



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

***PROPUESTA DE UN TALLER DE TERAPIA COGNITIVO
CONDUCTUAL CON ENFOQUE RESILIENTE PARA
ADOLESCENTES CON SINTOMAS DEPRESIVOS***

TESINA

**QUE PARA OBTENER EL TITULO DE
LICENCIADA EN PSICOLOGIA**

**PRESENTA
NANCY SANTOS VELAZQUEZ**

**DIRECTORA DE LA TESINA
DRA. MARIANA GUTIERREZ LARA**



Ciudad Universitaria, D.F.

Septiembre, 2014.



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

CAPITULO 1:

DEFINICION DE ADOLESCENCIA

1.1 DESARROLLO FISICO

1.2 DESARROLLO COGNOSCITIVO

1.3 DESARROLLO COGNOSCITIVO SOCIAL

1.4 DESARROLLO PSICOSOCIAL Y DESARROLLO PSICOEMOCIONAL

CAPITULO 2:

DEFINICION DE DEPRESION

2.1 CLASIFICACION DE DEPRESION

2.2 SINTOMAS Y TIPOS DE DEPRESION

2.3 TRATAMIENTOS DE DEPRESION

CAPITULO 3:

TERAPIAS COGNITIVO CONDUCTUALES

3.1 ALGUNAS TECNICAS DE LA TERAPIA COGNITIVO-CONDUCTUAL

CAPITULO 4

RESILIENCIA

4.1 FACTORES DE RIESGO, FACTORES PROTECTORES Y RESILIENCIA

TALLER

CAPITULO 1:

Definición de adolescencia

Es el periodo de tiempo que transcurre entre la niñez y la edad adulta, en esta etapa las personas pasan por un periodo de cambios tanto físicos, conductuales y cognitivos que serán importantes para el resto de su vida.

1.1 Desarrollo físico

Bandura, (1964) dice que la adolescencia es una especie de etapa del comportamiento que aparece repentinamente al momento de la pubescencia y desaparece en la misma forma tan pronto como llega a la edad adulta.

Papalia (2005) y Wild (2011) señalan que el desarrollo físico de la adolescencia comienza con la pubertad que es el proceso que conduce a la madurez sexual o fertilidad, es decir la capacidad para reproducirse, en este periodo tanto los varones como las mujeres atraviesan por un importante cambio en su cuerpo.

Tanto varones como mujeres empiezan a tomar características de acuerdo a su género, como son: aumento en estatura y peso, aumento en las hormonas sexuales, crecimiento del vello púbico, axilar y facial, al igual que tienen una mayor producción de glándulas sebáceas y sudoríparas que pueden producir acné.

En los varones los testículos empiezan a incrementar la producción de andrógenos, en particular la testosterona, con ello se estimula el crecimiento de los genitales masculinos, la masa corporal y el vello capilar.

A continuación describiré algunos cambios físicos importantes que atraviesan los varones de entre las edades de 10 a 17 años:

EDAD	CAMBIOS FISICOS
10-13.5 años	Crecimiento de testículos y saco escrotal
12-16 años	Crecimiento de vello púbico
10.5-16 años	Crecimiento corporal
13 años	Espermaquia
11-14.5 años	Crecimiento del pene, próstata y vesículas seminales
11-14.5 años	Cambio de voz (aproximadamente al mismo tiempo que el crecimiento del pene)
11-14.5 años	Primera eyaculación de semen (aproximadamente un año después del inicio del crecimiento del pene)
11-14.5 años	Vello facial y axilar (cerca de 2 años después de la aparición del vello púbico)
11-14.5 años	Mayor producción de glándulas sebáceas y sudoríparas que pueden producir acné (aproximadamente al mismo tiempo que la aparición del vello axilar)

Por otro lado las mujeres los ovarios aumenta su producción de estrógenos con los que se estimula el crecimiento de los genitales femeninos y el desarrollo de senos (Papalia, 2005, Wild, 2011).

EDAD	CAMBIOS FISICOS
10-13 años	Crecimiento de los senos
10-14 años	Crecimiento del vello púbico
9.5 a 14.5 años	Crecimiento corporal
10-16.5 años	Menarquia
10-16.5 años	Vello axilar (cerca de dos años después de la aparición del vello púbico)
10-16.5 años	Mayor producción de las glándulas sebáceas y sudoríparas que pueden producir acné (aproximadamente al mismo tiempo que la aparición del vello axilar)

1.2 Desarrollo cognoscitivo

El pensamiento del adolescente corresponde a la etapa de operaciones formales durante la cual el adolescente desarrolla la capacidad de pensamiento abstracto. Esto permite que los adolescentes puedan tener flexibilidad para hacer frente a los problemas, que puedan probar hipótesis y que puedan practicar el razonamiento

hipotético-deductivo. El medio ambiente desempeña una función de gran importancia para el logro de esta etapa (Wild, 2011)

El egocentrismo en la adolescencia se manifiesta en la creencia del adolescente de que los pensamientos de los demás están centrados en él, tal como él se preocupa por sí mismo, éste se va superando poco a poco a medida de que el adolescente se da cuenta de que los demás tienen sus propias preocupaciones.

Según Papalia (2005) los adolescentes entran al nivel más alto del desarrollo cognoscitivo, operaciones formales es decir, cuando desarrollan la capacidad para el pensamiento abstracto, ahora pueden entender el tiempo histórico y el espacio extraterrestre, pueden usar símbolos, para símbolos, y por ende aprender algebra y calculo. Aprecian mejor la metáfora y la alegoría, y de esta forma encuentran significados más ricos en la literatura.

Piensan ya en términos de lo que podría ser y no solo de lo que es, son capaces de imaginar posibilidades, forman y comprueban hipótesis. Así mismo pueden integrar lo que ya han aprendido en el pasado con los retos que tiene del presente y así hacer planes para el futuro.

Son capaces de presentar un razonamiento hipotético-deductivo, es decir pueden desarrollar una hipótesis y diseñar un experimento para ponerla a prueba, este tipo de razonamiento le proporciona herramientas para resolver problemas

El desarrollo del lenguaje también se ve beneficiado, el vocabulario sigue aumentando a medida de que la lectura se vuelve más adulta, entre los 16 y 18 años el joven en promedio conoce cerca de 80 000 palabras.

Con el advenimiento del pensamiento los adolescentes pueden definir y discutir abstracciones como amor, justicia y libertad.

Según Elkind (Papalia, 2005) esta inmadurez del pensamiento se manifiesta de seis formas:

- Idealismo y carácter crítico. A medida de que los adolescentes prevén un mundo ideal, se dan cuenta de lo lejos que esta de ser su mundo real, y hacen responsables a los adultos. Se vuelven sumamente conscientes de la hipocresía y, con razonamiento verbal agudizado, disfrutan de revistas y animadores que atacan las figuras públicas con sátira y parodia. Están convencidos que saben mejor que los adultos como funciona el mundo y con frecuencia encuentran defectos de sus padres.
- Tendencia a discutir. Los adolescentes buscan constantemente la oportunidad de probar y demostrar sus nuevas habilidades de razonamiento formal. A menudo discuten conforme reúnen argumentos en cierta lógica para construir un caso.
- Indecisión, los adolescentes pueden mantener en la mente muchas alternativas al mismo tiempo, pero debido a su inexperiencia, carecen de estrategias efectivas para elegir entre ellas, de esta forma pueden tener problemas para decidir algo tan simple como que llevar
- Hipocresía aparente. Los jóvenes adolescentes a menudo no reconocen la diferencia entre la expresión de un ideal y los sacrificios que es necesario hacer para estar a la altura del mismo.
- Autoconciencia. Los adolescentes ahora pueden razonar acerca del pensamiento, el suyo y el de otras personas. En su preocupación por su propio estado mental los adolescentes a menudo suponen que todos los demás están pensando en lo mismo que ellos piensan: ellos mismos. Elkin se refiere a esta autoconciencia como la audiencia imaginaria, un observador, conceptualizado que esta tan preocupado por los pensamientos y conductas del joven como el mismo.
- Suposición de ser especial e invulnerable. Utiliza el termino de fábula personal para denotar la creencia de los adolescentes de que son

especiales, que su experiencia es única y que no están sujetos a las reglas que gobiernan el resto del mundo. Esta forma especial de egocentrismo subyace a buena parte de la conducta de riesgo y autodestructiva.

De acuerdo con Elkin se podría decir que el adolescente es inmaduro e inexperto con las cosas del mundo que lo rodea, como todo es nuevo para él se siente capaz de comprender todo lo visto y cree que todo lo que dice y hace es lo correcto, que es el que tiene la razón, y que todas las demás personas adultas están equivocadas, por lo tanto se pone en situaciones de riesgo que no percibe como tales.

1.3 Desarrollo cognoscitivo social:

Según Shaffer (2000) existen dos teorías cognoscitivas más utilizadas para explicar las tendencias del desarrollo en la cognición social: el enfoque cognoscitivo de Piaget y el análisis de la habilidad para considerar el punto de vista del otro de Robert Selman.

Teoría del desarrollo cognoscitivo: entre los 12-14 años, los niños comienzan a realizar operaciones formales y pueden pensar en forma más lógica y sistemática respecto a las abstracciones. El concepto de rasgo psicológico es en sí mismo una abstracción, está basado en regularidades de comportamientos concretos observables.

Por lo tanto, la capacidad para pensar en términos dimensionales y ordenar en forma racional a las personas a lo largo de estos continuos (como es necesario al hacer comparaciones psicológicas) implica la capacidad de operar en conceptos abstractos, una capacidad de operacional formal.

Aunque los niños comienzan a hacer comparaciones conductuales entre los seis a ocho años y comparaciones psicológicas a los 12 años (precisamente los momentos en que la teoría de Piaget implica que deberían), Robert Selman (1980)

sostiene que existe un aspecto particular del desarrollo cognoscitivo que subyace a una comprensión madura del yo y de otras personas: el crecimiento de habilidades de **considerar el punto de vista del otro**

Teoría de la habilidad para considerar el punto de vista del otro: entre los siete y los 16 años, los niños comienzan a basarse más en descriptores psicológicos para caracterizar a sus amigos y conocidos. Entre los 6 a 8 años aumentan el uso de comparaciones conductuales. Una consecuencia de este proceso es que los niños se percatan cada vez más de las regularidades del comportamiento de un compañero y al final comienza a atribuirles a constructos psicológicos estables, o rasgos, que presume que tiene la persona.

Entre los 14-16 años, los adolescentes no solo se percatan de las semejanzas y diferencias disposicionales que caracterizan a sus conocidos, sino que también comienzan a reconocer que múltiples factores situacionales (enfermedad, rivalidad familiar) pueden provocar que una persona actué fuera de su personaje. A mediados de la adolescencia, los jóvenes comienzan a convertirse en complejos “teóricos de la personalidad” capaces de ver tanto dentro como fuera de un compañero para explicar su conducta y elaborar impresiones de su carácter (Shaffer, 2000).

1.4 Desarrollo psicosocial y Desarrollo psicoemocional

Padres y estilos de crianza

Los padres con autoridad instan a los adolescentes a mirar hacia ambos lados de los problemas, admiten que en ocasiones los hijos saben más que los padres y le dan la bienvenida entre la participación en las decisiones familiares. Esos padres alcanzan un equilibrio entre hacer exigencias y ser sensibles, sus hijos reciben elogios y privilegios por lo bueno que realizan y por lo malo reciben aliento para esforzarse más en las cosas y ofrecimientos de ayuda (Papalia, 2005).

Los padres autoritarios les mencionan a sus hijos adolescentes que no discutan o cuestionen a los adultos y que sabrán más cuando crezcan. Cuando realizan algo bueno como por ejemplo sacar buenas calificaciones los padres los amonestan para que lo realicen mejor y cuando hacen algo mal en automático reciben un castigo.

Los padres permisivos no parecen preocuparse de nada de los hijos, no establecen reglas, no se ocupan de las funciones escolares. Estos padres pueden no ser negligentes ni despreocupados, ellos piensan que los adolescentes deben hacerse responsables de su propia vida.

Al hacer una investigación con 6400 estudiantes de bachillerato en California, se encontró que los hijos de padres con autoridad tenían un mejor desempeño en la escuela que los hijos de padres con un modelo autoritario o permisivo (Dornbush, Ritter, Leiderman, Roberts y Fraleigh, 1987; Steinberg y Darling, 1994; Steinberg, Lamborn, Dornbush y Darling, 1992 citados en Papalia, 2005).

Los afectos y conflictos se amplían.

El mundo afectivo familiar sigue siendo un apoyo que ayuda al adolescente en esta etapa (Grotberg, 1996).

El joven puede tener una culpa inconsciente por su conflicto con los padres y quiere diferenciarse de ellos, aunque los ame. Los adultos deben reiterar su amor a sus hijos, a pesar de no estar siempre de acuerdo con ellos. Es necesario comprender que el conflicto no está dirigido a destruir a sus padres reales, sino a la imagen de los padres.

En el grupo de adolescentes que concurre a la escuela media, las dificultades con los padres pueden ser desplazadas hacia los profesores. Estos, además, reviven situaciones con sus propios hijos. Situaciones similares, de conflicto con adultos, pueden presentarse con otros miembros de la comunidad que trabajan con jóvenes. Es muy importante para los jóvenes encontrar figuras de adultos que les

sirvan de puente para la salida del círculo familiar, sea en la escuela, en el trabajo, en el deporte o en otras actividades comunitarias.

El adulto significativo ha sido descrito como un componente esencial de la resiliencia.

Cuando esos adultos logran comprender los conflictos del joven, y no se distancian de él para transformarse en censor, logran establecer vínculos afectivos que los adolescentes necesitan (Grotberg, 1996).

Cuando se producen choques, en especial con los maestros, es frecuente que las familias apoyen a sus hijos, a menudo obrando en el único espacio de coincidencia que queda entre los adolescentes y sus padres, o a manera de protección del joven cuando la organización escolar es intransigente frente a planteamientos razonables.

Además, los conflictos afectivos del joven con los docentes tienden a intensificarse en estos últimos años y requieren modificaciones en la formación docente y en la organización escolar para su superación. Es necesario que los docentes tengan pleno conocimiento de los procesos de los adolescentes y que exista un replanteamiento modernizado del modelo de autoridad y del de transmisión de conocimientos.

Por último, el “enamoramamiento” de adolescente puede constituir también lazos afectivos con personas ajenas al círculo familiar. Así, es importante dar información sobre lo sexual al joven para que opte por conductas responsables para evitar embarazos no deseados y enfermedades de transmisión sexual.

Emoción:

Según Sroufe (2000) la emoción es parte de todas las transacciones decisivas con el ambiente. Guía, dirige y a veces desorganiza la acción.

El complejo emocional

La mayoría de los teóricos reconocen que los procesos cognitivos desempeñan un papel y todos ellos señalan cambios fisiológicos asociados. Se describe a la conducta emocional en función de una cadena de sucesos (Sroufe, 2000):

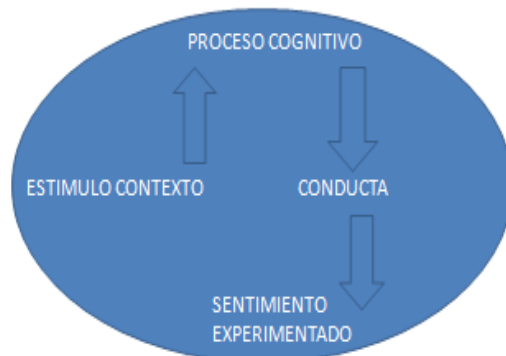


Figura 1. Complejo emocional (en Sroufe 2000).

Es posible que la conducta o los sentimientos describan una curva de retorno e influya el proceso cognitivo en marcha y así sucesivamente. Se habla de una sintonización o modulación continua de las emociones, más que de una respuesta distinta y simple.

La emoción puede conceptuarse solo como cierto tipo de proceso complejo. Las principales teorías incluyen mecanismos tales como la percepción, reconocimiento, valoración, juicio o análisis de significado, para describir la emoción.

Existen diferentes procesos que tratan de explicar la emoción, algunos teóricos se centran en el proceso cognitivo, proceso fisiológico, proceso posterior al proceso cognitivo y al valor adaptativo de la emoción.

