



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

**PROPUESTA DE UN TALLER DE PREVENCIÓN Y
DETECCIÓN DE LA DISTIMIA EN ADOLESCENTES
DIRIGIDO A PADRES DE FAMILIA.**

T E S I N A

**QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE
LICENCIADA EN PSICOLOGÍA**

P R E S E N T A:

BRENDA GUADALUPE NAVARRO OVANDO

DIRECTORA DE LA TESINA:

MTRA. LAURA ÁNGELA SOMARRIBA ROCHA



Ciudad Universitaria, D.F.

Noviembre, 2011



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

AGRADECIMIENTOS

Gracias a Dios: Por dejar que mirara de cerca la vida, ser capaz de disfrutarla y tener la virtud de agradecer siempre, por darme mucha fe y por bendecirme siempre.

A Madeli Ovando Chirino : Porque estás en mi vida enseñándome todo lo que sé, por acompañarme hasta aquí y no dejar que me venciera, por amarme y cuidarme toda mi vida, por ser la mujer que más admiro y amo, gracias Mamá.

A Leonel Navarro Ochoa: Por ser quien eres, por jamás dejarme, por apoyar cada paso en mi vida, por ser un hombre ejemplar, por tus cuidados y amor hacia mí siempre, sin importar nada, gracias Papá te amo mucho.

A Adriana Navarro Ovando: gracias por acompañarme en esta vida, gracias por enseñarme que todos tenemos errores, por compartir, por mirarte y mirarme muchas veces a mí misma, por quererme y apoyarme siempre a tu manera, gracias hermana, te amo mucho

A Leonel Navarro Ovando: a mi cómplice y hermano de vida, gracias por acompañarme en este camino nada sencillo, por entender siempre mi individualidad, y así quererme, por escucharme y estar siempre ahí, por ser mi mejor amigo. Te admiro y amo mucho hermano.

A Alicia Chirino Jimeno: A ti te doy muchas gracias por haberme enseñado tanto, te amo y extraño todos los días y sé que estás aquí de alguna u otra forma alegrándote y festejando mis triunfos, Gracias Abuela.

A mis amigos y colegas: a quienes respeto, admiro y quiero profundamente ya que con su compañía y ánimo hicieron que jamás desistiera en la búsqueda del término de éste y todos los ciclos en los que me han acompañado, no siempre es fácil pero siempre es mejor tenerlos acompañándome. Gracias.

A mis maestros: que sin su presencia y conocimiento jamás hubiera llegado hasta aquí, son ustedes invaluable en mi proceso de aprendizaje, que además con toda su experiencia hacen que mi admiración y respeto hacia ustedes crezca cada día más, ¡Gracias!

A la maestra Laura Angela Somarriba Rocha: por su paciencia, apoyo y dedicación prestada a este trabajo, Gracias.

INDICE

	Pág.
RESÚMEN	1
INTRODUCCIÓN	2
CAPITULO 1. TRASTORNO DISTIMICO Y DEPRESIÓN	5
1.1 Epidemiología	5
1.2 Que es la distimia	7
1.3 Qué es la depresión	13
1.4 Diferencias entre depresión y distimia	16
1.5 Abordajes Psicológicos de la distimia	16
CAPITULO 2. ADOLESCENCIA	23
2.1 Características Generales	23
2.2 Desarrollo Físico	23
2.3 Desarrollo Cognoscitivo	27
2.4 Desarrollo Psicológico	31
2.5 Desarrollo Moral	32
2.6 Desarrollo Psicosocial	35

CAPITULO 3. FAMILIA	43
3.1 Concepto de Familia	43
3.2 Tipos de Familia	44
3.3 Ciclo vital	48
3.4 Factores que determinan la vida en familia del adolescente	50
3.4.1 Jerarquías	50
3.4.2. Alianzas	50
3.4.3 Limites	51
3.4.4Comunicación Interpersonal	52
3.4.5 Flexibilidad	52
3.4.6 Dificultades en las relaciones Familiares	52
3.4.7 Distimia y Familia	54
PROPUESTA DE UN TALLER DE PREVENCIÓN Y DETECCIÓN DE LA DISTIMIA EN LOS ADOLESCENTES DIRIGIDO A PADRES	55
CONCLUSIONES	68
REFERENCIAS	70
ANEXOS	73

RESUMEN

El Trastorno Distímico, antiguamente conocido como: Neurosis Depresiva describe como característica esencial un estado de ánimo crónicamente depresivo que está presente en la mayor parte del día y en la mayoría de los días durante al menos 2 años. Los sujetos con trastorno distímico describen su estado de ánimo como triste o desanimado. En los niños y adolescentes el estado de ánimo puede ser irritable más que depresivo.

La palabra "depresión" se ha hecho tan familiar y cotidiana en nuestros días que a menudo se utiliza para referirse a una amplia y variada gama de estados emocionales en los que hay una clara baja en el estado de ánimo. La tristeza, el decaimiento, la frustración, e incluso el agotamiento físico o la enfermedad suelen hacer sentir así, y con frecuencia se utiliza la expresión "estar deprimido" para describir este tipo de estados anímicos; la depresión, además ejerce un impacto sobre los estratos sociales más inmediatos al individuo, su familia, sus amistades y su ámbito laboral.

La Encuesta de Salud Mental Adolescente (2005) indica que el Trastorno Distímico se ha presentado con más incidencia en las mujeres adolescentes que en los hombres y que el riesgo de suicidio en la ciudad de México, por lo menos para el año 2005 se ha incrementado de una forma considerable.

Palabras clave: Trastorno Distímico, familia y adolescencia

INTRODUCCIÓN

El Trastorno Distímico, antiguamente conocido como: Neurosis Depresiva describe como característica esencial del trastorno, un estado de ánimo crónicamente depresivo que está presente en la mayor parte del día y en la mayoría de los días durante al menos 2 años. Los sujetos con Trastorno Distímico describen su estado de ánimo como triste o desanimado. En los niños y adolescentes el estado de ánimo puede ser irritable más que depresivo.

La palabra "depresión" se ha hecho cotidiana en nuestros días ya que a menudo la utiliza para referirse a una amplia y variada gama de estados emocionales, en los que se presenta un en el estado de ánimo "triste". La tristeza, el decaimiento, la frustración, e incluso el agotamiento físico o la enfermedad suelen hacer sentir así a los pacientes, y con frecuencia utilizan la expresión "estar deprimido" para describir este tipo de estados anímicos; la depresión, además ejerce un impacto sobre los estratos sociales más inmediatos al individuo, su familia, sus amistades y su ámbito laboral.

La Encuesta de Salud Mental Adolescente (2005) indica que el Trastorno Distímico se ha presentado con más incidencia en las mujeres adolescentes que en los hombres y que el riesgo de suicidio en la ciudad de México, por lo menos para el año 2005 se ha incrementado de una forma considerable

Aunque por mucho tiempo se consideraba que la depresión no existía en niños y que era normativa en la adolescencia, en los últimos 30 años se empezó a reconocer la depresión mayor como un trastorno que también padecen los niños y adolescentes. Debido a la mayor comorbilidad y mayor agrupación familiar de la depresión en los individuos en quienes ésta se inicia tempranamente, se considera la posibilidad de que aquella que se inicia en la infancia o la adolescencia sea una forma más severa del trastorno Harrington y col;(1986)

Es importante estudiar la depresión en la infancia y la adolescencia no sólo por el sufrimiento que representa para los jóvenes, sino también por las implicaciones que pueda tener para el funcionamiento en la vida adulta. Ya que el tener un episodio depresivo o el presentar rasgos depresivos puede definir la formación académica, el inicio de la vida profesional u ocupacional, el comienzo de la vida sexual y la elección de pareja; tiene consecuencias a largo plazo en muchos ámbitos de la vida, mucho más allá del ámbito de la salud.

Kandel y Davies (1986) sugieren que a las personas que padecen depresión en la infancia o la adolescencia se observan con cierta vulnerabilidad, la cual implica una vida adulta con menos amistades, menos redes de apoyo, mayor estrés y menor alcance educacional, ocupacional y económico

Para hablar del comportamiento del ser humano, es importante hacer referencia a la sociedad y de los cambios que se dan a través del tiempo y que incide de manera directa en los cambios comportamentales de las personas, por lo que es imprescindible hablar de la familia como institución favorecedora de cambios sociales.

Por otro lado, los adolescentes y los cambios que experimenta en todos niveles, los ubica como una población más susceptible a este tipo de trastornos, es por ello que en este trabajo se propone un taller informativo el cual se pretende que sirva como referencia para entender un poco más acerca de este trastorno y en ese sentido fomentar factores protectores en la familia.

En el capítulo 1, se habla acerca de las definiciones del trastorno distímico, la prevalencia y las diferencias que se encuentran en dicho trastorno, así como la definición de la depresión para tener una idea más concreta del trastorno y poder diferenciarla de otros padecimientos.

En el capítulo 2, abordamos el desarrollo normal del adolescente, ya que es necesario conocer cuáles son las actitudes o conductas que se esperarían y compararlo con las conductas distímicas que son un punto muy importante para la presentación de este trabajo.

En el capítulo 3, hablaremos acerca de la conformación familiar del adolescente, así como de los factores de riesgo y protección asociados a la aparición del Trastorno Distímico.

Finalmente en el capítulo 4, se plantea la propuesta de un taller preventivo del trastorno distímico, dirigido a padres de familia de adolescentes.

CAPITULO 1

TRASTORNO DISTIMICO Y DEPRESIÓN

1.1 EPIDEMIOLOGÍA

Los trastornos depresivos tienen una alta prevalencia en el mundo actual. Dentro de ellos el Trastorno Distímico es uno de los más frecuentes, además de ser los de mayor prevalencia en nuestros tiempos. Si bien la distimia es un trastorno leve en relación a los otros cuadros afectivos, sus características afectan la calidad de vida en forma crónica de quienes la padecen Akiskal, (1983)

El Trastorno Distímico es un trastorno común entre la población general, afecta 3 a un 5% de todas las personas. La distimia, a semejanza de las depresiones mayores, también se presenta con mayor frecuencia en mujeres que en varones. La edad de inicio de la distimia suele ser temprana, en muchas ocasiones antes de los 21 años de edad, y la prevalencia va aumentando progresivamente.

La prevalencia de Trastorno Distímico es aproximadamente 2% en niños y 4% en adolescentes con una relación hombre: mujer 1:1 durante la niñez y 1:2 durante la infancia.

La historia de maltrato físico se asocia significativamente con la presencia de depresión sólo en las mujeres. Esta información, sugiere que el maltrato físico puede contribuir al desarrollo de trastornos afectivos tales como la el Trastorno Distímico y la Depresión mayor en la población femenina. MacMillan;(2001)

Entre las posibles causas de la aparición de algún Trastorno Depresivo en los adolescentes se encuentran los factores biológicos, los psicológicos y los ambientales (Revista Salud Mental 2004)

Aproximadamente el 70% de los jóvenes con Trastorno Distímico también presentan un Trastorno Depresivo Doble, el 50% tiene otro trastorno psiquiátrico preexistente incluyendo los Trastornos ansiosos, Trastornos de conducta, Trastorno por Déficit de Atención y enuresis o encopresis Parmelee; (2005)

En México también se ha observado este incremento en las ciudades con más habitantes como el Distrito Federal, Guadalajara y Monterrey, donde se registran una prevalencia más alta de los trastornos afectivos como la depresión grave, la distimia y el trastorno bipolar o maniaco depresivo en 10.4%. Le siguen los estados del norte del país como Chihuahua, Durango, Nuevo León y Tamaulipas con 9%, mientras que los del sureste: Chiapas, Quintana Roo y Yucatán presenta 5.7% (Huerta -Franco, 2000).

Para hablar específicamente de la distimia es necesario hablar de depresión ya que debe hacerse una diferencia clara pues aunque comparten síntomas, la intensidad y duración podrían darnos la clave para un diagnóstico más certero.

1.2 ¿QUÉ ES LA DISTIMIA?

La Distimia es un trastorno crónico (sigue un curso prolongado de muchos años, sin tratamiento puede perdurar toda la vida), que se caracteriza por la presencia de humor deprimido (o irritable en niños y adolescentes), un abatimiento prolongado del estado de ánimo en que el sujeto distímico se describe a sí mismo como "triste" o "desanimado", perdiendo el interés por las cosas y viéndose a menudo como inútil y poco interesante. Posee síntomas persistentes o intermitentes, de intensidad más leve en comparación a la depresión mayor, que se mantienen durante la mayor parte del día y está presente casi todos los días; hay personas que han estado así prácticamente toda su vida. Algunos autores hablan de "personalidad depresiva" en estos casos. Muchas personas con distimia llegan a creer que "ellas son así", y no identifican la distimia como una condición patológica, sino como un estado normal de su forma de ser (Akiskal 1983)

Akistal (1983) la define como mal humor y se caracteriza porque el individuo está habitualmente "triste, introvertido, melancólico, excesivamente consiente, incapaz de experimentar alegría y preocupado por su insuficiencia personal. El término "distimia" significa enfermedad del humor, implica una disforia temperamental, o sea, una tendencia innata a experimentar el humor deprimido. Por el contrario "neurosis depresiva" implica un patrón de pensamiento y conducta desadaptativo y repetitivo que desemboca en una depresión. A los pacientes de este segundo grupo se les describe a menudo como personas ansiosas, obsesivas, y proclives a la somatización. La "depresión caracteriológica" (Akiskal, 2001) implica un ánimo disfórico que es inherente al carácter del individuo. La "depresión hipocondríaca" implica una patología compuesta por múltiples quejas somáticas; en el DSM IV-TR, los pacientes que presentan tales quejas se clasifican mejor en la categoría de trastornos de somatización.

