



UNIVERSIDAD ALZATE DE OZUMBA

INCORPORADA A LA UNAM CLAVE 8898-25

“LA TERAPIA COGNITIVO-CONDUCTUAL,
UNA ALTERNATIVA PARA DISMINUIR LA DEPRESION
EN ADOLESCENTES A CAUSA DE FACTORES FAMILIARES”.

T E S I S:

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE

LICENCIADA EN PSICOLOGÍA

P R E S E N T A

SARAI BETSABÉ CASTILLO GALVÁN

ASESOR DE TESIS:

LIC. EN PSIC. LIZBETH CASTRO AMARO

OZUMBA MEXICO

JUNIO 2012



Universidad Nacional
Autónoma de México



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.

DEDICATORIA

***E**sta tesis la dedico a la mujer más maravillosa del universo,*

***A** quien es digna de respeto y admiración,*

***A** quien le debo cada uno de mis triunfos,*

***A** ti que me diste la vida,*

***A** ti que me enseñaste un camino de sueños,*

***D**e victorias, de sonrisas, de dedicación,*

***P**ero sobre todo de amor...*

***A** ti que me diste la alegría de ver realizado uno de mis sueños*

"Mi Carrera Profesional" ...

***A** ti mamita linda. **Mi** triunfo es tuyo*

***T**e **Q**iero **M**ucho.*

AGRADECIMIENTOS

¡Wow hacer una tesis no es nada fácil, y es imposible si una sola persona lo intenta hacer todo, por eso quiero agradecer a todas aquellas personas que me han acompañado y apoyado a lo largo de mi vida, y que son parte fundamental del logro de mi carrera profesional, y estas personas maravillosas son:

Primeramente agradezco a Dios que con sus cuidados y su amor me haya permitido llegar hasta este momento, me siento llena de alegría por los triunfos que me ha permitido tener, y sobre todo por regalarme el tesoro más valioso de tener una familia.

A ti mami mi mayor gratitud por tus esfuerzos, por tu cariño, por motivarme y guiar mi camino día con día, gracias por ser una mujer maravillosa que me llena de amor y alegría, no existen palabras que expresen mi más profundo agradecimiento por permitirme ser parte de tu vida, por confiar en mí y que juntas hayamos logrado este triunfo. ¡¡¡ TE QUIERO MUCHO MAMÁ!!!

Quiero agradecer también a Dios la dicha de tener dos hermanas maravillosas con quienes he compartido parte de vida, con quienes he reído y también llorado. Aline gracias por tu paciencia, por escucharme aún y cuando te pareciera aburrida. A ti Are gracias también por tu paciencia y comprensión hacia mis arrebatos. Quiero decirles que disfruto estar con ustedes. ¡¡¡ LAS QUIERO MUCHO HERMANAS!!!

A ti Gil encantador gracias por estar a mi lado, por motivarme, por cuidar que no decaiga, gracias por compartirme tu inteligencia, tu cariño,

gracias por tu amor y por tu paciencia, que también han sido ese motor para lograr mis sueños. ¡¡¡.TE QUIERO MUCHO GIL!!!

A usted profesora Liz muchísimas gracias por todo su apoyo, comprensión y conocimientos brindados a lo largo de la carrera siempre estará en mi corazón, como mi maestra y como una amiga. A mis profesores: Juan Carlos, Ivonne, Clara, María Luisa Lizbeth con quienes compartí la mayor parte de la carrera y a quienes a sido un placer enorme conocerlos gracias por contribuir también para mi formación como psicóloga, sus conocimientos siempre estarán en práctica.

Y a usted profesor Noel muchas gracias por la orientación en los tramites de titulación, gracias por su paciencia, a pesar de ser poco el tiempo que lo trate, me pude dar cuenta que es una persona extraordinaria, digna de respeto y admiración.

“Padecemos una especie de subdesarrollo emocional que nos impulsa a ciertas conductas autodestructivas, tanto en nuestra vida pública como en la privada.

Nos urge encontrar un camino que nos permita hallar una forma de ser más sanos, y ese camino está íntimamente relacionado con el amor y la espiritualidad. El amor es el mejor símbolo de la salud del hombre, es todo lo opuesto a la agresión, del miedo y de la paranoia, que a su vez representan la patología que nos desune”.

(Claudio naranjo).

INDICE GENERAL

	Pág.
RESUMEN.....	9
INTRODUCCIÓN.....	10
JUSTIFICACIÓN.....	13
CAPITULO 1.....	15
ADOLESCENCIA.....	15
1.1 Definición.....	15
1.2 Desarrollo físico.....	17
1.3 Sexualidad del adolescente.....	19
1.4 Cambios cognoscitivos en el adolescente.....	22
1.5 Desarrollo de la personalidad y socialización.....	24
1.6 Riesgos y peligros en el adolescente.....	30
CAPITULO 2.....	33
DEPRESIÓN.....	33
2.1 Definición.....	33
2.2 Causas de los trastornos del estado de ánimo.....	34
2.3 Criterios para diagnosticar a una persona depresiva.....	35
2.4 Clasificación de la depresión.....	36
2.5 Depresión en la adolescencia.....	37
2.6 Como prevenir el suicidio.....	39
CAPITULO 3.....	42
FAMILIA.....	42
3.1Definicion.....	42
3.2 Funciones de la familia.....	43
3.3 Tipos de familia.....	45
3.4 Evolución de la familia.....	46
3.5 Desarrollo de la familia.....	48
3.6 Estilos de crianza.....	51
3.7 Comunicación en la familia.....	54

	Pág.
CAPITULO 4.....	56
PSICOTERAPIA.....	56
4.1 Definición.....	57
4.2 Tipos de psicoterapia.....	59
4.3 Terapia cognitivo-conductual.....	65
4.3.1 Definición.....	65
4.3.2 Generalidades de la terapia cognitivo-conductual.....	66
4.3.3 Una breve historia de la terapia cognitivo-conductual.....	67
4.3.4 Técnicas cognitivo-conductuales.....	68
4.4 Terapias de grupo.....	73
4.4.1 Ventajas de la psicoterapia en grupo.....	75
4.4.2 Estrategias para la psicoterapia en grupo.....	76
4.4.3 Tipos de terapia en grupo.....	77
4.5 Fases del proceso psicoterapéutico.....	79
4.6 Objetivos y características de la psicoterapia.....	81
4.7 Efectividad de la psicoterapia.....	82
CAPITULO 5.....	84
METODOLOGÍA.....	84
5.1 Tema de investigación.....	84
5.2 Planteamiento del problema.....	84
5.3 Objetivos.....	84
5.4 Hipótesis.....	87
5.5 Tipo de investigación.....	87
5.6 Diseño.....	87
5.7 Población.....	88
5.8 Muestra.....	88
5.9 Situación experimental.....	88
5.10 Variables.....	88
5.11 Tratamiento.....	90

	Pág.
5.11.1 Desarrollo de las técnicas.....	90
CAPITULO 6.....	107
RESULTADOS.....	107
6.1 Graficas.....	107
6.2 Interpretación de graficas.....	110
6.3 Discusiones.....	112
CAPITULO 7.....	115
CONCLUSIONES.....	115
ANEXOS 1 y 2.....	118
BIBLIOGRAFÍA.....	124

RESUMEN

La depresión en adolescentes es un tema que impacta hoy en día, cualquiera podría decir que la población adolescente no tiene razones para deprimirse; sin embargo, los factores que en ella influyen son muchos: la familia, los amigos, la dificultad por encontrar la identidad, el bajo rendimiento escolar, entre otros; hemos escuchado hablar de suicidio en adolescentes obviamente el antecesor del suicido es la depresión. Por lo que el objetivo de la presente tesis fue conocer la efectividad de la terapia cognitivo-conductual para disminuir la depresión en adolescentes a causa de factores familiares. Este estudio utiliza el método experimental, con un diseño de tipo pretest-postest, en el que participaron 58 adolescentes hombres y mujeres entre la edad de 13 y 15 años estudiantes de la secundaria Josefa Ortiz de Domínguez, ubicada en el municipio de Ozumba, Estado de México, a quienes se aplicó el tratamiento. Los resultados en el postest muestran que hay disminución de la depresión en comparación al puntaje arrojado en el pretest. Logrando por lo tanto la estabilidad emocional en los adolescentes.

INTRODUCCIÓN

En la actualidad las personas se encuentran expuestas a sufrir gran variedad de problemas sociales o personales los cuales pueden llevar a padecer enfermedades tanto físicas como mentales, y la pregunta que como seres humanos nos hacemos ¿existe solución ante tales situaciones?; desde años atrás ya existían enfermedades que para los antepasados eran cosas sobrenaturales pues la única razón de éstas era la brujería o la hechicería, pero el tiempo ha pasado y la ideología de las personas ha ido evolucionando juntamente con los años, y en este transcurrir del tiempo ha surgido la ciencia la cual nos ha ayudado a darle nuevo sentido o razón del por que las personas enfermamos.

Como antes mencioné las enfermedades físicas y mentales son muchas, cada una de ellas con su propia razón de aparición, y, con su diferente forma de tratamiento; cabe mencionar que algunas enfermedades debido a su sintomatología no cuentan con curación total, si no que solamente existe el control de la misma para evitar su avance. El ser humano se caracteriza por la fuerza de sobrevivencia que antepone a cualquier situación de peligro, en este caso, a las enfermedades y ante tal lucha expone su persona total a fin de obtener una recuperación del equilibrio para seguir gozando vida.

Ante tal lucha de las personas puede darse el desánimo, al pensar si realmente vale la pena o no, y entonces se da un desequilibrio emocional; éste se identifica cuando existe tristeza, apatía por realizar las cosas, irritabilidad, desesperanza ante el futuro, falta de apetito o de sueño, puede haber aislamiento, entre algunas otras características. Como podemos darnos cuenta al leer estos síntomas nos percatamos que la mayoría de las personas, si no es que todas pasamos por un trance de desequilibrio emocional, en cualquier etapa de la vida sin importar la edad ni las circunstancias en las que nos encontremos, pero este

trance es pasajero pues solo dura algunos momentos, uno o dos días, y qué pasa entonces cuando una persona presenta tristeza la mayor parte del tiempo (días, meses, o hasta años); el desequilibrio emocional se convierte en depresión depresión.

Entonces puedo definir la depresión como el desorden psicológico que involucra sentimientos intensos de tristeza, así también como sentimientos de desánimo y desesperanza ante el futuro; estos síntomas presentados de manera constante en la vida de las personas que lo sufren; en estos tiempos ha incrementado la probabilidad de que las personas sufran depresión y algunos de los principales factores en actualidad se debe a problemas económicos, problemas familiares, por falta de autoestima, situaciones de pareja, por alguna pérdida de algo muy importante para la persona, o por situaciones labores.

La depresión no aparece únicamente en personas de edad avanzada como los trastornos degenerativos, una persona puede deprimirse en cualquier etapa de la vida; en la infancia el principal factor de la depresión es la ausencia de la madre; en la edad madura los factores incrementan y puede provocarla algunos de los antes mencionados; en la vejez las personas se deprimen principalmente por la falta de auto dependencia y, por la falta de atención que los hijos o familiares tienen hacia ellos. Y en la adolescencia es mas difícil definir la causa, pero acerca de esta etapa hablaremos más adelante.

Este trabajo se enfoca principalmente en la depresión en los adolescentes, la población que se escogió es la secundaria Josefa Ortiz de Domínguez del municipio de Ozumba, a ellos se les aplico el test de Beck para obtener a los alumnos que precisamente se encontraban con depresión, posteriormente a ello se les aplico una nueva prueba la escala de satisfacción familiar (ESFA), ésta con el objetivo de determinar a los adolescentes que tienen depresión a causa de factores familiares, con dicha escala se obtuvo una muestra de 58 adolescentes a quienes se les aplicará el tratamiento cognitivo-conductual en sus distintas técnicas; éste con el objetivo de disminuir la depresión que presentan,

encontrando así el equilibrio emocional y por lo tanto una mejor relación con los miembros de su familia.

Finalmente se espera que la realización del trabajo en conjunto tenga una impresión favorable para los que se dedican al estudio del comportamiento humano, y más específicamente para todos aquellos que tengan el interés por trabajar con adolescentes y ayudarlos, la respuesta que se espera al aplicar el tratamiento cognitivo-conductual es que disminuya la depresión de los adolescentes.

JUSTIFICACIÓN

Con el tiempo las personas cambian, las enfermedades incrementan y, las formas de tratamiento para éstas evolucionan; no es un solo lugar el que necesita de estos tratamientos, pues en todas partes del mundo los psicólogos nos enfrentamos a enfermedades mentales que impresionan día con día, y que como profesionales tratamos de emplear los mejores enfoques para ofrecer una mejor calidad de vida a los pacientes que acuden a nuestro consultorio.

Como psicólogos nuestra misión es tener conocimiento de la amplia variedad de tratamientos que se pueden emplear en terapia psicológica, en sus diferentes enfoques: conductual, cognitivo, psicoanalítico, humanístico, gestáltico, cognitivo-conductual, por mencionar solo algunos. Y en cada una de esta amplia gama de teorías van surgiendo modificaciones para su aplicación. Un ejemplo muy marcado de ello es la terapia cognitivo-conductual pues expertos se dieron cuenta a través de investigaciones que tanto las técnicas conductuales como cognoscitivas tenían mejor eficacia si se trabajaban en sincronía; dado que para modificar una conducta inadaptada también se tendría que modificar los pensamientos de los pacientes.

La realización de este trabajo surgió por varias finalidades, una de ellas es obtener mi título profesional, otra no menos importante crear un programa de intervención psicoterapéutico basado en la teoría cognitivo-conductual (mediante la aplicación de sus distintas técnicas) con el cual se pueda ayudar a los adolescentes estudiantes de la secundaria Josefa Ortiz de Domínguez con depresión a causa de factores familiares a obtener equilibrio emocional y una buena relación con los miembros de su familia.

El interés de trabajar con adolescentes es por que pocas son las personas y profesionales que desean invertir tiempo a ellos; ya que la adolescencia es un periodo de crisis y de maduración entre la niñez y la adultez, por ello al atravesar por esta etapa existe vulnerabilidad, irritabilidad, e irracionalidad de las ideas, muchos piensan que no vale la pena trabajar con los adolescentes pues si tienen estos síntomas es por que así lo marca la naturaleza de la etapa; sin embargo considero que es en esta etapa cuando como personas necesitamos más de la orientación psicológica pues ésta es la que marca el comienzo de la edad madura, así pues si un adolescente tiene depresión y no se le ayuda a superarlo en su momento, no es posible que pase a otra etapa satisfactoriamente pues los problemas los seguirá arrastrando etapa tras etapa hasta que tenga una intervención terapéutica.

En la aplicación del tratamiento cognitivo-conductual conseguiré primeramente la motivación a la participación de los adolescentes en todas las técnicas, para obtener resultados satisfactorios (disminuir la depresión), pero también incitarlos a llevar en la práctica rutinaria lo aprendido durante las sesiones.

CAPITULO I

ADOLESCENCIA

En este capítulo pretendo explicar algunos de los factores que influyen en el desarrollo del adolescente, describo la maduración física por la que atraviesan y sobre las dificultades de adaptación a este proceso, menciono así también las actitudes que ellos muestran ante la sexualidad y ante la formación de su identidad. De la misma manera señalo el proceso, el funcionamiento y evolución cognoscitiva de la etapa de la adolescencia, sin embargo para que los adolescentes pasen a la madurez no es suficiente el cambio físico y cognoscitivo, también debo tomar en cuenta la socialización ante los diferentes ambientes: familia, amigos, noviazgo etc. Además del moldeamiento moral y la adquisición de valores.

1.1 Definición de adolescencia

El tema de adolescencia es de gran importancia en la actualidad debido a que en la cultura moderna cubre gran porcentaje de la población. Entender la etapa de la adolescencia no es nada fácil, debido a que la mayoría de los cambios que el ser humano pueda sufrir se viven en esta etapa (Lefrancois, 2005); cabe mencionar que no en todas las culturas se desarrolla igual la adolescencia, no quiero decir con esto que algunas personas experimentan solo algunos cambios y algunas otras cambios distintos, si no que como seres individuales respondemos de distinta manera ante las situaciones de la vida, así pues, un grupo de adolescentes aun viviendo en la misma cultura van a experimentar los cambios de forma diferente, por ello la respuesta que existe ante el desarrollo de la

adolescencia en la diversidad de culturas varia aún mas influyendo en este acontecimiento: el clima, la raza, las ideología, la lengua, etc.

La crisis por la que atraviesan los adolescentes ante los cambios, es fundamental para la etapa pues ésta permite la formación de la personalidad, siendo ésta el conjunto de características psicológicas de cada individuo y patrones conductuales únicos y relativamente invariables de una persona (Dennis, 2005), principalmente por las formas (habilidades, recursos y fuerzas) en que el adolescente afronta el estrés surgido por todo el cambio. Antes de mencionar la definición de adolescencia, es importante enfatizar que todos los seres humanos pasamos por ella, con reacciones diferentes pero al fin y al cabo nadie se salva de atravesarla.

Adolescencia es el periodo, culturalmente definido entre la niñez y la adultez, es una época de cambio, de exploración, de exuberancia y de búsqueda insaciable, pero también puede ser una época de preocupaciones y de problemas, principalmente en el mundo moderno (Dennis, 2005), su definición en latín “adolescere” que significa “crecer hacia” (Horrocks, 1984). No existe edad específica del periodo de la adolescencia pues a ésta la definen las características de la cultura donde crezca el adolescente, sin embargo diferentes autores determinan que la edad aproximada de la misma es durante el periodo de entre los diez y los doce años; cuando los cambios se dan antes de los catorce se habla de una adolescencia temprana y cuando los cambios siguen apareciendo después de los diecisiete se habla de una adolescencia tardía.

En cada persona el periodo de la adolescencia plantea retos y problemas que exigen habilidades distantes sin embargo Grace (2005) considera que todo adolescente debe concluir dos grandes desafíos 1) lograr la autonomía y la independencia de sus padres; 2) formar una identidad, esto es crear un yo integral que combine en forma armonioso varios elementos de la personalidad. No obstante, dentro de la adolescencia se da una transición considerada pubertad, la

cual se define como el periodo de rápido cambio durante el cual los individuos alcanzan la madurez sexual y la capacidad de reproducirse (Barón,1996).

1.2 Desarrollo físico de la adolescencia

Los cambios físicos por los que pasa el adolescente no son fáciles de asimilar debido a que éste es un proceso fisiológico que observa y siente directamente el adolescente, formulándose pregunta de si tiene el tamaño correcto, si todos atraviesan por eso en algunos es grande la sorpresa en otros domina la vergüenza y en otros más la inseguridad de su propio cuerpo; suelen hacerse juicios acerca de lo mismo pero con información errónea; el que los adolescentes acepten satisfactoriamente estos cambios dependerá de las reacciones e información que tengan los progenitores hacia sus hijos (Papalia, Wendkos y Duskin. 2005); a través de cada modificación física el adolescente se va formando un obsesión por seguir modelos que observa en la televisión, revistas, o en características que observa en las mismas personas de su edad. En caso en que los adolescentes no cuenten con las personas adecuadas para orientar la evolución de su cuerpo se torna en ellos ansiedad y esto hace que en vez de que sientan el desarrollo físico como algo normal lo perciben como algo anormal.

Crecimiento y cambios físicos

Las características biológicas de la adolescencia son: incremento de la estatura, desarrollo acelerado, agrandamiento y maduración de los órganos reproductores tanto internos como externos, aparición de rasgos sexuales secundarios (vello corporal, incremento de grasa y de los músculos), tamaño de las glándulas sebáceas de la piel (acné), aumento de las glándulas sudoríparas, que generan un intenso olor corporal y mantienen el equilibrio del balance de la función del cerebro: el hipotálamo y la hipófisis, incremento de la grasa corporal, ésta se deposita en el área de los senos permitiendo el crecimiento de estos (en la

mujer el depósito es permanente mientras que en el varón solo es temporal). Cabe destacar que estos cambios no se dan por igual en el ser humano ya que unos pueden experimentar un cambio prematuro mientras que en otros puede ser tardío ello depende de los genes, alimentación y ambiente (Lefrancois, 2005).

Pubertad

La mayoría de las personas llegamos a confundir la pubertad con la adolescencia sin embargo este es un pensamiento erróneo pues la pubertad es un proceso biológico y la adolescencia un estado social-emocional (Papalia et al. 2005); en las mujeres la pubertad comienza entre los nueve y doce años mientras que los varones entre los once y los catorce años; en la pubertad aumenta drásticamente la conciencia del cuerpo y el interés por la apariencia física, en este momento provienen las insatisfacciones principalmente en las mujeres. Que si son altas, que si tienen el peso adecuado, si su figura atraerá a los hombres etc. (Dennis, 2005). La maduración temprana es benéfica para los varones pues según su ideología mejora su autoimagen y representa una ventaja en el ámbito social. Las características ideales para la pubertad son las siguientes:

En las mujeres la menarquía (primer periodo menstrual), crecimiento de los senos, desarrollo del útero y la vagina, agrandamiento de los labios vaginales y del clítoris, debido a la menstruación se desarrolla irritabilidad, depresión, llanto cólicos inflamación e hipersensibilidad de los senos, crecimiento del vello púbico, crecimiento del vello en las axilas, aumento de la producción de las glándulas sudoríparas y sebáceas (Shaffer, 2000).

En los varones primera emisión del semen que contienen espermatozoides, crecimiento rápido de los testículos y del escroto, aparición del vello púbico, crecimiento en el tamaño de corazón y de pulmones, abundante producción de eritrocitos los cuales ayudan a tener mayor fuerza y capacidad atlética, abruptos cambios en el cambio de voz, desarrollo de pelo en el rostro y en el torso (Shaffer, 2000).

Imagen corporal

Todas las personas o al menos la mayoría de ellas constantemente nos encontramos preocupadas por nuestra imagen corporal (Aberastury y Knobel, 2009), así mismo nos esforzamos por tener un peso adecuado, una vestimenta con la cual vernos bien ante la sociedad, poder escoger el peinado y los accesorios que vayan bien con nuestro color de piel, en fin, con riesgo a equivocarme podría decir que los seres humanos pasan la mayor parte del tiempo organizando y diseñando su imagen personal aún en las diferentes etapas en las que se encuentre.

Sin embargo, en la etapa de la adolescencia y de la juventud es cuando mayor importancia damos a la imagen corporal queremos lucir siempre bien para poder llamar la atención principalmente de los hombres y mujeres de nuestra edad (Shaffer, 2000), en estas dos etapas es cuando queremos obtener como sea el suéter, la blusa, el pantalón, o cualquier otro accesorio que nos haga lucir bien, las mujeres son las que más empeño ponemos, pero para los hombres no es tan indiferente este aspecto pues también buscan la manera para ser más atractivos.

1.3 Sexualidad del adolescente

¿Sexualidad? Es una palabra que con solo escucharla llama la atención y la curiosidad de las personas, si usted lector se acercara en estos momentos a una persona y le preguntara sobre que tema le agradaría que le hablara entre religión, política, comunicación en las familias o sobre sexualidad, tenga por seguro que elegirá este último tema, aún y cuando las personas son ya adultas la sexualidad siempre causa curiosidad y está siempre latente en su pensamiento, quizá se deba por la misma sexualidad que practica el organismo y por la búsqueda constante de situaciones con las cuales experimentar placer (Lefrancois, 2005). Entonces la sexualidad es aún más interesante para los adolescentes.

No obstante a pesar que para las personas es un tema interesante, a la mayoría le cuesta trabajo entablar una conversación sobre él, aparentemente me contradigo con lo anterior, es curioso pero así es, por que es cierto que es muy importante el tema, pero cuando se trata de resolver dudas de personas menores la sorpresa es grande, impacta el hecho de que un niño o adolescente haga preguntas al respecto y entonces buscamos desviar estas preguntas. A las personas que más trabajo le cuesta responder preguntas son a los padres, más específicamente a las mujeres, y más aún cuando en la familia la carga religiosa abunda, en ocasiones hasta se llega a castigar a los hijos por hacer preguntas referentes a la sexualidad (Aberastury y Knobel. 2009).

Hablar de sexualidad es complicado, y si, también penoso, pero si como familia no se platica sobre ello, y si como padres no se le brinda la confianza necesaria a los hijos, ellos buscarán entonces sus respuestas con personas ajenas, y que muchas veces no proporcionan la información correcta a los jóvenes. En el adolescente se va desarrollando el interés por el sexo opuesto y la necesidad de integrar la sexualidad a otros aspectos de su personalidad (Grace, 2001). La función de los adolescentes se ve en función de las normas culturales del tiempo y del lugar en el que les toco vivir, de estos factores depende en gran medida el comportamiento sexual que ellos tengan.

En los años 60 los jóvenes consideraban que el sexo antes del matrimonio era inmoral, sintiendo así la necesidad por conservar la virginidad hasta el matrimonio, sin embargo a principios de los 70's cambiaron mucho las actitudes sexuales, en parte por la aparición y distribución generalizada de las píldoras anticonceptivas, y en parte por el movimiento de amor libre (Barón, 1996). Así es como la sexualidad ha ido revolucionando a medida que ahora ésta es más abierta a una amplia gama de actividades sexuales como son: la masturbación, la homosexualidad, y parejas que viven juntas sin estar casadas, sin embargo los cambios en la sexualidad trajo problemas como grandes cantidades de relaciones

sexuales sin recurrir al control natal y la propagación de enfermedades de origen sexual (Grace, 2001).

