a una enfermedad médica: la alteración en el estado de ánimo es consecuencia de un efecto fisiológico directo de una enfermedad médica específica.

Trastorno del estado de ánimo inducido por sustancias: Una sustancia está etiológicamente ligada a la alteración del estado de ánimo.

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

1.4 DEPRESIÓN EN LA ADOLESCENCIA

Es un trastorno que puede presentarse durante los años de la adolescencia, marcado por tristeza, desánimo y pérdida de la autoestima persistentes, al igual que falta de interés en actividades usuales.

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

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

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

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

Estos síntomas pueden ser fáciles de reconocer, pero la depresión en los adolescentes con frecuencia comienza de manera muy diferente. El hecho de dormir mucho, un cambio en los hábitos alimentarios, incluso la conducta delictiva (como el hurto) pueden ser signos de depresión. Otro síntoma común de la depresión adolescente es una obsesión con la muerte, que puede tomar la forma ya sea de pensamientos suicidas o temores acerca de la muerte y del mismo hecho de morir.

Las niñas adolescentes presentan el doble de posibilidades de experimentar depresión que los niños.¹³

1.4.1 Factores de riesgo para la depresión¹⁴

- Eventos estresantes de la vida, en particular la pérdida de uno de los padres por muerte o por divorcio.
- Maltrato infantil, tanto físico como sexual.
- Atención inestable, falta de habilidades sociales.
- Enfermedad crónica.
- Antecedentes familiares de depresión.
- La depresión también está asociada con trastornos en la alimentación, particularmente bulimia.
- **Insatisfacción de las necesidades psicológicas básicas.** Dentro de ellas se destaca la necesidad de autoafirmación, de independencia, de relación íntima personal y la aceptación por parte del grupo de pares. La insatisfacción frustra, deja marcas.
- **Patrones inadecuados de educación y crianza.** Que pueden ser: La conocida sobreprotección, se puede manifestar de una manera ansiosa (al crear sentimientos de culpa en el adolescente) o de una manera autoritaria (al provocar rebeldía y desobediencia). El autoritarismo: Limita la necesidad de independencia del adolescente y mutila el libre desarrollo de su personalidad, para provocar como respuesta en la mayoría de los casos, rebeldía y enfrentamientos con la figura autoritaria y pérdida de la comunicación con los padres. La agresión: Tanto física como verbal, menoscaba la integridad del adolescente, su auto - imagen y dificulta en gran medida la

¹³ BENJMIN W. VAN VOORTHEES, MD, MPH, Asistant profesor of the Medicine, Peditrics and Psychity, the UNiversity of Chicago, <http://nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/001518.htm>, September 2007.

¹⁴ DULANTO, ENRIQUE, La Adolescencia, Asociación Mexicana de Pediatría. Ed. McGraw-Hill Interamericana. México, 2000.

comunicación familiar. La permisividad: Esta tendencia educativa propicia la adopción de conductas inadecuadas en los adolescentes por carencia de límites claros. La autoridad dividida: Este tipo de educación no permite claridad en las normas y reglas de comportamiento, y provoca la desmoralización de las figuras familiares responsables de su educación.

- **Un ambiente frustrante.** Cuando el adolescente no encuentra adecuadas manifestaciones de afecto, cuando hay censura inmotivada y frecuente hacia su persona, cuando se reciben constantes amenazas, castigos e intromisiones en su vida privada y cuando se aprecia un desentendimiento y alejamiento de las problemáticas que presenta.
- **La sexualidad mal orientada.** Cuando por la presencia de prejuicios en relación con los temas sexuales, la comunicación en este lugar queda restringida y el adolescente busca por otros medios, no siempre los idóneos, sus propias respuestas e informaciones o en muchos casos mantiene grandes lagunas que le acarrearán grandes problemas por el desconocimiento, la desinformación y la formación de juicios erróneos en relación con la sexualidad.
- **Un inadecuado ambiente familiar.** Cuando la familia es disfuncional, "multi - problemática", no cumple sus funciones básicas y no quedan claros las reglas y roles familiares se dificulta el libre y sano desarrollo de la personalidad del adolescente. Es necesario que exista un soporte familiar adecuado, capaz de asimilar los cambios requeridos para la individualización del adolescente.

- **La pertenencia a grupos antisociales.** Este factor tiene como causa fundamental la satisfacción de la necesidad de autoafirmación y la necesidad del seguimiento del código grupal. Por lo general cuando los adolescentes no encuentran una vía adecuada de autoafirmación tratan de buscarla en este tipo de grupo donde fácilmente la encuentran, con el reconocimiento grupal ante la imitación de sus patrones inadecuados.
- **La promiscuidad.** Es un factor de riesgo social que no sólo puede ser motivo de embarazos precoces y enfermedades de transmisión sexual, sino que también propicia una autovaloración y autoestima negativas que puede deformar la personalidad del adolescente.
- **El abandono escolar y laboral.** Este hecho provoca que el adolescente se halle desvinculado de la sociedad, y no encuentre la posibilidad de una autoafirmación positiva, al disminuir las posibilidades de comprobar sus destrezas para enfrentar los problemas y asumir responsabilidades, lo cual resquebraja su autoestima, la confianza en sí mismo y en sus posibilidades de desarrollo social.
- **Consumo y abuso de drogas.** Durante la adolescencia el consumo y el abuso del alcohol y de otras sustancias es una conducta extendida de alto riesgo. De todas las sustancias legales e ilegales que pueden conseguirse, la nicotina y el alcohol son los que mas se prestan al abuso; se obtienen sin dificultad y a bajo costo, y muchos adultos modelan su consumo. Prescindiendo de sus efectos, y a pesar de los mensajes del servicio público, muchos adolescentes consideran al

tabaquismo y a la ingesta de alcohol como hábitos "inofensivos" que les confieren una apariencia más adulta.

La marihuana, la cocaína, las anfetaminas, la heroína, los alucinógenos y el LSD se consiguen con facilidad en los barrios pobres, en los suburbios y en otras áreas periféricas. Ante la escasez de dinero, algunos adolescentes recurren a inhalantes volátiles como los pegamentos y hasta la gasolina.

- **Homosexualidad.** Muchos jóvenes tiene una o muchas más experiencias homosexuales, con frecuencia en los primeros años de la adolescencia, (Dreyer, 1982) no obstante estas experiencias aisladas no rigen la futura orientación sexual. En casi todas las sociedades y grupos étnicos, 5 por ciento de los adultos son homosexuales activos y casi el mismo porcentaje es bisexual.

Sin importar los orígenes de la homosexualidad, la identidad de género puede causar un gran estrés en el adolescente, ya que la población homosexual es una minoría, además de que reciben poca o nula ayuda de sus padres y compañeros, y cuentan con muy pocos modelos aceptables. De ahí que se sientan terriblemente incomprendidos en sus emociones quizá por tener que ocultar su secreto. A menudo a los que declaran su preferencia sexual son objeto de ataques verbales e incluso físicos. Se desmorona su autoestima y la depresión es común.

- **Relaciones sexuales tempranas.** Los adolescentes son muy activos en lo sexual, a pesar de que las actitudes de la sociedad ante la conducta sexual se han vuelto más conservadoras. La edad de su primera experiencia varía según el sexo, el grupo racial y subcultural.

Los varones inician antes su actividad sexual y suelen mostrar actitudes diferentes que las de las mujeres. En ellos es más probable que la iniciación sexual ocurra con una pareja informal que con una pareja estable y que reciban más apoyo social que la mujer por su pérdida de su virginidad.

- **Abuso sexual.** Por desgracia, en todos los niveles socioeconómicos un número considerable de niños y adolescentes tienen su primera experiencia sexual contra su voluntad: son víctimas del abuso o explotación sexual. Es probable que los casos denunciados representen apenas una pequeña proporción de los incidentes.

El impacto del abuso sexual en el niño depende de diversos factores, entre los que se cuentan: la naturaleza del acto, la edad y la vulnerabilidad de la víctima, el hecho de que el agresor sea un extraño o un pariente, las reacciones de los adultos en quien confía. A menudo el impacto en su identidad y autoestima dura toda la vida. La forma más común de abuso sexual se da entre una adolescente de poca edad y un pariente adulto o amigo de la familia. El abuso en ocasiones se prolonga por mucho tiempo y se convierte en un secreto entre el agresor y la víctima.

Las adolescentes víctimas del abuso se sienten culpables y avergonzadas pero sin poder hacer nada al respecto. Tal vez se sienten aisladas y alejadas de sus compañeros y adopten además una actitud de desconfianza ante los adultos en general.

En general las actitudes de estas muchachas ante las relaciones íntimas se distorsionan. En la adultez les es difícil entablar relaciones sexuales normales, y puede incluso resultarles establecer vínculos

normales con sus propios hijos. Muchas tienen ideas erróneas de la sexualidad y están más propensas a casarse con hombres que suelen abusar de ellas.

- **Paternidad en los adolescentes.** Las adolescentes de mayor edad tienen una probabilidad significativamente mayor de embarazos no deseados, abortos provocados y espontáneos.

Por lo general, las adolescentes embarazadas abandonan la escuela y trabajan en empleos mal remunerados, se sienten más insatisfechas en el trabajo y suelen necesitar ayuda. También deben sortear su desarrollo personal y social mientras tratan de adaptarse a las necesidades de un bebé o de un niño pequeño.

Los efectos de la paternidad en la vida del adolescente también pueden ser negativos y prolongados. Dadas las presiones de sostener a su nueva familia, muchos abandonan la escuela y aceptan empleos mal remunerados y con pocas exigencias. Con el transcurso del tiempo es muy probable que enfrenten problemas conyugales.

A menudo las adolescentes embarazadas enfrentan una fuerte desaprobación de su familia. Pero si no se casan, no tendrán más remedio de continuar viviendo con ella en una situación de dependencia durante el embarazo y después de este. Así, algunas se sienten motivadas a casarse para formar su propio hogar. Pero el matrimonio no es por fuerza la mejor solución a sus problemas. Algunos investigadores consideran que aun cuando la maternidad temprana dificulta el crecimiento adulto muchas veces es preferible a combinarla con un matrimonio a edad muy temprana. El matrimonio en tales circunstancias suele hacer que se abandone la

escuela en el nivel alto o superior. Por lo demás los que se casan jóvenes están más expuestos al divorcio que quienes tienen su hijo y contraen nupcias más tarde.

Si reciben ayuda, algunos adolescentes cumplen de manera excelente su obligación de criar a sus hijos al mismo tiempo que avanzan a la adultez.

1.4.2 Síntomas

- Estado de ánimo depresivo o irritable.
- Mal genio, agitación.
- Pérdida del interés en actividades.
- Disminución del placer en las actividades diarias.
- Cambios en el apetito, por lo general pérdida del apetito pero a veces aumento del mismo.
- Cambios de peso (aumento o pérdida de peso en forma involuntaria).
- Dificultad para conciliar el sueño o para permanecer dormido (insomnio) persistentes.
- Somnolencia diurna excesiva.
- Fatiga.
- Dificultad para concentrarse.
- Dificultad para tomar decisiones.
- Episodios de pérdida de la memoria.
- Preocupación por sí mismo.
- Sentimientos de minusvalía, tristeza u odio hacia sí mismo.
- Sentimientos de culpabilidad excesivos o inapropiados.
- Comportamiento inadecuado (incumplimiento de normas restrictivas toques de queda, actitud desafiante poco común).
- Pensamientos sobre suicidio o miedos o preocupaciones obsesivas sobre la muerte.
- Planes para cometer suicidio o intentos reales de suicidio.
- Patrón de comportamiento exageradamente irresponsable.

Los episodios depresivos en adolescentes generalmente responden al tratamiento que si es amplio y oportuno puede prevenir episodios posteriores. Sin embargo, cerca de la mitad de los adolescentes que experimentan una depresión grave tienen probabilidades de seguir presentando depresión continua como adultos. Y dentro de las complicaciones están el suicidio. A menudo, la depresión interfiere con el desempeño escolar y las relaciones interpersonales. Los adolescentes con depresión frecuentemente presentan otros problemas psiquiátricos, como trastornos de ansiedad.

La depresión también se asocia comúnmente con violencia y comportamiento imprudente. Con la depresión también coexisten frecuentemente problemas como la drogadicción, el alcoholismo y el tabaquismo.

Los períodos de estado de ánimo deprimido son comunes en la mayoría de los adolescentes. Sin embargo, las relaciones interpersonales de apoyo y las habilidades de adaptación saludables pueden ayudar a evitar que dichos períodos conduzcan a síntomas depresivos más severos. La comunicación abierta con el adolescente puede ayudar a identificar la depresión a una edad más temprana.

La asesoría puede ayudar a los adolescentes a hacer frente a los períodos de estado anímico bajo.¹⁵

1.5 GÉNERO Y DEPRESIÓN

El género determina de manera fundamental la salud mental y las enfermedades mentales y el poder diferencial y el control que los hombres y las mujeres tienen sobre los condicionantes socioeconómicos de sus vidas y salud mental, su posición y condición social, el modo en que son tratados dentro de la sociedad y su susceptibilidad y exposición a riesgos específicos para la salud mental.

¹⁵ BENJMIN W. VAN VOORTHEES, MD, MPH, Asistant profesor of the Medicine, Peditrics and Psychity, the UNiversity of Chicago, <http://nlm.nih.gov/medlinepls/spanish/ency/article/001518.htm>, Septiembre 2007

Las diferencias de género aparecen en particular en las estadísticas de trastornos mentales comunes (depresión, ansiedad y quejas somáticas). Estos trastornos, que predominan en las mujeres, afectan aproximadamente a 1 de cada 3 personas en la comunidad y constituyen un serio problema para la salud pública.

La depresión unipolar que según las predicciones será la segunda causa de carga de discapacidad mundial en 2020 es dos veces más común entre las mujeres.

La depresión no sólo es el problema de salud mental más común en las mujeres sino que además puede ser más persistente en las mujeres que en los hombres.

Los factores de riesgo específicos del género que influyen en los trastornos mentales comunes que afectan de manera desproporcionada a las mujeres incluyen la violencia de género, las carencias socioeconómicas, el salario bajo y la desigualdad en los ingresos, la condición y rango social bajo o subordinado y la continua responsabilidad del cuidado de otros.

El alto grado de violencia sexual al que las mujeres están expuestas y la correspondiente elevada tasa de estrés postraumático que aparece tras sufrir esta violencia convierte a las mujeres en el mayor grupo de personas afectadas por este trastorno.

Existe un alto número de probabilidades de que a las mujeres se les prescriba medicamentos psicotrópicos que alteran el estado de ánimo.

También aparecen diferencias de género en los patrones de búsqueda de ayuda para tratar un trastorno psicológico. Es más probable que las mujeres soliciten ayuda y que revelen que tienen problemas mentales a su médico de atención primaria de la salud, mientras que existen más probabilidades

de que los hombres soliciten asistencia a un especialista en salud mental y sean hospitalizados.

Los estereotipos de género que indican que las mujeres tienen propensión a los problemas emocionales y los hombres a los problemas con el alcohol parecen reforzar el estigma social y suponen un obstáculo a la hora de solicitar ayuda utilizando las vías normales. Constituyen una barrera para la identificación adecuada y el tratamiento de los trastornos psicológicos.

Los trastornos depresivos constituyen casi el 41,9% de los casos de discapacidad debida a trastornos neuropsiquiátricos entre las mujeres.

Los casos en los que la violencia contra las mujeres prevalece durante toda la vida oscilan entre un 16% y un 50%.

Los estudios muestran que existen tres principales factores que pueden evitar en gran medida la aparición de problemas mentales, especialmente la depresión. Son los siguientes:

- Tener suficiente autonomía para controlar de algún modo la respuesta a los sucesos graves.
- Tener acceso a recursos materiales que permitan tener opciones entre las que elegir en el momento de enfrentarse a sucesos graves.
- El apoyo psicológico ofrecido por familiares, amigos o profesionales de la salud es poderosamente efectivo.¹⁶

En este capítulo se ha abordado los diferentes enfoques que explican la depresión, como diagnosticarla y la depresión en la adolescencia con sus respectivos síntomas y factores de riesgo que serán usados más adelante para relacionar con la investigación que se realizó en el Colegio Técnico Herlinda Toral.

¹⁶ OMS (Organización Mundial de la Salud), Traducción de la Universidad de Salamanca, <http://www.un.org/spanish/Depts/dpi/boletin/mujer/genderwomen.html> Naciones Unidas 2005

CAPÍTULO 2

LA

ADOLESCENCIA

LA ADOLESCENCIA

2.1. GENERALIDADES

La adolescencia debe entenderse como una etapa de crisis personal intransferible en el esquema del desarrollo biopsicosocial de un ser humano. Abarca un largo periodo de la vida que comprende, por lo general, de los 10 o 12 años de edad hasta los 22.

En este periodo crítico se alcanza la madurez biológica y sexual y con ello la capacidad de reproducción, también se abre la puerta a la búsqueda y consecución paulatina de la madurez emocional y social, aquella donde se asumen responsabilidades y conductas que llevarán a la participación en el mundo adulto.

A la madurez biológica se le conoce como pubertad en tanto que al largo periodo que sigue para encontrar la madurez emocional y social se le denomina adolescencia. Este es un proceso de tránsito determinado por varios factores: la vida en familia, la experiencia escolar, el marco cultural que ha estructurado el mundo social para la puesta en práctica de normas y límites que forman la base educativa y explican la experiencia de vida comunitaria, y las condiciones económicas y políticas que imperan en la generación que pasa por la experiencia de ser adolescente.¹⁷

¹⁷ DULANTO, ENRIQUE, La Adolescencia, Asociación Mexicana de Pediatría. Ed. McGraw-Hill Interamericana. México, 2000.

2.2. PRINCIPALES CAMBIOS DE LA ADOLESCENCIA

2.2.1. Cambios Físicos ¹⁸

Las características biológicas de la adolescencia son un notable aumento de la rapidez de crecimiento, un desarrollo acelerado de los órganos reproductores y la aparición de los rasgos sexuales secundarios como el vello corporal, el incremento de la grasa y de los músculos, además de agrandamiento y maduración de los órganos sexuales. Algunos cambios son iguales en ambos sexos, como el aumento de tamaño, mayor fuerza y vigor, pero en general se trata de cambios específicos de cada sexo.

Las alteraciones físicas que ocurren al iniciarse la adolescencia están controladas por las hormonas secretadas hacia el torrente sanguíneo en pequeñas cantidades por las glándulas endócrinas. Se presenta luego el estirón del crecimiento, periodo de crecimiento rápido del tamaño y la fuerza, acompañados por cambios en las proporciones corporales. Sobre todo en la mujer el estirón es una señal del inicio de la adolescencia, los cambios más perceptibles relacionados con la pubertad aparecen más o menos un año después del estirón.

El estirón del crecimiento suele caracterizarse por torpeza y falta de garbo mientras el niño aprende a controlar su "nuevo" cuerpo. En parte, la torpeza también se debe a que el estirón no es simétrico, por un tiempo una pierna puede ser mas larga que la otra y una mano mas grande que la otra; el estirón también se caracteriza por un apetito voraz pues el cuerpo busca los nutrientes necesarios para su crecimiento.

¹⁸ CRAIG, GRACE J. Y BAUCUM, DON, Desarrollo Psicológico, Octava edición, Pearson educación, Mexico, 2001.

Otros cambios son el aumento de tamaño y de la actividad de las glándulas sebáceas de la piel, lo que puede ocasionar brotes de acné. Además en la piel aparece un nuevo tipo de glándula sudorípara que genera un sudor corporal más fuerte.

Entre los cambios sutiles precursores del estirón del crecimiento figuran un incremento de la grasa corporal. En ambos sexos, la grasa se deposita en el área de los senos; se trata de un depósito permanente en la mujer y temporal en el varón. Conforme ocurre el estirón del crecimiento los niños por lo general pierden la mayor parte de la grasa adicional y, en cambio las niñas suelen conservarla.

Ambos sexos presentan una gran variabilidad en el periodo en el que aparecen los cambios hormonales asociados con el comienzo de la adolescencia. Las hormonas "masculinas" y "femeninas" se encuentran en ambos sexos, pero los varones empiezan a producir una mayor cantidad de andrógenos, la más importante de las cuales es la testosterona; y las mujeres un mayor número de estrógenos y de progesterona.

Cada hormona influye en un grupo específico de objetivos o receptores. Así, la secreción de testosterona produce el crecimiento del pene, el ensanchamiento de los hombros y la aparición del vello en la zona genital y en la cara.

Las glándulas endócrinas secretan un equilibrio delicado y complejo de hormonas. Mantener el balance es función de dos áreas del cerebro: el hipotálamo y la hipófisis. El hipotálamo es la parte del cerebro que da inicio al crecimiento, y con el tiempo, a la capacidad reproductora durante la adolescencia. La hipófisis, situada por debajo del cerebro, secreta varias clases de hormonas, entre ellas la hormona del crecimiento (que regula el

crecimiento global del cuerpo) y también algunas hormonas tróficas secundarias. Estas últimas regulan y estimulan el funcionamiento de otras glándulas, entre ellas las sexuales: los testículos en el varón y los ovarios en la mujer. En el hombre las glándulas sexuales secretan andrógenos y producen espermatozoides; en la mujer secretan estrógenos y controlan la ovulación. Las hormonas secretadas por la hipófisis y por las glándulas sexuales tienen efectos emocionales y físicos en el adolescente.

