



UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTÓNOMA DE
MÉXICO

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

DIVISIÓN DEL SISTEMA DE UNIVERSIDAD ABIERTA

**“TERAPIA RACIONAL EMOTIVA CONDUCTUAL: PROPUESTA
DE ATENCIÓN PARA UNA ADOLESCENTE CON PROBLEMAS
EMOCIONALES Y VIOLENCIA INTRAFAMILIAR”**

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:

LICENCIADA EN PSICOLOGÍA

PRESENTA:

VIRGINIA MEDRANO ORTIZ DE ZÁRATE

Directora de Tesis: Mtra. NELLY FLORES PINEDA.

Revisora de Tesis: Mtra. GABRIELA ROMERO GARCÍA.

Jurado: Dra. NOEMÍ DÍAZ MARROQUÍN

Lic. MARÍA DEL REFUGIO GONZÁLEZ DE LA VEGA AYALA

Lic. MIGUEL ÁNGEL LUNA IZQUIERDO.

Ciudad Universitaria, Ciudad de México, 2016.





Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

A mis padres

Lic. Miguel Medrano Frías y

Virginia Ortiz de Zárate de Medrano

Quienes fueron y han sido mis maestros de enseñanza de vida, con amor y trabajo, con constancia y perseverancia, educando con planeación del presente y del futuro, así como considerando sus costos y beneficios.

A mis 8 hermanos por su presencia y apoyo, a mis cuñados por ser parte de esta numerosa familia y a mis 9 sobrinos por su alegría infantil y juvenil.

Doy gracias a mi querida Universidad Nacional Autónoma de México, UNAM, que me ha dado tantos conocimientos, empuje y seguridad en mi primera etapa profesional como Economista y en esta segunda etapa, que me ha permitido la oportunidad de incursionar y desarrollarme en los ámbitos de la Psicología, las emociones y la salud mental.

“Lo importante no es lo que hagan de nosotros,
sino lo que hagamos nosotros,
de lo que hicieron de nosotros”.

Jean Paul Sartre

Índice	1
Resumen	3
Introducción	4
Capitulo 1 VIOLENCIA INTRAFAMILIAR	5
Definición de violencia	
Tipos de violencia	
Perpetradores de violencia	
Violencia intrafamiliar en México	
Factores de riesgo que favorecen la violencia intrafamiliar	
Efectos de la violencia intrafamiliar	
Capitulo 2 ADOLESCENCIA	25
Definición de adolescencia	
Cambios presentados en la adolescencia	
Entorno psicosocial del adolescente	
Emociones en la adolescencia	
Capitulo 3 DEPRESIÓN	40
Definición de depresión	
Síntomas	
Depresión en la adolescencia	
Suicidio en la adolescencia	
Estadísticas sobre depresión y suicidio en la adolescencia	
Modelos teóricos de la depresión en la adolescencia	
Capitulo 4 TERAPIA RACIONAL EMOTIVA CONDUCTUAL, TREC	53
Definición de la TREC	
Teoría del ABC	
Creencias irracionales	
Exigencias absolutistas	
Debate de la TREC	
TREC general y TREC preferencial	
Estructura de la terapia de la TREC	
Eficacia de la TREC	

Capitulo 5 JUSTIFICACIÓN	73
Capitulo 6 MÉTODO	74
6.1 Identificación del paciente	
6.2 Análisis del motivo de consulta	
6.3 Historia del problema	
6.4 Análisis y descripción de las conductas problema	
6.5 Establecimiento de las metas del tratamiento	
6.6 Estudio de los objetivos terapéuticos	
6.7 Aplicación de procedimientos	
6.8 Aplicación del tratamiento	
6.9 Evaluación de la eficacia del tratamiento	
6.10 Seguimiento	
7. CONCLUSIONES	106
8. LIMITACIONES Y SUGERENCIAS	109
REFERENCIAS	111

RESUMEN

Adolescencia junto con violencia intrafamiliar y depresión son elementos que resultan con efectos negativos en el desarrollo psicológico de la persona. Esta problemática originada en la infancia, se exagera con los cambios que atraviesa el adolescente a nivel corporal, psíquico, afectivo, familiar y social, haciendo más difícil su adaptación al proceso de desarrollo que se presenta en esta etapa.

En el Centro de Servicios Psicológicos “Dr. Guillermo Dávila” (CSPGD) de la Facultad de Psicología de la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM), se otorgó atención psicológica a una mujer adolescente de 16 años, con intentos de suicidio, enojo, agresividad y manipulación, soltera, sin hijos, estudiante de preparatoria y con bajas calificaciones.

La adolescente fue canalizada al Hospital Psiquiátrico Infantil Dr. Juan N. Navarro (HPIJNN), por una sintomatología diagnosticada de depresión, siendo medicada con Sertralina conjuntamente al tratamiento psicológico.

El presente trabajo es un estudio de caso único, hace un análisis del apoyo psicológico otorgado a una adolescente con problemas emocionales y violencia intrafamiliar, mediante la aplicación de la Terapia Racional Emotiva Conductual (TREC), como una opción de tratamiento.

Los objetivos terapéuticos de trabajo fueron que la adolescente maneje sus emociones a través de la TREC; modifique sus pensamientos sobre sí misma; discrimine entre sus propios problemas y los de otras personas; y desarrolle habilidades de afrontamiento en su vida personal, familiar, escolar y social.

La evaluación final de la adolescente reportó disminución en los niveles de depresión y ansiedad, apego al tratamiento farmacológico, reducción en los pensamientos autocríticos y manejo de sus impulsos de enojo y frustración de forma adaptativa.

INTRODUCCIÓN

Este trabajo de tesis hace énfasis en las consecuencias que presenta la violencia intrafamiliar en el desarrollo psicológico de la persona, así como de la afectación de sus capacidades. La prevalencia de la violencia es generadora de trastornos de salud mental como depresión, ansiedad y adicciones, entre otros. Estudios que lo apoyan son de Repetti et al. (2002), Bandura y Walters (1988), Perks y Jameson (1999), Ampudia et al. (2009), Ramos -Lira y López (2010), Cantón et al. (2013) y Noriega (2013).

El programa de prácticas de la Facultad de Psicología de la UNAM, permitió otorgar en el CSPGD, mediante la TREC, atención psicológica a una adolescente de 16 años con problemas emocionales y violencia intrafamiliar.

Es un estudio de caso único, cuyo objetivo es que la adolescente identifique y maneje sus emociones, modifique sus pensamientos críticos sobre sí misma, identifique sus problemas y desarrolle habilidades de afrontamiento en su vida personal, familiar, escolar y social.

Se estableció la conjetura sobre la posibilidad de que la TREC haya contribuido a disminuir los problemas emocionales de la adolescente, para permitir su desarrollo personal y tener una mejor calidad de vida.

Este trabajo muestra como antecedente perjudicial a la violencia intrafamiliar factor relevante a considerar en la etapa de la adolescencia, dentro de un marco teórico de la depresión y bajo la intervención de la TREC. El método aplicado hace un análisis del motivo de consulta, la historia clínica y las conductas problema. Se realizó un análisis funcional de la conducta, mapa clínico de patogénesis, alcance de metas del tratamiento y consideró los objetivos terapéuticos a alcanzar. Con la aplicación del tratamiento de la TREC a la adolescente, se evaluó la eficacia en los cambios esperados.

Mediante la evaluación final se observó en la adolescente una disminución en los síntomas de depresión y ansiedad; un apego a los tratamientos psiquiátrico y psicológico; una modificación en los pensamientos autocríticos; presentando finalmente un buen manejo de sus emociones de forma realista y adaptativa.

Capítulo 1. VIOLENCIA INTRAFAMILIAR

En las familias donde existe la violencia, los niños son violentados indirecta y directamente, dada su menor fortaleza física y psicológica, además se propicia que sean objetivo fácil de maltrato en su entorno individual. La violencia les afecta en su salud, educación y se mantiene en todos los ámbitos de la persona en su edad adulta.

Los hijos al presenciar y/o ser sujetos a la violencia pueden sufrir problemas emocionales manifestando una tendencia mayor a la depresión, ansiedad, síntomas traumáticos, problemas de personalidad y del comportamiento, (Ramos-Lira y López, 2010).

La familia se conforma de subsistemas (individual, conyugal, parental, fraterno), que interactúan entre sí y se afectan unos a otros, así los conflictos familiares se presentan cuando existe disfunción en las interrelaciones de sus miembros. Minuchin (1986) señala que los miembros de una familia se relacionan de acuerdo a ciertas reglas que constituyen la estructura familiar a la cual define como “el conjunto invisible de demandas funcionales que organizan los modos en que interactúan los miembros de una familia”.

Históricamente la violencia intrafamiliar tiene su origen en la sociedad patriarcal, en donde los hombres creían tener una jerarquía superior a la mujer, así el padre y el esposo asumían plena autoridad sobre ella, quien era obediente y sumisa, siendo confinada solo a la reproducción, educación de los hijos y labores domésticas. El hombre machista creía tener derecho de controlar, disciplinar y abusar de su esposa e hijos, por ser el proveedor económico de la familia, presentándose así, una relación rígida y desigual del poder masculino.

Generalmente la violencia se origina en la familia, en la infancia es donde se inicia su padecimiento, se refuerza principalmente en juegos, educación y costumbres. En muchas familias la violencia se acentúa en las niñas, por su condición femenina, tradicionalmente reciben menor nivel de educación, “*dado que se van a casa*”, lo que es discriminatorio al disminuir sus expectativas de desarrollo personal.

Para Díaz (2010), la violencia contra las mujeres, ha formado parte de la vida cotidiana de ellas a lo largo de la historia siendo naturalizada, invisibilizada y por tanto silenciada. Hace referencia al Informe de Población de la OMS (2000), el cual señala que a pesar de los cambios del siglo XX, la discriminación y la violencia contra la mujer continúan firmemente ancladas en las culturas de todo el mundo y las sociedades toleran o perdonan cierto nivel de violencia contra las mujeres.

La violencia no es exclusiva de ningún pueblo, sistema político, económico o cultural, se da en todos los países, sin distinción de posición económica, raza o religión, la violencia impide a las personas, en especial a la mujer, considerar que tienen derechos humanos.

A nivel mundial, la violencia contra la mujer reviste diversas formas (maltrato en el hogar, acoso sexual, abortos, violaciones, mutilaciones, esterilizaciones y crímenes en nombre del honor), representando un grave problema social. Lorente (2006), señala el retraso cultural y la problemática de género, con ausencia de valores como empatía y respeto, generando estereotipos sociales sobre el papel de la mujer y las relaciones de pareja, mismas que son determinantes en el mantenimiento de la violencia.

En México la violencia es una conducta aprendida por generaciones con raíz cultural, muy profunda en las costumbres, estructura social y religión, es permitida en todo nivel socioeconómico y educativo, derivado del machismo masculino y la sumisión femenina prevaecientes hasta el día de hoy.

En México, la Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia LGAMVLV, (DOF 28/01/2011), promulgada en febrero 1 del 2007, busca prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra las mujeres, así como garantizar su acceso a una vida libre de violencia que favorezca su desarrollo y bienestar, conforme a los principios de igualdad y de no discriminación, para garantizar la democracia, el desarrollo integral y sustentable que fortalezca la soberanía y el régimen democrático.

Definiciones de Violencia

Violencia: es el uso intencional de la fuerza o el poder físico, de hecho o como amenaza, contra uno mismo, otra persona, un grupo o comunidad, que afecte o tenga probabilidades de causar lesiones, muerte, daños psicológicos, trastornos del desarrollo o privaciones, Organización Mundial de la Salud, (OMS, 2003).

Violencia contra las Mujeres: es cualquier acción u omisión, basada en su género, que les cause daño o sufrimiento psicológico, físico, patrimonial, económico, sexual o la muerte tanto en el ámbito privado como en el público, (LGAMVLV, 2011).

Violencia de Género: se apoya en gran medida en los patrones culturales y, como plantea Foucault, en la mirada del poder, del saber sustentado en las diferentes ciencias del comportamiento que apoyan una rígida estratificación de los papeles sexuales y en la devaluación de lo construido en la cultura como “femenino”, (Ramos-Lira, 2014).

Violencia de Pareja: es un conjunto complejo de distintos tipos de comportamientos violentos, actitudes, sentimientos, prácticas, vivencias y estilos de relación entre los miembros de una pareja íntima, que produce daño y malestar grave a la víctima, (Celis 2011).

Es el ejercicio del poder con el empleo de la fuerza, control y dominio del otro.

Violencia Familiar o Intrafamiliar: es el acto abusivo de poder u omisión intencional, dirigido a dominar, someter, controlar, o agredir de manera física, verbal, psicológica, patrimonial, económica y sexual a las mujeres, dentro o fuera del domicilio familiar, cuyo Agresor tenga o haya tenido relación de parentesco por consanguinidad o afinidad, de matrimonio, concubinato o mantengan o hayan mantenido una relación de hecho, (LGAMVLV, 2011).

Surge y se presenta en los hogares, es la agresión ejercida en el terreno de la convivencia familiar, en donde coexisten frecuentemente disgustos, problemas, conflictos, conductas agresivas y abusos entre todos sus miembros.

Maltrato Infantil o Vejación de Menores: abarca todas las formas de malos tratos físicos y emocionales, abuso sexual, descuido, negligencia, explotación comercial o de otro tipo, que originen un daño real o potencial para la salud del niño, su supervivencia, desarrollo o dignidad en el contexto de una relación de responsabilidad, confianza o poder, (OMS, 2003).

Tipos de Violencia

Es importante observar que los diferentes tipos de violencia, en realidad no se presentan de forma aislada y fragmentada, ya que están súper vinculados en varias dimensiones y significados, pero para su identificación se separan en:

Violencia Psicológica: es cualquier acto u omisión que dañe la estabilidad psicológica, que puede consistir en: negligencia, abandono, descuido reiterado, celotipia, insultos, humillaciones, devaluación, marginación, indiferencia, infidelidad, comparaciones destructivas, rechazo, restricción a la auto determinación y amenazas, las cuales conllevan a la víctima a la depresión, al aislamiento, a la devaluación de su autoestima e incluso al suicidio, (LGAMVLV, 2011).

Para Hirigoyen (2006), la violencia psicológica es cuando una persona adopta una serie de actitudes y palabras destinadas a denigrar o negar la manera de ser de otra persona. Su objetivo es desestabilizar o herir. Es negar al otro y considerarlo como un objeto, para someterlo, controlarlo y mantener el poder. Con lo cual, se pierde la identidad personal, el autorespeto y la integridad individual, existe una asimetría en la relación, ya que se quiere dominar al otro y la relación es unilateral.

Esta autora señala la dificultad para detectar la violencia psicológica, que busca hacer sentir mal e inseguro al otro y deteriorar su valor. Con un proceso invisible de mensajes ambiguos, al mismo tiempo de amor, control y superioridad. Aparece con humillaciones, falsas promesas y críticas, para después controlar al otro, con un lenguaje no verbal que amenaza con gestos, miradas despectivas, tono de voz aterrador, que no dejan marca y que generan tensión y estrés.

La violencia psicológica se presenta en una relación sentimental, con un doble discurso, una imposición sutil, amable y disfrazada de amor; con mecanismos de control y dominio en mensajes ambiguos, que desorientan a la persona violentada, implicando una conducta deliberada que provoca o amenaza con lesionar, dañar y matar, afectando en el presente y/o en el futuro.

Además de lo señalado en la ley se consideran acciones de bromas pesadas crecientes, chantajes, mentiras, ignorar, culpabilizar, ofender, ridiculizar, intimidar, prohibir y controlar entre otros.

También es violencia psicológica cuando el esposo y/o ex pareja utiliza a los hijos para hacer sentir culpable a la madre con amenazas de quitárselos; y en el caso de la madre cuando no permite al padre visitar y convivir con sus hijos, entre otros aspectos manipulativos.

Violencia Física: es cualquier acto que inflige daño no accidental, usando la fuerza física o algún tipo de arma u objeto que pueda provocar o no lesiones, ya sean internas, externas, o ambas, (LGAMVLV, 2011).

Para Díaz (2010), es la primera evidencia de violencia y la que deja huella en el cuerpo, hecho que a la mujer le provoca vergüenza ante los extraños al ámbito familiar, y no recurre al médico por amenazas del agresor.

Con frecuencia es un acto premeditado por el agresor, que incluye desde un simple jalón, pellizco, manoseo, caricias ofensivas, golpes jugueteando, bofetada, puñetazo, patada, quemadura, mutilación, aislar, secuestro hasta la muerte.

Violencia Sexual: es cualquier acto que degrada o daña el cuerpo y/o la sexualidad de la Víctima y que por tanto atenta contra su libertad, dignidad e integridad física. Es una expresión de abuso de poder que implica la supremacía masculina sobre la mujer, al denigrarla y concebirla como objeto, (LGAMVLV, 2011).

Comprende entre otros hostigar sexualmente, exigir tener relaciones sexuales, amenazar con tener otra mujer, imponer actos sexuales, violar y forzar a participar en actividades en contra de los deseos y voluntad de la otra persona.

Violencia Patrimonial: es cualquier acto u omisión que afecta la supervivencia de la víctima. Se manifiesta en: la transformación, sustracción, destrucción, retención o distracción de objetos, documentos personales, bienes y valores, derechos patrimoniales o recursos económicos destinados a satisfacer sus necesidades y puede abarcar los daños a los bienes comunes o propios de la víctima, (LGAMVLV, 2011).

Violencia Económica: es toda acción u omisión del Agresor que afecta la supervivencia económica de la víctima. Se manifiesta a través de limitaciones encaminadas a controlar el ingreso de sus percepciones económicas, así como la percepción de un salario menor por igual trabajo, dentro de un mismo centro laboral, (LGAMVLV, 2011).

Afecta los recursos económicos de la mujer y de su familia, es el control y disposición del ingreso, del gasto, impedirle trabajar, hacerla dependiente y menospreciar sus aportaciones, con lo cual el esposo tiene el control monetario y poder en la decisiones familiares.

La referida ley LGAMVLV (2011), además, señala cualesquiera otras formas análogas que lesionen o sean susceptibles de dañar la dignidad, integridad o libertad de las mujeres.

Violencia Social: es todo acto de aislar a la persona, ya que no se le permite visitar a su familia de origen, se le encierra en casa u otro lugar, se le prohíbe trabajar, educarse y socializar con amigos propios y parientes. Así a la mujer se le limita y restringe oportunidades de un círculo social que le apoye y favorezca su desarrollo individual e independencia.

Es importante considerar que todos estos tipos de violencia se presentan cuando las personas conviven en los diferentes ámbitos familiar, docente, laboral, social, institucional y gubernamental.

Respecto a la violencia intrafamiliar, la OMS (2004), señala que la violencia originada en la infancia, muestra carencia de afecto y atención de los padres, lo cual puede llevar a la persona a trastornos de salud mental como depresión, ansiedad, aislamiento, baja valía personal e incluso al suicidio.

Cabe puntualizar, que un factor determinante para la existencia y permanencia de la violencia intrafamiliar es guardar oculto el hecho violento, como un secreto familiar, impenetrable por los externos. Este silencio agudiza en la persona violentada la sensación de abandono, impotencia y rechazo, ya que no se le permite recibir la atención médica requerida además la vergüenza la paraliza y surgen amenazas para mantener la secrecía, con lo cual se refuerza la impunidad del agresor.

Perpetradores de Violencia

Por las características del ejecutor del acto agresivo, se consideran las categorías:

Violencia Autodirigida: son los daños y abusos físicos dirigidos hacia sí mismo, agresiones verbales, mutilaciones y privaciones. Para Saucedo, Lara y Fócil (2006), es un comportamiento suicida no mortal, son intentos de suicidio, parasuicidios y daño auto infligido deliberado.

Violencia Interpersonal: son las relaciones sociales conflictivas de poder, destructivas y de control a nivel familiar, de pareja, escolar, laboral y social. Puede incluir entre otros, abuso, acoso, agresión, autoritarismo, celos, coerción, chantaje, dependencia, explotación, humillación, indefensión, infidelidad, intimidación, invasión, malnutrición, negligencia, omisión, ser salvador, sumisión, victimización, violación.

Violencia Pasiva: para Linares (2002), en las familias, a veces, el maltrato transcurre por causas indirectos: no ejercen ellas mismas la violencia, pero tampoco impiden que la ejerzan terceros. Señala que la violencia pasiva brota de los mecanismos más específicos de las familias estructuradas, lejanas de la desorganización propia de la negligencia, pero cuya organización disfuncional puede hipotecar gravemente la nutrición relacional de los hijos. La atención preferente de los padres está centrada en otros asuntos diferentes a la protección de los hijos, ya sea la desmesurada exigencia normativa de éstos o la gratificación narcisística propia.

También es un mecanismo de defensa, en donde la persona violentada exhibe sumisión dada su indefensión y, por detrás en realidad, esconde resistencia, resentimiento, hostilidad y agresión.

Violencia Intrafamiliar en México

La Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones en los Hogares, ENDIREH (2003), reportó que el 47% de las mujeres son violentadas por su pareja en el hogar y viven más de un tipo de violencia física, sexual, emocional y económica. La encuesta identificó situaciones de violencia que vivió tanto el hombre como la mujer durante su infancia, dentro de su familia de origen. Se observó que la violencia que viven las mujeres con su pareja repercute en el maltrato con sus hijos, ya que los agreden más, el 45% de mujeres maltratadas los agredieron en comparación con el 27% de mujeres no violentadas, (INEGI, 2003).

Tabla 1.1

ENDIREH PORCENTAJE DE MUJERES VIOLENTADAS POR TIPO

Año	Física	Sexual	Emocional	Económica
2003	9.3%	7.8%	38.4%	29.3%
2006	19%	9%	37.5%	23%
2011	13.5%	7.3%	42.5%	24.5%

ENDIREH. INEGI e INMUJRES (2003, 2006, 2011).

Linares (2002), señala que la violencia conyugal y la violencia parento-filial son fenómenos cualitativamente distintos, existiendo entre ellos cierta superposición. Considera que la violencia física es la modalidad de maltrato infantil que más directamente depende de factores interaccionales en la pareja parental.

Se puede decir que en México, estadísticamente no se tienen datos recientes sobre violencia intrafamiliar, o en su caso, se publican con restricciones de divulgación, cabe señalar que se consultó diferentes páginas de entidades gubernamentales, especialmente, de la Procuraduría General de Justicia y del Centro de Atención a la Violencia Intrafamiliar, CAVI, pero no se encontró publicación de estadísticas que reflejen la violencia en los hijos y la familia.

La Secretaría de Gobernación, a través de la Comisión Nacional de Población (CONAPO), con base en datos del 2010 de la Secretaría de Salud, señalan las entidades de la República Mexicana en las que se registró el mayor número de casos probables de violencia intrafamiliar: México, Campeche, Veracruz, Hidalgo, Distrito Federal, Jalisco, Nuevo León, Sinaloa, Michoacán, Guanajuato, Chihuahua y Nayarit.

Tabla 1.2

MÉXICO PORCENTAJE DE PERSONAS QUE HAN SUFRIDO VIOLENCIA FAMILIAR

1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
14.0%	19.4%	21.0%	24.2%	19.0%	17.1%	26.4%	21.4%	15.9%	13.7%

DIF, Dirección de Asistencia Jurídica, Nov. 6, 2009

Tabla 1.3

MÉXICO NÚMERO DE CASOS REGISTRADOS DE VIOLENCIA INTRAFAMILIAR POR GRUPOS ESPECÍFICOS 2010

	Niños	Adolescentes	Jóvenes	Adultos	Adultos mayores	Total
Hombres	1,177	789	1,024	1,936	238	5,168
Mujeres	1,403	1,561	11,040	25,493	1,387	40,889

SINAVE/DGE/Salud/Sistema de notificación semanal de casos nuevos/ Acceso al cierre de 2010.

Se observa en las Tablas 1.2 y 1.3 de la CONAPO, que la información es parcial por la fuente de generación, y no refleja los hechos a nivel nacional.

El Fondo Internacional de Emergencia para la Niñez de Naciones Unidas, UNICEF (2006), señala que la violencia en México es un factor determinante de la deserción escolar e incluso, es causa importante de muertes infantiles.

CASOS DE MALTRATO A MENORES DE EDAD ATENDIDOS EN LA REPÚBLICA MEXICANA

Tipo	1998	1999	2002
Maltrato físico	8,201	8,162	7,118
Abuso sexual	1,018	1,044	1,123
Abandono	1,669	1,704	1,474
Maltrato emocional	4,218	5,236	4,744
Omisión de cuidados	4,565	4,516	5,338
Explotación sexual comercial	65	110	64
Negligencia	1,615	2,592	3,080
Explotación laboral	181	644	257
No clasificado	1,626	1,036	-
Total	23,109	25,046	24,563

En UNICEF. Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia, 1998-2002.

Señala que el Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia DIF, del DF recibió en promedio 4 casos de maltrato infantil por día, entre 2000 y 2002. Refiere que en 47% de los casos la madre fue responsable y 29% fue el padre, significando que la familia, que debería proteger a los niños y niñas puede convertirse en una zona de riesgo. La UNICEF puntualizó que en 2002, del total de casos denunciados, sólo un 14% de ellos (3,355) presentó y dio parte a las autoridades de procuración de justicia.

Cabe señalar que en México la violencia recibida por los hijos es mínimamente denunciada y el maltrato se presenta en todos los niveles sociales, aunque es más visible en situaciones de pobreza y bajo nivel educativo.

ATENCIÓN POR LESIONES A CONSECUENCIA DE VIOLENCIA FAMILIAR EN EL DISTRITO FEDERAL, MÉXICO EN 2002

Grupo de edad	Total	%	Niños	Niñas
Menores de un año	105	6	42	63
Un año	145	8	62	83
2 a 4 años	305	17	148	157
5 a 9 años	535	30	289	246
10 a 14 años	685	39	317	368
Total	1,775	100	858	917

En UNICEF. Sistema de Información en Salud para Población Abierta. México, DF: SSA; 2002.

Se observa una tasa creciente de atención de lesiones por violencia familiar al aumentar la edad de los infantes, las niñas representan el 52% y los niños el 48%.

La Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico, OCDE (2013), muestra un estudio sobre Violencia Familiar y México ocupó el 2° lugar.

PROMEDIO ANUAL DE MUERTE POR NEGLIGENCIA, MALTRATO Y ABUSO

País	Años	Población de 0 a 19 años de edad	Muerte de niños	Muerte de niños en casa	% Proporción de muerte de niños en casa
Estados Unidos	(2003-2005)	81,739,248	2,991	1,350	45
México	(2004-2006)	43,086,903	1,207	269	22
Japón	(2006-2008)	23,091,000	80	60	74
Canadá	(2002-2004)	7,875,112	71	6	8
Alemania	(2004-2006)	16,343,013	65	27	42
Francia	(2005-2007)	15,288,560	62	32	51
Reino Unido	(2005-2007)	14,736,807	35	12	36

Cálculos de la OECD a partir de datos de mortalidad de la OMS.

Por otra parte, se presenta datos del Observatorio de Seguridad y Convivencia Ciudadanas del Municipio de Juárez (2011), sobre la violencia contra niños y adolescentes, con base en datos del DIF de ciudad Juárez, Chihuahua, México.

DENUNCIAS DE MENORES DE 18 AÑOS ATENDIDAS POR EL DIF DE JUÁREZ

Principales Causas de Victimización	2009	%	2010	%	2011	%
Omisión de cuidados	457	42	305	41	275	36
Exposición de integridad	358	33	206	28	250	32
Maltrato	139	13	125	17	149	19
Abandono	49	4	41	6	56	7
Abuso sexual	47	4	40	5	24	3
Por violación	47	4	21	3	17	2
Total	1,097	100	738	100	771	100

Observatorio de Seguridad y Convivencia Ciudadanas del municipio de Juárez, (2011).

Se puede decir, que los datos de la muestra presentada por el Observatorio de Seguridad y Convivencia Ciudadanas del Municipio de Juárez, reflejan una realidad que no se menciona o publica abiertamente en el país.

Contrastando con datos del INEGI (2010), que en el censo de 2010 de población, en el país existían 112,336,538 personas, en Chihuahua 3,406,465 habitantes, en Juárez 1,332,131 individuos con una conformación de 342,928 hogares juarenses. Cálculos gruesos y aproximados, muestran que de la población de Juárez, sólo el 0.05% presentó denuncias (738) por victimización y acudió a los servicios del DIF.

Loredo y Perea (2004), mencionan que uno de cada 10 niños es víctima de violencia, pero solo se registra el 10% de los casos. El 72% de niños maltratados físicamente sufre lesiones moderadas, el 15% lesiones graves y hasta uno de cada 100 muere a consecuencia de lesiones severas, (cit en Ramos-Lira y López, 2010).

Cabe señalar que en las relaciones intrafamiliares se pueden reflejar los problemas y frustraciones de los padres y una forma de canalizarlos es a través de la violencia, generando hijos víctimas, al ser agredidos, ridiculizados y desvalorizados.

Factores de Riesgo que favorecen la Violencia Intrafamiliar

Repetti, Taylor y Seeman (2002), señalan que las familias de riesgo se caracterizan por el conflicto, la ira y la agresión, son personas poco solidarias, porque sus relaciones carecen de calidez y apoyo, por el descuido y negligencia de las necesidades de los hijos. Estas familias son riesgosas de múltiples maneras:

- 1° Sus características son principalmente el abuso físico y la negligencia, que representan amenazas inmediatas para la vida y para la integridad de los hijos.
- 2° Se ha encontrado que los niños expuestos a continuo maltrato desarrollan sistemas fisiológicos y neuroendocrinos que deben adaptarse en repetidas ocasiones a las circunstancias amenazantes y estresantes, creadas por entornos familiares de riesgo. Aumentando la probabilidad de desregulaciones biológicas que pueden contribuir a una acumulación de carga alostática, es decir, el envejecimiento fisiológico prematuro del organismo, que aumenta la vulnerabilidad a la enfermedad crónica y mortalidad temprana en la edad adulta (McEwen y Stellar, 1993; Seeman et al., 1997).
- 3° En estos casos los padres fracasan en proporcionar a los hijos habilidades de autorregulación, dejando al niño incapaz de obtener el apoyo social o para saber hacer frente a las situaciones interpersonales emocionales y para enfrentar eventos estresantes que requieren habilidades de afrontamiento efectivas.
- 4° Por lo tanto, aumenta la vulnerabilidad de los niños a los problemas de conducta y el abuso de sustancias (tabaco, alcohol, drogas y actividad sexual promiscua).