Los adolescentes continúan siendo muy activos en lo sexual a pesar de que las actitudes de la sociedad ante la conducta sexual se han vuelto más conservadoras. Los varones inician antes la actividad sexual y suelen mostrar actitudes diferentes de las de las mujeres (Dennis, 2005), en ellos es más probable que la iniciación sexual ocurra con una pareja informal que con una pareja estable y que reciban más apoyo social que la mujer por la pérdida de su virginidad, así también los varones suelen buscar otra experiencia sexual poco después de la primera, hablan más de su actividad y el sentimiento de culpa es menos frecuente en ellos que en las mujeres.

Varios son los factores que influyen en la conducta sexual del adolescente, Grace (2001) enfatiza los siguientes:

- La educación: quienes alcanzan los mayores niveles educativos suelen tener ideas más conservadoras acerca del sexo; es menos probable que los estudiantes brillantes inician la actividad sexual a una edad temprana, por consiguiente quienes fracasan en la escuela recurren a la actividad sexual.
- Factores psicológicos: estos factores son distintos en ambos sexos, los adolescentes varones con experiencia sexual suelen tener una autoestima elevada, mientras que la autoestima de las mujeres con experiencia sexual tiende a ser baja. Pero en ambos sexos la actividad sexual temprana se asocia con otras conductas problemáticas como consumo de drogas y delincuencia (Lefrancois, 2005).
- Factores familiares: tanto la crianza demasiado restrictiva como la educación demasiado permisiva se asocian con un inicio precoz de la actividad sexual en los adolescentes, además de existir una deficiente comunicación con sus padres.

- Factores biológicos: estos constituyen un aspecto importante; los que maduran en forma precoz suelen iniciar la actividad sexual más temprana que los que maduran tardíamente, y a pesar que los varones alcanzan la madurez unos dos años después que las mujeres, pierden su virginidad más o menos un año antes que ellas (Lefrancois, 2005).

1.4 Cambios cognoscitivos en el adolescente

Desde el nacimiento del ser humano y hasta la edad madura los cambios en el pensamiento se manifiestan, sin embargo, durante la adolescencia hay una expansión de la capacidad y el estilo del pensamiento que aumenta la conciencia del individuo, su imaginación, su juicio e intuición de manera más considerable que en cualquier otra etapa de su vida (Grace, 2001). En esta etapa de la adolescencia, el desarrollo cognoscitivo se caracteriza por un mayor pensamiento abstracto y el uso de la metacognición, el pensamiento abstracto del adolescente Piaget lo describe como la etapa final del desarrollo cognoscitivo y, a dicha etapa pensamiento operacional formal.

Pensamiento operacional formal

Se caracteriza por la modalidad de procesamiento intelectual abstracto, especulativo e independiente del ambiente y de las circunstancias inmediatas (Morris y Maistro. 2005), además comprende considerar las posibilidades y comparar la realidad con cosas que pudieran ser o no ser, a diferencia de los niños pequeños el adolescente muestra una inclinación creciente a considerar todo como una mera variación de lo que podría ser (Barón, 1996). El pensamiento de las operaciones formales exige la capacidad de formular, probar y evaluar hipótesis.

Grace (2001) considera que el pensamiento operacional formal puede definirse entonces como un proceso de segunda orden. El pensamiento de primer

orden consiste en descubrir y examinar las relaciones entre objetos; el de segundo orden radica en reflexionar sobre los pensamientos.

Cualidades del pensamiento del adolescente

Dennis (2005) retoma a Gallagher para considerar las tres cualidades más notables del pensamiento del adolescente, que son las siguientes:

1. Capacidad de combinar variables relevantes para hallar la solución de un problema.
2. Capacidad de proponer conjeturas sobre el efecto que una variable tendrá sobre otra.
3. Capacidad de combinar y separar las variables en forma hipotético-deductiva.

Cabe señalar que no todos los individuos logran dominar el pensamiento operacional formal influyendo factores: culturales, socioeconómicos, y en especial la escolaridad (Papalia et al. 2005).

Procesamiento de la información

El ser humano se caracteriza por ser una criatura muy adaptable, esto debiéndose más a la inteligencia y habilidades del pensamiento que a la fuerza física o a la velocidad (Dennis, 2005). En este apartado vale la pena mencionar la definición de cognición, la cual Baron (1996) la describe como el procesamiento mental de la información. El pensamiento es como el funcionamiento de una computadora, en donde ésta es el cerebro y el pensamiento es la programación que deseamos entender.

Así pues el desarrollo cognoscitivo durante la adolescencia abarca lo que Grace (2001) menciona como:

1. Empleo más eficaz de componentes individuales de procesamiento de información como la memoria, retención, y transferencia de información.
2. Estrategias más complejas que se aplican a diversos tipos de solución de problemas.
3. Medios más eficaces para adquirir información y almacenarla en forma simbólica.
4. Funciones ejecutivas de orden superior: planeación, toma de decisiones, y flexibilidad al escoger estrategias.

Además se identifican tres componentes mensurables del procesamiento de la información cada uno con su función propia, retomados por Brace (2001) de Steinberg:

- a) Metacomponentes: proceso de control de orden superior con los cuales se planea y se toman decisiones.
- b) Componentes de desempeño: proceso con que se llega a la solución de un problema, perteneciendo a esto la selección y la recuperación de información relevante guardada en la memoria de largo plazo.
- c) Componentes de la adquisición de conocimientos (almacenamiento): proceso que se utiliza en el aprendizaje de nueva información.

1.5 Desarrollo de la personalidad y socialización

¿Por qué hablar de personalidad y socialización de los adolescentes? Por que la forma en que el adolescente afronta el estrés ocasionado por los cambios de su cuerpo y por sus nuevos roles depende del desarrollo de su personalidad en los años anteriores (Grace, 2001), vale la pena definir la palabra *personalidad* que de acuerdo a Morris y Maistro (2005) la definen como el patrón único de

pensamientos, sentimientos, y conductas de un individuo que persiste a lo largo del tiempo y entre situaciones. Se considera entonces que la adolescencia es un periodo de crisis y tensiones, es decir de una enorme confusión de emociones y conductas, sin embargo, es necesaria esta crisis para que el adolescente logre encarar los dos grandes desafíos de la etapa y los cuales le ayudaran a en el desarrollo de las etapas posteriores de su vida, estos son: lograr la autonomía y la independencia respecto a sus padres, y, formar una identidad creando un yo integral que combine en forma armoniosa varios elementos de la personalidad (Grace, 2001).

Búsqueda de Independencia en la adolescencia

Los adolescentes están ansiosos por independizarse de sus padres, pero al mismo tiempo temen las responsabilidades de la vida adulta (Morris y Maistro. 2005), entonces el adolescente se sirve del conflicto y la rebeldía para alcanzar la autonomía y la independencia de sus padres, considerando que la autonomía es como una autorregulación a las exigencias del medio, y la independencia implica la capacidad de hacer juicios por uno mismo y regular la conducta personal (Grace, 2001). No obstante para lograr el proceso de independencia el adolescente debe desarrollar un sentido estable del Yo a través de la formación de la identidad.

Formación de la identidad

La formación de la identidad consiste en la obtención del sentido de lo que somos y de cómo encajamos en la sociedad (Baron, 1996), antes de la adolescencia la percepción de nosotros mismos es en función de diversos roles, como: amigos, enemigos, estudiante, jugador, hijo, entre muchos otros, y en función de la pertenencia a pandillas, clubes, pero ¿Qué sucede cuando llegamos a la etapa de la adolescencia? Algunas veces abandonamos roles de los antes mencionados, en otras ocasiones se establecen nuevas relaciones con los padres, compañeros, o hermanos, entonces es cuando el adolescente se siente abrumado

por la pregunta constante de quien es, por ello, varios autores consideran que la formación de la identidad es un obstáculo que adolescentes deben superar para realizar una transición exitosa a la adultez (Papalia et al. 2005).

Existen factores que influyen en la identidad de los adolescentes como lo son los grupos de referencia, los cuales pueden estar compuestos por individuos con quienes interactúan a menudo y con quienes mantienen relaciones estrechas, o bien pueden ser grupos sociales más generales con los que comparten actitudes e ideales como: grupos religiosos, étnicos, generacionales o que conocen por internet (Aberastury y Knobel. 2009). El otro factor significativo que puede ser un amigo íntimo, un profesor admirado, un hermano mayor, una estrella de cine, etc. (Shaffer, 2000).

En apariencia se observa que no es tan complicado llegar a la formación de la identidad, sin embargo no es así pues los adolescentes atraviesan por una crisis de identidad la cual es un periodo de toma de decisiones sobre cuestiones importantes como ¿Quién soy? y ¿Hacia dónde me dirijo? (Wicks y Allen. 1997), existiendo así cuatro estados o modos de la formación de identidad, Grace (2001) retoma a Marcia quien propuso dichos estados y que a continuación explico:

- Estado de exclusión: en este estado se hacen compromisos sin tomar muchas decisiones, se manifiesta un mínimo de ansiedad; valores más autoritarios, y vínculos positivos y sólidos.
- Estado de difusión: aquí todavía no se hacen compromisos, se tiene poco sentido de dirección, se rehúye al asunto; a veces se abandona la escuela o se recurre al alcohol, u otras sustancias para evadir la propia responsabilidad.
- Estado de moratoria: en este se pasa por una crisis de identidad o por un periodo de toma de decisiones; se sufre ansiedad ante las decisiones, decisiones sin resolver.

- Consecución de la identidad: aquí se hacen compromisos después de superar una crisis de identidad; se tienen sentimientos equilibrados por los padres y la familia, siendo menos difícil alcanzar la independencia.

Lo que se esperaría en todos los adolescentes es que alcancen el estado de consecución para que puedan mostrar los sentimientos de manera equilibrada hacia sus padres y su familia, considerando ésta la forma mas sana en la etapa de la adolescencia (Morris y Maistro. 2005).

Dinámica familiar del adolescente

La familia como ya mencioné juega un papel muy importante para el desarrollo positivo de los adolescentes, ya que la manera en que los padres interactúen con ellos influye en modo decisivo en la forma en que estos avancen a la adultez (Papalia et al. 2005), así mismo cuando existen cambios conductuales en un miembro de la familia afecta también en los demás, por consecuencia, al ser la adolescencia un periodo de modificaciones trascendentales y en ocasiones radicales, la familia también cambia como sistema social (Grace, 2005).

Regularmente en todas las familias en las que haya por lo menos un adolescente va a existir la presencia de pequeños o grandes fricciones, la mayoría de los conflictos de los adolescentes hacia con los padres gira en torno a cosas tan simples como quehaceres domésticos, la hora de dormir, respecto al noviazgo, que tenga que ver con las calificaciones escolares, con el aspecto personal, y los hábitos de alimentación (Garrison, 2003), la probabilidad de presencia de problemas en la familia se da principalmente en los primeros años de la adolescencia, sin embargo cuando se consigue mantener la comunicación se podrá negociar entonces las cuestiones que se consideran tan difíciles (Lefrancois, 2005).

El efecto de los padres en comparación con el de las madres es distinto, dado que los padres suelen estimular más a los hijos, mientras que la relación que los hijos tengan con la madre es más compleja, pues esta interacción gira en torno

a las obligaciones hacia los quehaceres domésticos, las responsabilidades, o la disciplina dentro y fuera del hogar. Pero a pesar de que estas actividades causan mayor conflicto y tensión entre los hijos y las madres, a la par favorece para una mayor intimidad entre ellos (Papalia et al. 2005).

El estilo de crianza más favorable para desarrollar una conducta sana en los adolescentes es el estilo autoritativo pues se caracteriza por incitar al hijo a acciones responsables e independientes, con una buena autoaceptación y autocontrol (Shaffer, 2000), a lo contrario de ejercer un estilo autoritario, pues este crea hijos dependientes, ansiosos, rebeldía y rencor hacia sus progenitores.

Los adolescentes necesitan de un apoyo distinto al de los hijos pequeños por que exploran en forma más activa su independencia (Grace, 2001), algunos investigadores han descubierto tres aspectos relevantes del funcionamiento de las familias que conviven con adolescentes, estos son: cohesión, adaptabilidad, y, calidad de comunicación (Papalia et al. 2005), las familias logran una adaptación optima cuando se negocian los cambios en forma racional, teniendo en cuenta las necesidades y los deseos de todos los miembros que integran la familia, además de tener una comunicación abierta, ya que ésta favorecerá la cohesión de la misma.

Relaciones con amigos y noviazgo

Conforme los adolescentes se van independizando de su familia surge la necesidad de buscar amigos con los cuales puedan obtener apoyo emocional, y que aprueben sus nuevos valores, para que el adolescente acepte su identidad debe relacionarse con personas de su misma edad para sentirse aceptado. (Aberastury y Knobel. 2009), regularmente recurren a quienes viven la mismas experiencias.

Las redes de compañeros son esenciales para la adquisición de habilidades, los adolescentes aprenden de sus compañeros y amigos de su edad las clases de conductas que serán compensadas por la sociedad y los roles

adecuados, dando surgimiento a una competencia social, ésta como el elemento fundamental de la capacidad de hacer nuevos amigos y de conservar los actuales, además la competencia social se basa en la capacidad de hacer comparaciones sociales, éstas que le permitan al adolescente reforzar su identidad personal y además evaluar los rasgos de otras personas en comparación con los propios. (Caballo y Simón. 2010).

Al inicio de la adolescencia la comparación se centra en el aspecto físico y los rasgos de personalidad que los hacen populares, pero durante los últimos años de esta etapa el adolescente busca ahora amigos con quienes comparte características similares, busca amistades basándose en actividades e intereses comunes, y conforme los amigos se vuelven más íntimos, el adolescente tiende a acudir a ellos más que a sus padres en busca de un consejo (Papalia et al. 2005), pero al mismo tiempo que el interés por las amistades de desarrolla en los adolescentes, también surge la curiosidad por tener una relación más íntima con personas del sexo opuesto, consiguiendo un noviazgo, que en esta etapa únicamente se considera como un pasatiempo popular para los adolescentes, en donde el único interés es probar, imaginar, y descubrir como es que funciona el noviazgo (Horrocks, 1984).

Grace (2001) retoma a Bruce quien menciona siete importantes funciones que cumple el noviazgo en la adolescencia y que a continuación se mencionan:

1. Recreación: oportunidad de divertirse con una persona del sexo opuesto.
2. Socialización: oportunidad de que dos personas del sexo opuesto se conozcan y aprendan a interactuar.
3. Estatus: oportunidad de mejorar el estatus al ser visto con alguien a quien se considera buen partido.
4. Compañía: oportunidad de tener un amigo del sexo opuesto con quien interactuar y compartir experiencias.

5. Intimidad: oportunidad de establecer una relación íntima y significativa con una persona del sexo opuesto.
6. Sexualidad: oportunidad de experimentar y obtener satisfacción sexual.
7. Elección de compañero: oportunidad de relacionarse con miembros del sexo opuesto con mira a escoger al cónyuge.

Es importante enfatizar que cuando los adolescentes experimentan una relación de noviazgo la mayoría de ellos no llegan a la séptima función del noviazgo (Wicks y Allen. 1997), pues en ellos se da la capacidad para razonar y no comprometerse demasiado. Y probablemente los adolescentes que lleguen a ese paso, es por la búsqueda de una salida aparentemente mejor a la relación que experimentan en casa.

1.6 Riesgos y peligros en el adolescente

El desarrollo de la adolescencia, como mencioné anteriormente, es un proceso nada fácil por el que todos los seres humanos pasamos, el hecho de buscar la identidad, experimentar actitudes y conductas, buscar definirse uno mismo, desplegarse poco a poco del control de los padres, son características que cumplen una función sana en el desarrollo, pero llegar a conseguir todo ello puede conducir a conductas enfermizas, correr riesgos en general, o consumir sustancias tóxicas que impidan el buen funcionamiento del cuerpo (Johnmarshall, 2001).

Los riesgos a los que el adolescente se encuentra más expuesto son: tener relaciones sexuales sin protección dando como consecuencia un embarazo no deseado o alguna infección de origen sexual, consumo de sustancias en abuso como alcohol y drogas, conducir sin precaución sea un automóvil o una moto, realizar actividades peligrosas como fuente de trabajo (trabajar en cruceros, en construcciones de edificios, etc.), violencia que se ejerce dentro de las pandillas, como las principales (Papalia. et al. 2005)

Los adolescentes se entregan a conductas de alto riesgo por varios motivos, quizá por que no se percatan de los peligros que corren, tal vez por que disponga de muy poca información, por que las advertencias que recibe del adulto quizá no sean tan eficaces o por que el adolescente las ignora, pero estos factores se dividen en cinco dominios de acuerdo a Grace (2001):

- Biología/genética: factores de riesgo (antecedentes de familiares alcohólicos o drogadictos), factores de protección (gran inteligencia).
- Ambiente social: factores de riesgo (pobreza, anomia normativa, desigualdad racial), factores de protección (escuela de calidad, cohesión de la familia, recursos del barrio, adultos responsables).
- Ambiente percibido: factores de riesgo (modelos de conductas desviadas, conflictos normativos entre progenitores y amigos), factores de protección (modelos de conducta convencional, controles estrictos sobre la conducta desviada).
- Personalidad: factores de riesgo (percepción de pocas oportunidades vitales, baja autoestima, propensión a correr riesgos), factores de protección (valoración del aprovechamiento académico, valoración de la salud, intolerancia de la desviación).
- Conducta: factores de riesgo (problemas de alcoholismo, trabajo escolar deficiente), factores de protección (asistencia a la iglesia, participación en la escuela, clubes voluntarios).

Los padres hoy en día se preguntan que pueden hacer para evitar que sus hijos adolescentes corran peligro, algunos de ellos prefieren mandarlos a escuelas particulares, cambiarse de residencia, pero la verdad es que no existe un ambiente totalmente seguro y ninguna persona es invulnerable a las fuerzas destructivas de la sociedad moderna (Lefrancois, 2005) pero cuando las personas se desarrollan en una familia estable tiende a caer difícilmente en el peligro.

Además, otros peligros a los que están expuestos los adolescentes son a los riesgos psicológicos como: trastornos alimenticios, baja autoestima, depresión problemas de inteligencia, estrés, entre los más frecuentes (Wicks y Allen. 1997).

CAPITULO 2

DEPRESIÓN

En el transcurrir de la vida las personas atravesamos por situaciones dolorosas que es imposible evitarlas, como la muerte de un ser querido, y estas situaciones provocan que la gente experimente tristeza, siendo así, es absolutamente normal (Compas y Gotlib. 2003) o ponerse triste por la pérdida de un trabajo, o por la ruptura de una relación, en fin siempre van a estar presentes las situaciones que provoquen tristeza, de antemano se ha sugerido que la depresión en algunos casos es una respuesta adaptativa que ayudo a nuestros ancestros a sobrevivir en periodos de penurias (Morris y Maistro. 2005), pero, si se vuelve a repetir es una perturbación del estado de ánimo del mundo real que pasa con rapidez y entonces, se habla de depresión, cuando esta tristeza experimentada es prolongada. Más adelante describiré las características para considerar que una persona tiene depresión.

2.1 Definición

La depresión es un desorden psicológico que involucra sentimientos intensos de tristeza, falta de energía, y sentimientos de desamparo y desesperanza (Barón, 1996). Aunque todos experimentamos cambios del estado de ánimo por que son una parte normal de la vida, estos se presentan en corta duración, siendo un patrón común, sin embargo hay personas que experimentan las perturbaciones del estado de ánimo de manera prolongada, es decir tiene la sensación de malestar y flojera casi siempre si no es que todo el tiempo, cuando

es así se dice que estas personas sufren de un desorden del estado de ánimo (depresión), de acuerdo a las características que marca el DSM-IV.

Tanto la depresión como otros desordenes del estado de ánimo suelen presentarse en la familia, distintos autores señalan que si algún miembro de la familia sufre depresión los demás se contagian presentando si no los mismos síntomas, si, la mayor parte de ellos, también se ha comprobado que los hijos que nacen de madres depresivas tienden a desencadenar este problema (Papalia et al. 2005). Sin embargo, existen otros factores que pueden provocar la depresión como: los amigos, la pareja, el trabajo etc., los cuales menciono más adelante.

Si bien, como señalé anteriormente, todos estamos expuestos a sufrir depresión sin importar la edad, en la actualidad las personas que más se deprimen son los estudiantes debido al estrés del trabajo escolar y las presiones para elegir una carrera, por el aislamiento o la soledad que los amigos o el novio (a) tengan hacia el estudiante, por la preocupación de las calificaciones pues estas pueden traer disgustos con los familiares, por la dificultad para encontrar la identidad propia, o por que la depresión la origine sustancias toxicas alcohol o algún tipo de drogas (Dennis, 2005).

La pregunta que comúnmente surge para cualquier alteración psicológica es ¿hay alternativa de solución para la depresión?, la respuesta es si, pues para ello han surgido diferentes tipos de terapias cada una de ellas con su enfoque teórico, mismas que trato más adelante.

2.2 Causas de los trastornos del estado de ánimo

Algunas personas insisten en que los trastornos del estado de ánimo son causados únicamente por la naturaleza o por la crianza (Morris y Maistro. 2005), sin embargo, la mayoría de los psicólogos ahora creen que los trastornos del estado de ánimo son una combinación de factores de riesgo (Lefrancois, 2005), algunos de los cuales se mencionan a continuación, y que según Barón (1996) son los principales factores causales:

Factores biológicos: estos desempeñan un papel importante en el desarrollo de la depresión, la evidencia más sólida se observa en los gemelos; por tanto un gemelo que sufre depresión, lo más probable es que también su gemelo padezca. Además algunas investigaciones han vinculado los trastornos del estado de ánimo con ciertos desequilibrios químicos dentro del encéfalo, sobre todo con los niveles altos y bajos de algunos neurotransmisores (Barón, 1996).

Factores psicológicos: principalmente estos factores afectan en la contribución de las distorsiones cognitivas inadaptadas (Morris y Maistro. 2005). Por eso la mayoría de las terapias aplicadas para la depresión están basadas en la modificación y reestructuración cognitiva.

Factores sociales: muchos de estos factores se han relacionado con los trastornos del estado de ánimo, en particular las dificultades en las relaciones interpersonales y relaciones cercanas y estas situaciones tienen más prevalencia en las mujeres que en los hombres (Morris y Maistro. 2005), pero todas las personas reaccionan de diferente manera aun atravesando por la misma o similar experiencia.

2.3 Criterios para diagnosticar a una persona depresiva

Primeramente es importante distinguir entre el fenómeno-síntoma de depresión y el síndrome-trastorno denominado depresión (Compas y Gotlib. 2003), el primero se manifiesta por sentimientos de tristeza y la pérdida de placer, y el segundo se identifica por atributos que con toda probabilidad se dan en forma conjunta experimentando un estado de ánimo negativo, acompañado de ciertos problemas somáticos, cognitivos y de conducta.

De manera general y aplicada a todas las personas, sin importar edad, Sánchez (2008) propone que para diagnosticar a una persona como depresiva debe presentar al menos cinco de los siguientes síntomas psicósomáticos:

1. Tristeza y pesimismo persistente.

2. Sentimientos de culpa, incapacidad, inutilidad.
3. Pérdida del interés y del placer en las actividades cotidianas, incluyendo el sexo.
4. Dificultad de concentración, y pobre memoria.
5. Insomnio o aumento del sueño.
6. Ganancia o pérdida del peso.
7. Fatiga y falta de energía.
8. Ansiedad, agitación, irritabilidad.
9. Ideas suicidas.
10. Habla y movimientos lentos.
11. El futuro parece sombrío y pesimista.
12. Crítica a sí mismo constantemente.
13. Se siente abrumado por sus responsabilidades
14. Sufre de estreñimiento.

Hay que aclarar que los síntomas y sensaciones que experimenta la persona depresiva, son únicamente sensaciones subjetivas (Nuñez. 2001).

2.4 Clasificación de la depresión

Aún en la actualidad, y a pesar de todas las investigaciones que constantemente se realizan no es posible hacer afirmaciones definitivas con respecto a la clasificación de la depresión en la adolescencia (Garrison, 2003), no obstante el punto de vista dominante se basa en que la depresión en la adolescencia y también en la niñez es un trastorno cuyas características esenciales son las mismas que las que se manifiestan en los adultos.

La depresión de manera generalizada se clasifica en la depresión normal y la depresión clínica; la primera es el tipo de depresión que toda la gente experimenta de vez en cuando (Morris y Maistro. 2005), es absolutamente normal sentirse triste cuando fallece un ser querido, cuando termina una relación

romántica, o cuando se tienen problemas en el trabajo o en la escuela, e incluso cuando el clima es malo, pero también las personas psicológicamente saludables se llegan a poner tristes sin razón aparente, siendo así una reacción normal a problemas del mundo real y que pasa con rapidez.