Nadie sabe con seguridad qué causa la distimia. Puede estar relacionada con cambios en el cerebro que involucran una sustancia química llamada serotonina. La serotonina le ayuda a su cerebro a manejar las emociones y a hacer juicios. La

edad, las enfermedades médicas crónicas, desastres naturales, y familias caóticas o desorganizadas se señalan como factores de riesgo para padecer el trastorno.

El Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM IV-TR nos proporciona descripciones claras de las categorías diagnósticas, se agrega ésta descripción con el fin de que los clínicos y los investigadores de las ciencias de la salud puedan concluir en una lista de criterios homogénea como a continuación se describe:

Criterios para el diagnóstico de F34.1 Trastorno Distimico [300.4] Tabla (2)

<p>A. Estado de ánimo crónicamente depresivo la mayor parte del día de la mayoría de los días, manifestado por el sujeto u observado de los demás durante al menos 2 años Nota: En los niños y adolescentes el estado de ánimo puede ser irritable y la duración debe ser de al menos 1 año</p>
<p>B. Presencia mientras está deprimido de dos (o más) de los siguientes síntomas:</p> <ul style="list-style-type: none">(1) Pérdida o aumento de apetito(2) Insomnio o hipersomnia(3) Falta de energía o fatiga(4) Baja autoestima(5) Dificultades para concentrarse o tomar decisiones(6) Sentimientos de desesperanza
<p>C. Durante el periodo de 2 años (1 año en niños y adolescentes) de la alteración, el sujeto no ha estado sin síntomas de los criterios A y B durante mas de 2 meses seguidos</p>
<p>D. No ha habido ningún episodio depresivo mayor durante los primeros 2 años de la alteración (1 año para niños y adolescentes) (por ejemplo, la alteración no</p>

<p>se explica mejor por la presencia de un trastorno depresivo mayor en remisión parcial)</p>
<p>Nota: Antes de la aparición del episodio distímico pudo haber un episodio depresivo mayor previo que ha remitido totalmente (ningún signo o síntoma significativas durante 2 años) (1 año en niños y adolescentes) de trastorno distímico puede haber episodios de trastorno depresivo mayor superpuestos en cuyo caso cabe realizar ambos diagnósticos si se cumplen los criterios para un episodio depresivo mayor.</p>
<p>E. Nunca ha habido un episodio maniaco, un episodio mixto o un episodio hipomaniaco y nunca se han cumplido los criterios para el trastorno ciclotímico</p>
<p>F. La alteración no aparece exclusivamente en el transcurso de un trastorno psicótico crónico como son la esquizofrenia o el trastorno delirante</p>
<p>G. Los síntomas no son debidos a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p.ej, una droga, un medicamento) o a enfermedad médica (p.ej., hipotiroidismo)</p>
<p>H. Los síntomas causan un malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo</p> <p>Especificar si</p> <p>Inicio temprano, si el inicio es antes de los 21 años</p> <p>Inicio tardío: si el inicio se produce a los 21 años o con posterioridad</p> <p>Especificar (para los últimos 2 años del trastorno distímico)</p>

*Tomado de DSM-IV-TR

Por otra parte, Moral de la Rubia (2001) propone dos tipos de Trastorno Distímico: el esporádico, con un 85% de los casos, en el que el paciente tiene más días deprimidos que no, no hay eutimia sostenida de más de 2 meses, ni tampoco se

dan síntomas depresivos durante 2 semanas o más. Son pacientes cuyo estado de ánimo cambia de deprimido a normal de forma esporádica. El otro tipo de distimia es menos frecuente: más crónico, con síntomas depresivos todos los días, pero sin ser una depresión mayor.

Ledesma y Melero, (1989) nos hablan de que en el sujeto depresivo, existen manifestaciones emocionales, expresadas principalmente por tristeza patológica, ansiedad y periodos de irritabilidad y mal humor es en el trastorno distimico donde se observan estos rasgos en un periodo de tiempo más largo.

Todas estas manifestaciones del enfermo con depresión pueden proporcionar una idea clara de la alteración de su vida y de su incapacidad por controlar por sí solo, un trastorno afectivo que provoca un impacto importante en las funciones vitales del individuo. Además de tener el riesgo de intensificar el pensamiento depresivo, a través de la creación de pensamientos nuevos de desvalorización, inutilidad y poca autoeficacia, aumentando el riesgo de enfatizar ideas suicidas o el suicidio mismo.

La forma de razonar en la cognición del paciente distimico posee una forma especial, según esto, la característica más clara sería que no están basados en la lógica, es decir; como si existiese un impedimento de utilizar los datos tanto actuales como los ya almacenados en la memoria, de forma sensata, racional o científica. Estos razonamientos erróneos, por así llamarlos, focalizan principalmente lo negativo, la atención se encuentra dirigida a aspectos poco positivos o inadecuados que magnifican los sucesos diarios, reforzando éstas ideas; o bien desvalorizándose a sí mismo, sosteniendo creencias de inferioridad, centrándose en los defectos, problemas e inhabilidades que por la naturaleza de la condición humana, la mayoría de los individuos poseemos, minimizando en consecuencia las cualidades positivas, habilidades, aciertos y valores.

Suelen categorizar de manera extremista y dramática, sus pensamientos en todo ó nada; es decir sus evaluaciones son radicales, inclinándose en la focalización de lo negativo, pues su margen de error es nulo y este filtro mental deja muy pocas oportunidades de juzgar positivamente la realidad. (Ledesma y Melero 1989)

El generalizar el razonamiento, consiste en concluir de manera general a partir de sucesos o detalles específicos y concretos. Aplicándose continuamente al desempeño personal, a los actos de los demás y a como fluye el mundo y se visualiza el futuro.

Es común que saquen conclusiones sin datos válidos ó a partir de información errónea, incluso de manera auto-agresiva. Haciendo alusión a que sus creencias no sólo son reales, sino en contra de sí mismo, y todo esto sin sustento real que las avale. Existe por último para Akiskal (1983), un razonamiento exigente acerca de hacer cosas que muy probablemente en su condición distímica, no le sean posibles, utilizando de manera excesiva expresiones de “debería” y/o “tengo que”, perturbándose con la manera de actuar pasada, como si hubiesen tenido oportunidad de hacer algo diferente. De esta manera, los imperativos morales también se aplican a cuestionamientos de la vida y de las actitudes de los demás.

Los pensamientos depresivos aparte de que no están basados en evidencia real, es muy probable que generen emociones de tristeza profunda y desesperación, tornándolo improductivo e incluso generando enajenamiento en cuanto a las redes sociales, familiares y/o laborales, lo que devendría en el asilamiento o la soledad, agravando el estado emocional y reforzando la idea de que éstos pensamientos son verdaderos y absolutos, situándolos en conclusiones extremistas, dicotómicas o catastróficas.

I y N. Marmorstein (1983) confirma que en la cuestión física la distimia como ya se ha mencionado, provoca alteraciones propias en el individuo que la presenta y éste a su vez, sufre alteraciones en las esferas sociales y familiares, ya que no

sólo su pensamiento se encuentra sumido en razonamientos catastróficos y dramáticos del entorno que le rodea, sino también sus conductas están regidas por éstos, lo que aleja al paciente de todo aquello que probablemente le generaba una sensación satisfactoria, haciendo evidente un aislamiento y retraimiento de él para con sus redes de apoyo directas, es decir; su familia y amigos, así como de sus labores cotidianas o necesarias para su interacción social, como lo es a nivel laboral, lo cual repercute directamente en su estabilidad económica, así como el sentido de productividad y de participación generadora, se ven profundamente disminuidas.

Finalmente, en la descripción de signos y síntomas del Trastorno Distímico Phillips Swanson (2010) es importante mencionar algunos signos de alarma los cuáles son:

- 1) Estado de ánimo triste
- 2) Llanto inmotivado
- 3) Desesperanza
- 4) Disminución de sus actividades habituales
- 5) Aburrimiento persistente
- 6) Baja energía
- 7) Aislamiento social
- 8) Baja autoestima y culpa
- 9) Extrema sensibilidad al rechazo
- 10) Irritabilidad permanente, hostilidad
- 11) Dificultad para establecer relaciones
- 12) Ausencia escolar
- 13) Baja concentración
- 14) Acciones autoagresivas

1.3 QUE ES LA DEPRESIÓN

La depresión es un trastorno del estado de ánimo que afecta a la paciente física y anímicamente y se refleja en su manera de pensar. Puede también afectar o interrumpir la alimentación o el sueño. No es lo mismo que sentir tristeza o estar "decaído", ni tampoco es indicio de debilidad personal ni constituye un trastorno que pueda disiparse o modificarse a voluntad. Los adolescentes que sufren una enfermedad depresiva no pueden simplemente "controlarse" y reponerse. Con frecuencia es necesario el tratamiento y, muchas veces, es decisivo para la recuperación. (De la Fuente R y Campillo 2000)

En México, la encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica (ENEP) proporcionó las primeras estimaciones nacionales de la prevalencia de los trastornos mentales.

Se estima que 8.4% de la población ha sufrido, según los criterios del DSM-IV-TR un episodio de depresión mayor alguna vez en la vida con una mediana de edad de inicio de 24 años

Estas edades tempranas de inicio implican muchos años de sufrimiento y interrupciones en diferentes ámbitos de la vida como la educación y el empleo y al escoger pareja. Algunos estudios en otros países sugieren que la edad de inicio para la depresión mayor está disminuyendo en cohortes recientes. Benjet y col (2004)

Particularmente importante es estudiar la depresión en la infancia y la adolescencia no sólo por el sufrimiento que representa para los jóvenes, sino también por las implicaciones que pueda tener para el funcionamiento en la vida adulta. El tener un episodio de depresión durante una etapa que sobresale por definir la formación académica, el inicio de la vida profesional u ocupacional, el comienzo de la vida sexual y la elección de pareja tiene consecuencias a largo plazo en muchos ámbitos de la vida, mucho más allá del ámbito de la salud.

Kandel y Davies sugieren que a las personas que padecen depresión en la infancia o la adolescencia les queda una vulnerabilidad, la cual implica una vida adulta con menos amistades. Menos redes de apoyo, mayor estrés y menor alcance educacional, ocupacional y económico.

Si bien este trastorno puede presentarse a cualquier edad y en diversas intensidades, se reconocen como los principales tipos los siguientes:

Endógena

Se presenta cuando el cerebro no produce en forma natural neurotransmisora, es decir, sustancias que regulan el estado de ánimo y las sensaciones de bienestar y placer, como serotonina y dopamina.

Exógena

También llamada reactiva, se manifiesta como respuesta a eventos emocionales, como desempleo, fallecimiento de algún familiar, decepción amorosa, fuertes problemas económicos, estrés excesivo o al recibir una noticia como padecer una enfermedad mortal. Si bien la mayoría de las personas se adapta a esta circunstancia y acepta las consecuencias, algunas no logran ajustarse a esta nueva situación y desarrollan lo que se conoce como trastorno de adaptación.

Somatógena

Surge como efecto secundario a la administración de algunos medicamentos, como los fármacos utilizados para controlar la presión arterial, somníferos (inducen el sueño) y ocasionalmente anticonceptivos; también se presenta por diversos problemas de salud, como enfermedades cardíacas, infarto cerebral, diabetes, afección en glándula tiroides, anorexia y bulimia, anemia, cáncer o mal de Alzheimer, entre otras. (De la Fuente y Campillo, 2000)

Los abordajes genéticos-hereditarios y anatomofuncionales señalan que:

Aspectos genéticos-hereditarios de la depresión

Como primer antecedente se plantea que las tasas de mortalidad por depresión en parientes de primer grado de pacientes con trastornos depresivos son mayores que la población en general. Los estudios en gemelos univitelinos entregan fundamento a la hipótesis hereditaria, en ellos la concordancia sería sobre el 50% Retamal; (2005)

Aspectos anatomofuncionales

Desde la neuropatología, se ha observado que las lesiones excitatorias del hemisferio no-dominante se asocian con síntomas depresivos. Por otra parte lesiones de áreas corticales o subcorticales frontales anteriores izquierdas se asocian con depresiones secundarias como la el Trastorno Distímico. (Curivil, 2007)

En los estudios de neuroimágenes estructurales y funcionales del cerebro coinciden en señalar un eventual compromiso de los ganglios basales, el sistema límbico, la corteza frontal y los lóbulos frontales en la etiopatogenia de los trastornos del estado de ánimo.

Por otro lado, el Hipocampo estaría ligado a los síntomas somáticos y cognitivos de la depresión, se plantea que los eventos estresantes de la niñez generarían un efecto neurotóxico en esta estructura, que finalmente conduciría a una pérdida de células nerviosas. (Retamal, 2005)

1.4 DIFERENCIAS ENTRE DEPRESIÓN Y DISTIMIA

La distimia tiene síntomas menos graves que la depresión mayor. La distimia produce una alteración de leve a moderada del comportamiento social/ocupacional. En la distimia son menos frecuentes los síntomas vegetativos o somáticos (insomnio, trastorno del apetito, síntomas psicomotores) y más frecuentes los síntomas cognitivos y socioemocionales (aislamiento social, irritabilidad, pérdida de interés o placer, trastornos de la memoria y de la concentración, pesimismo y baja autoestima)

La diferencia fundamental con los trastornos depresivos mayores y la distimia estriba en que los segundos muestran una sintomatología menos grave en cuanto al tiempo sostenido de los síntomas y rara vez se requiere hospitalización

El diagnóstico de distimia requiere solo tres de los nueve síntomas listados en los criterios diagnósticos y deben estar presentes por lo menos 2 años. (1 para niños y adolescentes).