Estos riesgos son múltiples y penetrantes, se relacionan entre sí a través de vías biológicas, psicológicas y sociales. Por separado y en conjunto, ponen a un niño en riesgo inmediato y a largo plazo, para su salud mental y física.

Señalan estos autores, que crecer en un entorno familiar de riesgo interfiere con el desarrollo del procesamiento de las emociones como: alta reactividad emocional, déficits en el entendimiento de la emoción y confianza en las respuestas de afrontamiento, a veces, poco lógicas en situaciones de estrés. Otros estudios indican que los niños son más propensos, que sus pares, a centrarse en la reducción de la tensión, la distracción y escapar en situaciones de estrés, (Stern y Zevon, 1990).

La mala adaptación refleja un hogar violento y vigilante, que atribuye motivos hostiles a los demás y un estilo de afrontamiento en el que se prioriza el escape, mismo que puede ser la mejor opción en ese momento. Sin embargo, el precio por estas adaptaciones; incluye una mayor reactividad emocional y actividad fisiológica, generando problemas sociales con los compañeros, presentando una deficiente resolución de problemas y un estilo de vida que plantea riesgos para la salud. La capacidad de adaptación o desadaptación de la respuesta puede abordarse con los resultados ya sea frente al bienestar físico y psicológico, dentro del período de tiempo observado (inmediatamente o años después), presentado en diferentes lugares (escuela vs casa) y unidad de análisis (individual vs familia vs comunidad), (Repetti y Wood, 1997 cit Repetti et al., 2002).

Estos autores refieren que la expresión fenotípica de una vulnerabilidad genética a un trastorno mental o físico, puede estar influenciada por el entorno familiar y puede conducir a un desarrollo más rápido del problema. Señalan un gran número de estudios que coinciden con el incremento del riesgo para problemas emocionales y conductuales que incluyen la agresión, conducta desordenada, delincuencia, comportamiento antisocial, desordenes de ansiedad, depresión y suicidio.

Dichos autores, relatan que en ciertos aspectos, la contribución del entorno familiar a los perfiles de riesgo puede estar subestimada, debido a que estas características se asocian con una amplia gama de resultados adversos educativos y sociales, que ellos mismos representan como maltrato infantil, malas prácticas de crianza y mínima supervisión de los padres, que predicen bajo

desempeño escolar (Ary, et al., 1999; Cutrona, et al., 1994; Eckenrode, et al. 1995; Pettit, et al., 1997; Steinberg, et al., 1992).

Por otra parte, el fracaso escolar es asociado a riesgos para la salud como tabaquismo, consumo de alcohol y participación en actos violentos con armas (Blum, et al., 2000). Alguna evidencia sugiere que la baja competencia académica se relaciona con los padres no solidarios y el abuso de sustancias (Wills y Cleary, 1996). La baja competencia social y dificultades con el control y la expresión de las emociones, son significativamente disfuncionales y desventajosas.

Los padres de familias de riesgo son modelos pobres de comportamiento social y no ofrecen habilidades sociales, sin embargo dan reglas de procesos sociales que interfieren con la interacción social positiva impidiendo el desarrollo de la competencia social. Los hijos que crecen en familias de riesgo son propensos a conductas peligrosas para la salud, en la adolescencia con el dramático cambio hormonal, se adaptan a los daños acumulados con el abuso de sustancias y el comportamiento sexual riesgoso, pudiendo así compensar sus deficiencias biológicas, emocionales y sociales, buscando manejar las desregulaciones producidas o agravadas, dada la falta de supervisión parental y la gran influencia de los pares.

Repetti et al. (2002) mencionan que, este perfil biológico-conductual pudiera representar un factor de riesgo para los trastornos de salud mental (depresión y hostilidad agresiva), enfermedades crónicas (hipertensión cardiovascular) y mortalidad temprana.

Finalmente concluyen estos autores, que los entornos familiares de riesgo en la infancia representan vínculos vitales para el entendimiento del estado de salud mental y salud física a lo largo de la vida de toda persona, ya que la violencia intrafamiliar puede ser factor para obstaculizar el desarrollo saludable en la infancia, en la adolescencia y en la edad adulta.

Freud (1920, 2001), señaló respecto a la violencia la compulsión a la repetición, que es un mecanismo inconsciente, por el cual la persona revive o

actualiza en forma activa, situaciones de su pasado que fueron dolorosas, penosas y que sufrió en forma pasiva. Cabe prestar atención que desde los inicios del siglo XX, se viene analizando y estudiando la problemática de la violencia intrafamiliar.

Ángel (2007), señala que según la perspectiva freudiana, el ser humano no es tan apacible y fraternal como se pretende mostrar, sino que en su interior hay una cantidad de tendencias agresivas que si no son sublimadas hacia metas sociales pueden desencadenar en situaciones violentas, las cuales muchas veces tocan a la familia. Lo anterior no sólo se explica en el hombre actual, sino que es característico de los pueblos primitivos, así en Tótem y Tabú se plantea que la misma fundación de la cultura parte de un acto violento: el asesinato del padre. También lo explica la teoría de las pulsiones, donde se plantea que el ser humano se debate entre el Eros y el Thanatos, así, en el psiquismo humano coexisten el amor y el odio, asunto que atraviesa todas las relaciones sociales, incluidas las familiares.

Esta autora se refiere al proceso de estructuración subjetiva, Freud parte del mito de Edipo, donde éste sin saber mata a su padre y se casa con su madre. Desde esta perspectiva se señala que este proceso mítico no sólo es del pasado, sino que se vive en cada ser humano, quien de alguna manera experimenta emociones amorosas y sexuales por sus progenitores y/o cuidadores, siendo necesario instaurar límites que regulen esta relación. Como puede observarse, son diferentes los referentes que hacen ver al ser humano como un ser marcado por la agresión, la hostilidad, la tendencia a la destrucción, siendo precisamente la cultura la encargada de poner límites y proponer alternativas de sublimación frente a ello; sin embargo, no siempre se logra dicho cometido, pues algo de lo reprimido tiende a retornar y una de las formas es precisamente la violencia, que se ejerce inclusive con los más íntimos.

Freud (1930), señala que la violencia es una función constitutiva de la personalidad humana, es decir, se trata de una redefinición funcional del instinto agresivo.

Por su parte, la teoría del aprendizaje social de Bandura y Walters (1988), expone que las personas al observar interactuar adquieren conductas, normas, juicios y autocontrol, así la conducta violenta padecida en la infancia se puede repetir con los hijos.

Domènech e Íñiguez (2002), señalan que en las teorías del aprendizaje, el elemento constitutivo de los comportamientos proviene de la asociación de una determinada respuesta a un estímulo concreto, asociación que queda cristalizada por el refuerzo de la ejecución de ese comportamiento. Para el caso del comportamiento agresivo el mecanismo es idéntico. Ciertos estímulos provocan cierta clase de comportamientos agresivos, los cuales son permanentes por el refuerzo que se ha producido de sus ejecuciones tras cada una de las apariciones del estímulo.

Señalan estos autores, que en Psicología Social la más importante teoría de todas las que se refieren al comportamiento agresivo es la del "Aprendizaje social" (Bandura, 1976; Bandura y Ribes, 1975). En esencia, lo que esta teoría postula es que se pueden aprender comportamientos por imitación, más concretamente, por la visión de que esos comportamientos observados han sido recompensados o reforzados. De este modo, si alguien ve que un comportamiento agresivo de una persona es reforzado, entonces lo puede aprender. El trabajo de Bandura ha sido extraordinariamente fecundo en la comprensión del comportamiento agresivo, sobretodo porque ha permitido distinguir analíticamente el aprendizaje de un comportamiento y su ejecución. Es decir, se puede efectivamente aprender un comportamiento agresivo porque se ha visto cómo resultaba recompensado en otra persona, pero eso no implica que se tenga que ejecutar. Se ha aprendido, se conoce, se sabe cómo ejecutarlo, pero puede que se realice o puede que no. La principal influencia de este modelo se ha dejado sentir en el estudio de los efectos de la visión de violencia. Más concretamente, la teoría permite introducir elementos de inteligibilidad menos grotescos que los habituales, al discutir si las escenas violentas que podemos ver en el cine o en la televisión comportan, inevitablemente, un aumento de dichos

comportamientos. La respuesta es muy clara desde el punto de vista de Bandura, son comportamientos que se aprenden, efectivamente, pero su aprendizaje dista mucho de su ejecución y, por lo tanto, pueden ser realizados o no dependiendo a su vez de otros tipos de aprendizajes (Bandura, Ross y Ross, 1963).

Se observa que los padres generadores de violencia, por lo general, han sufrido maltratos durante su infancia y sin pensar y analizar el probable daño, presentan una compulsión a repetir esa situación traumática, aunado a las costumbres y enseñanza familiar.

Considerando lo anterior, no hay que perder de vista, la Naturalización de la violencia en todas las sociedades, lo que hace difícil percibir la agresión con facilidad; permitiéndose la existencia de los tipos de violencia antes mencionados.

La violencia intrafamiliar al ser cotidiana y normalizada, se considera privativa del seno familiar, por lo que se esconde con culpa y vergüenza, haciendo difícil su atención temprana y oportuna. Debido a ello, la mayoría de los integrantes de estas familias presentan daños físicos, psicológicos y discapacidades, apareciendo como resultado con más frecuencia problemas de depresión, enojo, adicciones y codependencia, (Ramos- Lira y López, 2010).

Adicionalmente y al mismo tiempo, los medios de información (prensa, tv, cine, internet, redes sociales) contribuyen en la normalización y prevalencia de la violencia, en la sociedad promoviendo ideales negativos de comportamiento y de consumo, que influyen sobre los valores y creencias de las personas.

Derivado de la naturalización de la violencia López (2002), señala que la sociedad reconoce la atribución que tienen los padres para castigar y que éstos esgrimen como derecho y obligación moral.

Así en la crianza, se considera que el castigo físico tiene como propósito la intención de evitar, corregir y/o controlar una conducta causando el mínimo dolor o costo, dando el aprendizaje esperado. Lo importante es que sea un acto de disciplina y límites; sin violencia y sin abuso. Es necesario, que los padres

vislumbren los altos costos psicológicos, físicos y económicos que representa la violencia en el desarrollo y educación de sus hijos.

Efectos de la Violencia Intrafamiliar

Los siguientes autores consideran:

Perks y Jameson (1999), señalan que la violencia doméstica es un factor importante asociado con la depresión, observando que la violencia predispone en un alto grado, los síntomas de trastornos mentales.

Linares (2002), señala que no existen patrones psicopatológicos específicos del maltrato físico, pero si hay datos relevantes sobre una mayor incidencia de trastornos mentales en las familias de los niños maltratados. Kaufman et al. (1998), encuentran en tales familias, sin salir del parentesco de primer grado, 9 veces más casos de depresión mayor y de 3 a 9 veces más enfermedades del espectro depresivo (personalidad antisocial, alcoholismos y drogodependencias). Miller et al. (1999), encontraron en los padres de niños víctimas de violencia física grave una incidencia significativa de depresión, ansiedad, trastornos de personalidad y drogodependencias.

Para este autor, el maltrato es el resultado de la interferencia del amor, concluye con Maturana, que somos criaturas amorosas a nivel primario, aunque ello conduce casi inevitablemente a ser también criaturas secundariamente maltratantes. Debemos vigilar estrechamente estas zonas turbias de la condición humana, de las que todos participamos en mayor o menor grado, que nos pueden conducir a maltratar a nuestros seres queridos. Vale la pena para prevenir el maltrato infantil, que los adultos aprendan mejor el difícil oficio de ser padres. Ya que existe una transmisión generacional que hace que, de no mediar intervención alguna, los maltratados de hoy puedan convertirse en los maltratadores del mañana.

El estrés es otro elemento relevante y constante para los miembros de la familia violentada, el cual se dispara y altera con facilidad, afectando su comportamiento en diferentes ámbitos de su vida. Ramos-Lira y López (2010),

señalan que la Encuesta de Maltrato Infantil (2006), reportó un alto porcentaje de Trastorno de Estrés Postraumático en quienes sufrieron maltrato infantil: maltrato físico (hombres 24% y mujeres 25%); negligencia (19% y 23%); y maltrato emocional (15.2% y 16.8%) respectivamente.

Ampudia, Santaella y Eguia (2009), señalan que la violencia intrafamiliar afecta al infante en su autoconcepto, autoestima y autoimagen, con juicios negativos sobre aspectos psicológicos, sociales y morales. También daña su percepción de sentirse amado y aceptado por sus padres y familiares significativos, repercutiendo en su desempeño y en la capacidad de influir en su vida y en el entorno.

Cantón, Cortés, Justicia y Cantón (2013), señalan que los hijos expuestos a la violencia de pareja presentan déficits de competencia social, reflejándose en escasa sensibilidad interpersonal, falta de empatía y de habilidades de solución de problemas sociales. Frecuentemente estas personas aplican la violencia para reducir el estrés y solucionar conflictos, sin ver que afectan a los hijos en su desarrollo.

La codependencia puede ser el resultado de la violencia intrafamiliar. Noriega (2013), señala una alteración en la estructura de la personalidad caracterizada por frecuentes estados de insatisfacción y sufrimiento. Se asocia al mecanismo de negación, al desarrollo incompleto de identidad, represión emocional y orientación rescatadora.

La persona codependiente, según esta autora, sufrió algún abuso físico, verbal o abandono emocional de los padres, por lo que está ligada a lo sucedido y atormentada por ello, por lo que no se percibe valiosa en forma individual.

Cohen (2010), señala que las características de los padres que molestan a sus hijos, refieren un padre que suele ser agresivo, con baja autoestima, sentimientos de soledad, aislamiento social y hostilidad, generalmente es figura dominante y controladora en su familia, y con concepciones erróneas del desarrollo normativo de los hijos. Estos padres provienen de familias abusivas o que utilizaban medios violentos para resolver conflictos.

Este autor señala que en muchos casos, dichos padres provienen de hogares violentos, con trastornos psicológicos, consumo de alcohol y drogas formando un círculo de agresividad. Por lo que pueden presentar cierta inmadurez, dependencia afectiva, inseguridad, inestabilidad emocional, impaciencia, impulsividad y frecuentemente aislamiento, celotipia y frustración.

Por todo lo anterior, se considera que la violencia le dificulta a la persona, formar relaciones saludables, expresar sus emociones, controlar sus conductas, desarrollarse sanamente con todas sus capacidades y con frecuencia es poco asertiva en la toma de decisiones en los diferentes ámbitos de su vida.

En resumen, la violencia intrafamiliar se presenta, en gran parte, por la carencia afectiva, la falta de control de impulsos y la incapacidad para resolver problemas adecuadamente. Afecta a los hijos en el aprendizaje y la educación, favorece el acoso escolar, ya sea activo (hostigador), o pasivo (víctima), les crea conductas problemáticas con la autoridad, provoca discapacidades físicas, retrasa y/o limita la independencia psicológica y económica, manteniendo la violencia en su vida presente y futura.

Finalmente es importante mencionar, que la violencia no se puede atribuir a un solo componente, existe una fuerte relación entre los niveles de violencia y los factores potenciales como la genética, género, edad, salud, personalidad, entorno familiar, educación, cultura, ideología, ambiente social, costumbres, historia personal, experiencias de vida, pobreza, nivel de ingresos, desempleo, oportunidades de desarrollo, abuso de sustancias, aspiraciones reales y la perspectiva de un proyecto de vida factible.

Capítulo 2. ADOLESCENCIA

Definición

La adolescencia es un periodo de transición en el desarrollo de toda persona, entre la niñez y la edad adulta, se inicia alrededor de los 11 a 13 años de edad y termina entre los 18 a 21 años aproximadamente. Es un periodo donde se presentan cambios a nivel biológico, físico, psíquico, cognitivo, emocional, afectivo, escolar, familiar, laboral y social.

Derivado de los múltiples cambios que sufre el joven, se experimenta una crisis de la adolescencia, con lo cual la toma de decisiones se puede dificultar para la mayoría de los adolescentes de ambos sexos. Gómez, Luengo, Romero, Villar y Sobral (2006), señalan que desde la percepción individual del joven, la adolescencia se presenta como eventos muy estresantes.

Modelos Explicativos de la Adolescencia

Para Erikson (1968), la adolescencia es un periodo que busca resolver el conflicto de identidad en sus diversos componentes sexual, social, moral, ideológico, vocacional y psicológico. Así en la etapa llamada Moratoria, el adolescente puede experimentar y ensayar varios roles, pero si no logra encontrar su propia identidad, presentará duda y confusión. Dentro del proceso de desarrollo el Yo busca, organiza habilidades, necesidades y deseos para adaptarlos a las exigencias sociales, siendo esta búsqueda una preparación y formación de su identidad. Complementariamente, para Marcia (1980), en la adolescencia, la identidad es una organización interna, dinámica y autoconstruida de impulsos, habilidades, creencias e historia individual, en la que se observa la presencia, o la ausencia de la crisis, al cuestionarse y tomar decisiones, lo que puede conducir al joven a la auto confianza, manejo de compromiso, confiar en otros y ser confiable, (cit en Papalia y Olds, 1997).

Aberastury y Knobel (2002), señalan que el adolescente presenta un duelo por la pérdida del cuerpo infante y por el rol e identidad infantil, lo que implica

renunciar a la dependencia paterna y aceptar las nuevas responsabilidades presentes, así como afrontar la pérdida por los padres protectores de su infancia.

El adolescente se enfrenta a cambios, para los que no está preparado del todo, percibe la presión externa y la necesidad de adquirir responsabilidades para pasar a la adultez, lo cual puede ser muy confrontativo para ciertos jóvenes.

Los cambios físicos, emocionales y de conductas que presenta el adolescente, se ven influidos por el entorno familiar, escolar, social y económico, con nuevos roles y expectativas, en donde la violencia intrafamiliar es un factor adicional y determinante, que puede alterar las bases de su estructura personal.

Por lo cual, en esta etapa, el adolescente requiere de estrategias de afrontamiento que le permitan una mejor adaptación frente al nuevo entorno, con valores y creencias consistentes, que le den seguridad y no afecten su autoestima.

Sandín (2003), señala que el afrontamiento desempeña un importante papel mediador, entre las experiencias estresantes a las que están sometidas las personas y los recursos personales y/o sociales, con los que cuentan para hacerles frente, además de las consecuencias que se derivan para la salud física y psicológica, (cit en Gómez et al., 2006).

Cambios presentados en la adolescencia

Diversos autores como Papalia y Olds (1997), Kaplan Sadock y Grebb (1996), Pick y Vargas, (1999), Martí (2008), Craig y Baucum (2009) y Salom, Moreno y Blázquez (2012), entre otros autores, hacen referencia a los siguientes cambios que enfrenta todo adolescente:

- **Biológicos** derivados de los incrementos en la producción de hormonas y glándulas endocrinas, se presenta el crecimiento y cambios físicos del cuerpo, algunos son específicos en cada género.

El adolescente se desconcierta por los cambios físicos presentados en su cuerpo, con cierta torpeza y dificultad en ciertos casos, y se va adaptando a su organismo en proceso de crecimiento para ser adulto.

Madrid (2008), se refiere al significado psicológico que determina la experiencia adolescente, la maduración física se acompaña de cambios en la interacción familiar, rendimiento escolar, atracción sexual y capacidad para la intimidad. Las variaciones en el desarrollo biológico tienen gran importancia en la determinación de la conducta. Así el desarrollo de la pubertad en el adolescente puede dar origen a perturbaciones (temporales) en la relación padres-hijos. En ciertos casos, una niña púber precoz puede tender a despertar intereses eróticos, ser independiente y tomar decisiones. En comparación con las adolescentes tardías, algunas niñas desarrolladas precozmente tienden a tener menos éxitos académicos y sufrir una mayor prevalencia de problemas de conducta. El varón púber tardío, en ciertos casos, puede observar que sus pares lo consideran menos masculino y/o atlético, siéndole difícil emocionalmente resistir a dichas presiones.

Tanto la mujer como el hombre adolescentes, durante el proceso de cambios de esta etapa presentan reacciones psicológicas de ansiedad y depresión, con lo que se sienten al mismo tiempo, inseguros, tímidos, aislados, tristes, feos, frustrados, introvertidos, torpes, desconcertados y en otras mismas ocasiones seguros, fuertes, atractivos, etc.

- **Sexuales** el desarrollo corporal se presenta con la maduración de las funciones reproductoras, el crecimiento de los órganos sexuales y la aparición de las características sexuales secundarias.

Junto con el estirón del crecimiento (estatura y peso) en ambos sexos, aparecen cambios visibles: en la mujer ensanchamiento de caderas, grasa corporal, menarquía, mamas, vello púbico; y en el hombre eyaculación precoz, cambio de voz, vello corporal, etc.

Recientemente, algunas niñas han empezado a desarrollar sus brotes mamarios a los 8 años de edad, lo que representa una alteración, tanto fisiológica como psicológica, ya que en promedio el desarrollo se inicia de los 12 a 16 años y se completa entre los 14 y 18 años. Wickstrom (1999), señala que, para ciertas mujeres, los cambios de la pubertad son más dramáticos, por las dificultades para

enfrentar su nueva imagen de mujer, siendo más propensas a sufrir baja autoestima y depresión.

En forma general se puede decir que, una adolescente mujer tiene una imagen corporal positiva, cuando su madre también tiene dicha imagen aceptable. Algunas adolescentes no están preparadas para su transformación corporal, en parte por no haber recibido en el momento oportuno la información necesaria y adecuada respecto a su desarrollo y crecimiento como mujer y por otra parte, por las implicaciones negativas de lo que representa ser mujer, en la sociedad.

Los adolescentes buscan identidad derivada de su nuevo cuerpo en crecimiento, su sexualidad crece, se define su orientación sexual y aparece el deseo de establecer relaciones afectivas y de intimidad con sus pares. Con esta nueva atracción hacia otra persona, aparece el vínculo del amor y aflora el romanticismo, deseando compartir con el otro largos momentos.

En esta etapa, Craig y Baucum (2009), señalan que el adolescente descubre con especial atención y atracción a sus compañeros del sexo opuesto, o en su caso del mismo sexo, buscando tener amistad y relaciones románticas, lo cual le permite verse a sí mismo como un ser sexuado, adaptarse a las emociones eróticas y establecer relaciones amorosas contribuyendo a su identidad sexual.

La orientación sexual de una persona, en general se manifiesta en la adolescencia, con la atracción sexual, erótica, emocional o amorosa a determinadas personas por su sexo, heterosexual, homosexual y bisexual.

Salom et al. (2012), señalan que la influencia de las hormonas pudieran estar asociadas con la actividad sexual, agresividad, inestabilidad emocional e irritabilidad del adolescente. Actualmente, algunos adolescentes en ocasiones, en su búsqueda de identidad sexual pueden explorar varias experiencias sexuales hasta su definición.

Derivado de estas prácticas, el adolescente corre riesgos de un embarazo temprano no deseado y planeado, conjuntamente con el contagio de enfermedades de transmisión sexual, dado que se carece de supervisión parental,

valores, modelos de conducta, distinción entre lo correcto e incorrecto, carencia de manejo de riesgos y ausencia de un incipiente proyecto de vida a futuro.

- **Cognoscitivos** se presentan cambios cualitativos y cuantitativos, crece la consciencia, lógica, juicio, intuición e imaginación. Con las operaciones formales, se pasa de un razonamiento concreto al pensamiento abstracto, hipotético deductivo para enfrentar la solución de problemas, planear y prever.

Para Piaget, señalan Kaplan et al. (1996), durante la adolescencia se inicia el desarrollo de las operaciones formales, que conforman el pensamiento abstracto, con el razonamiento deductivo, la definición de conceptos, leyes de probabilidad y la orientación hacia el futuro. El pensamiento funciona de modo simbólico, sistemático, altamente lógico y formal. Al pensar en términos abstractos el adolescente puede manifestar interés por la filosofía, religión, ética y política.

La conjunción de los cambios internos y externos en el pensamiento del adolescente, se presenta al madurar el cerebro (desarrollo neurológico) y al ampliar el ambiente social (educativo y cultural), dando lugar a la madurez cognoscitiva, Papalia y Olds (1997). Así mismo, en este proceso se amplía el lenguaje y la creatividad, con entendimiento y manipulación de los conceptos, presentando un desarrollo en la comunicación.

La madurez intelectual coincide con la capacidad para el pensamiento abstracto, aunque, no todas las personas alcanzan dominar este tipo de pensamiento señalan Craig y Baucum (2009). Por lo que se hace necesario, que el adolescente aprenda técnicas no solo para acumular los conocimientos, sino también para mejorar la comprensión e integración de dicha información, dando así un buen manejo en su desempeño cognitivo.

Características típicas del pensamiento adolescente

La mayoría de los adolescentes sienten y experimentan en mayor o menor grado, algunos aspectos psicológicos que influyen en sus emociones y conductas, lo cual es parte de su desarrollo individual. Papalia y Olds (1997), se refieren a las conductas inmaduras del pensamiento del adolescente de Elkind (1984), quien

señala son resultado de la inexperiencia del adolescente en el pensamiento formal:

- Egocéntrico: se siente centro de atención, se está auto descubriendo.
- Encuentra fallas en las figuras de autoridad: sus padres no saben todo, ni tienen siempre la razón.
- Tendencia a discutir: descubre nuevas habilidades para explorar y debatir.
- Autoconciencia y audiencia imaginaria: se siente observado y juzgado por los demás, es más sensible a las críticas, vulnerable y miedo al ridículo.
- Indecisión: evalúa las opciones y mide consecuencias sin tener un tiempo límite.
- Interés aparente: expresa un ideal y al buscarlo se olvida de otros valores.

También se observan las siguientes conductas en el adolescente como:

- Busca separación e individualización: rechaza subordinación a sus padres, pero se hace dependiente de amigos.
- Pensamiento crítico: hace teorías y análisis justificando sus opiniones.
- Se centra en sí mismo: se cree especial, que su experiencia es única y que no está sujeto a las mismas leyes que rigen a los otros, y no mide peligros.
- Se considera omnipotente e invencible: pasa sus límites y capacidades, tomando riesgos.
- Maneja su propia escala de valores o códigos de ética.
- Adquiere confianza, casi siempre sólo con sus pares y amigos.
- Maneja el tiempo según sus intereses, inmediatez o postergación.
- Frecuentemente cambia su estado anímico, conductas y pensamientos, dados los conflictos de su mundo interno.

Con todo lo anterior, el adolescente analiza su entorno, saca sus propias conclusiones, pero su imaginación e inexperiencia lo confunden. Además, presenta crisis religiosa y social, por lo que duda y cuestiona su entorno, de tal forma que debate casi todos los aspectos con la mayoría de las personas.

En esta etapa es muy importante la participación de los padres, para estar cerca del adolescente, dándole por un lado, espacio para experimentar, sin mostrar la ansiedad parental; y por otro lado, ser guía y contención a su inmadurez, estableciendo límites firmes y reglas claras, con valores, responsabilidades y consecuencias explícitas, para que el joven se maneje dentro de la realidad, con lo cual pueda distinguir e identificar situaciones y pueda tomar las mejores decisiones a su alcance.

- **Psicológicos** el adolescente inicia el proceso de búsqueda de identidad, preguntándose ¿Qué me pasa?, ¿Quién soy?, ¿A dónde voy?, ¿Para qué estoy?, ¿Qué quiero hacer?, ¿Quién quiero ser?

En esta época surgen las presiones parentales sobre su comportamiento, de elección vocacional y responsabilidad en su entorno, ya que el adolescente no está seguro de su autoimagen, sus capacidades y su autosuficiencia. Sin embargo, cuando se van acomodando estas estructuras, se va conformando la identidad de la persona.

Los padres esperan que el adolescente se defina, con dirección, propósito y significado para su vida, de lo contrario, surgen los choques (padres-adolescente), esta presión paterna pretende que el joven satisfaga las expectativas de educación, social, laboral e independencia familiar.

La autonomía e independencia se presentan cuando los padres educaron con valores, hábitos de trabajo y responsabilidad en el entonces niño, de no ser así, el adolescente puede o no estar preparado y/o dispuesto a ser independiente.

Craig y Baucum, (2009), señalan que la adultez llega con la madurez emocional y no solo con trabajar, casarse y procrear (Baldwin 1986); sin embargo es difícil definir dicha madurez.

Krauskopof (1999), señala, que se espera que, en la fase final de la adolescencia, el locus de control externo, propio de la dependencia infantil y de la relación asimétrica con las figuras adultas, haya evolucionado hacia locus de control interno. Así el adolescente no atribuye lo que le ocurre a circunstancias externas, sino que puede reconocer y expresar sus errores, iniciativa para anticipar resultados, manejo de consecuencias, negociación al tomar decisiones y en la solución de problemas. De esta forma sus sentimientos de adecuación y seguridad provienen de sus propias realizaciones.

Kaplan et al. (1996), señalan que en esta etapa, con la aceleración del desarrollo cognitivo se consolida la formación de la personalidad, el adolescente en el proceso de conseguir su identidad del Yo, tiene consciencia de sí mismo y conoce hacia dónde quiere dirigirse.