En la depresión clínica la situación va más en serio, se manifiesta de forma prolongada y la persona es incapaz de enfrentarse a los sucesos estresantes de la vida (Morris y Maistro. 2005). En esta última se distinguen dos tipos: el *trastorno depresivo mayor* que es un episodio de tristeza intensa que puede durar varios meses, y la *distimia* que es una tristeza menos intensa, con síntomas relacionados al trastorno depresivo mayor, pero que persiste con poco alivio con un periodo de dos o más años (Sánchez, 2008). Algunas depresiones se tornan tan intensas que la gente se vuelve psicótica, es decir pierde el contacto con la realidad (Sánchez, 2008).

2.5 Depresión en la adolescencia

En el capítulo anterior mencioné que la etapa de la adolescencia es una fase del desarrollo humano complicada, debido a todos los cambios que se experimentan para dar el paso importante a la adultez, aún y cuando los adolescentes se desarrollen en un ambiente “sano” ellos presentarán signos de desequilibrio en su persona que se manifiestan en diferentes formas como la rebeldía, estado de ánimo bajo, estrés, irritación, entre otros, sin embargo hay adolescentes que sobrepasan esos desequilibrios y realmente están sufriendo un desorden psicológico, a ello encontramos dos generalidades que comúnmente hacen las personas que conviven con ellos (familiares, maestros, etc.): 1. Todos los adolescentes experimentan perturbaciones psicológicas, y, 2. Los sentimientos y conducta que tienen forman parte de su etapa (Grace, 2001), estas dos afirmaciones son erróneas por que no se considera a los adolescentes que

realmente necesitan ayuda, entonces se torna difícil identificar a los adolescentes normales y a los que sufren problemas psicológicos.

La depresión durante la adolescencia se da junto con otros trastornos de ansiedad que con frecuencia tienen lugar simultáneamente, lo mismo que la depresión y otros trastornos de conducta (Wicks y Allen. 1997). También se interrelacionan la depresión, los pensamientos suicidas y el abuso de sustancias.

Una imagen corporal negativa conduce a trastornos alimentarios y después a la depresión (Grace, 2001), el embarazo es tres veces más probable entre las adolescentes deprimidas que en el resto de las jóvenes (Caballo y Simón. 2010).

En los últimos años distintos investigadores se han percatado de que los estudiantes son los que se deprimen principalmente esto debido al trabajo escolar y las presiones sobre qué carrera estudiar (Dennis, 2005), además que la carga excesiva de trabajos por entregar hace que el joven prefiera la soledad con el fin de conseguir una mayor concentración. Sin embargo los estudiantes deprimidos tienden a abusar del alcohol y drogas (Horrocks, 1984).

La prevalencia de la depresión se incrementa durante la adolescencia, de 15 al 20 % puede experimentar un episodio depresivo en algún momento de la adolescencia (Papalia et al. 2005), además las adolescentes en particular las chicas que maduran temprano al igual que las mujeres adultas son especialmente susceptibles.

Los adolescentes deprimidos generalmente provienen de familias con rasgos depresivos, es decir, hay elementos determinantes de naturaleza transgeneracional (Nuñez, 2001), además que uno de los progenitores está ausente por muerte o separación de la pareja, sin embargo, la base de las reacciones depresivas ulteriores está ubicada en la etapa oral, que es la cuna de las primeras experiencias de alimentación del niño y su adaptación a la pérdida de la madre (real o imaginaria).

Algunos factores de riesgos que exponen a los adolescentes a sufrir depresión de acuerdo a Nuñez (2001) son:

- Imagen corporal negativa: producen trastornos alimentarios y por lo tanto depresión.
- Mayor capacidad de reflexionar sobre uno mismo y sobre el futuro.
- Problemas familiares o de salud mental de los padres.
- Conflictos conyugales o divorcio y problemas económicos de la familia.
- Poca popularidad entre los amigos y compañeros.
- Bajo aprovechamiento escolar.
- Pérdida de amor o apoyo emocional (real o imaginario).

Wicks y Allen (1997) mencionan algunos de los factores con los que se puede proteger para que los adolescentes no caigan en depresión:

- a) Las buenas relaciones con los padres y compañeros.
- b) Involucrarse en un área de competencia como el deporte, la música, alguna manualidad, danza etc.
- c) Un rol que incluya la responsabilidad por otros, esto ayuda a fijar prioridades ya responder a los desafíos en una forma mas adaptable.

2.6 Como prevenir el suicidio

La depresión severa es un problema serio que puede orillar al suicidio o a un deterioro del funcionamiento emocional si no se busca ayuda profesional

(Barón, 1996) en el momento de detectar en una persona al menos cinco de los síntomas que anteriormente se mencionaron.

El suicidio es la tercera causa de muerte en la adolescencia. En los adolescentes se da principalmente el suicidio, esto por imitación a los medios masivos de comunicación como lo son la televisión y revistas como los más influyentes (Lefrancois, 2005).

Los varones tienen seis veces mayor probabilidad que las mujeres de acabar con su vida (Papalia et al. 2005). Cabe señalar que aún y cuando las personas hablen de muerte a manera de broma, hay que considerar muy en serio tal comentario pues contiene cierto grado de verdad.

Muchas personas tratan de matarse y mantienen sus planes en secreto, pero otras envían señales con mucha anticipación, cualquier intento de suicidio es una petición de ayuda (Shaffer, 2000).

Horrocks (1984) menciona algunas de las señales de advertencia para detectar a las personas con riesgo de suicidio, éstas son:

- Retraimiento de las relaciones.
- Hablar acerca de muerte, el más allá o el suicidio.
- Abuso de drogas o de alcohol.
- Cambios de personalidad como un aumento en la ira, el aburrimiento o la apatía.
- Descuido inusual de la apariencia.
- Dificultad para concentrarse en el trabajo o en la escuela, o inasistencia en las mismas.
- Quejas de problemas físicos cuando orgánicamente nada está mal.

- Comer o dormir mucho más o mucho menos de lo usual.
- Hay una búsqueda constante e insaciable de afecto lo cual conduce a constantes desilusiones.
- Sienten que lo que hacen no vale, se autocondenan.

Cuando los familiares identifiquen algunas de estas señales en los adolescentes es muy importante que la comunicación con ellos aumente, para que los salga todo a la luz, pero también es muy recomendable que se apoyen de la orientación de un profesional, en este caso un psicólogo, o consejero espiritual (Papalia et al. 2005). Pero no menos importante el apoyo emocional que le proporcionen los familiares a los adolescentes, les ayudará mucho, está claro que si a un hijo se trata con dureza se orilla a éste cada vez más a la muerte, a diferencia que si se trata con amor, el joven sentirá que es indispensable en la familia (Nuñez, 2001).

CAPITULO 3

LA FAMILIA

Hoy en día el término familia es muy amplio dado que en ella se engloban la mayoría si no es que todas las características en las que un ser humano se desenvuelve (Lefrancois, 2005); como bien se sabe existen distintos círculos sociales (tales como el trabajo, la escuela, los amigos, y la familia) en los cuales las personas actúan a diario, no obstante este último círculo es el que mayor carga afectiva tiene; por que no es tan fácil que los miembros se desparten en su totalidad en caso de ser así debe haber sido una causa demasiado grande para que dicho miembro tome esa determinación, cosa que no sucede con el reto de los círculos sociales, pues es fácil desprenderse de un amigo o compañero de trabajo.

Cada uno de los miembros que integran a una familia cuenta con su propia vida, creándose, desarrollándose, creciendo, hasta alcanzar la madurez (Lefrancois, 2005), finalmente los integrantes llegan a su deceso pero no se desintegra totalmente la familia, dado que siguen reuniéndose para convivir, comunicándose, apoyándose afectuosamente y en caso de requerirlo económicamente, y el recuerdo de uno se mantiene vivo en la memoria de los descendientes.

3.1 Definición de familia

Comúnmente las personas consideramos que una familia es o se forma con el único propósito de procrear o encontrar el dirigente de quien proporcione el

sustento alimentario, olvidándose que la familia va mas allá de ello como el adoptar un sentido de pertenencia o encontrar la parte afectiva que es el principal factor para el desarrollo de la familia (Higashida, 2001); así pues ésta puede estar compuesta por bisabuelos, abuelos, tíos padres e hijos, dependiendo el tipo de familia (nuclear, extensa, reconstruida o monoparental) las cuales se describirá posteriormente; sin importar el tipo de familia que sea, siempre existe un miembro que dirige a la misma, ya sea por el sexo, por la persona que proporciona mayor dinero a la casa, por ser la persona mayor como integrante de la misma y quien queda a cargo suele regirse por principios o reglas de sus generaciones antepasadas y además tiene a su cargo el sustento familiar así como también el cuidado y la asignación de responsabilidades para llevar acabo un buen ambiente de trabajo doméstico.

La familia es catalogada por la Declaración Universal de las Naciones Unidas de los Derechos humanos (Higashida, 2001), como el elemento natural y fundamental de la sociedad y tiene derecho a la protección de la sociedad y del estado. Johnmarshall (2001), describe a la familia como un sistema o una organización en la que todos dirigen, planifican, organizan y forman parte de la estructura familiar y se coordinan con los demás miembros de las diversas maneras; se informan y comunican, y deciden. La decisión puede ser consiente, inconsciente o subconsciente por parte de todos los miembros pues trabajan como una empresa. Tan importante es la familia para todas las personas que en los tiempos modernos se ha asignado un día internacional para festejar a la familia el cual se celebra el primer domingo de marzo.

3.2 Funciones de la familia

A pesar de que cada familia es única, y cuenta con su propia estructura y características para distinguirse de otras, Higashida (2001) menciona que la familia como unidad básica se caracteriza por ser:

1. Un producto de la naturaleza, porque por medio de ella se continúa la especie.
2. Un producto de la sociedad, tanto en su estructura como en su dinámica, porque cada sociedad crea su propio tipo de familia.
3. Un paso de lo animal a lo humano, porque hay diferencias entre los animales y los humanos; por ejemplo, en cuanto al incesto, los tabúes, etcétera.

Las funciones de la familia son muchas, pues bien sabemos que en ésta se forman las personas, por lo tanto implica no solo una función, si no varias distribuidas desde varios puntos de vistas señalados por Higashida (2001).

Desde el punto de vista biológico la familia se plantea como:

- La unidad de procreación para la continuación de la especie (en pocas ocasiones se aprueba que los hijos nazcan fuera del matrimonio).
- La unidad que brinda protección física y biológica.
- La unión por lazos de consanguinidad.

Desde el punto de vista psicológico:

- Es la unidad de protección emocional y afectiva.
- Es en ella donde se manifiestan las primeras emociones.
- En su seno se adquieren los elementos centrales de la personalidad. Las circunstancias que rodean a los individuos particularmente el los primeros años de la vida deja huellas que más tarde influyen en la salud y la enfermedad.
- Forman los roles sexuales.
- Desde el punto de vista social:
 - Es la unidad que establece relaciones sociales con otras unidades sociales, con otras familias y con otros individuos de la sociedad; por ejemplo la escuela.

- En el seno de la familia comienza la socialización.

Desde el punto de vista económico:

- Es la unidad de producción, consumo y reproducción de la fuerza de trabajo.

Desde un punto de vista cultural:

- Es la unidad donde los hijos reciben el contenido de la cultura.
- Sirve para que el individuo adquiera los valores, la destreza y el conocimiento.

3.3 Tipos de familia

Los tipos de familia son diversos, pues conforme pasa el tiempo más amplia es la gama de situaciones en las que las personas pueden vivir (Lefrancois. 2005), sin embargo a coincidencia de varios autores la clasificación a mencionar en este trabajo es la siguiente:

- Familia nuclear o tradicional: formada por la madre, el padre y su descendencia; este tipo de familia se considera transitorio porque crece cuando nacen los hijos, disminuye cuando éstos se casan y crean sus propios hogares y desaparecen cuando muere la pareja de casados (Lefrancois, 2005).
- Familia extensa: formada por parientes cuyas relaciones no son únicamente entre padres e hijos. Una familia extensa puede incluir abuelos, tíos, primos, sobrinos y otros parientes consanguíneos o afines (Dennis, 2005).
- Familia monoparental: sistema familiar que consta de un progenitor (ya sea la madre o el padre) y en la que el hijo o hijos son dependientes del mismo (Grace, 2001).
- Familia homoparental: en este tipo el hijo o hijos vive(n) con una pareja homosexual (Higashida, 2001).

- Familia reconstruida: es la que está compuesta por agregados de dos o más familias (ejemplo: madre sola con sus hijos se junta con padre viudo con sus hijos), y otros tipos de familias, aquellas conformadas únicamente por hermanos, por amigos (donde el sentido de la palabra "familia" no tiene que ver con un parentesco de consanguinidad, sino sobre todo con sentimientos como la convivencia, la solidaridad y otros), etcétera, quienes viven juntos en el mismo espacio por un tiempo considerable (Grace, 2001).

La autoridad puede recaer en el hombre (familia patriarcal), o en la mujer (matriarcal) o en ambos (familia igualitaria), aunque en la práctica la autoridad depende de cada situación particular, (Higashida, 2001).

Se considera que la familia nuclear derivada del matrimonio heterosexual es la familia básica o ideal, sin embargo las formas de vida familiar son muy diversas, dependiendo de factores sociales, culturales, económicos y afectivos (Shaffer, 2000). La familia, como cualquier institución social, tiende a adaptarse al contexto de una sociedad.

3.4 Evolución de la familia

De acuerdo a Higashida (2001) se describe en seis puntos como es que dos personas tornan su evolución para formar una familia.

1. Primero surge la elección de la pareja, considerando aspectos biológicos de los cuales se toman en consideración la apariencia física y la edad, en cuanto a psicológicos buscan tales aspectos como forma de pensar, vestir desenvolvimiento intelectual etc. Finalmente los aspectos sociales, se busca la pareja que sea o no de su mismo nivel.
2. Una vez elegida la pareja viene el noviazgo, durante el cual hay una interacción personal, familiar y social; de dicha interacción puede surgir la aceptación o el rechazo.

3. El matrimonio puede variar, puede ser religioso, civil, o ambos, boda en secreto, rapto, boda impuesta, etcétera. El tipo de matrimonio puede repercutir en la familia así formada.
4. En la adaptación a la vida matrimonial puede haber problemas biológicos, psicológicos y sociales, porque la pareja puede vivir sola, con los padres, puede que trabajen los dos o uno solo.
5. El nacimiento de los hijos determina nuevos cambios en los individuos, porque se pueden hacer más o menos responsables, se van a modificar los hábitos y más tarde, cuando los hijos empiezan a ir a la escuela van a presentarse nuevas situaciones, al igual que cuando cambia el nivel de enseñanza o los hijos salen reprobados. Cuando éstos se casan puede haber crisis o simplemente se puede afectar la dinámica de la pareja.
6. La pareja queda sola, nuevamente.

Situaciones que se dan en el seno de la familia (Lefrancois, 2005):

- Aprender a obedecer o desobedecer
- Aceptación a la dominación o por el contrario, desobediencia y rebelión
- Se puede dar la productividad y la responsabilidad o la negación de la misma (flojera).
- Cariño, afecto, o negación del afecto y/o violencia
- Solidaridad en la pareja o individualismo
- Situación de respeto a las tradiciones o hacer innovaciones
- Integración o desintegración familiar
- Seguridad o inseguridad emocional
- Estabilidad o inestabilidad
- Flexibilidad o rigidez
- Alentamiento o intimidación.

3.5 Desarrollo de la familia

Durante el proceso del parto el autor Grace (2001) menciona que no es solamente un proceso médico, sino también un hito psicológico y social para la familia. El recién nacido comienza a manifestar su presencia y los padres, abuelos y hermanos reaccionaran según sus creencias personales y culturales.

Transición a la paternidad y la maternidad

La expresión “estamos esperando un hijo” conlleva a la idea de los futuros padres, realizan cambios en su vida que suponen nuevos roles y relaciones (Papalia et al. 2005). Además de saber que ropa lucirá el nuevo huésped, el lugar donde descansara, sus respectivos cuidados, el manejo de la economía familiar (nuevos ajustes de gastos), existe más necesidad de comunicarse y resolver problemas.

Los motivos para procrear varían mucho de una cultura a otra como lo dice Grace (2001), puede existir el embarazo por conveniencia familiar, por querer dejar más descendencia, por considerar a los hijos como activo económico sostén de los padres cuando lleguen a la vejez esto principalmente ocurre en Estados Unidos, o por ser considerada como una obligación o carga necesaria.

Los síntomas en la mujer embarazada puede ser múltiples, desde náuseas, mareos hasta vomito, cambios en el metabolismo, cambios físicos y psicológicos hipersensibilidad (primeras etapas de gestión), cabe mencionar que no todas las mujeres pasan por lo mismo pues ello depende de su salud, estado de ánimo y el entusiasmo de ser mamá y tener pronto a su hijo en brazos (Papalia et al. 2005).

Relación padres e hijos

Grace (2001) retoma a Garrison quien maneja que las relaciones personales con los demás dan significado y sustancia a las experiencias diarias. Saber que se tiene seres queridos que se preocupan por uno y están dispuestos a recibir el afecto de uno, aumenta la calidad de vida y el sentido general de

bienestar. Menciona también que nuestras primeras relaciones significativas se establecieron dentro de la familia.

El psicólogo Erick Erickson, entre otros, creyó que los patrones tempranos y persistentes de la interacción padres e hijos pueden influir en las posteriores expectativas del adulto en cuanto a sus relaciones con la gente importante en su vida (Grace, 2001). Si la primera relación de un infante con quien cuida de él es afectuosa, responsable y consistente, el infante desarrollará una confianza en la capacidad de otras personas para satisfacer sus necesidades. Por el contrario, un niño que haya experimentado cuidado irresponsable, inconsistente y poco afectuoso durante la infancia es muy probable que sea más precavido y desconfíe de los demás.

Dentro de la relación padres-hijo, se aprende como manipular a otros para que satisfagan sus necesidades. Un padre es probable que satisfaga los deseos de un hijo que actúa “bien”, es decir, que hace lo que el padre le pide. El hijo quizá también aprenda a llamar la atención mediante rabietas o pucheros (Baron, 1996).

Conforme los niños se desarrollan y forman relaciones con la gente fuera de su familia, aplican lo que han aprendido sobre las relaciones, como resultado de experiencias infantiles, un individuo podría, por ejemplo, creer que es la única forma para establecer y mantener buenas relaciones con amigos es decir siempre lo que les deleite, en vez de hablar con la verdad (Dennis, 2005).

Los padres proporcionan a los hijos el primer modelo marital. Si los padres tienen un matrimonio feliz, es muy probable que el hijo cuando se case busque duplicarlo al imitar sus patrones. Pero si la relación marital fuese mala el hijo recurrirá a buscar una pareja con las mismas características conflictivas de sus progenitores (Baron, 1996).

El rol cambiante del padre

A primera vista, el rol de padre parece fácil en comparación con los grandes cambios físicos y emocionales de la madre. Pero rara vez es así. Dicen sentir

emoción y orgullo, aunque algunos ven al futuro hijo como un rival. La mayoría siente tanta responsabilidad que a veces les parece abrumadora. A algunos les causa envidia la capacidad reproductora de su esposa y otros aseguran sentirse como meros espectadores (Morris y Maistro. 2005). A los padres les preocupa el futuro tanto como a las madres. Les inquieta su capacidad para sostener a la nueva familia y cumplir bien su papel de progenitores. Desean que el hijo los aprecie y respete, y quieren atender sus exigencias emocionales. Algunos aprovechan la oportunidad para obtener información sobre la crianza infantil. Otros modifican sus planes financieros. Muchos tratan de dar mayor apoyo emocional a su esposa. Cuando ya tienen otros hijos, a menudo les dedican más tiempo y les ayudan a prepararse para recibir a su hermano.

En ocasiones los futuros padres pasan por una fase en que se identifican con la esposa y llegan a manifestar los síntomas del embarazo, los padres que participan en el nacimiento de su hijo sienten una atracción casi inmediata por él, acompañada de sentimientos de alegría, orgullo y mayor autoestima (Morris y Maistro. 1996), algunos estudios indican que tienen un vínculo y apego más fuertes con el hijo que los que no intervienen en el nacimiento ni en los cuidados iniciales. Estos últimos suelen sentirse más distantes de su esposa y un poco ignorados cuando llega el hijo. En general, muchas investigaciones señalan que los padres que comienzan desde el nacimiento una relación con sus hijos seguirán brindándoles más cuidado directo y jugarán más con ellos (Grace, 2001).

Finalmente las parejas podrán o no sentir el apego, el cual es el vínculo emocional que se crea entre un niño y otro individuo. El primer lazo del niño suele caracterizarse por gran interdependencia, intensos sentimientos mutuos y relaciones emocionales vitales, y este apego es el que definirá la relación padre e hijo de las etapas posteriores del desarrollo del hijo (Barón, 1996).

3.6 Estilos de crianza

Una familia es única como lo es el individuo. Los padres de familia usan su versión personal de los métodos de crianza según la situación, el niño, su conducta en ese momento y la cultura. En teoría, imponen límites razonables a la autonomía del menor y le inculcan valores y autocontrol, procurando siempre no coartar su curiosidad, iniciativa ni su creciente sentido de competencia. El control y la calidez constituyen aspectos esenciales de la crianza (Grace, 2001).

Padres autoritativos (con autoridad): de acuerdo a Lefrancois (2005) combinan un control moderado un efecto, aceptación e impulso de la autonomía, aunque fijan límites a la conducta, estos son razonables; ofrecen explicaciones adecuadas a nivel de comprensión del niño; sus acciones no parecen arbitrarias ni injustas; de ahí a que los hijos estén más dispuestos a aceptar las restricciones. Además, escuchan las objeciones de los pequeños y muestran flexibilidad cuando así conviene.

Padres autoritarios: ejercen un control estricto y suelen mostrar poco afecto a los hijos. Aplican las reglas con mucho rigor. Por ejemplo una negativa acompañada de expresiones como "Una regla es una regla" o "Porque yo lo digo". Si el niño discute o se resiste, se enfadarán y le impondrán un castigo, a menudo físico. Los padres autoritarios dan órdenes y esperan que sean obedecidas; no tienen grandes intercambios verbales con sus hijos (Dennis, 2005). Se comportan como si sus reglas fueran inmutables, actitud que puede hacer muy frustrantes los intentos de autonomía de los hijos.

Padres permisivos: muestran mucho afecto y ejercen poco control, imponiendo pocas o nulas restricciones a la conducta de sus hijos (Grace, 2001). El regreso a casa más tarde de lo habitual quizá ni siquiera plantee un problema, porque no habrá límites ni una hora fija para acostarse ni la regla de que el niño debe decir siempre a sus padres donde se encuentra. En lugar de pedir permiso para permanecer más tarde fuera de casa, el hijo sólo les comunicará lo que

planea hacer o dejará que ellos mismos lo averigüen después. Cuando los padres permisivos se enfadan o impacientan con sus hijos, a menudo reprimen esos sentimientos. Regularmente este tipo de padres están ocupados y tratan de compensar la compañía hacia su hijo con permisos o regalos ilimitados e innecesarios (Dennis, 2005)

Padres indiferentes: Dennis (2005) describe que este tipo de padres son más peligrosos para los hijos pues ni fijan límites ni manifiestan mucho afecto o aprobación, tal vez porque no les interesa o porque su vida está tan llena de estrés que no tienen suficiente energía para orientar y apoyar a sus hijos.

Padres sobreprotectores: este tipo de padres protegen más de lo debido a sus hijos, impiden su autodependencia a tal grado de convertir al hijo dependiente a los padres, lo vuelven torpe en las actividades que realiza, se vuelve dependiente emocional, es incapaz de tomar decisiones por sí mismo (aun cuando tenga edad avanzada), y su autoestima también se puede ver perjudicada debido a las burlas que el hijo obtenga por la sobreprotección de sus padres (Lefrancois, 2005).

Disciplina y autorregulación

Los métodos disciplinarios han variado muchísimo a lo largo de la historia. Hubo periodos en los que el castigo físico riguroso estuvo de moda y otros de relativa permisividad los métodos disciplinarios con que se fijan y se hacen cumplir las reglas y las restricciones están sujetas a los cambios de la moda de la misma manera que otros aspectos de la cultura (Grace, 2001).

En los años noventa siguió la tendencia a un control firme de parte de los padres. Desde luego, se reconocían también la necesidad que el niño tiene de afecto y aprobación. Con base en los resultados acumulados de la investigación, Grace (2001) recomienda a los padres las siguientes directrices:

1. Crear un ambiente de afecto, cariño y apoyo mutuo entre los miembros de la familia. El afecto suele ser correspondido, y los niños que por lo general están felices muestran mayor autocontrol, madurez y conducta prosocial.
2. Concentrarse más en alentar las conductas positivas que en eliminar las negativas. En forma deliberada sugerir, modelar y recompensar la conducta de ayuda y de interés del niño por los demás.
3. Establecer expectativas y exigencias realistas, hacer cumplir con firmeza las exigencias y, ante todo, ser constantes.
4. Usar el poder sólo en caso necesario; por ejemplo, no recurrir a la fuerza ni a las amenazas para controlar la conducta del niño. La afirmación del poder propicia una conducta similar en el niño, lo que puede ocasionar, además, enojo, amargura y resistencia.
5. Ayudar al niño a adquirir el sentido de control sobre sí mismo y sobre su ambiente.
6. Usar el razonamiento verbal (la inducción) para ayudar a los niños a entender las reglas sociales.