1.5 ABORDAJES PSICOLÓGICOS DE LA DISTIMIA

TEORIA PSICODINÁMICA

Para Freud, la causa de muchas depresiones es psicológica. Considera el estado de ánimo depresivo como una forma de adaptación, que funciona como mecanismo de defensa. Él y sus seguidores formularon el concepto de la depresión como una manifestación de hostilidad contra la persona amada a la que se perdió en la infancia. Existe una reacción de odio contra el objeto de amor perdido, por haber desaparecido. Este odio a la persona amada provoca excesivos sentimientos de culpa y, para defenderse contra esta culpa, el individuo revierte contra sí mismo los sentimientos de odio (Vallejo-Nágera, 2005).

Todos los individuos tienen representaciones mentales de quienes son importantes en su vida, incluidos ellos mismos. Asimismo, además de la

representación de quienes somos, existe el yo ideal que es la imagen mental de lo que quisiéramos ser. De esta forma, el grado en la autoimagen corresponde con el yo ideal, contribuye y constituye parte del amor propio. Proceso por el cual se encuentra el adolescente; así la disminución en la confianza y la autoestima son síntomas importantes de la depresión

Según el psicoanálisis la autoestima de la mayoría de los individuos que son propensos a sufrir una depresión, se basa en una aportación continua de cariño, respeto y aprobación por parte de las personas importantes en sus vidas. De esta forma, el distanciamiento o ruptura de una relación con estas personas crea una amenaza para la fuente de abastecimiento narcisista del cariño y la satisfacción de dependencia del paciente. Esto tiene consecuencias en la autoestima y, por lo tanto, puede inducir a una depresión; más aún cuando se habla del adolescente y los cambios en cuanto a personalidad se refiere. (Mackinnon, Michels, 1971).

TEORIA PSICOSOCIAL

Se han investigado muchas de las relaciones que existen entre la cultura y la depresión. Algunos de los hallazgos encontrados explican que en todas las culturas existe la depresión y todas las personas se encuentran en riesgo, sin embargo, la depresión puede variar de cultura a cultura (Chen, Rubin y Li, 1995, citados por Comer 2001).

Se ha mostrado que el estrés social incrementa el riesgo de sufrir una depresión (Bennett, 2003). Muchos teóricos socioculturales proponen que la depresión está influenciada por la estructura social en la cual la persona vive. Creen que existen lazos entre la depresión y ciertos factores como la cultura, la raza y el apoyo social (Comer, 2001).

Díaz, Torres y cols. (2006) afirman que la separación matrimonial, el estatus de divorciado, la pertenencia a clases inferiores, la inadecuada situación económica,

la inestabilidad laboral, el vivir aislado, las dificultades laborales o familiares, entre otras, constituyen las causas sociales para la aparición del trastorno depresivo mayor.

Un tema muy importante en la vida es la búsqueda de identidad formada por metas, valores y creencias, y así poder conformar una persona sólida y comprometida, (Papalia, 2005) procesos por los cuáles el adolescente atraviesa, y es fundamental observar y analizar las formas en las que el sujeto se adapta al medio.

TEORIA CONDUCTISTA

Las teorías conductistas de la depresión se basan en el condicionamiento operante. Lewinsohn y cols. (1979) sugieren que la depresión es el resultado de un bajo reforzamiento positivo (Bennett, 2003). Los conductistas creen que la depresión es el resultado de cambios en las recompensas y castigos que la gente recibe en sus vidas y que la forma de ayudarlos es construyendo patrones más favorables de reforzamiento. Específicamente la mayoría de los teóricos del aprendizaje han visto como una función de la poca frecuencia del reforzamiento social que incluye dinero, prestigio y amor (Sarason y Sarason, 1975).

Por otra parte Seligman formuló la hipótesis de que algo de la depresión en los humanos es en realidad un estado de indefensión aprendida. La gente deprimida piensa que no tiene control sobre lo que les rodea y, por lo tanto, soporta con pasividad los problemas que en realidad tienen solución, pues cree habitualmente que no tiene otra alternativa (Sarason y Sarason, 1975)

TEORIA COGNITIVO CONDUCTUAL

Desde un enfoque conductual, debemos destacar el papel jugado por la pérdida de reforzadores asociado a la pérdida de la persona o eventos crónicos que

producen la incapacidad del sujeto para generar nuevas fuentes de relaciones gratificantes tras sufrir de un estrés crónico, debido a un déficit en sus habilidades sociales.

Simultáneamente desde un abordaje cognitivo, debemos hacer hincapié en el papel jugado por los significados personales implícitos en la pérdida o en eventos crónicos; el sujeto se siente indefenso por la atribución realizada a su propia incapacidad de manejar la situación. Beck (1979) destaca el papel de la visión negativa del paciente depresivo de su situación, de sí mismo y de su futuro, constituyendo esto lo que Beck llama la tríada cognitiva negativa, el papel de las distorsiones del pensamiento en el sujeto depresivo y los significados personales disfuncionales que se activan en la depresión. Todo esto asociado a un déficit en el autocontrol del sujeto, manifiesto en tres planos: en la auto observación, distorsiona su experiencia; en su autoevaluación, se valora en función de sus errores más que en sus aciertos y en el autorrefuerzo, es poca la gratificación que se hace por sus logros.

Desde la perspectiva cognitivo conductual existe un método que ayuda en la modificación de ideas irracionales que es el método A-B-C-D (Tabla (3))

MÉTODO A-B-C-D

Tabla (3)

A.- Evento Activante ¿Qué sucedió?	B Belief creencia o pensamientos de lo que sucedió, lo que te dijiste y lo que influyó en tu reacción
C.- Consecuencia (¿Cómo reaccionaste y como te sentiste?)	D. Discutir o Debatir la Creencia (La forma en que dialogas con tus pensamientos, aquellos que podrían ayudarte a reaccionar de una forma más saludable

Tomado de: Terapia cognitiva de la depresión Beck; (2000)

En la tabla (3) se explica el método ABC que es la forma más eficaz de tratamiento con un paciente distímico en donde A es el evento activante, B la creencia o pensamiento de lo que sucedió, C se refiere a mirar cómo reaccionó la persona y por último D que se trata de discutir la creencia establecida.

Desde un enfoque conductual, se destaca el papel jugado por la pérdida de reforzadores asociado a la pérdida de la persona o eventos crónicos que producen la incapacidad del sujeto para generar nuevas fuentes de relaciones gratificantes Beck (1979) tras sufrir de un stress crónico, debido a un déficit en sus habilidades sociales.

Simultáneamente desde un abordaje cognitivo, debemos hacer hincapié en el papel jugado por los significados personales implícitos en la pérdida o en eventos crónicos; el sujeto se siente indefenso por la atribución realizada a su propia incapacidad de manejar la situación. Beck (1979) destaca el papel de la visión negativa del paciente depresivo de su situación, de sí mismo y de su futuro, constituyendo esto lo que Beck llama la tríada cognitiva negativa, el papel de las distorsiones del pensamiento en el sujeto depresivo y los significados personales disfuncionales que se activan en la depresión. Todo esto asociado a un déficit en el autocontrol del sujeto, manifiesto en tres planos: en la autoobservación, distorsiona su experiencia; en su autoevaluación, se valora en función de sus errores más que en sus aciertos y en el autorrefuerzo, es poca la gratificación que se hace por sus logros.

Factores considerados en la intervención terapéutica en pacientes con distimia (Beck y Weishaar 1987)

1.- Evaluar los significados personales de tipo depresivo. Evaluar el significado que para el paciente tiene lo ocurrido como factor desencadenante (punto A del modelo ABC) es decir; manifestar no soportar estar solo en su negocio, afirmando "no lo soporto", es terrible estar todo el día sin hacer nada" (insoportabilidad / catastrofización).

Considerar que significa para el sujeto tanto su malestar como la evolución de este. "las cosas no mejoran", "seguirá todo mal" y "...no puedo hacer nada" (actitudes pesimistas y de indefensión). Analizar el significado que lo ocurrido y su malestar implícito, tiene para su autoestima.

2.- Evaluación de sentimientos que subyacen a la tristeza. La tristeza, es la expresión más consciente, pero subyacen a ella, sentimientos más complejos, por ello es importante evaluarlos ya que se encuentran alrededor del paciente como temor, inseguridades, desvalorización propia, entre otras.

3.- Evaluación de síntomas somáticos asociados. En la primera entrevista, se le pregunta al paciente por padecimientos relacionados al síntoma y además si se han presentado con anterioridad, así como alguna otra manifestación asociada.

4.- Evaluación del sistema relacional del paciente: En este punto se evalúan las redes de apoyo que el paciente pueda tener para el trabajo terapéutico y cómo son éstas redes de apoyo (familiares, amigos)

5.- Evaluación del nivel de actividad y gratificación del paciente. Verificar si existe disminución de sus actividades cotidianas, así como de su autocuidado, pérdida de intereses y de gratificación.

El estado de actividad del paciente al momento de la primera consulta, si lo relacionamos con su funcionamiento previo al padecimiento actual.

6.- Modificación de los significados disfuncionales. Se observa si el paciente revive escenas cargadas de afecto (focalizándolas), simbolizando las emociones relacionadas con ellas. Se invita al paciente a generar sus propias soluciones, elaborando proyectos.

7.- Expresión de ira y deseos. Verificar si el paciente ha inhibido la expresión de sentimientos así como de sus propios deseos, se le anima a expresarlos.

8.- Búsqueda de apoyo social y de abordaje de los conflictos relacionales. Evaluar los conflictos y la relación de estos con el ánimo deprimido del paciente

9.- Aumento de las habilidades y de las actividades de dominio – placer. Se fomenta el desarrollo de actividades sociales, del arreglo personal, de desarrollo y puesta en marcha de proyectos propios, generando un concepto de mayor valía por parte del paciente, reforzando y aumentando su autoestima.

CAPITULO 2

ADOLESCENCIA

2.1 CARACTERISTICAS GENERALES

La Organización Mundial de la Salud (OMS 2007) estima que cada una de cinco personas en el mundo es adolescente. La OMS define la adolescencia como la etapa que va entre los 11 y 19 años, considerándose dos fases, la adolescencia temprana de 12 a 14 años y la adolescencia tardía de 15 a 19 años. Sin embargo la condición de juventud no es uniforme y varía de acuerdo al grupo social que se considere (OMS 2009)

Se han dado muchas y variadas definiciones acerca de la adolescencia, aunque en general se puede decir que es una etapa de transición entre la niñez y la etapa adulta; la cual se caracteriza principalmente por cambios a nivel físico y psicológico, lo que produce por consiguiente una serie de cambios a nivel social.

2.2 DESARROLLO FISICO

Los cambios orgánicos durante la adolescencia marcan de modo definitivo el paso del cuerpo infantil hacia el cuerpo adulto, en lo que se refiere a los cambios físicos que surgen en el adolescente se hace mención a los siguientes

Desde el punto de vista práctico, los cambios habituales del crecimiento tienen dos grandes características:

Se realizan en forma secuencial, es decir, unas características aparecen antes de que aparezcan otras, como es el caso del crecimiento de los senos antes de la aparición de la menarca, el vello púbico antes que el axilar, los miembros inferiores crecen primero que el tronco, los testículos se incrementan antes que el pene, entre otras.

Específicamente los cambios físicos son como se enumeran a continuación:

Mujeres:

- a) Ensanchamiento de caderas
- b) Crecimiento de glándulas mamarias
- c) Crecimiento de piernas, manos y brazos
- d) Aparición de vello púbico y axilar
- e) Inicio de menarca

Para los hombres los cambios físicos que experimentan en esta etapa del desarrollo son como se describen a continuación:

- a) Crecimiento de manos, piernas y brazos
- b) Engrosamiento de la voz
- c) Primeras eyaculaciones
- d) Crecimiento de testículos y posteriormente del pene

Aparición del vello púbico y axilar, vello en el rostro conocido como barba y bigote (Papalia 2003)

Otras características que también se modifican en la adolescencia son:

El Peso

En las mujeres, durante la pubertad temprana, la ganancia de peso continúa siendo 2 kg por año. El peso regularmente coincide con la talla, es decir, de 100 a 200 g. por año. El aumento de peso puberal viene a representar el 50% del peso ideal del individuo adulto.

Grasa corporal

La grasa corporal total aumenta en la pubertad temprana para ambos sexos. Más adelante las niñas depositan grasa más rápida y extensamente que lo hacen los varones, con predominio en miembros superiores, tronco y parte superior del muslo. En condiciones normales, en ningún momento de la pubertad se espera que las niñas pierdan grasa, mientras que los varones en el crecimiento rápido, pierden grasa en los miembros y el tronco.

La mujer y el varón prepuberales tienen igual proporción entre masa magra (tejido muscular, huesos y vísceras) y tejido adiposo. En el varón, el aumento de la masa magra es paralelo al incremento de la talla y del estirón puberal en músculos y huesos, los cuales coinciden con el punto de velocidad máxima (PVM) de crecimiento. Por el contrario, en las niñas se continúa acumulando el tejido adiposo en las extremidades y el tronco. Este crecimiento divergente da como resultado que los hombres tengan hasta un 45 % de su peso corporal en músculos y las mujeres hasta un 30 % de su peso corporal en grasa. Al final de la pubertad, los varones son más pesados que las mujeres. El dimorfismo es muy importante para considerar el sobrepeso en el adolescente, ya que se debe determinar si es a expensas de tejido graso o tejido magro. Los hombros y el tórax son más anchos que las caderas en el varón y a la inversa en las mujeres y, en relación al tronco, las piernas son más largas en el varón.

Cabeza

La cabeza aumenta muy poco en tamaño, pero la cara se diferencia tomando aspecto de adulto, sobre todo por el reforzamiento mandibular, muy evidente en el varón y por los cambios en la nariz. Bajo las influencias de los andrógenos se establece también una diferencia en la parte anterior del cartílago tiroideo y las cuerdas vocales que tienen el triple de longitud que en las niñas.