La teoría de la adaptación se basa en la expresión facial, y su cadena secuencial pondría el acento en la retroalimentación (sentimientos subsecuentes) a partir de cambios en los músculos faciales:

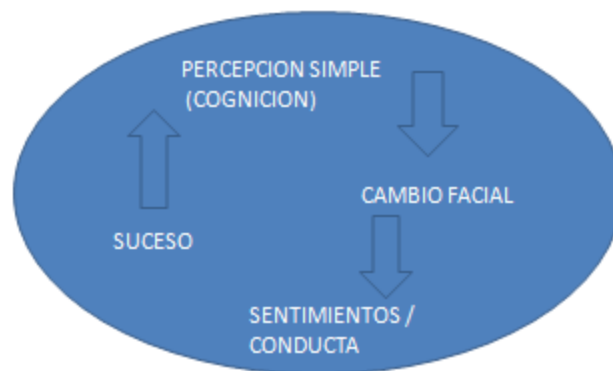


Figura 2. Complejo emocional (en Sroufe 2000)

Se puede decir que los sentimientos y el cambio facial, es parte de una respuesta total. Y se considera que en la primera infancia no necesita haber cognición.

Arnold (citado en Sroufe, 2000) cree que la emoción desempeña un papel importante en la conducción y dirección de la conducta, define la esencia de la emoción como una tendencia sentida hacia la acción, no son sentimientos, ni el cambio fisiológico, ni la valoración cognitiva. Su cadena puede ser como se dice a continuación



Figura 3. Complejo emocional (en Sroufe 2000)

Madler (citado en Sroufe, 2000) propone lo que es el análisis de significado en la instigación de la emoción. De acuerdo con la teoría de James-Lange y con

Schacter (1966), concibe la emoción como una interpretación cognitiva de la excitación fisiológica. Su cadena sería:



Figura 4. Complejo emocional (en Sroufe 2000)

Plutchik (1983) sostiene que las emociones se definen propiamente como cadenas complejas de sucesos, en su esquema se presenta la actividad cognitiva la cual precede al despertar de sentimientos y del cambio fisiológico (Sroufe, 2000).

Emoción

Sroufe, (2000) describe la teoría darwiniana, para poder explicar la emoción: dice que las emociones constituyen intentos del organismo para alcanzar el control sobre ciertos tipos de sucesos que se pueden relacionar con la supervivencia.

Finalmente se puede decir que las emociones humanas tienen las siguientes funciones principales:

- Comunicar estados internos a otros que son importantes.
- Estimular la competencia exploratoria en el medio.
- Alentar respuestas adecuadas a situaciones de emergencia

Según Pepin, (1975) los adolescentes poseen una conciencia de sí mismo que se desarrolla en dos planos. En primer lugar, la conciencia de í mismo con respecto al prójimo: para profundizar en su propio conocimiento, los adolescentes tienen

necesidad de ser reconocidos por los otros y buscan conquistar su estima y su admiración. Y en segundo lugar se habla de que va tomando conciencia de sí mismo por una vida íntima y secreta que impulsa al adolescente al aislamiento, por lo mismo empiezan a tener opiniones contradictorias, y momentos de gran tensión interior.

La construcción de la personalidad es el resultado de este doble movimiento de acercamiento al próximo y repliegue de sí mismo. El adolescente busca la autonomía y la independencia; las obligaciones y la autoridad le resulta cada vez más insoportable, lo que explica las reacciones alternas de imitación y de oposición, siendo ambas por otra parte constructivas. La frecuente agresividad en los chicos y las contradicciones hacen posible la personalidad que se adquiere de sí mismo (Pepin, 1975).

En el plano intelectual, el adolescente medianamente dotado accede prácticamente a las mismas opciones intelectuales que el adulto, especialmente por el pensamiento formal y el razonamiento; solamente le falta la experiencia de la vida, la ponderación y la estabilidad.

Shafer (2000) destaca que los adolescentes que están más preocupados por las incoherencias de sus autorretratos son aquellos que muestran una apariencia falsa, representando un personaje que ellos no son en sus intentos por mejorar sus imágenes o ganar la aprobación de padres o compañeros.

Desafortunadamente, los que más a menudo muestran estos **comportamientos de yo falso** son los que se sienten menos seguros de saber quiénes en verdad son.

Los autorretratos incoherentes son algo menos incómodos para los adolescentes mayores, los que a menudo los han integrado en una perspectiva más coherente, de orden superior, de sí mismos. Un muchacho de diecisiete años, por ejemplo, podría concluir que es perfectamente comprensible estar relajado y seguro en la mayor parte de las situaciones pero nervioso en citas con muchachas si todavía

no ha tenido mucha experiencia en ellas, o que un humor inestable puede explicar que estén alegres con sus amigos en algunas ocasiones pero irritables en otras.

Se cree que el desarrollo cognoscitivo, de manera específica como la capacidad operacional formal para comparar rasgos abstractos como alegres e irritables y al final de cuentas integrarlos en conceptos más generales como humor inestable, está detrás de este cambio en las percepciones de sí mismos.

El auto concepto adquiere tintes más psicológicos, y mayor abstracción para convertirse en un autorretrato coherente e integrado desde la niñez hasta la adolescencia. En verdad, el adolescente se convierte en un complejo teórico del yo que puede reflexionar y entender el funcionamiento de su personalidad.

Los adolescentes con **autoestima** alta están fundamentalmente satisfechos con el tipo de personas que son: reconocen sus puntos fuertes, pueden reconocer sus debilidades (a las cuales a menudo esperan superar) y por lo general se sienten bastante positivos sobre sus características y competencias. Por el contrario los adolescentes con autoestima baja se ven bajo una luz menos favorable, pues a menudo prefieren hacer hincapié en las inadecuaciones percibidas en lugar de apoyarse en cualquier ventaja que pueda exhibir (Shafer 2000).

El autocontrol es nuestra capacidad para regular nuestra conducta e inhibir acciones (por ejemplo, violaciones a las reglas) que de otra manera podríamos estar inclinados a realizar. El autocontrol es un atributo incuestionable importante. Si nunca aprendiéramos a controlar nuestros impulsos inmediatos, constantemente estaríamos enfrentados con otras personas por violar sus derechos, romper las reglas y dejar de mostrar la paciencia y auto sacrificio que nos permiten lograr objetivos importantes de largo alcance. Los diferentes teóricos que han estudiado el autocontrol, se basan en dos supuestos los cuales son:

- El comportamiento de los niños pequeños es controlado casi por completo por agentes externos (padres)

- Con el transcurso del tiempo, el control es internalizado en forma gradual a medida que los niños adoptan estándares, o normas, que destacan el valor del autocontrol y adquieren habilidades autorreguladoras que les permiten adherirse a estos conceptos (Shafer 2000).

Demora de gratificación en la adolescencia.

Uno de los enfoques más fructífero para estudiar el desarrollo del autocontrol ha sido el paradigma de la **demora de la gratificación**. En un estudio típico de demora de la gratificación, a los participantes se les ofrece que escojan entre un incentivo pequeño disponible de inmediato y un incentivo mayor (o más deseable) por el que debe espera (Shaffer, 2000). Lo que estos estudios demuestran es que:

- A los niños en edad preescolar les resulta muy difícil ser pacientes cuando los pequeños individuos que deben resistir están a la vista , aunque
- Mejoran cada vez más para demorar la gratificación durante los años de educación primaria, ya que, al final muestran una fuerte preferencia por esperar incentivos mayores entre los 10 y los 12 años de edad.

Es decir, conforme los niños van creciendo van aprendiendo a demorar cualquier tipo de gratificación, van controlando cada vez más sus impulsos primitivos para poder llevar una vida adulta satisfactoria.

Motivación de logro.

Shaffer (2000) reporta un estudio realizado con niños y adolescentes a los cuales se les mostraban una serie de cuatro fotografías algunas ambiguas para que escribieran historias sobre ellas como parte de una prueba de imaginación creativa. Una persona con una motivación de logro alta podría responder que el individuo de la fotografía ha trabajado durante meses en un nuevo avance científico que revolucionara el campo de la medicina, mientras que una persona que obtiene puntuaciones bajas podría decir que dicha empleada está contenta de

que se haya terminado la jornada de labor para poder irse a su casa y relajarse. Las primeras investigaciones revelaron que los niños y adolescentes que obtuvieron puntuaciones altas en motivación de logro en esta y otras medidas tendían a recibir mejores calificaciones en la escuela que aquellos que obtenían puntuaciones bajas. Estos resultados obligaron a los investigadores a observar más cerca las interacciones padre-hijo para determinar la forma en que el ámbito familiar influye en la motivación de logro.

Los investigadores han identificado tres poderosas influencias familiares en la motivación de dominio y de logro de los niños y el comportamiento de logro real: la calidad de los apegos de los niños, el carácter del ambiente familiar y las prácticas de crianza de los padres, son factores que pueden estimular u obstaculizar la voluntad de logro de un niño.

Muchos investigadores contemporáneos reconocen que el concepto de motivación de logro tiene algún valor, pero es ingenuo suponer que este único motivo global predice el comportamiento en todas las situaciones de logro. También han descubierto que el comportamiento de logro y los autoconceptos académicos de los niños dependen, en gran medida de sus **atribuciones de logro**, o la forma en que interpretan sus éxitos y fracasos.

Para Erik Erikson (1963), el mayor obstáculo que debe enfrentar el desarrollo de los adolescentes es el establecimiento de la **identidad**, un sentido firme y coherente de quienes son, hacia donde se dirigen y en qué parte de la sociedad encajan. Forjar una identidad implica tratar de resolver muchas elecciones importantes: ¿Qué clase de carrera deseo? ¿Qué valores religiosos, morales, y políticos debo adoptar? ¿Quién soy como hombre, como mujer y como ser sexual? ¿en qué parte de la sociedad encajo? Todo esto, por supuesto, es demasiado para que los adolescentes lo tengan en sus mentes, y Erikson uso el término de **crisis de identidad** para captar la sensación de confusión, e incluso ansiedad, que pueden sentir los jóvenes cuando piensan respecto a quienes son

en la actualidad y tratan de decir ¿en qué clase de persona puedo o debo convertirme?

En la adolescencia la confianza básica se tambalea

Para el joven, esta es una etapa de desajuste en la confianza en sí mismo, puesto que se trata de encontrar la propia identidad. La irrupción de cambios físicos, emocionales y sociales, le ha hecho perder confianza en sus propias posibilidades, puesto que aún no las conoce bien. Ha perdido destreza física: el niño manejaba bien su cuerpo. Los cambios en el cuerpo del joven hacen necesario un período de ajuste de sus esquemas sensoriomotores, según las nuevas dimensiones de sus extremidades y de su fuerza (Grotberg, 1996).

Salir del ámbito familiar y escolar para ingresar en una nueva escuela, y compartir con nuevos pares y nuevos desafíos de aprendizaje, ayudan a desestabilizar su confianza básica.

Lo mismo ocurre con los jóvenes que salen a buscar un trabajo que no encuentran, con el agravante de que, en muchas sociedades, se divulgan mensajes que pretenden acusar por su desocupación a los mismos jóvenes. Esto sucede cuando se afirma que "no consiguen trabajo porque no están capacitados". Si bien la capacitación es una variable, no es la única en la búsqueda de trabajo. Al omitirse la idea de que los puestos de trabajo han disminuido, el joven desocupado se descalifica, disminuye su autoestima y lo domina una intensa desconfianza en sus posibilidades (Grotberg, 1996).

A medida que va resolviendo su situación escolar o laboral y se forma una relación afectiva más estable con la familia al final de esta etapa, va recuperando la confianza. Esta puede salir hasta fortalecida a medida que el joven va superando las situaciones problemáticas, y, sobre todo, si cuenta con el apoyo comprensivo de familiares, maestros y jefes.

Para el joven, abandonar la escuela significa un fracaso. Si el adolescente continúa en la escuela se ayuda a recuperar y fortalecer la confianza en sus posibilidades. El adolescente suele convencerse de que los estudios no son para él y duda de sus capacidades intelectuales.

Es muy importante que el adolescente sea sostenido por la escuela y la familia para que complete el ciclo medio y fortalezca su confianza.

Un salto en la autonomía

Al concluir la adolescencia temprana el joven realiza un avance importante en el logro de la autonomía. Aún no está en condiciones de manejarse solo, pero ha hecho progresos que le permiten un buen reconocimiento de su cuerpo, ha comenzado a diferenciarse de sus adultos, ha realizado planes pensando en un futuro relacionado con el trabajo y, en algunos casos, ha realizado un aprendizaje escolar con mayor independencia del medio familiar que durante la escolaridad primaria (Grotberg, 1996).

En las comunidades que tienen espacios organizados para la participación juvenil (clubes, iglesias, asociaciones vecinales, partidos políticos, etc.), los jóvenes logran incorporarse en actividades colectivas y cooperativas que les permiten efectuar aprendizajes sociales importantes: Observan una serie de estilos de participación y sus problemas, y aprenden a distinguir entre mecanismos institucionales democráticos, paternalistas y autoritarios.

Cuando los ámbitos laborales o escolares se transforman en campos de lucha entre jóvenes y adultos, se deforman los aprendizajes independientes porque se centran en estrategias de engaño, complicidad y ocultamiento. Algunos adultos pierden la capacidad para analizar, evaluar y decidir, sin poder arreglar los conflictos, lo que aumenta la distancia entre ellos y los jóvenes.

La falta de trabajo conduce a que los jóvenes trabajen con la familia. Esta situación puede aumentar los enfrentamientos, ya que los padres (con quienes se da la ruptura para completar la autonomía) son los mismos adultos con quienes se

enfrentan por cuestiones de trabajo. Además, es en esta etapa que se vislumbra el futuro que los jóvenes se imaginan y hacia el que tienden. Esa capacidad de proponerse una meta y trazar los caminos para alcanzarla es uno de los pilares del desarrollo de la resiliencia (Grotberg, 1996).

Sin embargo, hay situaciones en las que los jóvenes tienen que tomar decisiones que corresponden a los adultos, asumiendo así responsabilidades excesivas para su edad. Esto no los prepara para la autonomía, sino que significa que hagan una adaptación deformada, con un alto costo para sí mismos. Inclusive puede producir el efecto contrario, ya que las decisiones independientes para las que uno no está preparado provocan temores, fracasos y dependencias.

Para tomar la mayoría de sus decisiones el adolescente precisa que un adulto lo acompañe: para recibir información, escuchar una opinión, conocer a alguien que haya tenido que optar como él en situaciones semejantes, etc. Esto no debe confundir al adulto y hacerle creer que al consultarlo el joven está obligado a ejecutar y elegir según los criterios que el adulto expuso. Es posible que al joven le sirvan los criterios del adulto para decidir algo distinto de lo que el adulto espera. Este apoya, pero quien decide es el joven. La actitud de colaboración y de respeto por la decisión del adolescente fortalece la resiliencia.

Disentir, opinar de manera original en la escuela, la familia o el trabajo y fundamentar dicha opinión con tolerancia para con otros puntos de vista, son manifestaciones de la independencia y autonomía de juicios y razonamientos alcanzada por el adolescente. La autonomía le permite integrarse en las instituciones y cumplir con las tareas en que se ha comprometido, sin necesidad de controles externos, pero con la orientación que deben dar los adultos de su entorno.

James Marcia (1980) elaboró una entrevista estructurada que permite a la investigación clasificar a los adolescentes en uno de cuatro estados de identidad, difusión de identidad, exclusión, moratoria y logro de identidad. Estas categorías se basan en el hecho de que los jóvenes hayan explorado o no diversas

alternativas y realizado compromisos firmes con una ocupación, una ideología religiosa, una orientación sexual y un conjunto de valores políticos. Estos estados de identidad tienen las siguientes características:

- **Difusión de identidad.** Las personas clasificadas como difusas no han pensado ni han resuelto los problemas de identidad y no han trazado direcciones futuras para su vida. Ejemplo: “en realidad aún no he pensado mucho en la religión y creo que no se con exactitud en que creo”.
- **Exclusión.** Las personas clasificadas como excluidas están comprometidas en una identidad pero han hecho este compromiso sin experimentar la crisis de decidir que se adapta mejor a ellos. Ejemplo: “mis padres son bautistas y por eso soy bautista; esta es la forma en que me educaron”.
- **Moratoria.** Las personas en este estado experimentan lo que Erikson llamo crisis de identidad ya que plantean preguntas acerca de los compromisos vitales y buscan respuestas. Ejemplo: “estoy evaluando mis creencias y espero que seré capaz de decidir lo que está bien para mí”.
- **Logro de identidad.** Los individuos que han logrado la identidad han solucionado problemas de identidad mediante los compromisos personales con metas, creencias y valores particulares. Ejemplo: “después de mucho examen de conciencia respecto a mi religión y otras, al fin saben que creo y en que no”.

