

UNIVERSIDAD DE PANAMÁ
VICERRECTORÍA DE INVESTIGACIÓN Y POSTGRADO
PROGRAMA DE MAESTRÍA EN PSICOLOGÍA CLÍNICA
FACULTAD DE PSICOLOGÍA

TERAPIA COGNITIVA CONDUCTUAL APLICADA EN
ADOLESCENTES CON DEPRESIÓN

LIC. YESEL SMITH RODRÍGUEZ

TESIS PRESENTADA COMO UNO DE LOS REQUISITOS PARA
OBTENER EL GRADO DE MAGISTER EN PSICOLOGÍA CLÍNICA

PANAMÁ, REPÚBLICA DE PANAMÁ

2017

UNIVERSIDAD DE PANAMÁ

VICERRECTORIA DE INVESTIGACIÓN Y POSTGRADO
PROGRAMA DE MAESTRÍA EN PSICOLOGÍA CLÍNICA.

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

NÚMERO DE CÓDIGO: 327-14-06-17151

ESTUDIANTE: YESEL SMITH

CÉDULA: 3-718-986

TÍTULO AL QUE ASPIRA: MAESTRÍA EN PSICOLOGÍA CLÍNICA

TÍTULO DE LA TESIS: TERAPIA COGNITIVA CONDUCTUAL APLICADA
EN
ADOLESCENTES CON DEPRESIÓN.

ASESOR: MAGÍSTER RICARDO LÓPEZ

FIRMA DEL ASESOR:

FIRMA DEL ESTUDIANTE:

APROBADO POR:

COORDINADOR DEL PROGRAMA

.....
DIRECTOR DE POSTGRADO DE LA VICERRECTORÍA DE INVESTIGACIÓN
Y POSTGRADO.

FECHA:

DEDICATORIA

DEDICATORIA

Mi trabajo de graduación se la dedico con todo cariño y amor a mi Madre Fulvia María Rodríguez Olmos y mi Padre Arístides Jiménez Candelaria, que con todo su esfuerzo y sacrificio desde el primer momento que tome la decisión de estudiar psicología me dijeron vamos hija tu puedes y vas a ser una de las mejores Profesionales.

A mi querido hijo Abdonis Xavier Casanova Smith que ha sido esa fuente de inspiración día a día que me impulsa a superarme y nos ayuda a luchar para que la vida nos depara un futuro mejor.

A mi amada hermana Briceida Iveth Smith Rodríguez que con su ejemplo y palabras de aliento me ayudo a no desmayar en los momentos más difíciles de esta especialidad.

A todos mis lindos compañeros que sin esperar nada a cambio compartimos conocimientos, alegrías y tristeza en estos dos años que perduro esta especialización.

GRACIAS A TODOS

BENDICIONES

AGRADECIMIENTOS

AGRADECIMIENTOS

Al primero que debo agradecerle este logro es a mi Señor Jesús que fue el que me dio la valentía día a día de continuar con mi meta propuesta, de culminar mis estudios de maestría en esta Universidad, que abre sus puertas a toda persona interesada en estudiar y prepararse para ser mejor profesional.

Gracias a cada docente que realizaron su pequeño aporte en este aprendizaje completamente integral.

Para finalizar se le agradece a todas las Instituciones en las cuales me acerque a solicitar apoyo en investigación entre otras, Muy importante el lugar donde se encuentra mi población meta, donde todos fueron muy cariñosos y serviciales

ÍNDICE GENERAL

	Pág.
PORTADA	i
REGISTRO DE TESIS	ii
DEDICATORIA	iii
AGRADECIMIENTO	iv
RESUMEN ABSTRACT	
INTRODUCCIÓN	1
Capítulo I: MARCO TEÓRICO	
1. Aspectos generales sobre la depresión	4
1.1 Antecedentes del concepto	4
1.2 Definición de depresión	10
1.2.1 CIE-10	12
1.3 Causas de la depresión	14
1.3.1 Causas biológicas de la depresión.	14
1.3.2 Causas psicosociales de la depresión	16
2. Adolescencia	17
2.1 Concepto de adolescencia	17
2.2 Etapas de la adolescencia	17
2.2.1 Adolescencia temprana	18
2.2.2 Adolescencia media	21
2.2.3 Adolescencia tardía	23

2.3	Cambios durante la adolescencia	23
2.3.1	Desarrollo físico	23
2.3.2	Desarrollo psicológico	24
2.3.3	Desarrollo emocional	25
2.3.4	Desarrollo social	25
2.4	Problemas de los adolescentes	28
2.5	Principales teorías de la adolescencia	31
2.6	Sexualidad en la adolescencia	35
3.	Clasificaciones actuales	38
3.1	DSM IV-TR	39
4.	Depresión en la infancia y la adolescencia	41
4.1	Presentación clínica	42
4.2	Curso clínico	44
4.3	Diagnóstico	45
5.	Modelo teórico que explica la depresión	46
5.1	Modelo multifactorial	46
 Capítulo II: ALDEAS INFANTILES SOS		
1.	Introducción	50
2.	Antecedentes históricos	51
2.1	El fundador: Hermann Gmeiner y el nacimiento de las Aldeas Infantiles SOS	51
2.2	Pioneros de la asistencia de menores: Evolución histórica	52
2.3	Aldeas infantiles SOS en Panamá	53