En la mujer la menarquía es el signo más evidente y simbólico de la transición de la niña a la adolescencia, se presenta luego de que el estirón alcanza su punto culminante, puede ocurrir a los nueve años y medio hasta los 16 y medio. La menstruación produce "cólicos" menstruales casi en la mitad de las adolescentes. La tensión premenstrual es frecuente y muchas veces se observan irritabilidad, depresión, llanto, inflamación e hipersensibilidad de los senos.

En el hombre la primera indicación de la pubertad es el crecimiento rápido de los testículos y del escroto. El pene pasa por un crecimiento acelerado similar mas o menos un año después. Mientras tanto el vello púbico empieza a aparecer, se presenta también un crecimiento del corazón y los pulmones, cambios en la voz y la primera emisión de semen entre los 11 y los 16 años.

2.2.2. Cambios Psicológicos

- En esta etapa, el desarrollo cognoscitivo se caracteriza por un mayor pensamiento abstracto y el uso de la meta cognición. Ambos aspectos ejercen un profundo influjo en el alcance y el contenido de los

pensamientos del adolescente y en su capacidad para emitir juicios morales.¹⁹

- **Crisis de oposición:** se refiere a la necesidad que tienen de autoafirmarse, de formar un yo diferente al de sus padres a los que han estado estrechamente unidos hasta ahora, con necesidad de autonomía, de independencia intelectual y emocional.
- **Desarreglo emotivo:** a veces con la sensibilidad a flor de piel y otras en las que parece carecer de sentimientos.
- **Imaginación desbordada:** Sueñan, y esto no es más que un mecanismo de defensa ante un mundo para el que no están preparados. Es un medio de transformar la realidad, pueden imaginar un porvenir, como modelos, o futbolistas de élite, o campeones de surf, actores, etc. Ellos pueden cambiar el mundo, hacerlo mejor.
- **Narcisismo:** Se reconoce al adolescente cuando comienza a serlo, simplemente por las horas que le dedica al espejo. Le concede una importancia extrema a su físico: puede lamentarse por un grano en la nariz, obsesionarse por la ropa, por estar gordos o delgados. Quieren estar constantemente perfectos.
- **Crisis de originalidad:** presenta dos aspectos:
 - a) **Individual:** como afirmación del yo, con gusto por la soledad, el secreto, las excentricidades en el vestir, o en su forma de hablar o de pensar. Necesitan reformar, transformar el mundo, ser distintos y especiales.
 - b) **Social:** aquí está la rebelión juvenil referida a los sistemas de valores de los adultos y las ideas recibidas. Achacan al adulto sobretodo su falta de comprensión y el hecho de que atenta contra su independencia. Hay una

¹⁹ CRAIG, GRACE J. Y BAUCUM, DON, Desarrollo Psicológico, Octava edición, Pearson educación, Mexico, 2001.

necesidad clara de participación; la uniformidad en lenguaje y en vestimenta de los adolescentes, no es más que la necesidad de afecto, de ser considerado, aprobado por el propio grupo, y que a veces lo viven de una forma obsesiva.

- **Sentimiento de inseguridad:** sufren a causa de sus propios cambios físicos que no siempre van parejos con su crecimiento emocional, puesto que la pubertad, es decir la madurez física, siempre precede a la psíquica, con lo que a veces se encuentran con un cuerpo de adulto, que no corresponde a su mente, y por lo tanto no se reconocen, y desarrollan una fuerte falta de confianza en si mismos.

- **Sentimientos angustia:** puesto que existe una frustración continua, por una parte se le pide que actúe como un adulto en la sociedad (con responsabilidad) y por otra se le trata como un niño, se le prohíbe vestir de una u otra forma, o se reglamentan sus salidas nocturnas, etc.

Esta angustia es la manifestación de la tensión que el chico soporta y que se manifiesta por:

- a) **Agresividad:** como respuesta a dicha frustración la agresividad es un mecanismo habitual. La cólera del adolescente ante la negativa a sus exigencias, la irritabilidad, la propensión a la violencia, que de momento les supone una bajada de tensión pero que por supuesto es sólo momentánea, las malas contestaciones, los portazos, las reacciones desmedidas en las peleas con los hermanos son claros ejemplos.

- b) **Miedo al ridículo:** que como sabemos se encuentra exageradamente presente. Es un sentimiento social de vergüenza, atravesar un sitio con mucha gente, ir con ropa poco apropiada para el grupo, etc. y que puede tener manifestaciones físicas: taquicardia, trastornos gastrointestinales.

c) **Angustia expresada de modo indirecto:** el miedo a un examen, timidez extrema, miedo a desagradar, reacción de rechazo cuando se le dan muestras de cariño, tanto en público como en privado.

d) **Sentimientos de depresión:** por la necesidad de estar solo, de melancolía y tristeza que pueden alternar con estados de verdadera euforia.

Estas características entran dentro de la normalidad de un chico o una chica adolescente, pero por supuesto, dentro de unos límites. La angustia, la depresión, la irritabilidad, el ir contra las normas, puede volverse patológico cuando es exagerado, cuando vemos que el adolescente está sufriendo mucho y/o hace sufrir a los demás, cuando vemos que se altera toda su vida y que esos sentimientos le condicionan absolutamente, que de alguna forma le alejan en exceso de la realidad.²⁰

La adolescencia es quizás la época más complicada en todo el ciclo de la vida humana. Los adolescentes son muy conscientes y están seguros de que todo el mundo los observa, entre tanto, su cuerpo continuamente los traicionan; sin embargo la adolescencia también ofrece nuevas oportunidades que los jóvenes abandonan de diferentes maneras. Todos estos factores ayudan de una manera u otra a crear responsabilidad en cada joven, lo que hace temprana o tardíamente que este obtenga una maduración intelectual que le hará abrir la memoria y pensar mejor las cosas antes de actuar.

²⁰ ISABEL MENÉNDEZ BENAVENTE, psicóloga. <http://www.psicologoinfantil.com/articuloadolescencia.htm>. ADOLESCENCIA: La crisis necesaria, octubre 2007.

2.2.3 Desarrollo Afectivo²¹

El entrenamiento del individuo en la capacidad de amar se da en la familia, desde la infancia trasciende en el futuro de la vida de las personas, sobre todo en la forma, de entender, sentir, brindar y recibir afecto.

Para la expresión del afecto es necesaria la comunicación, que también se aprende dentro de cada familia según el modelo que de ello se tenga, y se amplía y modifica desde la infancia por la convivencia social y la escolaridad.

Dentro del desarrollo de afecto en la pubertad y la adolescencia es importante la auto - comunicación, que es la capacidad de escucharse a sí mismo, y es de vital importancia para establecer el auto - concepto, cimentar la autoestima, escoger una vocación y sobre todo ir estableciendo una identidad.

Dentro del desarrollo afectivo es de gran importancia la autoestima, que es la capacidad de querer, evaluar y valorar a uno mismo; es el aprecio y el valor que uno se da a sí mismo. También es la actitud de auto reconocimiento que hace sentirse digno y valioso ante si y los demás.

La autoestima surge del conocimiento de sí mismo, de reconocer y meditar la apreciación de uno que hacen los demás. La autoestima es indispensable para toda la vida, es una de las bases del desarrollo afectivo de la adolescencia.

²¹DULANTO, ENRIQUE, La Adolescencia, Asociación Mexicana de Pediatría. Ed. McGraw-Hill Interamericana. México, 2000.

Los individuos que inician la adolescencia con escasa autoestima, sin capacidad de auto - comunicación y comunicación, con la sensación de no recibir estímulos debido a la carencia persistente de reconocimiento por parte de alguno de sus padres y falta de afecto, tienen graves problemas para desarrollar la autoestima durante la adolescencia.

Otro aspecto importante en la adolescencia es la formación del autoconcepto, que es formado a partir de sus características físicas, actitudes sociales, habilidades cognoscitivas, destrezas deportivas y laborales, desempeño escolar, aceptación social y capacidad demostrada a sí mismo para integrar nuevas formas de manifestarse.

El autoconcepto es el fruto de un trabajo personal de reflexión acerca de cómo se conduce con los demás adolescentes y su grupo familiar y de cómo resuelve los conflictos generados por sus actitudes.

Durante la adolescencia el autoconcepto se sostiene y se modifica continuamente a medida que los elementos que facilitan su formación son recibidos, analizados, vividos e integrados por el adolescente. Las interrupciones importantes en este crecimiento pueden ocasionar deterioros graves en la autoestima, y se presentan cuando el adolescente participa y se compromete en graves problemas que no pueden manejar y menos solucionar adecuadamente, o bien se derivan de críticas acres y demolidoras con o sin fundamento por parte de los profesores y otros compañeros.

Es importante tener en cuenta que autoconcepto no es lo mismo que identidad. Según Erikson la tarea de principal de la adolescencia es

conocer, tomar conciencia de sí mismo y trabajar para lograr su identidad; como parte de este logro tiene la capacidad de salir de sí mismo para vincularse con los demás de manera libre, genuina y comprometida; es decir, adquiere una oportunidad auténtica de comunicación sin necesidad de intermediarios, y por este medio puede redefinir sus afectos y buscar otros. Esta manifestación de autenticidad permite valorar a los demás y sus obras, y con ello darse valor a sí mismo en el ámbito social de desarrollo.

Otro aspecto importante en el desarrollo afectivo del adolescente es el despertar del amor, que es un suceso típico y maravilloso en esta etapa, sobre todo a partir de los 16 o 17 años de edad.

Las palabras amor, ternura, afecto, enamorar y otras similares aparecen por primera vez como un vocabulario habitual en las conversaciones de los adolescentes y los adultos.

Entre los 16 y 21 años de edad se desarrolla lentamente el proceso de distinguir entre enamorarse y amar, lo cual es importante porque incluye la madurez afectiva.

Según Gesell a los 14 años se refuerza lo aprendido antes en el área afectiva, los varones se retiran un poco del compañerismo e inician la búsqueda de amigos íntimos, mientras que las mujeres empiezan a preferir grupos femeninos.

A los 14 años los varones continúan con el grupo pero la amistad también se basa en compartir actividades comunes así que empiezan a interesarse en el carácter de sus amigos; las mujeres se preocupan más de elegir de acuerdo al carácter, la forma de ser y los intereses comunes.

A los 16 años, los adolescentes de ambos sexos conceden gran importancia a la relación social, además renace el interés por la relación con los padres y hermanos.

En esta etapa son comunes los noviazgos, en los que la prioridad de los jóvenes suele ser la necesidad de confiarse en privado con alguien elegido libremente y dispuesto a escuchar, apoyar, comprender y dar afecto; esto lleva irremediablemente a crear espacios de intimidad.

Las relaciones estrechas con amigos del sexo opuesto comienzan antes en las mujeres, lo que puede deberse a que en la pubertad aparece primero en ellas que en los varones.

Al comienzo de la adolescencia las interacciones con el otro sexo suelen darse en ambientes de grupo; este tipo de interacción es muchas veces el primer paso para aprender a relacionarse con el sexo opuesto.

La adolescencia temprana es una etapa de probar, imaginar y descubrir como se funciona en grupos mixtos y en pareja, da a los jóvenes un periodo de prueba para acercarse a ideas y experiencias con las cuales formarse actitudes fundamentales ante los roles de género y la conducta sexual, sin la presión de sentirse demasiado comprometido.²²

Bruce Roscoe y sus colegas mencionan siete funciones que cumple el noviazgo:

- Recreación: oportunidad de divertirse con una persona del sexo opuesto.

²² DOUVAN Y ADELSON, citado por Craig, Grace J. y Baucum, Don, Desarrollo Psicológico, Octava edición, Pearson educación, Mexico, 2001.

- Socialización: Oportunidad de que dos personas de sexo opuesto se conozcan y aprendan a interactuar.
- Estatus: oportunidad de mejorar el estatus al ser visto con alguien a quien se considera buen partido.
- Compañía: oportunidad de tener un amigo del sexo opuesto con quien interactuar y compartir experiencias.
- Intimidad: oportunidad de establecer una relación íntima y significativa con una persona del sexo opuesto.
- Sexualidad: oportunidad de experimentar con el sexo o de obtener satisfacción sexual.
- Elección de compañero: oportunidad de relacionarse con miembros del sexo opuesto con miras a escoger cónyuge.

El desarrollo afectivo incluye también la sexualidad, que no se refiere sólo al fenómeno biológico que posibilita la descarga de tensión sexual, ni tampoco de manera aislada al impulso sexual que causa la tensión sexual que pugna por la descarga. El desarrollo psicosexual en la adolescencia es un conjunto de fenómenos específicamente humanos que incluyen:²³

1. El mecanismo biológico que permite la descarga de tensión sexual.

En la mujer esa descarga se da con un clímax de turgencia y vasodilatación de órganos genitales, glándulas mamarias y superficie corporal en general; en el varón, el orgasmo se acompaña de eyaculación. La descarga completa de la tensión sexual es posible hasta que aparece la capacidad de eyacular en la adolescencia.

²³ DR. MANUEL ISAIÁS LÓPEZ, citado por DULANTO, ENRIQUE, La Adolescencia, Desarrollo Psicosexual, Asociación Mexicana de Pediatría. Ed. McGraw-Hill Interamericana. México, 2000.

Se piensa que la mujer posee mayor capacidad de descarga de tensión sexual hasta que aparece la capacidad de descargar tensión sexual por medio de manifestaciones de ternura, incluyendo el contacto físico no genital, y que por lo menos durante la adolescencia tiene menos urgencia de contacto genital.

2. **Los fenómenos psicológicos en el sistema mental:** estos se manifiestan por medio de la atracción hacia el sexo opuesto, inseguridad, vacilación, ambivalencia, desconfianza hacia el sexo opuesto, enamoramiento y estabilidad en la relación con las múltiples vicisitudes en el trayecto adolescente hacia la maduración y en las diversas formas de adaptación acogidas al concluir la adolescencia y representativas del grado de resolución del individuo ha alcanzado en esa etapa.
3. **Los fenómenos psicosociales:** implican actitudes sexuales familiares o de la comunidad donde el adolescente se desarrolla y que debe confrontar.

A través de su desarrollo, el adolescente ha de ganar dominio de su realidad biológica, que incluye un impulso extraordinario por obtener satisfacción, y esto debe hacerlo en armonía con su sistema psicológico que implica necesidades emocionales y afectivas, en relación con el desarrollo de sus relaciones interpersonales.

Las diferencias de clase en la conducta sexual han sido siempre menos significativas entre las mujeres, en parte por los escasos roles al alcance de la mujer en el pasado. A las mujeres las desalentaban, para que no manifestaran su sexualidad abiertamente, desde muy pequeñas se les

formaba para que aumentaran su atractivo en formas sutiles, evaluaran a su posible pareja y se conservaran "castas" hasta casarse. El cortejo y el noviazgo constituían el ámbito en el que ambos sexos aprendían deseos y expectativas mutuas. Pero en la actualidad se le alienta para que adquieran habilidades que le permitan ganarse el sustento sin importar sus planes matrimoniales futuros; por otro lado, los medios estimulan la expresión de la sexualidad en los dos sexos.

La expresión de la sexualidad en ambos sexos depende de las normas que predominen en la sociedad y cambia junto con ellas. Algunas sociedades reservan la sexualidad solamente para la procreación; otras consideran a las restricciones sexuales como absurdas y hasta un crimen contra la naturaleza.

2.2.4. Desarrollo Social

Los jóvenes describen a las amistades de manera estereotipada; los jóvenes expresan "estamos juntos porque realmente nos entendemos y nos tenemos aprecio"; algunos usan la palabra "querer"; otros dicen que el fin de la amistad es comprenderse y conocerse muy bien.

Las jóvenes definen a la amistad de manera estereotipada; la mayoría describe como una amiga ideal a la compañera de la escuela y la base de la relación es la perseverancia para estar juntas y apoyarse.

La pasión por la amistad en la adolescencia temprana se debe a la gran sed de ternura y a la necesidad de apoyo y un confidente.

La timidez se juzga un obstáculo para la amistad, pero a veces es un detonador de inmensa simpatía hacia el tímido, el cual vive su situación

como un sentimiento de osadía que le hace desear la conquista o la compañía de alguien y al mismo tiempo le hace temer la realización de ese encuentro.

Los requisitos para la amistad auténtica adolescente incluyen motivaciones y fines claros y transparentes de la relación; los amigos elegidos deben ser fieles sin excusas. Las amistades adolescentes se distinguen por la procuración del bien para el otro.

2.2.5. Formación de la Identidad

La identidad humana es la experiencia de lo central y vital de la persona. Otra perspectiva configura la identidad como medio de las interacciones del sujeto protagonista con los personajes y circunstancias de su historia particular. Es la síntesis de las identificaciones del sujeto y dicha síntesis siempre es más que la suma de las identificaciones, pero renuncia a establecer una identidad única del todo integrada y definida.²⁴

La identidad como experiencia parte de la concepción del sí mismo y el reconocimiento de continuidad; de esta manera es posible afirmar el "soy yo, el mismo de ayer, el que siempre he sido desde mi infancia"; por ello, el Yo es memoria y depende de ella. El Yo soy puede interpretarse como la identidad suprema que existe mas allá de cualquier tipo de pasado, presente o futuro.

²⁴ DULANTO, ENRIQUE, La Adolescencia, Asociación Mexicana de Pediatría. Ed. McGraw-Hill Interamericana. México, 2000.

Antes de la adolescencia nos vemos a nosotros mismos en función de diversos roles y en función de la pertenencia a pandillas, clubes o bandas. Gracias al perfeccionamiento de las facultades cognoscitivas podemos analizar nuestros roles, identificar contradicciones y conflictos en estos y reestructurarlos para forjar nuestra identidad. Erikson ve en el proceso de la formación de la identidad el principal obstáculo que los adolescentes han de superar para realizar una transición exitosa a la adultez. De manera ideal, ingresan a la vida adulta con un sentido estable y coherente de lo que son y de cómo encajan en la sociedad.

“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 inscripta en nuestro guión parental”.²⁵

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.

James Marcia definió cuatro estados de formación de la identidad:

²⁵ FERNANDEZ-ALVAREZ, 1996

- **Estado de exclusión:** los adolescentes que se encuentran en esta etapa ya hicieron compromisos sin dedicar mucho tiempo a la toma de decisiones. Han escogido una ocupación, una concepción religiosa, una doctrina ideológica y otros aspectos de su identidad, pero las adoptaron de manera prematura y fueron decididas más por sus padres y sus maestros que por ellos mismos.
- **Estado de difusión:** en este estado se encuentran los jóvenes que carecen de orientación y parecen poco motivados para encontrarla. No han experimentado una crisis ni han elegido un rol profesional ni un código moral, están evitando la decisión.
- **Estado de moratoria:** los adolescentes o adultos jóvenes pasan por una crisis de identidad o se encuentran en un periodo de toma de decisiones. Estas pueden referirse a opciones profesionales, valores éticos o religiosos, o filosofías políticas; durante este periodo les preocupa "encontrarse a sí mismos".
- **Estado de consecución de la identidad:** es el estado que alcanzan quienes ya superaron una crisis de identidad y establecieron sus compromisos; por tanto, trabajan por su cuenta y tratan de vivir conforme a un código ético formulado por ellos mismos.

La formación de la identidad es diferente entre los sexos. Según el enunciado de Sigmund Freud: "La biología es el destino" implica que los diferentes patrones de comportamiento en hombres y mujeres de casi todas las culturas son el resultado inevitable de las diferencias anatómicas. En la actualidad, los psicólogos en general creen que la "Socialización es el

destino" y que mayor parte de las diferencias entre hombres y mujeres surgen primero de actitudes y prácticas sociales.

Cualquiera que sea la razón adoptada los sexos difieren en su lucha para definir la identidad. Solamente en los últimos años los investigadores han explorado la búsqueda femenina de la identidad. Los análisis estadísticos de 65 estudios sobre el crecimiento de la personalidad, incluye más 9.000 sujetos donde se han encontrado diferencias de género; las niñas adolescentes parecen madurar más rápido. La diferencia es pequeña en general y más notable durante la secundaria; desciende de manera notoria entre los adultos que se hallan en la universidad y desaparece por completo entre los hombres y las mujeres de edad.

En general las diferencias de géneros en el desarrollo de la personalidad demostraron que las mujeres son más avanzadas, pues cuando los muchachos aún son egocéntricos, las niñas han pasado hacia la conformidad social, cuando los muchachos comienzan a ser conformistas, las niñas se vuelven más auto - conscientes.