Crecimiento muscular

El crecimiento muscular es un hecho resaltante, especialmente mientras dura el estirón de la estatura, con predominio en el varón, sobre todo por la acción de los andrógenos que también influyen en la adquisición de la fuerza muscular. Por supuesto, el tamaño, la fuerza y la habilidad pueden no ser diferentes en un varón y una mujer, dependiendo de la actividad física que desarrollen. El corazón y los pulmones también participan en el estirón del adolescente, más marcadamente en los varones, en quienes aumenta la presión arterial, así como la capacidad sistólica.

Dentición

Importa el diagnóstico de las caries y alteraciones mecánicas. En general se completan 28 piezas durante la adolescencia.

- De 9 a 11 años: 4 premolares
- De 10 a 12 años: los segundos premolares
- De 10 a 14 años: los caninos
- De 11 a 13 años: los segundos molares
- De 14 a 18 años las llamadas muelas de juicio, con lo que se completa la dentadura adulta.

Maduración sexual

En la adolescencia temprana y para ambos sexos, no hay gran desarrollo manifiesto de caracteres sexuales secundarios, pero suceden cambios hormonales a nivel de la hipófisis, como el aumento en la concentración de gonadotrofinas (hormona foliculoestimulante) y de esteroides sexuales. Seguidamente aparecen cambios físicos, sobre todo cambios observados en la glándula mamaria de las niñas, los cambios genitales de los varones y el vello pubiano en ambos sexos. Shaffer (2006)

2.3 DESARROLLO COGNOSCITIVO

Piaget retomado por Shaffer; (2007) nos habla acerca del desarrollo cognoscitivo del adolescente; afirma que el crecimiento intelectual progresa a través de una secuencia invariable de etapas que pueden resumirse como sigue:

Periodo Sensoriomotor: (del nacimiento a los 2 años): El infante se vale de sus capacidades sensoriales y motoras para explorar el ambiente y conocer sus aspectos básicos. Al nacer posee sólo reflejos innatos con los cuáles hacerlo. Al final de ésta etapa puede coordinar complejas coordinaciones sensoriomotoras.

Periodo Preoperacional (2 a 7 años): El niño recurre simbolismo (imágenes y lenguaje) para presentar y entender diversos aspectos del ambiente. Responde a los objetos y eventos atendiendo a sus apariencias. Su pensamiento es egocéntrico: piensa que todos ven el mundo en forma muy parecida a cómo hace él.

Operaciones concretas (7-11 años de edad): El niño aprende y usa operaciones cognoscitivas (actividades mentales que forman parte del pensamiento lógico)

Operaciones formales (11 o 12 años de edad en adelante): Las operaciones cognoscitivas del adolescente se reorganizan de modo que pueda reflexionar sobre ellas (pensar acerca del pensamiento). Ahora el pensamiento es sistemático y abstracto.

Aunque el pensamiento adolescente sigue siendo inmaduro en ciertos aspectos, muchos son capaces de realizar un razonamiento abstracto y juicios morales complejos, así como hacer planes realistas para el futuro (Papalia, et, al., 2005).

De acuerdo a Piaget, cerca de los 11 o 12 años se entra a la etapa de las operaciones formales, esto permite a los adolescentes entender y manipular objetos abstractos, especular acerca de posibilidades alternativas –pueden pensar

en lo que podría ser y no sólo en lo que es- y razonar en términos hipotéticos. Las operaciones formales les permiten una nueva y más flexible forma de manipular información (Morris&Maisto,2005).

Algunos riesgos que este avance implica son la excesiva confianza de los adolescentes en las nuevas capacidades mentales y la tendencia a atribuir demasiada importancia al propio pensamiento. El “egocentrismo de las operaciones formales” es como Piaget llamó al hecho de que los adolescentes no logren darse cuenta de que no todos piensan como ellos y que otras personas pueden tener opiniones diferentes (Morris & Maisto, 2005).

Según la teoría sociocultural formulada por Vigotsky, Shaffer;(2007) el desarrollo intelectual de las personas guarda estrecha relación con la cultura. Los niños no desarrollan el mismo tipo de mente en todo el mundo, sino que aprenden a utilizar el cerebro y las capacidades mentales de su especie para resolver problemas e interpretar el entorno en conformidad con las normas y valores de su cultura. Para Vigotsky la cognición humana, aún cuando se efectúe en aislamiento, es intrínsecamente sociocultural: la afectan las creencias, los valores y herramientas de la adaptación intelectual transmitida a los individuos por su cultura. Y por lo tanto los valores como las herramientas varían mucho de una cultura a otra, Vigotsky creía que ni el contenido del desarrollo intelectual es tan universal como supuso Piaget.

Propone evaluar el desarrollo desde la perspectiva de cuatro niveles interconexos de interacción con el entorno del niño; el nivel microgenético, el ontogenético, el filogenético y sociohistórico

1.- El desarrollo ontogenético: designa el que se realiza a lo largo de la vida.

2.- El desarrollo microgenético: se refiere a los cambios que ocurren en periodos relativamente breves como los que se observan en un niño que resuelve

problemas de suma todas las semanas durante once semanas consecutivas Siegler y Jenkins; (1989) o inclusive los cambios en el uso de las mnemotecnias.

3.- El desarrollo filogenético: indica los cambios a través del tiempo evolutivo, medido en miles y hasta millones de años, convencido de que conocer la historia de una especie permite entender el desarrollo infantil.

4.- El desarrollo sociohistórico: denota los cambios que han ocurrido en nuestra cultura, así como valores, normas y tecnologías creados por ella. Es este enfoque sociohistórico.

Vigotsky coincidió con Piaget en que los niños de corta edad son exploradores curiosos que aprenden y descubren activamente principios nuevos. Pero a diferencia de Piaget estaba convencido de que los “descubrimientos” verdaderamente importantes ocurren dentro del contexto de diálogos cooperativos. En éstos participan un tutor o conocedor que modela la actividad y transmite instrucciones verbales y un alumno novato que primero trata de entender las instrucciones hasta que finalmente las internaliza para regular su desempeño Shaffer;(2007)

Las tres características del aprendizaje cooperativo son:

Zona de desarrollo proximal: Término con el que Vigotsky designa las actividades demasiado complejas para que uno las domine, pero que pueden realizarse con orientación y aliento por parte de un experto.

Andamiaje: Proceso en que un experto, al instruir a un novato en una situación de aprendizaje, responde de modo contingente a la conducta de éste, a fin de que poco a poco conozca mejor el problema.

Participación guiada: Interacción entre niño y adulto, en la cual los conocimientos y modos de pensar del primero son modelados al participar con el adulto u observarlo efectuando actividades culturales.

Por otro lado y utilizando la noción del egocentrismo adolescente, Elkind (2005), aborda la inmadurez en el pensamiento adolescente, cuestión que surge debido a la inexperiencia del adolescente y que le resulta tan poco familiar como la nueva forma de su cuerpo. La inmadurez del pensamiento se manifiesta a través de:

1. Idealismo y carácter crítico: Están convencidos de saber más que los adultos y con frecuencia encuentran defectos en sus padres. Se dan cuenta de lo lejos que el mundo ideal está del mundo real.

2. Tendencia a discutir: Buscan constantemente la oportunidad de probar y demostrar sus nuevas habilidades.

3. Indecisión: Pueden tener varias alternativas, carecen de estrategias para decidir entre ellas y pueden tener problemas para decidir cosas muy simples.

4. Hipocresía aparente: No cuentan con una conexión entre su conducta y el ideal que defienden.

5. Autoconsciencia: Suponen que los demás están pensando lo mismo que ellos. A esto Elkind;(2005) llamó audiencia imaginaria (los adolescentes sienten que son constantemente observados por los demás, que la gente siempre está juzgando su apariencia y su conducta.

6. Suposición de ser especial e invulnerable: Es a lo que este autor llamó fábula personal que se refiere a la creencia de los adolescentes de que son especiales, que su experiencia es única y que no están sujetos a las reglas que gobiernan al resto del mundo. Esto puede llevar a conductas de riesgo y autodestructivas.

2.4 DESARROLLO PSICOLÓGICO

Todos los individuos, durante el periodo de la adolescencia, presentan un mayor o menor grado de crisis en el desarrollo (Coleman 2005) Desde el punto de vista práctico, el perfil psicológico es transitorio, cambiante, y emocionalmente inestable.

Desde el punto de vista del desarrollo de la personalidad existen diferentes teorías que lo explican; Sigmund Freud retomado por Green; (1990) hace referencia a las etapas del desarrollo psicosexual que se presentan desde el nacimiento hasta los 12 años en adelante, cada una de ellas con características propias y se clasifican como sigue:

Oral: Nacimiento-1 año El instinto Sexual se centra en la boca ya que los bebés obtienen placer en actividades orales como chupar, masticar o morder. Las actividades de alimentación. Las actividades de alimentación son importantes en particular, por ejemplo: un bebé destetado demasiado pronto, o en forma abrupta puede ansiar más tarde el contacto íntimo e incrementar excesivamente su nivel de dependencia con respecto a su cónyuge

Anal: 1-3 años La micción y defecación voluntarias se convierten en los métodos primordiales de satisfacer el instinto sexual. Los procedimientos de entrenamiento para el control de esfínteres producen serios conflictos entre los niños y los padres. El clima emocional que crean los padres pueden tener efectos duraderos, por ejemplo los niños que son castigados por “accidentes” en el control de esfínteres pueden transformarse en seres inhibidos, desordenados o derrochadores.

Fállica: 3-6 años En esta etapa el niño obtiene placer de la estimulación genital. Los niños desarrollan un deseo incestuoso por el progenitor del sexo opuesto llamado complejo de Edipo, la ansiedad que genera este conflicto provoca que los

niños internalicen las características del rol sexual y las normas morales de su rival paterno de su mismo sexo.

Latencia: 6-11 años Los traumas de la etapa fálica causan conflictos sexuales que serán reprimidos e impulsos sexuales que serán recanalizados hacia el trabajo escolar o juego vigoroso. El yo y el superyó continúan desarrollándose a medida que el niño obtiene más capacidades de solución de problemas en la escuela e internaliza valores sociales.

Genital: 12 años de edad en adelante La pubertad provoca un nuevo despertar de los impulsos sexuales. En esta etapa los adolescentes deben aprender cómo expresar estos impulsos en formas socialmente aceptables. Si el desarrollo ha sido sano, el instinto sexual maduro se satisface mediante el matrimonio y la crianza de los hijos.

Las etapas de latencia y genital mencionadas por (Freud 1900, tomado por Baldwin ,1992) que coincide con el periodo de adolescencia son las etapas en las que el ser humano internalizan valores sociales, es el despertar de impulsos sexuales, la expresión de estos impulsos en formas socialmente aceptables.

2.5 DESARROLLO MORAL

El desarrollo moral es un importante cambio durante esta etapa. (Piaget y Kohlberg 2006) coinciden en que en esta etapa la moralidad es fundamentalmente heterónoma.

De acuerdo a Piaget, entre los 11 y 12 años, los niños se presentan una moralidad heterónoma, es decir, presentan mayor flexibilidad respecto a las normas, así como cierta autonomía basada en el respeto mutuo y la cooperación. Tienen la idea de “equidad”, más allá de “igualdad”, considerando las situaciones

específicas. Consideran no sólo la consecuencia, sino la intencionalidad (Morris & Maisto, 2005).

Kolberg nos hace mención a 6 niveles del desarrollo en los que el ser humano se desarrolla y que son importantes rescatarlos ya que si las reglas y los límites son bien establecidos así como la convivencia entre padres e hijos el desarrollo del adolescente será sano dentro del entorno familiar.

Afirma que en el nivel pre convencional, "el niño es receptivo a las normas culturales y a las etiquetas de bueno y malo, justo o injusto, pero interpreta estas etiquetas en función bien sea de las consecuencias físicas o hedonistas de la acción (castigo, recompensa, intercambio de favores) o en función del poder físico de aquellos que emiten las normas y las etiquetas. El nivel se divide en los dos estadios siguientes:

Estadio 1: La orientación a la obediencia y el castigo. Las consecuencias físicas de la acción determinan su bondad o maldad, con independencia del significado o valor de tales consecuencias. La evitación del castigo y la deferencia incuestionable hacia el poder se valoran por sí mismas y no en función del respeto a un orden moral subyacente apoyado en el castigo y en la autoridad.

Estadio 2: La orientación instrumental relativista. La acción justa es la que satisface instrumentalmente las necesidades del yo y, ocasionalmente las de los otros. Las relaciones humanas se consideran de un modo similar a las propias del mercado. Se encuentran presentes elementos de honestidad, reciprocidad y de participación igual, pero se interpretan siempre desde un modo físico-pragmático. La reciprocidad es un asunto de "tú me rascas la espalda y yo te rasco la tuya", no de lealtad, gratitud o justicia.

En el nivel convencional, se considera que el mantenimiento de las expectativas de la familia, el grupo o la nación del individuo es algo valioso en sí mismo. La

actitud no es solamente de conformidad con las expectativas personales y el orden social, sino de lealtad hacia él, de mantenimiento, apoyo y justificación activos del orden y de identificación con las personas o el grupo que en él participan. En este nivel hay los estadios siguientes:

Estadio 3: La orientación de concordancia interpersonal de "buen chico - buena chica". El buen comportamiento es aquel que complace y ayuda a los otros y recibe su aprobación. Hay una gran conformidad con las imágenes estereotipadas en relación con el comportamiento mayoritario o "natural". Frecuentemente se juzga el comportamiento en virtud de la intención. "tiene buena intención" es algo que, por primera vez, tiene importancia. Uno gana la aprobación siendo "agradable".

Estadio 4. Orientación de ley y orden. Hay una orientación hacia la autoridad las normas fijas y el mantenimiento del orden social. El comportamiento justo consiste en cumplir con el deber propio, mostrar respeto por la autoridad y mantener el orden social dado porque es valioso en sí mismo.