Para poderse formar la identidad hay varios factores sobre ella como son: crecimiento cognoscitivo, estilo de crianza, escolaridad, contexto social y cultural más amplio (Shaffer, 2000).

Influencias cognoscitivas:

El desarrollo cognoscitivo desempeña una función importante en el logro de la identidad. Los adolescentes que han logrado un dominio sólido del pensamiento operacional formal y que pueden razonar de manera lógica sobre cuestiones hipotéticas son más capaces de imaginar y considerar identidades futuras. En consecuencia, tienen mayor probabilidad de plantear y resolver cuestiones de identidad que sus compañeros de la misma edad que son intelectualmente menos maduro (Fernández, 2000).

Influencias del estilo de crianza:

Las relaciones que tienen los adolescentes con sus padres también pueden afectar su progreso en el forjamiento de su identidad. En estado de difusión; los adolescentes tienen mayor probabilidad que aquellos en otros estados de sentirse descuidados o rechazados por sus padres y de distanciarse de ellos. Quizá es difícil establecer una identidad propia sin tener primero la oportunidad de identificarse con figuras paternas respetadas y tomar algunas de sus cualidades deseables. En el otro extremo, los adolescentes en el estado de exclusión a menudo están excesivamente cerca de padres relativamente controladores y en ocasiones temen su rechazo. Los adolescentes excluidos pueden no cuestionar nunca la autoridad paterna o no sentir necesidad de forjar una identidad autónoma (Papalia, 2005).

Por el contrario, los adolescentes en los estados de moratoria y de logro de la identidad parecen tener una base sólida de afecto en el hogar combinada con una libertad considerable para ser individuos por su propio derecho. En discusiones familiares, por ejemplo, estos adolescentes experimentan una sensación de cercanía y respeto mutuo mientras se sienten libres de estar en desacuerdo con sus padres. Lo anterior nos permite afirmar que el mismo estilo de crianza amoroso y democrático que estimula el logro académico y ayuda a los niños a obtener un

fuerte sentido de autoestima también está relacionado con resultados sanos y adaptativos en la identidad en la adolescencia.

Influencias escolares:

Asistir a la universidad parece empujar a las personas a establecer metas profesionales y asumir compromisos ocupacionales estables, pero los estudiantes universitarios a menudo están muy atrás de sus pares que trabajan en función del establecimiento de identidades políticas y religiosas firmes. De hecho, algunos universitarios regresan de estado de logro de la identidad al de moratoria o incluso al de difusión en ciertas áreas, de manera más notable en la religión. Pero no seamos demasiado críticos del ambiente universitario, ya que, como los estudiantes universitarios, muchos adultos reabren más adelante la cuestión de quienes son si deben enfrentar personas o situaciones que cuestionan los viejos puntos de vista y ofrecen nuevas alternativas (Papalia, 2005).

Influencias socioculturales:

La formación de la identidad es influida fuertemente por el contexto social e histórico más amplio en el que ocurre. De hecho, la misma idea de que los adolescentes deban elegir una identidad después de explorar en forma metódica muchas opciones bien puede ser peculiar de las sociedades industrializadas de siglo XX. Como en siglos anteriores, en la actualidad los adolescentes de muchas sociedades no industrializadas solo adoptan los papeles adultos que se esperan que adopten, sin ningún examen de conciencia o experimentación: los hijos de campesinos serán campesinos; los hijos de pescadores, pescadores (o quizá se casen entre ellos). Para muchos de los adolescentes del mundo es probable que lo que se llama exclusión de identidad sea la ruta más adaptativa para la vida adulta (Fernandez, 2000).

Por otra parte, el proceso de forjar una identidad puede ser especialmente difícil para miembros de grupos raciales y étnicos minoritarios en la sociedad industrializada moderna.

Como conclusión, se puede decir, que la identidad es esencial para las personas lo cual tiene diferentes influencias tanto externas como internas, que repercutirán totalmente en la vida adulta de todas las personas.

Nuestra condición de seres sociales nos impone que interactuemos con otras personas, y es más probable que estas interacciones sean armoniosas si sabemos lo que nuestros interlocutores sociales piensan o sienten y podemos predecir la probable forma en que se comportan. El desarrollo del conocimiento de las personas sobre otras personas, sus descripciones de las características de los demás y las indiferencias que extraen acerca de los pensamientos y comportamientos ajenos, constituyen quizá el área mas grande de investigación cognoscitiva social.

CAPITULO 2

Definición de depresión

Según Beck (1967) la depresión es una alteración específica del estado de ánimo, un concepto negativo de sí mismo, acompañado de autorreproches y autoinculpación, deseos regresivos y de auto castigo, trastornos vegetativos y cambios en nivel de actividad.

Entre algunos trastornos del estado de ánimo destacan los factores cognitivos (Feldman, 2002)

El psicólogo Martin Seligman (1981), sostiene que la depresión es en gran medida una respuesta al Desamparo Aprendido, un estado en que las personas perciben y al final aprenden que no hay escapatoria del estrés, ni posibilidades de afrontarlo. Como consecuencia abandona la batalla contra el estrés y se rinde ante él, lo que produce depresión.

Aaron Beck (1967) ha propuesto que las cogniciones equivocadas de las personas subyacen a sus sentimientos depresivos y su teoría cognitiva de la depresión sostiene que los individuos que la padecen suelen concebirse a sí mismos como perdedores culpándose siempre por lo que sale mal. Al ponerse en el lado negativo de las situaciones se sienten ineptos e incapaces de actuar en forma constructiva para modificar su ambiente.

2.1 Clasificación de depresión

En el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, DSM IV TR (2002), un episodio depresivo mayor tiene una duración mínima de dos semanas en las cuales el sujeto debe presentar al menos 5 de los siguientes síntomas, haciendo una marcada diferencia entre situación actual y aquella previa a la depresión:

1. Estado de ánimo depresivo la mayor parte del día, casi cada día (que sea susceptible de observación por otros)
2. Disminución del interés y la capacidad en casi todas las actividades la mayor parte del día
3. Pérdida o aumento del peso y del apetito
4. Insomnio o hipersomnia casi todos los días
5. Agitación o enlentecimiento psicomotor casi todos los días (debe ser percibido por los demás)
6. Fatiga o pérdida de energía casi todos los días
7. Sentimientos de inutilidad o de culpa excesivos e inapropiados casi todos los días
8. Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o indecisión casi todos los días
9. Pensamientos recurrentes de muerte

La duración de un estado depresivo debe ser mayor a dos meses para que se pueda diagnosticar como tal.

Para poder diagnosticar el trastorno depresivo mayor, episodio único, el DSM IV TR propone que se cumplan los siguientes criterios:

Presencia de un único episodio depresivo mayor que no sea explicado por la presencia de un trastorno esquizoafectivo, esquizofrenia, trastorno esquizofreniforme, delirante o psicótico no especificado.

- ❖ Que anteriormente no haya habido un episodio maniaco, mixto o hipomaniaco.

2.2 Síntomas y Tipos de Depresión

Beck (1967), dice que los síntomas se pueden dividir en:

- ❖ Manifestaciones emocionales
- ❖ Cognoscitivas
- ❖ Motivacionales
- ❖ Físicas y/o neurovegetativas

Las manifestaciones emocionales hacen referencia a cambios en el sentimiento o la conducta del sujeto, dentro de estos cambios se encuentran el ánimo abatido reportado por el paciente como una queja de tristeza o de no poder aguantarlo más, sentimientos negativos hacia sí mismo en forma de autorreproches por no haber logrado sus estándares irracionales de exigencia, insatisfacción con lo que sucede en el medio, indiferencia afectiva que lo conduce al aislamiento, pérdida del sentido del humor y llanto.

Entre las manifestaciones cognoscitivas se encuentran las distorsiones sobre sí mismo, sobre sus experiencias y sobre el futuro.

El sujeto presenta baja valoración de sí mismo, autoacusaciones y autocríticas constantes, previsiones negativas para el futuro que lo conduce a pensar que la situación solamente podría empeorar. Tiene dificultad para tomar decisiones, y presenta distorsiones en su imagen corporal; el sujeto puede llegar a pensar que se ve mal, que está envejecido o que no resulta atractivo para las personas del sexo opuesto. Esta situación se presenta más frecuentemente en las mujeres que en los hombres.

En las manifestaciones motivacionales se encuentra la parálisis de la voluntad, especialmente en aquellas actividades que requieren algún tipo de esfuerzo y que no sería reforzantes de manera inmediata. El paciente menciona tener deseos de evasión, escape y aislamiento y es frecuente que se imagine a sí mismo en un lugar lejos, donde pudiera relajarse y no tuviera que realizar ninguna actividad (Beck,1967).

Se observa un aumento de la dependencia, por la que puede pedir ayuda para realizar actividades que no lo requieren.

Las manifestaciones físicas de la depresión son: disminución de la libido, fatigabilidad, pérdida en el apetito y trastornos de sueño. En un hombre es muy común que tengan pocas ganas de iniciar una acción sexual, también en ambos es muy común que tengan deseo de realizar sus actividades comunes, es decir, sienten que no tienen fuerzas para levantarse e ir al trabajo, al colegio o hacer cualquier actividad.

A partir del grado en que se presentan los síntomas depresivos en los pacientes, la depresión puede clasificarse como leve, moderada e intensa (Beck, 1967).

Depresión leve

De acuerdo con Beck (1967) cuando una persona presenta una depresión leve, se siente abatido y triste aunque este sentimiento puede variar durante el día. Puede reír cuando alguien le cuenta un chiste, a pesar de que los mismos ya no les parece tan chistoso, se siente decepcionado de sí mismo y no disfruta igual de lo que solía disfrutar hacer, del mismo modo busca actividades que requieren menor esfuerzo de su parte y que lo refuercen de manera inmediata.

Presentan una tendencia a llorar, el llanto es más común en las mujeres que en los hombres deprimidos.

El paciente comienza a compararse con otras personas y concluye que él o ella son inferiores. Ve el futuro de una manera pesimista y se culpa y critica cuando no cumple sus objetivos, sus deberías, ya que no puede aceptar la idea de que es humano y por tanto, es falible. Tiene temor de tomar una decisión equivocada y busca a otra persona para que la tome.

La persona ya no tiene un deseo de hacer las cosas de manera espontánea, evita hacer las cosas que le parecen difíciles y tiene deseos de morir. No disfruta igual de sus comidas ni tiene tanta hambre como antes. Se despierta antes de que suene el reloj y su apetito sexual se ve disminuido. Se siente cansado continuamente pero se descansa siente que ha recuperado un poco de la energía.

Una depresión leve puede estar encubierta. En este tipo de depresión, los síntomas son crónicos y de larga duración, pero no inhabilitan la vida diaria de la persona que la padece. El paciente que la padece se encuentra irritable, de mal humor y/o apático.

Depresión moderada

Una persona con depresión moderada es menos probable que un chiste le provoque risa, ve las cosas demasiado en serio. Por las mañanas el sentimiento de tristeza es mayor y fluctúa durante el día, aunque siente constantemente desagrado hacia sí mismo. Se siente aburrido la mayor parte del tiempo y ya no disfruta hacer lo que antes le gustaba. Se porta indiferente con los demás y llora sin razón aparente. Una mujer con depresión moderada deja de preocuparse por su aspecto físico y ya no se arregla con el mismo esmero que anteriormente lo hacía. Ahora comienza a dudar por su atractivo físico, piensa que cada vez se ve más feo y ello le preocupa (Beck, 1967).

Ve sus errores demasiado grandes y se siente incapaz de hacer las tareas que anteriormente realizaba con facilidad. Tiene una visión muy pesimista de su futuro, le cuesta trabajo tomar decisiones en casi todas las áreas.

Si se esfuerza a hacer las cosas, puede lograrlas a pesar de no sentirse motivado para ello. Continuamente piensa en cómo evitar sus responsabilidades y el contacto social. Puede correr riesgos innecesarios con intenciones suicidas.

Una persona con depresión moderada puede compartir sus problemas con el fin de escuchar las posibles respuestas que daría otras personas a su problema actual. Este tipo de método de afrontamiento ante la ruptura utilizando más comúnmente por las mujeres.

Casi no tienen hambre y duermen hasta 12 horas al día o bien, se despiertan 2 horas antes de que suene el reloj. A pesar de ello, se siente cansado por llevar a cabo tanto esfuerzo físico como intelectual (Beck, 1967).

Depresión intensa

El paciente con depresión intensa siente que no tiene esperanza y que es sumamente desdichado. Se siente intranquilo por una situación. Se odia a sí mismo y nada le produce satisfacción. Llega a aislarse de las personas y a veces aunque lo desee ya ni si quiera puede soltar el llanto, ya que no tiene fuerzas, esta característica es conocida como “depresión seca” y no puede reír cuando le cuentan un chiste y no encuentra el lado chistoso del mismo ni de las demás cosas, puede sentirse lastimado aun con un chiste. Se menosprecia y acusa constantemente. Afirma que él es una carga para los demás. No ve esperanza en su futuro, se culpabiliza por casi todo lo que pasa a su alrededor, duda acerca de casi todo y es incapaz de tomar decisiones. Se siente realmente feo físicamente.

Presenta una parálisis completa de la voluntad y es frecuentemente que alguien tenga que obligarla a salir de la cama, vestirse, comer, etc. Es como si deseara que alguien más haga las cosas por él, tiene deseos suicidas intensos que pueden ser pasivos o activos.

Duerme solamente 5 horas diarias y reporta constantemente no haber dormido. Tiene un cansancio severo, se siente demasiado cansado para realizar cualquier actividad. En ocasiones puede llegar a pensar que tiene una enfermedad incurable (Beck, 1967).

Una depresión mayor presenta síntomas incapaces para el paciente que interfiere seriamente en su habilidad para dormir, comer, trabajar, o disfrutar actividades que anteriormente le resultaban agradables (Bleichmar, 1992).

Suicidio:

Los adolescentes tienen un constante gasto de energía psíquica para ser dueños de sus reacciones emotivas, así mismo tienen también un desgaste en el tiempo para intentar adaptarse al máximo a su medio (Vera, 2004).

Erikson (1960) cree que los adolescentes que no son capaces de resolver su crisis de identidad pueden sufrir tan gravemente un sentimiento de no ser nadie, o en realidad no querer serlo que se retiran de la realidad y en algunos casos tratan incluso de retirarse de la vida misma.

Teicher (1997) dice que los adolescentes que se suicidan o tratan de suicidarse lo hacen porque se sienten completamente aislados de cualquier relación social significativa.

De acuerdo con Shaffer (2000) los pensamientos suicidas son más comunes entre los adolescentes y adultos jóvenes. En una encuesta entre adolescentes, 56% de ellos reporto al menos un caso de pensamiento suicida, mientras que el 5% había intentado suicidarse. Los índices de suicidio entre los adolescentes de 13-15 años de edad se ha incrementado en forma drástica durante los pasados 30 años, tanto que ahora el suicidio es la tercera causa de muerte de este grupo de edad, solo situada detrás de los accidentes y los homicidios. Entre algunos grupos de indígenas americanos, los pensamientos y comportamientos suicidas están aunmas extendidos. En una muestra de adolescentes zuni, por ejemplo, por lo menos 30% había intentado el suicidio, la mayoría de ellos más de una vez

(Howard-Pitney, citadon en Shaffer, 2000). Las mujeres intentan el suicidio con más frecuencia que los hombres, porque estos tienen éxito más a menudo en sus intentos, en una proporción de más o menos tres a uno esta es una diferencia que se mantiene entre la mayor parte de las culturas estudiadas. Los hombres tienen existo más a menudo tan solo porque evitan las píldoras de acción lenta a favor de técnicas letales más abruptas como sogas y pistolas.

Aunque los adolescentes intentan el suicidio más a menudo que los adultos, es más probable que los adultos logren su propósito. El índice de suicidio entre las mujeres alcanza su máximo en la edad madura, mientras asciende entre los hombres a lo largo de toda la edad adulta. Debido a que los adolescentes tienen mucho menos éxito que los adultos para suicidarse, algunos investigadores creen que sus intentos de suicidio son a menudo “desesperados gritos de auxilio”. A diferencia de los adultos suicidas, quienes a menudo están determinados a terminar con todo, muchos adolescentes suicidas esperan mejorar sus vidas; consideran sus intentos suicidas como una forma de forzar a otros a tomar sus problemas en serio, pero por malos cálculos o un impulso súbito, a menudo mueren antes de que puedan ser ayudado (Shaffer, 2000).