En esta etapa puede presentarse lo que Erikson señaló como "difusión de la identidad", que se caracteriza por el desprecio hacia la propia imagen, la obstinación sistemática a dudar y a desconfiar de todos, o los sentimientos de fracaso por las identificaciones fallidas y la adaptación escasa. También hay tendencias hacia la fragmentación de la personalidad, o anhelos de fusión y simbiosis con figuras no necesariamente protectoras sino que pueden ser canibalistas y destructoras. Así se originan crisis compulsivas de abandono y deseo sin freno ni sentimiento de culpa, y entonces aparece la

promiscuidad, la adicción al autoerotismo y el consumo excesivo de alimentos o drogas.

2.2.5 Desarrollo de la Personalidad

La personalidad es la cualidad de la conducta total del individuo, expresada por los hábitos de pensamiento y expresión, actitudes e intereses, manera de actuar, y filosofía personal de la vida del individuo.²⁶

La personalidad no es un atributo definido ni específico, tampoco se halla integrada por muchos atributos aislados y distintos, escasamente organizados y totalmente carentes de relación entre sí; la personalidad es un sistema integrado de actitudes y tendencias de la conducta del individuo, constituyendo su adaptación al ambiente.

La adolescencia es una etapa muy delicada y clave en el desarrollo de la personalidad que va a regir la vida del adulto, su desarrollo social, emocional y desenvolvimiento positivo en la sociedad. Se creía, que el temperamento y el carácter, integrantes principales de la imagen corporal, estaban determinados biológicamente y venían manifestados por la información general.

La imagen corporal adquiere mayor importancia cuando el adolescente se encuentra en grupos que dan demasiada importancia a los atributos físicos tanto del varón como la mujer, o cuando en su entorno familiar o social se burlan de cualquiera de sus características físicas, estatura, contextura,

²⁶ HURLOCK, ELIZABETH B., Psicología de la adolescencia, tercera edición, Editorial Paidós, Buenos Aires.

color, etc. La imagen corporal se toma más en cuenta en la mujer que en el varón y hasta en algunos casos determinan la profesión escogida.

De acuerdo con Héctor Fernández 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.

2.3. LA ADOLESCENCIA SEGÚN EL MODELO INTEGRATIVO²⁷

El análisis del adolescente se basa en tres aspectos: la dimensión temporal, el Guión - Estructuras de significado -Autonomía y la dimensión Evolutiva. Para el "Todo guión consiste en un proyecto cuya trama deberá

²⁷ Dr. Héctor Fernández, 2004.

desarrollarse en el mundo que a cada uno de los seres humanos le toca vivir” y esta 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.

Los adolescentes son personas confrontadas con la necesidad de hacer una construcción autónoma de la realidad, es decir que necesitan organizar su experiencia centrándose como sujetos activos de ella, con un sentimiento progresivo de independencia y responsabilidad por los actos que llevan a cabo. Al iniciar este proceso, los adolescentes poseen estructuras de significación débiles para lograr ese propósito y, por lo tanto, recurrirán con frecuencia a formas de organización previa para interpretar la dura realidad que les toca vivir y actuarán en consecuencia. Por ello, es tan habitual observar que utilizan alternativamente modos de comportamiento de diferentes niveles de desarrollo.²⁸

Es importante diferenciar entre los cambios y sucesos normales que se presentan en la adolescencia y los síntomas depresivos, ya que durante la adolescencia se presentan signos o señales parecidas a la depresión, como

²⁸ Héctor Fernández, 1996.

son la irritabilidad, los cambios constantes de humor, la rebeldía y el aislamiento. Lo que diferencia a estos signos de un trastorno depresivos son la duración y la intensidad, en la adolescencia los estos signos son de corta duración además de ser constantemente variables, además en el desarrollo de la depresión se presentan otros signos a más de los mencionados, como pueden ser los cambios en el apetito y en el sueño, torpeza en las tareas que antes se realizaban casi automáticamente, etc.

En conclusión podríamos decir que la adolescencia es una etapa de muchos cambios importantes, que está influenciada por el entorno familiar, la sociedad y los pares; y el desarrollo de la depresión depende de la intensidad con la que estos factores influyan en la vida del adolescente.

CAPITULO 3

TALLERES,

TEORÍAS PARA SU

REALIZACIÓN

TALLERES, TEORÍAS PARA SU DISEÑO Y DESARROLLO

3.1. GENERALIDADES

El término "taller" se utiliza generalmente para eventos de capacitación que integran las experiencias y las necesidades de los participantes con los objetivos de la capacitación y lo que ofrecen los capacitadores - en nuestro caso utilizaremos el término asesoras o facilitadoras -. La principal característica de un taller consiste en transferir conocimientos y técnicas a los participantes, de tal manera que estos puedan aplicarlos en su vida diaria.

Los seres humanos, por naturaleza, buscamos cambios positivos. El aprendizaje es una forma de iniciar estos cambios, siendo más efectivo si aprendemos de forma integral. Así que el asesor buscará las herramientas específicas para facilitar el proceso de aprendizaje. La asesoría no es una vía de dirección única sino un proceso de aprendizaje interactivo (mutuo) y de retroalimentación.

Los procedimientos, la metodología y las herramientas se fundamentan en tres ejes: ²⁹

- *La atención a necesidades:*

Aplicamos lo aprendido más fácilmente si lo que se aborda en un taller aborda los problemas que son de interés común.

²⁹ CANDELO CARMEN GRACIA ANA ORTIZ R. BÁRBARA UNGER, hacer talleres una guía práctica para capacitadores, www.wwf.org.com. Agosto 2007

- La participación:

Todo proceso de capacitación que involucre la participación aumenta la motivación individual y la capacidad para aprender; es decir que la capacitación es más eficaz si aprendemos haciendo.

- La visualización:

Hacer evidentes las propuestas, las discusiones y los acuerdos que surgen en el taller facilita la participación y el enfoque en la atención de necesidades.

Del conocimiento y la atención a las necesidades de los participantes se derivan los objetivos de un taller; la participación, como proceso, es la condición más importante para que efectivamente se produzca el aprendizaje; y la visualización es el medio que lo hace posible.

La participación es el principal eje metodológico de un asesoramiento (taller); participar significa -ser parte de-, tomar parte en, vivir el proceso, y sobre esta base tomar decisiones para transformar la realidad. El enfoque participativo de un taller debe ser permanente, transversal y dinámico, lo cual puede conseguirse mediante procesos adecuados y eficientes, contextualizados de acuerdo con la personalidad y las necesidades de los participantes.

La necesidad de formar parte de un grupo y las situaciones que se dan en un taller generan comportamientos diferentes en cada uno de los participantes, esto está relacionado con las personalidades particulares y la

situación específica de cada sesión, es decir, los anhelos, miedos y la manera de sentirse en relación con las demás personas.

Se debe además planificar el tiempo, según el italiano Vilfredo Pareto jornadas de dos o tres horas de trabajo y poco esfuerzo bastan para conseguir la mayor parte de los objetivos del día, El seguimiento cuidadoso de los siguientes pasos puede ser útil para la organización del tiempo:

1. Hacer una lista de tareas pendientes.
2. Plantearse objetivos concretos
3. Definir el tiempo requerido para que cada actividad e incluir los recursos necesarios para llevarlas a cabo.
4. No aplazar las tareas que debe realizar inmediatamente, a no ser que sea necesario o a petición del grupo.
5. Algunas actividades están determinadas por una secuencia por lo que se debe realizar una síntesis al terminar una jornada para retomar en la siguiente sesión.

El éxito de un taller depende de una buena organización tomando en cuenta los objetivos de cada uno de los participantes y elaborando un plan tentativo de asesoramiento el mismo que podrá cambiar de acuerdo a las necesidades del grupo. Una vez transcurrida la fase de conceptualización, en la que se definirá la base teórica sobre la cual se trabajaran los talleres; en este caso un modelo integrativo, se definirán los objetivos del taller, los temas, la metodología, las herramientas y el programa preliminar.³⁰

³⁰ CANDELO, CARMEN; ORTIZ, GRACIA ANA; UNGER, BARBARA, Hacer Talleres, Cali Colombia, 2003.

3.2. LA COMUNICACIÓN, EL APRENDIZAJE Y LA PARTICIPACIÓN.

La comunicación es el enlace que une o dispersa a las personas; además, el tono de la voz y el aspecto personal son recursos aprovechables para hacer más efectivo y productivo el contenido del mensaje del asesoramiento. La comunicación es un aspecto de nuestra cotidianidad. Las personas estamos permanentemente intercambiando mensajes con otros y nuestro entorno. Pues entonces diremos que comunicación es el intercambio de palabras, frases, ideas y conductas no verbales para influir mutuamente en pensamientos, afectos, actitudes y comportamientos.³¹

Dentro del modelo integrativo existen varios tipos de comunicación que serán utilizadas en los talleres según sea conveniente:

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 propias.

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

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.

³¹ CATEDRÁTICA DRA. SILVIA MANCHENO D. LA Conducción de la Relación Terapéutica y Comunicación, Maestría Psicoterapia Integrativa,

Reformulación de contenidos.-El asesor reelabora lo que han dicho los miembros del grupo con palabras distintas para que resulte más preciso y significativo para todos. Se utilizará cuando sea necesario un efecto de retroalimentación.

Recapitulación.- se resumirá las comunicaciones de los participantes del taller con el fin de resaltar los aspectos mas importantes; se puede utilizar al inicio para retomar algo que quedo pendiente o al final como cierre o al terminar algún tema.

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.

Proporcionar información.- El asesor proporciona información eficaz cuando los asesorados entienden, captan con precisión y asimilan su significado, se utilizará la psicoeducación asumiendo un rol de docente.

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.

Reafirmación o frase de apoyo.- Se brindara apoyo a las participantes con base en los logros y capacidades presentes y anteriores. 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.

Sugerencias o consejos.- El terapeuta expone su propia opinión sobre temas neutros que no incrementen la dependencia del paciente.

Reflejo de sentimientos.- Ubicación afectiva del terapeuta como espejo de los sentimientos y emociones del paciente para demostrarle la comprensión de los mismos.

Comunicación paradójica.- Se utilizará cuando se busque un efecto contradictorio o una acción opuesta a la que se señala en el mensaje.

Generalización.- Se extenderá el problema a otras personas con el propósito de disminuir la ansiedad y facilitar la comunicación, de esta manera sentirán que no son las únicas por las que pasan por este problema.

Silencio.- Corresponde a todas las pausas que se realicen ya sea por las participantes del taller o el terapeuta. Se debe interrumpir cuando las participantes busquen apoyo, en temores o defensas, inhibición en temas conflictivos, errores técnicos del terapeuta; y se debe mantener cuando se produzca una descarga emocional durante el relato, cuando el terapeuta haya emitido una interpretación que requiera del razonamiento de las participantes, cuando se requiere aumentar los niveles de ansiedad de las participantes.

El lenguaje corporal. Es el lenguaje no verbal o no hablado, conformado por las manifestaciones del rostro, los gestos y movimientos del cuerpo, que refuerza, reemplaza o contradice lo que hemos dicho con palabras. Es decir que nuestro cuerpo dice tanto como nuestras palabras, queramos o no.

Nuestra primera forma de comunicación como seres humanos es el lenguaje del cuerpo: el llanto, la risa, los gestos, son nuestra única forma de

expresión durante los primeros meses de vida; el adulto normal es incapaz de ignorar estos llamados.

Cuando aprendemos a hablar, el lenguaje del cuerpo permanece intacto: conservamos los gestos, movimientos y expresiones del rostro y los utilizamos paralelamente a la palabra. Sin embargo, como adultos, en las relaciones cotidianas, estamos perdiendo cada vez más la habilidad de interpretar esos mensajes y señales que emiten los otros adultos por medio del cuerpo y que acompañan a los mensajes verbales, agregándoles significados importantes.

En lo que respecta al aprendizaje no existe una teoría que lo explique. De hecho, la metáfora del humano que parece un prisma de mil caras es cierta en el ámbito de cómo se aprende a ser, cómo se aprende a convivir en familia y a vivir dentro de una determinada cultura.

Uno de los conceptos más interesantes expuestos por Albert Bandura, es la distinción entre el aprendizaje activo -aquellos conocimientos que se adquieren al hacer las cosas-; y el aprendizaje vicario, -que es aprender observando a los otros-. Por el solo hecho de ver lo que otros hacen y las consecuencias que tienen por su comportamiento se aprende a repetir o evitar esa conducta. Lo que propone es que no todo el aprendizaje se logra experimentando personalmente las acciones. También dice que al ver las consecuencias positivas o negativas de las acciones de otras personas, las llevamos como si fueran nuestra propia experiencia en otras circunstancias, estos procesos se dan toda la vida.

En nuestra memoria tenemos la información agrupada en imágenes y asociaciones que nos sirven de referencia para relacionarnos con el mundo. Cuando percibimos nueva información, la comparamos con la ya existente en nuestra memoria y la agrupamos o clasificamos junto con otras ya adquiridas; así vamos construyendo y enriqueciendo nuestra experiencia personal.

Cada vez que debemos tomar una decisión nos acogemos a esa experiencia, lo que nos permite reaccionar rápidamente y desempeñarnos en diferentes actividades. Esto nos permite aprender, reaccionar rápidamente y mejorar el desempeño de nuestras habilidades.

El aprendizaje es, en definitiva, el proceso de completar o romper con las imágenes ya memorizadas y reemplazarlas por las nuevas; el nivel de resistencia depende de la distancia entre la información existente y la nueva.³²

Para facilitar el aprendizaje se debe:

- ▶ Aclarar a las participantes el objetivo del asesoramiento. Si las participantes conocen los propósitos, se pueden ubicar en el proceso y participar activamente en él.
- ▶ Posibilitar la reflexión y teniendo cuidado de avanzar a la velocidad adecuada y adaptada a la capacidad de los participantes.

³² CANDELO, CARMEN; ORTIZ, GRACIA ANA; UNGER, BARBARA, Hacer Talleres, Cali Colombia, 2003.

- ▶ Combinando información nueva con las experiencias personales de los participantes, la información nueva aporta elementos para solucionar los problemas.
- ▶ Alternar dinámicas; antes seguir con un trabajo en grupo, utilizar distintas herramientas de visualización, etc.
- ▶ Tener en cuenta el nivel de formación de las participantes y adaptando el punto de partida a sus habilidades. Exigir algo fuera de este nivel significa desilusionar o desmotivar a las participantes.
- ▶ Permitir que las participantes tomen decisiones sobre lo que quieren hacer y cómo quieren hacerlo. Si no se respeta esta libertad las personas tienen mayor resistencia al cambio.
- ▶ Comprender la psicoterapia como un proceso multidireccional. Los participantes aprenden de los capacitadores, pero los capacitadores también aprenden de las experiencias de los participantes, y los participantes aprenden de otros participantes.

3.3. TALLERES SEGÚN EL MODELO INTEGRATIVO

Empecemos por definir la palabra "Integrativo" según algunos autores³³

- Fernández Álvarez (1996) "Integrar involucra encontrar respuestas articuladas conjuntos que son diversos y complejos"
- Millon y Davis (1999) A diferencia del eclecticismo, "la integración insiste en la primacía de una Gestalt que dé coherencia, proporcione un esquema interactivo y cree un orden orgánico entre las diferentes unidades o elementos"

³³ Citado por HERNÁN, ARTURO Y OBLITAS, LUÍS. (compiladores) 2005. Maestría en Psicoterapia Integrativa

- Opazo(1992) Integrar involucra construir una totalidad a partir de partes diferentes.

Para la realización de los talleres se ha escogido un modelo integrativo con el que se tratará de conducir al grupo, pero empecemos por delimitar las bases epistemológicas y teóricas del modelo integrativo; según el Dr. Lucio Balarezo, es necesario diferenciar de otros ya que nuestra sociedad es diferente pues tienen poca cultura psicológica y esperan resultados rápidos y que no requieran gran esfuerzo para automodificarse, además suelen ser personas en las que prevalece el pensamiento mágico e imaginario, el habitante ecuatoriano es afectivo, expresivo, con marcados sentimientos de solidaridad, arraigo y dependencia familiar.

Es por ello que este modelo de psicoterapia integrativa toma como base el constructivismo moderado o relativo enmarcado en una filosofía humanista, validada en la percepción de cada individuo con características propias, biológicas y sociales que estructuran su psiquismo, reconociendo a este como una categoría superior y propia del ser humano que, como producto de la interrelación entre las dos categorías anteriores, se evidencia en la personalidad.

La particular percepción del mundo, elaborada sobre la base de significados mediante el lenguaje construye la realidad, determinada y procesada dentro del contexto familiar y social en el que se desenvuelve siendo un proceso permanente de intercambio e interacción constante,

que va modificando su conducta y su actitud ante la vida a través del tiempo.³⁴

Desde este punto de vista la psicoterapia integrativa nos posibilita una relación mas directa, cálida y cercana a la propia realidad , nos amplia la perspectiva para abordar su problemática desde una percepción del ser humano como una parte y un todo, interactuando, y nos permite validar en un marco coherente, la utilización de una diversidad de herramientas terapéuticas provenientes de diferentes enfoques o escuelas, las mismas que son elementos complementarios, aplicables a cada caso en particular, ayudándonos a lograr resultados mas eficaces.

Y tomando la personalidad como uno de los ejes fundamentales del modelo integrativo, decimos que la personalidad es una estructura que esta integrada por factores biológicos, psicológicos y socioculturales que definirán el modo de sentir, pensar, percibir, y actuar dando individualidad a cada persona. Por tanto la personalidad es cambiante, está sujeta a variaciones procesuales y dependientes de sí misma y de las influencias del medio, como estructura dinámica interna, determinará la forma de relacionarse con el entorno y con los demás, entonces se considera al ser humano en una perspectiva integral, es decir biopsicosocial, sin resaltar alguno de ellos sino mas bien como producto de la interrelación entre lo biológico y lo social.

Se toma en cuenta lo consciente y lo inconsciente como estructuras vinculadas lo racional y que tanto cognitiva como afectivamente, influyen en la expresión de la personalidad. Al pasado se lo toma como influyente, pero no determinante de lo actual y más que nada se propone una acción de ayuda hacia el futuro. Durante el proceso se considera los fenómenos de relación y la técnica privilegiando los procesos derivados del contacto que ocurre durante el proceso y se toman los aportes de las diferentes corrientes en función de la validez demostrada.

³⁴ "DR. LUCIO BALAREZO, 2005generalidades del Integracionismo" Maestría en psicoterapia Integrativa.

Las técnicas a usarse constituyen el arsenal de procedimientos específicos que el terapeuta utilizara, cualquiera que sea la orientación en la que se ubica.³⁵

Y la relación entre el cliente y el terapeuta es una de las interacciones más importantes, el terapeuta debe tener una buena preparación tanto académica como un equilibrio y madurez emocional así como el control sobre las mismas, para evitar fenómenos contra transferenciales, aunque la presencia de fenómenos afectivos es una circunstancia cierta e inclusive necesaria en términos de su manejo, control y mejoramiento.

Dentro del Modelo Integrativo el proceso se divide en etapas que son las mismas que utilizaremos en el desarrollo de este trabajo investigativo las mismas que las dividiremos de la siguiente manera las mismas que se han cumplido y serán desglosadas en el capítulo siguiente:³⁶

- 1. Primera Etapa:** Determinación de la demanda, expectativas motivaciones, es decir es la evaluación de las condiciones del paciente, terapeuta y el entorno.
- 2. Segunda Etapa:** Investigación del problema, se la puede realizar a través de la observación, la entrevista y los reactivos psicológicos, se orienta al diagnóstico de la demanda para el cual se podrá usar el DSMIV y CIE 10.
- 3. Tercera Etapa:** Planificación del proceso, se elabora un plan terapéutico en el que utilizaremos con los siguientes componentes: señalamiento de objetivos, señalamiento de técnicas. Los objetivos terapéuticos se orienta a la resolución del problema o el alivio sintomático, induciendo al autoconocimiento, flexibilización o

³⁵ DR. LUCIO BALAREZO. Los aportes de la Corriente cognitivo conductual en el Modelo Ecuatoriano de Psicoterapia Integrativa.

³⁶ Los Aportes del Corriente Cognitivo Conductual en el Modelo ecuatoriano de Psicoterapia Integrativa, Maestría Psicoterapia integrativa.

modificación positiva de la estructura de la personalidad, para lo cual se utilizaran las técnicas que se ajusten a las necesidades

4. **Cuarta Etapa:** Ejecución y aplicación de la técnica, las estrategias anotadas en la planificación se aplican durante el proceso. Las técnicas empleadas durante el proceso se evalúan en su ejecución y en los resultados. De ser necesario se las modifican con el fin de mejorar la eficacia de los resultados.
5. **Quinta Etapa:** Evaluación del diagnóstico, el proceso y los resultados, es importante para fines investigativos se realiza un examen crítico de todo lo ocurrido desde la primera a la última sesión.

Dentro del asesoramiento de grupo una de las partes importantes es el desarrollo personal, que es un proceso que comienza cuando abandonamos las máscaras o roles con que hemos encarado la vida, experimentamos plenamente nuestros sentimientos y hacemos el descubrimiento de nuestra identidad en la experiencia.³⁷

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 global y hacia mejores opciones de integración de las partes y del todo.³⁸

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 autorrealización. El desarrollo personal puede estar centrado indistintamente en los ámbitos biológico, cognitivo, afectivo, conductual y/o en el sistema SELF como conjunto.