A la lista anterior podríamos agregar lo siguiente: contar al niño historias y anécdotas personales que ejemplifiquen los valores sociales y morales (Morris y Maistro. 2005)

En resumen los niños necesitan conocer las consecuencias de su conducta y lo que sienten los demás. También necesitan que los padres les den oportunidades de discutir sus acciones o explicarlas. Tales intercambios les ayudan a adquirir el sentido de responsabilidad de su conducta. A la larga, la conducta autorregulada depende de que comprendan la situación además del afecto y del control de los padres (Grace, 2001).

Consecuencias psicológicas del divorcio

La separación definitiva de la familia afecta al niño o al adolescente de diversas formas. Los padres tienen una influencia decisiva en el desarrollo de sus hijos (Grace 2001), por otra parte el divorcio significa establecer barreras para los

hijos, establecen un estado de tensión y estrés prolongados. Durante este transcurso la pareja puede pasar por pleitos, enojo y llanto y la intriga del hijo crece por no saber que será de su vida futura.

Cuando finalmente uno de los progenitores se marcha, los hijos pasan por estados de ánimo negativos tales como: tristeza, confusión, ansiedad, enojo, etc. Se deprimen y adoptan una conducta destructiva en su casa o en la escuela (Baron, 1996), a consecuencia de ello, los hijos piensan que son los únicos responsables de causar el divorcio de sus padres.

3.7 Comunicación en la familia

La comunicación como bien se sabe es un proceso continuo mediante el cual se envían y se reciben mensajes; éstos expresan necesidades, deseos, sentimientos, actitudes y valores que permiten el entendimiento y la interacción con los demás (Papalia et al. 2005). Y que además esta presente desde el nacimiento y aún podría decirse que en el vientre materno, hasta su muerte.

De acuerdo a la definición anterior respecto a la comunicación, queda en claro que es el factor principal para la convivencia en familia, además de otros grupos sociales, pero pareciera que hoy en día únicamente nos comunicamos para manifestar las necesidades, las inconformidades o reprochar algo. Dando así la existencia de numerosas barreras de la comunicación, Lefrancois (2005) menciona las siguientes:

- El receptor oye y percibe lo que quiere oír y ver.
- El emisor y el receptor tiene intereses diferentes.
- Los elementos emotivos interfieren en el proceso de la comunicación.
- Se forman prejuicios sobre determinadas palabras, hechos y situaciones.

- Una palabra evoca otros hechos o situaciones.
- Las palabras tienen significados diferentes.

La forma correcta para comunicarnos con las demás personas y más aún con los miembros de la familia es a través de la comunicación asertiva, esta definida como la manera que permite defender nuestros derechos, opiniones y deseos respetando a los demás; tiene que ver con nuestro lenguaje corporal, facial y gestual, con el tono de voz y la distancia que guardamos (Dennis, 2005). Cuando la pareja se comunica asertivamente es probable que los hijos practiquen ese mismo estilo. Los padres al comunicarse con los hijos deben aceptar que todos los miembros de la familia son diferentes y deben respetarlos y aceptarlos.

¿Cómo mejorar la comunicación en la familia?

- ✓ Distinguiendo el mensaje con las conductas no verbales.
- ✓ Jugando juntos.
- ✓ Adaptándose a los intereses de los miembros de la familia.
- ✓ Leyendo a los hijos un cuento en la noche.
- ✓ Celebrando reuniones familiares.
- ✓ Estableciendo claramente las reglas a seguir en la familia.
- ✓ Observando si existen cambios en el comportamiento de los hijos y preguntando que les pasa.
- ✓ Aprendiendo a escuchar a todos los miembros de la familia.
- ✓ Compartiendo los alimentos en familia por lo menos una vez al día.
- ✓ Compartiendo dudas y temores con su pareja.

CAPITULO 4

PSICOTERAPIA

¿Por qué hablar de psicoterapia en este trabajo? Dado que el objetivo principal del presente trabajo es aplicar la terapia cognitivo-conductual para disminuir la depresión en adolescentes, considero importante describir las generalidades más sobresalientes e importantes para comprender dicho término. La psicoterapia surge desde el momento que hombre experimenta la sensación de malestar impidiéndole éste que se desenvuelva satisfactoriamente (Barón, 1996); interesándose así, por buscar métodos con los cuales aliviar los malestares que padece, siendo éstos desde un simple dolor físico como también grandes problemas internos en apariencia sin solución.

A si pues desde el punto de vista personal considero que la terapia ha existido desde siempre, y no precisamente con el nombre asignado si no en la utilización de recursos para el alivio, en la edad de piedra los principales problemas tornaban al miedo, y a la creencia supersticiosa (demonios, brujería, magia), cada vez que una persona se comportaba diferente al resto de los demás la consideraban como una persona endemoniada, embrujada, y las formas para aliviar era mediante hiervas con fin medicinal, rituales en los que se utilizaban accesorios (Morris y Maistro. 2005), a si también unos de los métodos más avanzados que llegaban a utilizarse son: *trepanación* como el procedimiento quirúrgico en la practica de la perforación en el cráneo para tratar problemas mentales, *demonología* como el estudio de los demonios y tratamiento de las personas poseídas por ellos, el *exorcismo* utilizado como el método para expulsar el espíritu diabólico a causa de fuerzas sobrenaturales , o maldiciones de brujos o

magos (Dennis, 2005). Y sin embargo no han desaparecido por completo o al menos no en comunidades donde existe el rezago científico. Marcando una gran diferencia entre los tiempos anteriores y los actuales es que antes los métodos de curación eran aplicados por cualquier persona, hoy en día la misma sociedad ha marcado el límite determinante de que la terapia tanto médica como mental sea ejercida por un profesional.

En la actualidad hablar de psicoterapia es observar asombro en las personas a las que se les propone tomarla (Lefrancois, 2005) , pues lo que comúnmente pasa por su mente es “eso es para locos”, “no sirve”, “es muy caro”, “únicamente quieren que revelemos nuestras cosas personales”, en base a estos argumentos pocas son las personas que aceptan este tipo de ayuda, y aún las personas que llegan a utilizar la psicoterapia lo dejan como ultima alternativa para obtener curación; es decir comúnmente las personas van un psicólogo o un psiquiatra (profesionales mentales) después de haber pasado por otros métodos en especial médicos y cuando éstos no les dan resultado o al menos como esperaban comienzan a considerar que su problema va mas allá de un desequilibrio fisiológico.

4.1 Definición

Psicoterapia es definida como cualquier técnica psicológica usada para facilitar cambios positivos en la personal, la conducta, o el ajuste; ésta incluye la interacción verbal entre un profesional de la salud mental y sus pacientes (Dennis, 2005), la psicoterapia se ha desarrollado en los últimos años considerando la causa de ello la efectividad que ésta ha demostrado, pero la psicoterapia no deja de ser tan importante y eficaz que el resto de las terapias. Quienes tienen la oportunidad de llevar a la práctica la amplia gama de psicoterapias son los profesionales (psicólogos o psiquiatras) quienes deben contar con gran conocimiento de los distintos métodos, de los cuales ellos determinan cual utilizar

en los diferentes problemas a los que se enfrentan día a día, y que la elección depende de las características y naturaleza del problema; algunos de esos métodos son: el Psicoanálisis, Gestalt, Conductismo, entre otros, cabe mencionar que algunos psicoterapeutas combinan los métodos para obtener aún mejores resultados o por que el problema a si lo demanda.

A pesar de la variedad de terapias que existen Baron (1996) señala que la mayoría de los psicólogos están de acuerdo en que hay dos rasgos comunes en ellas: 1. El establecimiento de una relación especial conocida como *alianza terapéutica* entre una persona que sufre malestar psicológico y un terapeuta entrenado, una persona esperanzada a relevar sus perturbaciones y un terapeuta dispuesto a ayudar. Y 2. Los esfuerzos realizados por el terapeuta para producir cambios benéficos en la conducta, sentimientos o pensamientos del cliente.

No hay que pasar desapercibido que el trabajo terapéutico no es nada sencillo ni fácil de practicar pues este es un trabajo duro tanto para el terapeuta como los pacientes (Papalia et al. 2005). Para el terapeuta porque el desde el primer contacto con el paciente debe cuidar su trato y los métodos que utilizará para que estos realmente tengan eficacia en la vida del paciente, además debe cuidar cumplir los principios éticos de su profesión. Y para el paciente porque deberá seguir adecuadamente las instrucciones del terapeuta si es que realmente quiere obtener beneficio, así también deberán mostrar compromiso para la realización de las actividades y deberá cumplir el contrato establecido en la primera sesión (horarios de sesión, lugar, costos etc.). En resumen la psicoterapia siempre se esforzara por brindar a los individuos perturbados una visión de ambiente agradable, porque aun tratándose de problemas severos el psicoterapia se ayuda a crear una perspectiva de cómo enfrentar mejor la vida (Dennis, 2005), sin olvidar que en ocasiones no se resuelven los problemas totalmente ni se pondrá fin a una crisis, pero eso si siempre se proporcionara el crecimiento de llevar una vida saludable.

4.2 Tipos de psicoterapia

Amplia es la gama de estilos de psicoterapia, éstos surgidos desde las diferentes exigencias que demandan los problemas de las personas y en base a esto es que cada tipo de psicoterapia adopta diferentes características algunas de ellas: el lugar donde se lleva a cabo (consultorio, al aire libre, escuela etc.), el número de personas a quienes se aplica (individual, de pareja, grupal), según la gravedad del problema (alteración de conducta, trastornos psicológicos, entre otros), la duración (a corto, mediano o largo plazo), pero todas tienen en común que su aprendizaje es conductual y cognoscitivo (Papalia et al. 2005).

A continuación se describen los tipos de psicoterapia de acuerdo a la clasificación que desarrollan Morris y Maistro (2005); sin olvidar que la descripción será breve pues en donde me detendré a describir más detalladamente es la terapia cognitivo-conductual que es la que se aplicara como objetivo de este trabajo.

Terapias por insight.

Primeramente definiré la palabra insight; ésta como el aprendizaje que ocurre rápidamente como resultado de comprender todos los elementos de un problema, conciencia de sentimientos y recuerdos previamente inconscientes y la forma en que influye los sentimientos y la conducta actual (Morris y Maistro, 2005). La finalidad común de este tipo de terapias es proporcionar a las personas una mayor conciencia y comprensión de sus sentimientos, motivaciones y acciones con la esperanza de que esto lo conduzca a un mejor ajuste.

- Psicoanálisis: éste se caracteriza porque está diseñado para traer a la conciencia los sentimientos y pensamientos reprimidos de forma que la persona pueda manejarlos de la manera más efectiva. En esta terapia el paciente debe hablar abundantemente para desenterrar todo aquello que podría perturbar, la función de el terapeuta es escuchar e intervenir para hacer

preguntas específicas o retomar un punto que considera importante y necesario.

Baron (1996) retoma a Freud (padre del psicoanálisis) diciendo que la tarea crucial de las personas es superar la represión y enfrentarse con sus impulsos enterrados en el Inconciente. Así al obtener el insight de sus conflictos internos podrían experimentar el alivio. Las técnicas que utiliza el psicoanálisis para lograr el insight de los pacientes son:

1. Asociación libre: técnica que anima al cliente a hablar sin inhibición sobre cualquier pensamiento o fantasía que le venga a la mente (Weiner, 1992).
2. Transferencia: en esta el cliente desplaza al analista los sentimientos experimentados hacia las figuras de autoridad en etapas anteriores a la que se encuentra en el momento de acudir a terapia (Weiner, 1992).

- Terapia centrada en el cliente

Este tipo de terapia es una forma no directiva desarrollada por Carl Rogers, en la cual la meta es ayudar a la gente a lograr el funcionamiento óptimo, a abrirse a todas sus experiencias y si mismo (Baron, 1996). En ésta lo más importante para el trabajo del consejero (así llamado para Rogers en lugar de terapeuta) son sus sentimientos actuales.

Una de las características principales de la terapia es que el consejero entienda las cosas desde el punto de vista de los clientes (así considerado para Rogers en vez de paciente) para lograr que mediante la proporción de una atmósfera de respeto los clientes se encuentren a sí mismos. Para Rogers el paciente adopta el término de cliente debido a que, el paciente supone la existencia de una enfermedad y la necesidad de curarla, en cambio, el cliente determina que se discutirá en cada sesión (Dennis, 2005).

En la terapia se enseña al cliente a seguir la tendencia natural de actualización y autorrealización (Barón, 1996).

- Terapia de la Gestalt

Ésta es un tipo de terapia que enfatiza la totalidad de la personalidad e intenta que la gente despierte a sus emociones y sensaciones y en “aquí y ahora”, alientando las confrontaciones cara a cara (Garrison, 2003). La terapia de la Gestalt se creó para ayudar a la personas a convertirse más genuinas, este tipo de terapia puede ser aplicada de forma individual o grupal.

El papel del terapeuta es entonces activo y directivo, a si pues su función consiste en llenar los huecos de la personalidad para que el paciente sea total y completo de nuevo, también los terapeutas deben recordar al cliente que ellos son los únicos responsables de sus sentimientos, los responsables de su vida (Garrison, 2003).

Las técnicas básicas dentro de esta terapia de acuerdo a Morris y Maistro (2005) son 3:

1. Técnicas supresivas: buscan suprimir los intentos de evasión del aquí y ahora del paciente, aquí se trata de hacer experimentar lo oculto que no se desea afrontar mediante: *experimentar la nada* (intentado que el vacío estéril se convierta en vacío fértil), *evitar hablar acerca de* (la forma de escape debe sustituirse por vivenciar), detectar los *deberías* (son una forma de evitar ver lo que se es), detectar las formas de manipulación y los juegos de roles *como si* los cuales se desempeñan en la terapia.
2. Técnicas expresivas: éstas buscan que el sujeto exteriorice lo interno mediante; *expresar lo no expresado* (permite trabajar con inducciones imaginarias de situaciones o temores desconocidos), *complementar la expresión* (busca detectar situaciones inconclusas), *buscar la dirección* (trata que el sujeto detecte alguna acción o frase que pudiera ser importante: gestos y oraciones).

3. Técnicas integrativas: pretenden que el sujeto reintegre a su personalidad las partes alineadas, en ésta se hace la integración del resultado que se obtuvo con las técnicas anteriores (supresivas y expresivas).

Terapias conductuales

Las terapias conductuales son enfoques terapéuticos que se basan en la creencia de que toda la conducta normal y anormal es aprendida (Morris y Maistro, 2005), estas terapias contrastan los enfoques orientados al insight de las siguientes maneras:

- a) Los terapeutas conductuales son más activos que los de insight.
- b) Se centran en cambiar la conducta de la gente más que en incrementar su insight sobre sus sentimientos y pensamientos.
- c) Trabajan dentro de un marco temporal aún más corto.

El objetivo de las terapias conductuales es enseñar a la gente formas nuevas y más satisfactorias de comportarse; los terapeutas suponen que la gente ha aprendido a ser así, entonces si aprendieron las respuestas causantes de los problemas pueden modificarlas reaprendiendo conductas más apropiadas modificación de la conducta (Dennis, 2005), mediante el uso del condicionamiento clásico y operante, partiendo de la conducta actual de conflicto del individuo.

Baron (1996) menciona que las terapias conductuales se basan en la creencia de que muchos desordenes psicológicos se deben a un aprendizaje fallido, ya sea que las personas involucradas no hayan logrado adquirir las habilidades y conductas que necesitan para afrontar los problemas de la vida cotidiana o que hayan adquirido hábitos y reacciones mal adaptativas que ocasionan considerablemente malestar. Entonces, la función del terapeuta consiste en proporcionar al paciente las habilidades que necesita para eliminar los patrones aprendidos que perturban el buen funcionamiento de su persona y que causan malestar (modificar la conducta actual).

Las técnicas que se emplean para la modificación de la conducta en la terapia conductual, en base al *condicionamiento clásico* y el *condicionamiento operante* son:

Desensibilización sistemática: es un tipo de terapia en que los individuos imaginan escenas o hechos que les provocan cada vez mayor ansiedad y al mismo tiempo realizan procedimientos que inducen sentimientos de relajación (Barón, 1996), y está basada en los principios del condicionamiento clásico. Esta técnica va de la mano con la técnica de relajación, la más conocida es la *relajación progresiva de Jacobson* en la cual se le enseña al paciente a tensar y relajar los músculos de su cuerpo, con la finalidad de que éste diferencie el estado tenso de su cuerpo y el estado relajado.

Extinción: este procedimiento se puede aplicar a cualquier conducta mal aprendida, consiste en una vez identificado el reforzador (estimulo que permite la disminución o aumento de una conducta) suprimirlo para que tal conducta desaparezca gradualmente, es decir, no dar la recompensa que la mantiene, la suspensión del reforzador debe ser completa (Sánchez, 2008). Está basada en los principios del condicionamiento operante.

Inundación: este tipo de técnica es utilizada principalmente para eliminar los temores condicionados que se basa en los principios del condicionamiento clásico, en esta el individuo es expuesto a los eventos u objetos que le producen temor; como no se presenta el estímulo incondicionado, puede producirse la extinción del temor (Baron, 1996).

Condicionamiento aversivo: basada en los principios del condicionamiento clásico; dirigida a la eliminación de los patrones indeseables de la conducta, el terapeuta enseña a los pacientes a asociar el comportamiento que se desea desaparecer con dolor e incomodidad (Morris y Maistro, (2005), esta técnica es utilizada principalmente para tratar alcoholismo, obesidad, tabaquismo, y algunos trastornos psicosexuales.

Contrato conductual: basada en los principios del condicionamiento operante; en ésta el paciente y el terapeuta establecen metas conductuales y acuerdan los reforzamientos que la persona recibirá al alcanzarlas incomodidad (Morris y Maistro, 2005). Vale la pena que el contrato quede establecido de manera escrita donde deba incluir: descripción clara y detallada de la conducta deseada a realizar, determinación de los criterios para saber cuando una conducta se da por conseguida, especificación de los reforzadores, acuerdo de las consecuencias negativas (Izquierdo, 1988).

Encadenamiento: técnica basada en los principios del condicionamiento operante; consiste en recompensar a la persona tras la realización de una serie de conductas engarzadas unas con otras, formando una cadena natural de actividades, este procedimiento es más utilizado para quienes desean adquirir nuevas habilidades o para ensamblar conductas de modo que constituyan cadenas y conseguir así que esas conductas se mantenga de forma natural (Izquierdo, 1988).

Saciedad: basada en los principios del condicionamiento operante; con esta técnica se consigue suprimir una conducta basándonos en la utilización del propio reforzador que la mantiene porque aumentado de forma considerable la administración de reforzamiento, hacemos que el reforzador pierda su valor como tal, cuando se decida utilizar este procedimiento ha de tenerse claro que la conducta problemática que se quiere eliminar la usamos como recompensa (Izquierdo, 1988). Dicha técnica se emplea con mayor eficacia para tratar conductas problemáticas que requieran de ingesta.

Castigo: consiste en aplicar una consecuencia punitiva a una conducta, el castigo debe ser usado solo y exclusivamente cuando otros procedimientos no hayan funcionado o cuando la propia vida de la persona esté en peligro y ello pueda evitarse recurriendo al castigo, el castigo es efectivo porque reduce o elimina rápidamente la conducta indeseable (Izquierdo, 1988). Para que éste sea

efectivo debe aplicarse inmediatamente seguido de la conducta problemática, y además deben premiarse las conductas alternativas a la misma.

Economía de fichas: técnica basada en los principios del condicionamiento operante; es el programa terapéutico en el cual se refuerzan las conductas deseables con fichas, que posteriormente se cambian por bienes, servicios, actividades, y privilegios (Dennis, 2005). Este tipo de técnica es mas empleada en escuelas, hospitales, y principalmente aplicada a los niños.

1.3 Terapia cognitivo-conductual

4.3.1 Definición.

Conforme pasa el tiempo los problemas conductuales exigen más estrategias con las cuales poder mantener de manera permanente la conducta deseada, es decir, que después de modificar una conducta inadaptada ésta no vuelva a presentarse, y la forma de conseguirlo es modificando la conducta perturbadora pero además modificando los pensamientos que provocan dicha conducta, es así como aparece la terapia cognitivo conductual la cual se basa en el principio: para modificar las conductas hay que cambiar los pensamientos (Morris y Maistro. 2005).

Siendo entonces que la Terapia Cognitivo Conductual (TCC) es una forma de psicoterapia que pretende modificar a través de sus distintas técnicas la percepción que la gente tiene de la situación de su vida como una manera de modificar su conducta, para este tipo de terapia muchos de los problemas psicológicos surgen de los pensamientos fallidos o distorsionados y que por tanto al modificarlos podrán aliviarse los síntomas (Dennis, 2005).

La Terapia Cognitivo-Conductual es pragmática ya que se centra en la resolución de problemas. Al comienzo de cada sesión el terapeuta indaga acerca de los problemas que afronta el paciente e identifica las técnicas a utilizar para

enseñarle a resolverlos (Compas y Gotlib. 2003). La intervención de la TCC ha sido muy comprobada por su eficacia para tratar una gran variedad de trastornos.

4.3.2 Generalidades de la terapia cognitivo-conductual

La Terapia Cognitivo-Conductual es un modelo de intervención o tratamiento de muy diversos trastornos psicológicos. Siendo la estrategia de intervención clínica más utilizada y con mejores resultados en todo el mundo. (Dennis, 2005).

Opera sobre las conductas, pensamientos, emociones, y las respuestas fisiológicas disfuncionales del paciente (Morris y Maistro. 2005).

Los cuatro pilares teóricos básicos de la Terapia Cognitivo-Conductual son: los aprendizajes clásico, operante, social y cognitivo (Compas y Gotlib. 2003).

La Terapia Cognitivo-Conductual pretende modificar comportamientos y pensamientos de manera simultánea y sinérgica (Sánchez, 2008), dicha terapia se orienta en el presente, pues en la historia clínica se requiere del énfasis de los patrones disfuncionales actuales de pensamientos y conductas.

Una de las principales ventajas de esta terapia es que es de corta duración, un enfoque práctico y de costo considerable para las personas que la requieran (Baron, 1996).

La Terapia Cognitivo-Conductual se apoya de algunas mediciones psicométricas poniendo énfasis en la cuantificación, la identificación de de indicadores objetivos de progreso y de la medición de los mismos (Sánchez, 2008).

Las Terapias Cognitivo-Conductuales se han convertido en una de las principales fuerzas en psicología clínica (García. Rojas. y Vargas. 2001).

Uno de los propósitos de esta terapia es aumentar o reducir conductas específicas, al mismo momento en que se modifican los pensamientos y, su meta es eliminar, o al menos reducir los síntomas negativos del desorden psicológico por nuevos síntomas positivos que los remplacen (Sánchez, 2008).

El trabajo de los terapeutas cognitivos-conductuales consiste en enseñar al paciente a realizar nuevas conductas y cogniciones dentro de la sesión, éstas que sean opuestas a las que comúnmente llevan a cabo en su rutina y que les causan conflicto e inestabilidad a su persona, provocando generalizarlas fuera de la consulta en todos los círculos sociales: amistades, familia, trabajo, pareja, etc. (Compas y Gotlib. 2003).

Al aplicar este tipo de terapia el paciente y el terapeuta se comprometen a trabajar con un objetivo en común, permitiendo a los pacientes aportar sugerencias y participar en el diseño de las tareas a realizar en el hogar (Sánchez, 2008) buscando lograr el funcionamiento independiente del paciente.

Dado que los cambios en la cognición producen alteraciones biológicas, emocionales y conductuales, las intervenciones basadas en la Teoría Cognitivo-Conductual están diseñadas para ayudar a los individuos a modificar formas inadaptadas de pensamiento para cambiar sus emociones, conducta, y, fisiología (Compas y Gotlib. 2003).

1.3.3 Una breve historia de la Terapia Cognitivo-Conductual

La historia de Terapia Cognitivo-Conductual tiene sus inicios después de la década de 1930 posterior al surgimiento de las teorías desarrolladas por Watson y Skinner, más adelante en 1974, Dember describió una revolución cognitiva en la psicología clínica (Sánchez, 2008), y posteriormente este concepto fue cambiado por Meichenbaum por el concepto de evolución cognitiva, independientemente de si el movimiento fue una revolución o una evolución no hay duda de que la psicología clínica y de Hecho la psicología como un todo se interesó cada vez más por los procesos cognitivos.

En la psicología se presto cada vez más atención a los modelos de procesamiento de información de la cognición, y hubo una satisfacción creciente. Tanto Dember como Meichenbaum consideraban que la modificación de la conducta iba mas allá de un simple aprendizaje estímulo-respuesta, interesándose así por los procesos cognitivos (Sánchez, 2008), sin embargo quien realizó los

primeros esfuerzos por incorporar factores cognitivos a los tratamientos conductuales fue Bandura, con el trabajo sobre el aprendizaje por observación (Weiner, 1992), pues consideraba que todo aprendizaje que se produce por medio de la experiencia directa también puede tener lugar de manera vicaria a través de la observación de la conducta de otro y de sus consecuencias.