Se podría decir que, el adolescente durante su proceso de madurez, se empieza a autoconocer, piensa y evalúa diferentes alternativas, atiende y soluciona problemas. Así con el manejo del control interno puede encontrar su interés vocacional, buscar su desarrollo con responsabilidad, con seguridad en sí mismo, con autoestima, a desempeñarse bien en condiciones de estrés, se podría plantear la perspectiva de lograr su autonomía (emocional y/o económica), con objetivos de vida claros y relaciones sanas de amistad y amor.

- **Familiares** el adolescente busca diferenciarse de sus padres y separarse de ellos, lograr un lugar en los adultos y examina su sentido de vida individual.

Dentro de la familia nuclear, dependiendo de la comunicación y convivencia entre padres e hijos, el adolescente puede sentirse amado, aceptado, capaz, responsable y seguro, favoreciendo su proceso de maduración, o de lo contrario, este camino se puede retardar o truncar.

Una situación importante de considerar, en la dinámica familiar es lo que plantean Kaplan et al. (1996), referente al vacío generacional entre padres e hijos adolescentes, el cual es en parte consecuencia de las diferentes experiencias y percepciones de acontecimientos vitales, además de los cambios y adaptaciones que viven los padres de mediana edad a nivel laboral, matrimonial y enfrentando las enfermedades y muertes de sus propios padres.

Por lo que es importante que los padres reflejen una actitud congruente en su hacer y decir, vigilando al adolescente, promoviendo su cuidado parental, dándole seguridad y confianza personal.

Otro aspecto a reflexionar es el tipo de crianza que los padres ejercen con sus hijos y cómo repercute en el comportamiento del adolescente, cuando no ha existido una estructura familiar definida, comunicación abierta, manejo de valores, expresión de afecto, roles de responsabilidad y valoración personal, los cambios de la adolescencia se pueden convertir en una crisis familiar.

Balbi, Boggiani, Dolci y Rinaldi (2012), consideran los siguientes tipos de familias con respecto al ejercicio de la autoridad:

Con **Autoridad** tienen puntuaciones altas en aspectos de aceptación y control.

Autoritarias presentan un elevado nivel de control con escasa aceptación.

Permisivas ofrecen un nivel de aceptación alto con un mínimo control.

ESTILOS DE CRIANZA QUE COMBINAN CALIDEZ Y CONTROL

Autoritativo con autoridad	Control Moderado	Padres aceptan y estimulan la autonomía, límites flexibles y razonables, amplia comunicación.
	Mucha calidez	Afecto, hijos seguros de sí mismos, con auto control, competencia social, mejor rendimiento escolar, autoestima.
Autoritario	Gran control	Padres ordenan y exigen obediencia, reglas rígidas.
	Poca calidez	Poco afecto y comunicación, no independencia. Hijos poco asertivos, retraídos, temerosos, malhumorados, irritables, rebeldes y agresivos. Hijas pasivas y dependientes.
Permisivo	Poco control	Nula restricción y sin límites, amor incondicional.
	Mucha calidez	Mucha libertad y poca orientación. Hijos rebeldes, ineptos sociales, agresivos, autocomplacientes, impulsivos. En ciertos casos dinámicos, extrovertidos y creativos.
Indiferente	Poco control	Padres no ponen límites, sin afecto y aprobación.
	Poca calidez	Sin interés por el hijo, el estrés de su vida no les deja orientar y apoyar, hay hostilidad y negligencia. Hijos expresan impulsos destructivos y conducta delictiva.

Craig y Baucum (2009)

En ocasiones el adolescente busca su identidad e independencia y encuentra cierta resistencia de sus padres. Craig y Baucum (2009), señalan que la separación del hogar paterno y la afirmación de sí mismo son básicas para el desarrollo individual de la persona, aunque la cultura mexicana no lo promueve, dada la alta cohesión familiar.

Estos mismos autores señalan que tanto la crianza restrictiva como la permisiva se asocian al inicio precoz de la actividad sexual, por lo que es importante la educación en diferentes campos, afecto y comunicación parental.

Mc Gunnis y Sánchez (2013), señalan que el adolescente es muy susceptible y perspicaz cuando hay un problema no resuelto en la familia, se da cuenta y no necesariamente hablará del tema, pero será un conflicto que le afectará tarde o temprano. Cuando los adolescentes son sumamente rebeldes, el 90% es porque en casa hay un problema no resuelto, un círculo afectivo que no se ha cerrado.

Los padres al atender y/o resolver el problema es importante que aclaren la situación a los hijos con transparencia, si procede, y a la brevedad posible, procurando cerrar círculos en beneficio de la interrelación familiar.

Es importantísimo, enseñar a los adolescentes a ser independientes con responsabilidad, honestidad y respeto, con valores y manejo de objetivos de vida, mostrándoles las recompensas posteriores de su esfuerzo, para el desarrollo integral del adolescente y del futuro adulto.

- **Sociales** el adolescente no se ubica como adulto y a veces actúa como infante, los familiares lo juzgan y critican, en ocasiones, no le permiten avances y consistencia en su madurez.

En esta etapa, el adolescente buscando su identidad y pertenencia, viste, habla y actúa según su grupo de pares, que le refuerzan su Yo. Los cambios emocionales, algunos más intensos que otros, presentan la necesidad de buscar afectos adicionales a los familiares, donde los amigos son a veces más relevantes, ya que le reflejan identificación y autoconfianza. Además, de que éstos promueven la convivencia y las relaciones de amistad de ambos sexos y de noviazgo.

El adolescente al socializar con sus pares, pudiera dejarse manejar por influencias negativas del grupo, lo cual es peligroso cuando se carece del cariño, aceptación, comunicación, ejemplos a seguir y vigilancia parental, ya que se puede caer en la deserción escolar, adicciones y delincuencia.

Lo anterior da lugar, cuando el adolescente no tiene bases y objetivos bien definidos a nivel de disciplina, responsabilidad escolar y de proyecto de vida, mismos que debieron ser sembrados por los padres desde que era infante.

Entorno psicosocial del adolescente

La estructura familiar ofrece cierta organización y contribuye al desarrollo sano del adolescente con factores protectores integrales, de lo contrario, su ausencia afecta negativamente el desarrollo de los integrantes de esa familia, por lo cual la cercanía de los padres es insustituible, con convivencia, amor, cariño, respeto, tiempo de atención y autonomía.

Con objeto de vislumbrar un panorama de la diversidad del entorno psicosocial en que puede crecer un adolescente, se listan los diferentes aspectos que pueden conformar la estructura familiar:

- **Organización familiar:** se puede presentar con padres presentes o ausentes; parentalidad de tipo (mono, bi, o multi); autoridad (estricta, flexible o laxa); con aspiraciones explícitas o no de noviazgo, matrimonio, relación de pareja, adulterio, soltería, divorcio, viudez; con o sin hijos; muchos o pocos hijos.
- **Salud:** se presentan comportamientos de manejo de los aspectos de salud, con maximización, minimización o negación de las enfermedades, de salud mental, de alimentación, malnutrición, educación sexual, autoestima, embarazos tempranos o tardíos, adicciones, prostitución, etc.
- **Comunicación familiar:** se presenta con apertura (alta, baja o nula); con o sin confianza; directa o con rodeos; educativa o no; frecuencia (alta, baja o nula); presencial o no; con o sin violencia; con o sin secretos.
- **Educación:** estricta, flexible o laxa; con o sin respeto; con o sin manejo y aplicación de normas, límites y castigos; con o sin disciplina; aspiracional o no; con o sin sobreprotección; con o sin sentido de esfuerzo y trabajo personal.
- **Resolución de problemas:** negación o aceptación del problema; con o sin manejo oportuno y eficaz; con o sin responsabilidad.
- **Autoestima:** con o sin creer en sí mismo; autoimagen; autoconfianza; auto reforzamiento; con o sin responsabilidad y respeto; con o sin asertividad.
- **Conflictos familiares:** manejo de peleas de pareja a la vista o no; con o sin violencia intrafamiliar; abuso sexual; infidelidad; divorcio; abandono.
- **Proyecto de vida:** educación con o sin metas y objetivos escolares, profesionales, laborales; con o sin valores (respeto, responsabilidad, trabajo, honestidad, constancia, perseverancia, etc.).
- **Situación económica:** administración de ingreso, ahorro y gastos, lo que facilita o limita oportunidades de alimentación, vivienda, transporte y

actividades recreativas. Manejo del desempleo, sus consecuencias y restricciones. Valoración del dinero o satisfacción inmediata.

- **Normas éticas y morales:** flexibles, estrictas, permisivas, ausentes; religión; costumbres. Prepotencia o no del poder.

Es importante en el entorno social, la forma y momento como se integre el adolescente y su desarrollo, lo cual proyectará en parte su actuación y desempeño.

- **Principios de actuación:** definidos, ambiguos, permisivos, autoritarios (justicia, respeto, honestidad, responsabilidad, corrupción, delincuencia, etc.).
- **Presión social:** de familiares y amigos, que puede ser positiva o negativa para actuar según intereses y deseos, personales o de un grupo específico.
- **Exposición a críticas:** positiva, permisiva o destructiva para juzgar (pensamientos, emociones, conductas, diferencias de género, apariencia).
- **Carrera educativa y/o laboral:** con o sin promoción por parte de los padres, dependencia o independencia económica, oportunidades, metas y aspiraciones.

Emociones en la adolescencia

La emoción es un estado complejo de los sentimientos con componentes psíquico, somático y comportamental que se relacionan con el afecto y con el humor, Kaplan et al. (1996).

Los sentimientos son evaluaciones cognitivas de la respuesta emocional, Bisquerra (2009), señala que son la toma de consciencia de la emoción.

Las emociones brindan información de la persona y son respuestas a la interacción con el entorno, conforman un proceso adaptativo a las demandas internas o externas; predisponen para la acción, la cual puede ser funcional o disfuncional, ante situaciones de peligro o de interacción social.

La forma de actuar varía en relación con el tipo de emoción que se experimente respecto a ciertos estímulos cuando se percibe un objeto, persona, lugar, suceso o recuerdo, en donde los pensamientos, sentimientos y conductas son determinantes.

La topografía de las emociones se refiere a la propia situación, sus características, duración (tiempo de respuesta), intensidad (grado de respuesta), latencia (tiempo en responder) y grado de disfuncionalidad.

Para Bisquerra (2009), una emoción es un estado complejo del organismo caracterizado por una excitación o perturbación que predispone a la acción; las emociones se activan a partir de la valoración que se hace del acontecimiento. Son reacciones psicofisiológicas que permiten la adaptación al estímulo, son respuesta a acontecimientos y alteran la atención, conducta y memoria de la persona. Se generan como respuesta a un acontecimiento o estímulo, que puede ser externo o interno; actual, pasado o futuro; real o imaginario; de percepción consciente o inconsciente. Los componentes de la emoción reflejan respuestas neurofisiológicas, conductuales, cognitivas y subjetivas para adaptarse al medio ambiente.

Este autor considera que las emociones aumentan las probabilidades de supervivencia, tienen una función motivadora, adaptativa, informativa, social, personal, en los procesos mentales, en la toma de decisiones y en el bienestar, poniendo de relieve su importancia en la vida de las personas.

Fridja (1993), señala que la emoción es un componente experiencial del afecto y es una apreciación subjetiva de un estado emocional. Es una experiencia única y personal, caracterizada por expresiones psicofisiológicas, reacciones biológicas y estados mentales, es episódica y de corto plazo con un objetivo intencional concreto, se puede asociar al estado de ánimo, temperamento, personalidad, disposición y motivación. Es un estado complejo de sentimientos que trae cambios físicos y psicológicos que influyen en el comportamiento.

Ekman (1992), clasificó seis emociones básicas ira o cólera, asco o aversión, miedo, alegría, tristeza y sorpresa. Posteriormente consideró también desdén,

diversión, desprecio, felicidad, pena, entusiasmo, culpa, orgullo, alivio, repulsión, satisfacción, placer sensorial y vergüenza.

Cabe señalar que la valoración de emociones positivas y negativas no es viable y no debe afectar su experimentación, ya que cada persona responde a un estímulo de cierta forma y tiene una respuesta específica, dependiendo de sus experiencias y creencias, por lo cual, todas las emociones son valiosas y responden a la percepción de la persona que las vive.

Riso (1997), señala que es necesario canalizar la emoción hacia funciones productivas capaces de impulsar acciones y utilizarlas como motivador para realizar aquellas tareas, que por un momento se convirtieron en obstáculos. Cuando las reacciones son violentas o agresivas, en la mayoría de las ocasiones existe un principio de irracionalidad, que es necesario debatir para generar un cambio significativo.

Como se observó con anterioridad, todos los cambios afectan emocionalmente al adolescente, quien presenta inseguridades sobre su nueva situación, le impactan los nuevos roles que le exige su entorno y su capacidad de asumirlos. Para el adolescente puede ser nuevo percibir y detectar sus emociones y sentimientos en diferentes grados, lo cual afecta sus pensamientos y comportamientos.

Nasio (2011), señala que el adolescente no siempre sabe hablar de lo que siente, porque no sabe identificar bien lo que siente y menos verbalizarlo.

Así el joven puede sentir al mismo tiempo ante una circunstancia específica diferentes emociones, tanto amor, como celos, ira, miedo, culpa, alegría, apatía, tensión, hostilidad, confianza, agitación, vergüenza, etc., mismas que alteran y crean problemas en su convivencia al no identificarlas y entenderlas.

Martí (2008), señala que las emociones nos permiten vivir: el miedo protege del peligro (conecta con huida, autodefensa o paraliza); la rabia hace enfrentar obstáculos (conecta con conducta autodefensiva o agresiva); el asco aparta de elementos nocivos o peligrosos; el apego en los niños hace que se mantengan

cerca de los padres evitando peligros (en adolescentes o adultos conecta con vínculos, y en ciertas ocasiones, pueden no detectar relaciones destructivas).

Las emociones mal manejadas derivan en situaciones negativas como ansiedad, ira, odio, rencor, orgullo, frustración, rabia, envidia, pero al saber cómo regular las emociones, los problemas se reducen, por lo cual es importante su identificación, comprensión y entendimiento.

Algunos adolescentes ante las nuevas responsabilidades, en ocasiones adoptan una actitud muy crítica y presentan rebeldía ante la autoridad, en especial con los padres y maestros, buscando imponer sus criterios con resistencia al cambio. Por lo cual, se alejan de la familia y se refugian en amigos con cierta dependencia e imitación.

Aunque aparece la empatía en el adolescente, pudiera su egocentrismo ser mayor, así es crítico de los demás, cuida en extremo su imagen y apariencia física. Sus emociones y sentimientos cambian junto con su estado de ánimo que es inestable, con una tendencia a la tristeza y el negativismo.

Martí (2008), señala que las emociones son adaptativas y desadaptativas, agradables y desagradables, pero informan que algo sucede. Para buscar su solución, se tiene que razonar sobre ellas, evitar la impulsividad, evaluarlas reflexivamente, identificando las conductas de respuesta (pasiva, agresiva y/o asertiva), para entender y conocer los pensamientos irracionales, lo que permitirá que el adolescente entienda sus emociones y su realidad.

En la adolescencia es muy frecuente el estado de ánimo deprimido, ya que hay muchos cambios en poco tiempo, por lo que en ocasiones el joven reacciona con aislamiento, reducción de actividades y pesimismo, ante la situación cambiante, que no entiende del todo. Es importante diagnosticar la tristeza normal derivada de los cambios, o la proveniente de una depresión que puede ocultarse con irritabilidad, cansancio en ocasiones y en otras con conductas autoagresivas como son alteraciones alimenticias, consumo de alcohol y/o drogas, entre otras.

Capítulo 3. **DEPRESIÓN**

La depresión es una reacción normal que se presenta como consecuencia de numerosos eventos estresantes derivados de la vida de toda persona, como es el duelo por la muerte de un ser querido, por la pérdida de la salud, de amigos, de roles de vida, así como por las pérdidas de tipo material, laboral y/o escolar. Lo importante es como se procesa la información de lo perdido y sus formas de enfrentamiento.

Por su intensidad, frecuencia y periodo de presentación, la depresión pudiera convertirse en un trastorno caracterizado por un alto nivel de tristeza y retraimiento que afecta a la persona en su memoria, pensamientos, estado de ánimo, funcionamiento físico y conducta, repercutiendo en su estado general de salud.

Definición

Los trastornos depresivos presentan un rasgo común en donde predomina un ánimo triste, vacío o irritable, acompañado de cambios somáticos y cognitivos que afectan significativamente a la capacidad funcional del individuo. La depresión se diferencia de otros trastornos depresivos por la duración, presentación temporal o la supuesta etiología, DSM-5 (2014).

Este manual señala que un trastorno mental es un síndrome caracterizado por una alteración clínicamente significativa del estado cognitivo, la regulación emocional o el comportamiento de un individuo, que refleja una disfunción de los procesos psicológicos, biológicos o del desarrollo que subyacen en su función mental.

Síntomas

El DSM-5 (2014), señala como síntomas del episodio depresivo mayor:

1. Estado de ánimo deprimido, (triste, vacío, sin esperanza, lloroso).
En niños y adolescentes el estado de ánimo puede ser irritable.
2. Disminución importante del interés o del placer por todas o casi todas las actividades.
3. Pérdida importante de peso o aumento, sin dieta o cambio del apetito.

4. Insomnio o hipersomnias.
5. Agitación o retraso psicomotor.
6. Fatiga o pérdida de energía.
7. Sentimiento de inutilidad, culpabilidad excesiva o inapropiada, auto reproches, minusvalía y desamparo.
8. Disminución de la capacidad para pensar, concentrarse e indecisión.
9. Pensamientos recurrentes de muerte, miedo a morir, rumiación suicida o intento suicida, con o sin plan determinado.

Para su diagnóstico se considera la presencia de 5 o más de estos síntomas, durante un periodo de 2 semanas, casi todos los días, representando un cambio de funcionamiento previo, y que uno de los síntomas sea estado de ánimo deprimido y/o pérdida de interés o de placer. Los síntomas causan malestar clínico significativo o deterioro en lo social, laboral y otras áreas del funcionamiento de la persona. El episodio no se puede atribuir a efectos fisiológicos de una sustancia o de otra afección médica.

Se apunta que las señales de depresión se pueden manifestar en cualquier edad, con alta probabilidad de iniciar en la pubertad y acentuarse en la adolescencia.

Chávez-León, Madrigal, Ontiveros y Ng (2013), señalan que los criterios diagnósticos propuestos en el DSM-IV TR y DSM-5 están presentes en las depresiones experimentadas a todo lo largo del ciclo vital de la persona, aunque con ciertas variantes y manifestaciones específicas en cada caso.

Señalan, que en los adolescentes un alto porcentaje presenta apetito y sueño excesivos, uso de alcohol y drogas, irritabilidad y aislamiento social.

El episodio depresivo mayor puede ser de nivel leve, moderado y severo sin síntomas psicóticos (intento suicida) o severo con síntomas psicóticos (ideas delirantes o alucinaciones), (APA, 2002. cit en Chávez-León et al. 2013).

Heinze (2014), señala que la etiología de la depresión es multifactorial, la enfermedad involucra factores biológicos, psicológicos y sociales. Los eventos estresantes de la vida pueden modificar los factores biológicos (genéticos) del individuo; estos cambios contribuyen a la sintomatología depresiva. En la depresión existen factores genéticos (genes susceptibles con efecto mayor y

genes susceptibles con efecto menor) y factores ambientales (prenatales, pérdida, privación, fracaso/pena, estrés, desastres naturales, violencia/guerra, sistema de soporte social, nutrición, ejercicio, efecto de fármacos y enfermedades médicas).

La depresión se presenta con estados de ánimo y emocional bajos, sin deseos para realizar ninguna actividad, afectando pensamientos, sentimientos, conductas y sentido de bienestar. Con la presencia de este trastorno se recrudecen los síntomas de tristeza, ansiedad, vacíos, desesperanza, pesimismo, impotencia, baja autoestima, culpabilidad, irritación y/o inquietud, así como cambios psicomotores como lentitud o agitación, disminuyendo la capacidad de disfrute.

La persona pierde interés en las actividades que antes le eran placenteras, tiene problemas cognitivos, de memoria y/o para tomar decisiones. Presenta alteraciones en el apetito, peso y sueño, con manifestaciones de ansiedad, fatiga, dolores, problemas orgánicos y baja vitalidad. En un grado de mayor severidad de los síntomas la persona puede considerar intentar o cometer suicidio.

Depresión en la adolescencia

La depresión en la adolescencia se incrementa por una combinación de muchos factores y en donde el papel de la madre es determinante. Pérez, Ampudia, Jiménez y Sánchez (2005), señalan que las madres maltratadoras frecuentemente pueden ser depresivas, haber sufrido violencia intrafamiliar, abuso sexual, negligencia, fallas en el control de impulsos, carencia afectiva y alta expresión emocional. Proviene de padres ausentes física y/o emocionalmente, con frustración de impulsos vitales, con fallas en el maternaje, pueden haber sido hijos no deseados, algunas presentan apercepción y expectativas irreales sobre sus hijos, haber sufrido eventos estresantes continuos, presentan problemas de interacción y comunicación, bajo nivel escolar, desempleo, pobreza, pocas oportunidades laborales, afrontamiento negativo, mínima solución de problemas, deterioro en sus relaciones, infelicidad, inadecuación, baja autoestima, delincuencia y comorbilidad con otros trastornos psiquiátricos.

La depresión en la adolescencia es con frecuencia poco reconocida por los padres y principalmente en aquellas familias, en donde existe la violencia intrafamiliar, además de que es difícil su diagnóstico, ya que ordinariamente los adolescentes normalmente presentan variaciones en su estado anímico, con altibajos que pueden alternar en diferentes períodos, ya sea continuos o discontinuos.

Las manifestaciones de los síntomas de depresión en el adolescente pueden presentarse en crisis de llanto, enojo, culpa, aislamiento, rebeldía, desmotivación, irritabilidad, agresividad, desconcierto, altibajos anímicos por la influencia de las hormonas, así como negación a expresar sus sentimientos de minusvalía, fracaso, desesperanza, odio hacia sí mismo y vacíos, entre otras emociones y sentimientos.

Otra forma de manifestación de la depresión es cuando afecta la conducta de la persona y se observan relaciones sociales disfuncionales, embarazo temprano no planeado y deseado, abuso de sustancias, promiscuidad, delincuencia, adicción al peligro e intentos de suicidio.

Es importante considerar que el adolescente puede estar preocupado por su proceso de madurez y estresado por diferentes factores y sucesos, así como por los conflictos derivados de su crecimiento, por su disminución de la capacidad para concentrarse, por su bajo rendimiento académico, por la proximidad a independizarse de los padres y por las pobres opciones de vida, que percibe en ese momento.

Suicidio en la adolescencia

La posibilidad de una conducta suicida existe durante todo el tiempo que duran los episodios de depresión mayor. El factor de riesgo que se ha descrito de manera más sistemática son los antecedentes de intentos o amenazas de suicidio, pero habría que recordar que la mayoría de los suicidios consumados no se han precedido de intentos fallidos. Otras características asociadas a un aumento del riesgo de suicidio consumado son: ser varón, estar soltero o vivir solo y tener

intensos sentimientos de desesperanza. La presencia del trastorno límite de la personalidad aumenta notablemente el riesgo de futuros intentos de suicidio, DSM-5 (2014).

Verduyn, Rogers y Wood (2010), señalan que hay una fuerte relación entre la depresión y las autoagresiones en los adolescentes. Es importantísimo no considerar los cortes pequeños y superficiales, como acciones que todos los chicos realizan, ya que se puede estar en el camino de un riesgo suicida.

Las conductas autoagresivas son fenómenos complejos que surgen, de manera muy individual en cada persona, ya que participan factores bioquímicos, psiquiátricos, psicológicos, sociales, económicos y culturales.

Borges, García, Orozco, Benjet y Medina-Mora (2014), señalan que los factores psicológicos para el suicidio son la desesperanza, anhedonia e impulsividad, así como algún trastorno mental (del estado de ánimo y uso de sustancias), y eventos negativos y/o estresantes de la vida.

La depresión cambia la forma como se ve a sí mismo el adolescente, a su propia vida y a su entorno. Este trastorno en los adolescentes es una amenaza para la salud, ya que repercute en el bienestar de la persona, de la familia, de la sociedad y del país, de ahí la importancia de prevenir y detectar la depresión en forma temprana.

Estadísticas sobre Depresión y Suicidio en la Adolescencia

En México, la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica (2001 y 2002), demostró que el inicio de los trastornos psiquiátricos se da en edades tempranas, durante las primeras décadas de vida y que 2.0% de la población mexicana ha padecido un episodio de depresión mayor antes de los 18 años de edad. (Benjet, Borges, Medina-Mora, Méndez, Fleiz, Rojas, y Cruz, 2009).

Con base en la Encuesta Mexicana de Salud Mental Adolescente del 2000, con residentes del DF y área metropolitana (12-17 años de edad), se observó que los trastornos individuales más frecuentes en ambos sexos fueron las fobias específicas (15.6% hombres y 26.1% mujeres) y la fobia social (10.0% y 12.4%).

Para las mujeres, los trastornos más prevalentes después de las fobias fueron depresión mayor 7.6%, trastorno negativista desafiante 6.9%, agorafobia sin pánico 4.7% y ansiedad por separación 3.6%. Para los varones fueron trastorno negativista desafiante 3.7%, abuso de alcohol 3.4% y trastorno disocial 3.3%. Se explica la mayor vulnerabilidad de las mujeres adolescentes por la intensificación del rol de género, más la exposición a la adversidad y su reactividad ante el estrés, (Benjet et al. 2009).

Veytia, González, López, Andrade y Oudhof (2012), refieren que dicha Encuesta de Salud Mental Adolescente reportó que 10.5% de los adolescentes presentaron depresión mayor, distimia y trastorno bipolar I y II.

La Asociación Mexicana de Psiquiatría Infantil (2010), señaló que uno de cada 10 adolescentes en México ha tenido por lo menos un cuadro depresivo en su vida, de éstos, cerca del 28% presenta depresión severa.

Sánchez-Loyo, Morfín, García de Alba, Quintanilla, Hernández, Contreras y Cruz (2014), concluyen en su investigación con adolescentes que la depresión y la tristeza son síntomas previos al intento suicida. En lo estructural se identificó como causa del intento suicida a los problemas familiares 89.6%, problemas de pareja 31%, tristeza y soledad 20.6% y salir del problema 17.2%.

Borges, García, Orozco, Benjet y Medina- Mora (2014), señalan que en el periodo 1980-2010 el suicidio aumento en más de 500% para el grupo de 10 a 14 años, y en poco más de 180% para el de 15 a 19 años; lo cual se observa para ambos sexos.

Sauceda et al. (2006), citan una revisión de Mondragón, Borges y Gutiérrez (2001), donde la prevalencia de intentos de suicidio, en adolescentes variaba de 3.0 a 8.3%, mientras a nivel internacional era de 2.2 a 20% en adolescentes y adultos. En 2 encuestas realizadas entre estudiantes de enseñanza media se encontró que la prevalencia en el Distrito Federal fue de 8.3% en 1997 y se incrementó a 9.5% en 2000. Concluyen, que hubo mayor frecuencia de depresión, que de impulsividad en los adolescentes que intentaron el suicidio. Los pacientes

deprimidos mostraron más psicopatología de otro tipo que los no deprimidos, y más problemas familiares.

La Encuesta Nacional de Salud y Nutrición, ENSANUT (2006), mostró resultados de la prevalencia del intento de suicidio que aumentó en aquellos adolescentes que viven con su pareja 3.1%, que consumen alcohol 3.0% y que sufrieron algún tipo de violencia en los últimos 12 meses 4.1%.

Borges, Orozco, Benjet y Medina-Mora (2010), señalan que de 1970 a 2007 la tasa del suicidio aumentó 275%. El suicidio se incrementó en el grupo de 15-29 años de edad. La prevalencia de por vida de ideación suicida en adultos de 18-29 años fue de 9.7% y 3.8% reportó intento de suicidio. Este estudio de 2008 señala que 6,601,210 personas tuvieron ideación suicida (en los 12 meses previos al estudio) y 593,600 individuos intentaron suicidarse, de los cuales solo 99,731 utilizaron servicios médicos por este hecho. En promedio, la prevalencia del intento de suicidio en adolescentes entre 12-17 años fue de 4.26%, siendo 2.14% en hombres y 6.37% en mujeres.

En México el INEGI (2011), reportó que en 2011 se registraron 5,718 suicidios, de los cuales 80.8% fueron consumados por hombres y 19.2% por mujeres. El suicidio en los adolescentes de 15 a 19 años, es la 3ª. causa de muerte. La población de 15 a 29 años de edad representó el 43.5% de los fallecimientos por suicidio, como se observa:

DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE LA POBLACIÓN QUE COMETIÓ SUICIDIO 2011

Grupo de edad en años	Total %	Hombres%	Mujeres%
10 a 14	4.4	3.0	9.9
15 a 19	15.0	13.0	23.6
20 a 24	16.0	15.8	17.1
25 a 29	12.5	12.4	12.9
30 a 34	9.8	10.2	8.1
35 a 39	9.1	9.6	7.1
40 a 44	7.8	8.3	5.7
45 a 49	6.1	6.4	4.5
50 a 54	4.7	5.1	3.4
55 a 59	3.5	3.7	2.5
60 y más años	10.2	11.6	4.8
Total	100	100	100

Nota: La suma menor a 100 debido al no especificado. INEGI. Estadísticas de mortalidad, 2011.

Sin embargo hay que considerar que estas cifras pueden no representar la realidad, ya que en México también se presenta lo referido por Craig y Baucum (2009), de que frecuentemente, suele no reportarse “muerte por suicidio” derivado de los tabús religiosos en su contra y por respeto a los sentimientos de otros miembros de la familia (Garland y Zigler, 1993).