No existe una forma segura para identificar a los jóvenes que intentaran matarse. Los adolescentes suicidas provienen de todos los grupos raciales y étnicos, de todas las clases sociales e incluso adolescentes populares de inteligencia superior suelen quitarse la vida. Sin embargo producen algunas señales de advertencia. Los adolescentes suicidas a menudo están gravemente deprimidos, abusan de fármacos o muestran otras formas de conducta antisocial. A menudo padecen de malas relaciones con sus padres, amigos o parejas románticas, han sufrido fracasos académicos y han perdido todo el interés en pasatiempos u otras actividades agradables a medida que se hunden en su estado de desesperanza y desesperación y se sienten incapaces de afrontar sus problemas (Shaffer, 2000).

Los amigos y compañeros pueden desempeñar una función importante en la prevención del suicidio adolescente si logran reconocer las señales de advertencia y alentar a sus jóvenes compañeros muy deprimidos o repentinamente hostiles

para que hablen de sus problemas, un paso que los adultos a menudo no dan, pensando en el comportamiento indisciplinado o deprimido del adolescente refleja la típica “tormenta y tensión psicológicas” de la adolescencia. Si un joven atribulado verbaliza pensamientos suicidas, los compañeros pueden tratar de convencerlo de que existen formas distintas al suicidio para afrontar la angustia. Aunque lo más importante que pueden hacer los amigos y compañeros es contar lo que han sabido a otras personas que están en mejor posición de ayudar, como los padres del adolescente, un maestro o consejero escolar. Es claro que es mejor quebrantar una confidencia que dejar que muera una persona (Shaffer, 2000).

Para concluir si hablamos de los padres, es mejor tomar en serio todos los pensamientos suicidas. Al igual que tomar asistencia de un profesional después de un intento de suicidio infructuoso, ya que el adolescente que lo intenta una vez esta en riesgo de lograrlo en el futuro si recibe poca ayuda y continúa sintiéndose incapaces de afrontar sus problemas.

2.3 Tratamientos sobre la depresión

La depresión puede ser tratada con psicoterapia o con farmacología. La terapia cognitiva conductual tiene efectos positivos más rápidamente que la terapia con medicación esto con un supuesto que depende del nivel, grado y duración de la misma, además están relacionados también factores biológicos y genéticos que implican un tratamiento (Mesa, 2000).

La terapia conductual surge en consecuencia de la insatisfacción que género la terapia psicoanalítica, y del desarrollo de la psicología del aprendizaje.

El conductismo cuyo principal autor es Skinner, a diferencia de las otras ramas del psicoanálisis o psicoterapias, no se preocupa por la historia del paciente a no ser en términos de aprendizaje, el medio externo es el responsable de lo que somos, o sea que el comportamiento no depende de las experiencias internas, si no del medio ambiente (Mesa, 2000).

De acuerdo a Martorell (2004), el punto de partida de esta terapia es la consideración de que la mayor parte de la conducta incluyendo la conducta inadaptada es aprendida.

Martorell (2004), indica que los tres paradigmas del aprendizaje en torno a los cuales se ha desarrollado la mayoría de las intervenciones del modelo conductual son:

- ❖ El condicionamiento clásico de Pavlov.- un estímulo incondicionado provoca una respuesta incondicionada que después se vuelve condicionada.
- ❖ El condicionamiento operante de Skinner.- es cuando una respuesta es reforzada en presencia de un estímulo discriminativo.
- ❖ Modelo de Albert Bandura.- es cuando un observador puede incorporar a su repertorio una conducta compleja por la observación de como ejecuta esa conducta un modelo.

A si mismo Martorell (2004), explica los puntos comunes que existen en las terapias de conductuales:

- ❖ El interés central es la conducta por la cual la persona acudió a terapia, sin suponer que esta conducta sea una señal de un proceso psicodinamicointrapsíquico.
- ❖ La conducta normal y la anormal se mantienen y modifican por los mismos principios. La conducta desadaptativa puede desaprenderse y sustituirse por otra conducta adaptativa.
- ❖ A partir de las teorías concretas se pretende la aplicación de la práctica clínica, los datos de la psicología experimental, y desarrollo de técnicas terapéuticas.

- ❖ La terapia de conducta hace un especial hincapié en mantenerse dentro de la tradición experimental en la evaluación de la conducta y la evaluación del tratamiento.

La relación terapéutica no es considerada tan determinante y central como en otros modelos terapéuticos. El terapeuta tiende a ser visto como un instructor o un reforzador social.

Las teorías cognitivo conductuales que explican la depresión, proponen que algunos individuos presentan ciertas características cognitivas que aumentan la probabilidad de desarrollar y mantener la depresión, ante acontecimientos estresantes en la vida.

Poder entender como somos y las diferentes maneras en que podemos sufrir esta enfermedad, ayuda a encontrar las razones de dicha, y también ayuda a encontrar la solución de la misma.

Lograr esto requiere identificar nuestros pensamientos y los resultados provocados en nosotros (Bleichmar, 1992).

Beck (1967), desarrollo la técnica para ayudar a sus pacientes a identificar las distorsiones cognitivas que presentan en sus pensamientos automáticos basándose en el método socrático para lograrlo. Esta técnica es conocida como “el descubrimiento guiado”.

CAPITULO 3

Terapias con enfoque Cognitivo Conductual.

La terapia cognitiva conductual propone que si el paciente puede cambiar sus cogniciones negativas, también podrá cambiar el estado emocional negativo que presentan y las conductas no deseadas que le acompañan.

La terapia cognitiva se lleva a cabo identificando las distorsiones cognitivas que estén presentes en los pensamientos automáticos del paciente. Define las sensibilidades y las reacciones exageradas o inadecuadas del paciente y la causa-efecto del malestar interno, demuestra al paciente que este responde selectivamente ante ciertas experiencias y reacciona de manera exagerada ante dichas. El terapeuta señala las características de esta reacción exagerada y la repetición de este patrón e identifican juntos la forma en como concibe el paciente la situación problema y que tipo de pensamientos automático tiene ante ella.

Se identifican los pensamientos automáticos que tiene en el momento de encontrarse deprimido, se define el curso que ha tenido hasta ahora su depresión y se le enseña la relación entre.

Después de identificar las cogniciones que lo lleven a la depresión a través del dialogo socrático el paciente determina si son solamente ideas o hechos y aplicara reglas de comprobación, de lógica y buscara pruebas que sustenten su hipótesis.

Finalmente buscará otras explicaciones o interpretaciones ante un mismo acontecimiento.

Beck, (1967) Cuando el paciente ha determinado que una idea es inapropiada, falsa e inexacta, minimiza la intensidad y frecuencia de esta y también los efectos negativos de la misma este proceso modificara los esquemas del paciente y por tanto disminuirá su predisposición a la depresión.

Se utilizan técnicas como el examen de evidencias, la generación de alternativas, comprobación de la hipótesis, solución de problemas, planificación de actividades positivas y mejora las habilidades intrapersonales.

Las distorsiones cognitivas son errores en el pensamiento de la persona. Son una especie de filtros a través de los que el sujeto observa e interpreta su ambiente, su futuro y así mismo. Algunas de las distorsiones cognitivas descritas por Beck son: personalización, indiferencia arbitraria, catastrofización y la sobregeneralización.

Es importante resaltar que este tipo de terapia es eficaz en pacientes que no están gravemente enfermos y cuya depresión esté relacionada a un suceso externo.

3.1 Algunas técnicas de la terapia cognitivo-conductual

De acuerdo con Martorell (2004), las principales técnicas de este tipo de terapia consisten en:

Desensibilización sistemática: Wolpe.- Tiene 3 elementos, 1. Entrenamiento de relajación. 2. Elaboración de una jerarquía de situaciones ansiógenas. 3. Emparejamiento de los elementos de esa jerarquía con el estado de relajación.

Entrenamiento asertivo.- Su fin es el tratamiento de la ansiedad ante situaciones interpersonales en donde también puede haber jerarquización de las ansiedades.

Técnicas de relajación de Shultz, Jacobson.- La relajación es incompatible con la ansiedad y sus estados asociados. Shultz es la técnica del entrenamiento autógeno. Jacobson es una técnica de la relajación progresiva.

Inundación e implosión: Stamfl.- La inundación es una técnica que se aplica cuando es necesario eliminar o modificar una respuesta de evitación, como las

que se dan en los miedos o en situaciones sociales: se someten al paciente a estímulos ansiógenos de gran intensidad durante un largo periodo de tiempo.

Condicionamiento encubierto: J Cautela.- Parte de la suposición básica de que la conducta puede ser modificada imaginando la realización de una conducta específica y las diferentes consecuencias que se deriven de ella.

Terapia aversiva.- Consiste en el empleo de un estímulo aversivo o punitivo como medio para modificar la conducta.

Modelado: Bandura.- Es un aprendizaje por imitación.

Psicoterapia cognitiva

La terapia cognitiva es un tratamiento centrado en el proceso mental, donde su concepto básico es el de cognición; este término incluye ideas, creencias, imágenes, atribuciones, expectativas, etc., que giran en torno al concepto de significado, y especialmente de cómo se construye. El objetivo de esta terapia es el cambio de las cogniciones o estructuras cognitivas que impiden el correcto funcionamiento psicológico de la persona. En general esta terapia se combina con la terapia conductual, por lo que algunas terapias de este modelo se denominan tanto cognitivas como cognitivo-conductuales (De la Garza 2004; Martorell, 2004).

Tres puntos básicos de la terapia cognitiva:

1. La actividad cognitiva afecta a la conducta.
2. La actividad cognitiva puede ser controlada y alterada.
3. El cambio conductual puede obtenerse mediante el cambio cognitivo.

Características de los modelos terapéuticos:

- ❖ El terapeuta adopta un papel directivo.
- ❖ Son terapias con procedimientos activos.
- ❖ Siguen pautas altamente estructuradas
- ❖ Tienden a ser de corta duración.
- ❖ La relación terapéutica es considerada como una colaboración.

Terapia racional emotiva de Albert Ellis.- Los procesos cognitivos disfuncionales son representados en actitudes y creencias irracionales que llevan a conclusiones falsas. El objetivo de esta terapia es manipular los procesos cognitivos; cambiar la escucha pasiva por una actitud claramente activa y directiva, en el dialogo que se establece con el paciente acerca de la ideas y creencias en las que su comportamiento se basa. Detrás de este planteamiento esta la consideración de que el pensamiento y la conducta irracionales pueden ser combatidos directa y conscientemente (Martorell, 2004).

Albert Ellis creo la Terapia Racional Emotiva Conductual en el año 1955 al darse cuenta que sus pacientes creaban su propio malestar emocional a partir de exigencias absolutistas “los deberías” en su pensamiento irracional, observo que la perturbación emocional es generada por las ideas irracionales que el sujeto tiene acerca de un suceso X, mas no es el suceso que si lo provoca (Ellis & Dryden, 1989).

La TREC en un principio fue aplicada inicialmente a pacientes con disfunciones sexuales y como terapia de pareja, después se aplico a diferentes trastornos tanto de personalidad como de ánimo tales como la depresión, la ansiedad y la ira.

Se ha aplicado en pacientes que a pesar de no tener una perturbación emocional desea tomarla para mejorar su calidad de vida, adoptando una vida tan enserio y

poder así vivir de manera más feliz. Filosóficamente este tipo de terapia tiene su origen en la filosofía orientada de Buda y Confucio que postula “cambia de actitud y podrás cambiarte a ti mismo” y la filosofía estoica, con la frase: “no nos preocupan las cosas, si no la visión que tenemos de ellas” (Ellis & Dryden, 1989).

Para la terapia racional emotiva las alteraciones psicológicas se explican por la tendencia de los seres humanos a realizar evaluaciones de carácter absoluto y dogmático que dan lugar a un conjunto de creencias irracionales.

En lo referente a las emociones se proponen que entre los hechos y la emoción se da una “autocharla” es decir, que la persona se dice algo a si misma, interpreta al suceso y de ahí proviene la emoción, no del propio suceso (Martorell, 2004).

La terapia racional emotiva, es un método de psicoterapia intrínseca breve que pretende ayudar a las personas a conseguir un intenso cambio de corte profundamente filosófico, emocional y conductual; haciéndoles sentir menos trastornados y menos susceptibles de sufrir un trastorno, esta terapia ha demostrado de forma experimental que, a menudo los clientes pueden mejorar significativamente en un periodo relativamente corto de tiempo (10 a 20 sesiones), ya sea en terapia individual o grupal, logra cambiar la forma en como las personas interpretan y valoran los sucesos de sus vidas, modificando los “deberías” (Ellis & Dryden, 1989).

Terapia cognitiva de Beck.- Es un sistema de psicoterapia basado en el supuesto de que la forma en que los individuos perciben y estructuran su experiencia determina sus sentimientos y acciones. Uno de los objetos de esta terapia es que el paciente identifique los pensamientos automáticos. Ponga a prueba la realidad de sus cogniciones para que analice de una forma más correcta las cosas como son, por medio de la técnica de examinar estas cogniciones y someterlas a una prueba de realidad. El terapeuta ayuda al paciente a modificar sus errores cognitivos y sus hipótesis disfuncionales (Martorell, 2004).

Como se mencionó anteriormente el modelo conductual se basa en la aportación de nuevas formas de aprendizaje sobre una conducta; que puede ser eliminar el comportamiento que resulta dañino o insatisfactorio para el individuo, se le enseña las habilidades de las que el paciente carece.

Este modelo, pondrá especial atención en los síntomas o hábitos tal como existen en la actualidad. La eliminación del síntoma, constituye en si misma, la curación de la patología.

CAPITULO 4

RESILIENCIA

La Resiliencia en el adolescente de 12 a 16 años de edad

Hetherington, (1985) nos dice que esta etapa incluye parte de la adolescencia temprana y toda la intermedia. En ella continúan los cambios púberos y parte de la crisis de identidad se centra en el cuerpo. Hay un conflicto en el joven que ahora tiene su cuerpo con funciones sexuales adultas, pero una organización psico-social con características infantiles. El crecimiento rápido de los adolescentes desorienta también a padres y cuidadores; muchas veces no saben si tratarlos como a niños o mayores. Perciben que el hijo está cambiando y que van perdiendo al hijo-niño.

También el joven percibe la pérdida de su propia infancia, de las figuras paternas que lo acompañaron en esos años y del cuerpo que materializaba una identidad de niño. Su relación con los padres irá cambiando para transformarse al final de la adolescencia en una relación de adultos. Mientras tanto, el joven tratará de separarse de las figuras parentales.

Busca una identidad propia, distinta, que lo distinga del padre y de la madre.

Los conflictos familiares se incrementan. Los adolescentes cuestionan las normas paternas, se resisten a vestirse como los adultos sugieren o indican, no aceptan las opiniones de los padres sobre sus amistades: buscan la diferencia para llegar a la afirmación de lo propio, lo que puede estereotiparse o agudizarse como una rebeldía que genera dificultades en la vida cotidiana.

Hetherington, (1985) el grupo de pares cobra un significado particular, persistiendo tendencias a agruparse por sexo. El amigo, idealizado, es compañía inseparable, apoyo y confidente.

Las características de los adolescentes que atraviesan esta etapa pueden pasar desapercibidas en comunidades donde el pasaje de la infancia a la vida adulta es

más gradual y donde el joven encuentra un lugar de inserción social. En las grandes ciudades los conflictos pueden exacerbarse. Es decir, el contexto influye en las características de la etapa.

Desde hace mucho tiempo, la humanidad ha observado que algunos seres humanos logran superar condiciones severamente adversas y que, inclusive, logran transformarlas en una ventaja o un estímulo para su desarrollo biopsico-social (Garmezy, 1991).

En las distintas esferas de las ciencias humanas, la tendencia fue dar mayor énfasis a los estados patológicos. Por ese motivo, las investigaciones se centraron en la descripción exhaustiva de las enfermedades y en el intento de descubrir causas o factores que pudiesen explicar resultados negativos, o no deseados, tanto en lo biológico como en lo mental.

Sin embargo, a pesar de los esfuerzos realizados con ese método, muchas interrogantes quedaron sin respuesta. A menudo, las predicciones de resultados negativos hechas en función de factores de riesgo que indicaban una alta probabilidad de daño, no se cumplían.