³⁷ Citado en el Módulo XIV de la Maestría de Psicoterapia Integrativa, 2005.

³⁸ Opazo 2003

Desde una perspectiva ideográfica, cada persona asume el desafío de actualizar sus potencialidades y establece libremente cuales de estas desea actualizar, qué cambios considera positivos y cuáles no, y en qué direcciones de desarrollo desea transitar.

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 necesidad de procesos terapéuticos más largos, por lo que este modelo supradigmático del que habla Opazo es conveniente para aplicar en los talleres a realizar.

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:³⁹

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.

³⁹ DYER WAYNE, VRIEND JOHN, Técnicas efectivas de asesoramiento psicológico, 1992.

3. **El asesoramiento del grupo sirve para todos.-** Puede beneficiarse cualquier persona que sea capaz de admitir que puede mejorar en algún aspecto personal, el asesoramiento de grupo es un medio de practicar y adquirir hábitos nuevos, donde los miembros pueden aprender a controlarse a si mismos.
4. **El grupo de asesoramiento no tiene objetivos de grupo.-** Solo los miembros individuales de un grupo tienen objetivos.
5. **Asesorar a individuos en grupos no sólo está permitido sino es necesario.-** Aunque la interacción y estímulos son importantes, el asesor sabe cómo asesorar, modela el proceso en el grupo enseña a los miembros del mismo cómo opera el proceso, refuerza conductas, no es el grupo quien asesora, o recibe asesoramiento, sino todos aquellos que lo forman
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.- la participación es voluntaria no se puede obligar a los miembros a participar.
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
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 grupo.- El grupo es una experiencia gradual y continua por lo que es importante llevar un registro de cada una de las secciones, el programar informes continuados es algo vital y que da cuerpo a las experiencias individuales.
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. Los miembros del grupo tienen derecho a saber porque están allí, es básica esta información para la participación, los asesores de grupo planifican pero no se enamoran de su plan.
19. En el grupo de asesoramiento toda conducta es "neutral" ni buena ni mala. El asesor solamente intervendrá cuando cree que los miembros

deben actuar de una forma determinada e intervendrá para comunicarlo.

20. La eficacia del asesoramiento de grupo viene determinada por lo que pasa fuera del grupo, ya que si los miembros se comportan de una manera dentro del grupo y de otra fuera se diría que es improductivo el asesoramiento.

3.4. TÉCNICAS DE DIRECCIÓN EN EL ASESORAMIENTO DE GRUPO⁴⁰

El asesor de grupo eficaz domina la técnica de **identificar, aclarar, etiquetar y reflejar sentimientos**. 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. Expresiones faciales, las posturas y movimientos del cuerpo, el tono y el ritmo de la voz, los movimientos de los ojos, todo ello es indicio de estados emotivos que emanan de los procesos mentales.

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, en la interacción entre los miembros del grupo en su relación mutua y en lo que respecta a los objetivos individuales que comparte.

Es importante **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,

⁴⁰ DYER WAYNER, VRIEND JOHN. Técnicas efectivas de asesoramiento psicológico, primera edición, ediciones Grijalbo.

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.

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.

El Enfrentamiento es una técnica que muchos miembros del grupo interpretan como un "ataque" si no se realiza de forma correcta. Cuando se realizan es muy probable que surja la emotividad y el apasionamiento, tanto en el que inicia el enfrentamiento como en el enfrentado, porque toda acusación activa una autoprotección encarnizada.

Para ser eficaz en la tarea de ayudar a los individuos a cambiar, el asesor de grupo identifica discrepancias en la forma de pensar, sentir o actuar en los asesorados, lo cual constituye el objetivo básico del enfrentamiento. El enfrentamiento significa que el asesor no solo es una persona más que desvía la vista cuando un miembro del grupo manifiesta una conducta evidentemente discrepante.

Resumir y revisar el material importante. Resumir e informar es algo que se hace con un objetivo. Ese objetivo trasciende lo que pueda significar la misma técnica del asesoramiento eficaz en una relación de dos personas, dado que el grupo se compone de varias mentes, cada una de las cuales

percibe y comprende de un modo determinado lo que se ha revelado en una parte de la sesión, en una sesión completa o en una serie de sesiones. Un resumen eficaz ha de contener una agrupación de la gran masa de lo que han dicho los componentes del grupo, a efectos de centrar la identificación de objetivos; Un resumen coherente permite eliminar las desviaciones, la tendencia de los asesorados a lucirse, a revolver en su propia sesera de acuerdo con sus propios programas ocultos, a buscar pensamientos exóticos e ideas nuevas que puedan relacionarse con el dilema de un individuo determinado.

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 las verbales, el asesor hace interpretaciones porque, como especialista en asesorar y en desvelar el significado de la conducta humana, el hacerlo es parte de la dirección eficaz de un grupo y las interpretaciones ayudan a avanzar a los miembros en la identificación de los objetivos y en el cambio positivo de la conducta.

Reformular. Significa que el asesor reelabora lo que ha dicho un miembro del grupo con palabras distintas para que resulte más preciso y significativo para todos. Reformular no significa repetir o sustituir por sinónimos – parafrasear-, supone centrarse en el punto clave de los mensajes, extraer su esencia y expresarla en palabras libres de toda ambigüedad.

Establecer conexiones. Cuando el asesor agrupa fragmentos del material conflictivo que los miembros del grupo de asesoramiento no perciben como relacionados, está estableciendo conexiones.

Proporcionar información. Informar con eficacia es una técnica importante, el proporcionar datos concretos exige perspicacia por parte del asesor. Para que la información resulte eficaz, el asesor ha de comprobar si los asesorados la entienden y si la captan con precisión y asimilan su significado. El asesor proporciona información eficaz cuando los asesorados la entienden, la captan con precisión y asimilan su significado.

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. Para que la iniciación sea eficaz el asesor ha de tener un plan de acción para todas las ocasiones, un plan previo extraído de un repertorio de planes, en vez de operar sobre la marcha.

Tranquilizar, alentar y apoyar. Ofrecer apoyo y aliento de modo eficaz significa ser capaz de percibir cuando se solicita y de conocer la diferencia entre ayudar a los miembros a dar pasos al frente y reforzar la necesidad negativa de que les mimen y aprueben.

Intervenir. La técnica de intervenir o interrumpir la actividad del grupo es 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.

El silencio. Es otra conducta del ser humano, que el ser humano tiene derecho a no hablar, que esta conducta tiene unas causas, y que tales causas no son necesariamente las mismas para una conducta idéntica. El asesore 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.

Identificar e interpretar la conducta no verbal. Los asesores utilizan datos no verbales para incorporar a alguien a la actividad del grupo, para dar estímulos precisos, para ayudar a un miembro del grupo a apreciar reacciones, para mejorar canales de comunicación, para sostener un espejo y proporcionar información valiosa a miembros del grupo que no advierten los mensajes que envían y de las impresiones que crean.

Utilizar mensajes claros, concisos y significativos. El transmitir mensajes claros, concisos y significativos es vital en todas las etapas de la experiencia del asesoramiento de grupo. El asesor eficaz está constantemente pendiente de cómo captan sus mensajes los componentes del grupo.

Centrar la atención. Significa atenerse a los datos pertinentes, centrar los recursos asesores del grupo en los problemas de un miembro concreto que pueda recibir los beneficios del asesoramiento en cualquier momento dado.

Limitar, controlar y evitar acontecimientos que puedan ser explosivos y dividir al grupo. Significa ser capaz de percibir cuando una dirección dada de la actividad del grupo está creando una atmósfera inquietante y negativa.

Establecer objetivos. El establecer objetivos con eficacia es algo que está en la esencia misma del proceso de asesoramiento y es una técnica que todo asesor de grupo debe dominar. Estos objetivos serán reforzados por la presencia del grupo, por que se establecen de forma mutua, son concretos, permiten sustituir una conducta negativa por otra positiva, son alcanzables y medibles.

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.

3.5 TÉCNICAS PSICOTERAPÉUTICAS

1. INICIO DEL PROCESO DE ASESORAMIENTO DE GRUPO: LOS MIEMBROS DEL GRUPO SE PRESENTAN.

Luego de explicar en que consisten los talleres se procederá a la presentación de cada uno de los miembros del grupo, pidiendo que no utilicen métodos tradicionales para identificarse es mejor que explique que clase de "ser humano es" de ser necesario el asesor formulara preguntas tales como: si e feliz, si esta satisfecho de si mismo, cuando lloró por última vez y porque, si es ordenado, si es puntual, si se siente frustrado, para facilitar este proceso el asesor comenzará presentándose, y luego cada miembro se presentará en el orden que ellos decidan, esta técnica es muy útil para romper el hielo en un grupo en el que se ven por primera vez ayuda a superar los temores naturales de la participación en grupo; esta actividad es muy valiosa ya que proporciona datos valiosos de cada uno de los miembros y los comprometen en el proceso.

Una variante o una actividad complementaria puede ser: 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 miembros 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.⁴¹

2. DIBUJO⁴²

Es una técnica que requiere menos tiempo que la pintura y más accesible pues se requiere menos materiales, la técnica puede ser directiva o no directiva. En nuestro caso será directiva ya que estamos atendiendo a la problemática de los participantes del taller, el asesor pedirá que realice un dibujo sobre un tema específico. En el segundo de los casos (no directiva) los dibujos son libres. Muchas de las veces es difícil empezar a dibujar ya que no se les ocurre nada, entonces el terapeuta tratará de estimular la producción de los dibujos. Mediante preguntas o narraciones se puede llegar a interpretar e identificar una serie de emociones y sentimientos que motivan la estructura, forma y sentido de la producción gráfica, pues en esta están impresas imágenes del mundo personal del paciente. Se puede preguntar que sensación le produce el representar la situación, que es lo que expresa, que experimento mientras lo realizaba, etc.

⁴¹ DR. WAYNER W. DYER, DR. JOHN VRIEND, técnicas efectivas de asesoramiento psicológico, primera edición, ediciones Grijalbo.

⁴² ARIAS DIANA Y VARGAS CLAUDIA, La Creación Artística como Terapia , RBA Libros, S.A 2003

Esta técnica es aplicable a todas las personas, pero es mucho más útil con los niños ya que se entregan más fácilmente a la creación. Es una de las técnicas de arte terapia más aplicadas para tratar conflictos familiares, problemas de relación, estrés, desórdenes de alimentación, depresión o simplemente para autoconocimiento.

La variante que se utilizará será el dibujo con plastilina; cada participante por separado identifica una situación conflictiva en la cual se haya sentido triste, luego representará en la cartulina usando plastilina.

A continuación se reunirán en grupos y compartirán, contando como fue la situación, los sentimientos y pensamientos alrededor de ella. El resto del grupo prestará atención y recibirá una caricia del grupo (retroalimentación positiva). Se cierra expresando como se sintió realizando la actividad (retroalimentación).

3. DAR Y RECIBIR

Los participantes se dividen en grupos de 3 personas, dos a los costados y una en el centro. La persona que está en el centro se deja caer y las que se encuentran a los lados la reciben y la empujan de un lado a otro, luego intercambian posiciones y al final expresan como se sintieron durante la actividad.

4. REBIRTHING⁴³

Renacimiento (o Rebirthing en inglés) es una técnica descubierta por Leonard Orr en Estados Unidos en las décadas de 1960 y 1970. Esta técnica

⁴³ RAY, SONDRÁ, *Celebrando la Respiración*, Móstoles (Madrid, España): Neo Person Ediciones, 1977 y 1983.

se basa fundamentalmente en ejercicios físicos de respiración consciente (la persona dirige su respiración) y conectada (sin interrupción entre exhalación e inhalación) y en técnicas de pensamiento creativo.

El Renacimiento es considerado por algunos como una técnica de crecimiento personal que ayuda a la auto superación. Para otros es una rama de la psicoterapia alternativa especializada en ejercicios de respiración con muchos beneficios terapéuticos. El objetivo del Renacimiento es la integración. La integración es el proceso por el cual se logra que algo desagradable y desconocido de la persona se convierta en algo maravilloso de su conciencia normal. Según esta visión la integración es el opuesto a la represión. Se suele decir que el Renacimiento busca recrear el pasado llegando incluso hasta el momento del nacimiento, del parto, de la concepción, o de cualquier vivencia que se haya tenido. Recreando el pasado se buscan las creencias negativas reprimidas para traerlas nuevamente a la memoria y poder trabajarlas de forma que sean integradas, transformándolas en nuevas creencias positivas. Se podría decir que se trata de entender aquellas situaciones desde otra visión que te apoye en el presente. Dentro de los beneficios de la técnica están:

- Una profunda y duradera paz interior.
- Claridad mental.
- Grandes beneficios en las relaciones con los demás - en relaciones íntimas, familiares, sociales y profesionales.
- Desarrollar la habilidad para manejar los desafíos en la vida en general.
- Eliminar los patrones negativos limitantes que impiden el éxito en la vida.
- Grandes y duraderos beneficios en la salud y el estado de ánimo general.

5. MEDITACIÓN DEL NIÑO HERIDO. ⁴⁴

Se induce a los miembros a un estado de relajación progresiva haciéndolos regresar al momento en que eran niños pequeños de no más de un año de edad, para lograr que aquellas necesidades que no fueron satisfechas en su momento puedan ser dadas ahora en forma de afirmaciones que logran que las personas sanen heridas y se sientan queridos y protegidos por ellos mismos. Estas afirmaciones positivas refuerzan el ser y pueden curar heridas espirituales, estos mensajes tales como "bienvenido al mundo, he estado esperándote", "me alegro de que estés aquí", "he preparado un sitio especial para ti", "me gustas tal como eres" etc, se convierten en estímulos emocionales, que una vez que han sido escuchados ayudan al niño interno a crecer y desarrollarse. Este ejercicio se puede realizar con todas las etapas de la vida.

Este ejercicio forma parte del Análisis Transaccional, que es una teoría que nace fuertemente entroncada con el psicoanálisis pero que se integra plenamente dentro del movimiento humanístico-existencial tanto por su concepción del ser humano como por el modo de plantear la terapia. El Análisis transaccional parte del estado del yo- un sistema de emociones y pensamientos acompañado de un conjunto a fin de patrones de conducta.

Hay tres estados del yo:

Padre- interiorización de los modos de actuar y percibir la realidad de las figuras parentales. Funciones crítica y protectora.

Adulto- Captación objetiva de la realidad, situándose en el aquí y ahora. Funciones analítica y racional.

Niño- Deseos, sentimientos e instintos de origen infantil. Funciones de Expresión de sentimientos y deseos, intuición y adaptaciones básicas (sumisión y rebeldía).

⁴⁴ JOHN BRADSHAW, Volver A Casa: Recuperación Y Reivindicación Del Niño Interno, editorial Asociación de Directores de Es.

Las patologías de los estados del yo son la exclusión -algún estado del yo queda excluido y la persona mantiene una actitud estereotipada y predecible- y la contaminación, los contenidos de un estado del yo invaden otro estado; típicamente el Padre contamina al Adulto (un perjuicio se experimenta como una opinión objetiva) o el Niño contamina al Adulto (una ilusión se vive como un dato de la realidad externa), Berne utiliza el concepto de catexis para describir la activación de los estados del yo.

Específicamente, esta terapia trata de ayudar a la persona a restaurar o potenciar la posición existencial original, que es, según este enfoque, "yo estoy bien, tú estas bien". Así, el Análisis Transaccional no sólo comparte el presupuesto básico humanista de confianza en la persona, sino que también explícita la consideración positiva del otro perteneciente a la naturaleza humana.

En esta meditación trabajamos con ciertas etapas del desarrollo que atraviesa el niño interno y a las que tiene que adaptarse para sobrevivir.

Cualquier etapa del desarrollo de nuestro niño interno maravilloso se puede detener, como adultos podemos actuar de forma infantil, podemos regresar al comportamiento de un niño que empieza a andar, seguir creyendo en la magia como un preescolar, poner mala cara y marcharnos como un niño de primera de básica que ha perdido un juego. Todos estos comportamientos son infantiles y representan los diferentes niveles en que se ha detenido el desarrollo de la infancia. El propósito de este ejercicio es ayudar al paciente a reobrar a su niño interno herido en cada etapa del desarrollo.

6. NARRACIÓN⁴⁵

La narración es una forma de acceder a lo que no se puede recuperar con el lenguaje cotidiano, se relaciona también con el tiempo, es una manera

⁴⁵ ARIAS DIANA Y VARGAS CLAUDIA, La Creación Artística como Terapia , RBA Libros, S.A 2003

de atrapar los acontecimientos con palabras y requiere de la intimidad del que escribe y de quien lee.

La escritura o la lectura de la narración nos colocan en contacto con nosotros mismos. Cuando se deja fluir los sentimientos y las percepciones en un papel, es necesario sondear lo más íntimo y lo más profundo que hay en nosotros y también lo más superficial.

Mediante la escritura se intenta que la persona pueda expresar sentimientos y emociones, a través del enramado de la narración. En la escritura también se da la evocación, lo cual permite observar las relaciones que hacemos entre los acontecimientos aparentemente inconexos o insignificantes de nuestra vida.

Cuando afloran los recuerdos y se plasman en el papel, el cúmulo de sensaciones asociaciones, aparecen como un reflejo de nuestra personalidad y de nuestros actos.

Cuando tratamos de escribir para encontrar una cura en la creación, se debe escribir lo que nos sucede, lo que quisiéramos que sucediera, las preguntas que nos hacemos en silencio antes de dormir o cuando divagamos secretamente, también podemos contar lo que nos apasiona o lo que nos atormenta.

No hace falta ser escritor o escribir en forma literaria, porque es una técnica que se puede aprender.

Algunas personas tiene, la costumbre de escribir sus pensamientos, mientras que otras guardan sus experiencias en una vieja costumbre la de escribir diario. Las palabras plasmadas en la narración escrita representan el contacto con uno mismo, una oportunidad del autoconocimiento y también de exploración de la sensibilidad y de lo que la mueve, así también el escribir nos ayuda a ordenar y estructurar nuestro pensamientos y nuestras ideas, escribiendo podemos expresar cosas que nunca habíamos

expresado ya sea por dificultad de decir lo que sentimos o porque ni siquiera sabíamos que nuestro inconsciente guardaba ciertas ideas que pueden ser plasmadas mediante la escritura

Además al terminar de escribir la carta, se pide que voluntariamente alguien lea y todos los miembros del grupo que escuchan reaccionaran y dirán qué ideas y sentimientos provoca en ellos la carta, también pueden dar palabras de aliento esto será útil para realizar una retroalimentación.

7. DANZA Y MOVIMIENTO CORPORAL ⁴⁶

La danza es considerada como el primer arte del ser humano, anterior a las palabras; en ella se crea una comunicación a través del desplazamiento y el ritmo que se ha ido volviendo más compleja por la riqueza de las culturas.

La danza es una de las artes más importantes ya que implica la expresión a través del cuerpo; es por ello que los terapeutas ven en el movimiento un proceso a través del cuál se desencadenan procesos físicos, emocionales y cognitivos de forma integrada, pudiendo incidir en el comportamiento además de que permite expresar muchas cosas que no se pueden decir con palabras.

Las técnicas que utiliza la danza terapia consisten en el posicionamiento del cuerpo, equilibrio, coordinación y respiración; se desarrolla a través del ritmo y el movimiento, la velocidad, la intensidad del movimiento y la improvisación.

La danza como terapia tiene la función de liberación del individuo, en una forma de deshacernos de pesos que no nos dejan seguir adelante; como en las culturas primitivas, es una especie de exorcismo que nos permite seguir adelante.

Mediante la práctica de la danza:

⁴⁶ ARIAS DIANA Y VARGAS CLAUDIA, La Creación Artística como Terapia , RBA Libros, S.A 2003

- Se desarrolla el autocontrol emotivo y energético;
- Se estimula la sensación de bienestar con el propio cuerpo;
- Se desarrolla el sentido de la armonía;
- Se relaja el cuerpo y adquiere mayor desenvoltura;
- Se adquiere confianza en sí mismo y en los demás;
- Se establecen relaciones con otras personas;
- Se estimula la concentración;
- Se afirma el sentido de la observación;
- Se desarrolla la memoria;
- Se aprende a regular la respiración y dejar fluir la creatividad.

En esta ocasión se realizará la danza con música vibracional tomando como referencia que La terapia vibracional trabaja con los elementos de la naturaleza, y los sentidos del paciente, en forma natural y holística, por tratar al ser en su totalidad, por medio de ondas luminicas y /o sonoras que penetran en cada partícula del ser, devolviéndole la armonía natural, afectando todos sus cuerpos mental, emocional, físico y energético, la interacción de los diversos elementos más el contacto directo, le devuelven la vitalidad perdida. Nuestro cuerpo físico las emociones, los pensamientos y el espíritu, todo en su conjunto es energía, que se combina de tal manera que nos convierte en un ser ÚNICO, la energía que somos; tiene una frecuencia, que se puede cambiar mediante diversas técnicas. Por resonancia todo lo que vibra en una frecuencia similar influye en la materia, en sus diferentes manifestaciones, o vibración, (cuerpo mente y espíritu), es una ley física que las cosas afines entre sí y los opuestos complementarios, se atraen por resonancia.