Torres (2010), señala que el abordaje precoz de los problemas de salud mental puede llevar a reducir los problemas emocionales y de conducta, el deterioro funcional, y los problemas con la aplicación de la ley.

Cabe destacar lo que señala la OMS (2001), al no atender, los trastornos mentales se puede dificultar todos los aspectos de la salud, (bienestar emocional y el desarrollo social), dejando que los adolescentes se sientan aislados socialmente, estigmatizados e incapaces de mejorar sus aportaciones sociales, profesionales e interpersonales a la sociedad.

Modelos Teóricos de la Depresión en la Adolescencia

Vázquez, Hervás, Hernangómez y Romero (2010), señalan que dentro de los modelos de vulnerabilidad psicológica a la depresión existen factores latentes en la persona y que en su interacción con sucesos estresantes o negativos aumentan la probabilidad de y/o mantenimiento del trastorno. Las variables determinantes están relacionadas con la forma de procesar la información, los sesgos cognitivos favorecen la aparición y el mantenimiento de episodios depresivos. Dichos factores cognitivos son sesgos de la memoria, de atención, de interpretación, atribuciones causales, pensamientos irracionales y baja autoestima.

Estos autores hacen referencia a la violencia intrafamiliar, señalan investigaciones que han demostrado que los hijos que han sufrido abuso verbal con descalificaciones personales, es más probable que generen un esquema cognitivo negativo (mayor tendencia a la inculpación), y finalmente una mayor probabilidad de sufrir un primer episodio depresivo (Alloy et al., 2009).

Pérez et al. (2005), en su investigación sobre madres maltratadoras señalan que una reacción hostil con impulsos destructores puede ser una respuesta a la

frustración de impulsos vitales, que puede ser dirigida al daño físico y a otras personas, (Tocaven, 1990; Ampudia y Tovar, 2002). Consideran la influencia que tienen los factores de personalidad en el desarrollo de la agresividad, (Megargee, Merecer y Carbonell, 1999; Ampudia, 2004), en las madres maltratadoras se observó una tendencia neurótica, por la elevación de las escalas de Hipocondriasis; Depresión e Histeria, que sugieren problemas de constante inconformidad, persistentes preocupaciones sobre su salud, insatisfacción y estados de ánimo bajo. Se identifican reacciones de ansiedad, depresión, y enojo contenido que las hace potencialmente riesgosas para dirigir este sentimiento hacia el maltrato de sus hijos, (Briere y Runtz 1990; Ampudia y Delgado 2002).

Señalan estos autores, que las características de las madres maltratadoras corresponden a los criterios de la personalidad explosiva, pasivo-agresivas (Megargee, Merecer y Carbonell, 1999). Puede parecer persona agradable y bien adaptada, pero a la menor frustración o demora y al mínimo indicio de rechazo encenderá una reacción en cadena de rabia. Al principio presenta hostilidad oral agresiva (crítica, refutación, intimidación), pudiendo convertirse en una agresión física. La ira potencialmente explosiva hace que los familiares le tengan miedo, respeto y condescendencia, para evitar que se altere. La pasividad puede ser reacción contra los sentimientos personales intensos de ira y hostilidad, (Ampudia y Delgado, 2002). Adoptan primero un papel pasivo temiendo expresar sus sentimientos, pero, esa hostilidad interpersonal se expresa en formas sutiles y desviadas.

Las madres no maltratadoras experimentan menor desagrado hacia las personas, menor frustración y ansiedad. En cambio, las mujeres que muestran agresión, tienen mayor percepción de rechazo, un bajo concepto de sí mismas y tienden a fracasar. Confirmando la correlación inversa entre el factor frustración y ansiedad y el factor agresión.

Con lo antes expuesto, se observa que la violencia intrafamiliar genera frustración y estrés, siendo factores latentes del entorno para incrementar la

tendencia a la depresión en los hijos, mismos que son factores limitantes en su desarrollo personal, haciéndoles personas más vulnerables en su actuar.

Heath y Camarena (2002), señalan que los adolescentes que son propensos a deprimirse, cuando experimentan eventos estresantes, pueden ser muy autocríticos y sentir poco control sobre las situaciones, tanto positivas como negativas. Beck postula que ciertas personas poseen creencias "depresógenas" y actitudes disfuncionales que les hacen vulnerables a la depresión. Su estilo de atribución negativa se caracteriza cuando el individuo culpa, a eventos adversos incontrolables a sí mismo.

Además, Beck et al. (1979), señalan que los pensamientos negativos contribuyen al desarrollo y mantenimiento de conductas depresivas (cit en Shaffer y Waslick, 2003).

Lipps y Lowe (2005), observaron en un estudio, que adolescentes jamaicanos deprimidos que parecían tener síntomas predominantemente cognitivos con los procesos de pensamiento negativo, presentaban sentimientos de culpa, odio a sí mismos, auto castigo, insatisfacción y fracaso.

Beck, Brown, Berchick, Stewart y Steer (1990), señalan que la depresión es el trastorno mental que más frecuentemente se asocia con el suicidio. La ansiedad, es una fuerza potente impulsora en el proceso del suicidio, está estrechamente enlazada con la depresión y ambos trastornos son en ciertas ocasiones indistinguibles. Los estudios han revelado que hasta 80% de las personas que se suicidaron tenían varios síntomas depresivos.

En un estudio longitudinal efectuado durante 10 años en Estados Unidos, Beck, Steer, Kovacs y Garrison (1985), destacaron la importancia de los sentimientos de desesperanza como factor predictivo del comportamiento suicida y la falta de expectativas permitió identificar al 91% de los individuos que posteriormente se suicidaron.

Riso (2002), señala que las personas depresivas muestran tendencia a confirmar lo malo construyendo teorías y conceptos sobre sí mismo que afectan su imagen de sí mismo, su autoconcepto, su autoestima y su autoeficacia.

Shaffer y Waslick (2003), señalan que las crisis suicidas pueden ser el resultado directo o indirecto de la expresión de pensamientos o ideas suicidas, o de un comportamiento autolesivo (rasguños), hasta atentados graves contra la vida. La depresión es el primer factor de riesgo para la ideación o intentos suicidas, o para el suicidio consumado.

Para Barón (2000), la adolescencia es un proceso agudo de cambios, donde el suicidio se realiza como un comportamiento para contrarrestar la impotencia que se siente ante un problema existencial. En donde inciden antecedentes patológicos, trastornos afectivos y abuso de sustancias, además en ciertos casos, afecta la definición de su identidad sexual y de personalidad.

Esta autora señala que los adolescentes con riesgo suicida presentan generalmente baja tolerancia a la frustración, actitudes perfeccionistas, son críticos y rígidos, no toleran el fracaso, pueden no vislumbrar su propia maldad y no se sienten queridos, por lo que se perciben ajenos a sus familiares y entorno. Así el adolescente con alto riesgo de suicidio puede presentar rasgos de ser solitario, aislado, ensimismado, frecuente pocos amigos, no confía en nadie, se siente excluido automáticamente y rechazado por los pares.

Ramos-Lira y López (2010), señalan que las enfermedades mentales provocan mayor discapacidad que otros padecimientos crónicos. Así la depresión ocupa el 1er. lugar con 6.4% de la población que la padece, trastornos por consumo de alcohol el 9° lugar con 2.5% y esquizofrenia el 10° lugar con 2.1%.

Estas autoras señalan que los trastornos asociados con la violencia pueden ocurrir, tanto en las víctimas como en los perpetradores de la misma, particularmente en el caso de las relaciones afectivas cercanas, ya que la violencia no se configura solamente como un suceso aislado. Abarca una serie de comportamientos que llegan a establecer un patrón de relación, que se vuelve un problema crónico y es factor de riesgo importante para el desarrollo de problemas de salud mental.

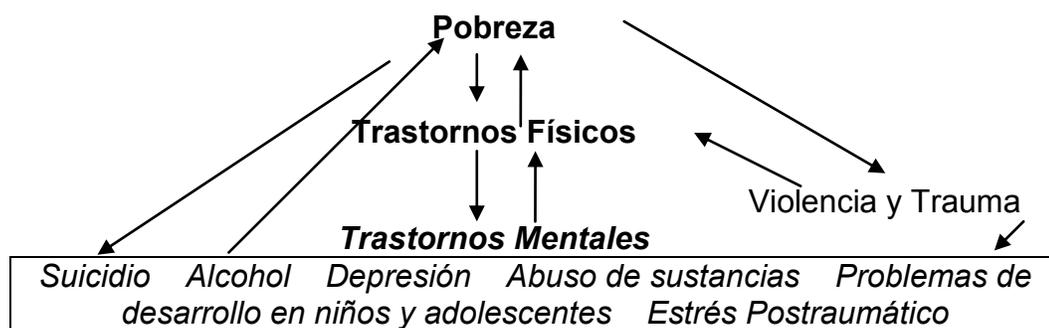
Pérez, Rivera, Soto y Muñoz (2011), agrupan factores de riesgo para el desarrollo de la depresión en niños y adolescentes: factores genéticos, estresores

ambientales, eventos negativos en la vida y características propias de la persona. En la personalidad refieren un elevado nivel de ansiedad, baja autoestima, alto nivel de autocrítica, distorsiones cognitivas, pobre desempeño escolar y deficiencia en habilidades sociales.

Heinze (2014), respecto a la depresión señala ciertos rasgos temperamentales que hacen vulnerable a la persona para padecer una alteración mental como dependencia, necesidad de autoafirmación, baja autoestima, obsesividad, maltrato infantil, patrones negativos de pensamiento sobre sí mismo y los demás.

La OMS (2004), considera que la pobreza es factor generador de la depresión y ansiedad, estas familias están más expuestas a enfermedades, desempleo, violencia intrafamiliar y son más vulnerables. Por el bajo nivel socioeconómico, se carece de casi todos los servicios, la atención médica es nula, con lo cual las enfermedades no se atienden de forma temprana, existe mala nutrición y mínima estimulación infantil. Además, en la pobreza se tiene un deficiente nivel educativo, acceso limitado a mejores salarios, inseguridad y ambientes caóticos.

Para la OMS (2004), la depresión prevalece de 1.5 a 2 veces más entre las personas pobres, ya que la pobreza es un determinante importante de los trastornos mentales y viceversa, creándose un **“Círculo Vicioso de Pobreza y Trastornos Mentales”**. Así los siguientes factores impiden reducir la pobreza y limitan el desarrollo individual, familiar y del país.



OMS 2004 Invertir en Salud Mental.

La situación económica es un factor de riesgo en donde se acentúan las problemáticas como enfermedades sin atención médica, pérdidas personales y materiales, problemas jurídicos, acoso, codependencia, dificultades escolares y

laborales, estos eventos de la vida diaria pueden ser factores desencadenantes de depresión en diferentes grados, por lo que se requiere ser atendidos por un especialista.

Es importante enfatizar, que existe un alto factor de peligro que la depresión adolescente persista y continúe en la adultez, de ser éste el caso, dichos adultos se convertirán en trabajadores de baja productividad, con falta de interés y motivación.

La tendencia puede reducirse, si se trata el trastorno depresivo de forma temprana, se ha observado en diversos estudios los efectos benéficos de la prescripción de medicamentos psiquiátricos, conjuntamente con psicoterapia, en particular el presente trabajo se enfoca a la Terapia Racional Emotiva Conductual, TREC.

La TREC considera que la depresión se produce por una alteración irracional en la forma de pensar, misma que afecta las emociones y conductas de la persona. Esta terapia busca ayudar a la persona a observar, analizar y modificar los errores en su pensamiento o distorsiones cognitivas, para que piense de forma más realista y cambie su conducta, con lo cual se sentirá mejor y tomará decisiones asertivas para resolver sus problemas.

Capítulo 4. TERAPIA RACIONAL EMOTIVA CONDUCTUAL, TREC.

Definición

La TREC es una psicoterapia cognitivo conductual, que fue creada y desarrollada por Albert Ellis psicólogo estadounidense en 1955, la cual en sus inicios denominó Terapia Racional Emotiva. Hauck y McKeegan (2000), señalan que Ellis fue pionero al reconocer los apuntalamientos ideológicos de los trastornos emocionales y conductuales.

TREC se enfoca en la relación entre pensamientos, emociones y conductas irracionales; que contribuyen en gran parte, a la perturbación humana y al auto-derrotismo emocional y conductual, ya que la creencia racional esta distorsionada, (Ellis y Grieger, 1981).

Distingue Ellis que la TREC es activa, directiva, integral y empírica, su objetivo es la solución de los problemas de los trastornos emocionales y de la conducta, así como clarificar las cogniciones y conocer sus creencias irracionales, buscando que la persona sea más realista y pueda llevar una vida más satisfactoria, desarrollando sus capacidades individuales. La persona aprende técnicas cognitivas, emotivas y conductuales que puede practicar el resto de su vida.

Ellis señala que es una terapia eficaz, breve, profunda y duradera, que genera cambios filosóficos profundos, sus principales objetivos son detectar, cuestionar y cambiar las creencias y actitudes que añaden sufrimiento a la persona. Al potenciar la filosofía del sentido común y la inteligencia que toda persona tiene, se identifican y reparan los síntomas y en pocas sesiones puede mejorar, al desaparecer gran parte del estrés y de la sintomatología presentada, el paciente puede enfocarse en metas que antes creía difíciles de realizar. Una de las principales metas de la persona es obtener el mayor bienestar posible y evitar el malestar innecesario, lo cual da sentido de vida.

Dryden y Neenan (2012), señalan que Ellis denominó a la TREC por:

- Terapia: del griego *Therapeia* ofrecer un servicio, atención; a personas con problemas emocionales, de insatisfacción y de desarrollo personal.
- Racional: los problemas emocionales están basados en un pensamiento irracional es necesario cambiar el pensamiento a su equivalente racional. (creencias y actitudes).

- Emotiva: es relevante eliminar la perturbación emocional y las emociones negativas insanas, (creencias irracionales, adversidades, entendimiento intelectual y/o emotivo).
- Conductual: las conductas no constructivas con creencias racionales cambian a conductas constructivas, se modifican en positivas para un efecto útil.

La premisa básica de la TREC es que las personas controlan en gran parte sus propios destinos creyendo y actuando según los valores y creencias que tienen. La TREC se enfoca en la filosofía del Estoicismo, que sostiene que las emociones destructivas son resultado de errores, en el juicio de las personas, (Ellis y Grieger, 1981).

Ellis se basa en la frase del filósofo griego Epícteto (siglo 1 dC.):

**“NO SON LAS COSAS QUE ME HACEN SENTIR COMO ME SIENTO,
SINO COMO LAS INTERPRETO”.**

Es decir las personas no se alteran por las situaciones, eventos o cosas, sino por lo que piensan, su percepción, significados, actitudes, valores y creencias sobre dichos acontecimientos.

La TREC favorece la realización de un proceso psicoeducativo emocional y conductual al integrar el aprendizaje emocional de percepción, comprensión y manejo de las emociones y conductas. Para lo cual, lleva a cabo un método de diagnóstico, mediante procedimientos lógicos y empíricos, es un sistema terapéutico de la teoría del ABC, de cómo las personas crean y destruyen sus propias perturbaciones.

Teoría del ABC

Ellis desarrolla la teoría del ABC de las reacciones emocionales y conductuales, en donde establece que las personas directamente no reaccionan emocional y/o conductualmente, ante los acontecimientos que encuentran en su vida, sus reacciones son causadas según la forma en que interpretan o valoran los acontecimientos que experimentan.

La valoración clínica e identificación del foco terapéutico de atención son:

ABC = Detectar las Creencias Irracionales.

Busca diferenciar los problemas emocionales de los problemas cotidianos, identificando:

A = Acontecimiento Activador,

B = Bagaje de Creencias Irracionales, (Pensamientos),

C = Consecuencias, Emocionales y/o Conductuales.

D = Debatir, distinguir y discutir las creencias irracionales.

E = Efecto Final, conseguir y manejar una nueva filosofía.

En donde:

“**A**” es el suceso activador, puede ser un acontecimiento externo o interno a la persona (pensamiento, emoción, conducta, imagen, fantasía, percepción, sensación, etc.).

“**B**” es el sistema cognitivo de la persona (pensamientos, creencias, actitudes, normas, costumbres, recuerdos, imágenes, conceptos, supuestos, atribuciones, valores, filosofía de vida, religión, etc.).

“**C**” es la reacción o respuesta derivada del acontecimiento “A”, y puede ser de tipo emotivo y conductual.

A	B	C
Acontecimiento Activador	Bagaje de Pensamientos	Consecuencias Emociones y Conductas
Hablar en público Ser evaluado	“Me voy a bloquear” “Lo haré mal” “Se van a burlar de mi” “Pensaran que soy tonto”.	Ansiedad Evitación Miedo Vergüenza Huida
Ansiedad Evitación	“No puedo hablar en público” “Soy un inútil” “No puedo hacer nada bien”	Inseguridad Enojo No hablaré

El procedimiento es:

1. Plantear el suceso activador (A), procesos cognitivos y emocionales relevantes.

Hablar en público ante mis compañeros.

2. Identificar las consecuencias (C), las emociones y conductas, que generaron el acontecimiento (A).

Creo que no puedo hablar en público.

Se investiga a través de las emociones básicas (miedo, tristeza, ira, hostilidad, alegría, enojo, sorpresa, asco) y emociones sociales fundamentales (culpa, envidia, sufrimiento, vergüenza, incomodidad, inseguridad, timidez, orgullo, desprecio, etc.).

3. Buscar las representaciones específicas que conectan (A) con (C).

Mis compañeros me criticaran y se burlaran de mí.

4. Las creencias o pensamientos (B), es lo que se dice la persona a sí misma y son evaluaciones de (A), mismas que están sesgadas en base a la irracionalidad de la persona, lo cual forma su estructura del sistema de creencias y son significados personales.

“Me voy a bloquear, lo haré mal, se van a burlar de mí, pensaran que soy tonto”.

¿Cuál es la emoción que regulaba el comportamiento?

C = ansiedad, miedo, vergüenza.

¿Qué es lo que conecta A con C?

“No puedo hablar” “Soy un inútil”, “No puedo hacer nada bien”

Se solicita al paciente que imagine lo que pensó (B) y cómo se sintió (C) al saber que tenía que hablar en público y su intención de evitar exponer en público.

5. Al realizar la percepción e identificación de (B) sobre (A), se ubica el por qué, de las consecuencias emocionales y/o conductuales (C).

6. Cada (C) de una secuencia ABC es el (A) de la próxima secuencia.

La identificación del foco de atención del caso se ubica en el pensamiento dominante:

1. Incapacidad e inadecuación para hablar en público.
2. Expectativas de juicios negativos y humillantes de los compañeros.

Generan representaciones disfuncionales:

1. De sí mismo como torpe, incapaz e inútil.
2. Interpersonal con representaciones de sí mismo, de los otros y sus relaciones.

Caro (2011), apunta a la filosofía de la TREC para la resolución de problemas de autoestima, ya que la persona se condena a sí misma y no se acepta teniendo una visión absolutista y dogmática sobre sus errores, donde es importante la autoaceptación incondicional. Esta autora cita a Dryden y Neenan (2004) sobre la filosofía de la TREC:

- El sí mismo es todo aquello que puede valorarse sobre una persona.
- Los humanos, son por naturaleza, falibles y no pueden perfeccionarse.
- La autoaceptación incondicional promueve las emociones saludables y la conducta constructiva.

En este ejemplo se observa que cuando (B) evalúa (A) de forma rígida, absolutista y disfuncional, la consecuencia emocional y conductual (C), es más probable que sea contraproducente y destructiva.

En cambio, cuando (B) evalúa (A) de forma flexible, constructiva y realista, (C) es factible que sea más constructiva y de autoayuda. La TREC favorece un enfoque de aprendizaje y autoayuda donde el paciente aprende habilidades cognitivas-conductuales para manejar adecuadamente sus dificultades.

Creencias Irracionales

Ellis observa que la mayoría de las personas tienen tendencias innatas racionales e irracionales, conscientes e inconscientes, que generan dificultades emocionales como (ira, dolor, culpa, felicidad, vergüenza, depresión, ansiedad, autoreclamación, autocompasión, etc.), de la misma forma dan lugar a conductas de (dilación, adicción, compulsión, evitación, retirada, etc.), debido a sus creencias irracionales, pensamientos contraproducentes y perturbación emocional y conductual.

Ellis identificó **Once Creencias Irracionales Básicas** que causan y mantienen las perturbaciones emocionales y conductuales, (Razón y emoción, 2003):

1. Es una necesidad extrema para el ser humano adulto el ser amado y aprobado por prácticamente cada persona significativa de su comunidad.

2. Para considerarse a uno mismo valioso se debe ser muy competente, suficiente y capaz de lograr cualquier cosa en todos los aspectos posibles.
3. Cierta clase de gente es vil, malvada e infame y que deben ser seriamente culpabilizados y castigados por su maldad.
4. Es tremendo y catastrófico el hecho de que las cosas no vayan por el camino a que uno le gustaría que fuesen.
5. La desgracia humana se origina por causas externas y la gente tiene poca capacidad, o ninguna, de controlar sus penas y perturbaciones.
6. Si algo es o puede ser peligroso o terrible se deberá sentir terriblemente inquieto, deberá pensar constantemente en la posibilidad de que ocurra.
7. Es más fácil evitar que afrontar ciertas responsabilidades y dificultades en la vida.
8. Se debe depender de los demás y que se necesita a alguien más fuerte en quien confiar.
9. La historia pasada es determinante decisivo de la conducta actual, y que algo que ocurrió y le conmocionó debe seguir afectándole indefinidamente.
10. Uno deberá sentirse muy preocupado por los problemas y las perturbaciones de los demás.
11. Invariablemente existe una solución precisa, correcta y perfecta para los problemas humanos, y que si esta solución perfecta no se encuentra, sobreviene la catástrofe.

Creencias Irracionales	Creencias Racionales
No tienen coherencia lógica No se verifican en la realidad No son eficaces y de utilidad práctica Son demandantes, frustrantes, extremas, inflexibles, dogmáticas intolerantes, falsas, absolutistas, rígidas. No ayudan a lograr metas y propósitos	Tienen coherencia lógica Son empíricas, se verifican en la realidad Son pragmáticas, sensibles, eficaces, constructivas, verdaderas, y útiles Son deseos flexibles, preferenciales Ayudan a lograr metas y propósitos

Para Ellis las creencias irracionales o disfuncionales expresan deseo, preferencia, agrado o desagrado, y son el foco terapéutico a trabajar desde el

inicio del proceso, utilizando el método del Debate Racional para contrastar la validez de dichas creencias.

Exigencias Absolutistas

Ellis en su Manual de Terapia Racional Emotiva (1981), plantea la existencia de la *Necesidad Perturbadora* de las personas, conformada de perturbaciones emocionales y necesidades absolutistas que identifican las Creencias Irracionales:

1. Piensas que alguien “*debería*”, “*es necesario*”, o “*tiene que*” ser diferente de lo que es en realidad; (Exigencia Absolutista).
2. Lo encuentras “*horrendo*”, cuando es de esa manera; (Catastrofismo);
“*es terrible que*”, “*es horroroso, no puede ser tan malo como parece*”.
3. Piensas no poder “*sufrir, soportar o tolerar*” a la persona o cosa, por lo que no debería haber sido así; (Baja Tolerancia a la Frustración);
“*no puedo soportarlo*”, “*no puedo experimentar ningún malestar nunca*”.
4. Piensas que tú u otros han cometido “*errores horribles*” o lo siguen haciendo, no deben actuar como lo hacen, no valen para nada y son *canallas, podridos o despreciables*; (Condena o Depreciación).
“*soy un tonto*”, “*es un malvado*” toca la valoración de sí mismo y de otros.

Dentro del proceso psicoterapéutico de la TREC, las formas para encontrar la irracionalidad se enfocan en buscar en el discurso del paciente:

Deberías: “*Debo de*”, “*Tengo que*”, “*Tendrían que*”, “*Necesito que*”;

Absolutos: *nadie, nunca, todo, siempre*,

Generalizaciones: (distorsiones de la realidad), *todos los hombres...*

Estos son imperativos internos y necesidades perturbadoras que buscan cumplimiento de deseos fuera de la realidad, dado que ven el mundo deformado y resultan en afirmaciones anti-empíricas de necesidad exigente e imperativa sobre lo que piensa la persona.

Con base a lo anterior, es importante detectar las **Creencias Irracionales** que constituyen la perturbación emocional, ya que son emociones negativas e intensas, necesidades exigentes, inflexibles, rígidas y de larga duración, que

hacen sentir mal, están fuera de la realidad, hacen perder oportunidades y son absolutas.

En ocasiones, las personas piensan que sus deseos y preferencias son demandas a ser cumplidas por los otros. Ellis en *“Las primeras teorías y prácticas de la TREC...”* (2003), señala la “Necesidad Perturbadora” (musturbatory) para reconocer las creencias irracionales:

1. Es absolutamente necesario, tener un buen desempeño y para ganar la aprobación de los otros significativos. Si fallo, en estos aspectos, es horrible y yo seré una persona indigna incompetente, que probablemente siempre fallará y merezco sufrir.

Mantener esta creencia tiende a contribuir a sentimientos de ansiedad, pánico, depresión, desesperanza y falta de valor.

“Tengo que conseguir afecto o aprobación de las personas importantes para mí”

“Debo hacer todo bien y merecer la aprobación de los demás por mis actuaciones”.

2. Las personas con las que me relaciono, es absolutamente necesario, que me traten muy bien, con consideración y justicia. De lo contrario, es terrible, yo seré, malo, ellos son indignos, podridos, que siempre me tratan mal y no merecen una vida buena y deben ser severamente castigados por actuar tan abominable conmigo.

Mantener esta creencia contribuye a sentimientos de ira, rabia, furia y venganza. Pudiera generar conflicto, guerras, genocidio y holocausto.

“Tengo que ser competente, no cometer errores y conseguir mis objetivos”.

“Deben actuar de forma agradable, considerada y justa conmigo”.

3. Las condiciones en las que vivo deben, absolutamente necesario y prácticamente en todo momento, ser favorables, seguras y sin complicaciones, de forma rápida, fácil y agradable, si no son de esa manera, el mundo es terrible y horrible y no puedo soportarlo. Nunca podré disfrutar de mi mismo en absoluto. Mi vida es imposible y casi no vale la pena vivir.

Mantener esta creencia apoya la baja tolerancia a la frustración, ira, depresión, autocompasión, y conductas (dilación, evitación e inacción).

“Tengo que conseguir fácilmente lo que deseo (bienes materiales, emocionales o sociales) y no sufrir por ello”.

“Deben ofrecerme unas condiciones buenas y fáciles para que pueda conseguir lo que quiero, sin mucho esfuerzo o incomodidad”.

Cuando se presentan las demandas absolutistas sobre sí mismo, las otras personas y el mundo, cuando estas demandas fallan, Ellis (1979, 1980) señala que se genera un malestar emocional que dará lugar a dos tipos de perturbación psicológica: la ansiedad del Yo y de ansiedad perturbadora.

Ruiz, Díaz y Villalobos (2012) señalan en base a lo expuesto por Ellis, que la **Ansiedad del Yo** es un malestar emocional intenso, que presenta sentimientos fuertes de depresión, vergüenza, culpa o incapacidad. La persona experimenta:

- 1 Que su “yo” o su valía personal está amenazado,
- 2 Que “debe” o “tiene” necesariamente que hacer bien las cosas y/o ser aprobado por los demás
- 3 Que siente que es “horroroso”, “terrible” o “catastrófico” no hacer bien las cosas y no ser aprobado por los otros como él cree que “debería” o “tendría” que ser.

Lo cual supondría, el auto desprecio de sí mismo por no cumplir con las exigencias que tiene sobre sí, los otros y el mundo. Aquí se consideraría la autoaceptación incondicional, reconociendo la falibilidad humana para el adecuado afrontamiento de los problemas.

Ansiedad Perturbadora es el malestar emocional que experimenta la persona cuando:

- 1 Considera que su vida o bienestar se encuentran amenazados,
- 2 Que debe o tiene que conseguir lo que desea necesariamente o “no debe o no tiene” que experimentar o padecer lo que no desea,
- 3 Que es terrible, horroroso o catastrófico, en lugar de desagradable o incómodo, no conseguir, lo que cree que debe o tiene que tener, y siente lo que creen que no debe o no tiene que sentir.

Implica una baja tolerancia a la frustración por las demandas a sí mismo, a los otros o al mundo que son dogmáticas sobre las condiciones de bienestar y vida confortable que debería tener. La tolerancia a la frustración es la alternativa saludable y racional en este caso. La no aceptación del malestar como las emociones negativas es la problemática.

Estas autoras señalan igualmente que, cuando la persona haya aprendido a dejar de “*horrorizarse*” de sus propios sentimientos de ansiedad, cuando acepte que sentirse ansioso no es tan “*terrible*”, dejará de obsesionarse por ese sentimiento y, entonces, según los preceptos de la TREC, podrá trabajar para superar la ansiedad que le producen los estímulos concretos, como por ejemplo: hablar en público.

Como se observó, cuando no se cumplen esas exigencias o necesidades de la persona se afecta la capacidad para afrontar situaciones desagradables y surgen los pensamientos disfuncionales o distorsiones cognitivas.

DISTORSIONES COGNITIVAS

Abstracción selectiva o filtro mental se enfoca solo en ciertos aspectos de un hecho o persona, excluyendo otras características.

Culpabilidad atribuirse los problemas ajenos, o culpabilizar a otros de los problemas propios.

Debeísmo o “Deberías” es lo que uno piensa que “debería” ser, en lugar de cómo son. Reglas rígidas, las exigencias se aplican a sí mismo, a los otros y a la vida en general.

Descalificar lo positivo no considera las características o aspectos positivos.

Etiquetado es asignar etiquetas absolutas, con connotaciones prejuiciosas.