Es decir, la gran mayoría de los modelos teóricos resultaron insuficientes para explicar los fenómenos de la supervivencia humana y del desarrollo psico-social.

La aplicación del enfoque de riesgo, ampliamente difundido en los programas de salud y en diversas investigaciones basadas en ese modelo, mostró la existencia de numerosos casos que se desarrollaban en forma normal a pesar de constelaciones de factores que, en otros individuos, determinaban patologías severas (Garmezy, 1991).

Un hito lo marcó Werner (1993), quien estudió a un grupo de personas desde el nacimiento hasta los 40 años. La investigadora notó que algunos niños que estaban aparentemente condenados a presentar problemas en el futuro— de considerarse todos los factores de riesgo que presentaban— llegaron a ser exitosos en la vida, a constituir familias estables y a contribuir positivamente con la

sociedad. Algunos de ellos procedían de los estratos más pobres, de madres solteras adolescentes y de grupos étnicos postergados, además de tener el antecedente de haber sido de bajo peso al nacer. La observación de estos casos condujo a la autora, en una primera etapa, al concepto de "niños invulnerables"

Werner (1993) nos dice que entendió el término "invulnerabilidad" como el desarrollo de personas sanas en circunstancias ambientales insanas. Posteriormente se vio que el concepto de invulnerabilidad era un tanto extremo y que podía cargarse de connotaciones biologicistas, con énfasis en lo genético. Se buscó, entonces, un concepto menos rígido y más global que reflejase la posibilidad de enfrentar efectivamente eventos estresantes, severos y acumulativos; se encontró el de "capacidad de afrontar".

Desde el decenio de los años ochenta ha existido un interés creciente por tener información acerca de aquellas personas que desarrollan competencias a pesar de haber sido criados en condiciones adversas, o en circunstancias que aumentan las posibilidades de presentar patologías mentales o sociales. Se concluyó que el adjetivo resiliente, tomado del inglés resilient, expresaba las características mencionadas anteriormente y que el sustantivo "resiliencia" expresaba esa condición. En español y en francés (résilience) se emplea en metalurgia e ingeniería civil para describir la capacidad de algunos materiales de recobrar su forma original después de ser sometidos a una presión deformadora (Werner, 1989).

Así, el término fue adoptado por las ciencias sociales para caracterizar a aquellos sujetos que, a pesar de nacer y vivir en condiciones de alto riesgo, se desarrollan psicológicamente sanos y socialmente exitosos.

A continuación se exponen algunas definiciones de la palabra "resiliencia" propuestas por diversos autores:

- *Habilidad para resurgir de la adversidad, adaptarse, recuperarse y acceder a una vida significativa y productiva (ICCB, Institute on Child Resilience and Family, 1994).*

- *Enfrentamiento efectivo de circunstancias y eventos de la vida severamente estresantes y acumulativos (Lösel, Blieneser y Koferl, 1989).*
- *Capacidad del ser humano para hacer frente a las adversidades de la vida, superarlas e, inclusive, ser transformado por ellas (Grotberg, 1995).*
- *La resiliencia distingue dos componentes: la resistencia frente a la destrucción; es decir, la capacidad de proteger la propia integridad bajo presión; por otra parte, más allá de la resistencia, es la capacidad de forjar un comportamiento vital positivo pese a circunstancias difíciles (Vanistendael, 1994).*
- *La resiliencia se ha caracterizado como un conjunto de procesos sociales e intrapsíquicos que posibilitan tener una vida “sana” en un medio insano. Estos procesos se realizan a través del tiempo, dando afortunadas combinaciones entre los atributos del niño y su ambiente familiar, social y cultural. Así la resiliencia no puede ser pensada como un atributo con que los niños nacen o que los niños adquieren durante su desarrollo, sino que se trata de un proceso que caracteriza un complejo sistema social, en un momento determinado del tiempo (Rutter, 1992).*
- *La resiliencia significa una combinación de factores que permiten a un niño, a un ser humano, afrontar y superar los problemas y adversidades de la vida, y construir sobre ellos (Suárez Ojeda, 1995).*
- *Concepto genérico que se refiere a una amplia gama de factores de riesgo y su relación con los resultados de la competencia. Puede ser producto de una conjunción entre los factores ambientales y el temperamento, y un tipo de habilidad cognitiva que tienen algunos niños aun cuando sean muy pequeños (Osborn, 1996).*

A lo largo de la historia aparecen ejemplos de individuos destacados que hicieron aportaciones significativas para la humanidad, quienes debieron enfrentar severas

circunstancias adversas. Asimismo, pueblos enteros y grupos étnicos han demostrado capacidades sorprendentes para sobreponerse a la persecución, a la pobreza y al aislamiento, así como a las catástrofes naturales o a las generadas por el hombre (judíos, indígenas latinoamericanos, etc.) (Cusminisky, 1993).

Grotberg, (1996) propone 2 ejemplos de personas resilientes:

Rigoberta Menchu.

Poetisa quiché de Guatemala, Premio Nobel de la Paz. Durante la guerra civil que asoló a su país, vio morir a su padre, a su madre y a sus hermanos, asesinados por las fuerzas de represión. Debió huir a México para salvar la vida; así se transformó en una dirigente de los movimientos por los derechos humanos, reconocida a nivel mundial.

Los poemas escritos en quiché, su lengua materna, han sido traducidos a varios idiomas.

Pese a los factores de riesgo y adversidades que marcaron su infancia y su adolescencia, Rigoberta logró superar dicha situación y aprovecharla para transformarse en una líder de talla internacional como defensora de los derechos humanos.

Ana Frank

Niña judía de doce años de edad, condenada a vivir oculta con su familia durante más de dos años en Amsterdam, Países Bajos, para escapar de los nazis durante la Segunda Guerra Mundial. Escribió un diario en forma de cartas dirigidas a una amiga imaginaria, con lo que encontró esa “aceptación incondicional” que se ha señalado como elemento fundamental de la resiliencia. También, en su diario, aparecen con claridad las expresiones del “yo puedo”, “yo tengo”, “yo soy” . Por ejemplo, “yo voy a poder”, “yo espero”, “te confío toda especie de cosas, como jamás he podido hacerlo con nadie”, y “espero que tú seas un gran apoyo” (12 de junio de 1942).

A temprana edad, en medio de circunstancias tan adversas, Ana Frank fue capaz de mantener su optimismo y su confianza. Su diario puede ayudar mucho a los seres humanos que, tal vez, sin padecer tamañas adversidades, flaquean frente a las contingencias de la vida. “Quien tiene coraje y confianza no zozobrará jamás en la angustia” (7 de marzo de 1944).

Dos enfoques complementarios

Es conveniente diferenciar entre el enfoque de resiliencia y el enfoque de riesgo. Ambos son consecuencias de la aplicación del método epidemiológico a los fenómenos sociales (Suarez, 1993) .

Sin embargo, se refieren a aspectos diferentes pero complementarios. Considerarlos en forma conjunta proporciona una máxima flexibilidad, genera un enfoque global y fortalece su aplicación en la promoción de un desarrollo sano.

El enfoque de riesgo se centra en la enfermedad, en el síntoma y en aquellas características que se asocian con una elevada probabilidad de daño biológico o social. Ha sido ampliamente utilizado en programas de atención primaria, y el personal de los mismos está familiarizado con sus conceptos y aplicaciones (Suarez, 1993).

El enfoque de resiliencia se explica a través de lo que se ha llamado el modelo “del desafío o “de la resiliencia. Ese modelo muestra que las fuerzas negativas, expresadas en términos de daños o riesgos, no encuentran a un niño inerte en el cual se determinarán, inevitablemente, daños permanentes. Describe la existencia de verdaderos escudos protectores que harán que dichas fuerzas no actúen linealmente, atenuando así sus efectos negativos y, a veces, transformándolas en factor de superación de la situación difícil. Por lo tanto, no debe interpretarse que este enfoque está en oposición del modelo de riesgo, sino que lo complementa y lo enriquece, acrecentando así su aptitud para analizar la realidad y diseñar intervenciones eficaces (Suarez, 1993).

La resiliencia es un instrumento clínico que exige un cuadro de referencia moral. Esto implica que un individuo debe superar la situación de adversidad dentro de las normas culturales en las que él se desenvuelve. No cabe duda de que, como agentes de salud y/o educadores, debamos discutir sobre lo socialmente aceptable y ser claros acerca de quiénes son aquellos que definen las normas. Cada situación depende de las circunstancias locales, pero, sean cuales fuesen nuestras opiniones en ese debate, todos nos referimos a alguna idea de lo que es aconsejable y aceptable.

La resiliencia se sustenta en la interacción existente entre la persona y el entorno. Por lo tanto, no procede exclusivamente del entorno ni es algo exclusivamente innato. La separación que hay entre cualidades innatas e influencia del entorno es muy ilusoria, ya que ambos niveles necesitan crecer juntos, en interacción.

Dado ese proceso continuo que se desarrolla entre persona y entorno, es muy fácil entender que la resiliencia nunca es absoluta ni terminantemente estable. Los niños y adolescentes nunca son absolutamente resilientes de una manera permanente. Hasta el niño más resistente puede tener altibajos y deprimirse cuando la presión alcanza niveles altos (Suarez, 1993) .

Por eso existe la necesidad de complementar el enfoque de resiliencia con el de riesgo, en función de un objetivo mayor que es el de fomentar un desarrollo sano. Junto con promover aquellas características saludables de niños y adolescentes, es necesario intervenir para disminuir aquellos aspectos que le impidan alcanzar el máximo de potencial dentro de su fase de desarrollo.

La promoción de la resiliencia puede ser fuente de inspiración para la educación, la política social y la labor social. Un enfoque de resiliencia puede conducir a que se concentre la atención en la política social, lo que debiera ser una política de prevención de daños sociales.

Si consideramos que una de las tareas pendientes de los países de nuestro continente es el enfrentamiento y la superación de la pobreza, debemos dirigir nuestros esfuerzos hacia la comprensión de los mecanismos que actúan a nivel

individual, familiar y comunitario, y que pueden traducirse, a través del desarrollo y la aplicación de programas de acción y educación, en el reconocimiento y reforzamiento de las fortalezas que surgen más allá de la vulnerabilidad (Suarez, 1993) .

Cabe insistir en que la resiliencia tiene dos componentes importantes: la resistencia a la destrucción y la capacidad para reconstruir sobre circunstancias o factores adversos.

El desarrollo del concepto de resiliencia ayuda a ver con claridad que existe esa dimensión en las personas y aporta una nueva mirada esperanzadora y optimista. Es así, como cada día se publican y se aplican más y más programas orientados a analizar los comportamientos resilientes presentes en algunos niños, adolescentes y adultos.

A pesar de la proliferación de investigaciones y aplicaciones prácticas, no podemos hablar de la resiliencia como si fuera un concepto unívoco y absoluto. Si bien entendemos la resiliencia como una capacidad humana y universal que está presente en las distintas comunidades, etnias y culturas, creemos que tiene rasgos y características particulares de acuerdo a los diferentes contextos en que se manifiesta. En este sentido, el intercambio de conocimientos y experiencias en ese ámbito resulta de gran utilidad para la orientación de nuestro trabajo, siempre y cuando seamos capaces de identificar aquellos factores propios a un contexto específico y, a la vez, de aportar a los recursos de la comunidad de que se trate (Suarez, 1993) .

Promover la resiliencia es reconocer la fortaleza más allá de la vulnerabilidad. Apunta a mejorar la calidad de vida de las personas a partir de sus propios significados, según ellos perciben y se enfrentan al mundo. Nuestra primera tarea es reconocer aquellos espacios, cualidades y fortalezas que han permitido a las personas enfrentar positivamente experiencias estresantes asociadas a la pobreza. Estimular una actitud resiliente implica potenciar esos atributos

incluyendo a todos los miembros de la comunidad en el desarrollo, la aplicación y la evaluación de los programas de acción.

4.1 Factores de riesgo, factores protectores y resiliencia

El uso tradicional de factores de riesgo ha sido esencialmente biomédico y se le ha relacionado, en particular, con resultados adversos, mensurables en términos de mortalidad (Wolin,1993).

Por ejemplo, un factor de riesgo asociado con enfermedades cardiovasculares es el consumo de tabaco.

Esa concepción restringida no resulta suficiente para interpretar aspectos del desarrollo humano, ya que el riesgo también se genera en el contexto social y, afortunadamente, la adversidad no siempre se traduce en mortalidad.

Una aportación significativa a la conceptualización de riesgo la brindó la epidemiología social y la búsqueda de factores en el ámbito económico, psicológico y familiar. Eso permitió reconocer la existencia de una trama compleja de hechos psico-sociales, algunos de los cuales se asocian con daño social, y otros sirven de amortiguadores del impacto de éste. Los factores protectores pueden actuar como escudo para favorecer el desarrollo de seres humanos que parecían sin esperanzas de superación por su alta exposición a factores de riesgo.

Definiciones básicas

Factor de riesgo: es cualquier característica o cualidad de una persona o comunidad que se sabe va unida a una elevada probabilidad de dañar la salud. Por ejemplo, se sabe que una adolescente tiene mayor probabilidad que una mujer adulta de dar a luz a un niño de bajo peso; si además es analfabeta, el riesgo se multiplica. En este caso, ambas condiciones, menor de 19 años y madre analfabeta, son factores de riesgo (Wolin, 1993).

Se observó que las probabilidades de padecer daños pueden surgir de sujetos que concentran en sí los factores de riesgo, constituyéndose en individuos de alto

riesgo. Otro aspecto reside en las personas generadoras de riesgo; por ejemplo, aquellos adolescentes y jóvenes que parecieran buscar o generar situaciones de riesgo a través de comportamientos que aumentan reiteradamente.

Factores protectores: son las condiciones o los entornos capaces de favorecer el desarrollo de individuos o grupos y, en muchos casos, de reducir los efectos de circunstancias desfavorables. Así, la familia extendida parece tener un efecto protector para con los hijos de las adolescentes solteras (Wolin, 1993).

En lo que concierne a los factores protectores, se puede distinguir entre externos e internos.

Los externos se refieren a condiciones del medio que actúan reduciendo la probabilidad de daños: familia extendida, apoyo de un adulto significativo, o integración social y laboral. Los internos se refieren a atributos de la propia persona: estima, seguridad y confianza de sí mismo, facilidad para comunicarse, empatía.

Individuos resilientes: Son aquellos que al estar insertos en una situación de adversidad, es decir, al estar expuestos a un conglomerado de factores de riesgo, tienen la capacidad de utilizar aquellos factores protectores para sobreponerse a la adversidad, crecer y desarrollarse adecuadamente, llegando a madurar como seres adultos competentes, pese a los pronósticos desfavorable (Wolin, 1993).

La resiliencia no debe considerarse como una capacidad estática, ya que puede variar a través del tiempo y las circunstancias. Es el resultado de un equilibrio entre factores de riesgo, factores protectores y la personalidad del ser humano. Esto último permite elaborar, en sentido positivo, factores o circunstancias de la vida que son desfavorables. Uno puede estar más que ser resiliente. Es necesario insistir en la naturaleza dinámica de la resiliencia.

Nuestro conocimiento de las condiciones, procesos y resultados de la resiliencia está lejos de ser exhaustivo. Sin embargo, ya es posible identificar elementos de resiliencia y factores de protección en relación con algunos daños.

Al analizar la interacción entre factores de riesgo, factores protectores y resiliencia uno no debe concentrarse sólo en el nivel individual. Por el contrario, debe “ampliar” el concepto para entender el interjuego que se da con las variables sociales y comunitarias. Un esfuerzo valioso en este sentido ha sido realizado por el Dr. Frederick Lösel en relación a los adolescentes con problemas de consumo de droga (Wolin, 1993),

La pobreza y la mirada optimista de la resiliencia

El enfoque de resiliencia es parte de una vasta corriente conceptual que examina la pobreza, sus efectos, características y componentes. La importancia que adquiere la resiliencia estriba en que los factores sobre los cuales las acciones (parte de la intervención) son posibles, se conocen y, por tanto, se delimitan de antemano (Suarez, 1995).

Así se entiende que la pobreza está compuesta de factores tanto distales como proximales.

Entre los distales se incluyen los grupos sociales y los índices socio-económicos. Por su parte, los factores proximales son aquellos que tienen relación con la estructura, la dinámica familiar y las características temperamentales de las personas, entre otros.