La teoría y los estudios de aprendizaje por observación de Bandura ofrecieron la base para integraciones subsecuentes de los aspectos cognitivos y conductuales de la Terapia Cognitivo-Conductual (Sánchez, 2008). Más adelante Albert Ellis y Aaron Beck perfeccionaron el modelo de las terapias para trastornos emocionales que no solo incluían un fuerte componente cognitivo, si no que, más importante resaltaban las cogniciones disfuncionales o patrones problemáticos de pensamiento, como causa directa del malestar psicológico y como un punto crucial para producir el cambio terapéutico (Weiner, 1992).

Hoy en día el término cognitivo-conductual ha sustituido de una forma generalizada al conductual, esto puede comprobarse en gran número de textos, artículos, reuniones científicas, etc. (García et al. 2001). La terapia de conducta que está formada por las distintas asociaciones nacionales de profesionales de este ámbito, paso a llamarse en los años 90, asociación europea de Terapia Cognitivo-Conductual. También cabe mencionar que a partir de las propuestas de Albert Ellis y Aaron Beck distintos han sido los autores interesados por comprobar la eficacia al modificar el pensamiento y por lo tanto la conducta, así también han tratado de aportar sugerencias para mejorarla (Baron, 1996).

4.3.4 Técnicas Cognitivo-Conductuales

En la actualidad para modificar la conducta también es indispensable cambiar los pensamientos, pues éstos, según se piensa contribuyen a los problemas del paciente (Baron, 1996), por ello las técnicas que a continuación se mencionan tienen orientación cognoscitiva en la terapia conductual, y estas son:

Modelamiento: De acuerdo Morris y Maistro (2005) es como un medio para alterar patrones de conducta, pues a través de la imitación (modelamiento) el

aprendizaje se vuelve más eficaz, cuando una persona observa a otra u otras personas realizar ciertas conductas con las cuales obtienen beneficio, ésta trata de ejecutarlo también para obtener una respuesta positiva, además a través de la imitación se pueden eliminar o reducir temores, ansiedades, entre otras alteraciones psicológicas.

Modelamiento encubierto; En este tipo de técnica el paciente debe imaginar a un modelo que realiza las conductas que quisiera adquirir (García et al. 2001) el modelamiento encubierto es tan efectivo como el modelamiento en vivo, este tipo de técnica se utiliza a menudo en personas con problemas que implican falta de Asertividad.

Reestructuración racional; Es considera como un procedimiento técnico que ayuda a las persona a aprender a cambiar formas de pensar que se encuentran distorsionadas y que como consecuencia producen malestar emocional principalmente, Barón (1996). La gran parte de la conducta desadaptativa se determina por la manera en que las personas interpretan su mundo o por las suposiciones que hacen acerca de éste.

La reestructuración cognitiva tiene como base principal los pensamientos automáticos (ideas que las personas tenemos involuntariamente en situaciones de la vida diaria), por lo cual es inevitable darnos cuenta de cuando están presentes pues como ya se mencionó anteriormente son “automáticos”, sin embargo lo que como seres humanos es imposible evitar son nuestras emociones (sirven como alarma para preguntarnos cuando algo no anda bien en nuestra persona) y a través de estas emociones es que identificamos nuestros pensamientos automáticos que nos hacen sentir bien, y aunque la mayor parte del tiempo no los detectamos porque nos sentimos mal. Dentro de esta técnica lo mas utilizado es la Terapia Racional Emotiva (TRE) la cual intenta cambiar la conducta a través de alterar la forma en que el paciente piensa acerca de las cosas (García et al. 2001), es decir modificar las ideas irracionales por ideas racionales, estas se efectúan a partir de Suceso activante, Ideas irracionales/racionales, Efecto emocional y, Efecto conductual.

El primer paso de la reestructuración racional es que mediante nuestras emociones detectemos ese pensamiento automático, el cual es conveniente anotarlo para que no se olvide, comienza ahí el intento por cambiarlo, atribuyendo un nuevo significado, por supuesto que sea positivo, y que una vez identificado no se permita que este actúe en nosotros.

Inoculación al estrés; este tipo de técnica se ha utilizado principalmente para ayudar a los pacientes a enfrentar los problemas de enojo, en pacientes deprimidos, implicando la preparación cognoscitiva, la adquisición y ensayo de habilidades necesarias para la práctica en la aplicación de éstas (García et al. 2001), el objetivo de esta técnica es enseñar a los pacientes como pueden regularse ante situación que les producen enojo. Los componentes de esta preparación cognoscitiva incluyen identificar a las personas y situaciones que precipitan el enojo justificado e innecesario y el reconocimiento temprano de los signos de tensión y excitación en una secuencia de provocación

Terapia cognoscitiva de Beck; García et al. (2001) centran de manera más específica el uso de su técnica para emplearse en tratamiento de depresión, en el que incluye: la programación de actividades que contrarresten la inactividad y tendencia a enfocarse en los sentimientos depresivos, aumentar las actividades placenteras, hacer que el paciente imagine que cada paso sucesivo conduce a la terminación de una tarea importante, entrenamiento de asertividad y role playing, enseñar a los pacientes a atribuir la culpa de las consecuencias negativas a la fuente apropiada, ayudarle al paciente a encontrar soluciones a los problemas.

Relajación; Con esta técnica se pretende enseñar a los pacientes a identificar los niveles de tensión muscular que experimentan en las distintas partes de su cuerpo. Consiste en aprender a tensar y luego relajar varios tipos de músculos a lo largo del todo el cuerpo. Una vez que los pacientes aprenden a relajarse podrán utilizarlo como procedimiento rutinario de autocontrol ante cualquier situación de enojo o ansiedad (Baron, 1996).

García et al. (2001) Proponen que para que la relajación sea eficaz deben tenerse en cuenta: que el lugar sea el adecuado (luz, temperatura y espacio

regular), que el paciente porte ropa cómoda y no porte algún tipo de distractor (celular), existen diferentes posturas para llevar a cabo la relajación, sin embargo la más adecuada es la forma tendida con los brazos y las piernas ligeramente en ángulo y apartados del cuerpo. Mientras se realizan los ejercicios de tensión y relajación se puede tener música tranquila de fondo. Finalmente las partes del cuerpo a tensar/relajar son: Extremidades superiores (Mano-antebrazo dominante, Brazo dominante, Mano-antebrazo no dominante, Brazo no dominante), Cabeza y cuello (Frente, Ojos, nariz, Boca, cuello), Tronco (Hombros, Pecho, Espalda, Estomago) y, Extremidades inferiores (Muslo dominante, Pierna dominante, Pie dominante, Muslo no dominante, Pierna no dominante, Pie no dominante).

Terapia racional emotiva: Ésta es un tipo de terapia directiva basada en la idea de que el malestar psicológico de la gente es causado por creencias irracionales y auto denigrantes, en donde el trabajo terapeuta consiste en cuestionar esas creencias disfuncionales (Morris y Maistro. 2005), esta terapia fue desarrollada y fundada por Albert Ellis, diversos autores son los que hoy en día retoman sus argumentos, por ejemplo Dennis (2005) retoma que las creencias irracionales y denigrantes implican absolutos “debe” y “debería” que no admiten excepciones ni la mínima posibilidad de cometer errores , por eso cuando la gente con creencias irracionales encara problemas de la vida real, suele experimentar un malestar psicológico excesivo.

Cuando se maneja en sesión la Terapia Racional Emotiva (TRE) el terapeuta se encarga de cuestionar vigorosamente esas creencias disfuncionales usando una variedad de técnicas como: la persuasión, el reto, órdenes y argumentos teóricos, entre otras (Morris y Maistro. 2005), pretendiendo con la utilización de las mismas que el paciente reinterprete sus creencias y experiencias negativas bajo una perspectiva más positiva, disminuyendo la probabilidad de deprimirse, y en caso de las personas deprimidas, ayudar a disminuir dicho sentimiento de desesperanza.

Terapia constructivista cognoscitiva: tipo de psicoterapia diseñada para superar la depresión modificando los patrones autodefensivos de pensamiento (Baron, 1996), en esta la preocupación radica en que la gente construye continuamente su mundo personal y el cual puede estar distorsionado por los pensamientos adquiridos al inicio de la vida y a las emociones asociadas con ellos. Para ello Baron (1996) retoma a Mahoney quien dice que el trabajo en sesión con la utilización de la Terapia Constructivista Cognoscitiva consiste en pedir a los pacientes que escriban cartas que no desean enviar que contengan historias, situaciones o aspectos de cierta persona, si es posible que se sienten frente al espejo mientras se realiza la carta, lo que se espera de la terapia es que el paciente comprenda su forma única ser, y que el pueda ser testigo de los resultados emocionales y cognoscitivos que se producen.

A pesar de ser nueva este tipo de terapia y de haber muy poca evidencia que compruebe su efectividad, algunos psicólogos mencionan el éxito considerable al utilizarla (Baron, 1996).

Sensibilización encubierta: García et al. (2001) retoman con cautela para referir que el uso de procedimientos que dependen más de la imaginación es más efectivo que del uso real de castigo, drogas o estimulación. Por ello con el uso de la sensibilización encubierta se pide a los pacientes que se imaginen haciendo las cosas que desean eliminar, se les instruye entonces a imaginar eventos aversivos en extremo una vez que tengan claras en su mente las conductas indeseables.

Entrenamiento en Asertividad: originalmente el entrenamiento asertivo se diseñó como tratamiento para personas cuya ansiedad parecía derivarse de su modo tímido de enfrentar las situaciones (García et al. 2001), hoy en día se han desarrollado gran variedad de programas en Asertividad aplicado para los diferentes problemas psicológicos que se presentan en las personas, desde problemas sexuales, hasta depresión. Así también son distintas las causas por las que el paciente se presenta al consultorio por falta de Asertividad.

Así pues la Asertividad es una forma de defender nuestros derechos, opiniones y deseos respetando a los demás, tiene que ver con el lenguaje corporal, facial y gestual, con el tono de voz y con la distancia que guardemos (Barón, 1996). Lo que se pretende dentro de la terapia es mostrarle al paciente los estilos negativos de la comunicación y que pueda después irlos eliminando de su estilo rutinario, consiguiendo que el paciente vea y acepte la realidad, actúe y hable con hechos concretos y objetivos, tome decisiones por voluntad propia, acepte sus errores y aciertos, pueda desarrollarse sin resentimientos y que permita a otros a obtener éxito (García et al. 2001).

Autoregistro: Es el manejo consistente en llevar un registro de la frecuencia de una respuesta (Morris y Maistro. 2005), este tipo de técnica queda bajo la responsabilidad del paciente, consiste en que el trabajo realizado en cada sesión, el resultado de la misma para beneficio de cada paciente sea reportado por si mismos. El manejo es a través de una tabla que normalmente contiene el número de sesión, lo que se trabajó y el resultado experimentado por el paciente. El registro deberá ser desde la primera hasta la última sesión terapéutica. La finalidad de dicha técnica es que el paciente pueda darse cuenta de los cambios y beneficios que obtiene al asistir a terapia tanto emocionales, conductuales, y cognoscitivos.

4.4 Terapias de grupo

Las terapias de grupo es fundamental describirlas dentro de este trabajo pues como se puede leer dentro del mismo, el interés es aplicar el tratamiento cognitivo-conductual pero mediante la terapia grupal debido a las exigencias de la muestra, el ahorro del tiempo y el problema psicológico que así lo demanda. Para muchos terapeutas el trabajo en grupo no es tan aceptado, pero para muchos otros es lo más favorable para abarcar a mas personas a la cuales ayudar (Baron, 1996).

Hoy en día ya es mas aceptada la terapia grupal, vale la pena mencionar que dentro de los orígenes de ésta, encontramos que aparece cuando se da La Independencia y La Revolución Mexicana, pues con estos acontecimientos muchas fueron las personas que resultaron con trastornos mentales y por lógico era imposible atender una por una persona por que no se podría acabar con los problemas, entonces es cuando se atendía comunitariamente (en grupo). Por lo tanto vale la pena mencionar la definición de lo que es grupo; éste considerado como un conjunto de miembros conscientes e interactuantes unidos por una finalidad en común (Mejía, 1987).

El trabajo en grupo es una forma de aprendizaje y de realización por que al mismo tiempo que se le enseña al paciente a enfrentar situaciones estresantes de la vida cotidiana, se estrechan lazos significativos de amistad colectiva y cooperatividad (Mejía, 1987).

Existen muchos tipos de terapia de grupos cada uno con sus propios objetivos, características y metas, muchos de esos grupos son conocidos entre la sociedad y en ocasiones no siempre se cuenta en esos grupos con un psicólogo, entre algunos de esos grupos se encuentran: alcohólicos anónimos, neuróticos, club de optimismo, centros de drogadicción, por mencionar solo algunos (Maisonneuve, 2005). En el desarrollo de este trabajo se mencionan solo algunos de los tipos de psicoterapia grupal.

Antes de pasar a desarrollar los tipos de terapia en grupo es importante mencionar la definición de ésta, la cual Dennis (2005) la define como un tipo de psicoterapia que se realiza con más de un paciente, el mismo autor señala que todas las terapias antes descritas pueden adaptarse para el trabajo en grupo.

Características de un grupo

Núñez y Monroy (1999) retoma las características de los grupos propuestas por Cartwright y Zander, que son las siguientes:

- a) Que sus integrantes interactúen frecuentemente.
- b) Que se reconozcan unos a otros como pertenecientes al grupo.
- c) Que otras personas ajenas al grupo también los reconozcan como miembro de éste.
- d) Que acepten las mismas normas.
- e) Que se inclinen por temas de interés común.
- f) Que constituyan una red de papeles entrelazados.
- g) Que se identifiquen con un mismo modelo que rijas sus conductas y exprese sus ideales.
- h) Que el grupo les proporcione recompensa de algún tipo.
- i) Que las metas que buscan alcanzar sean interdependientes.
- j) Que todos perciban al grupo como una unidad.
- k) Que actúen en forma similar respecto al ambiente.

4.4.1 Ventajas de la psicoterapia en grupo

Mejía (1987) propone las siguientes ventajas hacia el trabajo de terapia en grupo:

- Existe la universalidad, al considerar que el problema que el paciente tiene no solo lo padece él, si no también otros.
- Genera la necesidad de comunicación entre los miembros.
- El reaprendizaje alcanza mayor significado social.
- Es un proceso de transformación mutua.

- Modifica consciente y recíprocamente la conducta de los integrantes.
- Logra la participación organizada y estructurada.
- Respeta la individualidad.
- Se encara profundamente al problema.
- Los miembros adquieren significado y cobran conciencia.

Para que se produzca un avance hacia el logro de los objetivos es conveniente que exista un clima propio; un ambiente de libertad para actuar, pensar, expresarse, intercambiar experiencias, hacer proposiciones, señalar coincidencias y sobre todo ejercer el análisis (Maisonneuve, 2005).

4.4.2 Estrategias para la psicoterapia en grupo.

Las estrategias que a continuación se mencionan son propuestas por Mejía (1987):

- Cuidar que durante el tiempo de aplicación del tratamiento no exista algún elemento distractor (ruido, elementos con exagerado color etc.).
- Colocar a los integrantes de manera que nadie quede al margen de nuestro campo visual.
- Cuidar que nadie quede a nuestras espaldas.
- Acomodar conformando un bloque integrado, que nadie quede apartado.
- Cuidar la comodidad de los integrantes (espacio, iluminación, temperatura).
- Estar dispuesto a permanecer de pie y en constante movimiento.
- Vigilar muy de cerca el desempeño y los avances que se vayan logrando, así mismo animar constantemente.

- Conservar en el grupo: cohesión (grado en que los miembros de un grupo desean permanecer en él), integración (es la estructura y posición de los integrantes hacia el trabajo).
- Controlar el tiempo de la sesión.

4.4.3 Tipos de terapia en grupo

Terapia familiar: es una terapia de grupo que considera a la familia responsable, al menos en parte, de los problemas del individuo y que pretende cambiar las conductas de todos los miembros de la familia para beneficio de la unidad familiar y del individuo (Morris y Maistro. 2005), debido a que cuando un miembro de la familia tiene problemas, ésto da señales de que el resto de los integrantes también necesitan ayuda por que han sufrido un desequilibrio.

Morris y Maistro (2005) consideran que las metas de la terapia familiar son:

- Mejorar la comunicación de la familia.
- Alentar a sus miembros a volverse más empáticos, y compartir responsabilidades.
- Reducir el conflicto familiar.

¿Cuándo es apropiada una terapia familiar? Aún y cuando no existan problemas aparentes, es recomendable que, periódicamente los miembros de las familias acudan a terapia con el fin de fortalecer las relaciones entre ellos, y evitar caer en un problema severo, expertos en terapia familiar sugieren que ésta es apropiada cuando existen problemas entre cónyuges, entre padres e hijos, entre hermanos, o con algún otro miembro de la familia (Morris y Maistro. 2005).

Una ventaja de la terapia familiar es que dura poco tiempo y se centra en problemas concretos como pleitos frecuentes o adolescentes deprimidos (Dennis,

2005), en este tipo de terapia el trabajo para cada miembro es igual y en la mayoría de las sesiones en conjunto, digo en conjunto por que cuando el terapeuta identifica que existe una mayor carga en alguno de los miembros, decide apartar algunas sesiones para trabajar solamente con él.

Terapia de pareja: forma de terapia de un grupo cuyo propósito es ayudar a las parejas en conflicto a resolver sus problemas de comunicación e interacción (Morris y Maistro. 2005), anteriormente esta terapia era llamada marital, pero el término cambio con la intención de ampliar el abanico de pacientes pues pocas son las parejas que viven como tal bajo un vínculo legal, si no que la mayoría de las personas viven en unión libre.

Lo que se pretende en la terapia de pareja es enseñar a cada uno a comparar los sentimientos internos, escuchar y comprender al compañero, respetando su oportunidad de diálogo (turno) y evitar el refutar. El tipo de terapia que ayuda a lograr los propósitos es la cognoscitiva, pues ayuda a describir y anular las distorsiones por las que comúnmente las parejas se destruyen (Barón 1996).

Grupos de autoayuda: son grupos de individuos que experimentan el mismo tipo de dificultades y se reúnen para discutir los problemas que comparten y para encontrar soluciones (Barón, 1996). Estos grupos proporcionan a sus miembros apoyo emocional, ayudándoles a hacer nuevos amigos y a divulgar de sus beneficios a nuevas personas. La mayoría de la gente prefiere acudir a los centros de autoayuda más que a una terapia familiar, por el bajo costo y por que no se sientan solos.

Una de las características principales de este tipo de grupo es que ayudan a prevenir trastornos psicológicos (Morris y Maistro. 2005), el grupo de autoayuda mas conocido en la sociedad es Alcohólicos Anónimos y hasta el momento ha tenido eficacia.

4.5 Fases del proceso psicoterapéutico

Es frecuente encontrar diversas descripciones del proceso de la intervención psicológica, sin embargo la mayoría de los autores coinciden en identificar un proceso similar (Weiner, 1992) basado en las tres fases siguientes:

Fase inicial o de contacto: esta fase consiste en valorar al paciente que solicita ayuda, evaluar sus necesidades para saber si es un candidato idóneo para la psicoterapia y formular un contrato apropiado para la conducción del tratamiento (Weiner, 1992). Las tres tareas antes mencionadas realizadas por el terapeuta se cumplen a través de la herramienta de la entrevista ya que mediante ésta, el terapeuta encuentra las razones por las que el paciente busca ayuda, identificando síntomas, con ello se aplicara el tratamiento adecuado para obtener buenos resultados.

Siendo que para obtener resultados satisfactorios el terapeuta deberá motivar, debe mostrar capacidad e integridad, así también el paciente mostrará sus experiencias consiguiendo que reflexione en ellas. No hay que pasar desapercibido que en el primer encuentro el terapeuta deberá observar muy detalladamente el interés, la preocupación, el empeño y la apertura del paciente tanto hacia el psicólogo como hacia el proceso de intervención, si es que acude por voluntad propia o influye en la decisión de acudir una tercera persona (Sánchez, 2008). El psicólogo deberá observar cada uno de los aspectos físicos que construyen al paciente así también como actitud y sentimientos.

Así también es importante la impresión que muestre el terapeuta y el lugar para la decisión que tome el paciente al aceptar o rechazar el tratamiento, por ello es importante que el terapeuta cuide su personalidad, la cortesía al recibirlo (sin efusividad), los elementos del consultorio tales como: luz, decoración, amplitud, temperatura, entre otros. Finalmente es muy importante establecer el contrato sea por escrito o verbal pero deberá incluir los aspectos a cumplir desde la primera

hasta la última sesión del proceso, y estos son: tiempo que durara la sesión, obligaciones mutuas, y costos de la intervención (Sánchez, 2008).

Fase de desarrollo: esta fase es más larga, implica comunicar comprensión a través de las interpretaciones, así como resolver los problemas inherentes del proceso de psicoterapia como son la resistencia, transferencia y contratransferencia (Weiner, 1992). A pesar de las formas variadas de intervención psicológica existen algunos aspectos relevantes en este periodo pero que pueden variar esto según las características del paciente, la perspectiva teórica, del problema que se presente, y de cómo vaya reaccionando el paciente al proceso; el principal factor será considerar el tiempo considerable para conseguir un cambio, éste para una terapia breve, intervención corta es de cuatro a ocho sesiones. Otro factor es el resultado que se obtiene, aquí lo más notable después del proceso terapéutico se observa en la conducta, el pensamiento y un cambio en los sentimientos. Y un último factor a considerar en esta fase es considerar cuáles son los criterios para establecer el éxito en el proceso de la intervención psicológica, de forma sintetizada depende de: la empatía, la autenticidad, y la aceptación que muestren ambas partes, terapeuta y paciente (Sánchez, 2008).

Fase terminal o de cierre: esta fase se dedica a reafirmar los logros del paciente en el tratamiento, y a disponer lo necesario para la terminación del mencionado contrato (Weiner 1992). Es muy importante que el final sea planeado y que el paciente tome conciencia del punto de terminación, en ocasiones se crea dependencia del paciente hacia el psicólogo, por ello es necesario que el terapeuta recuerde el número de sesiones y que señale la proximidad de la última sesión. En la última sesión el psicólogo debe ser capaz de resumir los logros y los avances, estimular al paciente para tomar las acciones decididas y explorar la posible utilización de las habilidades desarrolladas en otros tiempos y circunstancias (Sánchez, 2008).

También es importante cerrar los asuntos pendientes para evitar daños futuros, cuando el paciente ponga resistencia al cierre, probablemente lo haga por

miedo, pero el papel del terapeuta consiste en recordarle los avances que ha tenido, logrando que comprenda que la terapia lo dotó de las herramientas necesarias para enfrentar la vida, y que en ninguna situación se da la cura total, así también se le indicará que cuando realmente requiera del apoyo del psicólogo puede contar con su orientación (Sánchez, 2008).

4.6 Objetivos y características de la psicoterapia

Weiner (1992) menciona que cuando las personas buscan la psicoterapia es por tres motivos principales:

1. Por que algunas les aquejan síntomas perturbadores tales como: ansiedad, depresión, fobias, o dificultades para pensar con claridad.
2. Por experimentar ciertos problemas relacionados con su vida diaria como: impedimento para trabajar, fracasos escolares, altercados maritales, o aislamiento social.
3. Por insatisfacción con la propia persona por que no puedan ser como quisieran.

En base a estos tres puntos Weiner (1992) menciona que los motivos determinan cuáles deben ser las metas del tratamiento, que éstas de manera general son: aliviar el malestar emocional, propiciar soluciones para los problemas de la vida cotidiana y, reducir los conflictos y las preocupaciones del individuo que restringen el aprovechamiento de su potencial para realizar un trabajo productivo y para establecer relaciones interpersonales gratificantes.

Los objetivos de la psicoterapia son (Weiner, 1992):

- Brindar comunicación y comprensión explícita del terapeuta hacia el paciente.

- Conseguir que el paciente sea capaz de comprender sus pensamientos, sentimientos y actos.
- El terapeuta será solo un medio para que el paciente logre sus metas.
- Proporcionar el tratamiento adecuado para solucionar el problema.
- Mantener al paciente en terapia solo el tiempo necesario para su mejora, es decir, cuando se hayan logrado las metas establecidas en la primera sesión.
- Llevar un control de los avances que el paciente muestra al tratamiento.
- Considerar que la psicoterapia es un medio de ayuda, no de cura, y un medio para facilitar el cambio de la conducta deseada no una ruta hacia la modificación total.

Pese a las innumerables definiciones y enfoques que existen sobre psicoterapia (Sánchez, 2008) se distingue cuatro características principales o comunes de éstas:

1. Empleo de mediciones psicológicas para ayudar a la gente que experimenta problemas emocionales en su vida diaria.
2. Deseo del terapeuta en auxiliar a su paciente.
3. Actitud de respeto del primero por la integridad personal del segundo.
4. Énfasis en la comprensión del problema por parte del cliente para guiar el curso del tratamiento.