Falacia de control tener control y responsabilidad sobre el entorno (omnipotencia), o sentirse externamente controlada por otros o por las circunstancias.

Falacia de justicia enjuiciar aquello no coincidente con los deseos, necesidades, creencias y expectativas personales.

Falacia de cambio suponer que la felicidad depende solo de los actos y conductas de los demás o de circunstancias externas, en vez de responsabilizarse de sí mismo.

Falacia de razón suponer que mi verdad es absoluta sin considerar las opiniones de otros.

Falacia de recompensa divina suponer que los problemas mejoren por sí solos sin tomar una actitud activa, o ser recompensado de alguna forma.

Magnificación y Minimización se subestima y sobreestima a personas y eventos.

Visión catastrófica imaginar el peor resultado, sin la probabilidad de ocurrir, o pensar que es insoportable cuando es difícil, (baja tolerancia a la frustración).

Negación es la tendencia a negar problemas, situaciones o errores.

Negativismo se magnifican los aspectos negativos y son evadidos los positivos.

Pensamiento absolutista, polarizado o dicotómico (todo o nada) se considera eventos y personas en términos absolutos, sin grados intermedios, “siempre”, “nunca”, “todo”.

Personalización o falsa atribución, se asume que le han causado afectación directa, cuando no sucedió en realidad.

Proyección ubica en otra persona pensamientos y sentimientos, que no son aceptados como propios, dado que generan angustia o ansiedad.

Razonamiento emocional son argumentos de cómo se “siente”, en lugar de la realidad.

Inferencia arbitraria o conclusiones precipitadas asume situaciones sin soporte empírico.

Lectura de pensamiento presupone intenciones, actitudes o pensamientos de otros.

Adivinación predice el resultado de eventos antes de que sucedan.

Sobregeneralización un caso aislado, lo generaliza.

Sesgo confirmatorio tendencia a sesgar la realidad, para ubicar ideas preconcebidas.

Burns, 2006.

Al no cumplirse las exigencias que la persona demanda considera que es “*tremendo*”, presenta baja tolerancia a la frustración y/o se condena a sí mismo o a los demás, apareciendo la ira, culpa, etc. Al entender estas distorsiones se busca una autorregulación y autoprotección, con estrategias de afrontamiento ante los estímulos adversos, pero si no se aplica el ABC adecuadamente, no ofrecen un manejo real y duradero.

Se puede observar que ciertas personas presentan dicotomías en su forma de vivir:

- Exigencia - Preferencia acepta sus limitaciones de todo tipo y se centra en disfrutar y/o conseguir solo sus posibilidades.
- Yo como objeto etiquetas frente al yo como potencial.
- Vivir en función del disfrute presente frente a las metas o hedonismo a largo plazo.
- Considerar el determinismo “ser resultado de” frente a “considerarse causa de”.
- Profecías auto cumplidas “si crees que puedes, puedes y si no crees, no puedes”.

En la TREC se adopta una actitud muy directa sobre la interpretación de los verbalismos y los comportamientos del paciente, a fin de que pueda lograr una perspectiva de sus pensamientos y de sus actos y sea capaz de usarla para hacer cambios fundamentales en algunos aspectos importantes de su funcionamiento, Ellis y Abrahms (1983).

La TREC emplea un acercamiento deductivo, donde el terapeuta infiere los errores cognitivos. Busca identificar y cambiar las creencias irracionales, perturbaciones emocionales, dogmáticas y absolutistas, a fin de manejarse con emociones y conductas funcionales y adaptativas. Es importante conocer el papel

central de las cogniciones en los trastornos psicológicos y como último objetivo, es el cambio terapéutico.

Las emociones son un proceso psicológico, adaptativo para responder a las demandas del entorno, de tipo natural, con respuestas físico-químicas y son reacciones a nuestras interpretaciones y creencias.

Emociones y Conductas Disfuncionales	Emociones y Conductas Funcionales
Son inapropiadas, contraproducentes, Impiden la mejor resolución del problema, Empeoran los resultados, Desvían de las metas o propósitos, Crean auto sabotaje, perjudican	Sirven para resolver, mejorar, o al menos no desviar de las metas o propósitos.

Chabot y Chabot (2010) señalan las reacciones que puede presentar una persona con un determinado activador, lo cual le puede generar diferentes emociones y conductas dependiendo de sus pensamientos, edad, situación de vida (escolar, laboral, familiar, marital, parental, financiera, etc.), en un momento específico de la vida de la persona.

Tabla 4.1

ACTIVIDADES, EMOCIONES Y COMPORTAMIENTOS

Activador	Emociones	Comportamientos
Amenaza	Miedo, culpa, inseguridad	Huida, desconexión
Obstáculo	Cólera, frustración	Ataque, crítica
Pérdida, fracaso	Tristeza, decepción	Cerrarse en sí mismo, desmotivación
Adversidad, reprimenda	Aversión, humillación	Rechazo, sin compromiso, confundirse
Repulsión, no atención	Desdén	Condescendencia
Situación inadvertida,	Sorpresa, estupefacción	Desorientación, enervamiento
Situación deseada, éxito	Felicidad, entusiasmo	Acercamiento, motivación, interés

Chabot y Chabot, 2010

El impacto que tienen las emociones es tan importante que pueden afectar el rendimiento personal, las consecuencias del estrés y su reacción emocional, perjudicando la memoria y aprendizaje, entre otros aspectos.

IMPACTO DE LAS EMOCIONES SOBRE EL RENDIMIENTO

Emociones Negativas		Emociones Positivas	
Bloqueo, Pérdida de tiempo, Mala comunicación, Conflictos interpersonales, Ausencia de colaboración, Resistencia	Desconexión, Ausentismo, Sabotaje, Evitación, Inseguridad	Motivación, Perseverancia, Flexibilidad, Compasión, Creatividad, Interés	Compromiso, Colaboración, Apertura de espíritu, Aceptación, Armonía

Chabot y Chabot, 2010

Debate

Ellis y Grieger (1981), señalan que para lograr un cambio en el pensamiento es necesario el **Debate (D)** de las creencias irracionales (B), dicho proceso, consiste en diferenciar las creencias irracionales, de las racionales. Este procedimiento se busca que sea claro y consistente, se examina las evidencias y refuta las ideas disfuncionales, para que la persona pueda entender y abandonar las ideas irracionales, a las que se aferra.

Se enseña al paciente a identificar las creencias irracionales, preguntando, discutiendo, analizando y debatiendo para reemplazar dichas ideas, por otras más racionales sobre sí mismo, las personas que le rodean, los demás en su entorno y el mundo en general, surgiendo mejores probabilidades de manejo de emociones y conductas adaptativas.

El debate racional emotivo se realiza mediante el método de Debate Socrático, que es dialéctico o de demostración lógica, empírico y pragmático para la indagación o búsqueda de conceptos, nuevas ideas con reflexión y razonamiento.

- **Debate de Creencias Irracionales y Disfuncionales:** es discutir, distinguir, definir y debatir los pensamientos y la búsqueda de sus orígenes.
- **Debates Funcionales** es cuestionar las aplicaciones prácticas de algunas creencias y de las emociones y comportamientos que los acompañan, o sea evaluar si ha alcanzado sus objetivos.

¿Te está sirviendo de ayuda?

¿Cómo afecta a tu vida pensar de este modo?

- **Debates Empíricos** las preguntas están orientadas a evaluar los hechos objetivos de las creencias del paciente, compatible con la realidad social.

¿Dónde está la evidencia?

¿Dónde está la prueba de que esto es exacto?

¿Dónde está escrito?

- **Debates Lógicos** cuestiona el salto ilógico que está haciendo en su pensamiento irracional, de los deseos o preferencias a las exigencias.

¿Cómo se entiende que solo porque a ti te gustaría que esto fuera cierto y fuera muy conveniente, deba serlo?

¿Dónde está la lógica de que R deba seguir a X?

¿Por qué el fracaso te hace una persona despreciable?

- **Debates Filosóficos** trata sobre la satisfacción por la vida, define la existencia del paciente.

“aunque las cosas no sean como tu desees, sin embargo puedes aportar un poco de satisfacción a tu vida, ¿Tu que crees?”

El proceso de **Debate** llevado a cabo en la TREC consiste en:

- 1° **Distinguir** mediante un proceso psicoeducativo el manejo de conceptos, entre otros como la diferencia entre “necesitar y querer”, entre “demandas y deseos”, “creencias irracionales y creencias racionales”, mostrando los aspectos buenos y malos, viendo los resultados indeseables y convenientes, diferenciando entre lo lógico e ilógico, viendo las inconsistencias y contradicciones del pensamiento.
- 2° **Definir** con definiciones claras y refinadas para cortar las supra generalizaciones.
- 3° **Debatir** mediante el método lógico empírico para alcanzar la reestructura cognitiva, mediante algunas de las siguientes preguntas como:

¿Qué quieres decir realmente con...?

¿Qué evidencia tienes?

¿Cómo se llega a esa conclusión?

¿Qué es lo que realmente se está diciendo?

¿Qué consecuencias tendría eso?

¿Cómo podría saber que lo que dices es verdad?

¿Por qué es eso importante?

4° **Redefinir** es la modificación semántica que detiene las supra generalizaciones y se acerca a la realidad.

5° **Efecto Final** es cambiar las ideas irracionales a unas ideas más funcionales y apegadas a la realidad. Se obtiene el cambio a la nueva filosofía, trabajando con la persona en forma paciente, firme, enérgica y emotivamente para que las creencias irracionales no surjan nuevamente.

Lo anterior, se realiza mediante métodos y técnicas cognitivas, emotivas y conductuales, en donde el paciente hace registros, ejercicios diversos y tareas, a fin de obtener una forma más racional, realista y constructiva de pensar, con emociones y conductas afines y funcionales para su diario vivir.

Al obtener el cambio cognitivo, la persona puede pasar de una emoción intensa a una emoción más moderada y soportable. Es más probable que experimente emociones negativas aceptables o apropiadas como:

Emociones Negativas	Emociones Negativas Aceptables
Enojo, Ira	Enfado
Ansiedad	Preocupación
Depresión	Tristeza
Culpa	Remordimiento
Vergüenza	Decepción

Hauck y McKeegan (2000), señalan que cuando una persona sostiene creencias racionales y se encuentra ante circunstancias negativas, será menos propensa a experimentar trastornos emocionales o conductuales significativos.

Cuando los pensamientos, las emociones y las conductas, llegan a ser congruentes y afines, dentro del marco de la realidad, el ABCDE se considera concluido y se espera que la persona, ya haya adoptado esa nueva forma de pensar, con creencias racionales.

Efecto Final (E), es la nueva estructura de pensamiento, que es más racional y positiva, da lugar a la experimentación de nuevas consecuencias, emociones, conductas y a la comprobación de las nuevas ideas racionales, para ser adoptadas en la cotidianidad y vida de la persona.

La terapia de la TREC busca trabajar a través de la reflexión y análisis de los pensamientos disfuncionales para crear cambios en la forma de pensar, cambios emocionales permanentes y profundos a través de los cambios filosóficos conectados a la realidad y por ende cambios en la conducta de la persona.

TREC General y TREC Preferencial

Ellis considera la TREC General como un sinónimo de la terapia cognitivo conductual general, se aplica a personas que solo quieren un cambio conductual y deductivo de sus distorsiones cognitivas, sin llegar al cambio de filosofía irracional básica.

La TREC Preferencial para Ellis señala Mahoney (1997), es constructivista y humanista, que guía y enseña desde el planteamiento activo - directivo. Sigue la filosofía existencialista de que la persona puede aceptarse plenamente a sí misma, por el solo hecho de existir, de ser persona y por que elige auto aceptarse incondicionalmente. Diferenciando que no únicamente se puede medir a la persona por sus actos, hechos, realizaciones y metas. Ellis resume:

1. Las personas aprenden a plantearse objetivos por el éxito y aprobación familiar; se sienten frustrados y molestos cuando fracasan o son desaprobados. Construyen sus “deberías” y demandas absolutas en función de sus deseos disfuncionales.
2. Al realizar demandas irracionales (auto derrotistas), construyen “deberías”, inferencias y atribuciones poco realistas.
3. Los “deberías” y demandas son imperativos disfuncionales, la terapia les enseña a averiguar sus necesidades conectadas a la realidad.
4. Los sentimientos y las conductas influyen mucho en las creencias y viceversa, la terapia es multimodal con métodos cognitivos, emotivos y conductuales.
5. La TREC trata de persuadir y enseñar una forma de pensar, sentir y actuar poderosa, fuerte y persistente para que enfrente sus demandas y transforme sus preferencias.
6. Para pensamientos, sentimientos y acciones problemáticos, la TREC utiliza métodos cognitivos, emotivos y conductuales que refuercen, penalicen y desensibilicen.
7. La TREC es psicoeducativa utiliza varios medios, enseña resolver problemas, entrenar habilidades, métodos de cambio social para poder moverse en el entorno.
8. Sin maldecirse y deificarse, sí mismo como a los demás, (problemático y disfuncional), la TREC muestra el cambio y auto realización saludable.
9. La TREC es flexible, antidogmática, escéptica, empírica y lógica, maneja alternativas para llegar a una solución mejor (aún imperfecta), para la felicidad humana.
10. La persona es innatamente creativa y constructiva puede reconstruir sus conductas autoderrotistas. Al crearse problemas (pánico, depresión, autodevaluación) sus emociones interfieren en su curación y sabotean sus construcciones para el cambio.

Estructura de la Terapia TREC

Roca (2013), expone una síntesis de la estructura del proceso terapéutico y la práctica de la TREC de Ellis, Grieger y Dryden, se presenta un resumen del mismo:

1ª. Etapa Psicodiagnóstico

- Descubrir las creencias irracionales que producen emociones o conductas contraproducentes.
- Comprender cómo contribuyen a los problemas del paciente.
- Señalar metas realistas (acuerdo terapeuta-paciente).

2ª. Etapa Insight Intelectual

- Comprender que las creencias irracionales causan sus problemas.
- Tomar conciencia de que son perjudiciales.
- Auto aceptarse, aunque hayan creado y sigan manteniendo sus problemas.
- Afianzar y mantener nuevas actitudes racionales.

3ª. Etapa Insight Emocional: cambio de actitudes.

- Lograr un cambio de actitudes emocionales y conductuales.
- Considerar sus ideas como hipótesis a comprobar.
- Valorar las nuevas ideas beneficiosas - y - racionales.
- Trabajar duro para abandonar las viejas creencias irracionales y adherirse a las nuevas creencias racionales. ABCDE.

Manejar las resistencias por ansiedad al cambio, miedo a perder las ganancias secundarias de pensar y actuar patológicamente, o baja tolerancia a la frustración dado que cambiar debe ser fácil.

4ª. Etapa final: Fortalecer los Hábitos Racionales

- Preparar al paciente a automatizar los cambios adquiridos en la terapia.
- Prepararle para que, en el futuro, él sea su propio terapeuta.
- La terapia puede acabar, disminuyendo gradualmente las sesiones y planificando una sesión de seguimiento.

Hauck y McKeegan (2000), señalan que cuando las creencias irracionales que defiende una persona son provocadas por circunstancias de significado personal, es probable que dicho individuo experimente una o más emociones negativas inapropiadas como la ira, culpabilidad o vergüenza, incluso hasta la ansiedad y depresión.

Es importante señalar que la mayoría de los adolescentes con problemas emocionales se pueden beneficiar ampliamente con psicoterapia, en este caso se recomienda la TREC.

En la terapia la persona tiene un espacio, en donde se le dedica especial atención, para hablar de sus sentimientos, emociones, conductas, insatisfacciones y preocupaciones. Además la TREC busca que adquiera ciertas habilidades psicológicas y sociales para entender su forma de pensar y su conducta, que sea más consciente de la realidad. Así como, favorece su desarrollo personal, la utilización de sus capacidades aprendiendo habilidades que le permitan un mejor desempeño en la mayoría de los ámbitos, también se trabaja en la resolución de problemas, considerando el manejo de conflictos y negociación, a fin de estar en condiciones de poder enfrentarse ante la vida en mejores condiciones.

Eficacia de la TREC

Para justificar la eficacia de la TREC en el tratamiento de la depresión, se ha considerado los siguientes autores:

1 Hauck y McKeegan (2000), señalan en su capítulo “Aplicación de la TREC al Tratamiento de la Depresión”, que la depresión puede estar causada por la auto-inculpación, la auto-compasión y la compasión de otros. Estos tres factores considerados como proceso cognitivo emocional son apuntalados por creencias irracionales a las que se suscribe la persona deprimida. En la práctica psicoterapéutica de estos autores, la TREC presenta éxito en los casos precedidos por sucesos vitales negativos identificados. Reconocen que los individuos que sufren depresiones de origen biológico se benefician por la combinación de psicoterapia efectiva y medicación antidepresiva. Reiteran que la TREC ayuda a superar sus problemas emocionales y conductuales (incluida la depresión) enseñándoles a identificar, confrontar y sustituir sus creencias irracionales operativas, para ser capaces de minimizar sus trastornos cotidianos y mostrarse menos vulnerables ante las situaciones futuras.

2 Nezu, Nezu y Lombardo (2006), señalan que los individuos propensos a la depresión tienden a responder de manera rígida y negativa, y desde su perspectiva lógica, interpretan las experiencias nuevas de manera inexacta. Con errores cognitivos y pensamientos disfuncionales, por lo que las estrategias de intervención que contribuyen a disminuir los factores cognitivos disfuncionales se basan en principios cognitivos reestructuradores, abarcado por la TREC. También señalan la importancia de mejorar la capacidad de resolución de problemas (amenazas irresolubles, dudando de la capacidad de resolver), para afrontar los acontecimientos estresantes de la vida que operan como un factor de vulnerabilidad depresogénico significativo. Observan, que con la disminución de los pensamientos disfuncionales y de la alteración emocional se ven mejoradas las habilidades sociales e interpersonales, que con la depresión son deficientes o desadaptativas.

3 Lega, Caballo y Ellis (2009), señalan que la TREC aporta dos aspectos importantes al estudio de la depresión y ansiedad. La rigidez dogmática en los pensamientos y exigencia absolutista de los “Debería” del paciente, siendo la causa principal de la perturbación emocional. Apareciendo como consecuencia la ansiedad del ego estrechamente relacionada con la depresión y la ansiedad situacional relacionada con situaciones de incomodidad o baja tolerancia a la frustración. La TREC hace diferencia entre los sentimientos “apropiados” o racionales, como tristeza, irritación y pesar, y los “inapropiados” o irracionales como depresión, ira y auto condena ante privaciones y pérdidas similares, atribuyendo como causa principal de los últimos, las características de rigidez, absolutismo y dogma en el pensamiento, así como las distorsiones cognitivas.

4 Vázquez, Hervás, Hernangómez y Romero (2010), señalan la eficacia de las terapias cognitivo-conductuales (TCC) en el manejo de la depresión. Multitud de estudios controlados aleatorizados y de meta análisis (Butler, Chapman, Forman et al., 2006) ponen de manifiesto que la TCC se muestra al final del tratamiento como un método eficaz, y al menos tan efectivo como las terapias con

psicofármacos. Esta eficacia se ha demostrado en ámbitos de atención primaria (Merrill, Tolbert y Wade, 2003), en pacientes con depresión moderada y grave (DeRubeis et al., 1999; Cuijpers, van Lier, van Straten y Donker, 2005; Hollon et al., 2005) y, además, resulta un tratamiento eficiente en términos de costes y funcionamiento en contextos clínicos reales (Hollon et al., 2005).

Hay que tener en cuenta que este tipo de terapia tiene como objetivo cambiar los estilos cognitivos negativos y de hecho, los produce en mayor medida que las terapias farmacológicas y los tratamientos placebo (DeRubeis et al, 1990; Hollon, et al. 2006). Además, parece reducir más el riesgo de recaídas y recurrencia que las terapias farmacológicas (Hollon et al., 2005). Por ejemplo, en la revisión de estudios efectuada por Paykel (2007) de siete estudios controlados de TCC, la tasa media de recaídas para los tratamientos de TCC son menores que los observados en tratamientos estándar (32.4% y 58.6% de los participantes, respectivamente), para un seguimiento medio de 35 meses. Parece por tanto, haber indicadores robustos de que los factores cognitivos juegan un papel importante tanto en el inicio del episodio depresivo, como en las recaídas y recurrencias del mismo (Kuyken, Watkins y Beck, 2005; Kuyken, Dalglish y Holden, 2007).

Por lo antes mencionado, se observa que la TREC es eficaz en el tratamiento de la depresión, es un factor de análisis y cambio de la forma de pensar y percibir los hechos, que permite entender y modificar las emociones y conductas disfuncionales. Favoreciendo alcanzar un desarrollo sano de la persona, aprovechando sus capacidades, dentro de aspiraciones realistas, permitiéndole enfrentar y adaptarse a las diferentes circunstancias, en busca de una mejor calidad de vida.

5 JUSTIFICACIÓN

La violencia intrafamiliar repercute en los hijos generando problemas que no les permiten un desarrollo óptimo de sus capacidades y en ocasiones limita su crecimiento individual. Como factor constante es altamente estresante y causante de trastornos de salud mental como la depresión.

En muchas familias, especialmente los adolescentes perciben a la violencia como un hecho normal, este comportamiento disfuncional, por ser privativo del seno familiar, se esconde con culpa y vergüenza, haciendo difícil su atención oportuna para no dejar secuelas, que le pueden afectar al adolescente en su desarrollo psicológico.

En virtud de la problemática actual que padecen los adolescentes con depresión y el riesgo que implica para su persona, su familia y la sociedad, es importante llevar a cabo proyectos de protocolo de intervención psicológica, a fin de desarrollar mejores prácticas en beneficio de la formación y capacitación de los estudiantes de la Licenciatura en Psicología de la UNAM, además de apuntalar el objetivo de apoyar con alta capacidad y calidad a los pacientes del CSPGD.

Con base en lo antes mencionado, se considero seleccionar a la TREC, como modelo teórico, dado que busca la atención a problemas de los trastornos emocionales y de la conducta, es una teoría de la personalidad y del cambio, en donde las emociones y conductas son importantes, así como las cogniciones, y de forma preponderante, el cambio en los pensamientos irracionales, que son determinantes para su actuación en la vida.

Otra consideración relevante fue que la atención psicológica de la TREC se desarrolla dentro de un lapso breve de tiempo, esto representa un menor costo, así como para no afectar el proceso de motivación del paciente.

La adolescente fue asignada por el CSPGD, al área de la TREC para su atención psicológica y la suscrita, quien fui terapeuta responsable de trabajar con ella, (bajo una estrecha supervisión), durante el Programa de Practicas Profesionales, me estaba especializando en la TREC para un mejor conocimiento y manejo de sus técnicas y de la propia terapia.

6. MÉTODO

6.1 IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE

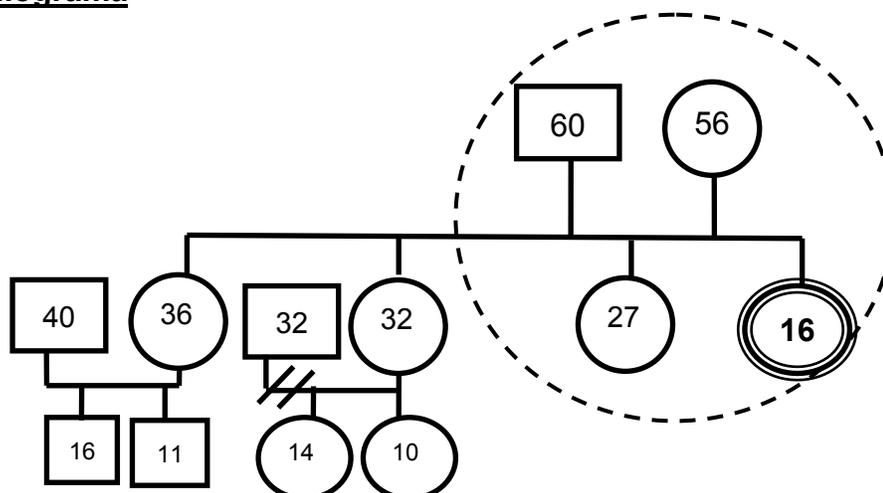
Nombre: Adolescente
Edad: 16 años
Sexo: femenino
Ocupación: estudiante de Preparatoria 1er año

Es una joven de edad aparente a la cronológica, estatura media, estructura corporal delgada y apariencia seria. Es soltera sin hijos, nació en el DF y vive en el sur de la ciudad, con su familia nuclear. Presenta bajas calificaciones, su nivel cultural es el proporcionado por la educación pública y su estrato socioeconómico es de nivel bajo.

Su padre de 60 años es chofer en una Delegación del DF; su madre de 56 años es ama de casa y trabajadora de limpieza en un hospital; su hermana de 27 años (3ª.H) es estudiante de maestría, soltera y sin hijos.

Es una familia acosada por el alcoholismo paterno y violencia intrafamiliar (principalmente emocional), ejercida por ambos padres y con comportamientos agresivos por todos sus miembros, tanto en su familia nuclear como en su familia extensa; su forma de convivencia es limitada y lineal.

Familiograma



La hermana mayor de 36 años (1ª.H), está casada al parecer armónicamente, trabaja como secretaria y es madre de dos varones estudiantes de 16 y 11 años;

desempeña un rol materno con la adolescente. La hermana de 32 años (2ª.H), es trabajadora de limpieza en un hospital, esta divorciada y funge como madre soltera de dos chicas estudiantes de 14 y 10 años, las cuales deja al cuidado de los abuelos frecuentemente por “*salir con sus novios*”, a decir de la adolescente, quien cuida a las sobrinas y siente rivalidad con su sobrina de 14 años (S14).

Estilo Parental

Caig y Baucum (2009), señalan que en los estilos de crianza se imponen límites razonables a la autonomía del menor y le inculcan valores y autocontrol procurando no coartar su curiosidad, iniciativa, ni su creciente sentido de competencia. El control y la calidez son aspectos esenciales de la crianza.

El padre de la adolescente es el proveedor económico principal y tiene el control de la autoridad, es grosero en su forma de hablar y agresivo, tiene poca convivencia con sus hijas.

La madre es poco cariñosa y rígida, se pudiera decir que la adolescente tiene un vínculo ambivalente o de resistencia (ansiedad y enojo). Realizó en dos etapas la educación de sus hijas. Con frecuencia compara a la adolescente con sus hermanas, sin considerar la brecha de edades y capacidades individuales. Además compara a la adolescente con sus sobrinas y la hija frecuentemente sale perdiendo.

La adolescente refiere la problemática de comparación con la hermana mayor (1ª.H), por ser responsable y autónoma; con (2ª.H), la madre es muy permisiva por ser su consentida, no le observa sus faltas y la cubre ante el padre, lo cual a la adolescente le molesta y se revela; y con (3ª.H) considera que “es muy inteligente”, la ve como un ejemplo a alcanzar, aunque hay muchas diferencias y problemas entre ellas.

La adolescente reclama las diferencias de trato entre las hijas, se compara con 2ª.H por el establecimiento en los límites y responsabilidades, afectando su autoestima y curiosidad por su entorno. Al mismo tiempo al cuidar continuamente

a sus dos sobrinas, desarrolló celos y competencia por el cariño que los abuelos expresan a sus nietas.

Se observa que existe un apego o vínculo ambivalente, ya que los sentimientos de cercanía y afecto no fueron suficientemente interdependientes, pudiera haber faltado intensidad en los sentimientos mutuos y las relaciones emocionales están desfasadas.

Riso (2009), señala que el apego es el principal vínculo emocional- afectivo para el niño, también cumple la función de seguridad, (Ainsworth, 1979; Bowlby, 1988). Posteriormente a los 2 años del niño, aparece el conflicto seguridad versus autonomía, con el dilema “Si me alejo pierdo mis señales de seguridad, y si me quedo debo sacrificar mi sano impulso a explorar, descubrir y crecer como persona”

Ambos tanto, el padre como la madre presentan un estilo parental autoritario con poca calidez, repercutiendo en una mínima aceptación y aprobación de la adolescente, con una comunicación reducida que no da lugar a la negociación.

La madre de la adolescente estuvo ausente para cuidarla cuando era bebé, ya que tuvo que trabajar fuera del hogar y 1ª.H la atendía junto con su propio hijo. Esta situación aunada a la violencia intrafamiliar y al alcoholismo, se pudiera considerar a esta familia como de riesgo.

Steinberg y Darling (1994), señalan que los padres democráticos ejercen control sobre el comportamiento de los hijos, pero no sobre el sentido del Yo del adolescente, (cit en Papalia y Olds, 1997). Enfatizan que en la etapa infantil y adolescente, los padres han de enseñar a sus hijos con aceptación y cariño, con límites, con firmeza y respeto a las reglas, normas y valores, manejar voluntad para escuchar, explicar y negociar, garantizando autonomía psicológica, y estimulando a formar sus propias opiniones. Observan que el cariño fomenta el desarrollo de la autoestima y las habilidades sociales, el control de la conducta ayuda a moderar los impulsos y garantiza la autonomía psicológica que favorece el desarrollo de responsabilidad y competencia.

Se puede decir que la adolescente en esta familia, percibe una carencia de seguridad emocional y afectiva, por lo que tiene actitudes de enojo, irritables y agresivas, siendo poco asertiva.

Dinámica Familiar

Dentro del enfoque sistémico Broderick (1993), define a la familia como un sistema social abierto, dinámico, dirigido a metas y autoregulado. Cada sistema individual y familiar está configurado por sus propias facetas estructurales particulares (tamaño, complejidad, composición, ciclo vital), las características psico biológicas de sus miembros individuales (edad, género, fertilidad, salud, temperamento), y su posición sociocultural e histórica en su entorno más amplio.