El sonido es la vibración rítmica de las moléculas del aire, y confiere forma al espíritu de todo lo que es y existe en este plano.⁴⁷

⁴⁷ BARRAL CEJAS MARÍA CRISTINA, <http://www.enplenitud.com/cursos/terapiavibracional.asp>, octubre 2007

8. LA VISUALIZACIÓN⁴⁸

La visualización creativa es un proceso de formación de imágenes o pensamientos, realizado de modo consciente, y que luego serán transmitidos a nuestras actitudes en forma de señales o mandatos.

Normalmente, el ser humano está continuamente creando imágenes o pensamientos, inconscientemente, nosotros no queremos crear la enfermedad, ni la pobreza, ni la angustia o el descontento, porque el cerebro trabaja incansablemente, como una computadora que siempre está encendida, día y noche y nunca descansa; pero la mayoría de veces lo hace negativamente.

La visualización significa tener idea, o una imagen de lo que queremos crear: reconocer que para satisfacer nuestras metas (no importa las que puedan ser) tenemos que imaginar nuestra presente realidad transformada en algo que queremos, y luego lograr esa transformación.

Shakti Gawain "La Visualización Creativa" dice La visualización creativa no es solamente una técnica, sino que, en última instancia, es también un estado de conciencia. Un estado que nos permite ver profundamente que somos los continuos creadores de nuestro universo y que nos responsabilizamos de ello en todo momento.

Para realizar el Adopte una posición cómoda, sentado o recostado, en un lugar tranquilo donde nada lo perturbe. Relaje completamente su cuerpo; comience por los dedos de los pies y vaya continuando hasta llegar al cuero cabelludo, pensando en relajar cada músculo del cuerpo por vez, haciendo que la tensión corporal se disipe. Respire profunda y lentamente, desde el diafragma. Cuente lentamente de 10 a 1, sintiendo que con cada número de la escala descendente se relaja con mayor profundidad.

Cuando se sienta relajado comience a imaginar lo que desea, exactamente en los términos que le gustaría. Si se trata de un objeto,

⁴⁸ GAWAIN, S (1986) Visualización Creativa, Buenos Aires: Ed, Letheia.

imagínese con dicho objeto, usándolo, admirándolo, disfrutándolo. Si se trata de una situación o acontecimiento, imagine que está en esa situación y que ocurre todo lo que deseaba. Puede imaginar lo que la gente dice, o cualquier otro detalle que haga que la representación sea más real. Disfrute de esta práctica. Debe ser una experiencia totalmente gozosa.

El momento más feliz de mi vida

Cada una buscará un lugar en el que se sienta segura, y se imaginará el momento más feliz de su vida, quien estaba ahí, que estaba haciendo, que estaba sintiendo, que es lo que le hacía especial a ese momento. Y lo colocará imaginariamente al lado de donde está ubicada y tratará de ponerse en ese lugar y luego regresar al ahora y tratará de identificar quien le da esa seguridad, paz, amor en la actualidad. Luego se proyectarán al futuro.

Proyéctate diez años en el futuro; se pide a los miembros del grupo que se proyecten 10 años en el futuro, luego, luego le da la misma consigna pero con la condición de que ahora es del otro sexo. Mientras lo hacen el asesor hará preguntas tales como: que hace en su trabajo, aspiraciones, status familiar, posición en el mundo, número de hijos, relación con el sexo opuesto. Luego los miembros del grupo anotan las diferencias para discutir las luego. Esta técnica es especialmente adecuada para una asesorada que parece no darse cuenta de hasta qué punto está rebajándose a sí misma cuando piensa en sí y en su futuro.

Definición de metas y prioridades

Se reunirán en grupos de 5 personas y una se sentará en el centro y pondrá a las 4 restantes una meta o prioridad en su vida, luego cada una de las personas del grupo tratarán de convencerla de que su meta es la mejor, luego el participante decidirá cuál fue la compañera a la que escuchó más. Todas las integrantes deberán pasar por el centro. Ayudará a definir metas en el aquí y el ahora.

9. EJERCICIOS DE DESPEJO⁴⁹

- Perdón y liberación, imaginar una de las personas que le hayan maltratado, dañado o lastimado que hayan cometido alguna injusticia con usted o hacia las cuales experimente resentimiento o cólera, escriba lo que esa persona le hizo y lo que experimento personalmente.
- Cierre los ojos, relájese y experimente una conversación con cada el/ella, explique lo que le suscitaba dolor, cólera y que en el presente le esta haciendo daño, puede liberarse de eso y dígame te perdono y te dejo en libertad, sigue tu camino y sé feliz.
- Realizar con todos y luego escribir, despréndase de todas esas experiencias pasadas.
- Escriba un listado de las personas a las que consideraba que en algún momento de su vida usted ha herido o con las que ha cometido una injusticia
- Cierre los ojos, relájese y dígame lo que les hizo y pídale perdón
- Cruce la frase " me perdono a mismo y me libero de toda culpa aquí y ahora" y deshágase del papel.

El ejercicio lo realizarán aunque en realidad no sientan realmente que los perdonan, pero así se trabajará en un nivel cognitivo para luego procesarlo y empezar el camino al perdón y la liberación de la culpa.

10. TERAPIA DE LOS COLORES - ENERGIZAR CON COLORES⁵⁰

Toda energía sigue siempre al pensamiento, cada color es una vibración de pensamiento. Cada tono de color tiene una vibración específica. Cada

⁴⁹ Dictado por la DRA. SYLVIA MANCHENO D Maestría en psicoterapia Integrativa, Décimo quinto modulo, Técnicas sintomáticas, Relajamiento muscular., Cuenca – Ecuador, 2005

⁵⁰ MARÍA CRISTINA BARRAL CEJAS, <http://www.enplenitud.com/cursos/terapiavibracional.asp>, octubre 2007

fragmento de color y tonalidad tiene su propia energía. El color es armonía y equilibrio. En nuestro caso según la actividad en la que se aplicará es necesario utilizar el Rosa.

ROJO: Energía, estimulación, fuego, despertar, acción, sacrificio, pasión, enraizamiento, temperamento, coraje, tierra, fuerza vital, habilidad de supervivencia, deseo, la raíz, practicidad, concreción, despegue. Carencia: Apego, broca, frustración.

ROSA: Especifico para el amor incondicional, cuidado, calidez, amor, sostén, nutrición, intuición, ternura, compasión. Pacífica la agresión, habilidad para crear nutrición. Relación con la audición y el sonido, receptividad.

Carencia: Necesidad de ser querido incluso por uno mismo.

NARANJA: Creatividad, inspiración, contentamiento, intuición profunda, independencia, discernimiento. Profundo, a lo que uno aspira, toma de conciencia de la necesidad de los demás, alegría profunda, éxtasis, humor, sociabilidad, ser demostrativo. Carencia: Dependencia, shock, indecisión, falta de confianza en sí, baja autoestima.

CORAL: El coral crece en los mares, esto quiere decir que esta vinculado al subconsciente y al inconsciente, amor y sabiduría, la sabiduría de amarnos a nosotros mismos, compasión, alegría, sabiduría, comprensión, energía de la misericordia, alegría en el amor, aceptación del amor, independencia. Carencia: Amor que se da y no es devuelto, inhabilidad de recibir el amor que esta disponible.

ORO: Sabiduría, alegría profunda, confianza, asimilación, iluminación, poder, brillo del sol, eliminación, abundancia, calidez, justicia, éxtasis, auto valía, discernimiento, exaltación. Carencia: Miedo emocional, ansiedad profunda, falta de confianza, decepción adicción por falta de autoestima, confusión, miedos profundos irracionales.

AMARILLO: Conocimiento que se asimila, alegría, felicidad cotidiana, confianza, claridad mental, gozo, risa, intelecto, inteligencia, voluntad

individual, asimilación y absorción. Carencia: Ansiedad, nerviosismo, confusión, falta de claridad y miedo, cinismo.

OLIVA: Espacio y sabiduría, cualidades del liderazgo femenino desde el corazón. Poder de decisión, optimismo, entusiasmo, esperanza, comienzos, crecimiento, verdad, flexibilidad, alegría en el cuerpo emocional, dirección individual, promesa de nuevo comienzo. Carencia: Competitivo, decepción, descontento, inflexibilidad, amargura, miedo para expresar los sentimientos y la propia verdad.

VERDE: Crecimiento, espacio, dirección, visión panorámica, equilibrio, habilidad de tomar decisiones, corazón, armonía, verdad, idealismo, belleza, búsqueda de la verdad, naturaleza, regeneración. Carencia: Celos, envidia, miedo a comunicar los sentimientos, necesidad de espacio, y de tomar decisiones.

TURQUESA: Comunicación creativa del corazón, empatía, creatividad, delfines, atlantes, danza, escritura, pintura, comunicación universal desde uno hacia los demás. Televisión, radio, computadoras (energía de la comunicación) Energía creadora más elevada del universo, sistema linfático / inmunológico. Carencia: Miedo a la expresión de las emociones, miedo a la creatividad, miedo al rechazo, induce a la creatividad a los poetas y artistas o comunicadores en general que precisen usar la energía de la creatividad del corazón cuando esta bloqueado, tecnofobia.

AZUL: Comunicación, la paz que va mas allá de toda comprensión, comunicaciones pacíficas hacia adentro y hacia fuera, calma, energía de la madre de alto voltaje, el color de la mente y la conciencia, Fé, liderazgo, intuición. Carencia: Falta de paz, frigidez, distancia, dificultades con el modelo masculino, dificultades con la autoridad, introversión, aislamiento, depresión, melancolía.

AZUL REAL: Misticismo en su forma más profunda, tercer ojo, abrirse a las funciones superiores de la mente, clarividencia, clariaudiencia, percepción a través de los sentidos. Saber por que sé esta aquí. Carencias: Sentimiento

de superioridad, aislamiento severo, depresión, rigidez, gran problema con la autoridad, soledad, tendencia extrema a idealizar.

VIOLETA: Servicio espiritual, curación, servicio, transición, religión, calmante, cuando el azul y el rojo se unen, espiritualidad verdadera y su búsqueda, transformación, contemplación. Carencia: Pena, bronca reprimida, depresión, escapismo, cavilaciones excesivas, stress e hiperactividad.

MAGENTA: Cuando el rojo y el violeta se unen, saber que uno es amado tal cual como es desde un nivel más elevado y profundo. Amor en las pequeñas cosas, cuidado, estar en el lugar correcto en el momento correcto, encontrar las razones para vivir y vivirlas. Carencias: Enorme necesidad de amor y si no lo recibieron en la tierra, lo buscan arriba.

PLATA: Luz, purificación, limpieza, cristal, claro, sensibilidad, contiene todos los colores, espejo y sensibilidad, contiene todos los colores, espejo y el espejo distorsionado en el cual nos miramos, transparencia, claridad, pureza. Carencia: Mucho sufrimiento, lágrimas congeladas o no derramadas.

11. LAS TRES PERSONAS MÁS IMPORTANTES DE TU VIDA⁵¹

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, por ejemplo cinco años y que nombre en orden las tres personas más importantes en su vida, luego a los 12, a los, 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

⁵¹ DR. WAYNER W. DYER, DR. JOHN VRIEND, técnicas efectivas de asesoramiento psicológico, primera edición, ediciones Grijalbo.

la dimensión de dependencia psicológica. Además de ayudar a incluirse ellos mismos en la lista.

12. TÉCNICA DEL ESPEJO COMO PROYECCIÓN DEL UNIVERSO PERSONAL⁵²

Las técnicas de espejo como proceso de generación de ideas para la escritura del guión personal.

El taller tomará el espejo como instrumento de proyección para tomar conciencia del universo personal. El espejo crea un espacio de intimidad que vehicula la epifanía interior y propicia el contacto con el conflicto, pero también con el bienestar; es una ventana abierta al cambio y a la expansión.

A partir de la puesta en práctica de las diferentes técnicas del espejo, cada uno de los integrantes del taller escribirá un guión relacionado con sus mecanismos de proyección. Los procesos de generación de idea que trabajan los mecanismos propios de proyección, estimulan la creatividad y, en consecuencia, propician el crecimiento personal.

Durante los talleres se utilizarán en todas sesiones:

13. LA AFIRMACIÓN⁵³

Las afirmaciones son muy importantes, afirmar significa "dar firmeza". Una afirmación es un enunciado positivo enérgico según el cual algo ya es de determinada manera.

Las afirmaciones pueden formularse silenciosamente, escribirse, articularse audiblemente, o incluso cantarse o salmodiarse. Diez minutos al día de afirmaciones eficaces pueden contrabalancear años de viejos hábitos mentales. Naturalmente cuanto mayor sea la frecuencia con que uno se acuerda de tomar conciencia de lo que está "diciéndose a sí mismo", y con

⁵² MATILDE OBRADORS, PSICÓLOGA. Doctora por la Universidad Pompeu Fabra. Profesora, <http://www.emagister.com/terapia-artistica-espejo-como-proyeccion-del-universo-personal-cursos-1109421.htm>Septiembre 2007.

⁵³ GAWAIN, S (1986) Visualización Creativa, Buenos Aires: Ed, Letheia.

que elige palabras y conceptos expansivos y positivos, más positiva será la realidad que crea.

Cualquier enunciado positivo puede ser una afirmación. Ella puede ser muy general o muy específica. Las afirmaciones siempre deben estar en tiempo presente, no en futuro, es importante crearlas como si ya existieran.

Deben ser del modo más positivo posible, tiene que ser acerca de lo que quiere, no de lo que no quiere, y cuanto mas simple y breve es la afirmación, es mayor su eficacia.

14. RETROALIMENTACIÓN GRUPAL⁵⁴

Tiempo: 20 minutos

Cada integrante dice:

- Algo que me hace sentir bien del grupo
- Algo que me hace sentir incómodo del grupo

Compartir 10 minutos

¿Cómo te sentiste con lo que te dijeron, descubriste algo diferente en ti? La retroalimentación deberá ser positiva, es decir lo bueno que se lleva de la sesión ya que es lo ultimo y con lo que deberá permanecer hasta la siguiente sesión.

Final de la experiencia asesora.- En la última sesión de asesoramiento de grupo, se plantear la realización de un proyecto de vida, ya que es una pauta con la deberán seguir trabajando una vez que los talleres terminen.

PROYECTO DE VIDA⁵⁵

- *"Ser joven es mirar la vida de frente saludando al nuevo día, como un regalo de Dios"*

⁵⁴ Dictado por la DRA. SYLVIA MANCHENO D, Maestría en psicoterapia Integrativa, Décimo quinto modulo, Técnicas sintomáticas, Relajamiento muscular, Cuenca – Ecuador, 2005

⁵⁵ Citado por DR. JUAN SEBASTIÁN ROSERO, Proyecto de vida, basado en el inventario moral de la Guía de los 12 pasos de Narcóticos Anónimos.

- *"Ser Joven es reavivar el entusiasmo, la sonrisa, la esperanza y la alegría de cada amanecer"*

¿Qué es?

- El Proyecto de Vida es un proceso permanente de construcción de sí mismo, que facilita el darle rumbo a la vida y responder a las necesidades y expectativas que todos tenemos como seres humanos.
- El proyecto apunta al futuro y se anticipa a éste para hacerlo posible y lograr los sueños, ilusiones e intereses que todos tenemos.
- Es a la vez un proceso permanente de reflexión por cuanto se compara con un camino, como una propuesta a largo plazo, en la cual se establece el compromiso personal consigo mismo y con los demás.
- El proyecto de vida nunca será un producto terminado, porque el mundo es cambiante y el ser humano siempre estará evolucionando, generando nuevas inquietudes y aspiraciones

¿Cómo hacerlo?

Tomando la decisión y organizando pasos específicos, que permitan realizar adecuadamente la propuesta:

- a) Reflexión sobre sí mismo, que incluya el conocimiento de las fortalezas, debilidades, oportunidades y amenazas que cada uno tiene
- b) Una clarificación de los intereses, anhelos e ilusiones que esperamos realizar en la vida
- c) La organización de lo anterior en una "Misión" y Visión"
- d) El establecimiento de objetivos y metas
- e) La planeación de las acciones y la formulación de estrategias
- f) La propuesta de ejecución (o proceso de gestión)

- g) La evaluación y reflexión sobre lo alcanzado y las modificaciones necesarias para lo que no puedo lograrse

FORTALEZAS

Cualidades, condiciones o factores positivos a nivel interno que favorecen el desarrollo personal.

Mis cualidades y fortalezas son:

DEBILIDADES

Defectos, condiciones o factores internos que obstaculizan el desarrollo personal. Mis defectos y debilidades son:

OPORTUNIDADES

Condiciones y posibilidades que benefician el desarrollo personal.

Las oportunidades que encuentro para el desarrollo de mi propia vida son:

AMENAZAS

Condiciones y limitaciones externas que influyen negativamente en el desarrollo personal. Las amenazas y obstáculos que encuentro para el desarrollo de mi proyecto de vida son:

Solo podré echar raíces sobre la base de un terreno firme y con auténticos valores. Esto me facilitará la construcción de un proyecto de vida claro y realista.

VALORES

Se define como la fuerza que orienta el actuar del ser humano y hacen referencia a la manera de pensar y a los límites, que orientan las acciones que se van a realizar en relación consigo mismo y con los demás. Son criterios que comprometen la ejecución de las acciones para el logro de los objetivos. Los valores con que me identifico son:

Los valores que quiero desarrollar son:

Es necesario reconocer que valores nos identifican y las acciones que proponemos para establecer los que nos hacen falta.

La misión expresa la intencionalidad y los propósitos de la vida, indica su sentido y razón de ser. Definiría equivale a señalar los fines que nos proponemos en la vida. Mi misión es:

De la Misión se deriva la formulación de objetivos, metas y estrategias para llevar a cabo el proyecto de vida.

Tiene como características: ser significativa y contener un propósito duradero.

LA VISIÓN

Es la percepción de futuro, construida a través de la participación, que concretiza lo que se aspira a ser en determinado tiempo. Recoge los sueños, utopías, lo que anhelamos alcanzar en plazos específicos.

Como me quiero ver el futuro a nivel:

Personal:

Familiar, Escolar:

Laboral: Social:

Es un proceso que permite realizar los objetivos en forma organizada, para garantizar el desarrollo adecuado del Proyecto de Vida, se realiza a través de:

Objetivos: son los resultados que se esperan lograr por medio del desarrollo de las actividades.

Mis objetivos son: _____

Los objetivos deben ser: claros, razonables, coherentes, precisos.

Metas: son los resultados a corto plazo que se deben alcanzar para lograr los objetivos. Se diferencian del anterior por el tiempo (plazo más corto) Mis metas son:

ESTRATEGIAS

Son los medios por los cuales se logran los objetivos. Son guías que señalan el curso detallado de una acción. Es la forma de utilizar adecuadamente las posibilidades y limitaciones. Para desarrollar mi proyecto de vida, debo definir las estrategias que me permitirán lograrlo. Mis estrategias son:

Se define como el proceso de gestión, para realizar lo señalado en la planeación y así dar cumplimiento a los objetivos y metas propuestos.

Requiere:

- a) Identificación de los propósitos y su ordenamiento en una escala de prioridades
- b) Determinación de estrategias y planes para afrontar los problemas
- c) Ejecución eficiente de las actividades propuestas
- d) Evaluación y revisión de los planes, con los ajustes necesarios.

Concertación:

Son los acuerdos, conciliaciones y compromisos que se hacen con otras personas que entran en contacto con el proyecto de vida personal, tales como familiares, amigos, educadores, etc. Mis principales concertaciones son:

Consiste en medir y revisar los resultados, compararlos con los planes y cuando sea necesario, aplicar los correctivos necesarios. El propósito de la

evaluación es asegurar el cumplimiento adecuado de los objetivos y el desarrollo óptimo del Proyecto de Vida.

Proyecto de Fortalecimiento:

Se refiere a las acciones que deben realizarse para superar las debilidades e inconsistencias que presenta el proyecto. Deben planearse dentro un tiempo prudencial para verificar los cambios. Las debilidades que debo seguir trabajando son:

El Proyecto de vida es algo inacabado, y se hace necesario revisarlo todos los días para ir evaluando los logros alcanzados e ir replanteando los ajustes que se consideren necesarios y así alcanzar la meta propuesta:

Realizarme en el plano personal, familiar y social.

15. SILLA CALIENTE - INTERCAMBIO DE REACCIONES⁵⁶

Se puede utilizara en la última sesión, Cada participante se sienta en frente de todo el grupo en silencio mientras el resto hablando en nombre del participante dice sus virtudes o sus percepciones a cerca de ella, dándole además consejos para su vida futura.

Esta técnica permite identificar al asesorado en donde se encuentra en su proceso de asesoramiento y a plantearse metas alcanzables luego del proceso de asesoramiento.

En este capítulo hemos abordado todas las teorías, y las técnicas que se usarán en los talleres, creemos que las más importantes: algunas del arte

⁵⁶ DR. WAYNER W. DYER, DR. JOHN VRIEND, técnicas efectivas de asesoramiento psicológico, primera edición, ediciones Grijalbo.

terapia, en especial la que se realiza con plastilina, ya que es un medio fácil para que las jóvenes expresen sus conflictos.