A su vez, entre los factores proximales se distinguen los externos a las personas y los internos a ellas. Los factores externos son aquellos que ocurren más allá de la persona misma, como son, por ejemplo, las características de la familia en la cual está inserta y la escuela a la cual asiste. Como factores internos, han sido considerados aquellos de naturaleza más bien genético, como son la competencia cognitiva de las personas y sus rasgos físicos, además de los factores relacionados con la afectividad.

Debido al carácter de inamovilidad de los factores internos a la persona, la intervención ubica su accionar en aquellos considerados como factores externos, entendiendo que es sólo a partir de éstos que es posible actuar a través de

intervenciones psico-sociales. Así, entonces, se definen las acciones por realizar y los pasos a través de los cuales es posible una intervención de prevención (Suarez, 1995).

En esa intervención psico-social de tipo preventivo, el tipo de acciones que se definen como necesarias tienen relación con la situación de pobreza, lo que implica, generalmente, que los factores externos que la caracterizan tienden a estar marcados por los factores de riesgo. Estos factores de riesgo no son, desde luego, exclusivos de ese grupo social pobre, pero sí son visualizados como de mayor prevalencia. La razón de esto último estriba en la dinámica engorrosa y difícil que imponen los factores distales de la sociedad; es decir, en la situación de pobreza.

Los factores de riesgo de la pobreza (como son, por ejemplo, la situación habitacional precaria, la violencia intrafamiliar y la falta de alimentación adecuada), al actuar conjunta y simultáneamente. Pueden tener un resultado negativo en el crecimiento y desarrollo integral de niños y adolescentes.

Independientemente de la adversidad presente en algunas situaciones, existen mecanismos (protectores) que logran proteger a los seres humanos, creando en ellos la posibilidad de ser tanto vulnerables a los efectos de la adversidad, como resistirlos y construir positivamente, revirtiendo así su carácter de negatividad.

Si bien los factores de riesgo están presentes en las situaciones de adversidad, simultáneamente con éstos se presentan los mecanismos protectores que logran crear en las personas la posibilidad de revertir, no la situación a la que se ven enfrentadas, sino la percepción que tienen sobre ésta y, por tanto, de sobrepasarla. Esto va creando en las personas una percepción optimista sobre las situaciones y, a la vez, la sensación de que es posible actuar sobre ellas (Suarez, 1995) .

Dado que tanto las situaciones adversas, o los factores de riesgo, como los mecanismos protectores están presentes inclusive antes del nacimiento, la promoción de la resiliencia se inicia durante la etapa del embarazo. Sin embargo,

se entiende que ésta es susceptible de iniciarse en cualquier etapa de la vida y frente a cualquier evento psico-social. Por ello, es determinante trabajar con los padres a la vez que con tantos actores sociales como sea posible dentro de la comunidad.

Junto con los factores de riesgo que están presentes en la situación de pobreza, existen mecanismos que logran proteger al individuo. De este modo, una intervención psico-social de carácter preventivo debería considerar su accionar a través de los factores externos en una forma integral y considerando la promoción de la resiliencia y de la participación comunitaria.

Diversos estudios han demostrado que ciertos atributos de la persona tienen una asociación positiva con la posibilidad de ser resiliente. Estos son: control de las emociones y de los impulsos, autonomía, sentido del humor, alta autoestima (concepción positiva de sí mismo), empatía (capacidad de comunicarse y de percibir la situación emocional del interlocutor), capacidad de comprensión y análisis de las situaciones, cierta competencia cognitiva, y capacidad de atención y concentración (Suarez, 1995).

También se han encontrado condiciones del medio ambiente social y familiar que favorecen la posibilidad de ser resiliente como son: la seguridad de un afecto recibido por encima de todas las circunstancias y no condicionado a las conductas ni a ningún otro aspecto de la persona; la relación de aceptación incondicional de un adulto significativo; y la extensión de redes informales de apoyo.

Se define al niño resiliente como aquel que trabaja bien, juega bien y tiene buenas expectativas. Esto pareciera demasiado abstracto para llevarlo a la práctica, por lo que se ha tratado de sintetizar y expresar más gráficamente aquellos atributos que han sido consistentemente identificados como los más apropiados de un niño o adolescente resiliente. Entre ellos cabe destacar los siguientes:

Competencia social

Los niños y adolescentes resilientes responden más al contacto con otros seres humanos y generan más respuestas positivas en las otras personas; además, son activos, flexibles y adaptables aún en la infancia. Este componente incluye cualidades como la de estar listo para responder a cualquier estímulo, comunicarse con facilidad, demostrar empatía y afecto, y tener comportamientos prosociales (Vanistendael, 1994).

Una cualidad que se valora cada vez más y se la relaciona positivamente con la resiliencia es el sentido del humor. Esto significa tener la habilidad de lograr alivio al reírse de las propias desventuras y encontrar maneras diferentes de mirar las cosas buscándoles el lado cómico.

Como resultado, los niños resilientes, desde muy temprana edad, tienden a establecer más relaciones positivas con los otros.

En los adolescentes la competencia social se expresa especialmente en la interrelación con los propios pares y en la facilidad para hacer amigos de su edad. Esta cercanía con los amigos es progresivamente selectiva y pasa de actividades grupales a otras en pareja; es frecuente que se inicien relaciones sentimentales que tengan valor como indicadores positivos de competencia social. En este aspecto del perfil, el adolescente resiliente muestra capacidad para establecer relaciones positivas con otros seres humanos.

Resolución de problemas

Las investigaciones sobre niños resilientes han descubierto que la capacidad para resolver problemas es identificable en la niñez temprana. Incluye la habilidad para pensar en abstracto reflexiva y flexiblemente, y la posibilidad de intentar soluciones nuevas para problemas tanto cognitivos como sociales. Ya en la adolescencia, los jóvenes son capaces de jugar con ideas y sistemas filosóficos. Los estudios hechos con adultos que sufrían de problemas psicológicos han identificado consistentemente la falta de esa capacidad en la infancia. Por el contrario, los estudios hechos con personas resilientes encuentran repetidamente la presencia de capacidades para la resolución de problemas en la infancia. Por

ejemplo, Rutter halló que era especialmente prevalente, en la población de niñas abusadas durante la infancia pero que llegaron a ser adultas sanas, la presencia de destrezas para planificar que les resultaron útiles en sus matrimonios con hombres “normales” (Werner, 1993) .

Lo escrito sobre los niños de la calle que crecieron en barrios marginales provee un ejemplo extremo del rol que esas habilidades tienen en el desarrollo de la resiliencia, dado que esos niños deben lidiar continuamente con un ambiente adverso, como única manera de sobrevivir. Las investigaciones actuales muestran también que esas destrezas para solucionar problemas son identificables a temprana edad. Así es como el niño preescolar que demuestre ser capaz de producir cambios en situaciones frustrantes, posiblemente sea activo y competente en el período escolar.

Autonomía

Distintos autores han usado diferentes definiciones del término “autonomía”. Algunos se refieren a un fuerte sentido de independencia; otros destacan la importancia de tener un control interno y un sentido de poder personal; otros insisten en la autodisciplina y el control de los impulsos. Esencialmente, el factor protector a que se están refiriendo es el sentido de la propia identidad, la habilidad para poder actuar independientemente y el control de algunos factores del entorno. Otros autores han identificado la habilidad de separarse de una familia disfuncional y ponerse psicológicamente lejos de los padres enfermos, como una de las características más importantes de los niños que crecen en familias con problemas de alcoholismo y enfermedad mental (Werner, 1993).

En el trabajo con niños de familias alcohólicas, se ha visto que si ellos quieren enfrentar exitosamente los dilemas del alcoholismo, deben desarrollar un distanciamiento adaptativo; es decir, alejarse del foco familiar de comportamiento disfuncional. Los niños resilientes son capaces de distinguir claramente por sí mismos, entre sus experiencias y la enfermedad de sus padres. Por lo tanto,

entienden que ellos no son la causa del mal y que su futuro puede ser diferente de la situación de sus padres.

La tarea del distanciamiento adaptativo implica dos desafíos: uno, descomprometerse lo suficientemente de la fuerza de la enfermedad parental para mantener objetivos y situaciones en el mundo externo de pares, escuela y comunidad; otro, sacar a la familia en crisis de su posición de mando en el mundo interno del propio niño. Ese distanciamiento provee un espacio protector para el desarrollo de la autoestima y de la habilidad para adquirir metas constructivas.

Sentido de propósito y de futuro

Indica que para un tener un seguro porvenir se debe relacionar el sentido de autonomía y el de la eficacia propia, así como con la confianza de que uno puede tener algún grado de control sobre el ambiente, está el sentido de propósito y de futuro. Dentro de esta categoría entran varias cualidades repetidamente identificadas en lo publicado sobre la materia como factores protectores: expectativas saludables, dirección hacia objetivos, orientación hacia la consecución de los mismos (éxito en lo que emprenda), motivación para los logros, fe en un futuro mejor, y sentido de la anticipación y de la coherencia. Este último factor parece ser uno de los más poderosos predictores de resultados positivos en cuanto a resiliencia (Werner, 1993).

De estas cualidades, las que se han asociado con más fuerza a la presencia de adultos resilientes han sido las aspiraciones educacionales y el anhelo de un futuro mejor. Cuando un futuro atractivo nos parece posible y alcanzable, somos fácilmente persuadidos para subordinar una gratificación inmediata a una posterior más integral.

Aunque los estudios actuales permiten identificar características adicionales de los niños resilientes, las cuatro que hemos mencionados engloban los atributos que frecuentemente están asociados con experiencias exitosas de la vida. De allí que las consideremos como los factores básicos para constituir el perfil del niño resiliente.

Expresiones de los niños con características resilientes

Grotberg (1995), ha creado un modelo donde es posible caracterizar a un niño resiliente a través de la posesión de condiciones que en el lenguaje se expresan diciendo:

“Yo tengo”, “Yo soy”, “Yo estoy”, “Yo puedo”

En todas estas verbalizaciones aparecen los distintos factores de resiliencia, como la autoestima, la confianza en sí mismo y en el entorno, la autonomía y la competencia social.

A su vez, la posesión de estas atribuciones verbales puede considerarse como una fuente generadora de resiliencia.

Por ejemplo, así sucede al recurrir a las características de "tengo" personas alrededor en quienes confío y quienes me quieren incondicionalmente, y personas que me ayudan cuando estoy en peligro; éstas pueden tratar al niño o adolescente en una forma que fortalezca las características de "soy" una persona digna de aprecio y cariño y de "estoy seguro de que todo saldrá bien"; las características de "puedo" hablar sobre cosas que me asustan o me inquietan y también encontrar a alguien que me ayude cuando lo necesito.

Se puede explicar estos verbos entendiendo su sentido de la siguiente manera:

TENGO

- ❖ Personas alrededor en quienes confío y quienes me quieren incondicionalmente.
- ❖ Personas que me ponen límites para que aprenda a evitar peligros o problemas.
- ❖ Personas que me muestran por medio de su conducta la manera correcta de proceder.
- ❖ Personas que quieren que aprenda a desenvolverme solo.

- ❖ Personas que me ayudan cuando estoy enfermo o en peligro o cuando necesito aprender

SOY

- ❖ Una persona por la que los otros sienten aprecio y cariño.
- ❖ Feliz cuando hago algo bueno para los demás y les demuestro mi afecto.
- ❖ Respetuoso de mí mismo y del prójimo.
- ❖ Capaz de aprender lo que mis maestros me enseñan.
- ❖ Agradable y comunicativo con mis familiares y vecinos.

ESTOY

- ❖ Dispuesto a responsabilizarme de mis actos.
- ❖ Seguro de que todo saldrá bien.
- ❖ Triste, lo reconozco y lo expreso con la seguridad de encontrar apoyo.
- ❖ Rodeado de compañeros que me aprecian.

PUEDO

- ❖ Hablar sobre cosas que me asustan o me inquietan.
- ❖ Buscar la manera de resolver mis problemas.
- ❖ Controlarme cuando tengo ganas de hacer algo peligroso o que no está bien.
- ❖ Buscar el momento apropiado para hablar con alguien o para actuar.
- ❖ Encontrar a alguien que me ayude cuando lo necesito.
- ❖ Equivocarme y hacer travesuras sin perder el afecto de mis padres.
- ❖ Sentir afecto y expresarlo.

- ❖ Como agentes de salud y educadores podemos promover la resiliencia si procuramos que la crianza y la educación formal y la informal aumenten las situaciones que producen verbalizaciones en cada niño que crece.

Taller “Te sientes triste, existe algo que tu posees para ser feliz”

Alcances:

- ❖ Identificar a los adolescentes con síntomas de depresión para darle un tratamiento oportuno y a tiempo.
- ❖ Reforzar al adolescente en cuanto a lo que es, lo que puede hacer, y lo que quiere hacer, para brindarle las herramientas suficientes para salir adelante en su depresión.
- ❖ Lograr fortalecer y convencer al adolescente para que quiera darle seguimiento una vez que termine el taller, y así salir completamente de algún tipo de depresión que tenga.
- ❖ Que el adolescente pueda tener una vida adulta satisfactoria, una vez que concluya su tratamiento.

Limitaciones:

- ❖ Son pocas sesiones debido a que es un taller y no se puede tocar todos los temas para poder brindarle todas las herramientas necesarias, solo es introducirlo para que pueda darle seguimiento una vez que concluya este.
- ❖ Debido al problema que se trata, el taller no está diseñado para muchos participantes, ya que tienes que poner mucha atención en cada uno de ellos, para poder notar alarmas y evitar algún tipo de consecuencia.
- ❖ Como el taller se diseñó solo para 8 personas en tiempo y dinero sería muy costoso, y no todas las escuelas pueden solventar los gastos y el tiempo.
- ❖ No todas las personas pueden poseer herramientas para poder lograr ser resilientes, por tal motivo con unas se tendrá que trabajar un poco más y el taller solo dura 6 sesiones.

Materiales:

Un aula que cuente con sillas, mesas, pizarrón, cañón, computadora y la iluminación adecuada para poder trabajar.

Método:

El siguiente taller está diseñado para impartirlo de 8 a 10 adolescentes de entre 15 a 18 años que tengan algún síntoma de depresión, se puede impartir en cualquier escuela a nivel preparatoria. Tiene una duración de una hora durante 6 sesiones que se impartirán durante 6 días consecutivos. La invitación se hará a través de carteles que se pegaran en toda la escuela, de igual forma se pondrá una mesa afuera del aula donde se impartirá el taller, para así, entregarles trípticos a los alumnos en el cual vendrá el día que empezara el taller, el horario y un poco de información con relación al tema.

CARTA DESCRIPTIVA:

SESION 1: DEPRESION

Objetivo: Que los asistentes conozcan tanto las reglas del taller como los síntomas de Depresión para poder identificar si se padece.