Con lo cual se observa que, cada familia es única y específica en sus objetivos, relaciones con los padres, relaciones entre hermanos, vivencias, intereses y metas, en un determinado momento. Hartup (1989), señala que el tipo de familia en la que nace un niño influye de manera decisiva en sus expectativas, en sus roles, en sus creencias y en las interrelaciones que experimentará a lo largo de la vida, lo mismo que en su desarrollo cognoscitivo, emocional, social y físico, (cit en Craig y Baucum, 2009).

Dentro de la estructura familiar se pueden establecer las siguientes formas de interacción, en base a lo cual se presenta una organización disfuncional:

Limites Coexisten límites difusos (en ocasiones no se definen con precisión las reglas de interacción), con límites rígidos (interacciones independientes y desligadas), mismos que no son aplicables y consistentes para todos los miembros de la familia, independientemente de la edad de las hijas y sobrinos.

Jerarquía El padre es el integrante con más poder en la familia, por ser el proveedor mayor, dueño de la vivienda y jerarca de la familia.

Centralidad La adolescente crea la mayor parte de las interacciones familiares por los aspectos negativos de su comportamiento.

Periferia La 3ª.H es la menos implicada en las interacciones familiares.

Alianzas Se unen madre e hijas frente al padre.

Coaliciones Se desconoce una unión para dañar a otra persona. Sin embargo, existe la dinámica dentro de la familia del manejo de apodosos chistosos y agresivos entre todos sus miembros. Además, la adolescente busca con frecuencia molestar y afectar a (S14), *“disfruto hacerle bullying”*.

Hija Parental La 1ª.H asume el papel materno ante la adolescente, aunque vive fuera del domicilio paterno, no obstante el tipo de convivencia se lo permite.

Respecto a la Centralidad se pudiera decir que la adolescente en cierta manera pudiera estar respondiendo al papel del chivo expiatorio para distraer algunos de los problemas familiares.

Fairlie y Frisancho (1998), se refieren al “Chivo Expiatorio”, en donde Ackerman señala tres comportamientos tipo en el papel de: 1) destructor y perseguidor, 2) víctima o chivo expiatorio y 3) curandero o “doctor” de la familia. El primero hace uso de prejuicios para canalizar sus ataques contra el chivo expiatorio, que al tornarse susceptible es posible de colapso emocional y aparece como el miembro sintomático de la familia (Ackerman en Zuk y Nagy, 1986). “El paciente designado acepta a medias su papel de chivo expiatorio y sacrifica su autonomía, a fin de llenar las lagunas y vacíos en las vidas de sus padres o en la relación conyugal de éstos, para ajustarse a alguna noción preconcebida por los padres acerca de lo que él debería ser, o para presentar la estabilidad de sus progenitores...(Aún) cuando prevalecen irrealidades en las mentes de los propios padres, al niño no le queda más remedio que ajustarse a tales irrealidades. Poderosas presiones de culpabilidad e implicaciones de traición o de deslealtad podrán ejercerse sobre el niño, si persiste en su búsqueda de la realidad” (Nagy y Framo, 1988).

6.2 ANÁLISIS DEL MOTIVO DE CONSULTA

La adolescente presentó como motivo de consulta lo siguiente:

“Instinto suicida y agresiva. Cuando me enojo me pongo muy mal y no se canalizar eso y hay veces que me siento sola y que a todos les estorbo. Desde los 14 años.”

Cabe señalar que la adolescente al solicitar el apoyo psicológico en el CSPGD tenía 16 años, 4 meses.

Las estrategias de solución de la adolescente habían sido hasta ese momento, aislarse y hablar con su mascota, *“ya que ella no me juzga”*.

La adolescente señaló, que en una escala del 1 al 10, su problemática le ha afectado por la sintomatología: a nivel familiar con 9; en aspectos académicos con 3; amistades y salud con 2; y en lo laboral y sexual con 1.

El comportamiento agresivo y de enojo de la adolescente ha generado relaciones interpersonales conflictivas con sus padres, hermanas, familiares cercanos y amistades. Ejerce violencia acentuada con (S14), con quien convive frecuentemente. La adolescente no percibe que sus actitudes agresivas han afectado su estado de salud y psicológico, además del entorno social.

Señaló una menor afectación en los aspectos académicos, cuando en realidad, presenta tres materias reprobadas en la Preparatoria, con el riesgo de no terminar la escuela y no poder ingresar a su carrera de elección.

Las demandas de la adolescente son:

“Pienso que no valgo nada”.

“Pienso que nadie me quiere”.

“Me siento culpable de los problemas de los demás”.

“No me dejan ir a fiestas, tener novio y consumir alcohol”.

“No me tienen confianza”, (bebe alcohol, aún cuando promete no beber).

“Mis padres están en mi contra y me quieren castigar”.

“Soy la más desobediente de las hijas”.

“Mi mamá no me quiere”.

“Mis padres estarían mejor sin mí”.

Se percibe sola e incapaz frente a un entorno difícil para tener éxito con facilidad, sus pensamientos son negativos y deprimentes, reforzando su estado depresivo con culpa y enojo.

En la familia prevalecen la violencia intrafamiliar, abuso emocional, alcoholismo paterno, madre poco cariñosa, rígida, que constantemente hace comparaciones, todo lo cual, conjuntamente con el enojo, agresividad y depresión de la adolescente.

Al inicio del proceso de atención psicológica, el CSPGD canalizó a la adolescente al Hospital Psiquiátrico Infantil Dr. Juan N. Navarro HPIJNN, siendo prescrita y medicada con el antidepresivo Sertralina 50 mlgs. diarios. Durante todo el proceso psicoterapéutico con la adolescente estuvo medicada con dicho fármaco.

6.3 HISTORIA DEL PROBLEMA

La adolescente refiere provenir de una familia en donde prevalece la violencia intrafamiliar, sus padres presentan comportamientos de tipo agresivo en su trato, de forma frecuente.

El día anterior a uno de sus intentos de suicidio, la adolescente manifestó que le molestó la actitud de su padre y le entristece que su mamá llore porque se siente cansada y muy presionada por las labores del hogar, y ella pensó *“no quiero ser una carga para mi madre, por ese motivo prefiero no vivir”*.

Historia Clínica de la adolescente

- Antecedentes al motivo de conducta:

La adolescente refiere que desde los 14 años presenta problemas de enojo y el inicio de su ideación suicida con múltiples intentos. Se enoja con sus padres porque no la entienden, al no dejarla *“ir a fiestas, beber alcohol y tener novio”*. Le molesta *“cuidar a sus sobrinas”* y *“le enoja no poder competir con 3ª.H”*. Además le estresa que su papá no ayude en las labores del hogar.

- Situación actual al motivo de consulta:

El CSPGD, en su primera entrevista de Preconsulta, canalizó a la adolescente para atención psiquiátrica al HPIJNN. Señaló que antes del medicamento estaba enojada, deprimida, sin ganas de hacer nada, ahora un mes después, en la

entrevista de Historia Clínica, “desapareció la ideación suicida y disminuyó la agresividad”, se siente mejor.

- Desarrollo prenatal y perinatal:

Su periodo de gestación fue de 9 meses sin complicaciones. Nació por cesárea para hacer la salpingoclasia de la madre.

- Desarrollo postnatal:

Comenzó a caminar y hablar después del año y fue muy sana, solo tuvo varicela.

- Historia de la primera infancia (2 a 6 años):

Era una niña muy tranquila. Le gustaba el Kinder y estuvo en la escolta. Comentó que un niño le tocaba su vulva y no le gustaba, pero nunca dijo nada. Jugaba con sus sobrinos S16 y S14.

- Historia de la segunda infancia (6 a 12 años):

En la Primaria la relación con sus maestros y compañeros era buena, pero a veces se molestaba con las niñas y no había castigos.

- Periodo de la adolescencia (12 a 19 años):

En la Secundaria tuvo problemas con la profesora de matemáticas de 2° y 3° año porque “le caía mal”, y la reportaban por “platicar”. En una ocasión, se peleó físicamente por defender a S14 y en otra, la suspendieron 2 días por introducir alcohol a la escuela.

En la Preparatoria las relaciones con sus compañeros han sido buenas. Desea estudiar para Química fármaco bióloga.

- Área Familiar:

Existe un alto nivel de violencia intrafamiliar. La adolescente se molesta con 2ª.H por cuidarle a sus hijas cuando sale con el novio y se queja porque la discriminan. 1ª.H le cae mal por presumir su dinero, pero la quiere como mamá. 3ª.H la enoja por ser muy temperamental.

La adolescente dice que es una familia unida, pero todos se pelean y nadie se quiere hablar. Antes del medicamento sentía que le estorbaba a su familia y que nadie la quería. Era agresiva con su madre y pensaba que su papá estaba fuera

del ambiente familiar, por no ayudar a la mamá en la limpieza. Sus padres pelean por falta de dinero.

- Área emocional, sexual y de salud:

Su primer novio fue a los 10 años, se tomaban de la mano y besaban, duraron 2 años. Desde los 15 años inició vida sexual y ha tenido cuatro parejas sexuales. Hace 3 meses terminó con el novio y se sintió muy triste. Aún cuando sus padres no le dejan tener novio, saben que lo tiene. Casi no se ve con los novios, porque no le dan permiso de salir, *“por eso ellos me terminan”*.

Cuando se enoja es muy agresiva golpea y le grita a su mamá. Normalmente se sale de su casa y camina al parque y regresa al sentirse mejor. Lloro mucho y piensa que no vale la pena vivir, ha intentado suicidarse ahorcándose, tratando de tirarse de la azotea y cortándose las venas.

- Consumo de sustancias:

Ingiere alcohol desde 2° de Secundaria hasta perderse, actualmente bebe cerveza con sus padres. A los 16 años comenzó a fumar tabaco y probó una vez la marihuana.

- Concepto de sí mismo:

La adolescente se reconoce ser muy atrabancada y enojona, le dicen que es altanera, no se deja de nadie, *“si me molestan hecho pleito”*.

- Área social:

Se lleva bien con S16, pero no con S14. Socializa más con los hombres que con las mujeres. Normalmente sólo va a la escuela y a veces va al cine con su familia. No practica deportes. Le gusta el reguetón, banda y rock pesado. Dice ser independiente en sus actividades personales.

Examen mental

La adolescente siempre se presentó con un aspecto general, en buenas condiciones de alineo e higiene. Casi siempre mantuvo contacto visual, se vio relajada y su expresión facial concordaba con sus relatos.

Estaba orientada en las tres esferas (tiempo, persona y lugar). Su atención, lenguaje, concentración, memoria y recursos intelectuales fueron adecuados para su edad y educación escolar. Su discurso fue lógico, coherente, audible y entendible.

Presento un sueño recurrente: *“ir al mar, llega una ola y se lleva a mi familia”*.

Señaló que con el medicamento ya no es tan agresiva, no siente necesidad de discutir, se da cuenta que le preocupa a sus papas y que la apoyan. Esta dispuesta a seguir el tratamiento psiquiátrico por sentirse bien. No exhibió alteraciones en el contenido del pensamiento. En todo momento presentó congruencia entre su afectividad y su discurso.

6.4 ANÁLISIS Y DESCRIPCIÓN DE LAS CONDUCTAS PROBLEMA

ANÁLISIS FUNCIONAL DE LA CONDUCTA

Antecedentes	Organismo	Respuesta	Consecuencias
<p><u>Externos</u></p> <ul style="list-style-type: none"> -Violencia intrafamiliar -Comparación negativa con las hermanas -Presión escolar por no estudiar -No terminar la Preparatoria -Consumo de alcohol <p><u>Internos</u></p> <ul style="list-style-type: none"> -Mis padres no me quieren -Avergüenzo a mi mamá -No valgo nada -Soy culpable de los problemas de los demás <p><u>Emocional</u></p> <ul style="list-style-type: none"> -Fatiga -Culpa -Indecisión Celos de la sobrina 	<p><u>Historia de Aprendizaje</u></p> <ul style="list-style-type: none"> -Percepción de que sus padres no la quieren -Rechazo de sus familiares -Hacer berrinches para ser vista <p><u>Variable Biológica</u></p> <ul style="list-style-type: none"> -Agresividad -Tristeza -Irritabilidad -Consumo de alcohol <p><u>Variable Cultural</u></p> <ul style="list-style-type: none"> -Violencia intrafamiliar -Mala relación familiar -Aislamiento 	<p><u>Conductual</u></p> <ul style="list-style-type: none"> -Enojo -Actitud rebelde -Manipulación -Desinterés del entorno -Intentos de suicidio <p><u>Cognitiva</u></p> <ul style="list-style-type: none"> -No valgo nada -Mis padres estarían mejor sin mí -Me quieren castigar -Soy la hija más desobediente -Mis padres están en mi contra, no me dejan ir a fiestas, beber alcohol y tener novio -Pensamientos de incapacidad -Creencias irracionales -Apatía <p><u>Emocional Fisiológica</u></p> <ul style="list-style-type: none"> -Frustración -Agresión -Estrés -Ansiedad -Depresión 	<p><u>Corto Plazo</u></p> <ul style="list-style-type: none"> -Atención parental -Fracaso escolar -Alcoholismo <p><u>Largo Plazo</u></p> <ul style="list-style-type: none"> -Adicciones -Episodio depresivo mayor -Suicidio

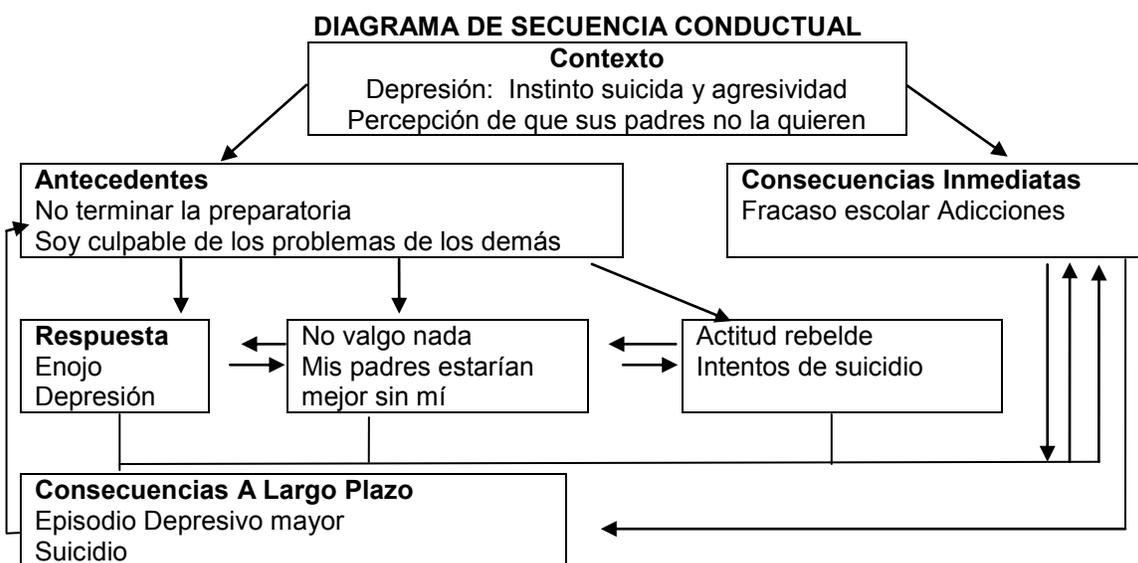
Historia inmediata: **Depresión**

Para Anguiano (2015), el Análisis Funcional de la Conducta es la interacción de la conducta humana y sus variables funcionales que la conforman, se organiza en la secuencia E-R-O-C (Antecedentes-Respuesta-Organismo-Consecuencia).

Su objetivo es identificar las variables (funcionales o no), que afectan o determinan ciertas conductas, en donde por una parte, la persona es la generadora y por otra, el entorno es el promotor y causante.

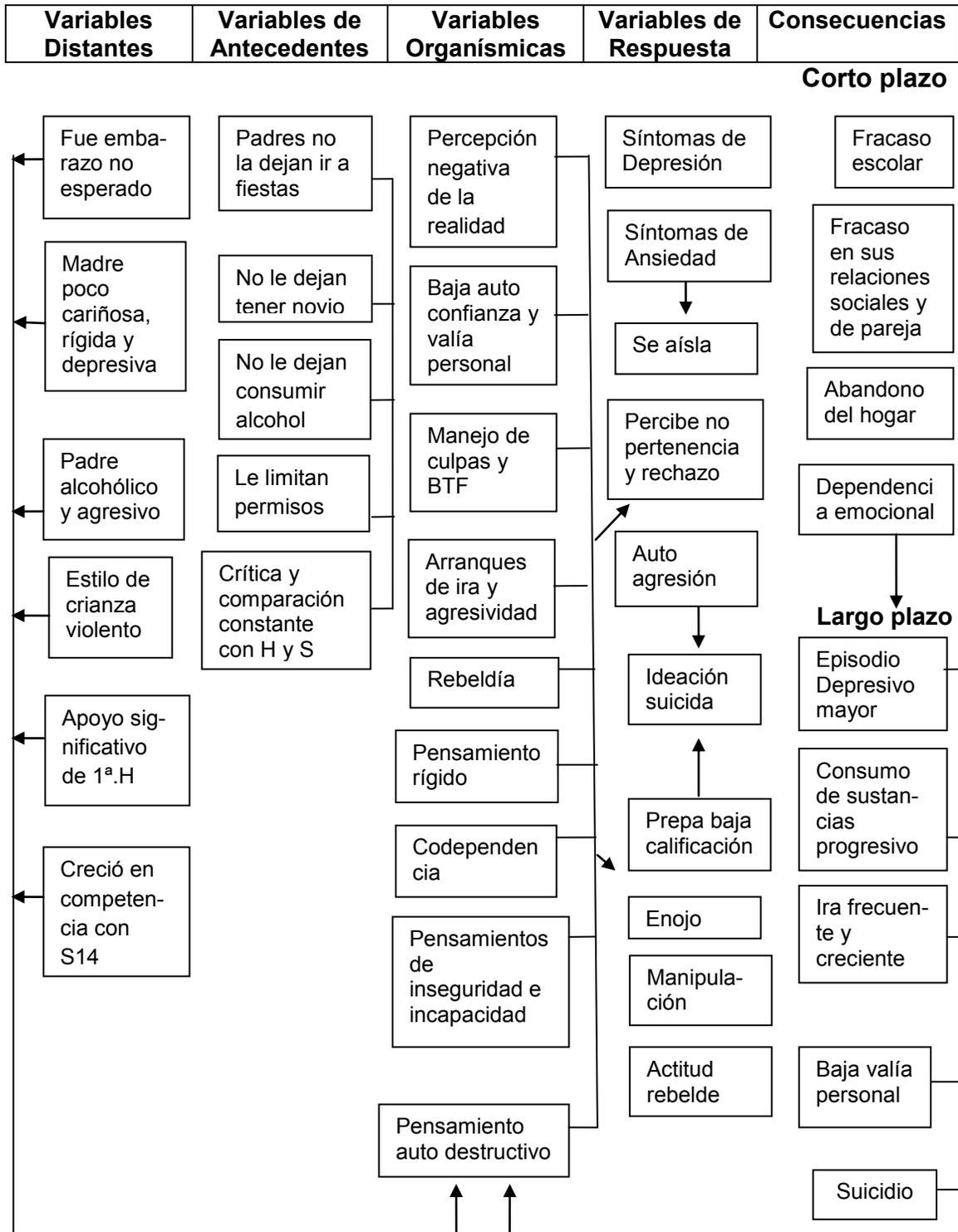
Lo anterior permitió generar una hipótesis del origen de sus comportamientos, sus cogniciones y manejo de sus emociones, en donde el entorno que le rodea es factor facilitador y permitió generar los objetivos de intervención.

Para el caso de la adolescente, se observan pensamientos negativos sobre sí misma, de todo o nada, generalizaciones, etiquetación y personalización, mismas que explican sus conductas.

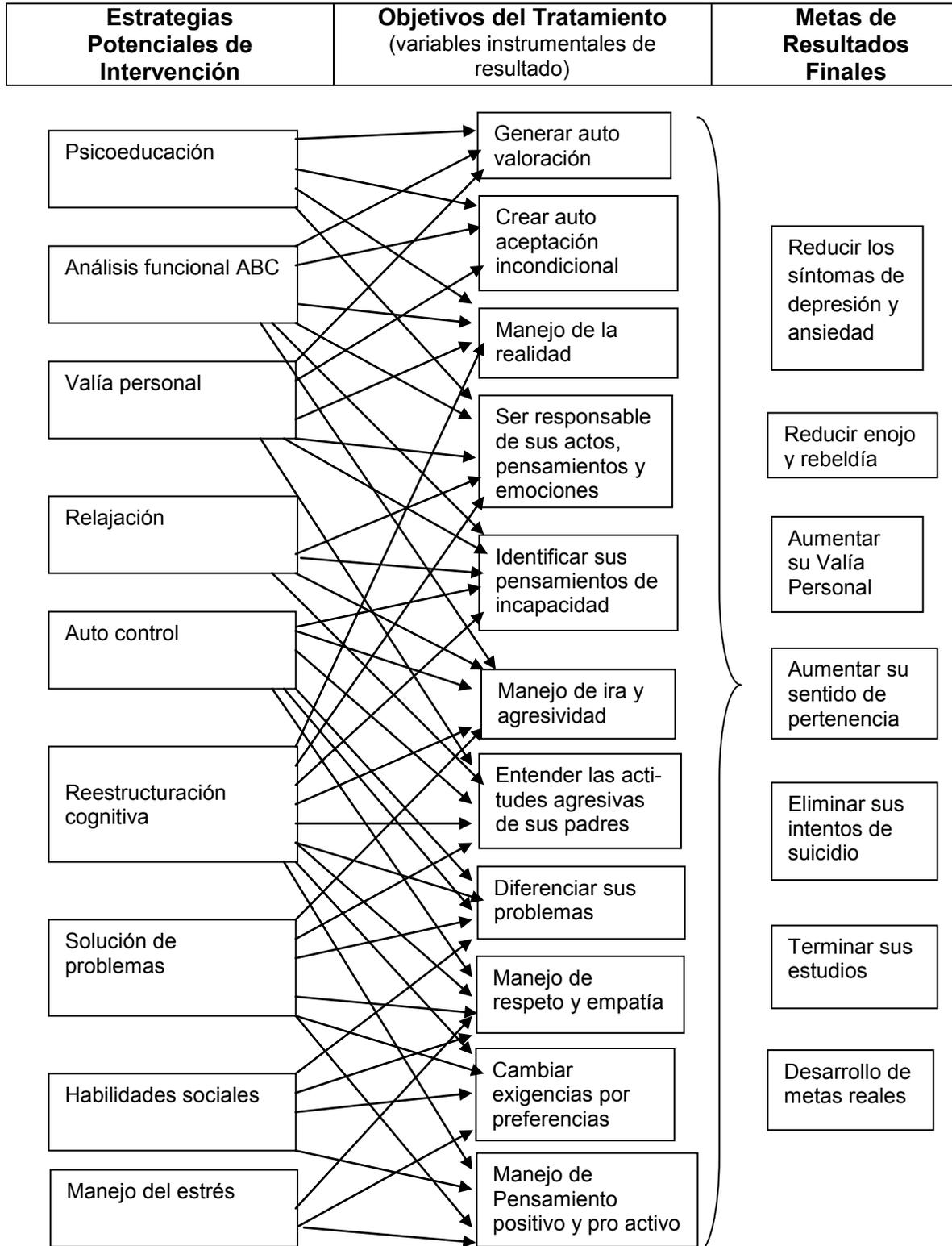


Para una mejor clarificación de la intervención Nezu (2006), señala un mapa clínico de patogénesis que es la descripción de las variables hipotéticas que contribuyen al surgimiento y mantenimiento de las dificultades de una persona. Con el diagnóstico se busca determinar el trastorno a trabajar, su probable pronóstico, definir los planes de tratamiento y prever los posibles resultados en la adolescente, en este caso.

MAPA CLÍNICO DE PATOGÉNESIS



MAPA DE ALCANCE DE METAS



La problemática que presento la adolescente se engloba en las siguientes áreas.

Biológica: Cansancio y sueño durante el día.

Cognitiva: Culpa, sobre generalización, evitación, inseguridad, codependencia, frustración, incapacidad, manipulación y baja valía personal.

Emotiva: Ansiedad, agresividad, ira, enojo y depresión.

Conductual: Autoagresión, intentos de suicidio y rebeldía.

6.5 ESTABLECIMIENTO DE LAS METAS DEL TRATAMIENTO

1. Que la adolescente maneje sus emociones a través del análisis ABC de TREC;
2. Modifique sus pensamientos sobre sí misma;
3. Discrimine entre sus problemas y los ajenos;
4. Desarrolle habilidades de afrontamiento en su vida personal, familiar, escolar y social.

Se espera que los beneficios derivados del proceso psicológico, los cambios en la forma de pensar y actuar, se verán reflejados en la adolescente con una mejor valoración personal y con una reestructuración cognitiva, lo que le facilitará el manejo y la solución de problemas, le permitirá tener una vida satisfactoria y desarrollarse con base en sus capacidades y gustos personales.

6.6 ESTUDIO DE LOS OBJETIVOS TERAPEUTICOS

Se trabajó con los pensamientos, emociones y creencias irracionales, que habían colocado a la adolescente en una posición de derrotismo emocional y conductual. Como señalan Buela-Casal y Sierra (2002), para alcanzar las metas del tratamiento es necesario intervenir sobre las conductas objeto.

A continuación se señalan algunas de las perturbaciones emocionales básicas manejadas por la adolescente:

Creencias Irracionales:

- “Es una necesidad extrema para el ser humano adulto el ser amado y aprobado por prácticamente cada persona significativa de su comunidad”.

- “Para considerarse a uno mismo valioso se debe ser muy competente, suficiente y capaz de lograr cualquier cosa en todos los aspectos posibles”.

Se ejemplifican algunos pensamientos manejados por la adolescente:

Pensamientos Distorsionados:

Sobre generalizaciones:	<i>“Soy la hija más desobediente”</i>
Baja valía personal:	<i>“Soy un estorbo, no sirvo para nada”</i>
Etiquetas negativas:	<i>“Soy la oveja negra”</i>
Salto a conclusiones negativas:	<i>“No puedo terminar la Prepa”</i>
Baja tolerancia a la frustración:	<i>“No estudiar y hacer tareas, por preferir ver tv”</i>
Descalificar lo positivo:	<i>“Todo me sale mal”</i>
Absolutos:	<i>“Mi mamá debería regañar a todos por igual”</i>
Razonamiento emocional:	<i>“Necesito estar bien con todos”.</i>
Ansiedad:	<i>“Yo tengo que cambiar algo malo en mí”</i>
Agresividad:	<i>“Disfrutar al hacer bullying a su sobrina”</i>
Autoagresión:	<i>“Intentos de suicidio”</i>
Culpa:	<i>“Yo avergüenzo a mi mamá”</i>
Codependencia:	<i>“Aunque me maltrate el novio, no lo puedo dejar”</i>
Enojo:	<i>“No quieren mi felicidad, me prohíben el novio”</i>
Evitación:	<i>“Yo no me porto bien”</i>
Depresión:	<i>“Yo no quiero hacer nada”</i>
Incapacidad:	<i>“Me harta hacer la tarea”</i>
Inseguridad:	<i>“No soy tan buena como ella”</i>
Ira:	<i>“Mi mamá me odia”</i>
Manipulación:	<i>“Las cosas deben de ser fáciles”</i>
Rebeldía:	<i>“Soy berrinchuda”</i>

Con base en lo antes señalado, el objetivo terapéutico principal es que la adolescente modifique sus pensamientos sobre sí misma y sobre su entorno, que

adquiera valía personal independientemente de lo que haga y los logros que alcance, reconociendo su responsabilidad y las consecuencias de sus actos.

Bajo esa perspectiva estará en condiciones para desarrollar estrategias de afrontamiento y habilidades de solución de problemas ante diferentes situaciones escolares, familiares, sociales y de su vida en general.

6.7 APLICACIÓN DE PROCEDIMIENTOS

A lo largo del proceso psicoterapéutico se llevó a cabo la implementación de las siguientes actividades propias del proceso:

Cognitivas

Se explicó la teoría y el modelo ABC de la TREC.
Reiteró la persona es única responsable de sus reacciones ante los cambios de su vida.
Explicó las diferencias entre creencias racionales y creencias irracionales.
Debató las creencias irracionales y disfuncionales.
Reemplazó sus creencias rígidas e inflexibles causantes de sus problemas.
Precisó semánticamente y buscó evidencias
Aplicó parar, observar y repetir afirmaciones de aceptación racional.
Puso ejemplos, estableció referencias y reformuló la problemática.
Identificó, debatíó y reemplazó los Deberías.
Dejo tareas de registros, de investigación y psicoeducativas.
Cuestionó los pensamientos y distrajo para cambiarlos.
Enseñó el manejo de la imaginación.
Manejo el estrés con relajación diafragmática.
Dio entrenamiento asertivo.
Buscó ventajas y desventajas en los puntos debatidos.
Manejó la resolución de problemas.

Emotivas / Experienciales

Manejó imágenes emotivas racionales para identificar y modificar sus emociones
Manejó afirmaciones de aceptación racional.
Hizo psicodrama para identificar interacciones e invertir papeles.
Aplicó el buen humor para una mejor comunicación.
Dio aceptación incondicional de la adolescente.
Busco que la adolescente tuviera la aceptación incondicional de sí misma.
Motivó el uso y desarrollo de sus capacidades y logros de la adolescente.

Conductuales

Aplicó ejercicios de que la persona vale por ser persona.
Busco prevenir y manejar las recaídas.
Enseñó habilidades y se enfrentó miedos.
Moldeó la conducta con práctica restitutiva y con entrenamiento asertivo.
Preparó en relajación e insensibilización de su alteración emocional.
Dio entrenamiento en algunas habilidades sociales.