También es importante la técnica de sanar al niño herido, porque permite explorar conflictos de la infancia y exteriorizarlos por medio de la escritura.

En general preferimos las técnicas en las que el terapeuta actúa solamente como asesor, ya que de esta manera se permite la libre expresión de emociones y pensamientos.

CAPÍTULO 4

DISEÑO Y RESULTADOS DE LOS TALLERES

4.1. METODOLOGÍA DE LOS TALLERES

Tomando en cuenta las “Etapas del Proceso” que plantea el modelo integrativo para la realización de psicoterapia, adaptamos el mismo según las necesidades detectadas en la presente investigación.

El propósito de esta investigación es llegar a las jóvenes que se encuentran cursando la adolescencia; en esta etapa de la vida se presentan grandes cambios físicos y psicológicos y es de gran vulnerabilidad por lo que creemos importante la intervención para prevenir un problema especialmente frecuente y peligroso: la depresión.

La presente investigación estará dirigida entonces a las adolescentes de 11 a 16 años del “Colegio Técnico Herlinda Toral”; seleccionamos esta institución educativa porque tomando datos de que la depresión es más frecuente en mujeres y que entre las edades de 11 y 13 años que existe un aumento notable en la tasa de depresión entre las niñas; a los 15 años las mujeres tienen la probabilidad de haber experimentado un episodio depresivo mayor dos veces más que los varones, que coincide con un momento en la adolescencia cuando los roles y las expectativas cambian dramáticamente, y los cambios hormonales influyen negativamente en la salud de las adolescentes.

El Trabajo se inició en el Colegio Técnico Herlinda Toral, las primeras semanas de Junio empezando con la Evaluación en las adolescentes de octavo a décimo de básica, se escogieron dos curso al azar, siendo así, que se aplicó al octavo 1 y 7, al noveno 3 y 4 y al décimo 6 y 7, en cada curso existe un promedio de de 35 a 40 estudiantes por lo que la muestra que se tomó es de 262 estudiantes, la misma que consideramos representativa con un nivel de confianza del 95% y un error del 5%, dentro del universo del ciclo básico que son alrededor de 950 alumnas. De esta muestra se excluyeron 34 test que se anularon, debido a que dejan sin contestar varios ítems de los tests.

4.2. LIMITACIONES

Dentro de las limitaciones encontradas en la realización de esta investigación está básicamente el tiempo, ya que el Colegio tiene un cronograma de actividades que deben cumplir todas las alumnas, por lo que los talleres son una actividad extra para ellas y tuvimos que adaptarnos al tiempo que disponían, siendo este en las tardes de 13:30 a 15:30 los días lunes, miércoles, viernes durante dos semanas, reduciendo de esta manera el efecto que deberían tener los talleres al ser mas espaciados dando un mayor tiempo para la asimilación y la retroalimentación individual de las actividades realizadas, a pesar de esta gran limitación los resultados de los talleres fueron positivos, comprobando que si se realizan talleres con un mayor tiempo entre uno y otro los resultados mejorarán aún más.

4.3. DESCRIPCIÓN DE LOS INSTRUMENTOS DE LA INVESTIGACIÓN

Para la evaluación se tomo como base dos test: **EL TEST DE DEPRESIÓN DE BECK**⁵⁷, que es un cuestionario de selección múltiple que consta de 21 preguntas las mismas que tienen 4 opciones de respuestas con un puntaje para cada una de ellas.

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

El puntaje establecido para graduar el síndrome depresivo son los siguientes:

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

Este test puede ser aplicado de manera individual o colectiva.

⁵⁷ BECK, ARON T., RUSH, JOHN A., SHAW, BRIAN F., EMERY, GARY, Terapia Cognitiva de la Depresión, 15ª edición, editorial Desclée De Brouwer, S.A., 2002.

Y la otra escala que se ha usado en este trabajo investigativo es la escala de **DEPRESIÓN PARA ADOLESCENTES, ADAPTACIÓN DE M.M. CASULLO, 1994**, la misma que fue utilizada como técnica para evaluar síntomas depresivos para detectar la población en riesgo; fue adaptada a la población Argentina.

La presencia de síntomas depresivos según son evaluados por la Escala de depresión diseñada sobre la base de la CES-D que originalmente fue diseñada por el National Institute of Mental Health (Estados Unidos). Los veinte ítems que la integran se extrajeron como escalas de depresión

- Escala de depresión de Zung (1965)
- Escala de depresión de Beck (1961)
- Partes de la escala de depresión del MMPI (1960)
- Escala de Raskin (1970)
- Lista de síntomas de Gardner (1968)

Los ítems que la integran evalúan los principales componentes de la sintomatología depresiva:

- Humor depresivo
- Sentimientos de culpa y desesperanza
- Sentimientos de indefensión
- Pérdida del apetito
- Perturbaciones en el dormir
- Retardo psicomotor

De los 20 ítems que integran la escala 16 hacen referencia a vivencias o aspectos negativos, mientras que las 4 restantes tienen una connotación positiva.⁵⁸

⁵⁸ MARÍA MARTINA CASULLO Adolescentes en Riesgo Identificación y orientación psicológica, Paidós Buenos Aires -Barcelona - México, Págs. 46-50

Se pregunta 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 un día..... se asigna 0 puntos
- 1-2 días..... se asigna 1 punto
- 3-4 días..... se asignan 2 puntos
- 5-7 días..... se asignan 3 puntos

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.

Puntajes:

- Bajos 0 -9 puntos
- Medios 10-25 puntos
- Altos 26-60 puntos

Además se aplicó una encuesta, con el fin de relacionar los resultados de los tests con algunos posibles factores que podrían considerarse predisponentes para la depresión en la adolescencia tales como: estructura familiar, migración, edad, enfermedades físicas y psicológicas.

4.4. APLICACIÓN PRÁCTICA

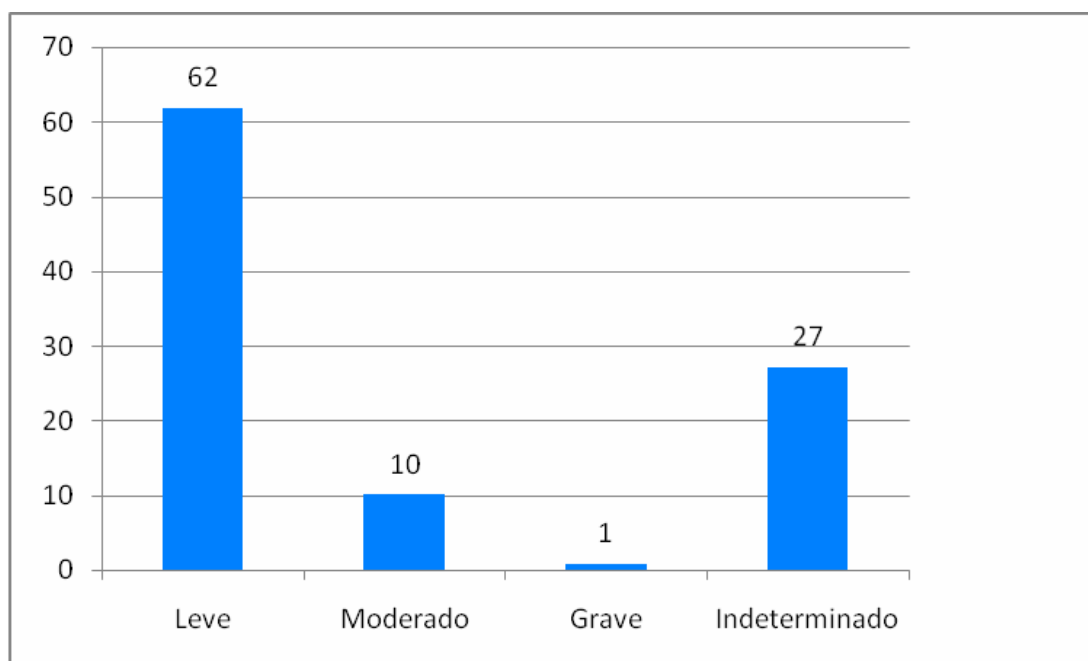
Con estos datos obtenidos se realizó un análisis cuantitativo y cualitativo de las pruebas obteniendo los siguientes resultados:

TABLA # 1
NIVELES DE DEPRESION EN LAS ALUMNAS DEL OCTAVO AL DÉCIMO DE BÁSICA
DEL COLEGIO HERLINDA TORAL. JULIO 2007

NIVEL DE DEPRESIÓN	NÚMERO	PORCENTAJE
Leve /nula	141	62%
Media / moderada	23	10%
Grave	2	1%
No determinados	62	27%
Total	228	100%

Fuente: Directa, aplicación de test depresión de Beck y MM Casullo Colegio Herlinda Toral
Responsables: Cristina Arguello/ Isabel Rojas

GRAFICO #1



Tenemos 228 personas con probable depresión, de éstas el 62% tiene una depresión leve o nula, un importante 10% presenta depresión moderada, y un numero muy reducido depresión grave y los test dejan sin definir un 27% de los casos.

TABLA # 2

**DEPRESIÓN SEGÚN LA EDAD EN LAS ALUMNAS DEL OCTAVO AL DECIMO DE
BASICA DEL COLEGIO HERLINDA TORAL. JULIO 2007**

EDAD	DEPRESION	%	DEPRESION	%	DEPRESION	%	TOTAL
	LEVE		MODERADA		GRAVE		
11	1	1	0	0	0	0	
12	32	19	5	3	0	0	
13	47	28	9	5	2	1	
14	46	28	7	4	0	0	
15	14	8	2	1	0	0	
17	1	1	0	0	0	0	
Total	141	85%	23	14%	2	1%	166

Fuente: Directa, aplicación de test depresión de Beck y MM Casullo Colegio Herlinda Toral

Responsables: Cristina Arguello/ Isabel Rojas

Para la realización de esta tabla se excluyeron los test indeterminados y de esta manera se notó que la mayor incidencia de depresión en la adolescencia esta presente entre los 12 y 14 años, lo que coincide con las investigaciones mencionadas anteriormente que dicen que en esta etapa de la vida las personas, en especial las mujeres son más vulnerables a padecer depresión.

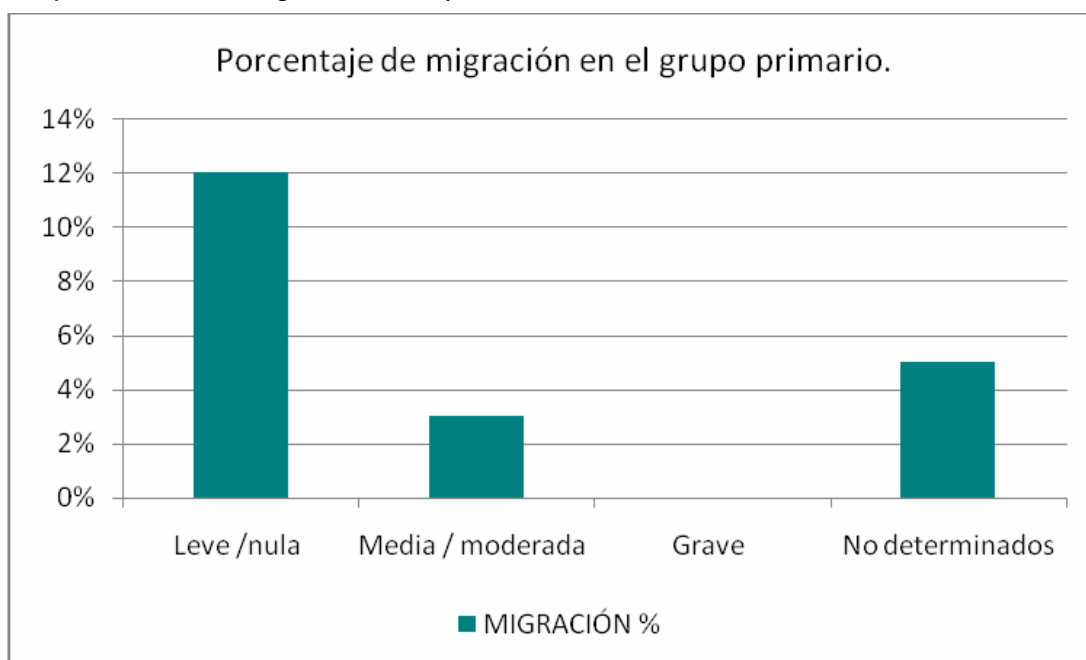
TABLA # 3

MIGRACION EN EL GRUPO PRIMARIO SEGUN NIVELES DE DEPRESION EN LAS ALUMNAS DE OCTAVO A DECIMO DEL COLEGIO TECNICO HERLINDA TORAL, JULIO DE 2007

NIVEL DE DEPRESION	MIGRACION EN EL GRUPO PRIMARIO	Porcentaje
Leve /nula	26	18%
Media / moderada	5	16%
Grave	0	0%
No determinados	10	43%
Total	228	

Fuente: Directa, aplicación de test depresión de Beck y MM Casullo

Responsables: Cristina Arguello/ Isabel Rojas



Según los resultados obtenidos incluyendo los indeterminados y obteniendo un porcentaje individual de cada área, vemos que dentro del grupo de depresión leve o nula hay un 18% de migración, un 16% en el grupo de depresión moderada, un 0% en el de grave y un 43% en los indeterminados.

TABLA # 4

DEPRESIÓN Y ESTRUCTURA FAMILIAR. JULIO 2007

Estructura Familiar	Depresión leve	%	Depresión Moderada	%	Depresión Grave	%	No determinados	%
Solo padre	1	1	2	10	0	0	1	1
Solo madre	29	20	10	45	1	1	18	30
Ambos padres	110	78	10	45	1	1	39	63
Otros	1	1	0	0	0	0	4	6
Total	141	100	22	100	2	1	62	100%

Fuente: Directa, aplicación de cuestionario

Responsables: Cristina Arguello/ Isabel Rojas

De acuerdo con los datos obtenidos en el grupo de depresión moderada es posible que la estructura familiar sea un factor precipitante en la presencia de depresión, ya que un 45% viven con ambos padres, otro 45% solamente con la madre y solamente un 10% viven solo con el padre.

TABLA # 5

¿SEGÚN TU OPINIÓN CUALES SON LOS PROBLEMAS QUE MÁS A LOS
 ADOLESCENTES EN SU ESTADO DE ÁNIMO? JULIO 2007

<i>Problema</i>	<i>Número</i>	<i>Porcentaje</i>
Problemas, Mala relación y falta de comunicación en el hogar	98	16%
Drogas - alcohol	71	11%
Problemas escolares- Malas notas	59	10%
Maltrato físico y/o psicológico	52	8%
Discriminación	46	7%
Incomprensión	35	6%
Falta de amor, cariño, atención	30	5%
Problemas sentimentales amorosos	25	4%
Divorcio o separación de los padres	22	3%
Problemas con los amigos	22	3%
Peleas entre padres	20	3%
Abandono o ausencia de los padres	20	3%
Depresión	18	3%
Migración de los padres	18	3%
Baja autoestima	15	2%
Malas amistades	15	2%
Soledad	14	2%
Problemas económicos	9	2%
Duelo	6	1%
Embarazos no deseados	4	1%
Enfermedades	3	1%
Traumas	3	1%
Fracaso	2	1%
Sobreprotección	2	1%
Cambios físicos	2	1%
TOTAL	611	100%

Según la opinión de las alumnas los problemas que posiblemente pueden causar depresión son mala relación y falta de comunicación en el hogar con un porcentaje del 16%; las drogas y el alcohol en un 11%, los problemas escolares y las malas notas un 10% y el maltrato físico y/o psicológico un 8%, discriminación un 7%, siendo estos los significativos

Otro grupo opina que también son importantes la incompreensión, la falta de amor, cariño y atención. En cambio un grupo menor opina que las peleas entre padres, el abandono o ausencia o migración de los padres también son importantes para desarrollar depresión.

TABLA # 6

¿A QUIEN ACUDES CUANDO TIENES PROBLEMAS? JULIO 2007

Problema	Porcentaje %
Madre	178
Padre	16
Hermano/a	19
Amigas/os	18
Tíos /as	5
Primos /as	3
Abuelos/as	6
Dios	5
Otros	4
Nadie	8
TOTAL	100

La mayor parte de las adolescentes acude o espera recibir ayuda de la madre ante problemas graves. También son importantes el resto de miembros de la familia como el padre y los hermanos, además de los amigos que juegan un papel importante en la vida de las adolescentes en

comparación con el resto de las personas que les rodean, como son los parientes más lejanos, Dios u otras personas.

4.5. DISEÑO DE LOS TALLERES PARA LA PREVENCIÓN DE LA DEPRESIÓN EN LA ADOLESCENCIA.

Una vez realizado el análisis cuantitativo y cualitativo, se seleccionó un grupo de 22 personas que han sido identificadas con niveles medios de depresión en concordancia con el test de Casullo y Beck, a continuación se realizó un seguimiento, empezando por realizar una historia clínica (ver anexo 4) con el fin de conocer más de cerca la realidad de cada una de las alumnas y corroborar los datos obtenidos en los test, además de establecer una relación positiva que luego favorecerá al mejor desempeño de los talleres. Estas historias se realizaron en dos sesiones de 40 minutos cada una; además se realizó un seguimiento más minucioso de aquellas alumnas que se consideraron en más riesgo; con ellas se realizó de dos a tres sesiones más, en las que se profundizó la historia clínica, con el fin de conocer más a fondo la realidad de dichas estudiantes.

Tomando como ejemplo los talleres de autoestima que se realizaron en algunos de los colegios de la ciudad dentro de las prácticas pre profesionales de los estudiantes de psicología clínica, se pretende diseñar talleres de asesoramiento piloto, en los que el objetivo principal es brindar apoyo emocional y herramientas de afrontamiento con el fin de facilitar la adquisición de nuevas conductas adaptativas y de esta manera prevenir una depresión mayor.

Se descartó el trabajo con las personas identificadas con depresión grave porque es un número muy reducido de 2 personas, a las que se les puede remitir a un profesional para que tenga un tratamiento psicoterapéutico mas largo.

Para la intervención se trabajó con un modelo de psicoterapia integrativa, ya que este nos permitió la utilización de diversas técnicas sin encasillarnos en una sola escuela, ya que al trabajar con un grupo de 22 adolescentes es importante aplicar diferentes enfoques y técnicas que permitan llegar a cada una de ellas.

A continuación se diseñaron 6 talleres modelo, y se plantearon los siguientes objetivos:

Objetivo General:

- OFRECER herramientas de afrontamiento de situaciones conflictivas y de este modo prevenir una posible depresión mayor.

Objetivos Específicos:

Para cada taller nos hemos planteado un objetivo específico:

- Generar sentimientos de confianza.
- Exploración de aspectos internos que pueden ser causa de depresión.
- Perdonar y liberar.
- Fortalecer autoestima.
- Fortalecimiento de vínculos.
- Analizar aspectos y situaciones positivas de la vida de cada una.

- Elaboración del proyecto de vida y evaluación de las actividades realizadas.

Reglamento General De Los Talleres

1. Tener la disponibilidad y ganas de colaborar.
2. Ropa cómoda.
3. Respetar todo lo que las demás compañeras dicen o hacen.
4. Los talleres son confidenciales y todo queda dentro del grupo.
5. Cumplir los horarios se iniciara a la 1:30 y se culminara la jornada a las 15:30.
6. Realizar las tareas que llevan a la casa (cuaderno creativo).
7. Cualquier duda o ayuda personalizada estamos para atenderles.
8. La participación es voluntaria.
9. NO tomar lo que dicen frente al grupo como una confesión.
10. Expresar todas las ideas o sentimientos que vienen a la mente.
11. La continuidad sesión tras sesión es parte importante del grupo.
12. Las emociones negativas no se consideran malas ni se evitan. En él toda conducta es "neutral" ni buena ni mala.
13. La eficacia del asesoramiento de grupo viene determinada por lo que pasa fuera del grupo, ya que si los miembros se comportan de una manera dentro del grupo y de otra fuera se diría que es improductivo el asesoramiento.

Reglas Para Trabajar ⁵⁹

- ▶ 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.

⁵⁹ BALAREZO, LUCIO, maestría de Psicoterapia Integrativa, 2005.

- ▶ 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 quien te diriges.
- ▶ Evita palabras huecas "curioso, extraño, sorprendido, diferente".
- ▶ Haz aquello que temes hacer.