Tema	Técnica	Estrategia de enseñanza-aprendizaje	Tiempo	Materiales
		Entregar etiquetas de identificación	2 min	✓ Etiquetas ✓ Plumones
Bienvenida	Mi nombre es..	Se les solicitara a cada integrante que escriba su nombre en una ficha bibliográfica que portara durante 6 sesiones	5 min	✓ Salón ✓ Fichas bibliográficas ✓ Fundas de plástico plegables ✓ Plumones
Nivel de depresión que poseen los integrantes del taller	Explicación del "Test de Depresión de Beck"	Aplicación del "Test de Depresión de Beck"	10 min	✓ Lápices ✓ Test impreso
Presentación del terapeuta y contenido del taller	Encuadre	Se presentara el terapeuta, les dará a conocer el número de sesiones que tendrá el taller, así como los horarios y días en que se impartir.	10 min	✓ Pizarrón ✓ Plumones
Expectativas del taller	Lluvia de ideas	Por medio de lluvia de ideas se conocerá lo que los integrantes del taller incluyendo al terapeuta, están dispuestos a ofrecer para el cumplimiento de las expectativas que se tengan sobre este.	10 min	✓ Rota folio ✓ Plumones
Integración de grupo	Dinámica rompe-hielo	Se presentara cada uno de los integrantes del grupo.	10 min	✓ Ninguno
Concepto, tipos y síntomas de	Identificación de	Se revisara el concepto de	13 min	✓ Computadora ✓ Cañón

Depresión	sentimientos	depresión, y se darán a conocer los tipos que hay (leve, moderada e intensa) ayudando a que los integrantes del grupo den parte de lo que ellos sienten.		<ul style="list-style-type: none"> ✓ Diapositivas ✓ Hojas ✓ Plumones ✓ Pizarrón
-----------	--------------	--	--	---

Duración 1 hora

SESION 2: Emoción

Tema	Técnica	Estrategia de enseñanza-aprendizaje	Tiempo	Materiales
Bienvenida	Relajación	Relajar a cada integrante por medio de un ejercicio de relajación, esto con el fin de quitar tensiones y que mejoren la atención en el taller	10 min	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Salón ✓ Sillas
Cambio de pensamiento	Conocer sobre terapia cognitivo conductual	Dar a conocer como es la terapia cognitivo conductual y algunas de sus técnicas, dar ejemplos y aclarar dudas	15 min	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Pizarrón ✓ Plumones ✓ Lápiz ✓ Papel
Emoción	Lluvia de ideas y collage	¿Qué es emoción? Se le preguntara a cada integrante sobre lo que entienden del término, se les dará una explicación de dicho termino con diferentes diagramas y se realizara un collage, sobre qué es lo que pasa en nuestro cuerpo cada que tenemos una emoción	20 min	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Pizarrón ✓ Plumones ✓ Lápices ✓ Revistas ✓ Pegamento
Fin de la sesión	Despedida	Se aclararan dudas que se tengan sobre el tema y se les hace la invitación al siguiente día con el tema que se va a tratar	15 min	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Ninguno

DURACION 1 HORA

SESION 3: RESILIENCIA

Tema	Técnica	Estrategia de enseñanza-aprendizaje	Tiempo	Materiales
Bienvenida	Relajación	Relajar a cada integrante por medio de un ejercicio de relajación, esto con el fin de quitar tensiones y que mejor en la atención en el taller	10 min	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Salón ✓ Sillas
Resiliencia	Conocimiento	Dar a conocer en que consiste la resiliencia así como los conceptos, yo tengo, yo soy, yo puedo, aclarar dudas.	30 min	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Computadora ✓ Cañón ✓ Hojas ✓ Plumaz ✓ Plumones ✓ Pizarrón
Exposición	Debilidades y fortalezas	Exponer en rotafolios por parejas que herramientas poseen cada uno para salir de algún problema es decir que debilidades y fortalezas poseen cada integrante	18 min	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Rotafolio ✓ Plumones de colores ✓ Lápicos ✓ Hojas de rotafolio
Fin de la sesión	Despedida	Se les hace la invitación al siguiente día con el tema que se va a tratar	2 min	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Ninguno

DURACION 1 HORA

SESION 4: AUTOESTIMA

Tema	Técnica	Estrategia de enseñanza-aprendizaje	Tiempo	Materiales
Bienvenida	Relajación	Relajar a cada integrante por medio de un ejercicio de relajación, esto con el fin de quitar tensiones y que mejor en la atención en el taller	10 min	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Salón ✓ Sillas
Sentimientos y sensaciones que se han tenido	Conocimiento	Conocer cómo se han sentido en las tres sesiones anteriores, ver sentimientos y sensaciones que tengan los integrantes	15 min	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Salón ✓ Sillas
Autoestima	Letrero	En ¼ de cartulina cada integrante pondrá las características positivas y negativas que poseen y colocara la parte en blanco en la espalda donde sus compañeros escribirán como perciben a su compañero	15 min	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Cartulina de colores ✓ Plumones de agua ✓ Masking tape
Autoestima	Conocimiento y sociodrama	Divididos en equipos se les solicitara que mencionen la influencia que tiene la familia, amigos y maestros en la formación de la autoestima, que posean en ese momento posteriormente el terapeuta expondrá para para proporcionar herramientas para fortalecer su autoestima y dejara actividad.	15 min	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Pizarrón ✓ Hojas ✓ Plumones ✓ Copias de leyenda
Fin de sesión	Aclarar dudas y dejar tarea	Escribir en una hoja en blanco considero que tengo mi autoestima	5 min	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Lápiz ✓ Papel

	considero que soy capaz de.....		
--	--	---	--	--

DURACION 1 HORA

SESION 5: IDENTIDAD

Tema	Técnica	Estrategia de enseñanza-aprendizaje	Tiempo	Materiales
Bienvenida y revisión de tareas	Relajación y revisión de sensaciones	Realizar ejercicio de relajación esto con el fin de quitar tensiones y que mejor en la atención en el taller, saber qué resultados se obtuvieron al realizar la tarea, revisar que pensamientos y sentimientos se tuvieron.	20 min	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Salón ✓ Sillas ✓ Plumones ✓ Pizarrón
Identidad	Exposición y lluvia de ideas	Darles a conocer que es la identidad y los factores influyen para que se forme mi identidad, con lluvia de ideas conocer si su identidad ya está formada y como es.	30 min	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Pizarrón ✓ Plumones
Fin de sesión	Despedida y cierre de temas	El terapeuta se despedirá y les comentara que son todos los temas a tratar y aclarara dudas que se tengan de temas anteriores	10 min	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Ninguno

DURACION 1 HORA

SESION 6: CIERRE

Tema	Técnica	Estrategia de enseñanza-aprendizaje	Tiempo	Materiales
Bienvenida	Relajación y revisión	Relajar a cada integrante por medio de un ejercicio de relajación, esto con el fin de quitar tensiones y que mejor en la atención en el taller. Comentar cada integrante como ha vivido las sesiones, actividades y tareas anteriores, revisar pensamientos y sentimientos	15 min	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Salón ✓ Sillas ✓ Lápices ✓ Papel ✓ Pizarrón ✓ Plumones
Sentimientos	Exposición	Se les pedirá a los integrantes que pongan en una hoja en blanco, Me sentía triste cuando.... pero sé que tengo....para sentirme bien conmigo mismo y salir adelante	15 min	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Lápices ✓ Papel
Conclusión	Revisión	Revisar si las expectativas del taller fueron cumplidas y sus conclusiones, invitar a seguir tratamiento en terapia	10 min	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Pizarrón ✓ Plumones
Nivel de depresión que poseen los integrantes del taller	Explicación del "Test de Depresión de Beck"	Aplicación del "Test de Depresión de Beck"	10 min	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Lápices ✓ Test impreso
Cierre	Directorio	Cierre de taller y conclusiones. Se dará a conocer directorio de instituciones donde pueden asistir	10 min	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Directorio impreso

DURACION 1 HORA

ANEXO 1

Propuesta del taller **“Te sientes triste, existe algo que tu posees para ser feliz”**

Este taller está diseñado para no más de 10 personas, debido a que la depresión es un tema a mi parecer delicado, necesitamos un grupo pequeño para poder vigilar de cierto modo cualquier foco rojo que tenga algún integrante. Y las sesiones se van a llevar a cabo durante seis días consecutivos.

Se tiene que realizar en un aula que tenga iluminación, que posea un ambiente agradable, un medianamente amplio, con butacas, y los medios necesarios para llevar a cabo las presentaciones y actividades.

En la primer sesión se va a iniciar aplicando el cuestionario de Beck para depresión, lo que se busca es identificar el nivel de depresión de cada integrante, para así detectar in posible foco rojo, es decir alguien que tenga depresión severa. Si se llegara a detectar canalizarlo de inmediato sin tomar el taller.

Se les explicará el encuadre, “las sesiones durarán una hora, este momento es solo para ustedes por lo tanto todos merecemos respeto en cuanto a el tiempo de los demás así que tenemos que tratar de ser puntuales, la sesiones se darán durante 6 días consecutivos, y lo que se busca en el taller es tratar de ser feliz con nuestros propios recursos sin importar nuestro entorno. Y aquí vamos a aprender como lo vamos a llevar a cabo”.

Con lluvia de ideas podremos ver que es lo que se espera al entrar al taller así como conocer lo que están dispuestos a ofrecer para el cumplimiento de las expectativas que se tengan del taller.

Posteriormente se llevará a cabo la dinámica rompe hielo, la cual consta de presentarse cada uno de los integrantes (nombre, edad, lo que más les gusta hacer) posteriormente se les pasara unas hojas blancas pequeñas en las cuales con plumones pondrán su nombre y esto nos servirá para aprendernos sus nombres.

Finalmente se les explicara la diferencia entre tristeza y depresión.

Como se considera que es depresión.....

Un episodio depresivo tiene una duración mínima de dos semanas en las cuales el sujeto debe presentar al menos 5 de los siguientes síntomas, haciendo una marcada diferencia entre situación actual y aquella previa a la depresión

La depresión es:

Una alteración específica del estado de ánimo, un concepto negativo de sí mismo.

La duración de un estado depresivo debe ser mayor a dos meses para que se pueda diagnosticar como tal.

- ▶ Estado de ánimo depresivo la mayor parte del día, casi cada día (que sea susceptible de observación por otros)
- ▶ Disminución del interés y la capacidad en casi todas las actividades la mayor parte del día
- ▶ Pérdida o aumento del peso del apetito
- ▶ Insomnio o hipersomnia casi todos los días
- ▶ Agitación o enlentecimiento psicomotor casi todos los días (debe ser percibido por los demás)
- ▶ Fatiga o pérdida de energía casi todos los días
- ▶ Sentimientos de inutilidad o de culpa excesivos e inapropiados casi todos los días
- ▶ Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o indecisión casi todos los días
- ▶ Pensamientos recurrentes de muerte

Leve

- ▶ En este tipo de depresión, los síntomas son crónicos y de larga duración, pero no inhabilitan la vida diaria de la persona que la padece. El paciente que la padece se encuentra irritable, de mal humor y/o apático, tiene poca energía y normalmente llora.

Moderada

- ▶ Por las mañanas el sentimiento de tristeza es mayor y fluctúa durante el día, aunque siente constantemente desagrado hacia sí mismo. Se siente aburrido la mayor parte del tiempo y ya no disfruta hacer lo que antes le gustaba. Se porta indiferente con los demás y llora sin razón aparente. Casi no tienen hambre y duermen hasta 12 horas al día o bien, se despiertan 2 horas antes de que suene el reloj. A pesar de ello, se siente cansado por llevar a cabo tanto esfuerzo físico como intelectual.

intensa

- ▶ Una depresión mayor presenta síntomas incapaces para el paciente que interfiere seriamente en su habilidad para dormir, comer, trabajar, o disfrutar actividades que anteriormente le resultaban agradables

Para concluir el día de hoy los participantes opinaran sobre lo que se vio.

Despedida la próxima sesión se hablara sobre cómo cambiar mi forma de pensar y actuar

Segunda sesión:

Bienvenida, se les da un ejercicio de relajación, “siéntense derechitos en la silla cierren los ojos, ahora van a respirar profundamente pausa sáquenlo, otra vez pausa sáquenlo, una última vez pausa sáquenlo, ahora van a imaginarse una playa, sientan el aire, como se escucha el mar, sientan el sol en su piel, ahora empiezan a relajar todo su cuerpo empecemos con su cabeza, su cuello, sus hombros, sus brazos, sus manos, sus dedos, su pecho, su panza, sus pompis, sus piernas, sus pies, sus dedos, ahora ya que están completamente relajados dense 10 segundos para incorporarse”.

Les voy a hablar de un tipo de terapia que les ayudara a sentirse mejor. Esta es la terapia cognitiva conductual propone que si el paciente puede cambiar sus cogniciones negativas, también podrá cambiar el estado emocional negativo que presentan y las conductas no deseadas que le acompañan.

La terapia cognitiva se lleva a cabo identificando las distorsiones cognitivas que estén presentes en los pensamientos automáticos del paciente. Define las sensibilidades y las reacciones exageradas o inadecuadas del paciente y la causa-efecto del malestar interno, demuestra al paciente que este responde selectivamente ante ciertas experiencias y reacciona de manera exagerada ante dichas. El terapeuta señala las características de esta reacción exagerada y la repetición de este patrón e identifican juntos la forma en como concibe el paciente la situación problema y que tipo de pensamientos automático tiene ante ella.

Se identifican los pensamientos automáticos que tiene en el momento de encontrarse deprimido, se define el curso que ha tenido hasta ahora su depresión y se le enseña la relación.

Un ejemplo que me puedan dar de que pasa para que ustedes se sientan tristes, es decir vamos a identificar la acción anterior para que ustedes se sientan tristes. Obviamente son muchas pero vamos a decir la más frecuente. Se les invitara a que cada integrante participe y se pondrá en el pizarrón. Ya que identificaron una posible acción para que ustedes se sientan tristes díganme ahora una alternativa si pasa..... que puedo hacer en mi para que no me sienta así, a lo mejor no podemos controlar la acción tal cual pero podemos encontrar una alternativa en nosotros para que no nos afecte de esa manera. Ejemplos,,,,,

En el pizarrón se dará la definición de emoción y afecto, al igual que se les hará participe a los integrantes para que den lluvia de ideas de que piensan de cada concepto. Hoy conoceremos lo que es emoción y afecto, la emoción es parte de todas las transacciones decisivas con el ambiente. Guía, dirige y a veces desorganiza la acción. Las emociones implican por lo general cambios fisiológicos, además de modificaciones faciales, posturales, conductuales, al igual que es fundamental un componente experimental.

Ambos tanto la emoción como el afecto se emplean a menudo de manera intercambiable. La emoción, es una reacción que incluye componentes cognitivos, afectivos, fisiológicos y algunos conductuales (ejemplos). Al igual el afecto, se utiliza para hacer referencia tanto a componente de sentimiento como a los componentes expresivos faciales y posturales de la emoción (ejemplos).

Para que quede más claro me van a realizar un collage de cada concepto por parejas y me explicaran que emoción y afecto tiene cada uno en este momento.

Exponer el tema tratado y comentar lo que piensa y siente cada uno (vivencial).

Despedida la próxima sesión hablaremos de que a pesar de mi entorno yo puedo ser feliz.

Tercera sesión.

Bienvenida, se les da un ejercicio de relajación, “siéntense derechitos en la silla cierren los ojos, ahora van a respirar profundamente pausa sáquenlo, otra vez pausa sáquenlo, una última vez pausa sáquenlo, ahora van a imaginarse una playa, sientan el aire, como se escucha el mar, sientan el sol en su piel, ahora empiezan a relajar todo su cuerpo empezamos con su cabeza, su cuello, sus hombros, sus brazos, sus manos, sus dedos, su pecho, su panza, sus pompis, sus piernas, sus pies, sus dedos, ahora ya que están completamente relajados dense 10 segundos para incorporarse”.

Hoy hablaremos de resiliencia, les daré a conocer que es y qué importancia tiene que las personas aprendamos a ser resilientes. En la presentación de diapositivas se les pedirá que compartan lo que piensan o sienten. Al igual que se les darán ejemplos para que entiendan mejor el tema tratado.

• Todo ser humano posee la capacidad para expresar resiliencia. La resiliencia está ligada al auto-estima y a la auto-confianza del individuo.

• Con relación a la psicología en general, la resiliencia es, la capacidad que tiene una persona para continuar con una vida normal e estable a pesar de las situaciones adversas que pueda estar pasando. El concepto de la resiliencia consta de la resistencia que tiene el individuo ante la situación adversa y de la capacidad que tiene para reestablecer su vida positivamente luego de la situación adversa.

Resiliencia:

En la psicología humana, la resiliencia es la capacidad que posee todo ser de sobreponerse de cualquier dificultad u obstáculo que se les presenta en la vida sin ser debilitado por ello, sino al contrario, ser fortalecido por ello.

• La resiliencia distingue dos componentes: la resistencia frente a la destrucción, es decir, la capacidad de proteger la propia integridad, bajo presión y; por otra parte, mas allá de la resistencia, la capacidad de forjar un comportamiento vital positivo pese a las circunstancias difíciles.

• La resiliencia se ha caracterizado como un conjunto de procesos sociales e intrapsíquicos que posibilitan tener una vida sana en un medio insano. Estos procesos se realizan a través del tiempo, dando afortunadas combinaciones entre los atributos del niño y su ambiente familiar, social y cultural. Es la capacidad humana para transformarse y cambiar y se alimenta enfocándose más en su fortaleza que en las deficiencias

- Los individuos resilientes son aquellos que al estar frente a situaciones adversas poseen la capacidad de sobreponerse, crecer y desarrollarse, logrando ser individuos competentes, a pesar de las circunstancias desfavorables. La mayoría de estas personas han pasado por crisis, pobreza, rechazo social, violencia.
- Existen tres conceptos fundamentales en la resiliencia:
- Yo soy, Yo puedo, Yo tengo.

- Todos los seres humanos tienen la capacidad de desarrollar la resiliencia, pero esto es un proceso que no se da de un día para otro. La resiliencia se originó cuando se comenzó a observar la capacidad que tenían niños cuyos padres eran alcohólicos, de recuperarse y lograr tener una vida estable.