4.7 Efectividad de la psicoterapia

Muchos nos preguntaremos si realmente vale la pena invertir en terapia, y la respuesta la tenemos nosotros mismos, dependiendo si realmente queremos y deseamos superar las crisis que pasamos, entonces diríamos que

para la persona que desea superarse vale la pena la inversión económica y de tiempo que preste a la misma, pero también influye en gran manera para la eficacia de esta la iniciativa propia, aceptar la necesidad de ayuda, y la frecuencia con que se asista, los seres humanos nos caracterizamos por ser impacientes, queremos obtener resultados inmediatos, y este factor es muy importante pues en la terapia se requiere de tiempo, algunos problemas requerirán más tiempo que otros (Dennis, 2005).

Barón (1996) afirma que la terapia psicológica es más efectiva que la terapia farmacológica por que con esta última, las personas que la tienen, pasando un tiempo después del sometimiento al tratamiento recaen en los problemas y en ocasiones con mayor intensidad, sin embargo, las que toman un tratamiento psicológico son menos las probabilidades de recaer.

Por último deseo mencionar que ninguna psicoterapia es menos efectiva que otra, cada una cuenta con sus resultados favorables, y para ello será necesario que el terapeuta elija de manera adecuada el o los tipos de terapia, éstas escogidas de acuerdo a la naturaleza del problema y las características de la persona, y así se definirá la eficacia de las mismas (Morris y Maistro. 2005).

CAPITULO 5

METODOLOGIA

5.1 Tema de investigación

“La terapia cognitivo conductual como una alternativa para disminuir la depresión en adolescentes entre la edad de 13 y 15 años de la Secundaria Josefa Ortiz de Domínguez, del municipio de Ozumba Estado de México a causa de factores familiares.”

5.2 Planteamiento de problema

¿Es la terapia cognitivo conductual una alternativa para disminuir la depresión en adolescentes entre la edad de 13 y 15 años de la Secundaria Josefa Ortiz de Domínguez, del municipio de Ozumba Estado de México a causa de factores familiares?

5.3 Objetivos

Objetivo general:

Conocer la efectividad de la terapia cognitivo conductual para disminuir la depresión en adolescentes entre la edad de 13 y 15 años, a causa de factores familiares, y que son estudiantes de la secundaria Josefa Ortiz de Domínguez, del municipio de Ozumba Estado de México.

Objetivos específicos:

1. Aplicar la Terapia Cognitivo Conductual a los adolescentes entre la edad de 13 y 15 años que manifiestan depresión a causa de factores familiares,

detectados a partir de la aplicación del test de Beck y la escala de satisfacción familiar.

2. Con la Técnica de los Fanáticos, conseguir que los adolescentes rompan las inhibiciones logrando un ambiente de confiabilidad, tranquilidad y amabilidad, y, que este permanezca durante todas las sesiones que requiere el tratamiento.
3. Mediante la relajación progresiva propuesta por Jacobson, enseñar a los adolescentes a identificar los niveles de tensión muscular que experimentan en las distintas partes de su cuerpo. Aprendiendo a tensar y luego relajar varios tipos de músculos a lo largo del todo el cuerpo. Y para que después puedan utilizarlo como procedimiento rutinario de autocontrol ante cualquier situación de enojo o ansiedad.
4. Con la Técnica de Confrontación, conseguir que los adolescentes conozcan y acepten sus debilidades para que estas no causen conflicto emocional en ellos.
5. Mediante la Técnica de Inoculación al Estrés se espera dotar a los adolescentes de habilidades y pensamientos positivos los cuales puedan emplear cuando se encuentren ante situaciones que les produzcan enojo, ansiedad, o tensión muscular y dichas habilidades les permitan regularse.
6. Con la Técnica Racional Emotiva (TRE), conseguir en los adolescentes equilibrio emocional así como acciones congruentes y efectivas para el logro de los propósitos individuales de ellos, cambiando las ideas que producen emociones negativas por ideas racionales. Logrando que los adolescentes cambien sus ideas irracionales practicadas hasta el momento, para que puedan enfrentar dichos acontecimientos sin ninguna dificultad.

7. Mediante la Técnica de Modelamiento Encubierto, conseguir que con uso de la imaginación, los adolescentes visualicen a un modelo, éste que posea características, atributos y en especial conductas que el paciente desea adquirir. Dichas conductas deberán ser positivas y que estas le ayuden a llevar un estilo de vida más favorable que el practicado hasta el momento.
8. Con la Técnica de Asertividad, enseñar a los adolescentes que la manera correcta de comunicarse es mediante la comunicación asertiva, logrando así que ellos defiendan sus derechos, y deseos, respetando a los demás, y que posteriormente practiquen en su rutina este tipo de comunicación.
9. Mediante la Técnica de Sensibilización Encubierta, lograr que los adolescentes dejen de realizar conductas que hasta el momento les causa conflicto en su familia, mediante la imaginación encontraran los eventos opuestos por los que pueden ser sustituidas sus conductas inadaptadas, para que después ellos lo lleven a la práctica diaria.
10. Con la Técnica Constructivista Cognoscitiva conseguir que los adolescentes a través la elaboración de dos cartas y de la reflexión que “razón tenias papá”, puedan liberar los sentimientos y emociones guardados hasta este momento.
11. Mediante la aplicación de la Técnica de Autoregistro, lograr que los adolescentes se den cuenta por si mismos del cambio que tiene su persona, en cuanto a conducta, pensamientos y emociones, y, del beneficio que obtienen con ese cambio para ellos y hacia la relación con su familia.
12. Mediante una Técnica Adicional aplicada en la última sesión, se trabajara con los papás y adolescentes para sensibilizar ambas partes y pueda haber una reconciliación.

13. Conseguir estabilidad emocional en los adolescentes entre la edad de 13 y 15 años que tienen depresión a causa de factores familiares para que puedan practicar una relación agradable con cada integrante de su familia.
14. Evaluar la efectividad de la terapia cognitivo conductual mediante la aplicación del test de Beck, para conocer si la depresión de los adolescentes entre la edad de 13 y 15 años a causa de factores familiares disminuye.

5.4 Hipótesis

HO: Al aplicar la Terapia Cognitivo Conductual a los adolescentes con depresión, ésta disminuirá generando además una estabilidad emocional.

HI: Al aplicar la Terapia Cognitivo Conductual a los adolescentes con depresión, esta no producirá efectos de disminución y por lo tanto no se generará una estabilidad emocional.

5.5 Tipo de investigación

En esta investigación se utiliza el método experimental para el estudio de la relación de las variables, con este método la variable dependiente cambiará, introduciendo el tratamiento.

5.6 Diseño

Se utiliza un diseño de tipo pretest-posttest, debido a que se aplicó una prueba (test de Beck) antes de la aplicación del Tratamiento Cognitivo Conductual, ésta para seleccionar a los adolescentes que presentan depresión, y, después de la aplicación del Tratamiento Cognitivo Conductual se realizará una segunda aplicación de dicho test con el fin de conocer si disminuyó la depresión en los adolescentes de acuerdo a los resultados obtenidos en su primera aplicación.

5.7 Población

Adolescentes de ambos sexos, entre la edad de 13 y 15 años estudiantes de la Secundaria Josefa Ortiz de Domínguez del municipio de Ozumba.

5.8 Muestra

Se aplica la Terapia Cognitivo Conductual a 58 adolescentes los cuales muestran depresión a causa de factores familiares, éstos escogidos a partir de la aplicación del test de Beck y de la escala de satisfacción familiar. Dicha muestra se dividirá en tres grupos, dos con 20 alumnos y uno con 18 alumnos, la razón por la que no se trabaja con los 58 adolescentes a la vez es por que, a mayor numero de individuos menor probabilidad de eficacia en el tratamiento, por lo tanto la terapia será grupal y esta será aplicada en 6 semanas, dos sesiones por cada semana.

5.9 Situación experimental

La aplicación de la Terapia Cognitivo Conductual se llevó a cabo en la secundaria donde asisten los adolescentes, específicamente en los salones de clases.

5.10 Variables

V. independiente

TERAPIA COGNITIVO CONDUCTUAL

- **DEFINICIÓN CONCEPTUAL:** La Terapia Cognitivo Conductual es una combinación de dos enfoques; el conductual y el cognitivo, la cual pretende modificar comportamientos y pensamientos de manera sincrónica y sinérgica, está orientada hacia el presente, poniendo énfasis en los patrones disfuncionales actuales del pensamiento y conductas, basándose en un enfoque práctico, de corta duración y bajo costo. La Terapia Cognitivo Conductual se ayuda de mediciones psicométricas y pone énfasis en la

cuantificación, la identificación de indicadores objetivos de progreso y la medición de éstos, (Sánchez, 2008).

- DEFINICIÓN OPERACIONAL: Para la evaluar la efectividad de la Terapia Cognitivo Conductual se aplicarán, de sus técnicas, las siguientes: relajación de Jacobson, confrontación, sensibilización, racional emotiva, asertividad, alto al pensamiento y, autoregistro.

FAMILIA

- DEFINICIÓN CONCEPTUAL: La familia es la unidad básica en la estructura de la sociedad que se caracteriza por que vigila y promueve el desarrollo y bienestar de sus miembros, los cuales están vinculados por unión sanguínea y/o social, además en ella se construyen patrones de conducta, comportamiento, además de brindar protección emocional y afectiva (Yoshika, 2001).
- DEFINICIÓN OPERACIONAL: Esta variable se midió con la aplicación de la Escala de Satisfacción Familiar (ESFA), a los adolescentes que presentaron depresión de acuerdo al test de Beck, dicha escala consta de 27 ítems con un par de adjetivos cada uno, las opciones a elegir están clasificadas en totalmente, bastante o algo; de de esta aplicación se eligieron a los adolescentes que presentaran un centil de 50, 40, 30, 20, y, 10, y a ellos se aplicará el tratamiento cognitivo conductual.
- *V. dependiente*

DEPRESIÓN

- DEFINICIÓN CONCEPTUAL: Estado emocional que se caracteriza por pensamientos tristes o pesimistas, sentimientos de inutilidad y falta de confianza

en uno mismo. además sentimientos de tristeza, desesperación y desaliento (Johnmarshall, 2003).

- DEFINICIÓN OPERACIONAL: Esta variable se midió con la aplicación del test de Beck a todos los adolescentes que cumplieron con las características mencionadas en la descripción de la población, dicho test consta de 21 afirmaciones con cuatro opciones, únicamente eligiendo una opción por afirmación. Esta prueba sirvió para elegir a aquellos adolescentes que tienen depresión y a los cuales se les aplicaría un segundo test.

5.11 Tratamiento

Técnicas:

1. *Técnica adicional “los fanáticos”*
2. *Relajación progresiva de Jacobson*
3. *Confrontación*
4. *Inoculación al estrés*
5. *Técnica racional emotiva*
6. *Modelamiento encubierto*
7. *Asertividad*
8. *Sensibilización encubierta*
9. *Técnica constructivista cognoscitiva*
10. *Autoregistro*
11. *Técnica adicional de sensibilización*

5.11.1 Desarrollo de las técnicas

Sesión 1 Técnica de los Fanáticos

Objetivo: Que los adolescentes rompan las inhibiciones logrando un ambiente de confiabilidad, tranquilidad y amabilidad y, que éste permanezca durante todas las sesiones que requiere el tratamiento.

Aplicación: Para la realización de esta técnica se dispondrá de 30 minutos, para cual únicamente se requiere de lápiz y papel. Requiere la participación de todos los integrantes del grupo.

- Los participantes deberán estar de pie, en torno al dirigente escucharán una introducción acerca de que todos son importantes y que en consecuencia cada uno tiene fanáticos y estarán deseosos de pedirles su autógrafo.
- Se proporciona una hoja y un bolígrafo a cada participante.
- El autógrafo que soliciten deberá ser uno a uno, en el que obtengan su nombre y su firma, y al tiempo que lo consiguen deberán estrechar las manos, y preguntar ¿Cómo estás?
- Ganará quien mas autógrafos logre reunir, aunque el tiempo será suficiente (30 minutos) pues la finalidad es que todos sean ganadores.

Instrucciones: “pónganse todos de pie, que creen somos gentes importantes, y por lo tanto todos conseguiremos obtener el autógrafo de todos, comenzaremos al mismo tiempo, para lograrlo necesitamos de la interacción así que cada que consigan un autógrafo estrecharán las manos y se preguntarán ¿Cómo estás?, la respuesta a esta pregunta deberá ser mas que un simple “bien”, es tan importante el saludo así como obtener la firma y el nombre de cada uno, cuentan con 30 minutos, al terminar deberán ocupar sus lugares”.

Sesión 2 Relajación de Jacobson

Objetivo: Enseñar a los adolescentes a identificar los niveles de tensión muscular que experimentan en las distintas partes de su cuerpo. Aprendiendo a tensar y luego relajar varios tipos de músculos a lo largo del todo el cuerpo. Y para que después puedan utilizarlo como procedimiento rutinario de autocontrol ante cualquier situación de enojo o ansiedad.

Aplicación: Para esta técnica se dispondrá de una sesión completa (50 a 60 minutos), se practicará cada uno de los ejercicios que a continuación se describen

las veces necesarias para que los adolescentes aprendan y distingan el estado relajado del cuerpo.

Para que la técnica de relajación tenga eficacia se deberán seguir las siguientes recomendaciones:

- El lugar deberá tener estas características: tranquilo, temperatura adecuada y, luz moderada.
- Los adolescentes deberán portar: ropa cómoda (no ajustada), no portar gafas, de preferencia no usar zapatos, además de no tener el celular encendido para evitar cualquier distracción.
- La posición que se adquirirá para los ejercicios será tendido sobre una colchoneta, con los brazos y las piernas ligeramente en ángulo y apartados del cuerpo.
- Mientras se lleva a cabo la serie de ejercicios, se contará con música ambiental tranquila (David Lanz/Return to the Heart).
- Es muy importante que antes de la práctica de los ejercicios, se realice respiración (se mostrará previamente la forma correcta de inhalar y exhalar).

Ejercicios:

1. Extremidades superiores
 - Mano y antebrazo dominante
 - Brazo dominante
 - Mano y antebrazo no dominante
 - Brazo no dominante
2. Cabeza y cuello
 - Frente
 - Ojos nariz
 - Boca
 - cuello
3. Tronco
 - Hombros, Pecho, Espalda

- Estómago
4. Extremidades inferiores
- Muslo dominante
 - Pierna dominante
 - Pie dominante
 - Muslo no dominante
 - Pierna no dominante
 - Pie no dominante

Instrucciones: “inspiren profundamente y contenga la respiración” durante la tensión, “suelte el aire y respire despacio rítmicamente” durante la relajación. Cada tensión durará aproximadamente 20 segundos, no puede dilatar más pues ello originaría la aparición de calambres musculares. Al final de la sesión se les indicará a los adolescentes que practiquen los ejercicios diariamente, en presencia o ausencia de situaciones estresantes, haciendo hincapié de las condiciones para dicha ejecución.

Sesión 3 Confrontación

Objetivo: Conseguir que los adolescentes conozcan y acepten sus debilidades para que éstas no causen conflicto emocional en ellos.

Aplicación: Para la realización de esta técnica se dispondrá de una sesión (50 a 60 minutos), cada adolescente deberá escribir en un fragmento de hoja dos principales habilidades que tenga, y dos debilidades, y además deberán colocar su nombre.

Posteriormente deberán doblar su fragmento de hoja y depositarla en una caja, después alguno de los que integran el grupo sacará uno de los papeles y el nombre que salga será la persona que pasará enfrente para darnos una demostración tanto de las habilidades como de las debilidades que escribió. Al terminar esa persona sacará otro papel y el nombre que indique será la nueva persona que pase al frente, así sucesivamente hasta que todos hayan pasado.

Se enfatizará que todos somos capaz de realizar lo que nos propongamos, nadie es menos ni es más que otros, por que todos tenemos defectos y debilidades como seres humanos que somos así que todos pasaremos al frente, de no ser así habrá una sanción (deberán depositar cinco pesos en una caja) y aun así al final deberán pasar.

Instrucciones: “Cada uno de ustedes escribirá en este fragmento de hoja dos habilidades y dos debilidades que tengan, al terminar doblaran la hoja y la depositaran en esta caja. Después cada uno deberá pasar al frente a demostrar lo que escribieron, todos deberán pasar. Nadie deberá reírse del compañero que esta enfrente ni hacer comentarios durante la demostración”.

Sesión 4 Inoculación al Estrés

Objetivo: Con esta técnica se espera dotar a los adolescentes de habilidades y pensamientos positivos los cuales puedan emplear cuando se encuentren ante situaciones que les produzcan enojo, ansiedad, o tensión muscular y dichas habilidades les permitan regularse.

Regularmente cuando una persona experimenta vivencias desagradables (enojo, angustia, desesperación, hostigamiento, etc.) la activación fisiológica aumenta en gran manera, originando tensión en las personas, por ello con esta técnica se sustituirán los pensamientos y conductas negativas por un arsenal de pensamientos y conductas positivas y esto enseñara a los adolescentes como enfrentar cada situación que les presente.

Es importante mencionar a los adolescentes que no solo en esta etapa de su vida se enfrentaran ante situaciones que les cause inestabilidad, si no que en cualquier momento de la vida, como seres humanos estamos expuestos constantemente a ellas, a si pues esta serie de ejercicios que aprendan deberán practicarlos si desean mantener un equilibrio emocional y de tranquilidad.

Aplicación: La realización de la técnica requerirá de una sesión (50 a 60 minutos), al final los adolescentes ya habrán discriminado entre enojo y

tranquilidad. Para un buen resultado de esta técnica se deberán seguir las siguientes recomendaciones:

- Los adolescentes deberán entrar al aula con los celulares apagados, y con un bolígrafo en manos.
- El lugar deberá tener estas características: tranquilo, temperatura adecuada y, luz moderada.
- La posición que los adolescentes adoptaran será sentada.

Dicha técnica cuenta con tres pasos, que son los siguientes:

1. Los adolescentes deberán elaborar una lista de las 10 situaciones que más les causa enojo dentro de su núcleo familiar, estas deberán ser concretas y escritas en forma de lista con jerarquía de la que más les causa enojo hasta la situación que menos les enoja. Después se les enseñará a evocar cada una de las situaciones en la imaginación y como relajar la tensión mientras se visualiza claramente la situación que produce enojo.
2. Llevar a cabo la creación de un arsenal propio de pensamientos de afrontamiento de estrés, los cuales se utilizarán para contrarrestar los pensamientos automáticos habituales. La dinámica consistirá en que los adolescentes deberán elaborar una nueva lista pero ahora de pensamientos negativos que habitualmente tienen mientras pasan por un acontecimiento desagradable dentro de su familia, y delante de cada pensamiento negativo deberán contrarrestar con un nuevo pensamiento positivo, los cuales empezarán a practicar de ahí en adelante.
3. Este último paso consiste en la utilización de las habilidades de relajación y de afrontamiento real para ejercer presión sobre los hechos que se consideran perturbadores mientras se respira profundamente, aflojando los músculos y utilizando los siguientes pensamientos de afrontamiento:
 - “Ahora me relajo, pues esto no puede dañarme”
 - “Mantendré la calma, y me concentraré en la tarea a realizar”
 - “No hay prisa, nadie me corretea, voy a hacerlo paso a paso”

- “Nadie es perfecto, pero en todo lo que haga pondré mi mayor empeño”
- “Pronto terminara todo, y mi relación con los demás no se afectara”
- “Estoy tranquilo (a), muy tranquilo”

Instrucciones: “A continuación realizaremos tres ejercicios, para cada uno de ellos se invertirán 20 minutos, por lo cual desde este momento requiero de su atención y total disposición para obtener una resultado benéfico para su persona”.

Sesión 5 Técnica Racional Emotiva

Objetivo: Conseguir en los adolescentes equilibrio emocional así como acciones congruentes y efectivas para el logro de los propósitos individuales de ellos, cambiando las ideas que producen emociones negativas por ideas racionales. Logrando que los adolescentes cambien sus ideas irracionales practicadas hasta el momento para que puedan enfrentar dichos acontecimientos sin ninguna dificultad.

Las emociones de una persona y la forma en cómo ésta actúa dependen de las ideas que tengan acerca de los distintos acontecimientos de la vida diaria, Retomando a Ellis, quien menciona que para cambiar la conducta hay que alterar primeramente la forma en que el paciente piensa acerca de las cosas o de los demás.

Aplicación: Para esta técnica se dispondrá de una sesión (50 a 60 minutos), pero se dividirá en dos partes, con el mismo tiempo para cada una. La primera consiste en que; en base a la lista de ideas irracionales (suceso activante) descritas a continuación, los adolescentes deberán completar a cada una de ellas con el resto de del proceso completando tanto con esa idea irracional y contrarrestarla con un proceso racional. Y la segunda consistirá en que cada uno de los adolescentes escogerán la idea irracional con la que más se hayan identificado, pasando al frente del grupo la expondrán en sus situaciones y,

mencionarán en que les ayudó esta técnica. Por último se les invitará a que puedan practicar en su rutina diaria las ideas racionales.

El proceso del pensamiento sea racional o irracional cuenta con cuatro partes:

1. Suceso activante
2. Ideas irracionales/racionales
3. Efecto emocional
4. Efecto conductual

El trabajo se hará en función de las siguientes ideas irracionales más comunes en los adolescentes:

- “me siento triste siempre y no puedo salir de mi tristeza”
- “siento que en el futuro no hay esperanza, y que las cosas no pueden mejorar”
- “creo que soy un fracaso absoluto como persona”
- “me siento bastante culpable siempre”
- “no puedo trabajar en absoluto”
- “estoy demasiado cansado (a) para hacer las cosas”
- “me odio por que todas las cosa me salen mal”
- “todo lo que pasa a mi alrededor es por mi culpa”
- “si tuviera la oportunidad para matarme lo haría”
- “me siento irritado todo el tiempo”
- “no tengo interés por convivir con las personas”

- “me es imposible tomar decisiones en mi vida”
- “soy una persona fea, no soy atractivo (a) para los demás”

Instrucciones: “a continuación se les proporcionara una hoja en blanco, para la cual deberán escribir en la parte posterior derecha de la misma su nombre completo, posteriormente van a escribir las ideas irracionales que mencioné, para la cuales deberán completar las partes del proceso de las ideas (suceso activante, idea racional/irracional, efecto emocional, y, efecto conductual), éstas las dictaré conforme vayan terminando de completar cada una. Después de haber concluido todas las ideas cada participante, ahora se pasará a la exposición de cada uno”.

Sesión 6 Modelamiento Encubierto

Objetivo: Haciendo uso de la imaginación, los adolescentes deberán visualizar a un modelo, este que posea características, atributos y en especial conductas que el paciente desea adquirir. Obviamente dichas conductas deberán ser positivas y que estas le ayuden a llevar un estilo de vida más favorable que el practicado hasta el momento.

La mayoría de las personas si no es que todas siempre visualizamos a un modelo (en especial los adolescentes), en ocasiones éste lo tomamos de amigos, conocidos o de algún personaje de televisión y que por supuesto este a obtenido un estilo de vida favorable o al menos a si lo demuestra ante la sociedad, y pocas son las personas que aquel modelo visualizado es producto de su creación propia; con esto quiero dar a entender que una persona es fácil que imite a otra que por ella misma produzca un nuevo modelo basado en su misma persona y situaciones por las que atraviesa a diario.

Aplicación: Para esta técnica se dispondrá de una sesión (50 a 60 minutos), uno de los requisitos para comenzar con la técnica es que los adolescentes pongan su mente en blanco y a partir de ahí se comienza con la imaginación del modelo. Es conveniente indicar que el modelo a percibir debe ser uno creado por ellos mismos, comentándoles que no pueden imitar a alguien con existencia pues

no conocemos a profundidad si realmente sus conductas y características personales les sean benéficas o solo sea visión superficial.

Durante la realización de la técnica se pondrá de fondo música relajante esta con sonidos de la naturaleza; los pasos a seguir son los siguientes:

1. Realizar 2 minutos de respiración profunda estando de pie.
2. Utilizando la postura tendida, mantendrán los ojos cerrados, a partir de ese momento se les pedirá a los adolescentes que se concentren únicamente en sentir su respiración.
3. Así también, se les pedirá que pongan su mente en blanco; olvidándose de todo (de la escuela, de las tareas, de las actividades de su casa, de los regaños, de las situaciones que provocan enojo, de los amigos, etc.), a fin de que nada pase por su pensamiento.
4. Una vez de conseguir que los adolescentes pongan su mente en blanco, se les dejará un instante de silencio en el que ellos puedan percibir la tranquilidad y la concentración.
5. Posteriormente, se les indicara que vayan formando a una persona (en cuanto a conducta, pensamiento y sentimientos) conforme el instructor va describiendo, el cual será en el siguiente: pensamiento, sentimientos, y, finalmente conducta.
6. Una vez que los adolescentes tengan bien definido a su modelo, se les indicara que imaginen como es su vida de esa persona con los sentimientos, pensamientos, y conductas que realiza. Con este paso se espera que los adolescentes puedan estar imaginando una vida, si no perfecta ,si plena,
7. Antes de concluir se preguntara a los adolescentes si desean adoptar algunas o todas de las características de la persona que crearon en su imaginación, consiguiendo que ellos imaginen como sería su vida si deciden adoptar características, y también que imaginen como seguirá siendo si no intentan adoptar características de dicho modelo, lo que se espera es que ellos elijan el primer escenario.