TALLER # 1 PREPARACIÓN – INTEGRACIÓN

Objetivo:

- Generar sentimientos de confianza

Actividad	Participantes	Tiempo	Objetivo	En que consiste	Materiales
Presentación de los talleres	22 participantes	15 minutos	<ul style="list-style-type: none"> • Informar brevemente sobre el contenido de los talleres 	<ul style="list-style-type: none"> • Explicación de actividades a realizarse. • Establecimiento de reglas y horarios. 	<ul style="list-style-type: none"> • Papelografo • Marcadores • Cinta
Los miembros del grupo se presentan.	22 participantes	40 minutos	<ul style="list-style-type: none"> • Romper el hielo • Reducir la ansiedad y temor natural al iniciar la participación en grupo 	<p>Cada uno de los miembros del grupo se presentarán, pero no de una forma tradicional sino de una forma que explique que clase de "Ser Humano es", se pueden utilizar preguntas tales como: si es feliz, si es ordenado, puntual, si se siente triste, frustrado, etc.</p> <p>Se escribirán tarjetitas de identificación de todos los miembros del grupo.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Cartulinas • Marcadores • Tijeras
Arte terapia Dibujo con plastilina.	22 participantes 2 Subgrupos de 5 personas y 2 de 6 personas.	1 hora	<ul style="list-style-type: none"> • Identificar conflictos personales. 	<p>Cada participante por separado identifica una situación conflictiva en la cual se haya sentido triste, luego la representará en la cartulina usando plastilina.</p> <p>A continuación se reunirán en grupos y compartirán, contando como fue la situación, los sentimientos y pensamientos alrededor de ella. El resto del grupo prestará atención y se obsequiará una</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Plastilina • Cartulinas

				cálida pelusa. A continuación se realizará el cierre con todo el grupo, expresando como se sintieron realizando la actividad.	
Dar y recibir	22 participantes Grupos de 3 personas	30 minutos	<ul style="list-style-type: none"> • Crear confianza en el grupo. 	Los participantes se dividen en grupos de 3 personas, dos a los costados y una en el centro. La persona que esta en el centro se deja caer y las que se encuentran a los lados la reciben y la empujan de un lado a otro, luego intercambian posiciones y al final expresan como se sintieron durante la actividad.	
Cierre	22 participantes	30 minutos	<ul style="list-style-type: none"> • Sintetizar las experiencias del día • Retroalimentación 	<ul style="list-style-type: none"> • Compartir las experiencias • Retroalimentación positiva • Instrucciones para la realización del diario personal. 	

TALLER # 2 INTROSPECCIÓN

Objetivo:

- Exploración de aspectos internos que pueden ser causa de depresión

Actividad	Participantes	Tiempo	Objetivo	En que consiste	Materiales
Ejercicios de Respiración Rebirthing	22 participantes	15 minutos	<ul style="list-style-type: none"> • Romper corazas para poder iniciar el trabajo • Activación • Purificación 	Se induce a las participantes a realizar ejercicios físicos de respiración consciente en los que la persona dirige su respiración y conecta sin interrupción la exhalación y la inhalación.	
Meditación del niño herido	22 participantes 2 coordinadoras	20 minutos	Explorar al niño herido	Se induce a los miembros a un estado de relajación progresiva haciéndolos regresar al momento en que eran niños pequeños, para lograr que aquellas necesidades que no fueron satisfechas en su momento puedan ser dadas ahora.	Grabadora Música de relajación: Angels of the sea
Carta al niño herido	22 participantes 2 coordinadoras	20 minutos	Expresión de sentimientos	Imagina que quieres adoptar un niño, y ese niño eres tú de recién nacido. Luego imagina que necesitas escribirle una carta, no necesita ser larga, dile que lo amas, asegúrale que sabes lo necesita, que te esforzaras por verle como ser único y que cuidaras de el y le dejaras crecer. Cuando hayan terminado la leerán en voz alta muy despacio y meditaran lo que están sintiendo.	Papel esfero

Carta de tu bebe interno	22 participantes 2 coordinadoras	20 minutos	Facilitar el contacto con los sentimientos del niño interno	Cada una escribirá una carta de su bebe interno, la escribirá con la mano que no escribe un párrafo corto. Realización de afirmaciones positivas.	Papel Esferos Lápices
Cierre	22 participantes	30 minutos	Sintetizar las experiencias del día	Compartir las experiencias Retroalimentación positiva	Fósforos

TALLER # 3 PERDÓN Y LIBERACIÓN

Objetivo:

- Perdonar y liberar

Actividad	Participantes	Tiempo	Objetivo	En que consiste	Materiales
Danza en movimiento	22 participantes	45 minutos	<ul style="list-style-type: none"> • Romper corazas • Liberar 	Danza Libre, se les pedirá a las participantes que cierren sus ojos y que se muevan como quieran que son libres de moverse según crean que la música les sugiere, se utilizará música vibratoria. Es importante recalcar las reglas que cada una es libre de hacer lo que guste y que todas deben respetar. Las coordinadoras cuando observen que las participantes han alcanzado un estado de conciencia diferente provocarán sentimientos de ira, frustración, odio, etc. narrando la situación, si es necesario se permanecerá mas tiempo en cada que una de las participante que lo requieran. Poco a poco se ira reduciendo la intensidad de la música y cada una buscará un lugar del auditorio en el que se sientan tranquilas y estarán en silencio reflexionando por unos minutos.	Cd: De Cuba para el mundo. Grabadora
Ejercicio de Despejo	22 participantes	15 minutos	Perdón y liberación	Sentadas en el lugar que escogieron en el auditorio, cada participante debe identificar	

				una persona con la que mantenga un conflicto o que le haya causado algún daño, intente mantener una conversación con esa persona, explíquelo lo que le causaba dolor, cólera y que en el presente le esta causando daño, puede liberarse de eso y digale "te perdono y te dejo en libertad, sigue tu camino y se feliz y te pido perdón desde el fondo de mi corazón. Es importante aclarar que lo haga así no lo sienta.	
Energizar	22 participantes	5 minutos	<ul style="list-style-type: none"> • Dar una sensación de amor incondicional, cuidado, calidez, amor, receptividad. • Pacifica la agresión. 	Se les pedirá que alcen sus manos a la altura del corazón y que se imaginen una luz rosada llenando el corazón y que paren cuando crean necesario. La Carencia de este color pueden significar: Necesidad de ser querido incluso por uno mismo.	
Cierre	22 participantes	30 minutos	Retroalimentación	Compartir las experiencias. Retroalimentación positiva	

TALLER # 4 AUTOESTIMA

Objetivo:

- Fortalecer autoestima
- Fortalecer vínculos

Actividad	Participantes	Tiempo	Objetivo	En que consiste	Materiales
La piedra y la flor	22 participantes 2 coordinadoras	30 minutos	Identificación de características personales positivas y negativas	Cada una saldrá al patio a buscar una piedra y una flor con la que se sientan identificadas, luego se les explicará que la flor significan las cosas positivas y la piedra las negativas, después compartirán con una compañera, posteriormente será ella quien presente a su compañera y viceversa, y lo escribirán en un papel.	Flores Piedras
Las tres personas más importantes de tu vida	22 participantes	40 minutos	<ul style="list-style-type: none"> • Entender los sectores de la vida del individuo en varias etapas vitales. • Dependencia psicológica. • Ayudar a incluirse ellos mismos en la 	Se le pide al individuo que vuelva a una edad concreta, por ejemplo cinco años y que nombre en orden las tres personas más importantes en su vida, luego a los 12, ahora, y dentro de 5, 10 años.	

			lista.		
Técnica del espejo	22 participantes	30 minutos	Auto exploración de su imagen corporal	Cada una pasara y se colocará frente al espejo sin quitar la vista del espejo y dirá como se percibe a sí misma, la facilitadora ira realizando preguntas acerca de su percepción. Luego se cambiara aquello negativo y se dirá en alta convirtiéndola en una afirmación.	Espejo
Cierre	22 participantes	20 minutos	Retroalimentación	Retroalimentación positiva	

TALLER # 5 PROYECTANDO COSAS POSITIVAS

Objetivo:

- Analizar aspectos y situaciones positivas de mi vida.

Actividad	Participantes	Tiempo	Objetivo	En que consiste	Materiales
Imaginería El momento mas feliz de mi vida	22 participantes	15 minutos	• Crear sentimientos de paz, tranquilidad y gratificación.	Cada una buscará un lugar en el que se sienta segura, y se imaginara el momento mas feliz de su vida, quien estaba ahí, que estaba haciendo, que estaba sintiendo, que es lo que le hacia especial a ese momento. Y lo colocara imaginariamente al lado de donde esta ubicada y tratara de ponerse en ese lugar y luego regresar al ahora y tratara de identificar quien le da esa seguridad, paz, amor en la actualidad. Luego se proyectaran al futuro (ejercicio siguiente).	
Proyección al futuro	22 participantes	40 minutos	Darse cuenta de cuan valiosa es o hasta que punto esta rebajándose a si misma cuando piensa en si y en su futuro	Se pide a los miembros del grupo que se proyecten 10 años en el futuro, luego le da la misma consigna pero con la condición de que ahora es del otro sexo. Mientras lo hacen el asesor hará preguntas tales como: que hace en su trabajo, aspiraciones, status familiar, posición en el mundo, número de hijos, relación con el sexo	

				opuesto. Luego los miembros del grupo anotan las diferencias para discutir las luego.	
Definición de metas y prioridades	22 participantes	30 minutos	* Definir que meta es mas importante centrándose en el aquí y ahora * Establecer metas futuras	Se reunirán en grupos de 5 personas y una se sentará en el centro y pondrá a las 4 restantes una meta o prioridad en su vida, luego cada una de las personas del grupo tratarán de convencerla de que su meta es la mejor, luego la participante decidirá cual fue la compañera a la que escucho más. Todas las integrantes deberán pasar por el centro.	
Cierre	22 participantes	30 minutos	Sintetizar las experiencias del día. Retroalimentación.	Compartir las experiencias del día Retroalimentación positiva	

TALLER # 6 PROYECTO DE VIDA

Objetivo:

- Realización de un proyecto de vida
- Evaluación de las actividades realizadas.

Actividad	Participantes	Tiempo	Objetivo	En que consiste	Materiales
Proyecto de vida	22 participantes	60 minutos	Analizar su vida. Empezar una construcción de si mismas con una proyección al futuro.	Cada una llenará un formato que ha sido diseñado, analizando varios aspectos de su vida, muchos ya tratados en talleres anteriores. Compartirán luego puntos de vista y experiencias.	Formato del proyecto de vida
Silla caliente	22 participantes	40 minutos	Reforzar aspectos positivos de cada participante	Cada participante se sienta en frente de todo el grupo en silencio mientras el resto hablando en nombre del participante dice sus virtudes o sus percepciones a cerca de ella, dándole además consejos para su vida futura.	
Cierre	22 participantes	20 minutos	Sintetizar experiencias de los talleres.	Compartir experiencias de los talleres y de la realización del diario personal. Retroalimentación positiva de los talleres.	

4.6. MEMORIAS DE LOS TALLERES

TALLER 1.- PREPARACIÓN - INTEGRACIÓN

NUMERO DE PARTICIPANTES: 19

TIEMPO: 2 horas 30 minutos

OBJETIVO: Generar sentimientos de confianza

Se cumplió con el objetivo planteado para este taller, luego de la presentación de los talleres, se procedió a la presentación de cada una de las participantes, mostrándose nerviosas y con dificultades para tomar la iniciativa.

La actividad del dibujo con plastilina, fue muy productiva, ya que cada una proyectó una situación conflictiva, a pesar de que se dividió en subgrupos, 2 de las participantes presentaron dificultades al explicar lo que representaba su dibujo y continuaron limitando sus intervenciones a cuando se les solicitaba.

En la mayoría de los casos representaron conflictos con sus padres, ya sea por falta de comunicación, divorcio, separación, ausencia o migración de los mismos, lo que fue corroborado por el análisis de los datos de la encuesta en la expresaron que uno de los problemas que afecta a los jóvenes son los conflictos con los padres, incluyendo los divorcios o separaciones y la migración.

Las participantes de mayor edad dentro del taller a diferencia de las demás, graficaron conflictos sentimentales o amorosos propios de la edad.

En la retroalimentación obtuvimos resultados positivos, las participantes se mostraron mucho más abiertas, al momento de expresar sus sentimientos y pensamientos acerca de las actividades realizadas, quedando satisfechas y mostrando disposición para continuar asistiendo a los siguientes talleres de asesoramiento.

TALLER 2.- INTROSPECCIÓN

NUMERO DE PARTICIPANTES: 20

TIEMPO: 2 horas 30 minutos

OBJETIVO: Exploración de aspectos internos, que pueden ser causa de depresión.

Al empezar se realizaron los ejercicios de respiración, los mismos que ayudaron mucho para que las participantes descarguen energías negativas como la angustia, pensamientos oscuros, tensiones, ansiedades, y así de este modo podemos romper corazas para eliminar emociones negativas, que se encuentran alojadas bajo nuestros músculos, causando estrés y desánimo. Facilitando se esta manera realizar el siguiente ejercicio de la meditación del niño herido.

En la meditación se trató de que regresen a su infancia y exploren como fue su vida en esta etapa, y que analicen sus necesidades y que traten de satisfacerlas en el aquí y ahora; se obtuvieron también buenos resultados, casi todas pudieron realizar la actividad excepto una que por problemas auditivos no pudo seguir la relajación. La mayoría de las participantes sintieron que fue una etapa en la que se sentían protegidas y queridas, y que ahora las cosas han cambiado, y se reflejo nuevamente los problemas en el hogar; muchas se sintieron nostálgicas y otras felices de estar creciendo.

Al escribir las cartas se sintieron mucho mas felices de poder expresarle a su niño cosas que les hubiera gustado escuchar de sus padres o de seres mas cercanos, muchas se aconsejaban como deberían llevar su vida ahora tomando en cuenta cosas de su personalidad que creen nunca debieron cambiar.

Retroalimentación: Manifestaron sentirse nostálgicas pero felices de estar creciendo, además de estar seguras que su vida esta bien encaminada a pesar de todos lo problemas que pueden tener.

TALLER 3.- PERDÓN Y LIBERACIÓN

NUMERO DE PARTICIPANTES: 20

TIEMPO: 2 horas 30 minutos

OBJETIVO: Perdonar y liberar

Consideramos que el taller numero tres fue uno de los mas fuertes y que mas trabajo costó, realizar tanto para las participantes como las asesoras, puesto que es una técnica que maneja muchas emociones.

Antes de empezar se les explicó todos los pasos de la actividad, con el fin de no cortar el proceso una vez iniciado; se empezó con la Danza Libre, tuvieron muchas dificultades al principio ya que no sabían ni como ni hacia donde moverse con los ojos cerrados, a medida que la música avanzaba se fueron soltando poco a poco, al ser un ejercicio bastante largo tuvimos tiempo para estimular la liberación de algunos sentimientos que estaban reprimidos, requiriendo estar mas tiempo con una de las participantes la misma que realizó una catarsis y fue necesario tranquilizarla. Una vez finalizada la música cada una tuvo su tiempo para reflexionar y tranquilizarse, para luego imaginar la conversación con esa persona que le causo daño y expresar todo aquello que quisiera decirle, posteriormente debían pedirle perdón y perdonarse a sí mismas, que fue lo que más esfuerzo requería, puesto que en su mayoría decían no querer o no poder perdonarlos, no sentirlo y por eso se les hacia mas difícil realizar la actividad, tomando en cuenta esto previamente se les explicó que no importaba si no lo sentían pero que lo hagan igual, ya que se trabaja primero a nivel

cognitivo para luego ir procesando esta información y llegar algún momento a sentirlo.

Luego se energizó con una luz rosada con el fin de una sensación de calidez, amor, receptividad, y pacificar la ira que podían haber sentido con las actividades anteriores, luego de esto manifestaron sentirse tranquilas, aunque una de ellas decía que se sentía incomoda por que no podía perdonar.

TALLER 4.- AUTOESTIMA

NUMERO DE PARTICIPANTES: 20

TIEMPO: 2 horas 30 minutos

OBJETIVO: Fortalecer autoestima - Fortalecer vínculos

Consideramos que este taller es básico para obtener resultados más duraderos, ya que la mayoría de las participantes presentaban una baja autoestima en el seguimiento realizado previamente, en la actividad de la piedra y la flor se pretendía que proyecten sus virtudes o cosas positivas en una flor y sus defectos o cosas negativas en la piedra, y luego de comentarlo escribirían en un papel esto con el fin de que se conozcan mas a sí mismas e identifiquen lo que les gusta y disgusta de su forma de ser.

Obtuvimos resultados positivos ya que la mayoría de las participantes vieron más cosas positivas de sí mismas que negativas y esto nos da una pauta de que las participantes están avanzando y de que los talleres están

funcionando ya que han mejorado comparando con los datos de las historias clínicas.

Al realizar la actividad de las tres personas mas importantes vimos que a pesar de tener problemas en sus hogares identifican como las personas más importantes a sus padres y hermanos, excepto en dos casos en los que dijeron que las personas mas importantes además de los padres son sus amigas, lo que es normal considerando la edad de las participantes, ya que conforme van creciendo van adicionando a los pares como personas importantes en sus vidas.

Tomando en cuenta esto consideramos importante fortalecer estos vínculos, o al menos que las participantes los identifiquen para saber quienes son las personas que les brindan seguridad, cuidado, amor y tranquilidad, para que sepan a donde acudir en caso de necesitar apoyo.

En la técnica del espejo algunas tuvieron dificultades ya que se les pidió no quitar la vista de su imagen en el espejo y decir como se percibían, notamos que estaban bastante ansiosas, a pesar de esto realizaron la actividad con ayuda de las asesoras, en especial con 4 participantes que no estaban conformes con su aspecto físico; la realización de afirmaciones acerca de sus percepciones negativas convirtiéndolas en positivas les ayudará a ir cambiando poco a poco sus esquemas cognitivos erróneos acerca de su imagen corporal, además se les sugirió que realicen las afirmaciones en sus hogares cada vez que se vean en el espejo, de igual manera se les pidió

que lo hagan así crean que no es cierto; también se les explicó que no es un proceso rápido y que lleva tiempo procesar esta información.

En la retroalimentación se repitieron las afirmaciones positivas, teniendo dificultades con dos participantes a las que casi no se les escuchó, además de ser las asesoras quienes solicitaron la intervención de las mismas.

TALLER 5.- PROYECTANDO COSAS POSITIVAS

NUMERO DE PARTICIPANTES: 19

TIEMPO: 2 horas 30 minutos

OBJETIVO: Analizar aspectos y situaciones positivas de mi vida.

Siendo este el penúltimo taller lo que pretendemos es dar seguridad y que se lleven cosas positivas para procesar. Al hacerles imaginar el momento mas feliz de su vida el objetivo es que identifiquen que estaban haciendo, que les gustaba hacer y les hacia sentir seguras, para usarlas en el presente y que en el futuro traten identificar que cosas les producen esas mismas sensaciones. Esto les ayudará a formularse metas positivas que les haga sentir tranquilas y felices de realizarlas. Es por ello que en una segunda parte ellas se proyectaron al futuro y trataron de identificar esta sensación y la situación que les hacia sentir bien y seguras; esto les ayudará a su vez a formularse metas más certeras y concretas.

En estas actividades se logaron los objetivos planteados, ninguna tuvo dificultad en realizar la actividad aunque una de las participantes se planteó metas muy superficiales.

También se les pidió que realizaran una proyección al futuro como si fueran del sexo opuesto, con la realización de esta actividad se notó que en

general las participantes tienen una concepción errónea acerca de los hombres y roles que desempeña cada sexo. Se perciben como débiles, discriminadas dentro de la familia y la sociedad en comparación con los hombres, a los que perciben como más liberales y con mayores oportunidades.

En la retroalimentación repitieron las metas que eligieron y además cada una señaló lo positivo de la sesión.

TALLER 6.- PROYECTO DE VIDA

NUMERO DE PARTICIPANTES: 20

TIEMPO: 2 horas 30 minutos

OBJETIVO:

- Realización de un proyecto de vida.
- Evaluación de las actividades realizadas.

Siendo este el último taller el objetivo principal es realizar un plan de vida en el que cada participante llenará un formulario pre – elaborado, dicho plan es una síntesis de las actividades realizadas anteriormente y será la herramienta con la que deberán seguir trabajando una vez que los talleres han finalizado; ya que el proyecto de vida es variable y va cambiando a medida que va pasando el tiempo y deberán seguir reestructurándolo por sí solas y proyectándose a un futuro más positivo, con metas cada vez más concretas y realizables. Al ser la mayoría de ítems del proyecto de vida puntos ya abordados en los talleres la mayoría no tuvieron mayor dificultad en realizarlo, solo dos de las participantes que no asistieron a todos los

talleres mostraron problemas al momento de hacerlo, teniendo que recibir mayor asesoramiento ya que les resultó bastante complejo. Con esto podemos recalcar la importancia de una asistencia continua ya que los talleres están relacionados entre sí y al no asistir quedan vacíos que difícilmente podrán ser llenados, afectando de esta manera los resultados de los talleres en estas participantes.

En la siguiente actividad "silla caliente" podemos decir que fue una de las actividades que más disfrutaron las participantes ya que expresaron su percepción a cerca de cada una de sus compañeras, y se sintieron felices también recibiendo las percepciones de sus compañeras, algunas recibieron cosas que ni se imaginaron que podían dar a conocer en tan corto tiempo. Además las alumnas compartieron sus experiencias en la realización del diario personal y se comprometieron a continuarlo. Con esta actividad realizamos el cierre, cada una de las participantes expresó su opinión acerca de todos los talleres y de cómo estos influyeron en ellas, además se les pidió que continúen con el plan de vida y que cada vez que lo consideren necesario revisen las actividades de su diario personal con el fin de ponerlas en práctica cada vez que la situación lo amerite.