En el nivel post convencional, autónomo o de principios, hay un esfuerzo claro por definir los valores y los principios morales, que para ellos se tornan válidos. Este nivel también tiene dos estadios:

Estadio 5. La orientación legalista, socio contractualista, generalmente con rasgos utilitarios. La acción justa tiende a definirse en función de derechos generales e individuales y de pautas que se han examinado críticamente y aceptado por toda la sociedad. Existe una conciencia clara del relativismo de los valores y las opiniones personales y se da la importancia correspondiente a las normas procedimentales como medio para alcanzar el consenso. Aparte de los acuerdos constitucionales y democráticos, lo justo es un asunto de "valores" y "opiniones" personales. El resultado es una importancia mayor concedida al "punto de vista legal", subrayando la posibilidad de cambiar la ley en función de consideraciones

racionales de utilidad social (antes que congelarla como se hace en el estadio 4 de "ley y orden"). Fuera del ámbito de lo jurídico, el acuerdo libre y el contrato son los elementos vinculantes de la obligación. Esta es la "moralidad" oficial del Estado y la Constitución norteamericanos.

Estadio 6: La orientación de principios éticos universales. Lo justo se define por una decisión de la conciencia de acuerdo con principios éticos que ella misma ha elegido y que pretenden tener un carácter de amplitud, universalidad y consistencia lógicas. Estos principios son abstractos y éticos (la regla de oro, el imperativo categórico), no son normas morales concretas, como los Diez Mandamientos. En esencia, éstos son principios universales de justicia, reciprocidad e igualdad de los derechos humanos y de respeto por la dignidad de los seres humanos como individuos.

2.6 DESARROLLO PSICOSOCIAL

En esta etapa, los adolescentes se encuentran ansiosos por independizarse de sus padres, pero al mismo tiempo temen las responsabilidades de la vida adulta. La adolescencia va cargada de cierto grado de estrés relacionado con la escuela, la familia y los pares, sin embargo, no es homogéneo en todos los adolescentes ya que influye en gran medida la capacidad de cada individuo para afrontar diferentes situaciones (Morris & Maisto, 2005).

Un tema central en esta etapa de la vida es la búsqueda de identidad, que de acuerdo a Erikson es una concepción coherente del yo, formada por metas valores y creencias con las cuales una persona está sólidamente comprometida. De acuerdo a este autor forma parte de un proceso saludable y vital construido sobre los logros de las etapas anteriores (sobre la confianza, autonomía, iniciativa y laboriosidad) y que sienta las bases para afrontar los problemas psicosociales de la edad adulta (Papalia, et. al., 2005).

La teoría del desarrollo psicosocial propone 8 etapas por las que todo ser humano pasa sin excepción es importante señalar que aunque Erickson señala claramente las diversas etapas del desarrollo él habla de un proceso evolutivo continuo

Cada etapa se caracteriza por una tarea de desarrollo específica o crisis que debe resolverse antes de pasar a la siguiente, esta crisis surge por la interacción de la maduración fisiológica y los requerimientos que la sociedad propone; para Erickson, la crisis es una oportunidad de desarrollo por lo que cuando la tarea a desarrollar se cumple de manera satisfactoria y con esto pasa a la siguiente etapa.

Las etapas de desarrollo de Erickson (1978) están organizadas de tal manera que por un lado se presenta la potenciales positivas para que la crisis sea resuelta y por otro la potencialidad negativa de no resolverla satisfactoriamente las cuáles son:

a) Confianza Básica vs. Desconfianza. (desde el nacimiento hasta aproximadamente los 18 meses). Es la sensación física de confianza. El bebé recibe el calor del cuerpo de la madre y sus cuidados amorosos. Se desarrolla el vínculo que será la base de sus futuras relaciones con otras personas importantes; es receptivo a los estímulos ambientales es por ello sensible y vulnerable, a las experiencias de frustración son las experiencias más tempranas que proveen aceptación, seguridad, y satisfacción emocional y están en la base de nuestro desarrollo de individualidad. Depende entonces del sentimiento de confianza que tengan los padres en sí mismos y en los demás, el que lo puedan reflejar en sus hijos.

b) Autonomía vs. Vergüenza y Duda (desde los 18 meses hasta los 3 años aproximadamente). Esta etapa está ligada al desarrollo muscular y de control de las eliminaciones del cuerpo. Este desarrollo es lento y progresivo y no siempre es consistente y estable por ello el bebé pasa por momentos de vergüenza y duda. El bebé inicia a controlar una creciente sensación de afirmación de la propia voluntad

de un yo naciente, se afirma muchas veces oponiéndose a los demás. El niño empieza a experimentar su propia voluntad autónoma experimentando fuerzas impulsivas que se establecen en diversas formas en la conducta del niño, y se dan oscilando entre la cooperación y la terquedad, las actitudes de los padres y su propio sentimiento de autonomía son fundamentales en el desarrollo de la autonomía del niño. Este establece su primera emancipación de forma tal que en posteriores etapas repetirá esta emancipación de muchas maneras.

c) Iniciativa vs. Culpa (desde los 3 hasta los 5 años aproximadamente). La tercera etapa de la Iniciativa se da en la edad del juego, el niño desarrolla actividad, imaginación y es más enérgico y locuaz, aprende a moverse más libre y violentamente, su conocimiento del lenguaje se perfecciona, comprende mejor y hace preguntas constantemente; lo que le permite expandir su imaginación. Todo esto le permite adquirir un sentimiento de iniciativa que constituye la base realista de un sentido de ambición y de propósito. Se da una crisis que se resuelve con un incremento de su sensación de ser él mismo. Es más activo y está provisto de un cierto excedente de energía, es posible ocuparse de qué es lo que se puede hacer con la acción; descubre lo que puede hacer junto con lo que es capaz de hacer.

1. La intrusión en el espacio mediante una locomoción vigorosa,
2. La intrusión en lo desconocido por medio de una curiosidad grande,
3. La intrusión en el campo perceptual de los demás,
4. Fantasías sexuales, (Los juegos en esta edad tienen especiales connotaciones simbólicas sobre aspectos sexuales). Respecto de esto último, el niño posee una genitalidad rudimentaria y tiene muchas veces sentimientos de culpa y temores asociados a ello

d) Laboriosidad vs. Inferioridad (desde los 5 hasta los 13 años aproximadamente). Es la etapa en la que el niño comienza su instrucción preescolar y escolar, el niño está ansioso por hacer cosas junto con otros, de compartir tareas, de hacer cosas o de planearlas, y ya no obliga a los demás niños

ni provoca su restricción. Posee una manera infantil de dominar la experiencia social experimentando, planificando, compartiendo. Llega a sentirse insatisfecho y descontento con la sensación de no ser capaz de hacer cosas y de hacerlas bien y aún perfectas; el sentimiento de inferioridad, le hacen sentirse inferior psicológicamente, ya sea por su situación económica- social, por su condición "racial" o debido a una deficiente estimulación escolar, pues es precisamente la institución escolar la que debe velar por el establecimiento del sentimiento de laboriosidad.

e) Búsqueda de Identidad vs. Difusión de Identidad (desde los 13 hasta los 21 años aproximadamente). Se experimenta búsqueda de identidad y una crisis de identidad, que reavivará los conflictos en cada una de las etapas anteriores; los padres de los adolescentes se verán enfrentando situaciones nuevas que serán un nuevo reto para su misión orientadora. Son características de identidad del adolescente:

- La Perspectiva Temporal, orientación en el tiempo y en el espacio
- La Seguridad en Sí Mismo
- La Experimentación con el Rol, énfasis en la acción
- El Aprendizaje interés por el contacto con el medio ambiente y una estrategia del aprendizaje vital.
- Polarización Sexual: Adecuado grado de desarrollo del propio interés sexual.
- Liderazgo y Adhesión: Adecuada integración al grupo de "pares".
- El Compromiso Ideológico, orientación valorativa y participación en el ambiente.

f) Intimidad frente a aislamiento (desde los 21 hasta los 40 años aproximadamente). La intimidad supone la posibilidad de estar cerca de otros ya que posees un sentimiento de saber quién eres, no tienes miedo a "perderte" a ti mismo, como presentan muchos adolescentes el joven adulto ya no tiene que

probarse a sí mismo. A esta dificultad se añade que nuestra sociedad tampoco ha hecho mucho por los adultos jóvenes la tendencia maladaptada que Erikson llama promiscuidad, se refiere particularmente a volverse demasiado abierto, muy fácilmente, sin apenas esfuerzo y sin ninguna profundidad o respeto por tu intimidad. Esta tendencia se puede dar tanto con tu amante, como con tus amigos, compañeros y vecinos.

g) Generatividad frente a estancamiento (desde los 40 hasta los 60 años aproximadamente). Periodo dedicado a la crianza de los niños la tarea fundamental aquí es lograr un equilibrio apropiado entre la productividad y el estancamiento la productividad es una extensión del amor hacia el futuro. Tiene que ver con una preocupación sobre la siguiente generación y todas las demás futuras: teniendo y criando los hijos, la enseñanza, la escritura, la inventiva, las ciencias y las artes, el activismo social complementan la tarea de productividad. En definitiva, cualquier cosa que llene esa “vieja necesidad de ser necesitado”, el estancamiento, por otro lado, es la “auto-absorción”; cuidar de nadie personas tratan de ser tan productivas que llega un momento en que no se pueden permitir nada de tiempo para sí mismos, para relajarse y descansar. Al final, estas personas tampoco logran contribuir algo a la sociedad. Esta es la etapa de la “crisis de la mediana edad” se pregunta “¿Qué estoy haciendo aquí?”.

h) Integridad frente a desesperación (desde aproximadamente los 60 años hasta la muerte). Esta última etapa, la delicada adultez tardía o madurez la tarea primordial aquí es lograr una integridad con un mínimo de desesperanza Primero ocurre un distanciamiento social, desde un sentimiento de inutilidad existe un sentido de inutilidad biológica, debido a que el cuerpo ya no responde como antes, junto a las enfermedades, aparecen las preocupaciones relativas a la muerte. Los amigos mueren; los familiares también parece que todos debemos sentirnos desesperanzados; como respuesta a esta desesperanza, algunos mayores se empiezan a preocupar con el pasado. La integridad yoica significa llegar a los términos de tu vida, y por tanto, llegar a los términos del final de tu vida. La

tendencia mal adaptativa es llamada presunción. Cuando la persona “presume” de una integridad yoica sin afrontar de hecho las dificultades de la senectud.

La etapa correspondiente a la adolescencia, es decir, la quinta etapa, que abarca de los 12 a los 18 años (aproximadamente) y presenta la crisis denominada “Identidad vs Confusión de Rol”.

La identidad se da como resultado de tres procesos biológico, psicológico y social los cuales están en una interacción ininterrumpida de todas las partes. Erickson; (1963)

Y para explicar más a detalle el logro de la identidad González Nuñez (2001) nos habla de las situaciones a las cuáles el adolescente debe enfrentarse para el desarrollo de su propia identidad:

a) Logro de la heterosexualidad: En la primera parte de la adolescencia se observa que el adolescente posee una actitud autoérotica que se caracteriza por la masturbación. El adolescente no ha logrado salir de sí mismo, no posee todavía las herramientas psicológicas y sociales que le permitan relacionarse de manera satisfactoria con el exterior y gratificar sus urgencias sexuales con otro ser humano.

b) Independencia de la familia: Esta independencia se va logrando paulatinamente hasta que llega el momento en que no se hace necesaria la tutela de los padres; esto no significa que el hijo sea indiferente a ellos, sino que la verdadera adultez implica que se ama a los padres, que se consideran sus deseos al tiempo de tomar las propias decisiones y se logra vivir una vida por sí mismo.

- c) **Logro de una madurez emotiva:** El adolescente tiene que aprender a expresar sus afectos y emociones en formas menos infantiles y más adultas, haciendo uso de su tolerancia a la frustración y no huyendo de la realidad.

- d) **Independencia económica:** Ésta se encuentra muy relacionada con la elección profesional, ya que una buena selección de ocupación permitirá al adolescente satisfacer por sí mismo sus necesidades económicas, requisito indispensable para la edad adulta.

- e) **Logro de la adultez intelectual:** Este aspecto se refiere al hecho de que el adolescente tiene que aprender a pensar mediante formas racionales que le permitan concebir las cosas en sus relaciones causa y efecto; lo cual implica una solidez en el razonamiento, la necesidad de pruebas que validen tanto lo que dicen como lo que se le dice; si esta forma de pensar adulta se aplica a los aspectos emocionales reditúa enormes sentimientos de satisfacción.

- f) **Poseer una filosofía de vida:** Aunque la religión, cualquiera que ésta sea, y el ambiente imperante dan al adolescente un sentido particular de su vida que lo asegura y orienta en sus actos, él necesita mantener un cuerpo de creencias y valores sólidos que impliquen una escala de valores así como actitudes sobre las cuáles guiarse con seguridad.

- g) **Adecuado uso del ocio:** El adolescente necesita poseer actividades que cristalicen sus intereses sin que por esto se agoten sus energías, sino más bien las robustezca. Debe aprender a disfrutar actividades culturales, deportivas y de cualquier índole que favorezcan un adecuado uso de su tiempo libre. Si el adolescente logra resolver en el ámbito psicológico lo anteriormente listado, ha logrado “ser” y ha logrado su identidad.

h) Necesidad de una realización vocacional: El deseo de poseer una ocupación que permita una independencia económica implica el desempeño adecuado de su vocación. Dos decisiones se vuelven así importantes en la vida del adolescente, la elección de un objeto amoroso y la selección vocacional. Existen incluso diferencias entre las aspiraciones ocupacionales y muchas personas creen que el deseo de progresar socioeconómicamente es exclusivo de la clase media y alta y que los niños de clase baja, con excepción de unos cuantos, no poseen el deseo de progresar. Gonzalez Nuñez (2008)

La adolescencia debe pensarse como una etapa del desarrollo o bien como un estado mental que actualmente suele extenderse más allá de lo cronológicamente esperado

La adolescencia presentaría especificidad de ser el momento privilegiado del paso de una respuesta a una vivencia o una situación depresiva, para una mejor comprensión de estos fenómenos es necesario hacer algunas consideraciones entre el adolescente "normal" en comparación jóvenes que atraviesan un duelo patológico o que en sus antecedentes figura la historia de un niño deprimido.