8. Por último, se indicará a los adolescentes que abran los ojos, esperando percibir en ellos un cambio, se les recomendará que puedan llevar a la práctica diaria lo que decidieron adoptar para que sean testigos por sí mismos de la diferencia positiva.

Instrucciones: “A continuación realizarán una serie de ejercicios, distribuidos en 8 pasos, para lo cual les pido de su atención para la eficacia de la técnica, a partir de este momento no hablarán a menos que así se indique, y su función será ir realizando cada indicación que se dé”.

Sesión 7 Asertividad

Objetivo: Enseñar a los adolescentes que la manera correcta de comunicarse es mediante la comunicación asertiva, logrando así que ellos defiendan sus derechos, y deseos, respetando a los demás, y que posteriormente practiquen en su rutina este tipo de comunicación.

Aplicación: Para la realización de esta técnica se dispondrá de una sesión (50 a 60 minutos), el trabajo será por parejas, ambos llevarán a cabo los ejercicios. Al realizar cada actividad se espera que los adolescentes sepan distinguir y eliminar los estilos negativos de la comunicación los cuales son: dominar, malinterpretar, denigrar, estilo de rebote, estilo viviendo en el pasado, y estilo vengativo.

La ejecución será la siguiente:

- Las parejas deberán practicar cada uno de los estilos de comunicación negativa antes mencionados, son seis, entonces para cada uno de ellos se dispondrá de 10 minutos, solo que 5 minutos será para dialogar en estilo negativo y 5 minutos para conversar de forma correcta (asertiva).
- Para cada estilo se asigna un tema: Dominar -la alimentación, Malinterpretar- el aspecto físico, Denigrar-el estatus económico, Estilo de rebote-las reglas en la familia, Estilo viviendo en el pasado-la infancia, Estilo vengativo-el regaño de los papás.

Instrucciones: “A continuación se realizarán una serie de ejercicios de estilos de comunicación que practicamos en nuestra rutina, y que estos no son tan favorables para relacionarnos, los pondré por parejas y de acuerdo a cada estilo hay un tema para plática, ambos tienen que hablar, pero así como platicarán de manera negativa, también lo harán de forma asertiva, cuentan con diez minutos para cada estilo cinco para platicar negativo y cinco para el diálogo asertivo. El tiempo se les irá marcando”.

Sesión 8 Sensibilización Encubierta

Objetivo: Lograr que los adolescentes dejen de realizar conductas que hasta el momento les causa conflicto en su familia, mediante la imaginación encontrarán los eventos opuestos por los que pueden ser sustituidas sus conductas inadaptadas, para que después ellos lo lleven a la práctica diaria.

Aplicación: Para la realización de esta técnica se dispondrá de una sesión (50 a 60 minutos), un parámetro para comenzar con la técnica es que los adolescentes pongan su mente en blanco y a partir de ahí se comienza con la imaginación. Durante la realización de la técnica se pondrá de fondo música relajante (Winston George/December) esta con; los pasos a seguir son los siguientes:

1. Primeramente los adolescentes elaborarán una lista de forma escrita de las cosas que hacen en rutina y que les gustaría cambiarlas.
2. Realizar 2 minutos de respiración profunda estando de pie.
3. Utilizando la postura tendida, mantendrán los ojos cerrados, a partir de ese momento se les pedirá a los adolescentes que se concentren únicamente en sentir su respiración.
4. Así también se les pedirá que pongan su mente en blanco; olvidándose de todo (de la escuela, de las tareas, de las actividades de su casa, de los regaños, de las situaciones que provocan enojo, de los amigos, etc.), a fin de que nada pase por su pensamiento.

5. Una vez de conseguir que los adolescentes pongan su mente en blanco, se les dejara un instante de silencio en el que ellos puedan percibir la tranquilidad y la concentración.
6. Se les pedirá a los adolescentes que se imaginen haciendo las cosas que desean eliminar, invitándoles que seguido de ello imaginen cosas aversivas a las mismas.
7. Al final se les invitara a hacer una reflexión sobre ambos escenarios, y con sus respectivas consecuencias de los mismos eventos.

Instrucciones: “A continuación se llevarán a cabo una serie de ejercicios, con la finalidad de eliminar algunas de las conductas que habitualmente realizan y que estas les causan un conflicto en su entorno familiar, deberán seguir las indicaciones tal y como se las diga para obtener resultados favorables”.

Sesión 9 Técnica Constructivista Cognoscitiva

Objetivo: Que los adolescentes a través la elaboración de dos cartas y de la reflexión “Qué razón tenías papá”, puedan liberar los sentimientos y emociones guardados hasta este momento.

Aplicación: Para la realización de esta técnica se dispondrá de una sesión (50 a 60 minutos), se dividirá en dos partes la técnica; la primera consistirá de la elaboración de dos cartas, por lo tanto el material ha utilizar será de dos hojas blancas tamaño carta y de un bolígrafo para cada adolescente. Las cartas serán elaboradas bajo los siguientes parámetros:

1. La elaboración será forma individual y sin ningún distractor a la mano, supervisado previamente.
2. Mientras los adolescentes realizan sus cartas habrá música relajante de fondo (David Lanz/Return to the Heart), para conseguir mayor impacto de remover los sentimientos de los adolescentes.
3. Las cartas que realicen serán dirigidas hacia miembros de su familia. Y únicamente será un simulacro al entregarlas, pues en realidad no llegaran a ningún destinatario.

4. Para la primer carta el adolescente cerrará los ojos, respirará tres veces profundamente, y el instructor lograra traer a su mente a la persona o a las personas que más daño les han hecho, que mas las han lastimado emocionalmente y una vez logrando el punto de crisis en los adolescentes abrirán los ojos y escribirán en la hoja todo lo que sienten hacia la persona que los lastimó, la escritura será “como si” fuera dirigida, pero también se le indicara de lo importante que es el perdón, a fin de que en la conclusión de la carta el adolescente perdone y supere ese evento que anteriormente causaba malestar emocional.
5. Para la segunda carta nuevamente el adolescente cerrara los ojos, y respirara profundo tres veces para encontrar tranquilidad y poder evocar a la segunda persona. Esta ocasión a la persona que deberán traer a su mente será a aquella a la que el adolescente ha lastimado emocionalmente, de igual manera cuando se consiga el momento de crisis abrirá los ojos y redactará todo lo que siente y piensa hacia para su agresor, se les indicará de lo importante que es pedir perdón, consiguiendo que al final de la carta logren esa parte tan difícil de practicar por las personas “pedir perdón”, y así mismo conseguir superar ese evento que causaba conflicto tanto para el adolescente como para el miembro de su familia.

Para la segunda actividad que implica esta técnica se requiere de la reflexión “qué razón tenias papá” (Mariano Osorio), previamente grabada en un CD para su reproducción. Y consiste en:

1. Permaneciendo en la postura más cómoda que el adolescente decida únicamente escuchara atentamente la reflexión la cual dura aproximadamente de 4 a 5 minutos.
2. Al concluir la reflexión el psicólogo deberá recalcar la importancia del papel de los padres en la vida de los hijos, a fin de conseguir la comprensión de los adolescentes hacia sus padres en el establecimiento de las reglas en la familia.

3. Finalmente cada adolescente compartirá abiertamente y de forma breve la experiencia obtenida con la aplicación de la técnica.

Instrucciones: "A continuación se realizarán dos actividades, para las cuales les pido de su atención y su colaboración pues ambas requieren de sus sentidos, para cada actividad se dispondrán de 30 minutos, y desde este momento nadie platica con nadie, hasta que se indique habrá la oportunidad para el dialogo".

Sesión 10 Autoregistro

Objetivo: Lograr que los adolescentes se den cuenta por si mismos del cambio que tiene su persona, en cuanto a conducta, pensamientos y emociones, y, del beneficio que obtienen con ese cambio para ellos y hacia la relación con su familia.

Aplicación: Dado que el autoregistro es el manejo consistente en llevar un registro de la frecuencia de una respuesta, esta técnica quedará bajo la responsabilidad de cada adolescente pues su realización será fuera de sesión. A cada uno se le proporcionara una tabla que contenga la fecha de cada sesión, el nombre de la técnica y el resultado que ellos obtienen.

Lógicamente esta última parte la irán llenando los adolescentes conforme pasen las sesiones, el registro comienza desde la primera hasta la penúltima sesión, pues en la última sesión será el cierre del tratamiento y únicamente deberán presentar sus registros para constatar su ejecución y comentar en grupo los resultados de manera general. Así también se aplicará por segunda vez el Test de Depresión de Beck para verificar que los resultados de los registros son congruentes con los resultados del test.

Instrucciones: "A continuación se les proporciona una tabla que contiene tres apartados, para la cual ustedes deberán hacer el llenado de la parte de los resultados, el registro es del beneficio que obtengan de cada una de las técnicas que tendremos en las sesiones, lo realizarán en su casa e inmediatamente después de que se lleve a cabo la técnicas de cada sesión, deberán ser sinceros,

para esta técnicas no habrán respuestas incorrectas ni correctas. Para la ultima sesión deberán presentar su tabla”.

Sesión 11 Técnica adicional de sensibilización

Objetivo: mediante la reflexión “ocho minutos”, y con música de fondo (David Lanz/Return to the Heart), conseguir que tanto papás como adolescentes reflexionen sobre su relación hasta estos momentos para que posteriormente ambas partes pidan perdón y se de una reconciliación.

Aplicación: para la realización de esta técnica se requerirá de una sesión (50 a 60 minutos), se utilizara cañón, grabadora, y bombones. Consistirá de tres partes:

- La primera parte consiste en proyectar el video de la reflexión “ocho minutos” donde puedan darse cuenta del valor de la familia.
- La segunda parte, mientras está la música de fondo, se les repartirá un bombón a cada persona, deberán ponerse frente a frente padre con hijo, y deberán recordar un momento desagradable y triste para los dos y cuando esté en platica quien tenga que pedir perdón dará a morder de su bombón, eso repetirán para cada situación que desagradable que recuerden.
- Finalmente formando una rueda con todos los integrantes, se tomarán de la mano y se pondrá de la canción “vive” del autor Napoleón, quienes se sepan la letra podrán cantarla, pero a la par reflexionar sobre su contenido.

Sesión 12 aplicación del postest Beck

Objetivo: Evaluar la efectividad de la Terapia Cognitivo Conductual mediante la aplicación del test de Beck, para conocer si la depresión de los adolescentes entre la edad de 13 y 15 años a causa de factores familiares disminuyó.

Aplicación: para su realización se requerirá de 30 minutos únicamente para que los adolescentes contesten el test de Beck. Después de su ejecución se dará el cierre del tratamiento agradeciendo el tiempo invertido y

enfaticando la importancia de poner en práctica lo aprendido en cada sesión.

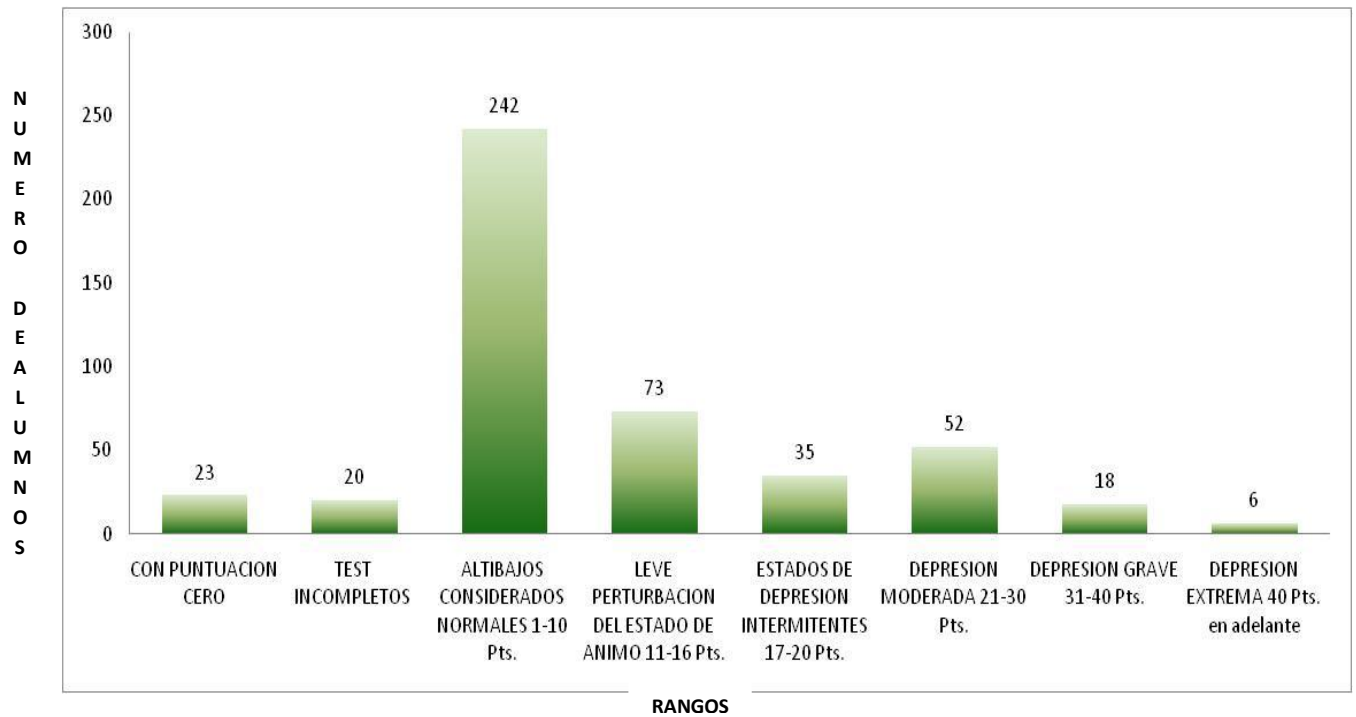
CAPITULO 6

RESULTADOS

1.1 Graficas

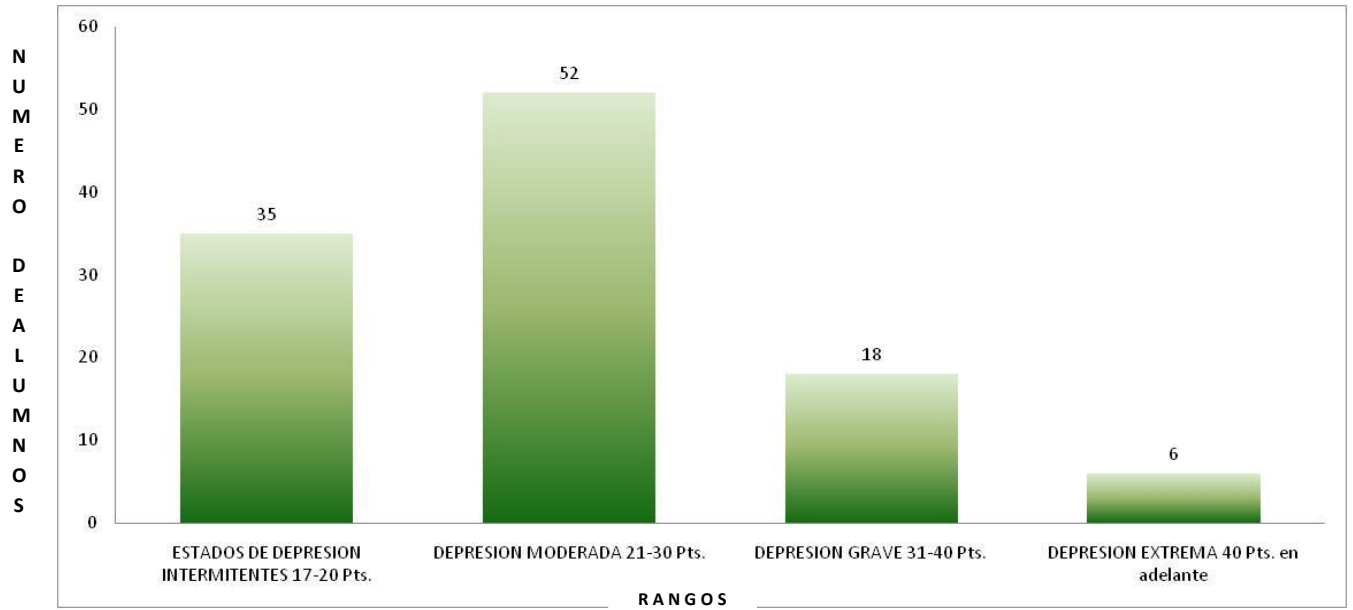
Grafica 1

Resultados de la primer aplicación del test de Beck, para seleccionar a los adolescentes con depresión.



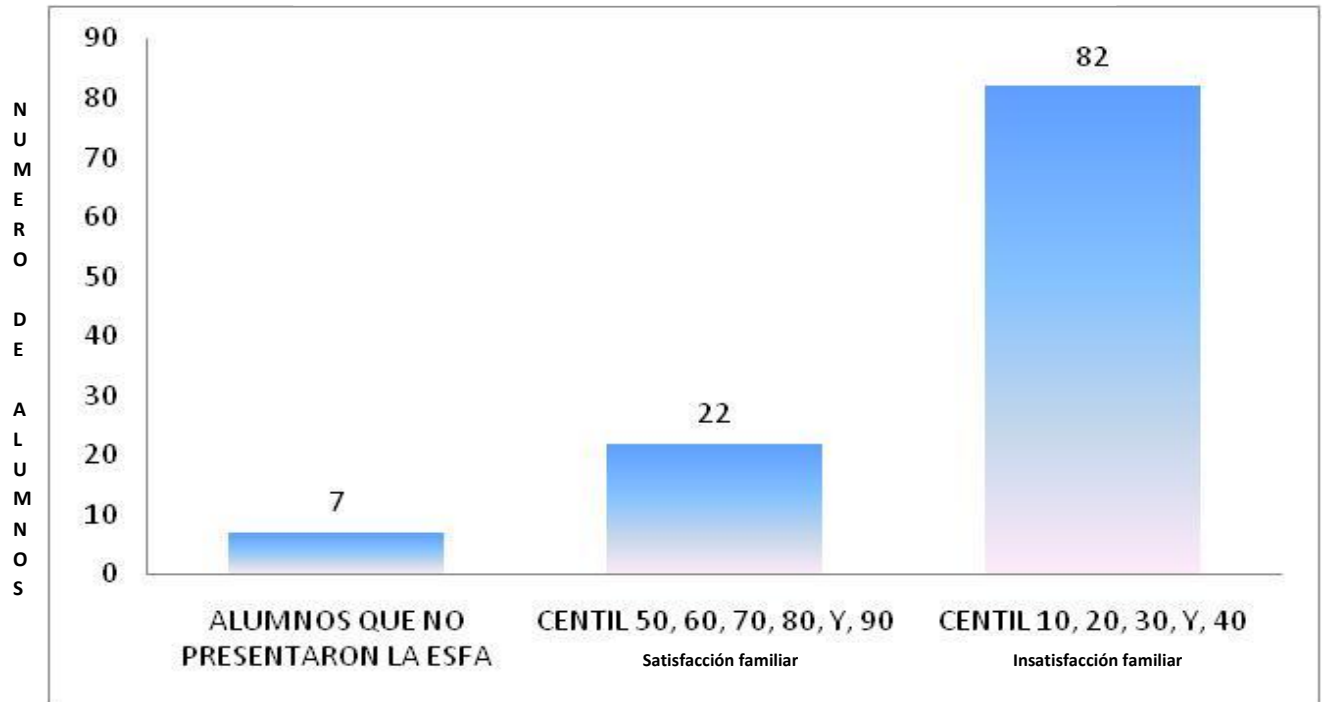
Grafica 2

Representación de los adolescentes a quienes se encontraron en un rango de depresión, y a quienes se les aplico la ESFA.



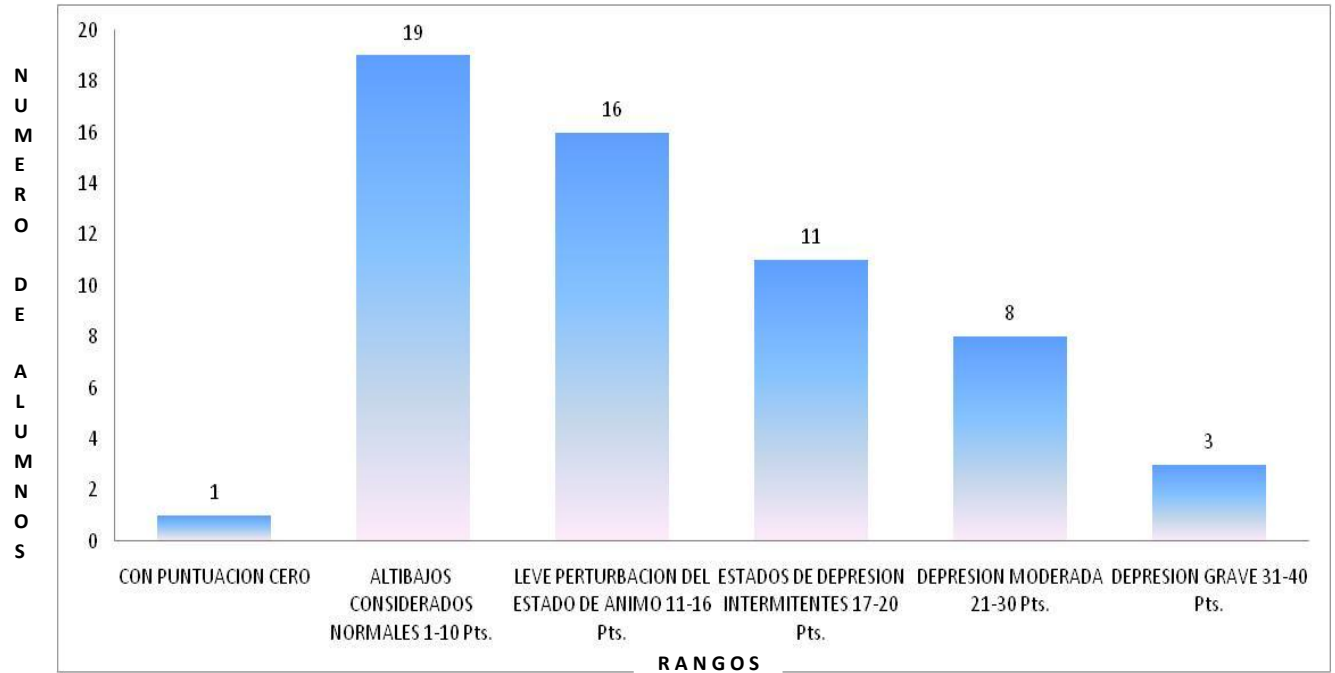
Grafica 3

Representación de adolescentes que tienen depresión con insatisfacción familiar, y, adolescentes que tienen depresión pero muestran satisfacción familiar.



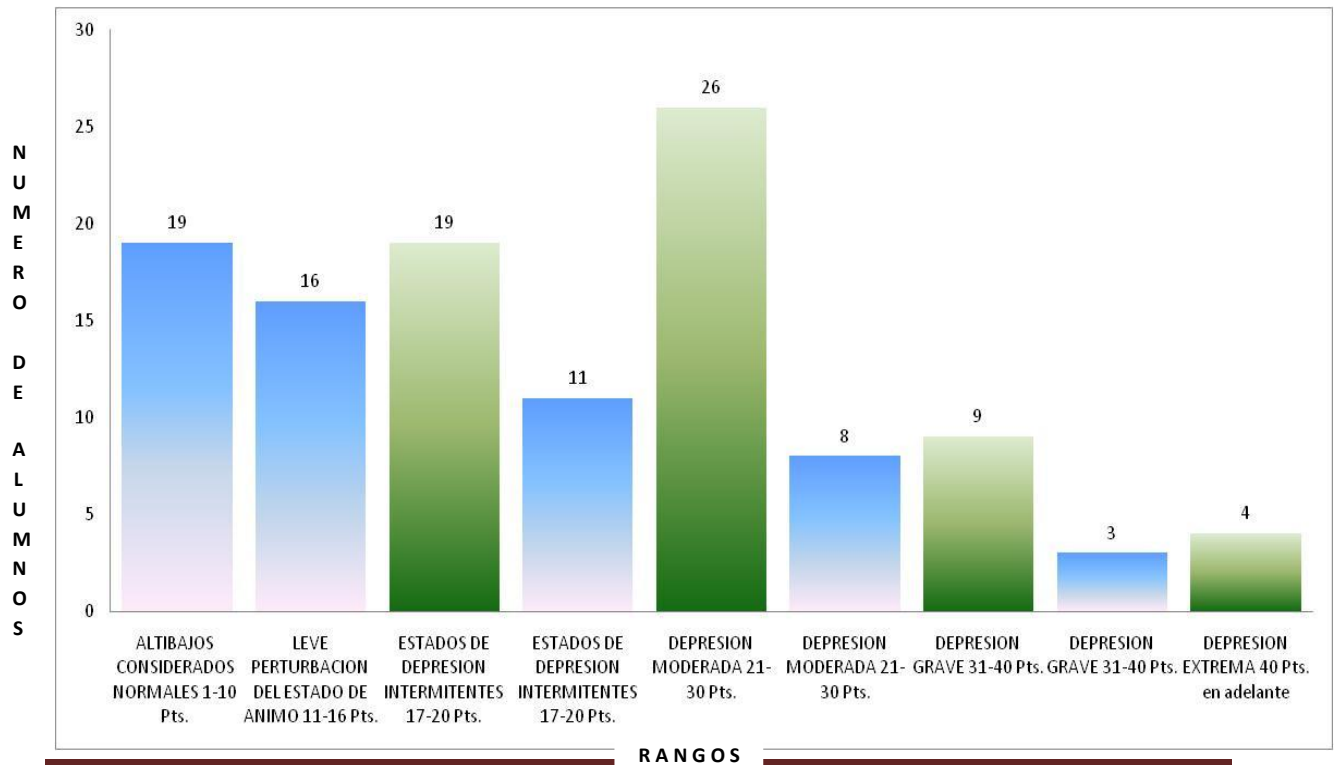
Grafica 4

Representación de los efectos (disminución de la depresión) observados mediante el re-test de Beck a los adolescentes con depresión a causa de factores familiares, después de la aplicación del tratamiento cognitivo-conductual.