Dichas acciones fueron aplicadas a la adolescente en diferentes momentos durante el proceso de atención psicoterapéutica, en la mayoría de los casos los resultados fueron positivos, de lo contrario se replanteó la situación, con la misma actividad o se recurrió a otra más idónea para el manejo correspondiente.

6.8 APLICACIÓN DEL TRATAMIENTO

Con la TREC se trabajó el sistema de análisis funcional ABC, en donde la adolescente desarrolló el análisis de sus patrones de pensamientos, conductuales y emocionales.

Se trabajó con la adolescente, como caso único, debatiendo sus pensamientos, creencias irracionales, analizando sus causas, verificando sus cambios y reiterando todo el proceso en sus retrocesos presentados, para predecir su evolución positiva.

El tratamiento psicoterapéutico con la TREC se conformó de 26 sesiones, cuyo contenido se enfocó en identificar y entender sus pensamientos y manejar sus emociones y conductas.

Se trabajó con temas como valía personal, depresión, ideación suicida, relaciones familiares y sociales, así como las técnicas de estudio, de enojo, de estrés, de solución de problemas y metas a alcanzar.

Se otorgó la atención a la adolescente con una periodicidad semanal y duración de 50 minutos cada sesión, en una Cámara de Gesell del CSPGD de la Facultad de Psicología de la UNAM.

A continuación se describen las 26 sesiones de psicoterapia:

	Objetivo	Técnica empleada	Resultados	Tareas Prox. Sesión
1	Conocer a la adolescente. Conocer la historia del problema.	Entrevista inicial. Narrativa. Observación. Rapport.	Se estableció empatía Px-terapeuta. Mencionó los intentos de suicidio, sin profundizar en la información. Recordó " <i>sentirse un estorbo</i> ", " <i>yo no sirvo para nada</i> ", " <i>soy una carga</i> ", " <i>soy oveja negra</i> ", " <i>no soy mala</i> ", " <i>no es justo</i> " y " <i>soy la más desobediente de las hijas</i> ".	Pensar en las situaciones anteriores a los intentos suicidas. Investigar los efectos de la Sertralina con el alcohol.

			<p>Sus padres la regañan por querer ir a fiestas, beber alcohol y tener novio.</p> <p>Existe violencia intrafamiliar y relaciones interpersonales malas. Se siente devaluada, con culpa y poco aceptada.</p>	
2	<p>Enseñar valía personal y “ser” vs “hacer”.</p> <p>Expectativas hacia la psicoterapia.</p> <p>Conocer el contenido del pensamiento irracional.</p>	<p>Narrativa.</p> <p>Observación.</p>	<p>Sus expectativas son “<i>estar bien de los problemas de enojo y arranques de quitarse la vida</i>”.</p> <p>Su mamá la considera “desastrosa”, “volada con los chicos”, “no soy mala” y “no es justo”.</p> <p>Se enoja por cualquier cosa.</p> <p>Tiene miedo de dejar la Preparatoria.</p> <p>Se siente juzgada y culpable, se aísla y percibe cierto rechazo de su familia.</p>	<p>Registrar 3 cosas agradables que le gusten diario durante una semana.</p>
3	<p>Explicar el análisis funcional ABC.</p> <p>Ejercicio vivencial interrelacional de pensamientos, emociones y conductas.</p>	<p>ABC.</p> <p>Imaginación racional emotiva.</p>	<p>Con el ejercicio del ABC realizado, mencionó que tendría que cambiar lo que estuviera mal, en su conducta.</p> <p>Se siente juzgada por su mamá y no cumple sus expectativas.</p>	<p>Hacer un registro ABC durante la semana.</p>
4	<p>Identificar emociones.</p> <p>Explicar pensamiento racional.</p> <p>Revisar tareas.</p>	<p>ABC</p>	<p>Su estado anímico no le ayuda a atender la escuela y labores de casa.</p> <p>La mayoría de los regaños los percibe como crítica y agresión.</p>	<p>Hacer un registro ABC sobre sus hermanas.</p>
5	<p>Explicar estoicismo, hedonismo y etiquetas.</p> <p>Revisar registro ABC.</p> <p>Identificar estresores.</p>	<p>Psico educación.</p> <p>ABC.</p> <p>Solución de problemas.</p>	<p>Se siente devaluada ante su 3ª. H. “<i>Me harto de hacer la tarea</i>”, reprobó matemáticas, química e italiano.</p> <p>Dedica al estudio 2 horas efectivas.</p> <p>Se distrae, es desorganizada y no prioriza el estudiar.</p>	<p>Registro de todas las actividades diarias tareas escolares y domésticas</p>
6	<p>Explicar baja tolerancia a la frustración, deseos vs necesidades.</p> <p>Analizar la responsa-bilidad</p>	<p>Psico educación.</p> <p>ABC.</p> <p>Relajación.</p> <p>Solución de problemas.</p>	<p>Tiene muchos tiempos muertos, tendría 5:30 horas reales de estudio.</p> <p>Su felicidad presente la aleja de su meta entrar a la Facultad de Química.</p> <p>La consecuencia de buscar las</p>	<p>Hacer 2 registros ABC, sobre no ingresar a la FQ y otro sobre su empleo al</p>

	de sus acciones. Revisar tarea.		cosas fáciles y sin esfuerzo puede tener un alto costo futuro.	dejar de estudiar.
7	Responsabilidad de estudiar. Métodos de estudio. Detectar síntomas de depresión. Revisar registros. Generar pensamiento racional.	Psico educación. ABC. Aceptación incondicional. Estudio. Inversión racional de roles.	Sus alternativas de estudiar son Relaciones Internacionales para viajar y Sociología. Se resiste a dejar la flojera para hacer las tareas escolares y domésticas, <i>“se me va el día y ya no hice nada”</i> . Siente culpa y presión, pero no actúa racionalmente en su meta escolar.	Registro de actividades a realizar en casa por día, señalando las programadas y realizadas.
8	Revisar sus relaciones de amistad y de noviazgo. Examinar un ABC de una relación de pareja. Generar pensamiento racional.	Psico educación. ABC. Ventajas y desventajas de acciones. Autocontrol.	En sus relaciones de pareja maneja codependencia, baja tolerancia a la frustración, baja valía personal, violencia y negación.	Cumplir con el registro de las actividades que realiza a diario, escolares y domésticas.
9	Revisar relaciones de noviazgo. Examinar registro ABC. Generar pensamiento racional.	Psico educación. ABC. Relajación. Aceptación incondicional. Solución de problemas. Autocontrol.	Exhibe distorsiones como lectura de pensamiento, negación, razonamiento emocional, “Debeísmo”, personalización, culpabilidad, falacia de cambio. Presenta inseguridad de sí misma y anhelo de afecto al formar sus relaciones codependientes con la presencia del maltrato.	Realizar cuadro con sus fortalezas y debilidades personales.
10	Revisar sus fortalezas y debilidades. Realizar un ABC sobre su agresión. Generar pensamiento racional.	Psico educación. . Aceptación incondicional. Autocontrol.	Virtudes: “Me gusta socializar. Trato de ayudar a la gente. Siempre encuentro la manera de divertirme”. Defectos: “No se organizar mi tiempo. Hay cosas que me dan flojera. Crítico mucho a la gente. Peleo con la gente que me cae mal. Uso muchos pretextos. Me distraigo fácil”. Presenta mucha claridad en sus debilidades, se encuentra en proceso de modificarlas.	Hacer su proyecto de vida planteando sus metas a uno, tres y cinco años
11	Trabajar con el enojo y la agresión.	Psico educación. Respiración	Presentó ira inapropiada con ciertas dificultades para controlarla. Mal genio, enfado constante y a veces	Escribir sobre el suicidio.

	Manejar su locus de control interno. Generar pensamiento racional.	diafragmática. Cuestionario sobre ira inapropiada e intensa, del trastorno límite de personalidad.	peleas físicas. Cuando tenía 14 años no la dejaron ir a una fiesta, ella se encerró en su cuarto y pensó " <i>mi mamá no me quiere</i> " y " <i>estaría mejor sin mí</i> " y en un arranque de ira y ansiedad intentó suicidarse. No acepta límites, amenaza y se comporta de forma altanera, retando a la autoridad.	
12	Trabajar sobre la filosofía del enojo y sus intentos de suicidio. Responsabilidad. Generar pensamiento racional.	Psico educación. ABC. Respiración diafragmática.	Al no ir a la fiesta, pensó " <i>me quieren castigar</i> ", " <i>están en mi contra</i> " y " <i>no me tienen confianza</i> ". Bebía alcohol, aún cuando prometía no hacerlo. Por su ira se siente sin control emocional, se auto agrede y manipula a sus padres.	Escribir sobre su enojo y sus conductas, emociones y pensamientos.
13	Trabajar con su enojo. Incursionar sobre sus intentos de suicidio. Generar pensamiento racional.	Psico educación. ABC. Respiración diafragmática. Cognitivas afrontamiento. Autocontrol.	Identificó comportamientos que le han causado problemas en sus relaciones familiares, escolares y sociales. Se resiste a abrir información sobre sus intentos de suicidio. Su insight le esta permitiendo darse cuenta de sus conductas disfuncionales.	Disfrutar sus vacaciones, los preparativos y la fiesta de 15 años de S14.
14	Conocer cómo se sintió y conductas durante las vacaciones. Identificar situaciones de enojo y agresividad. Generar pensamiento racional.	Psico educación. ABC. Psicodrama.	Todo bien, sin problemas, disfruté los 15's, " <i>de lo contrario sería inmadura</i> ". Le divierte molestar a S14. Con su sobrina afloran celos y envidia de hija única, por el cariño paterno, aunados a su ira inapro-piada por percepción de injusticia.	Registrar situaciones de enojo.
15	Conocer situaciones de bullying. Revisar su actitud hacia la muerte. Examinar sus miedos sobre el suicidio. Generar pensamiento racional.	Psico educación. ABC. Respiración diafragmática. Imaginación racional emotiva. Distracción pensamiento. Autocontrol.	"Solo hago bullying a mi sobrina". Con los ejercicios sobre diferentes pérdidas y la muerte de los padres, no recurrió al suicidio, como opción. En caso de cometer suicidio "Ya no sentiría dolor", "no extrañaría a mis papás", "acabaría con mi vida" y "no viviría mi vida". De sus miedos sintió tristeza y " <i>nadie quería estar conmigo</i> ". Le faltaba darse cuenta de no	Hacer una lista de las ventajas y desventajas de vivir y de morir.

			estar sola y tiene el cariño y la atención de sus padres y familiares.	
16	Evaluación de ideación suicida. Generar pensamiento racional.	Cuestionario de Ideación Suicida, Beck. Técnicas para el px suicida: respiración diafragmática, análisis ABC, detención del pensamiento, y conocer pros y contras del suicidio.	<p>Algunas de sus respuestas fueron:</p> <p>-“Estaba en shock, una parte de mí, si lo quería hacer y la otra quiere vivir”.</p> <p>-“ya no hubiera un mañana para mí”.</p> <p>-“escapar, acabar con los problemas”, “no quiero sentir esa presión”.</p> <p>-“no quiero atentar contra mi vida”.</p> <p>-“un día no me iban a encontrar”, “estoy harta de enojarme con mis papas”.</p> <p>Finalmente, expresó que sus intentos de suicidio habían sido por chantaje de que no le dan más libertad.</p> <p>Su ira, bajo control de impulsos, btf, poco afrontamiento, bajo control del estrés y su hedonismo la ponen en peligro.</p>	Escribir todas las noches 3 cosas agradables que le hayan sucedido.
17	Revisar ventajas y desventajas de vivir y de morir. Diferenciar sus enojos de los de otros. Generar pensamiento racional.	Psico educación. ABC. Ventajas y desventajas. Habilidades sociales. Autocontrol.	<p>Ventajas vivir: “cumplir metas, seguir con mi familia y vivir cosas nuevas”.</p> <p>Desventajas vivir: “vivir bajo presión, tener miedo y no cumplir con metas”.</p> <p>No contesto ventajas de morir.</p> <p>Desventajas morir “terminar con todo, causar sufrimiento a mi familia y ya no sabré que pasará más adelante”.</p> <p>Ella siente no cumplir con las expectativas de sus padres y se revela haciendo cosas que le gustan a escondidas, sin medir los peligros y consecuencias.</p>	Escribir sobre las ventajas y desventajas de que los padres le digan algo y ella quiera hacer lo contrario.
18	Examinar sus problemas. Conocer acciones de chantaje. Generar pensamiento racional.	Psico educación ABC. Análisis situacional. Inversión racional de roles. Solución de problemas.	<p>No hacer su tarea, la presión de reprobar y no terminar la Prepa. Cuando sus padres no le dan “todo lo que pide”, hace berrinche, llora, se encierra en su cuarto y al final sus papás acceden y le dan lo que quiere.</p> <p>Existe un patrón disfuncional de comportamiento de los padres, al no ser firmes en sus límites y</p>	Escribir sobre los límites que ponen sus padres y que quisiera negociar con ellos.

			reglas, cuando ella hace demandas irracionales y de forma infantil.	
19	Examinar situaciones donde sus padres no le dan permiso. Explicar razonamiento emocional. Conocer sus intereses, metas y aspiraciones. Generar pensamiento racional.	Psico educación. ABC. Negociación. Autocontrol. Solución de problemas.	Se analizó la protección, seguridad, prevención, enseñanzas, cuidado y cariño de sus padres hacia ella y que antes no vislumbraba. Interés por ser mujer independiente, "tengo que estudiar, conseguir un buen trabajo y trabajar bien" . No se quiere casar, (control del esposo) no sufrir y afectar su libertad. Ser madre soltera y adoptiva de un niño y una niña de 7 u 8 años. Fue clara en sus metas y proyectos su, análisis y conclusiones la mostraron madura y responsable.	Escribir sobre tres aspectos o situaciones que quisiera negociar con sus padres.
20	Manejo de asertividad. Abordar sus metas. Generar pensamiento racional.	Psico educación. ABC Inversión racional de roles. Asertividad. Autocontrol. Negociación.	Identificó "cumplir con obligaciones para que le den permisos" . Enojarse y ser víctima no trae obtener lo deseado. "ya no tengo miedo a no conseguir lo que quiera" y "aprendí a aceptar, cuando no se puede" . Metas estudiar, terminar la carrera, obtener un trabajo estable, ahorrar el 30% para viajar, luego de 5 años, ser madre soltera y adoptiva. Respecto al suicidio "tomar las cosas con calma, analizar la situación, calmándose y evaluar pros y contras" . Con auto aceptación, así como de la realidad, toma decisiones respetándose a sí misma y a los otros.	Identificar una acción asertiva al día. Revisar sus avances por la psicoterapia y lo que opina su familia.
21	Conocer para que ha servido la terapia. Cambios detectados. Cambios observados por su familia. ¿Qué quiere trabajar por último en la psicoterapia? Generar	Revisión y resumen del proceso psicológico. Autocontrol. Observación.	Se siente mejor y que hay muchas cosas que antes creía, y que ahora ve que no son ciertas como: No está sola y le hacía sentir mal. Tiene valía personal y es importante. Su familia la quiere y la apoya. Lloraba por todo, aprendió que no se puede tener todo lo que ella quiere. Ahora su forma de pensar es positiva y más clara.	"Pregunta Milagro"

	pensamiento racional.		Dejó de llamar la atención con berrinches para que le hicieran caso. Es más tranquila, no hace dramas, ni se enoja con todos y por todo. Su mamá dijo: ha cambiado su forma de ser violenta. Su papá: cambió de ser enojona compulsiva. 1ª.H está tranquila y menos aislada. 2ª.H está sonriente y tranquila. 3ª.H la ve mejorada y más positiva. Trabajar por último su miedo a recaer y su agresividad. Presenta valía personal y se siente querida y aceptada.	
22	Revisar la agresividad que ejerce. Reiterar el manejo de problemas. El cambio está en sí misma. Revisar pregunta Milagro. Generar pensamiento racional.	Psico educación. ABC. Solución de problemas. Inversión racional de roles. Autocontrol. Habilidades sociales. Pregunta Milagro.	Disfrutaba agredir a otros “es alegre y divertido”, “me daba fama y hacía popular”, y a veces, “lo hacía para que no me agredieran”. Agredir a la menor provocación “es inmaduro”, riesgo a ser expulsada o demandada. Acordó descartar el bullying con S14, manejará la eficacia del diálogo. Pregunta Milagro “Que mi familia esté siempre unida”. Los problemas familiares la estre-san e incrementan la violencia, que entendió es dañina para su vida y sus relaciones personales.	Mencionar todos los problemas que la abruma y jerarquizarlos
23	Responsabilidad de sus pensamientos, emociones y conductas. Miedo a recaer a un estado depresivo. Generar pensamiento racional.	Psico educación. ABC, Relajación. Programar actividades. Solución de problemas.	Se revisó texto sobre la Depresión, estar alerta de la triada cognitiva de la depresión, alimentarse sano, buscar actividades placenteras y reír. Expresó la importancia de los pensamientos depresivos en sus emociones y conductas.	Revisar texto de Depresión
24	Verificar con la madre el cambio de la adolescente. Manejo del estrés. Afirmaciones	Psico educación. Manejo del estrés. Afirmaciones positivas.	La Sra. compara a sus hijas, y acepto ver cambios positivos en ella. Manejo de actitud positiva, relajación, dormir, ejercicio, alimentación, socializar y tener sistema de apoyo.	Revisar técnicas de manejo del estrés. Continuar identificando sus

	positivas. Generar pensamiento racional.		Sus afirmaciones: “ <i>Yo puedo</i> ”, “ <i>Yo valgo</i> ” y “ <i>Puedo equivocarme y aprender de la experiencia</i> ”. <i>Se siente fuerte, capaz y auto valorada.</i>	emociones.
25	Manejo solución de problemas. Reiterar que sus actos tienen consecuencias. Generar pensamiento racional.	Solución de problemas. Imaginación racional emotiva.	Identificar el problema, considerar las alternativas de plan A y B, tomar las decisiones y verificar la solución. Modificar la intensidad de sus emociones. Señaló “ <i>si se puede y casi todo tiene solución</i> ”. <i>Es optimista y positiva.</i>	Aplicar la técnica de solución de problemas en algún problema específico.
26	Cierre del proceso de psicoterapia.	Preguntas de cierre. Resumen de avances y puntos a vigilar.	Señaló que trabaja en no enojarse de todo, lo analizará con un ABC y continuará identificando sus pensamientos, emociones y conductas. Finalmente expresó: “para lograr mis metas, ¡tengo que vivir!”.	

Con la reestructuración cognitiva realizada por la adolescente, mediante la identificación de sus pensamientos disfuncionales y su posterior modificación, se observó un cambio de conducta, con disminución y manejo del enojo, de agresividad, de ansiedad, de tristeza y depresión, mostrando mejores habilidades de afrontamiento y destrezas sociales, dentro de un comportamiento adaptativo a nivel familiar y en su entorno escolar y social.

6.9 EVALUACIÓN DE LA EFICACIA DEL TRATAMIENTO

Durante el proceso de atención psicológica, la adolescente presentó 3 faltas y sólo una sin aviso previo. Respecto a las tareas asignadas la adolescente tuvo un cumplimiento del 75%.

El presente trabajo es un caso de estudio individual, es descriptivo de las técnicas aplicadas y muestra como resultados de evaluación, la aplicación de las escalas psicológicas de ansiedad, de depresión, de personalidad y de calidad de vida.

En cumplimiento a las políticas del CSPGD de la Facultad de Psicología, se realizó a la adolescente evaluaciones pre y postest al tratamiento psicoterapéutico, lo cual permite observar el cambio posterior a la intervención psicológica, mismo que se refleja en la siguiente batería de tests:

- Inventario de Beck de Ansiedad,
- Inventario de Beck de Depresión,
- Inventario Multifásico de la Personalidad de Minnesota MMPI-A,
- Inventario de Calidad de Vida WHO-QOL breve.

A continuación se describen los resultados obtenidos en las evaluaciones:

Evaluación Beck

Fecha	Inventario	Calificación
31/10/12	Ansiedad	20 Moderado
23/09/13	Ansiedad	3 Mínimo

Como se observa, la adolescente presentó en forma inicial un nivel de ansiedad moderada y en la evaluación Ex Post al término del proceso psicológico, los resultados de ansiedad fueron de nivel mínimo, ya que desaparecieron los síntomas de miedo a que pase lo peor y a perder el control.

Fecha	Inventario	Calificación
31/10/12	Depresión	22 Moderado
23/09/13	Depresión	3 Mínimo

Respecto a la depresión, la paciente muestra en la evaluación Ex Post un cambio favorable en los rangos, ya que se minimizaron los síntomas de pérdida de interés, o de la capacidad para el placer, culpa, fracaso y tristeza, factores que fueron relevantes en la evaluación inicial.

Lo anterior, muestra una situación favorable de la adolescente al reducir en forma importante los niveles de depresión y ansiedad, que venía presentando previamente al tratamiento.

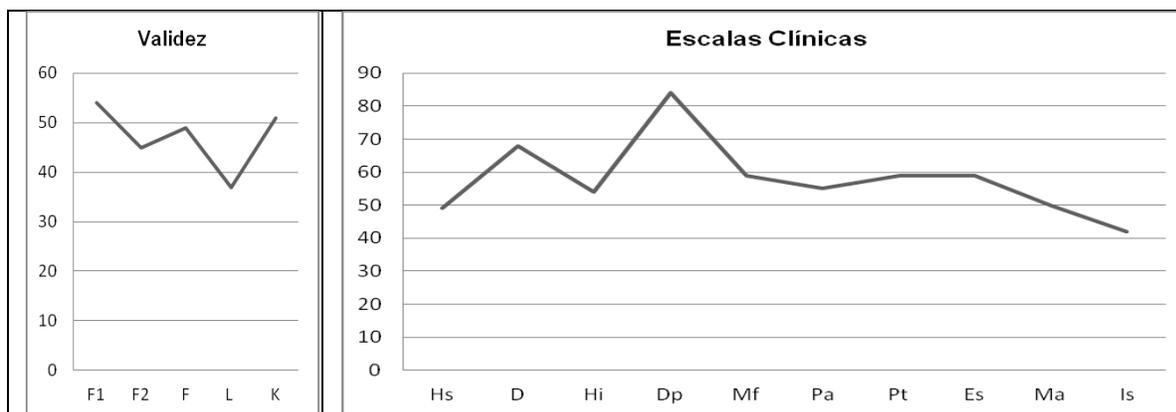
Inventario Multifásico de la Personalidad de Minnesota, MMPI-A

El Inventario Multifásico de la Personalidad de Minnesota, MMPI-A (2004), es una de las pruebas psicológicas más ampliamente utilizadas para la evaluación de adolescentes en contextos clínicos y en investigación psicopatológica. Cubre un amplio espectro para evaluar un número importante de tipos de personalidad y de trastornos emocionales.

Carver y Sheier (2014), definen a la personalidad como una organización dinámica, interna de la persona, de sistemas psicológicos que crean patrones característicos de comportamiento, pensamientos y sentimientos de la persona.

Con base en el manual del MMPI-A (2004), el análisis de la evaluación inicial muestra:

Fecha	Escalas de Validez	Escalas Clínicas	Complementarias y Suplementaria
06/12/12	L 37 F1 54 F2 45 F 49 K 51	4"2+785639/10:	DEP-A 68 ALS 66 TPAD 77 MAC 68 INM 66



L cierta rigidez.

F probablemente válido.

K equilibrio entre autoprotección y autodescubrimiento.

Presenta puntuaciones pico en **4 2** (Desviación Psicopática (84) y Depresión (68))

Dp poca capacidad de juicio, indicando inestabilidad e irresponsabilidad, persona inmadura y centrada en sí misma. Mostrando conducta antisocial y agresiva.

D poca confianza en sí misma, con sentimientos de inadecuación, tendencia al auto reproche. Pudiendo sentirse angustiada, miserable y desdichada.

Con las características de personalidad **4 2** señaladas por Butcher (2001) y Butcher, Cabiya, Lucio y Garrido (2009), pueden ser personas impulsivas e incapaces de demorar la manifestación de sus impulsos. Pueden tener poco respeto por las normas y valores sociales, a menudo presentan *acting out*, pudiendo expresar culpa y remordimientos, pero no son sinceros. Es probable que beban en exceso. Parecen frustrados por su falta de logros y se muestran resentidos ante las demandas que otras personas les hacen. Es posible que exista ideación e intentos de suicidio, con escalas elevadas.

Estas personas tienen enfrentamientos con la autoridad y pueden tener antecedentes por problemas legales. Tienden a parecer sociables y extravertidos, dando una impresión inicial favorable. Su inclinación a manipular a los demás causa resentimiento en sus relaciones a largo plazo. Pueden parecer competentes y estar cómodos, pero son cohibidos, insatisfechos consigo mismos, así como pasivos- dependientes.

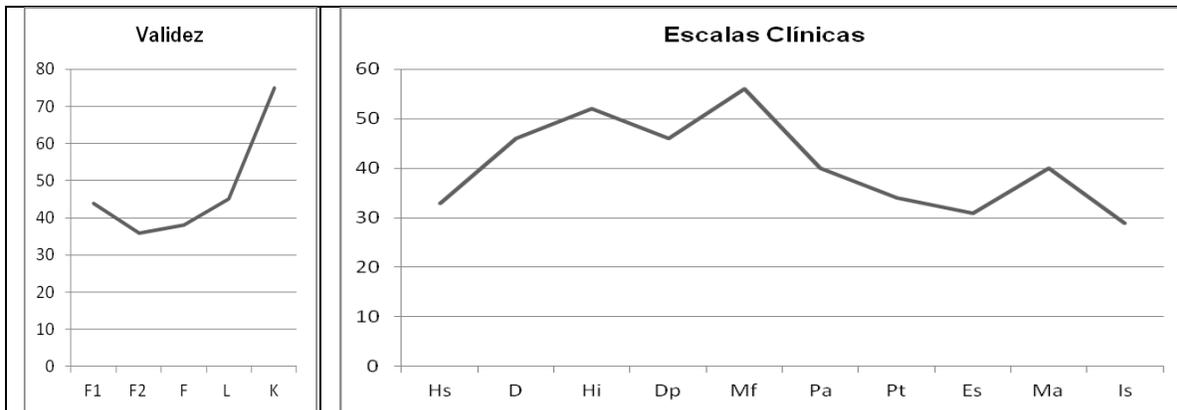
Dentro de las escalas de contenido, se observa un estado de ánimo depresivo, desesperanza e ideación suicida, con vacío, incertidumbre del futuro y poco interés en su vida. Poca confianza en sí misma, con perspectiva de sus aspiraciones limitadas.

Las escalas suplementarias muestran un rango clínico de la tendencia a problemas de alcohol y drogas, persistiendo la inmadurez adolescente.

Parcialmente, los problemas familiares que percibía la adolescente en esta etapa previa a la intervención son importantes para entender su funcionamiento psicológico.

En el análisis de la evaluación Ex Post se observa:

Fecha	Escalas de Validez	Escalas Clínicas	Complementarias y Suplementaria
10/10/13	L 45 F1 44 F2 36 F 38 K 75	53/2469:718#0	ESC 45 ALS 43 DEL 41 MAC 53 R-A 43 INM 42



L apegada a los valores sociales.

F ligera reducción en el insight.

K tendencia a no reconocer su problemática, actitud muy defensiva.

Se observa las puntuaciones pico por debajo de la media, lo que refleja respuestas defensivas y no muestra ser indicio de ausencia psicopatológica. En el perfil, la escala 5 tuvo la puntuación más alta (56), lo cual pudiera tener un efecto inhibitorio sobre el *acting-out*, como lo señala el manual MMPI-2 (1995), por lo que se toma con reservas dada la influencia cultural ejercida.

Puntuaciones pico **3 2 4** Histeria 52, Depresión 46 y Desviación Psicopática 46.

Hi al parecer realista y sensible con limitado manejo del estrés.

D reducción de auto crítica, se esfuerza por parecer firme, segura y decidida.

Dp se muestra confiable, tenaz y responsable, con cierto control de impulsos.

Las características de personalidad **3 2** señaladas por Butcher (2001) y Butcher et al. (2009), en general, las personas no experimentan ansiedad que incapacite, pero se pueden sentir tensos, deprimidos, fatigados y débiles.

Estas personas carecen de interés y participación en las situaciones de la vida, no pudiendo iniciar ninguna cosa y tienen un nivel disminuido de actividad física. Son pasivos y dependientes; tienen dudas sobre sí mismos y se sienten insuficientes e inseguros. Muestran empuje, pero temen colocarse en situaciones competitivas; buscan mayores responsabilidades, pero temen a la presión asociada. Sienten que no obtienen un reconocimiento adecuado por sus logros y se sienten lastimados ante la menor crítica. Tienden a poseer un control

exagerado, no pueden expresar sus sentimientos o se sienten reprimidos. Niegan los impulsos inaceptables y evitan la participación social. Tienden a funcionar con un nivel reducido de eficiencia durante largos periodos y parecen tolerar gran cantidad de infelicidad.

La adolescente aumenta su inseguridad y frustración cuando no recibe reconocimiento reduciendo su iniciativa y su actividad. Se muestra más controlada, manifestando un ajuste más dependiente y convencional a lo establecido socialmente. Se puede pensar que tiene menos conciencia de su inseguridad y de sus sentimientos de inferioridad y minusvalía, ya que constantemente demanda la compañía de los demás, proporcionándole una sensación de firmeza y estabilidad a su alrededor, evitando sentimientos de insatisfacción consigo misma.

Muestra una necesidad de ser independiente, una reducción de auto crítica, en donde se esfuerza por ser firme, segura y decidida; manejando cierto control de los impulsos, a través del predominio de las necesidades de aceptación y cariño.

Se reporta en el test un alto nivel defensivo, sin embargo muestra un control en sus actitudes que le pudieran permitir manejarse sin perturbaciones en su entorno social.