CAPITULO 3

FAMILIA

3.1 CONCEPTO DE FAMILIA

El concepto de familia ha variado a lo largo de la historia, así como su sistema, dentro del cual se dan distintas relaciones, roles y alianzas las cuales están determinadas por el lugar que ocupa el individuo en ésta.

El individuo que forma parte de un subsistema dentro de la familia, desempeña diferentes dinámicas con los integrantes que la forman con las cuales convive.

Es en la familia, donde se crea un vínculo emocional afectivo que permite al individuo tener su primer contacto con el entorno el cual determinará la forma de relacionarse con otros entornos como la escuela, vecinos, trabajos, etc.

Generalmente el término de familia refiere a aquel grupo formado por el padre, la madre y sus hijos e inmediatamente toma la función como forma de organización social humana, en donde cada elemento tiene un rol que debe seguir, una jerarquía que respetar y donde las formas de comunicación se dan en base a lo aprendido dentro de la familia de origen, sin embargo esa forma de familia elemental no es la única posible, ni la más sana, ni la más normal, en la actualidad al igual que la percepción de la sociedad, ha habido una diversificación en el actuar de los roles de sus integrantes, así como la asignación de las diferentes funciones que se desarrollan dentro del sistema familiar, tanto en nuestra propia sociedad como en otras. Se considera que la familia es un sistema relacional debido a que en ella interactúan diferentes comportamientos individuales dentro del grupo.

El concepto de familia no se define por los integrantes de ésta como anteriormente se decía, aunque ha mantenido una constante que más bien liga a sus miembros al tener una interdependencia mutua que satisface sus necesidades afectivas y provisión de necesidades materiales. La organización familiar no se mantiene estática, ésta se encuentra regulada por la sociedad.

Estrada (1990) define a la familia nuclear como los seres que viven bajo un mismo techo y que tienen un peso emotivo y significativo entre ellos. Como un sistema que incluye en su órbita a tres subsistemas principales: el subsistema marital (pareja) el de padres-hijos y el de hermanos.

Las familias pueden ser de diferentes tipos por su relación o formas en las que funciona y dependiendo de estas relaciones es como cada integrante se desarrollará socialmente.

3.2 TIPOS DE FAMILIA

En general, la familia se define como el grupo social básico, creado por los vínculos del matrimonio o parentesco que se encuentra y es considerada por muchos como base de la sociedad. Durante un prolongado periodo la sociedad estuvo formada por un conjunto de familias que cumplía con la mayoría de las funciones sociales, inclusive las políticas, las religiosas y las económicas. Actualmente, la familia sigue cumpliendo funciones sociales importantes. En todas las culturas la familia se encarga de la socialización primaria de los nuevos miembros, de la satisfacción de las necesidades básicas de sus integrantes. Entre ellas está la comunicación y el dialogo que representan un carácter importante para el buen funcionamiento. Saucedo (1991)

Ofrecer una definición exacta sobre la familia es una tarea compleja debido a la variedad que encontramos y al amplio espectro de culturas existentes en el mundo. "La familia ha demostrado históricamente ser el núcleo indispensable para

el desarrollo de la persona, depende de ella para su supervivencia y crecimiento". No se desconoce con esto otros tipos de familia que han surgido en estas últimas décadas, las cuales también enfrentan desafíos permanentes en su estructura interna, en la crianza de los hijos/as, en su ejercicio parental o maternal.

Existen varias formas de organización familiar y de parentesco, entre ellas se han distinguido cuatro tipos de familias:

a) La familia nuclear o elemental: es la unidad familiar básica que se compone de esposo (padre), esposa (madre) e hijos. Estos últimos pueden ser la descendencia biológica de la pareja o miembros adoptados por la familia.

b) La familia extensa o consanguínea: se compone de más de una unidad nuclear, se extiende más allá de dos generaciones y está basada en los vínculos de sangre de una gran cantidad de personas, incluyendo a los padres, niños, abuelos, tíos, tías, sobrinos, primos y demás; por ejemplo, la familia de triple generación incluye a los padres, a sus hijos casados o solteros, a los hijos políticos y a los nietos.

c) La familia mono parental: es aquella familia que se constituye por uno de los padres y sus hijos. Esta puede tener diversos orígenes. Ya sea porque los padres se han divorciado y los hijos quedan viviendo con uno de los padres, por lo general la madre; por un embarazo precoz donde se configura otro tipo de familia dentro de la mencionada, la familia de madre soltera; por último da origen a una familia monoparental el fallecimiento de uno de los cónyuges.

d) La familia de madre soltera: Familia en la que la madre desde un inicio asume sola la crianza de sus hijos/as. Generalmente, es la mujer quien la mayoría de las veces asume este rol, pues el hombre se distancia y no reconoce su paternidad por diversos motivos. En este tipo de familia se debe tener presente que hay distinciones pues no es lo mismo ser madre soltera adolescente, joven o adulta.

e) La familia de padres separados: Familia en la que los padres se encuentran separados. Se niegan a vivir juntos; no son pareja pero deben seguir cumpliendo su rol de padres ante los hijos por muy distantes que estos se encuentren. Por el bien de los hijos/as se niegan a la relación de pareja pero no a la paternidad y maternidad.

En ocasiones algunos padres transfieren a otras instituciones las tareas familiares, no porque la familia sea incapaz de cumplir con su deber, sino porque las actividades que realizan requieren del apoyo de otras instituciones que les proporcionen un medio eficaz de conseguir los mismos propósitos. Entra las más importantes se señala a la escuela.

La familia crece y pasa por distintas etapas para apoyar el desarrollo individual de cada uno de sus miembros proporcionando al mismo tiempo un sentimiento de pertenencia e individualidad familiar, asimismo para adaptarse en la cultura en la que vive y ser transmisora de la misma, solo la familia puede cambiar y al mismo tiempo mantener la continuidad suficiente para asegurar el crecimiento psicológico y social de cada miembro. (Moreno 1999 orientación a la familia en su conjunto)

Existen diversos tipos de familia en cuanto a las formas de organizarse y conducirse padres-hijos e hijos-padres y por ello son múltiples las formas en que cada uno de sus miembros se relaciona y viven cotidianamente, a continuación se mencionan algunos ejemplos:

Familia Rígida: Dificultad en asumir los cambios de los hijos/as. Los padres brindan un trato a los niños como adultos. No admiten el crecimiento de sus hijos. Los Hijos son sometidos por la rigidez de sus padres siendo permanentemente autoritarios.

Familia Sobreprotectora: Preocupación por sobreproteger a los hijos/as. Los padres no permiten el desarrollo y autonomía de los hijos/as. Los hijos/as no saben ganarse la vida, ni defenderse, tienen excusas para todo, se convierten en

"infantiloides". Los padres retardan la madurez de sus hijos/as y al mismo tiempo, hacen que estos dependen extremadamente de sus decisiones.

La Familia Centrada en los Hijos : Hay ocasiones en que los padres no saben enfrentar sus propios conflictos y centran su atención en los hijos; así, en vez de tratar temas de la pareja, traen siempre a la conversación temas acerca de los hijos, como si entre ellos fuera el único tema de conversación. Este tipo de padres, busca la compañía de los hijos/as y depende de estos para su satisfacción. En pocas palabras "viven para y por sus hijos". Estrada; (1997)

La Familia Permisiva: En este tipo de familia, los padres son Incapaces de disciplinar a los hijos/as, y con la excusa de no ser autoritarios y de querer razonarlo todo, les permiten a los hijos hacer todo lo que quieran. En este tipo de hogares, los padres no funcionan como padres ni los hijos como hijos y con frecuencia observamos que los hijos mandan más que los padres. En caso extremo los padres no controlan a sus hijos por temor a que éstos se enojen.

La Familia Inestable: La familia no alcanza a ser unida, los padres están confusos acerca del mundo que quieren mostrar a sus hijos por falta de metas comunes, les es difícil mantenerse unidos resultando que, por su inestabilidad, los hijos crecen inseguros, desconfiados y temerosos, con gran dificultad para dar y recibir afecto, se vuelven adultos pasivos-dependientes, incapaces de expresar sus necesidades y por lo tanto frustrados y llenos de culpa y rencor por las hostilidades que no expresan y que interiorizan.

La Familia Estable: La familia se muestra unida, los padres tienen claridad en su rol sabiendo el mundo que quieren dar y mostrar a sus hijos/as, lleno de metas y sueños. Les resulta fácil mantenerse unidos por lo tanto, los hijos/as crecen estables, seguros, confiados, les resulta fácil dar y recibir afecto y cuando adultos son activos y autónomos, capaces de expresar sus necesidades, por lo tanto, se sienten felices y con altos grados de madurez e independencia(Estrada 1997).

3.3 EL CICLO VITAL

Las conductas de los individuos están en realidad sujetas a una estructura y a un conjunto de reglas implícitas y explícitas por lo que hacer un análisis de esta estructura implica observar cómo se organiza la familia, cuales son los subsistemas, las jerarquías, las alianzas, sus formas de comunicación, etc., lo que nos permitiría contemplar su funcionamiento en cualquier etapa de su ciclo de vida.

Se entiende por ciclo vital al desarrollo de la familia, el cual transcurre en etapas que siguen una regresión de complejidad creciente, en donde existen periodos de desequilibrio y cambio a consecuencia de su paso de un estadio a otro (Lima y Vázquez 1997). Los primeros se caracterizan por el dominio de las tareas y aptitudes pertinentes a esta etapa que atraviesa el grupo familiar, mientras los segundos implican un paso a un estado nuevo y más complejo que requieren de la elaboración de nuevas actitudes y nuevas tareas (Ochoa 2000)

La clasificación del ciclo de vida es:

- 1.- Noviazgo: La elección de un compañero o compañera para formar una pareja y lo que esto conlleva
- 2.- Matrimonio: Es un lazo legal que une a la pareja con la familia y a la sociedad, entre ellos el lazo como tal es de tipo afectivo
- 3.- Llegada de los hijos: En la mujer se presenta el periodo de embarazo, se dedica al cuidado de los hijos que compaginan con las labores domésticas o en su caso interrumpe sus actividades profesionales. No es así en el hombre.
- 4.- Adolescente: Los hijos empiezan a involucrarse cada vez más fuera del hogar y los desacuerdos con los padres se hacen manifiestos (rebeldía, rechazo, etc.)

5.- Adultos (Nido vacío) Las actividades de crianza han terminado, los hijos se van del hogar y surge la necesidad de admitir y hacer lugar a nuevos miembros, el nacimiento de los nietos.

6.- Vejez/Soledad/Muerte: La vejez se considera la antesala de la muerte, hay olvido y marginación en los ancianos ya que los consideran caducos, llenos de enfermedades y no se les da oportunidad de ser útiles. (Ochoa 2000)

Es en la clasificación del adolescente que se combinan varios factores para comprobar la flexibilidad del sistema:

- a) En esta edad se presentan con mayor frecuencia los problemas emocionales serios
- b) Los padres aún cuando muchas veces ya se encuentran en la madurez muy a su pesar se ven obligados a revivir su propia adolescencia
- c) La edad de los abuelos por lo general es crítica, se acercan a no poder mantenerse por sí mismos, la soledad y la muerte se aproximan.

Todo esto se conjuga en un solo momento para poner a prueba el sistema familiar en varias formas, una de ellas está en la tendencia de los padres a regresar etapas anteriores del desarrollo donde aún no se recibían los impactos de estos múltiples problemas. (Estrada 1991)

El desarrollo del adolescente bajo ésta teoría familiar explica las áreas en las que justamente participa el adolescente las cuales deberán ser observadas y acompañadas de manera muy detallada para poder identificar ciertos parámetros de comportamiento a nivel familiar y descartar síntomas depresivos en los padres y a su vez síntomas distímicos en adolescentes.

3.4 FACTORES QUE DETERMINAN LA VIDA EN FAMILIA DEL ADOLESCENTE

La vida en familia proporciona el medio para la crianza de los hijos, es la influencia más temprana y permanente que existe (Sauceda 1991). Los factores que la determinan son:

3.4.1 Jerarquía: Son los niveles de autoridad que se establecen dentro del sistema, que varían de acuerdo con la etapa del ciclo vital familiar, las características de personalidad de sus miembros, la dinámica de las relaciones conyugales, el orden de nacimiento, etcétera. Cada individuo pertenece a varios subsistemas y en ellos adopta diversos niveles de autoridad (por ejemplo, el subsistema madre hijo, la madre es la mayor jerarquía, esto cambia cuando está el padre). La adecuada distribución de la autoridad requiere de su correcta definición para cada contexto de la vida familiar, esto es reglas y autoridades claras y predecibles. En el caso de los hijos adolescentes es normal que traten de intervenir en las decisiones que les atañen (permisos, dinero, uso del coche, etcétera) ya que se encuentran en proceso de adquirir mayor autonomía; y si los padres son autoritarios, no estarán en disposición para negociar con sus hijos, desencadenando conflictos que afectarán todo el sistema. Minuchin S, (1996)

3.4.2 Alianzas: Se denominan así las asociaciones abiertas o encubiertas entre dos o más integrantes de la familia; las más apropiadas son las que incluyen miembros de la misma generación o del mismo género. Cuando las alianzas son inadecuadas se llaman coaliciones. Los conflictos conyugales pueden invadir a los hijos y generarlas. Los tipos de acuerdo S. Minuchin (1994) son:

1) triangulación, cada progenitor busca la alianza del hijo y lucha por ella, lo cual genera conflictos de lealtad en el adolescente y luchas intensas de poder;

2) coalición estable, el hijo está aliado con uno de los padres; hay dos variantes, en la primera el padre excluido continúa luchando por el apoyo del hijo, en la segunda se resigna;

3) desviación de ataque, el conflicto conyugal no resuelto se desvía en forma de agresiones al hijo, quien es definido como el adolescente problemático (chivo expiatorio)

4) desviación de apoyo, los padres intentan disminuir el estrés de su pobre relación de pareja y se “vuelcan” sobre el hijo que se convierte en motivo de unión (continuamos por él).