Grafica 5

Comparación de los niveles de depresión: primera aplicación del test de Beck, con los resultados arrojados en el pre-test después de la intervención de la terapia cognitivo-conductual.



1.2 Interpretación de gráficas

En la *gráfica 1*, represento los datos que se obtuvieron con la primera aplicación del test de Beck, éste aplicado a 426 adolescentes entre la edad de 13 y 15 años, estudiantes de la Secundaria Josefa Ortiz de Domínguez de la comunidad de Ozumba Estado de México, con la finalidad de delimitar la población y a quienes se aplicó la Escala de Satisfacción Familiar, que con los datos que ésta arrojó, se obtuvo la muestra final de adolescentes con los que se trabajo para la aplicación del Tratamiento Cognitivo-Conductual.

De acuerdo a la evaluación del test de Beck se clasifica a la persona que responde el test según la puntuación que está obtenga adoptando una categoría a la par; dicha escala considera seis rangos: puntaje 1-10 como altibajos considerados normales, puntaje 11-16 como leve perturbación del estado de ánimo, puntaje 17-20 como estados de depresión intermitentes, puntaje 21-30 como depresión moderada, puntaje 31-40 como depresión grave, y, puntaje 40 en adelante como depresión extrema.

Obteniendo así de la población total inicial 426 adolescentes: 242 adolescentes con altibajos considerados normales, 73 adolescentes con leve perturbación del estado de ánimo, 35 adolescentes con estados de depresión intermitentes, 52 adolescentes con depresión moderada, 18 adolescentes con depresión grave, y, 6 adolescentes con depresión extrema.

En la *gráfica 2*, muestro los 111 adolescentes que se consideraron para la aplicación de la Escala de Satisfacción Familiar. Es importante enfatizar que únicamente retome a los adolescentes que se ubicaban en un rango donde ya aparecía textualmente la palabra depresión que son cuatro los rangos: estados de depresión intermitentes, depresión moderada, depresión grave, y, depresión extrema. El resto de los 315 adolescentes se excluyeron para la continuidad del estudio, pues sus altibajos y perturbaciones del estado de ánimo eran “normales”.

En la *gráfica 3*, muestro la representación de los resultados obtenidos con la aplicación de la Escala de Satisfacción Familiar (ESFA). Sin embargo es indispensable aclarar que la ESFA se debió de aplicar a los 111 adolescentes que anteriormente se describen en la gráfica 2, pero únicamente se les aplicó a 104 adolescentes, pues los otros 7 habían sido dados de baja o simplemente no se habían inscrito en el nuevo ciclo escolar, dado que la primera aplicación del test de Beck había sido efectuada en el ciclo anterior.

La forma de evaluar las respuestas que los sujetos eligen en la ESFA, es mediante el conteo de puntuación total, posteriormente en base a ese puntaje se determina el centil. Una vez determinado el centil se puede considerar la existencia de satisfacción familiar, o de insatisfacción familiar; donde los centiles 10, 20, 30, 40 marcan insatisfacción familiar, y 50, 60, 70, 80, y, 90 reflejan satisfacción familiar. Por consiguiente se percibe en la gráfica que de los 104 que ejecutaron la ESFA: 82 adolescentes muestran insatisfacción familiar interpretando esto como los adolescentes que tienen depresión a causa de factores familiares, y los otros 22 adolescentes tienen depresión pero su causa se desconoce. Después de esta evaluación se tiene una nueva muestra 82 adolescentes a quienes se aplicaría el tratamiento cognitivo-conductual.

Sin embargo, de los 82 adolescentes que arrojaron las dos pruebas psicológicas, y a quienes se debía aplicar el Tratamiento Cognitivo-Conductual, únicamente la intervención fue con 58 adolescentes deprimidos por factor familiar, ya que los otros 22 adolescentes por variables extrañas (1 por enfermedad, 3 ya estaban en intervención psicológica, 4 no tuvieron la autorización de sus padres, y, 16 no aceptaron determinantemente el proceso) no participaron en el tratamiento. La muestra final fue entonces de 58 adolescentes.

En la *gráfica 4*, expreso los resultados nuevos, arrojados con el pre-test de Beck, éste ejecutado después de la aplicación de la Terapia Cognitivo-Conductual, a los 58 adolescentes con depresión por factores familiares. La depresión que estos adolescentes reflejaron al inicio de la investigación disminuyó

considerablemente después del tratamiento, en la grafica se puede observar que se obtuvo: 1 adolescente con 0 puntuación interpretado como la ausencia total de perturbaciones en el estado de ánimo, 19 adolescentes con altibajos considerados normales, 16 adolescentes con leve perturbación del estado de ánimo, 11 adolescentes con estados de depresión intermitentes, 8 adolescentes con depresión moderada, 3 adolescentes con depresión grave, y, 0 adolescentes con depresión extrema.

Finalmente en la *gráfica 5*, muestro la comparación de los niveles de depresión, en cuanto al puntaje que obtuvieron los 58 adolescentes al realizar el test de Beck antes y después de la aplicación del tratamiento cognitivo conductual. Como la población se fue anteriormente, eliminando mediante la ejecución de test, en la *gráfica 2* se enfatizan los rangos considerados para intervenir a los adolescentes estos fueron: estados de depresión intermitentes, depresión moderada, depresión grave y, depresión extrema. Los rangos en los nuevos resultados disminuyeron a: altibajos considerados normales, leve perturbación del estado de ánimo, estados de depresión intermitentes, depresión moderada y con depresión grave.

1.3 Discusiones

Después de la representación gráfica de cada uno de los resultados obtenidos a través de la realización de este estudio, y de la explicación detalla de lo que cada gráfica expresa, puedo determinar sustentadamente que la depresión en los adolescentes a causa de factores familiares sí disminuyó de manera notable, es impresionante observar que a pesar de que solo fueron 11 sesiones de tratamiento existió un cambio en el estado de ánimo de los adolescentes.

A lo largo de la aplicación del Tratamiento Cognitivo-Conductual se percibió la gran necesidad de ayuda que la población adolescente demanda y que refleja en conducta y en pensamientos. Sin embargo, hay adolescentes que muestran más interés por un cambio en su persona que les ayude a sentirse mejor que

algunos otros, por ello se considera que a pesar de existir un cambio en la depresión de estos adolescentes, se pudo haber logrado más pero existieron factores incontrolados que influyeron para que esto no sucediera. Que favorable hubiese sido que los 58 adolescentes después del tratamiento se ubicaran en los rangos altibajos considerados normales, o con perturbaciones del estado de ánimo, considero que lo que impidió esto, fueron los siguientes factores:

- Las asistencias a la terapia no fueron completadas por todos. Solo 31 adolescentes de los 58 tuvieron todas las asistencias.
- Mediante la observación me percaté que aproximadamente solo un 60% mostraba el interés completo hacia cada técnica, con la realización de la misma.
- El espacio que proporciono la institución para llevar acabo las sesiones no siempre estuvo dispuesto, algunas técnicas fueron realizadas al aire libre, otras en la biblioteca, o en salón de clases.

No obstante los resultados fueron satisfactorios por que de los 4 adolescentes con depresión extrema después de la aplicación del tratamiento no se encontró ninguno. De los 9 adolescentes con depresión grave posterior al tratamiento disminuyo a 3. De los 29 adolescentes con depresión moderada disminuyo a 8. De los 19 adolescentes con estados de depresión intermitentes posterior al tratamiento disminuyó a 11. Interpretando de esta manera que los 35 adolescentes restantes se encuentran en los rangos no alarmantes: altibajos considerados normales, y, leves perturbaciones del estado de ánimo. Y 1 adolescente obtuvo cero puntuaciones lo que indica que hubo un gran cambio al grado de sentirse satisfecho y feliz.

También la disminución de depresión en los adolescentes se percibía sesión tras sesión con el interés que cada uno mostraba en la ejecución de las técnicas. Con el autoregistro también se pudo percibir esa disminución, pues en los reportes que llevaban los adolescentes sobre el efecto que producía cada técnica en su

vida cotidiana indican reacciones positivas que han puesto en práctica. En la última sesión se trabajó con adolescentes y padres de ellos, quienes con sus palabras daban a conocer del beneficio y del cambio que sus hijos tenían con la Terapia Cognitivo-Conductual, si bien no fueron 58 papás quienes reportaron este cambio si unos 25 padres aproximadamente, quienes también agradecían el apoyo que se dio a los adolescentes.

CAPITULO 7

CONCLUSIONES

Llegar hasta este apartado no fue nada sencillo, para poder conocer si la Terapia Cognitivo-Conductual es efectiva para disminuir la depresión en adolescentes a causa de factores familiares, tuve que buscar la escuela que pudiera abrir la puertas hacer un estudio con los adolescentes, afortunadamente me encontré con autoridades accesibles. Como primer lugar apliqué el test de Beck a todos los alumnos que tenían la edad de 13 a 15 años, quienes correspondían al nivel de estudio de primer y segundo grado de secundaria dando un total de 426 adolescentes, de estos alumnos se obtuvo que 111 presentaban depresión, pero había ahora que determinar si ello estaban deprimidos por factores familiares o por alguna otra causa.

Requiriendo por lo tanto la necesidad de aplicar la escala de satisfacción familiar, con la cual se encontraría cuantos de esos 111 adolescentes tenían depresión por causa de la familia, al momento de aplicar esta escala los alumnos ya se encontraban en un nuevo ciclo escolar, lo que influyó para que ya no fuera a 111 a quienes se aplicara la ESFA, si no a solamente 104 adolescentes. De aquí se obtuvo una muestra de 88 alumnos con depresión a causa de factores familiares, pero no se contaba con variables extrañas que impedirían aplicar tratamiento a todos ellos, dichas variables se describieron en el apartado anterior de resultados. Por lo tanto la muestra final a la que se aplicó el tratamiento fue de 58 adolescentes.

A esta muestra final se aplicó el tratamiento cognitivo-conductual que consto de 11 sesiones en cada una de ellas una técnica diferente y con un objetivo

especifico; la ejecución de la terapia fue aplicada de forma grupal, dividiendo a los 58 adolescentes en 3 grupos, trabajar de esta manera facilito la cohesión entre los integrantes, y que como terapeuta tuviera un mayor control del manejo de las técnicas. Cabe señalar que al final de cada sesión hacia una retroalimentación de las técnicas anteriores, en forma de recordatorio para que los adolescentes pudieran llevar en práctica en su vida cotidiana, observando en cada sesión un buen resultado.

Trabajar con adolescentes no es sencillo, pues como mencioné en el capitulo 1 en esta etapa se dan la mayor parte de los cambios de la vida del ser humano, mismos cambios que producen un desequilibrio de la personalidad, del estado de ánimo, de los pensamientos de la conducta, entre otros. Pero también es muy interesante tener contacto directo con ellos por que se puede dar uno cuenta que todo lo negativo que su familia y maestros ven en ellos, no lo hacen con la intención de lastimar a quienes los rodean, simplemente están en busca de su identidad (Grace. 2001).

Un punto interesante de rescatar en este apartado, es que del grupo de 58 adolescentes 51 fueron mujeres y 7 hombres, impacta el comprobar que los libros citados por distintos autores tienen razón en describir que las mujeres deprimen más que los hombres, pero estos no están exentos de caer en un cuadro depresivo, así también como cualquier otra persona fuera de la etapa en la que se encuentre.

La satisfacción de aplicar el Tratamiento Cognitivo-Conductual a adolescentes deprimidos a causa de factores familiares es grande por que se obtuvo un gran beneficio al revisar los resultados finales y comprobar la hipótesis nula formulada (Al aplicar la Terapia Cognitivo Conductual a los adolescentes con depresión, esta disminuirá generando además una estabilidad emocional), y además lograr el objetivo de evaluar la efectividad de la Terapia Cognitivo-Conductual la cual disminuyó la depresión de los adolescentes.

Importante recalcar que no existe psicoterapia más efectiva que otra, todos los tipos de psicoterapia se complementan entre si, todos producen un cambio positivo, pero la efectividad de cada enfoque lo va a determinar la naturaleza del problema, las demandas con las que el paciente llegue al consultorio, los objetivos que se planteen terapeuta y paciente, y lo más importante el interés y esfuerzo que el psicólogo o terapeuta tenga para que su paciente logre mejorar. Y cuando el problema así lo requiera no aplicar un solo tipo de terapia, si no mezclar para tener mejores resultados.

Finalmente, quiero pedir a todos los lectores tomen en cuenta la importancia de ser observadores con los adolescentes, ya que muchas veces pasamos por desapercibidas las señales que ellos mandan de ayuda, justificándonos que son problemas normales de su etapa, pero hay que saber distinguir lo “normal” de lo que sobrepasa esos límites, solo así podremos prevenir muchos suicidios; padres no pasen por alto cuando vean que su hijo está triste o sin ganas de hacer algo todo el tiempo, psicólogos cuando tengan enfrente a un adolescente trabajemos con él para que encuentre su identidad, para que encuentre su propósito en esta vida, y así podamos impedir la destrucción de muchas vidas.

ANEXOS



Fecha: _____

Apellidos y nombre: Sexo: V M Edad:

Estado civil: Profesión:

Observaciones:

ANOTE LA PUNTUACIÓN DE CADA FILA EN LA COLUMNA DE VALORES ABSOLUTOS

Totalmente	Bastante	Algo	Algo	Bastante	Totalmente	VALORES ABSOLUTOS
6	5	4	3	2	1	1
1	2	3	4	5	6	2
6	5	4	3	2	1	3
6	5	4	3	2	1	4
1	2	3	4	5	6	5
6	5	4	3	2	1	6
1	2	3	4	5	6	7
1	2	3	4	5	6	8
6	5	4	3	2	1	9
6	5	4	3	2	1	10
1	2	3	4	5	6	11
1	2	3	4	5	6	12
6	5	4	3	2	1	13
1	2	3	4	5	6	14
1	2	3	4	5	6	15
1	2	3	4	5	6	16
6	5	4	3	2	1	17
1	2	3	4	5	6	18
1	2	3	4	5	6	19
6	5	4	3	2	1	20
1	2	3	4	5	6	21
6	5	4	3	2	1	22
6	5	4	3	2	1	23
6	5	4	3	2	1	24
1	2	3	4	5	6	25
6	5	4	3	2	1	26
1	2	3	4	5	6	27

TEA Ediciones, S.A.



CENTILES	10	20	30	40	50	60	70	80	90
Mujeres	81	100	117	125	129	133	138	145	150
Hombres	94	106	114	122	129	135	138	141	150

CENTIL



SUMA DE VALORES ABSOLUTOS

PD TOTAL



Hoja de anotación

Fecha: _____

Apellidos y nombre: Sexo: V M Edad:

Estado civil: Profesión:

Observaciones:

"CUANDO ESTOY EN CASA, CON MI FAMILIA, MÁS BIEN ME SIENTO..."

		Totalmente	Bastante	Algo	Algo	Bastante	Totalmente		
1	FELIZ							INFELIZ	1
2	AISLADO/A							ACOMPAÑADO/A	2
3	JOVIAL							MALHUMORADO/A	3
4	RECONFORTADO/A							DESCONSOLADO/A	4
5	CRITICADO/A							APOYADO/A	5
6	SOSEGADO/A							DESASOSEGADO/A	6
7	DESCONTENTO/A							CONTENTO/A	7
8	INSEGURO/A							SEGURO/A	8
9	A GUSTO							A DISGUSTO	9
10	SATISFECHO/A							INSATISFECHO/A	10
11	COHIBIDO/A							A MIS ANCHAS	11
12	DESANIMADO/A							ANIMADO/A	12
13	ENTENDIDO/A							MALINTERPRETADO/A	13
14	INCÓMODO/A							CÓMODO/A	14
15	ATOSIGADO/A							ALIVIADO/A	15
16	INVADIDO/A							RESPETADO/A	16
17	RELAJADO/A							TENSO/A	17
18	MARGINADO/A							INTEGRADO/A	18
19	AGITADO/A							SERENO/A	19
20	TRANQUILO/A							NERVIOSO/A	20
21	ATAJADO/A							DEFENDIDO/A	21
22	DICHOSO/A							DESDICHADO/A	22
23	DESAHOGADO/A							AGOBIADO/A	23
24	COMPRENDIDO/A							INCOMPRENDIDO/A	24
25	DISTANTE							CERCANO/A	25
26	ESTIMULADO/A							REPRIMIDO/A	26
27	MAL							BIEN	27



IDB: INVENTARIO DE DPRESIÓN DE BECK

IDB

Nombre: _____
Edad: _____ Ocupación: _____
Escolaridad: _____ Fecha: _____
Aplicó: _____

Instrucciones: de cada inciso, circule el número de la afirmación que mejor lo describa

- A. 0 No me siento triste.
1 Me siento triste.
2 Me siento triste siempre y no puedo salir de mi tristeza.
3 Estoy tan triste o infeliz que no puedo soportarlo.
- B. 0 No me siento especialmente desanimado (a) ante el futuro.
1 Me siento desanimado (a) con respecto al futuro.
2 Siento que no tengo nada que esperar.
3 Siento que en el futuro no hay esperanza y que las cosas no pueden mejorar.
- C. 0 No creo que sea un fracaso.
1 Creo que he fracasado más que cualquier persona normal.
2 Al recordar mi vida pasada, todo lo que puedo ver es un montón de fracasos.
3 Creo que soy un fracaso absoluto como persona.
- D. 0 Obtengo tanta satisfacción de las cosas como la que solía obtener antes.
1 No disfruto de las cosas de la manera en que solía hacerlo.
2 Ya no obtengo una verdadera satisfacción de nada.
3 Estoy satisfecho (a) o aburrido (a) de todo.
- E. 0 No me siento especialmente culpable.
1 Me siento culpable una buena parte del tiempo.
2 Me siento bastante culpable siempre.
3 Me siento culpable siempre.
- F. 0 No creo que esté siendo castigado (a).
1 Creo que puedo ser castigado.
2 Espero ser castigado (a).
3 Creo que estoy siendo castigado (a).

- G. 0 No me siento decepcionado (a) de mí mismo (a).
1 Me he decepcionado (a) a mí mismo (a).
2 Estoy disgustado (a) conmigo mismo (a).
3 Me odio.
- H. 0 No creo ser peor que los demás.
1 Me critico por mis debilidades o errores.
2 Me culpo siempre por mis errores.
3 Me culpo por todo lo malo que sucede.
- I. 0 No pienso en matarme.
1 Pienso en matarme, pero no lo haría.
2 Me gustaría matarme.
3 Me mataría si tuviera la oportunidad.
- J. 0 No lloro más que de costumbre.
1 Ahora lloro más de lo que solía hacer.
2 Ahora lloro todo el tiempo.
3 Solía poder llorar, pero ahora no puedo llorar aunque quiera.
- K. 0 Las cosas no me irritan más que de costumbre.
1 Las cosas me irritan un poco más que de costumbre.
2 Estoy bastante irritado (a) o enfadado (a) una buena parte del tiempo.
3 Ahora me siento irritado (a) todo el tiempo.
- L. 0 No he perdido el interés por otras personas.
1 Estoy menos interesado (a) en otras personas que de costumbre.
2 He perdido casi todo mi interés por otras personas.
3 He perdido todo mi interés por otras personas.
- M. 0 Tomo decisiones casi como siempre.
1 Postergo la adopción de decisiones más que de costumbre.
2 Tengo más dificultad para tomar decisiones que antes.
3 Ya no puedo tomar más decisiones.
- N. 0 No creo que mi aspecto sea peor que de costumbre.
1 Me preocupa el hecho de parecer viejo (a) sin atractivos.
2 Siento que hay permanentes cambios en mi aspecto que me hacen parecer poco atractivo (a).
3 Creo que me veo feo (a).

- O. 0 Puedo trabajar tan bien como antes.
 1 Me cuesta mucho más esfuerzo empezar a hacer algo.
 2 Tengo que obligarme seriamente para hacer cualquier cosa.
 3 No puedo trabajar en absoluto.
- P. 0 Puedo dormir tan bien como siempre.
 1 No duermo tan bien como solía hacerlo.
 2 Me despierto 1 ó 2 horas más temprano que de costumbre y me cuesta mucho volver a dormirme.
 3 Me despierto varias horas antes de lo que solía y no puedo volver a dormirme.
- Q. 0 No me canso más que de costumbre.
 1 Me canso más fácilmente que de costumbre.
 2 Me canso sin hacer casi nada.
 3 Estoy demasiado cansado (a) para hacer algo.
- R. 0 Mi apetito no es peor que de costumbre.
 1 Mi apetito no es tan bueno como solía ser.
 2 Mi apetito está mucho peor ahora.
 3 Ya no tengo apetito.
- S. 0 No he perdido mucho peso, si es que he perdido algo últimamente.
 1 He bajado más de 2 ½ kilos.
 2 He bajado más de 5 kilos.
 3 He bajado más de 7 ½ kilos.
- T. 0 No me preocupo por mi salud más que de costumbre.
 1 Estoy preocupado (a) por problemas físicos, como por ejemplo, dolores, molestias estomacales o estreñimientos.
 2 Estoy muy preocupado (a) por problemas físicos y me resulta difícil pensar en cualquier otra cosa.
 3 Estoy tan preocupado por mis problemas físicos que no puedo pensar en ninguna otra cosa.
- U. 0 No he notado cambio alguno reciente en mi interés por el sexo.
 1 Estoy menos interesado (a) en el sexo de lo que solía estar.
 2 Ahora estoy mucho menos interesado (a) en el sexo.
 3 He perdido por completo el interés por el sexo.

BIBLIOGRAFIA

- Aberastury, A., Knobel, M. (2009). La Adolescencia Normal. Paidós. México.
- Barón, A., Robert. (1996). Psicología. Pearson. México.
- Caballo Vicente E. y Simón Miguel A. (2010). Manual de Psicología Clínica Infantil y del Adolescente. Pirámide. Madrid.
- Compas, Bruce, E., Gotlib, H. I. (2003). Introducción a la Psicología Clínica. McGraw-Hill. México.
- Dennis, Coon. (2005). Psicología. Thomson. México.
- García M. M., Rojas R. M. y Vargas N.B. (2001). Psicología Clínica y salud. Perspectivas. Teóricas. Facultad de Estudios Superiores Zaragoza (PAPIME). México.
- Garrison, Loredo. (2003). Psicología,. McGraw-Hill, México.
- Grace, J., Craig. (2001). Desarrollo Psicológico. Pearson. México.
- Higashida, H.,B., (2001). Ciencias de la Salud. McGraw-Hill. México.
- Horrocks, E., John. (2008). Psicología de la Adolescencia. Trillas. México.
- Johnmarshall. (2001). Psicología. McGraw-Hill. México.
- Lefrancois, R., Guy. (2005). El Ciclo de la Vida. Thomson. México.
- Maisonneuve, Jean. (2005). La Dinámica de los Grupos. Nueva Visión. Buenos Aires.

- Mejía, Rojas, Benito. (1987). Sociodinámica. APPAE. México.
- Morris, G., Charles., Maistro, A., Albert. (2005). Psicología. Pearson. México.
- Núñez, G., J., Monroy, Anameli. (1999). Psicodinámica de Grupos. PAX-MEXICO. México.
- Núñez, G., José, de Jesús. (2001). Psicopatología de la Adolescencia. Manual Moderno. México.
- Papalia, E., Diane., Wendkos, O., Sally., Duskin, F., Rut. (2005). Desarrollo Humano. McGraw-Hill. México.
- Papalia, E., Diane., Wendkos, O., Sally., Duskin, F., Rut. (2005). Psicología del Desarrollo de la Infancia a la Adolescencia. McGraw-Hill. México.
- Sánchez, Escobedo, Pedro. (2008). Psicología Clínica. Manual Moderno. México.
- Shaffer, R., David. (2000). Psicología del Desarrollo Infancia y Adolescencia. Thomson. México.
- Weiner, B., Irving. (1992). Métodos en Psicología Clínica. Limusa. México.
- Wicks, Nelson, R., Allen, C., I. (1997). Psicopatología del niño y del adolescente. Pearson. Madrid.