Además se puso a la disposición la posibilidad de realizar un seguimiento en caso de ser necesario y acordamos una reunión en un mes para tener conocimiento de los avances de cada una de las participantes.

Para terminar se realizó un re test de los inventarios de Beck y de Casullo, con el fin de obtener resultados obtenidos una vez finalizado los talleres.

4.6.1. FOTO - MEMORIA DE LOS TALLERES

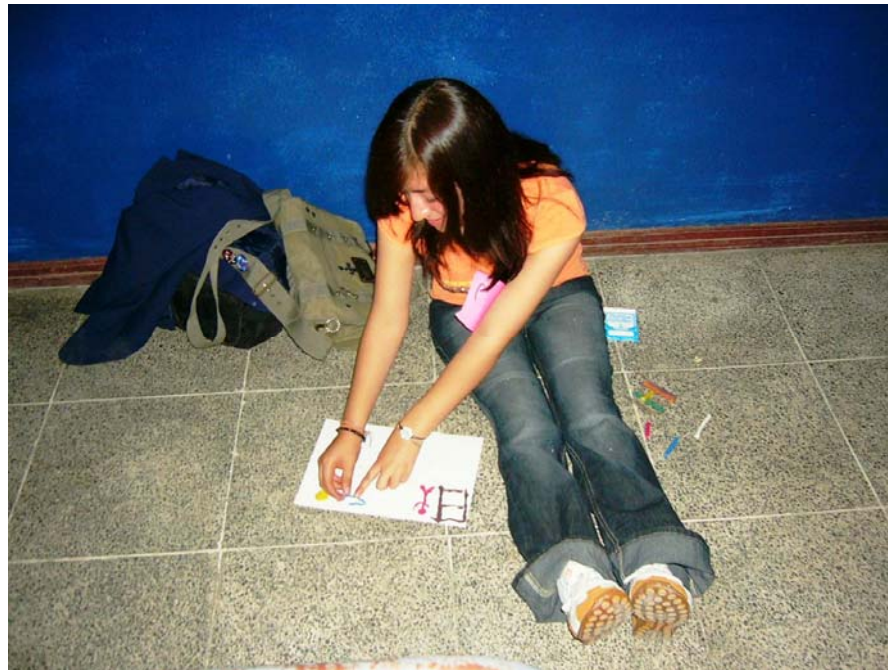


Participantes de los talleres.





Ejercicio dar y recibir para generar confianza.



Dibujo con plastilina, ejercicio para Identificar conflictos.



Las participantes comparten experiencias.



Ejercicio la piedra y la flor (positivo y negativo de sí mismas).



Danza Libre.



Meditación del niño herido.



Escribir una carta.



Definición de metas y prioridades.



Silla caliente.



Cierre de los Talleres.

Nota: hay actividades en las que por lo delicado de la situación no se tomaron fotos.

4.8. RESULTADOS DE LOS TALLERES.

Una vez terminados los talleres se realizó un re - test de los test de Beck y Cassullo con el fin de evaluar los resultados de los talleres; en total asistieron 20 participantes de las cuales las 17 asistieron regularmente y 3 en forma esporádica.

El test se aplicó a 20 participantes y se obtuvieron los siguientes resultados:

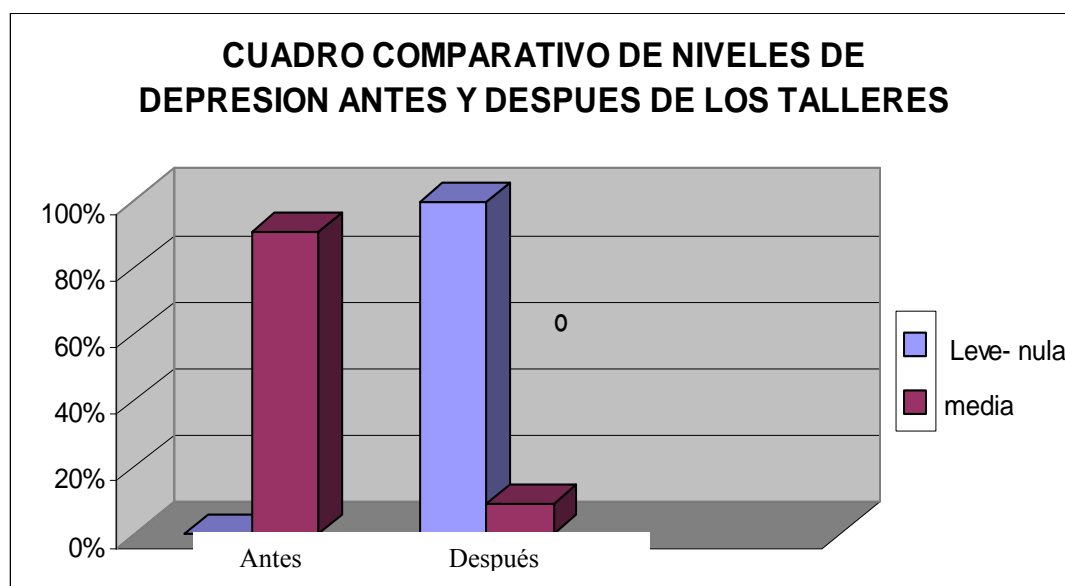
Tabla # 7

NIVELES DE DEPRESIÓN EN LAS ADOLESCENTE DEL COLEGIO TÉCNICO “HERLINDA TORAL” QUE PARTICIPARON EN LOS TALLERES DE PREVENCIÓN DE LA DEPRESIÓN. DICIEMBRE 2007

DEPRESIÓN ANTES DE LOS TALLERES	NUMERO	PORCENTAJE	DEPRESIÓN LUEGO DE LOS TALLERES	NUMERO	PORCENTAJE
Leve - nula	0	0%	Leve - nula	18	90%
Media - moderada	22	100%	Media - moderada	2	10%
Grave	0	0%	Grave	0	0%
TOTAL	22	100%	TOTAL	20	100%

Fuente: Directa retest de los test de depresión Beck y M.M Casullo Colegio Herlinda Toral

Responsables: Cristina Argüello / Isabel Rojas



De acuerdo con los resultados obtenidos podemos ver que 18 personas que representan un 90% de las participantes de los talleres que presentaban niveles medios, redujeron los niveles de depresión, excepto un 10% que corresponde a 2 de las personas en las que los niveles medios de depresión se mantiene, cabe aclarar que estas dos estudiantes no asistieron regularmente a los talleres.

Luego de culminar este capítulo podemos decir que es conveniente aplicar talleres de asesoramiento en adolescentes con riesgo de sufrir depresión mayor, ya que hemos comprobado que arrojan resultados positivos. Nos dimos cuenta además de la importancia de realizar una selección minuciosa de las técnicas a usar, ya que hay que tener claro los objetivos que se desean lograr.

Tomando en cuenta este punto podemos decir que existen talleres y actividades que son claves para asegurar el éxito de los talleres, por ejemplo del taller #1 dependerán en gran medida el resto de talleres, ya que lo que se pretende es fomentar la confianza e integrar al grupo para poder trabajar, de fallar este taller los demás no funcionarán; otro taller que consideramos clave es el taller #4 de autoestima, debido a que es la base de la intervención pues permite identificar y fortalecer características positivas de sí mismas además de explorar y fortalecer vínculos afectivos positivos; de igual manera el taller #6 es de gran importancia porque en este se sintetizaron las experiencias vividas a lo largo de la intervención, además de brindar la posibilidad de empezar una construcción de sí mismas con una proyección al futuro por medio de la utilización del proyecto de vida.

CONCLUSIONES

Una vez culminado este trabajo de investigación llegamos a las siguientes conclusiones:

- ▶ La depresión es una de las enfermedades psicológicas de importancia que aquejan a las adolescentes de entre 11 y 16 años, pero en caso del Colegio Técnico Herlinda Toral afecta más a las adolescentes de entre 12 y 14 años.
- ▶ Un 62% de las estudiantes del Colegio Técnico Herlinda Toral presentan un nivel leve de depresión, un importante 10% una depresión media o moderada y un 2% depresión grave.
- ▶ Vemos que la migración es un factor importante dentro de las posibles causas para la depresión, ya que un 16% de las alumnas que participaron en los talleres de asesoramiento tienen un familiar cercano (padre, madre o hermanos) en el extranjero.
- ▶ Vemos que en las alumnas que presentan niveles medios de depresión un 10% viven solo con el padre, un 45% solo con la madre y el 45% con ambos padres, por otro lado las alumnas identificadas con niveles leves o nulos un 78% viven con ambos padres, un 20% solo con la madre, un 1% solo con el padre y un 1% con otro familiar. Por lo tanto es evidente que la estructura familiar es un factor predisponente para el desarrollo de la depresión.
- ▶ Otros de los factores que contribuyen para el desarrollo de la depresión según la opinión de las adolescentes están: en primer lugar los problemas, falta de comunicación, y mala relación el hogar, luego consideran a las drogas y alcohol, en tercer lugar problemas en el colegio y las malas notas, en cuarto lugar está el maltrato físico y/o psicológico, y en quinto lugar el sentirse discriminadas.

- ▶ Para la intervención se trabajó con el modelo integrativo, el mismo que nos permitió utilizar varias escuelas para adaptar las técnicas de acuerdo a las necesidades de las participantes; comprobando de esta manera que este tipo de psicoterapia es uno de los más apropiados para la intervención psicológica con adolescentes.
- ▶ En los talleres, se vio reflejado que las participantes en un gran número presentan problemas familiares, y migración.
- ▶ Una vez terminado los talleres de asesoramiento, se vio que los niveles de depresión disminuyeron en un 90% de las participantes por lo que podemos dar fe de la efectividad de las intervenciones.
- ▶ Un 10% se mantuvo en un nivel de depresión media, cabe destacar que estas participantes no asistieron regularmente.

RECOMENDACIONES

- ▶ Vemos que para la prevención de la depresión pueden ser utilizados los talleres de asesoramiento, pero consideramos necesario que se realicen en un tiempo y con intervalos de aproximadamente una semana entre uno y otro.
- ▶ Es indispensable establecer un report previo a la realización de los talleres por medio de la historia clínica, con el fin de facilitar el desempeño de las alumnas durante el taller.
- ▶ Es indispensable que las participantes asistan de manera regular a los talleres de asesoramiento para no perder la continuidad de los mismos y garantizar mejores resultados.
- ▶ Creemos conveniente que para la realización de talleres de asesoramiento con adolescente se realice previamente una reunión con los padres de familia con el fin de informarles acerca de las actividades que van a realizar sus hijas/os así como de los horarios programados.
- ▶ Para la realización de talleres de asesoramiento también es necesario disponer de un lugar adecuado, con los instrumentos necesarios como: grabadora, sillas y colchonetas si es necesario.
- ▶ Las adolescentes participantes de los talleres deben tener un seguimiento para reforzar el aprendizaje.

ANEXOS

ANEXO 1

TEST DE DEPRESIÓN DE BECK

1.

1. No me siento triste.
2. Me siento triste.
3. Me siento siempre triste y no puedo salir de mi tristeza.
4. Estoy tan triste y infeliz que no puedo soportarlo.

2.

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

3.

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

4.

1. Obtengo tanta satisfacción de las cosas como la que solía obtener antes.
2. No disfruto de las cosas de la manera en que solía hacerlo.
3. Ya no tengo verdadera satisfacción de nada.
4. Estoy insatisfecho o aburrido de todo.

5.

1. No me siento especialmente culpable.
2. No me siento culpable una buena parte del tiempo.
3. Me siento culpable casi siempre.
4. Me siento culpable siempre.

6.

1. No creo que este siendo castigado.
2. Creo que puedo ser castigado.

3. Espero ser castigado.
4. Creo que estoy siendo castigado.

7.

1. No me siento decepcionado de mí mismo.
2. Me he decepcionado a mí mismo.
3. Estoy disgustado conmigo mismo.
4. Me odio.

8.

1. No creo ser peor que los demás.
2. Me critico por mis debilidades o errores.
3. Me culpo siempre por mis errores.
4. Me culpo de todo lo malo que sucede.

9.

1. No pienso en matarme.
2. Pienso en matarme, pero no lo haría.
3. Me gustaría matarme.
4. Me mataría si tuviera la oportunidad.

10.

1. No lloro más de lo de costumbre.
2. Ahora lloro más de lo que lo solía hacer.
3. Ahora lloro todo el tiempo.
4. Solía poder llorar, pero ahora no puedo llorar aunque quiera

ANEXO 2
ESCALA DE DEPRESIÓN
Adaptación M.M. CASULLO, 1994

Nombre: _____ Apellidos: _____
 Edad: _____ Curso: _____ Lugar de Nacimiento: _____
 Adulto a cargo: _____

Instrucciones: lee con atención la siguiente lista. Marca tu respuesta pensando cuántas veces te has sentido así la semana pasada. Para indicar tu respuesta coloca un círculo alrededor del número que elijas.

Durante la semana pasada	Menos de un día	1-2 días	3-4 días	5-7 días
a. Me molestaron muchas cosas que generalmente no me molestaban.	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 como los demás.	0	1	2	3
e. Tuve problemas para prestar atención a lo que estaba haciendo.	0	1	2	3
f. Me sentí deprimido/a.	0	1	2	3
g. Sentí que todo lo que hacía me costaba esfuerzo.	0	1	2	3
h. Vi el futuro con esperanza.	0	1	2	3
i. Pensé que mi vida era un fracaso.	0	1	2	3
j. Tuve miedo.	0	1	2	3
k. Dormí sin poder descansar.	0	1	2	3
l. Me sentí feliz.	0	1	2	3
m. Hable menos de 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

**ANEXO 3
ENCUESTA**

Nombre: _____ Apellidos: _____
Edad: _____ Curso: _____ Lugar de Nacimiento: _____
Adulto a cargo: _____

Estructura Familiar:

Nombre	Apellido	Relación	Edad	Ocupación	Instrucción

Enfermedades físicas y/o psicológicas de importancia:

¿Tienes algún pariente en el extranjero? Indica quien.

Según tu opinión ¿Cuáles crees que son los problemas que más afectan a los jóvenes y adolescentes en su estado de ánimo? Nombra 4.

¿A quienes acudes cuando tienes problemas graves? Nombra 3 en orden de importancia.

ANEXO 4
HISTORIA CLÍNICA

DATOS DE FILIACIÓN:

Apellidos: _____

Nombres: _____

Fecha de Nacimiento: _____

Edad: _____

Residencia: _____

Procedencia: _____

Instrucción: _____

Ocupación: _____

Estado Civil: _____

Religión: _____

Responsable: _____ Relación: _____

Fuente de información: _____

2.- MOTIVO DE CONSULTA

3. PSICOBIOGRAFIA: (Muertes, Separaciones, Divorcios, Embarazos, Abortos, Mudanzas, Consumo de sustancias, Maltrato) _____

4. Núcleo familiar: (relación con los miembros de la familia, alianzas, miedos)

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

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

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

Sexualidad: (menarquia, cambios en la pubertad, relaciones sexuales, juegos sexuales, experiencias traumáticas, violaciones, abortos, relaciones con el sexo opuesto, información, concepción de la sexualidad, acoso)

Vida laboral: _____

Vida social: _____

Clase socioeconómica: (percepción de la economía familiar, desempleo)

ANTECEDENTES PERSONALES Y FAMILIARES

1. Enfermedad física propia, seria, importante _____

2. Enfermedad física seria de algún hermano/a _____

3. Enfermedad física seria del padre/madre _____

4. Enfermedad física seria de algún amigo/a _____

5. Problemas psicológicos personales importantes _____

6. Enfermedad psíquica de algún hermano/a _____

7. Enfermedad psíquica del padre/ madre _____

8. Enfermedad psíquica de algún pariente _____

9. Enfermedad psíquica de algún amigo/a _____

EXAMEN MENTAL:

BIBLIOGRAFÍA

1. CASSULLO, MARTINA. Adolescentes en Riesgo: identificación y orientación psicológica, Buenos aires, Paidós 2005.
2. BECK AARON, RUSK JOHN, SHAW BRIAN Y EMERY GARY, Terapia cognitiva de la depresión, 15ava edición 2003, , editorial Desclee de Brouwer
3. BECK, AARÓN; et.al; "Terapia Cognitiva de los Trastornos de Personalidad"; Edición Única; Ed. PAIDOS; Barcelona; s/f.
4. COMITÉ ELABORADOR DEL DSMIV; "Manual Diagnóstico y Estadístico de las Enfermedades Mentales".
5. CRAIG GRACE J. Y BAUCUM DON, Desarrollo Psicológico, Octava edición, Pearson educación, Mexico, 2001.
6. RAY, SONDRÁ, *Celebrando la Respiración*, Móstoles (Madrid, España): Neo Person Ediciones, 1977 y 1983.
7. DULANTO, ENRIQUE, La Adolescencia, Asociación Mexicana de Pediatría. Ed. McGraw-Hill Interamericana. México, 2000.
8. HURLOCK, ELIZABETH B., Psicología de la adolescencia, tercera edición, Editorial Paidos, Buenos Aires.
9. DR. BALAREZO LUCIO, bases teóricas del modelo Integrativo, Maestría en Psicoterapia Integrativa, 2005.
10. DRA MANCHENO SYLVIA, la conducción de la relación terapéutica y comunicación, Maestría en Psicoterapia Integrativa,
11. FERNÁNDEZ ÁLVAREZ HÉCTOR Y OPAZO ROBERTO. Psicoterapia integrativa y desarrollo personal. En la integración en psicoterapia, Paidós, Barcelona, 2005.
12. GAWAIN, S (1986) Visualización Creativa, Buenos Aires: Ed, Letheia.
13. BRADSHAW JOHN, Volver a casa, Recuperación y reivindicación del niño interno, editorial Los libros del comienzo, 1994, España.
14. FERNÁNDEZ HÉCTOR, Fundamentos de un modelo cognitivo, 2005
15. TARPY ROGER M., Aprendizaje: *teoría e investigación contemporáneas*.(2003) McGraw Hill.

16. MACHARGO JULIO, ALONSO ESPERANZA, QUINTANA RAFAELA, ROJAS MARGARITA, SANTANA ANDRÉS Y SANTANA MARTHA, programa de actividades para el desarrollo de la autoestima, editorial P.A.D.A.
17. DR. WAYNER W. DYER, DR. JOHN VRIEND, Técnicas efectivas de asesoramiento psicológico, primera edición, ediciones Grijalbo.
18. ARIAS DIANA Y VARGAS CLAUDIA, La Creación Artística como Terapia , RBA Libros, S.A 2003
19. LIC. MARÍA TERESA BERTOLAMI. Universidad Nacional de Mar del Plata. Facultad de psicología. Trabajo de investigación correspondiente al requisito curricular según plan de estudios O. C. S. N°143/89. Cátedra de radicación: Desarrollos del psicoanálisis. 6 de septiembre de 2007.
20. DR. JUAN SEBASTIÁN ROSERO, Proyecto de vida, basado en el inventario moral de la Guía de los 12 pasos de Narcóticos Anónimos.
21. KAPLAN H, SADOCK B: Terapia de grupo. Médica Panamericana, Madrid, 1998
22. BENJAMIN W. VAN VOORHEES, MD, MPH, Assistant Professor of Medicine, Pediatrics and Psychiatry, The University of Chicago, Chicago, IL. Review provided by VeriMed Healthcare Network. Traducción y localización realizada por: DrTango, Inc. <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/001518.htm>, septiembre 2007.
23. DR. C. GEORGE BOEREE, *Neurotransmisores* Departamento de Psicología Universidad de Shippensburg, <http://www.psicologiaonline.com/ebooks/general/neurotransmisores.htm>, septiembre 2007
24. LIC. MARÍA TERESA BERTOLAMI. Cátedra de Radicación: Desarrollos del Psicoanálisis Universidad Nacional de Mar del Plata. Facultad de psicología. Trabajo de investigación correspondiente al requisito curricular según plan de estudios O. C. S. N°143/89. 6 de septiembre de 2007.
25. OMS (Organización Mundial de la Salud), Traducción de la Universidad de Salamanca,

<http://www.un.org/spanish/Depts/dpi/boletin/mujer/genderwomen.html>
Naciones Unidas 2005

26. ISABEL MENÉNDEZ BENAVENTE, psicóloga.
<http://www.psicologoinfantil.com/articuloadolescencia.htm>.
ADOLESCENCIA: La crisis necesaria, octubre 2007.
27. BARRAL CEJAS MARÍA CRISTINA,
<http://www.enplenitud.com/cursos/terapiavibracional.asp>, octubre 2007
28. OBRADORS MATILDE, PSICÓLOGA. Doctora por la Universidad Pompeu Fabra. Profesora, <http://www.emagister.com/terapia-artistica-espejo-como-proyeccion-del-universo-personal-cursos-1109421.htm>Septiembre 2007.