3.4.3 Límites: Están constituidos por las reglas que definen quiénes participan y de qué manera lo hacen en la familia; tienen la función de proteger la diferenciación del sistema" (Minuchin, 1990; pp. 88 y 89).

Los límites al interior del sistema se establecen entre los subsistemas familiares (individual, conyugal, parental y fraterno) y pueden ser de tres tipos:

Claros que definen las reglas de interacción con precisión.

Difusos que no definen las reglas de interacción con precisión y caracterizan a las familias con miembros muy dependientes entre sí.

Rígidos que definen interacciones en las que los miembros de la familia son independientes, desligados.

Los límites al exterior del sistema implican reglas de interacción entre la familia y otros sistemas

3.4.4 Comunicación Interpersonal: La situación interpersonal se caracteriza por: la presencia de actos expresivos por parte de una o más personas, estos actos se perciben consciente o inconscientemente por dichas personas y que la observación respectiva de dichas acciones hayan sido observadas por otros.

3.4.5 Flexibilidad: Se encuentra íntimamente relacionada con la anterior y permea todas las facetas de la estructura familiar. Se requiere flexibilidad sobre valores, sexualidad, vestimenta, estilo de vida, política, diversiones y perspectivas de futuro. El joven demanda cada vez más de sus padres y los temas de autonomía y control deben renegociarse en todos los niveles. Además, el contexto del núcleo familiar puede verse presionado por otra fuente de conflicto, los abuelos; éstos pueden imbuirse en la dinámica de los padres del adolescente por enfermedad o muerte y ser un elemento de estrés para los padres y el sistema que debe reorganizarse.

3.4.6 Dificultades en las relaciones familiares

Cuando los hijos se encuentran en la adolescencia los problemas familiares pueden centrarse en la diferenciación de roles y en asuntos relacionados con la separación. Para los padres puede ser difícil desligarse de los hijos y establecer un nuevo equilibrio en el sistema conyugal. Las dificultades en la relación padres-hijos, pueden ocurrir principalmente alrededor de tres áreas: la autoridad, la sexualidad y los valores. La interacción entre el adolescente y sus padres frecuentemente se caracteriza por una pobre comunicación y una expresión afectiva negativa, que resultan en un manejo inadecuado de los recursos para el control de la conducta. Frecuentemente, los padres reaccionan ante sus hijos de manera consistente con los estereotipos que los adolescentes esperan; éstos van de ver al joven como un victimario (poderoso, violento, rudo, sexualmente agresivo) o como una víctima (pasivo, impotente, desprotegido, indefenso, incapaz). Montemayor (1996)

Este autor considera que las oscilaciones en el afecto, las conductas impulsivas y la “marginación” social son el resultado de la dispersión del rol que acompaña esta forma de “probar” el mundo. A diferencia del adulto, el adolescente debe involucrarse en estos “excesos” porque no posee otro mecanismo para asimilarlos del exterior y ponerlos en orden. Algunos adolescentes permanecen relativamente libres de afecto negativo y rebeldía sin efectos nocivos. El nivel de afecto negativo y rebeldía es más una medida del monto de fuerza que se requiere para superar por parte del adolescente los lazos que le atan a sus padres y separarse de ellos, que una verdadera hostilidad para con sus progenitores.

El conflicto de los padres con el adolescente por lo regular se desarrolla cuando el adolescente parece “desmotivado” o preocupado más por los aspectos sociales que por los académicos, por eso es muy importante determinar adecuadamente la naturaleza de la problemática escolar, que suele ser un punto de fricción frecuente.

Existe una clara y franca dificultad de los padres para discutir abierta y francamente las cuestiones sexuales, los padres temen una confrontación negativa con sus hijos; como resultado, muchos adolescentes desconocen las actitudes de sus padres hacia los asuntos sexuales. La información no basta; es indispensable la cercanía emocional y sobre todo la libertad para que se desarrolle la confianza.

3.4.7 DISTIMIA Y FAMILIA

Es importante mencionar que cuando se investigan casos de adolescentes distímicos, se descubre que en un número importante de ellos hay una historia familiar de depresión: un padre, una madre, algún abuelo o tío directo con antecedentes depresivos, que pasaba por periodos en los que no dormía, se quedaba encerrado o sentado mirando televisión, que no salía a trabajar o se negaba a hablar, a pesar de cumplir con todas las obligaciones casi como un robot, y también existen casos de irritabilidad, alcoholismo o violencia. (Encuesta de salud Mental en el Adolescente, 2003)

Desde la perspectiva genética, el adolescente puede haber heredado cierta predisposición, pero también es válido considerar que la depresión de los padres o de los adultos de la familia funcionó como un modelo de resolución de problemas. A esto se le denomina la incidencia de lo aprendido en la predisposición a la depresión. Jiménez Tapia;(2005)

Por otra parte, el joven ha crecido en una familia donde las situaciones conflictivas llevan a los mayores a “deprimirse” en cualquiera de sus formas: encerrándose o generando situaciones de violencia, es probable que el chico también haya incorporado este modo de enfrentarse a los conflictos, porque este aprendizaje lo lleva a pensar que las dificultades no tienen solución o que la depresión es la única solución.

Es también posible que el adolescente se deprima a raíz de una problemática familiar y en estos casos la tristeza pueda estar funcionando como un modelo de denunciar algo que no está bien en casa o como un modo de intentar evitar que sucedan cosas peores.

PROPUESTA DE UN TALLER DE PREVENCIÓN Y DETECCIÓN DE LA DISTIMIA EN LOS ADOLESCENTES DIRIGIDO A PADRES

JUSTIFICACIÓN

Hasta ahora el estudio del desarrollo de los adolescentes tiene muchas vertientes y se basa principalmente en el desarrollo normal del mismo, sin embargo y debido a que hoy en día se presentan muchas más conductas anormales es necesario hablar de las patologías que pueden llegar a presentarse en esta etapa del desarrollo tal como el Trastorno Distímico en adolescentes el cuál es un problema de salud que afecta más a las mujeres que a los hombres en una relación de 2 a 1

Este taller servirá para que los padres de familia identifiquen rasgos del Trastorno Distímico para distinguir las conductas esperadas y normales de sus hijos adolescentes y saber la manera en la que se pueden diferenciar

Por lo anterior y ante la necesidad de crear alternativas y herramientas para los padres de familia surge la necesidad de crear un taller que tenga la finalidad de promover en esta población ,el conocimiento de la enfermedad, y algunos factores familiares que propicien su prevención a través del apoyo psicoeducativo, la expresión y el manejo de emociones, y la planeación de formas de relacionarse con los hijos adolescentes, que promuevan la reflexión y el comportamiento activo del paciente y su familia en el mejoramiento de su calidad de vida.

Objetivo general:

Que los padres de familia de adolescentes sepan discriminar que es el trastorno distimico, la diferencia que tiene con la depresión a fin de que logren identificar los síntomas en sus hijos, así como aprender las formas en las que una familia

puede generar factores de protección hacia sus hijos adolescentes ante este trastorno.

Objetivos específicos:

- a) Informar de manera clara y veraz a los participantes, acerca de lo que es el trastorno distimico
- b) Promover la expresión y el manejo adecuado de las emociones dentro da la familia
- c) Identificar y reestructurar ideas irracionales que generen emociones negativas al paciente con trastorno distimico
- d) Sensibilizar a los padres de familia ante la importancia de comunicarse y observar las conductas de sus hijos adolescentes

Participantes:

Población: grupo de 10 o 15 padres de familia de adolescentes

Nivel socioeconómico: indistinto

Condición personal: padres de familia con hijos adolescentes en general (12-17años)

Duración: 5 sesiones Total de horas: 10 hrs.

Escenario: Para el taller se requiere de una institución que preste servicios psicológicos a la comunidad, en la cual se lleven a cabo talleres y pláticas informativas que acerquen a la sociedad a la información psicológica necesaria para tener un desarrollo integral de forma personal, familiar y social además se requiere de un espacio de 20 por 20 mts. bien ventilado.

Procedimiento

Se difundirá por medio de trípticos e imágenes que impacten a los posibles participantes del taller; trípticos con información básica del trastorno distímico.

Al principio y al final (primera y última sesión) se aplicará un cuestionario con el fin de conocer lo que el participante sabe sobre el tema.

Este mismo cuestionario se aplicará al finalizar el taller con el fin de identificar el aprendizaje del participante a lo largo del mismo.

Cada una de las sesiones programadas se llevará a cabo conforme a la carta descriptiva del taller que a continuación se detallará

CARTA DESCRIPTIVA DEL TALLER DE PREVENCIÓN Y DETECCIÓN DE LA DISTIMIA EN LOS ADOLESCENTES DIRIGIDO A PADRES DE FAMILIA

OBJETIVO: Propiciar herramientas e información necesaria para conocer e identificar las causas y rasgos del trastorno distimico en adolescentes

SESION 1

OBJETIVO: Los participantes podrán identificar en forma clara y veraz de que es y cuáles son los síntomas del trastorno distimico y fomentar la integración de grupo.

Actividad	Procedimiento	Material	Tiempo estimado
Presentación del taller	El facilitador hará la presentación del tema y planteará lineamientos sobre los cuales se trabajarán durante el taller	Ninguno	10 minutos
Pre-evaluación	A través de la resolución del cuestionario: "Que conoces del trastorno distimico" (ANEXO 1) se evaluarán los conocimientos previos de los participantes acerca del trastorno distímico y su relación con la depresión. El facilitador aclarará dudas en relación a las preguntas.	<ul style="list-style-type: none">• Cuestionario impreso para cada participante, (ANEXO 1)• Lápices para cada participante	20 minutos

Dinámica de integración	<p>Dinámica: Se entregarán etiquetas blancas a cada participante para que escriba su nombre y diga su edad y color favorito</p> <p>Se integrarán equipos de 5 personas para que se presenten y se comuniquen con otros y hagan cambios en intervalos de 5 minutos</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Etiquetas blancas adheribles • Plumones 	30 minutos
-------------------------	---	--	------------

RECESO	10 min.
---------------	----------------

Ponencia por parte del facilitador: ¿Qué es el Trastorno Distímico	El psicólogo hará una exposición acerca de lo que es el Trastorno Distímico.	<ul style="list-style-type: none"> • PC • Diapositivas con presentación en Power Point • Cañón 	30 minutos
Dinámica: “que me llevo”	El psicólogo tendrá una bola en la mano la cuál lanzará a algún participante de manera azarosa y preguntará “¿que aprendiste hoy?”	<ul style="list-style-type: none"> • Una pelota pequeña de hule 	20 minutos

SESION 2

OBJETIVO: Que los participantes conozcan la diferencia entre el trastorno distimico y la depresión, se integren y compartan vivencias y los conocimientos que se tengan en relación al trastorno y sus consecuencias

<p>Dinámica de apertura(en la que los participantes podrán interactuar y generar un ambiente de confianza en el grupo) “el zoológico”</p>	<p>Pedirles a los participantes que hagan un circulo, el facilitador se colocará en el centro y explicará: voy a decirles el nombre de un animal: por ejemplo jirafa y al participante que yo señale pondrá sus manos como si estas fueran los cuernos de la jirafa, el compañero de la derecha y de la izquierda se pondrán en cuclillas, si yo digo elefante el participante hará una trompa con sus manos como si fuera un elefante y sus compañeros de izquierda y derecha harán una oreja por cada lado, el participante que se equivoque pasará al centro a decir el nombre de alguno de estos 2 animales.</p>	<p>Ninguno</p>	<p>20 minutos</p>
--	--	----------------	-------------------

Presentación: “Diferencias entre distimia y depresión”	El facilitador expondrá los conceptos y las diferencias entre depresión y distimia. Utilizar imágenes para explicar las diferencias de ambos conceptos	<ul style="list-style-type: none"> • PC • Diapositivas con Presentación en Power Point 	40 minutos
--	---	--	------------

RECESO	10 minutos
---------------	------------

Trabajo por equipo Casos “role playing”: Distimia	Los participantes se dividirán por equipos y se les entregarán 1 caso de trastorno distimico para que ellos identifiquen los signos y síntomas.	<ul style="list-style-type: none"> • Reportes de casos de adolescentes con trastorno distimico • Hojas blancas • Plumas 	30 minutos
Cierre	Los participantes expondrán los signos y síntomas encontrados en los reportes de casos	Ninguno	20 minutos

SESION 3

OBJETIVO: Que los participantes conozcan sobre el desarrollo normal y anormal de los adolescentes

<p>Dinámica de reafirmación de conocimientos (con la finalidad de que los participantes reafirmen los conceptos aprendidos de una forma práctica): “la línea de la verdad”</p>	<p>Los participantes formarán una fila, delante de ellos se ubicará el facilitador, quienes les expondrá frases como: si el adolescente llora es: 1 normal (derecha) o 2 anormal (izquierda) así es que los participantes darán un paso hacia la opción que mejor le parezca.</p>	<p>Ninguno</p>	<p>20 minutos</p>
<p>Presentación: Desarrollo normal del adolescente</p>	<p>El facilitador expondrá el desarrollo normal del adolescente con imágenes que permitan a los padres de familia identificar cada etapa</p>	<ul style="list-style-type: none"> • PC • Diapositivas con presentación en Power Point 	<p>30 minutos</p>

<p>RECESO 10 minutos</p>

Reunión por equipos	Los participantes se reunirán en equipos de 3 personas e intercambiarán puntos de vista en cuanto al desarrollo normal de sus hijos adolescentes	Ninguno	30 minutos
Aplicación del cuestionario	A través de la resolución del cuestionario: "Cómo es tu familia" (ANEXO 2) se observarán las dinámicas en las que se encuentran los participantes del taller con respecto a las relaciones familiares.		30 minutos

SESION 4

OBJETIVO: Los participantes podrán identificar la importancia de la familia en el desarrollo psicológico y psicosocial.