- El concepto del "Yo soy" se refiere a que el individuo comprenda el concepto de respeto; respeto hacia él y hacia los individuos que están a su alrededor.

- El concepto del "Yo tengo" se refiere a que el individuo sea capaz de comprender que tiene personas a su alrededor en las cuales puede confiar y apoyarse ante las situaciones adversas.
- El concepto del "Yo puedo" tiene que ver con la capacidad que tiene el individuo de manejar las situaciones adversas; éste debe comprender que no importa cuán difícil sea ésta, él tiene la capacidad de sobrellevar dicha situación.

Se les pedirá que por parejas piensen que debilidades y fortalezas posee cada uno y las plasmen en rota folios, para después de manera vivencial exponérsela a todos los integrantes del taller y comentar.

Cuarta sesión.

Bienvenida, se les da un ejercicio de relajación, "siéntense derechitos en la silla cierren los ojos, ahora van a respirar profundamente pausa sáquenlo, otra vez pausa sáquenlo, una última vez pausa sáquenlo, ahora van a imaginarse una playa, sientan el aire, como se escucha el mar, sientan el sol en su piel, ahora empiezan a relajar todo su cuerpo empecemos con su cabeza, su cuello, sus hombros, sus brazos, sus manos, sus dedos, su pecho, su panza, sus pompis, sus piernas, sus pies, sus dedos, ahora ya que están completamente relajados dense 10 segundos para incorporarse".

Se les pedirá que cada integrante comparta que es lo que han sentido y pensado de los temas que se han tratado en las tres sesiones anteriores. Esto favorecerá

para saber si les ha ayudado a aclarar sus ideas erróneas para cambiarlas por ideas positivas, es decir, si están tratando de llevar a cabo lo aprendido.

Hoy trataremos el tema de autoestima y autoconfianza en primer lugar definiremos lo que es autoestima:

La autoestima es la valoración, generalmente positiva, de uno mismo. Para la psicología, se trata de la opinión emocional que los individuos tienen de sí mismos y que supera en sus causas la racionalización y la lógica.

En otras palabras, la autoestima es un sentimiento valorativo de nuestro conjunto de rasgos corporales, mentales y espirituales que forman la personalidad. Dicho sentimiento puede cambiar con el tiempo: a partir de los cinco o seis años de edad, un niño comienza a formar el concepto sobre cómo es visto por el resto de la gente, y así sucesivamente a lo largo de nuestra vida.

Se les dejara una actividad la cual consiste en una hoja en blanco, poner cada integrante 8 adjetivos positivos sobres sí mismo, posteriormente se revolverán en una bolsa y cada integrante tomara una hoja, después las leerán y trataran de adivinar a que integrante corresponde. El objetivo de esto es clarificar la realidad de la autoestima personal.

Se les enseñara la definición de autoconfianza. Se define la autoconfianza como la creencia en que una persona o grupo será capaz y deseará actuar de manera adecuada en una determinada situación. Y la definición de autoconfianza según el Diccionario de la Lengua Española es: "Sentimiento basado en la fuerte conciencia del propio poder para afrontar las posibles dificultades"

Se afirma que la autoconfianza, autoeficiencia, es el mejor indicador de una persona para fijarse grandes metas, afrontar los obstáculos, vencer las frustraciones y trabajar por las metas propuestas.

En la autoconfianza interviene el autoconcepto, la autoestima, las experiencias vividas, las soluciones aportadas, el sentimiento de fracaso o éxito.

Se les dejara la siguiente actividad en pareja, les proporcionaremos una copia con la siguiente leyenda junto con sus respectivas preguntas:

"Una antigua leyenda india cuenta que uno de sus valientes encontró un día un huevo de águila y lo depositó en el nido de una gallina de un gallinero.

El aguilucho nace y vive día a día en medio de los polluelos y así va creciendo con ellos. Toda su vida el águila hizo lo que una gallina de gallinero hace normalmente: Buscó en la tierra insectos y comida.

Aprendió a cantar de la misma forma que una gallina. Y cuando volaba, lo hacía en una nube de plumas y sólo algunos metros.

Después de todo, es así como se supone que las gallinas vuelan.

Los años pasaron, y el águila llega a su vejez.

Un día ve un pájaro glorioso planear en un espléndido cielo. Se elevaba con gracia, aprovechando las corrientes ascendentes, volaba con libertad, apenas movía sus maravillosas alas doradas.

"Que pájaro espléndido"-dijo nuestra águila a sus vecinos

"¿Qué es?"

"Es un águila, el rey de los pájaros"- respondió su vecino.

"Pero de nada sirve pensarlo dos veces, nunca serás un águila."

Y así lo hizo el águila, nunca pensó dos veces. Se murió pensando que era una gallina de gallinero.

Para lograr tus sueños busca en el cielo, inspírate en quienes ya han volado, recuerda cuando tú has realizado tus propios vuelos.

Cuando no miramos hacia arriba, a veces terminamos pensando que somos gallinas.

Preguntas a responder

- Resume brevemente el sentido del texto.**
- ¿Por qué el águila creció como una gallina? ¿Qué influyó es eso?**
- ¿Por qué crees que el águila no voló como la gran águila del cielo?**

Anota los motivos y analízalos.

- **¿Crees que esta situación se da en las personas?**
- **Termina el comentario con una frase.**

Finalmente

- **Haz una lista describiendo todas las situaciones en que te falte la confianza.**
- **Describe los que sientes en cada una de ellas**
- **De lo que has escrito: ¿Qué tienen en común?**
- **Completa la frase: "me siento (escribe la emoción que sientes) en (situaciones analizadas) cuando (condiciones)"**

Finalmente como tarea se le pedirá a cada integrante que escriba en una hoja en blanco como consideran que se encuentra en este momento su autoestima y que consideran que son capaces de realizar, para posteriormente compartir lo que piensa cada uno.

Despedida la siguiente sesión hablaremos de identidad, es decir cómo me formo como persona.

Quinta sesión:

Bienvenida, se les da un ejercicio de relajación, “síntense derechitos en la silla cierren los ojos, ahora van a respirar profundamente pausa sáquenlo, otra vez pausa sáquenlo, una última vez pausa sáquenlo, ahora van a imaginarse una playa, sientan el aire, como se escucha el mar, sientan el sol en su piel, ahora empiezan a relajar todo su cuerpo empecemos con su cabeza, su cuello, sus hombros, sus brazos, sus manos, sus dedos, su pecho, su panza, sus pompis, sus piernas, sus pies, sus dedos, ahora ya que están completamente relajados dense 10 segundos para incorporarse”.

Se revisaran sentimientos y pensamientos sobre la tarea que se les dejó, de igual forma se les dará consejos para mejorar su autoestima y autoconfianza para realizar cualquier cosa.

Posteriormente se revisara el concepto de identidad:

Se expondrá en rota folios, al igual que se les explicara con ejemplos de la vida diaria. El mayor obstáculo que debe enfrentar el desarrollo de los adolescentes es el establecimiento de la **identidad**, un sentido firme y coherente de quienes son, hacia donde se dirigen y en qué parte de la sociedad encajan. Forjar una identidad implica tratar de resolver muchas elecciones importantes: ¿Qué clase de carrera deseo? ¿Qué valores religiosos, morales, y políticos debo adoptar? ¿Quién soy como hombre, como mujer y como ser sexual? ¿En qué parte de la sociedad encajo? Todo esto, por supuesto, es demasiado para que los adolescentes lo tengan en sus mentes, y Erikson uso el término de **crisis de identidad** para captar la sensación de confusión, e incluso ansiedad, que pueden sentir los jóvenes cuando piensan respecto a quienes son en la actualidad y tratan de decir ¿en qué clase de persona puedo o debo convertirme?

Estados de identidad tienen las siguientes características:

- **Difusión de identidad.** Las personas clasificadas como difusas no han pensado ni han resuelto los problemas de identidad y no han trazado direcciones futuras para su vida. Ejemplo: “en realidad aún no he pensado mucho en la religión y creo que no se con exactitud en que creo”.
- **Exclusión.** Las personas clasificadas como excluidas están comprometidas en una identidad pero han hecho este compromiso sin experimentar la crisis de decidir que se adapta mejor a ellos. Ejemplo: “mis padres son bautistas y por eso soy bautista; esta es la forma en que me educaron”.
- **Moratoria.** Las personas en este estado experimentan lo que Erikson llamo crisis de identidad ya que plantean preguntas acerca de los compromisos vitales y buscan respuestas. Ejemplo: estoy evaluando mis creencias y

espero que seré capaz de decidir lo que está bien para mí. Me gustan muchas de las respuestas que proporcionan mi educación católica, pero también soy escéptico respecto a algunas enseñanzas. He estado buscando en el unitarismo para ver si podría ayudarme a responder mis interrogantes.

- **Logro de identidad.** Los individuos que han logrado la identidad han solucionado problemas de identidad mediante los compromisos personales con metas, creencias y valores particulares. Ejemplo: “después de mucho examen de conciencia respecto a mi religión y otras, al fin saben que creo y en que no”

Aclarar dudas sobre el tema....

Con esto podemos evaluarnos como personas y saber en qué estado de identidad estoy, por parejas comentar esto y ponerlo en una hoja para después exponer y dialogar.

Los factores que influyen para que se forme mi identidad son, familiares, sociales, culturales, etc., es decir todo nuestro entorno nos ayuda a que se forme nuestra identidad.

Finalmente vamos a preguntarnos cada uno que es lo que me hace falta para poder llegar al estadio de logro de identidad, cada participante lo va a comentar.

Despedida, estos son los temas que a mi parecer pueden influir para que ustedes tengan las herramientas necesarias para poder sentirse mejor y aprender a ser felices con lo que tenemos y poseemos sin importar tanto nuestro entorno, los esperamos el día de mañana para el cierre de nuestro taller.

Sexta sesión.

Bienvenida, se les da un ejercicio de relajación, “siéntense derechitos en la silla cierren los ojos, ahora van a respirar profundamente pausa sáquenlo, otra vez pausa sáquenlo, una última vez pausa sáquenlo, ahora van a imaginarse una playa, sientan el aire, como se escucha el mar, sientan el sol en su piel, ahora empiezan a relajar todo su cuerpo empezamos con su cabeza, su cuello, sus hombros, sus brazos, sus manos, sus dedos, su pecho, su panza, sus pompis, sus piernas, sus pies, sus dedos, ahora ya que están completamente relajados dense 10 segundos para incorporarse”.

Comentar cada integrante del taller como ha vivido las sesiones y tareas anteriores, revisar pensamientos y sentimientos de todos los temas tratados, identificar si fue productivo el taller, si les ayudo en su vida diaria, y si están poniendo en práctica algo de lo aprendido. En general que es lo que les deja el taller.

Dejar por parejas ejercicio. Me sentía triste cuando.... Pero sé que tengo..... Para sentirme bien conmigo mismo y salir adelante, exponer y ayudar a fortalecer sus herramientas con los mismos comentarios que realicen.

Conclusiones del taller. Revisar si las expectativas fueron cumplidas de ambas partes tanto terapeuta como de cada integrante. Dar las gracias por terminar juntos con la meta pactada, invitarlos a que sigan un tratamiento para seguir fortaleciendo sus herramientas y que no decaigan en la depresión.

Aplicar el cuestionario de Beck para Depresión, con esto vamos a saber si mejoro el estado de ánimo durante el taller y si tenemos resultados satisfactorios o no.

Cierre de taller. Finalmente quiero que digan si les gusto el taller y sus comentarios sobre el mismo. Se les proporcionara una hoja con números telefónicos de instituciones donde pueden asistir para continuar con un tratamiento.

Gracias por su participación en este taller.

REFERENCIAS

- Beck, A (1967). *Diagnóstico y tratamiento de la Depresión*. México. Merck Sharp & Co, Inc
- Bleichmar, E. (1992). *La depresión en la mujer*. España. Temas de hoy.
- Contreras, M. Rodríguez-Landa, J. Gutiérrez-García, Bernal, B. & Saavedra, M (2003). *El estudio experimental de la ansiedad y la depresión*. Ciencia.
- Cusminsky, M. (1993) *Manual del crecimiento y desarrollo del niño* . OPS No. 33 Washington D.C., EE.UU
- Ellis, A. y Dryden, W. (1989) *Práctica de la terapia racional emotiva*. España. Desclee de Brower.
- Erikson, E. (1963) *Infancia y sociedad*. Paidós. Buenos Aires. Argentina.
- Feldman, R. (2002). *Psicología con la aplicación de la habla hispana*. México. McGraw Hill.
- Fernández, E. (2000). *Explicaciones sobre el desarrollo humano*. Madrid. Pirámide.
- Garnezy, N. (1991). *Resiliency and vulnerability to adverse developmental outcomes associated with poverty*. *American behavioural scientist* . Vol 34, No. 4.
- Grotberg, E. (1995). *A guide to promoting resilience in children: strengthening the human spirit*. Early

- Grotberg, E. (1996) *Guía de promoción de la resiliencia en los niños para fortalecer el espíritu humano. Fundación Bernard Van Leer, La haya. Paises bajos.*
- Grotberg, E. (1996) *Promocion de la resiliencia en los niños. En medicina y sociedad . Vol. 19 No. 2. Buenos Aires. Argentina.*
- Heterington, E. (1985) *Vulnerability and Resilience in adolescences: Views from the family . Journal of Early Adolescence. Vol 5 No. 1*
- ICCB, (1994). *Childhood Development :practice and Reflections. No. 8. Bernard Van Leer. Foundation, La haya, Paises bajos.*
- Löesel, F., Bliesener , T., Kferl, P.(1989). *On the concept of ëInvulnerabilityl evaluation and first results of the bieiefeld Project. En Brambing, M. New york, EE.UU*
- Matorell, J. (2004). *Psicoterapias de escuelas y conceptos básicos. Madrid. Ediciones Pirámides.*
- Mesa, B. Monica. (2000). *Principales causas y propuestas de compulsión, desde tres diferentes perspectivas psicológicas. Tesina. Universidad Iberoamericana.*
- Osborn, A. (1996) *Resiliencia y estrategias de intervención. BICE, Ginebra. Suiza.*
- Papalia, D. (2005). *Desarrollo humano. México. Mc Graw Hill.*
- Papalia, D. (1992). *De la infancia a la adolescencia. Universidad de Wisconsin. USA.*
- Pepin, L. (1975). *La psicología de los adolescentes. Oikos-Sup. Barcelona.*

- Rojas, P. (2010). *Taller de terapia racional e motiva como tratamiento del enojo, depresión y ansiedad que viven los jóvenes universitarios al pasar por el rompimiento de una relación de pareja*. Tesis. UNAM.
- Rutter, M. (1992) *Resilience: some conceptual consideration*. *Journal of adolescent health*. Vol. 14 No. 8
- Shaffer, D. (2000) *Psicología del desarrollo de la infancia y adolescencia*. México. Thompson.
- Sourfe, L. (2000) *Desarrollo emocional*. Estados unidos de américa. Oxford.
- Suarez Ojeda, E. N. (1995) *El enfoque de riesgo y su aplicación a las conductas del adolescente; una perspectiva psicosocial*. *Publicación científica*. No 552, OPS/OMS. Washington, D.C., EE.UU
- Suarez, E. (1993) *Resiliencia, o capacidad de sobreponerse a la adversidad*. *Medicina y sociedad*. Vol. 16 No. 3 Buenos Aires. Argentina.
- DSM IV TR (2002) *Manual de diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. España. Massons.
- Valdez E. (2011) *Propuesta de un curso vivencial para el manejo y control de la obesidad, desde un enfoque psicocorporal*. Tesina. UNAM.
- Vanistendael, S. (1994) *La resiliencia: un concepto largo tiempo ignorado BICE*. Ginebra, Suiza.
- Vera, B. (2004). *La adolescencia normal*. México. Paidós.
- Wild, R. (2011). *Etapas del desarrollo*. Barcelona. Herder.

Werner, E. (1993). *Protective factors and individual resilience*. En meises, S. y Shonkoff, J. (Eds). *Handbook of Early childhood intervention* (1993). Cambridge University Press. New york, EE.UU

Werner, E. (1989). *High-Risk children in young adulthood: and longitudinal study from birth to 32 years*. *American Journal of Orthopsychiatry*. Vol. 59. No. 1.

Wolin, S. (1993) *The resilient self: How survivors of troubled families rise above adversity*. Villard books, Washington, D.C. EE.UU