Se observan las escalas complementarias, en las de contenido se muestra un pobre desempeño escolar, con aspiraciones limitadas y con cierta desadaptación. En las escalas suplementarias aparece alta propensión a la adicción, negación de la problemática adictiva, cierta inhibición y manejo de represión de sentimientos, con inmadurez adolescente.

Se observa que la Depresión y la Desviación Psicopática son características de personalidad constantes en la adolescente. Rivera (1987), señala ser una combinación muy frecuente enfocada a la relación que guardan, por una parte, la inseguridad y los sentimientos de culpa y por otra, las descargas impulsivas, que pudieran ser de conducta antisocial. El equilibrio se consigue con un fuerte control de los impulsos que se viven con una actitud fuertemente autocrítica y con

aumento notable de culpa e inseguridad, lo que puede crear actitudes de inconformidad y resentimiento hacia el entorno

Se espera que la adolescente continúe con el ejercicio y practica de la TREC para el buen entendimiento de las ideas irracionales y su modificación a creencias racionales y apegadas a la realidad, con lo cual puede llevar a cabo el control de sus impulsos, sin el manejo de culpas e inseguridades, ya que se busco en el tratamiento psicológico, alcanzar un autoconocimiento y manejo de sus capacidades, promoviendo el desarrollo de nuevas habilidades.

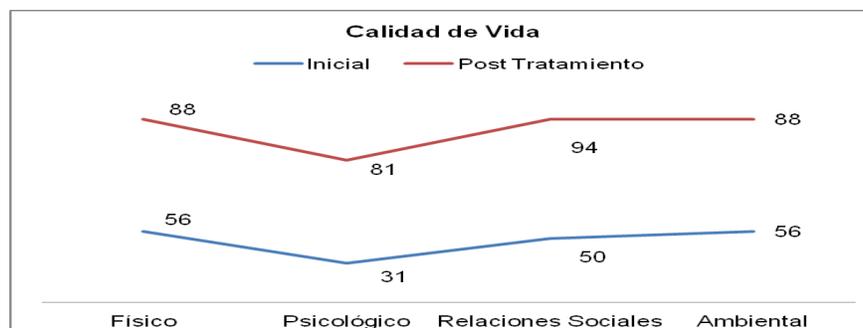
Calidad de Vida

De acuerdo con la OMS (2001), calidad de vida significa la percepción que un individuo tiene de su lugar en la existencia, en el contexto de la cultura y del sistema de valores en los que vive y en relación con sus objetivos, expectativas, normas e inquietudes.

Este instrumento mide un constructo multidimensional que incorpora la percepción de la salud física de la persona, su estado psicológico, su nivel de independencia, sus relaciones sociales y su relación con el entorno.

Inventario de Calidad de Vida WHO-QOL breve

Fecha	Factor Salud Física	Factor Psicológico	Factor Relaciones Sociales	Factor Ambiental
31/10/12	56%	31%	50%	56%
23/09/13	88%	81%	94%	88%



En la evaluación Ex Post los resultados de los cuatro factores presentan puntuaciones que se incrementan en más de 30 puntos porcentuales, siendo de 50 puntos en el factor psicológico, por lo se puede decir que, posterior a la psicoterapia, la adolescente tiene una percepción mejor de su calidad de vida, altamente beneficiada.

Toledano (2012), se refiere a la evaluación de calidad de vida para casos por enfermedad crónica pediátrica, con una fuerte y positiva relación entre el factor de salud física y el factor ambiente familiar. Existe una relación entre la salud psicológica y la presencia de hostilidad en la familia. Señalando que la calidad de vida se favorece desde la salud física, en cuanto aumenta el ambiente familiar positivo y la cohesión. Incrementándose la salud psicológica y las relaciones personales cuando disminuye la hostilidad y los problemas asociados a la situación de adversidad.

En la evaluación Ex Post la adolescente muestra un incremento en sus niveles, en lo relacionado a que su vida tiene significado personal, acepta su apariencia corporal, existe seguridad en su vida diaria y presenta energía en su cotidianidad, con cierta satisfacción en su capacidad de trabajo.

Finalmente se observa que, el tratamiento psicológico con la TREC, contribuyó a disminuir los problemas emocionales de la adolescente, al entender sus creencias irracionales y perturbaciones emocionales, que se derivaban de su forma errónea de pensar, permitiéndole darse la oportunidad de entender su entorno de forma positiva y cercano a la realidad. Con lo cual, la adolescente puede estar en mejores condiciones de alcanzar su desarrollo personal, en casi todas las áreas y mejorar sus relaciones interpersonales.

Avances descriptivos se observaron cuando la adolescente entendió sus pensamientos, emociones y conductas, así como reestructuró cognitivamente su forma de pensar y en la forma de ver y percibir su entorno familiar y social.

Los cambios se reflejaron en una disminución en su enojo y la agresividad; los resultados muestran que la adolescente puede manejarse sin perturbaciones en su entorno y tener opción a una mejor calidad de vida.

6.10 SEGUIMIENTO

No se llevo a cabo un seguimiento a la actuación posterior de la adolescente, dado que el programa de atención psicológica no lo incluye, por haber terminado el semestre.

Se propone que el CSPGD, implemente dos breves evaluaciones expost a los pacientes atendidos, una a los 3 y otra a los 6 meses de haber terminado el proceso psicoterapéutico, a fin de complementar su expediente y cierre del ciclo correspondiente.

7. CONCLUSIONES

Para el caso que se presentó en este trabajo de Tesis, la TREC fue efectiva en el manejo de la depresión y se adaptó mejor a la problemática que presentaba la adolescente. Cabe señalar que desde el inicio del proceso psicoterapéutico, se presentaron cambios cuantitativos y cualitativos en las emociones y conductas disfuncionales de la adolescente.

La adolescente, después del proceso psicológico, obtuvo resultados en las evaluaciones mostrando cambios en sus creencias irracionales, una disminución en los niveles de depresión, ansiedad, así como de autocrítica y enojo, con lo cual se le facilita el manejo de sus impulsos, permitiéndole una convivencia sana en su entorno, dentro de un panorama realista y responsable, buscando ahora ser firme, segura y decidida en su actuación de vida, con un mejor funcionamiento a nivel, familiar, escolar y social.

Aprendió que por el solo hecho de ser persona es valiosa, que tiene fortalezas en sí misma y que conjuntamente tiene que trabajar en sus debilidades.

Identificó que es importante retrasar su placer presente para alcanzar sus metas, así como quitarse las etiquetas que la limitan.

Reconoció que sus padres la quieren, la cuidan, la educan y la apoyan.

Se trabajó con su depresión y sus miedos sobre los intentos de suicidio, por lo cual identificar sus pensamientos, emociones y conductas es de máxima importancia, ya que las ideas irracionales pueden ser analizadas y modificadas.

Entendió que no siempre se obtiene lo que se desea, el chantaje no es la solución y que hay diferentes alternativas a corto y mediano plazo.

Identificó su enojo y agresión en sus orígenes y las consecuencias a enfrentar como resultados de sus actos, siendo la empatía un factor relevante a manejar.

Revisó sus relaciones sociales, su situación y perspectivas a futuro.

La adolescente adquirió herramientas para diferenciar sus problemas e identificar la problemática de quienes le rodean.

Aprendió a ser responsable de sus actos, a establecer metas, buscar su autonomía, así como habilidades de ser asertiva, buscar la solución de los problemas y controlar el estrés, todo lo cual le facilitarían su dirección en la vida.

El cambio está en sí misma, cada persona es responsable de sus pensamientos, emociones y conductas.

Considero que para mí experiencia personal, fue una fortaleza el haber realizado la atención psicológica a la adolescente en una cámara de Gesell, ya que me permitió, tener una alta calidad de supervisión, que me facilitó corregir mis errores o limitaciones, en la siguiente sesión con la paciente.

Al realizar el presente trabajo de Tesis, me reportó un gran beneficio, ya que me ha servido para mirar en retrospectiva el caso de la adolescente, y he cerrado círculos de aprendizaje, que en el momento de atención con la paciente, no sopesé en toda su dimensión teórica y metodológica.

En relación a la temática desarrollada, puedo señalar que:

Los conflictos, las conductas negativas, la violencia y el abuso por parte de los padres, (incluso sólo el proveniente de uno de ellos), perturba el proceso de desarrollo psicológico de los hijos en sus diferentes etapas de su crecimiento, generando discapacidades físicas, emocionales y funcionales.

Los adolescentes que sufren violencia intrafamiliar presentan mayor tendencia a problemas de salud mental como depresión, ansiedad, alteración del sueño, trastornos de personalidad, pobre autoconcepto y autoestima, adicciones, síntomas traumáticos, dependencia, problemas psicosomáticos, aislamiento, pensamientos suicidas y que en algunos casos, pueden culminar en la muerte.

La violencia intrafamiliar afecta el aprendizaje y la educación, generando conductas problemáticas con la autoridad, promueve el bullying, acentúa la criminalidad, retrasa y/o afecta la independencia económica y psicológica, es un factor de riesgo para convertirse en víctima, dificulta la integración social, obstaculiza formar relaciones saludables y hace personas poco asertivas en la solución de los problemas y en la toma de sus decisiones.

La violencia provoca sentimientos de soledad, tristeza, culpa, vergüenza, ansiedad, desesperanza, abandono, desamparo, rabia, estrés, dificultad para identificar y expresar sus emociones, afecta el control de la conducta, generando una visión negativa de la vida; y por tanto manteniendo la violencia en su vida presente y futura.

La violencia intrafamiliar, sumada a los cambios presentados en la adolescencia, que incrementan cierto grado de angustia, que varía en cada persona, favorecen el surgimiento de estados emocionales negativos que se reflejan en carencias de habilidades físicas, psicológicas, educativas, sociales y laborales, sintiendo mayor presión del entorno.

Cuando la violencia intrafamiliar existe puede afectar y repercutir en el joven en un mayor o menor grado, al modificar su perspectiva respecto de miedos, injusticias, discriminación, futuro, temor a tomar decisiones, falta de entusiasmo en casi todos los ámbitos y en ocasiones puede dañar parte de su identidad.

Con la depresión se exacerbaban las situaciones negativas, se presenta tristeza o irritabilidad, anhedonia, alteraciones cognitivas (baja memoria y concentración, culpa, inutilidad), fatiga, alteración del sueño, repercutiendo en comportamientos inadecuados e irresponsables, así como bajo rendimiento escolar y separación familiar y de amigos, además de conducta delictiva y adicciones.

De ahí la importancia de dar la atención adecuada, en tiempo y forma, a los problemas como la violencia familiar y la depresión, que pueden afectar el desarrollo del adolescente.

8. LIMITACIONES Y SUGERENCIAS

1. Se observa como riesgos y limitaciones del proceso psicoterapéutico que por la propia inmadurez de la adolescente, pudiera predominar el hedonismo a corto plazo y retrasar o truncar sus metas.

2. Que la adolescente al no recibir el reconocimiento esperado, su frustración sea creciente y su motivación e iniciativas disminuyan.

3. El tiempo de 26 sesiones fue adecuado para una terapia, sin embargo considero que la adolescente se hubiera beneficiado con algunas sesiones adicionales, que le habrían ayudado a reforzar su responsabilidad.

4. Que la adolescente y a sus padres no hubieran recibido Terapia Familiar, lo cual podría haber reforzado los beneficios del proceso psicoterapéutico e interrumpido el círculo vicioso de la violencia.

5. El consumo de alcohol de la adolescente está relacionado con el consumo del padre y se pudiera estar frente a una problemática de adicción. Esta conducta se abordó sólo como contraindicación y posible riesgo ante la fármaco terapia del antidepresivo.

6. No se dio seguimiento a la posterior actuación de la adolescente, limitación que restringió conocer y confirmar los beneficios del tratamiento psicoterapéutico a mediano plazo.

Se hace la propuesta de que el CSPGD, considere la implementación de 2 evaluaciones breves a los pacientes atendidos, a los 3 y 6 meses de haber terminado el proceso psicoterapéutico. Este seguimiento pudiera realizarse, ya sea mediante entrevista personal o por vía telefónica, aplicando un cuestionario de preguntas cerradas que informen sobre el motivo de consulta en la situación presente del paciente. Este punto, será una fortaleza y retroalimentará al estudiante que intervino en las prácticas, con el fin de conocer los resultados y alcances del proceso terapéutico otorgado al paciente.

7. Sugiero que los estudiantes de la Licenciatura de Psicología del área clínica, desarrollen prácticas para la intervención psicológica con pacientes, en donde mediante la orientación y supervisión del tratamiento se pueda verificar la

eficacia y eficiencia del tratamiento, así como reafirmar la teoría y metodología, ya que son básicos para el buen aprendizaje del futuro Psicólogo y Psicóloga.

8. Se sugiere, poder participar como egresado de la Facultad de Psicología en la atención de pacientes en el CSPGD, ya que se conoce la problemática de gran demanda de servicios psicológicos. Lo cual beneficiará en la adquisición de experiencia para el estudiante y apoyará al Centro en la atención a los pacientes.

Así mismo, este servicio lo considero como una retribución, a lo que la UNAM ha contribuido en mi formación profesional.

REFERENCIAS

- Aberastury, A. y Knobel, M. (2002). *Adolescencia normal*. Argentina: Paidós.
- American Psychiatric Association. (2014). *Manual de diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, DSM-5*. España: Médica Panamericana.
- Ampudia, A., Santaella, GB. y Eguia, S. (2009). *Guía clínica para la evaluación y diagnóstico del maltrato infantil*. México: Manual Moderno.
- Ángel, MB. (2007). *La violencia en la familia: reflexiones a la luz del psicoanálisis*. F. Universitaria Católica del Norte. revistavirtual.ucn.edu.co/index.php/RevistaUCN/article/viewFile/166/319 Consultado 20/II/2016
- Anguiano, SA. (2015). *Análisis funcional de la conducta*. tuxchi.iztacala.unam.mx/cuaed/t7. C 1/VII/2015.
- Asociación Mexicana de Psiquiatría Infantil. (2010). *Promoción de la salud mental en adolescentes* www.censia.salud.gob.mx/descargas/adolescencia/2010/. C 28/VI/2015
- Balbi, E., Boggiani, E., Dolci, M. y Rinaldi, G. (2012). *Adolescentes violentos*. España: Herder.
- Bandura, A. y Walters, R. (1988). *Aprendizaje social y desarrollo de la personalidad*. Madrid: Alianza.
- Barón, OP. (2000). *Adolescencia y suicidio*. Universidad del Norte. N6: 48-69. C 28/X/2014
- Beck, AT. (1980s). *Inventario de Ansiedad*. CSPGD.
- Beck, AT. (1996). *Inventario de Depresión*. CSPGD.
- Beck, AT., Brown, G. Berchick, RJ., Stewart, BL. y Steer, RA. (1990). The relationship between hopelessness and ultimate suicide: a replication with psychiatric outpatients. *American Journal of Psychiatry (AJP)*. 147:190–5. Consultado 26/X/2014
- Beck, AT, Steer, RA., Kovacs, M. y Garrison, B. (1985). Hopelessness and eventual suicide: a 10-year prospective study of patients hospitalized with suicidal ideation. *AJP*. 142:559–63. C 26/X/2014
- Benjet, C., Borges G., Medina-Mora, ME., Méndez, E., Fleiz, C., Rojas, E. y Cruz, C. (2009). Diferencias de sexo en la prevalencia y severidad de trastornos psiquiátricos en adolescentes de la ciudad de México. *Salud Mental* 32(2), 155-163. C 26/II/2015
- Biederick, C. (1993). Cit en García, E. y Musitu, G. (2000). *Psicología social de la familia*. México: Paidós.
- Bisquerra, R. (2009). *Psicopedagogía de las emociones*. España: Síntesis.
- Borges, G., Orozco, R., Benjet, C. y Medina-Mora, ME. (2010). Suicidio y conductas suicidas en México: retrospectiva y situación actual. *Salud Pública de México*. 52: 292-304. C 25/II/2015
- Borges, G., García, JA., Orozco, R., Benjet, C. y Medina-Mora, ME. (2014). Suicidio. En *De la Fuente, JR. y Heinze, G. Salud Mental y Medicina Psicológica*. México: McGraw Hill.
- Buela-Casal, G. y Sierra, JC. (2002). Normas para la redacción de casos clínicos. *International Journal of Clinical & Health Psychology*. V2 N3: 525-532. C 12/IX/2014
- Burns, DD. (2006). *Adiós ansiedad*. México: Paidós.
- Butcher, JN. (2001). *MMPI-2 Guía para principiantes*. México: Manual Moderno.
- Butcher, JN., Cabiya, J., Lucio, E. y Garrido, M. (2009). *Aplicación del MMPI-2 y el MMPI-A en pacientes hispanos*. México: Manual Moderno.
- Diario Oficial de la Federación DOF. (28/01/2011). *Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia*. www.dof.gob.mx/LGAMVLV.pdf C 22/II/2016.
- Cantón, J., Cortés, MR., Justicia, MD. y Cantón, D. (2013). *Violencia doméstica. Divorcio y adaptación psicológica, de la desarmonía familiar al desarrollo de los hijos*. España: Pirámide.
- Caro, I. (2011). *Hacia una práctica eficaz de las psicoterapias cognitivas*. Bilbao: Desclée De Brouwer, (DDB).
- Carver, CS. y Scheier, MF. (2014). *Teorías de la Personalidad*. 7ª. ed. México: Pearson educación
- Celis, E. (2011). *Prevención de la violencia de género*. En Pérez, J. y Escobar, A. *Perspectivas de la violencia de género*. Madrid: Grupo 5 Editorial.
- Cohen, S. (2010). *Infancia maltratada en la postmodernidad*. Argentina: Paidós.
- CONAPO, SEGOB. *Estadísticas de violencia*. www.violenciaenlafamilia.conapo.gob.mx. C 25/VIII/2015
- Craig, GJ. y Baucum, D. (2009). *Desarrollo psicológico*. México: Prentice Hall.
- Chávez-León, E., Madrigal, E., Ontiveros, MP. y Ng, B. (2013). *La psicopatología y su tratamiento por el especialista*. México: Asociación Psiquiátrica Mexicana.
- Chabot, D. y Chabot, M. (2010). *Pedagogía emocional, sentir para aprender*. México: Alfaomega.

- Díaz -Marroquín, N. (2010). Modelo para la formación de profesionales de la Psicología en la atención de la violencia de género contra las mujeres en la pareja. Tesis de Doctorado en Psicología, UNAM. México.
- Domènech, M. e Íñiguez, L. (2002). La construcción social de la violencia. Athenea Digital. academia.edu/912457/La_construcci%C3%B3n_social_de_la_violencia. C 25/II/2016
- Dryden, W. y Neenan, M. (2012). Working with resistance in REBT. Great Britain: Routledge.
- Ekman, P. (1992). An argument for basic emotions. *Cognition and Emotion* 6 (3): 169-200. C 2/XI/2014.
- Ellis, A. (1979, 1980). Discomfort anxiety: a new cognitive behavioral construct, rational living. En Ruiz, Díaz y Villalobos. (2012). Manual de técnicas de intervención cognitivo conductuales. DDB
- Ellis, A. (2003). Razón y emoción en psicoterapia. Bilbao: Desclée De Brouwer.
- Ellis, A. (2003). Early theories and practices of rational emotive behavior therapy & how they have been augmented and revised during the last three decades. *Journal of Rational-Emotive & Cognitive-Behavior Therapy*. V. 21, N° 3/4, pp. 219-43. C 13/II/2015.
- Ellis, A. y Abrahms, E. (1983). Terapia racional emotiva. México: Pax.
- Ellis, A. y Grieger, R. (1981). Manual de terapia racional emotiva. Bilbao: DDB.
- Encuesta Nacional de Salud y Nutrición, ENSANUT. (2006). censia.salud.gob.mx/descargas/adolescencia/2010/Promocion_de_la_Salud_Mental_en_Adolescentes. C 14/VII/2015.
- Frailie, A. y Frisancho, D. (1998). Teoría de las interacciones familiares. IPSI Revista de Investigación en Psicología V1 N2 p 41-74 sisibib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/investigacion_ps/ C 4/VIII/2015.
- Freud, S. (2001). Más allá del principio del placer. Obras completas. T. XVIII. Argentina: Amorrortu.
- Freud, S. (1930, 1970). El malestar en la cultura. Madrid: Alianza.
- Fridja N.H. (1993). Moods, emotions episodes and emotions. En Lewis, M. y Haviland, J. (2009). *Handbook of Emotions*. pp. 381-403. Nueva York: Guilford Press
- Gómez, JA., Luengo, A., Romero, E., Villar, P. y Sobral, J. (2006). Estrategias de afrontamiento en el inicio de la adolescencia y su relación con el consumo de drogas y la conducta problemática. *International Journal of Clinical & Health Psychology*. V6 N3: 581-97. C 28/II/2015.
- Hathaway, SR. y McKinley JC. (1995). Inventario Multifásico de la Personalidad de Minnesota-2, MMPI-2. México: Manual Moderno.
- Hauck, PA. y McKeegan, P. (2000). Aplicación de REBT al tratamiento de la depresión. En Yankura J. y Dryden, W. (2000). *Terapia conductual racional emotiva, casos ilustrativos*. Bilbao: DDB.
- Heath, C. y Camarena, P. (2002). Patterns of depressed affect during early adolescence. *Journal of Early Adolescence*. N22: 252-76. C 27/XI/2014.
- Heinze, G. (2014). Enfermedad depresiva y trastorno bipolar. En De la Fuente, JR. y Heinze, G. *Salud mental y medicina psicológica*. México: McGraw Hill.
- Hirigoyen, MF. (2006) *Mujeres maltratadas, los mecanismos de la violencia en la pareja*. España: Paidós.
- Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática, INEGI. México. (2003, 2006, 2011). Encuesta nacional sobre la dinámica de las relaciones en los hogares, ENDIREH: México. inegi.org.mx/est/contenidos/encuestas/hogares/especiales/endireh.aspx C 7/XI/2014.
- (2010). México en cifras. www.inegi.org.mx/sistemas/mexicocifras/default.aspx?e=8. Consultado 10/XI/2014
- (2011). Suicidio. [/inegi/contenidos/espanol/prensa/Contenidos/estadisticas/2013/suicidio0](http://inegi/contenidos/espanol/prensa/Contenidos/estadisticas/2013/suicidio0). C 8/XI/2014
- Kaplan, HI., Sadock, BJ. y Grebb, JA. (1996). Sinopsis de psiquiatría. Argentina: Médica Panamericana.
- Krauskopof, D. (1999). El desarrollo psicológico en la adolescencia: las transformaciones en una época de cambios. *Adolescencia y Salud* v.1 n.2 23-31. C 1/III/2015
- Lega, LI., Caballo, VE. y Ellis, A. (2009). Teoría y práctica de la terapia racional emotiva y conductual. España: Siglo XXI.
- Linares, JL. (2002). Del abuso y otros desmanes, el maltrato familiar, entre la terapia y el control. España: Paidós.
- Lipps, G. y Lowe, G. (2005). Validation of the Beck depression inventory in Jamaican University 2003. En Lowe, G. y Gibson, R. *Depression in Adolescence, New Developments*. West Indian Medical Journal. 54(6): 387. C 13/XI/2014

- López, Y. (2002). ¿Por qué se maltrata al más íntimo? Una perspectiva psicoanalítica del maltrato infantil. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia.
- Lorente, M. (2006). Mi marido me pega lo normal. España: Booket.
- Madrid, J. (2008). El adolescente normal, cambios psicosociales en los adolescentes y en sus padres. [www.adolescenciaalape.org/files/ C 7/III/2015](http://www.adolescenciaalape.org/files/C7/III/2015)
- Mahoney, MJ. (1997). Psicoterapias cognitivas y constructivistas. Bilbao: Desclée De Brouwer.
- Martí, G. (2008). Soy adolescente ¿ahora qué? España: Editorial CCS.
- Mc Ginnis, EM. y Sánchez, M. (2013). Ya es adolescente. México: Trillas.
- Minuchin, S. (1986). Familias y Terapia Familiar. México: Gedisa.
- Nasio, JD. (2011). ¿Cómo actuar con un adolescente difícil?. Argentina: Paidós.
- Nezu, AM., Nezu, CM. y Lombardo, E. (2006). Formulación de casos y diseño de tratamientos cognitivo conductuales. Un enfoque basado en problemas. México: Manual Moderno.
- Noriega, G. (2013). El guión de la codependencia en relaciones de pareja. México: Manual Moderno.
- Observatorio de seguridad y convivencia ciudadanas del municipio de Juárez, Chihuahua, México (2011). Estadísticas de violencia. observatoriodejuarez.org/dnn/Estadisticas/Violenciacontraninos. C 2/XI/2014
- Organization for Economic Coopetation & Development, OECD. (2013). Family database. www.oecd.org/els/soc/SF3_4_Family_violence_Jan2013. C 12/XI/2014
- Organización Mundial de la Salud, OMS. (2003). Krug, EG., Dahlberg, LL., Mercy, JA., Zwi, AB. y Lozano, R. Informe mundial sobre la violencia y la salud. OMS. N588. USA. C 7/XI/2014
- OMS. (2004). Invertir en Salud Mental. Suiza: OMS. psicologia-barraincua.com/hernanz/2004-oms. C 6/X/2014
- OMS. (2001). Instrumento de Calidad de Vida WHO-QOL- breve. CSPGD.
- Papalia, DE. y Olds, SW. (1997). Desarrollo humano. México: McGraw Hill.
- Pérez, JC., Rivera, C., Soto, E. y Muñoz, MJ. (2011). Trastorno Depresivo Mayor en niños y adolescentes. Revista Mexicana de Neurociencia. 12(3): 149-154. C 21/II/2015
- Pérez, JR., Ampudia, A., Jiménez, F. y Sánchez, G. (2005). Evaluación de la personalidad agresiva y violenta de madres maltratadoras y mujeres delincuentes. RIDEP. N20 V2. www.aidep.org/03_ridep/R20/R202 C 7/II/2015.
- Perks, S. y Jameson, M. (1999). The effects of witnessing domestic violence on behavioral problems and depressive symptomatology. West Indian Medical J48: 208-11. C 14/XI/2014
- Ramos-Lira, L. y López, IB. (2010). Guía Clínica para la atención de personas con problemas potenciales psíquicos o psicosociales (Violencia). México: INPRFM. C 2/XI/2014
- Ramos-Lira, L. (2014). Género y violencia. En De La Fuente, JR. y Heinze, G. Salud mental y medicina psicológica. México: McGraw Hill.
- Repetti, RL., Taylor, SE. & Seeman, TE. (2002). Risky families: family social environments and the mental and physical health of offspring. Psychological bulletin APA. V. 128, N 2, 330-66 C 1/X/2014
- Riso, W. (2009). Terapia cognitiva. España: Paidós.
- Riso, W. (2002). Aprendiendo a querese a sí mismo. México: Norma.
- Riso, W. (1997). De regreso a casa. México: Norma.
- Rivera, O. (1987). Interpretación clínica y psicodinámica del MMPI. México: Diana técnico.
- Roca, E. (2013). Terapia Racional Emotiva. www.cop.es/colegiados/PV00520/ C 23/IV/2015
- Ruiz, MA., Díaz, MI. y Villalobos, A. (2012). Manual de técnicas de intervención cognitivo conductuales. Bilbao: DDB.
- Salom, E., Moreno, JM. y Blázquez, M. (2012). Desarrollo de la conducta prosocial a través de la educación emocional en adolescentes. Madrid: Editorial CCS.
- Sánchez-Loyo, LM., Morfín, T., García de Alba, JE., Quintanilla, R., Hernández, R., Contreras, E. y Cruz, JI. (2014). Intento de Suicidio en Adolescentes Mexicanos: Perspectiva desde el Consenso Cultural. Acta de Investigación Psicológica. UNAM, Fac. Psicología. 4(1): 1446-1458 C 5/II/2015
- Sauceda-García, JM., Lara-Muñoz, MC. y Fócil-Márquez, M. (2006). Violencia autodirigida en la adolescencia: el intento de suicidio. Bol. Med. Hosp. Infant. Mex. V63 N.4 México. C 15/II/2016
- Shaffer, D. y Waslick, BD. (2003). Las múltiples caras de la depresión en niños y adolescentes. Barcelona: Psiquiatría.
- Toledano, F. (2012). Calidad de vida y funcionamiento familiar en cuidadores primarios de pacientes crónicos pediátricos. HIMFG, INS, UNAM. Organicaeditores.mx/smip2012/ C 29/VII/2015

- Torres, M. (2010). Curso-Taller Regional de Adolescentes. Secretaria de Salud, México. censia.salud.gob.mx/adolescencia/2010/Promocion_de_la_Salud_Mental_en_Adolescentes. C 30/III/2015.
- UNICEF. (2006). Informe Nacional Sobre Violencia y Salud. unicef.org/mexico/proteccion-6932. C 19/XI/14
- Vázquez, C., Hervás, G. Hernangómez, L. y Romero, N. (2010). Modelos cognitivos de la depresión: una síntesis y nueva propuesta basada en 30 años de investigación. *Psicología Conductual*. V18, N° 1, 139-165. ucm.es/info/psicsalud/Carmelo/2009_modelo_cognitivo_depresion. C 1/VIII/2015
- Verduyn, Ch., Rogers, J. y Wood, A. (2010). *Depression Cognitive behavior therapy with children & young people*. Great Britain: Routledge.
- Veytia, M., González, NI., López, A., Andrade, P. y Oudhof, H. (2012). Depresión en adolescentes: El papel de los sucesos vitales estresantes. *Salud Mental*. V35 N1. C 9/II/2015.
- Wickstrom, L. (1999). The emergence of gender differences in depressed mood during adolescence: the role of intensified gender socialization. *Developmental Psychology*. V35: 232-45. C 29/XI/2014