Dinámica de distensión e integración: " las lanchas"	Los participantes caminarán aplaudiendo por el salón o el lugar establecido y en el momento en que el facilitador de una instrucción diga la consigna: p eje., "lanchitas de 3" los participantes se reunirán por 3 personas, quien se quede sin pertenecer a las lanchitas será el encargado de decir el numero de lanchitas que continúan	Ninguno	15 minutos
Exposición del tema: Factores que determinan la vida en familia del adolescente y Tipos de Familias	El facilitador expondrá las formas en las que una familia puede llegar a conformarse, así como los factores que determinan la vida en familia del adolescente.	<ul style="list-style-type: none"> • PC • Diapositivas con presentación en Power Point 	30 minutos

RECESO 10 minutos

Reunión por equipos	Los participantes se reunirán en equipos de 3 personas e intercambiarán puntos de vista en cuanto al tema planteado y después lo expondrán brevemente	<ul style="list-style-type: none"> • Rotafolio • Plumones 	20 minutos
Exposición de tema: Distimia y Familia	El psicólogo expondrá acerca de la familia en el desarrollo del trastorno	<ul style="list-style-type: none"> • Diapositivas con presentación en Power Point • PC • Cañón 	20 minutos
Cierre "Plenaria"	Consiste en hacer que los participantes expongan lo que han aprendido y compararlo con los conocimientos previos. anexo 2	<ul style="list-style-type: none"> • Rotafolio • Plumones 	15 minutos

SESION 5

OBJETIVO: Los participantes lograrán identificar y reestructurar ideas irracionales que generan emociones negativas al paciente con trastorno distimico, así como la importancia de la comunicación

actividad	Procedimiento	material	tiempo estimado
Dinámica: de distención “ A mí me pica”	Se forma un círculo en el cual deberán incluirse a todos los participantes y el psicólogo empezara diciendo: esta dinámica consiste en decir la frase: “a mí me pica” ,señalar un lugar del cuerpo y rascarse, el siguiente participante dirá la misma frase pero en un lugar distinto de su cuerpo, cada integrante repetirá en donde le pica a cada uno de tal manera que el ultimo dirá donde le pica a todos	Ninguno	15 minutos
Exposición del tema: La intervención cognitivo conductual en trastornos emocionales	El psicólogo hará una exposición acerca de los procedimientos y las técnicas desde la terapia cognitivo conductual para tratar los trastornos del estado de ánimo	<ul style="list-style-type: none">• PC• Diapositivas con presentación en Power Point• Cañón	20 minutos

Dinámica: La silueta	Los pedirá a los participantes que dibujen la silueta de su mano y escriban todos aquellos pensamientos positivos que tuvieron en la etapa adolescente, al terminar se realiza una plenaria con la participación de todos.	<ul style="list-style-type: none"> • Hojas de papel • Plumones • Lápices 	30 minutos
----------------------	--	---	------------

RECESO		10 minutos	
Explicación de las economías de fichas para trastornos del estado de ánimo y método A-B-C-D	El psicólogo expondrá el manejo de los métodos A-B-C-D y ejemplificará con los participantes pensamientos propios irracionales	<ul style="list-style-type: none"> • Anexo (3) 	20 minutos
Cierre	El psicólogo atenderá preguntas y dudas que se hayan generado a lo largo del taller	<ul style="list-style-type: none"> • ninguno 	20 minutos
Aplicación del Postest "Que conoces de la Distimia (ANEXO1)	Cada participante responderá a las preguntas contenidas en el cuestionario "Anexo 1"	<ul style="list-style-type: none"> • Cuestionario impreso para cada participante, (ANEXO 1) 	15 minutos

CONCLUSIONES

La elaboración de este trabajo nace a partir de la necesidad de conocer los factores psicosociales y familiares que pudieran estar incidiendo en la generación del trastorno distímico en adolescentes, debido al número de adolescentes con ideación suicida, y desarrollo anormal en la adultez; a partir de la preocupación profesional por dirigir procesos y talleres psicoeducativos hacia los padres de familia enfocados a la prevención y generación de factores de protección dentro de la misma para una conformación más sólida de personalidad.

Se sabe que este trastorno tiene una prevalencia mayor en mujeres en una relación 2 a 1

Estos pacientes en muchas ocasiones no son diagnosticados oportunamente debido a que sus síntomas se parecen mucho a las características que un adolescente pudiera presentar como características propias del desarrollo del adolescente, así es que el deterioro en la calidad de vida de estos pacientes es paulatino y no se nota a simple vista es por ello que es importante distinguirlo, para poder prevenirlo, o diagnosticarlo y tratarlo.

La comunicación y el establecimiento de reglas y límites dentro del ambiente familiar son dos factores muy importantes para propiciar la interacción integral entre padres de adolescentes e hijos adolescentes, además de los roles y responsabilidades que los adolescentes y padres deban tener en el núcleo familiar.

Las familias en las que un integrante: madre o padre tengan antecedentes de depresión, violencia y alcoholismo (Revista Salud Mental 2001) Que exista una disputa entre los cónyuges y los miembros de la familia acerca de los roles y responsabilidades de cada integrante; La transición de roles de los padres, así como los pensamientos irracionales son factores que participan, además de factores genéticos y bioquímicos son factores que interactúan entre ellos para la aparición del trastorno.

La depresión es un malestar contemporáneo que tiene muchos significados. Se estima que la mitad de las veces que los pacientes consultan al médico se debe a la existencia de una depresión abierta o enmascarada, sin embargo la cultura de la prevención aún no tiene una inserción total en nuestra sociedad, es por ello que se cree que si se tiene a personas más informadas se tendrá mayor probabilidad de evitar cuestiones patológicas que atañen a la salud mental en México

La salud mental y el procurar tener las suficientes herramientas para cuidar de las emociones es un tema que se debe desarrollar cuidadosamente para que los padres de familia aprendan por un lado reconocer el desarrollo normal del adolescente e identificar las conductas anormales, y con este punto se logra que los padres observen y estén al tanto de los cambios de sus hijos, por otro lado conocer las interacciones familiares que se presentan, reconocerlas y analizar la mejor forma de establecer acuerdos, resulta una tarea fundamental en el ámbito psicológico.

ALCANCES Y LIMITACIONES

Algunas de las limitaciones que pueden observarse con la realización del taller es la poca información que la población tiene acerca del Trastorno Distímico, y que pudiera estar significando trabajar con una población reducida excluyendo así a padres de familia de adolescentes distimicos o propensos a padecerla.

Otra de ellas es la confusión con el nombre y denominación del Trastorno distimico que anteriormente se llamaba Neurosis Depresiva o Depresión menor resulta en un desconocimiento preciso de los síntomas y curso del Trastorno.

Finalmente el taller que se plantea dirigido hacia los padres de familia es preventivo e informativo pero no con un carácter de intervención.

REFERENCIAS

- Akiskal HS, McKinney WT: Depressive disorders: Toward a unified hypothesis. *Science* 182:20-29, 1973.
- Akiskal HS: Dysthymia: Psychopathology of proposed chronic depressive subtypes. *J Psychiatry* 140:11-20, 1983.
- American Psychiatry Association APA (1994), DSM – IV. *Manual diagnóstico y estadístico para trastornos mentales*. 4. Edición. Washington, DC: APA.
- Ayuso, José; Sáiz, Jerónimo (1981) *Las Depresiones. Nuevas perspectivas clínicas etiopatogénicas y terapéuticas*. Madrid
- Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F., y Emery, G., (1979). *Cognitive therapy of depression*. Nueva York: Guilford Press
- Beck, A. T., (2006). *BDIII, Inventario de Depresión de Beck: manual*. Buenos Aires: Paídos.
- Beck, A., Rush, J., Shaw, B. y Emery, G. (1979). *Terapia cognitiva de la depresión*. Editorial Desclée de Brouwer. Bilbao.
- Bowlby, J. (1993). *La pérdida afectiva. Tristeza y depresión*. Barcelona: Paidós
- Díaz L., Torres V., Urrutia E., Moreno R., Font I. y Cardona M. (2006).
- De la Peña F, Ulloa RE, Páez F. Comorbilidad del trastorno depresivo mayor en los adolescentes. Prevalencia, severidad del padecimiento y funcionamiento psicosocial. *Salud Ment* 1999;22:88-92. *Psicosociales de la depresión. Revista Cubana Med Milit*. Vol.35

Freud, S. (1900) *Duelo y Melancolía*. Obras completas. Buenos Aires: Amorrortu

García R (2010) "Propuesta de un taller de autoayuda y manejo de la depresión dirigido a pacientes con insuficiencia renal crónica"

González Núñez (2001) *Psicopatología del adolescente México: Manual Moderno*. 2001

Harrington R, Rutter M, Weissman M, Fudge H, Groothues C, Bredenkamp D *et al.* Psychiatric disorders in the relatives of depressed probands I. Comparison of prepubertal, adolescent and early adult onset cases. *J Affect Disord* 1997;42:9-2

José Alberto Jiménez Tapia, Claudia Blas García "Panorama del trabajo de investigación en epidemiología psiquiátrica en México: últimos 30 años" *Rev. Salud Mental* 2005

Kandel DB, Davis M. Adult sequelae of adolescent depressive symptoms. *Arch Gen Psychiatry* 1986;43:255-262

Ledesma Jimeno y L Melero Marcos (Eds.). (1989). *Estudios sobre las Depresiones*. Salamanca, España: Universidad de Salamanca

Mendizábal RJA y Anzures LB. La familia y el adolescente. *Rev Med Hosp Gen Mex* 1999; 62 (3): 191-197

Kaplan I. Harold y Sadock J. Benjamin, (1996). *Terapia de Grupo*. España: Editorial Medica Panamericana

MacMillan HL, Fleming JE, Streiner DL, Lin E *et al.* Childhood abuse and lifetime psychopathology in a community sample. *Am J Psychiatry* 2001;158:1878–1883

Morris, C. G. & Maisto, A. A. (2005). *Psicología (Duodécima edición)*. Upper Saddle River, NJ: Prentice Hall.

Minuchin S, Fishman HCh. Técnicas de terapia familiar. México: Editorial Piados, 1996; 25-41.

Montemayor R. Family variation in parent adolescent storm and stress. J Adolescent Res 1996

Papalia, Diane E. (1996). *Psicología del Desarrollo; de la Infancia y la Adolescencia*. México: Grace Hill

Papalia Diane E (2003) *Psicología del Desarrollo de la infancia y la Adolescencia* México: Grace Hill

Rae WA. Common adolescent-parent problems. En Walker CE, Roberts MC (eds). *Handbook of clinical child psychology*. EUA: John Wiley & Sons, 1992

Sauceda GJM. Normalidad y psicopatología en la adolescencia Rev Mex Pediat.

Sauceda GJM. *Psicología de la vida en familia: una visión estructural*. Rev Med IMSS 1991

Thompson MP, Kingree JB, Desais S. Gender differences in long-term consequences of physical abuse of children: Data from a nationally representative survey. Am J Public Health 2004;94:599–604.

Vallejo-Nágera, J., (2005). *Ante la depresión*. Barcelona: Planeta

ANEXOS

ANEXO 1

**Cuestionario de evaluación (Pre-test) (Post-test):
“Qué conoces del Trastorno Distímico”**

NOMBRE DE PADRE DE FAMILIA _____

EDAD _____ **SEXO** _____

EDAD DE HIJO ADOLESCENTE _____ **SEXO** _____

Lea detenidamente lo que se pregunta y responda subrayando y/o anotando la respuesta que considere adecuada.

1.- ¿Conoce que es la distimia?

- a) No b) Si

¿Porque?-

2.- ¿Considera que Distimia es lo mismo que depresión?

- a) No b) Sí

¿Por qué?

3.- ¿Cuáles son los síntomas del Trastorno Distímico?

4. ¿Cuáles son los síntomas de la depresión?

5. ¿Conoce cuáles son los tratamientos se ofrecen ante el Trastorno Distímico *

a) Si Cuales _____

b) No

6.- ¿Considera que es importante informarse y saber cuáles son los síntomas de Trastornos Afectivos?

a) Si

b) No

Porque _____

7. Tiene algún familiar que presente un trastorno distimico.

a) Si _____ quien(es) _____

8. Tiene algún familiar que presente un trastorno depresivo.

A) Si _____ quien (es) _____

ANEXO 2

“MI FAMILIA SE RELACIONA....”

Mi familia se relaciona....

¿Cuál es la manera en la que mi familia se relaciona?

¿Cómo me siento cuando mi familia se relaciona de esta manera?

¿Qué actividades propiciaría para que mi familia se relacione de una manera más efectiva?

ANEXO 3

METODO A-B-C-D

A: Evento Activante (¿Qué sucedió?)	B Belief (Creencia o pensamiento de los que sucedió, lo que te dijiste acerca de lo que sucedió y lo que influyó en tu reacción)
C Consecuencia (¿Cómo reaccionaste y cómo te sentiste?)	D Discutir o debatir la creencia (La forma en que dialogas con tus pensamientos, aquellos que podrían ayudarte a reaccionar de una forma más saludable).