2.3.1	Antecedentes de las Aldeas Infantiles en Panamá	53
2.3.2	Las madres tías en las Aldeas Infantiles de Panamá	55
3.	¿Qué son las Aldeas Infantiles?	57
4.	Un enfoque preventivo	57
Capítulo III: TERAPIA COGNITIVO CONDUCTUAL		
1.	Aspectos generales.	61
1.1	Tratamiento Cognitivo Conductual de la depresión	66
1.2	Procesos Cognitivos en niños y adolescentes	69
2.	Estructuras de las sesiones con adolescentes	71
3.	Prevención	75
3.1	Definición y tipos de prevenciones	76
3.2	Aproximaciones tradicionales de las prevenciones	82
3.3	Aproximaciones actuales	84
3.4	Intervención temprana	85
Capítulo IV: METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN		
1.	Problema de Investigación	90
1.1	Planteamiento del problema	90
1.2	Planteamiento de objetivos	93
1.2.1	Objetivos generales	93
1.2.2	Objetivos específicos.	93
1.3	Muestra	93
1.4	Preguntas de Investigación	94
2.	Justificación de la investigación	94
3.	Diseño de la investigación	

3.1	Estudio explicativo	96
3.2	Diseño de pre prueba y post prueba con un solo grupo	97
4.	Formulación de hipótesis	97
4.1	Hipótesis conceptual	97
4.2	Hipótesis operacional	97
4.3	Hipótesis estadística.	98
5.	Técnicas e Instrumentos de Medición.	98
5.1	Escalas de depresión en niños y adolescentes	99
5.2	Cuestionario estructural de depresión	100
6.	Variables	102
6.1	Variable independiente. (Terapia Cognitivo Conductual)	102
6.1.1	Definición conceptual de la variable independiente	102
6.1.2	Definición operacional de la variable independiente	103
6.2	Variable dependiente (Depresión)	103
6.2.1	Definición conceptual de la variable dependiente	103
6.2.2	Definición operacional de la variable independiente	104
7.	Análisis Estadísticos de los Resultados	105
7.1	Análisis descriptivo	105
7.2	Análisis comparativo	105
8.	Procedimientos	106
9.	Limitaciones	107
10.	Población y muestra	108
11.	Criterio de inclusión y exclusión	109

11.1 Criterios de inclusión	109
11.2 Criterios de exclusión	110

Capítulo V: PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS

1. Características de la población	112
1.1 Edad de los adolescentes	112
1.2 Personas con las que viven	114
2. Presentación y análisis descriptivos Comparativos de los resultados	114
3. Diagnóstico según DSM V	116
4. Cuestionario de Depresión de Beck	118
4.1 Aplicación de la evaluación inicial (Pretest).	118
4.2 Aplicación de la evaluación final (Postest).	118
5. Demostración de la hipótesis.	120
5.1 Hipótesis estadísticas.	120
5.2 Resultados.	121
6. Análisis integrativo de los resultados	123
CONCLUSIONES	126
RECOMENDACIONES	131
BIBLIOGRAFÍA	132
ANEXOS.	139
ANEXO 1.	139
Sesiones Taller	139
Sesión 1	140
Sesión 2.	142

Sesión 3	144
Sesión 4.	145
Sesión 5	146
Sesión 6	148
Sesión 7	148
Sesión 8	149
Sesión 9	149
Sesión 10	150
Sesión 11	150
Sesión 11	150
Sesión 12	151
Anexo 2: Tabla “t” de Student.	152

ÌNDICE DE CUADROS

	112
Cuadro 1: Edad	
Cuadro 2: Escala de Depresión de Beck, comparación entre el Pretest y Postest	114
Cuadro 3: Resultados obtenidos del Inventario de Depresión de Beck (Pretest).	117
Cuadro 4: Resultados obtenidos del Inventario de Depresión de Beck (Postest).	119
Cuadro 5: Resultados Pretest y Postest.	
Cuadro 6 Clasificación según el Inventario de Depresión.	154
Cuadro 7: Prueba “t” para el grupo de adolescentes	154
Cuadro 8: Prueba “t “para las medias de dos muestras emparejadas.	155

Cuadro 9:	Operaracionalización de la variable depresión: Indicadores de depresión	155
Cuadro 10:	Resultados Pretest y Postest	156
Cuadro 11:	Clasificación de los trastornos del estado de ánimo, según DSM-IV. (APA, 1994).	158
Cuadro 12	Inventario de Depresión de Beck	158
Cuadro 13:	Cronologías de las terapias Cognitivas Conductuales (Obst, 2008).	162
Cuadro 14:	Tipos principales de esquemas.	162
Cuadro 15:	Distribución de frecuencias de las manifestaciones objetivas.	163
ÍNDICE DE GRÁFICOSi		
Gráfico 1:	Edad de los adolescentes	113
Gráfico 2:	Escala de Depresión de Beck, Comparación entre el Pretest y Postest.	116
Gráfico 3:	Resultados obtenidos del Inventario de Depresión de Beck Pretest	117
Gráfico 4:	Resultados obtenidos del Inventario de Depresión de Beck Postest	119
Gráfico 5:	Pretest y Postest	121
Gráfico 6:	Tamaño de la muestra de acuerdo a la edad de los adolescentes (mujeres)	165
Gráfico 7:	Nivel académico de los adolescentes.	167
Gráfico 8:	Distribución porcentual por géneros de los adolescentes.	168
Gráfico 9:	Distribución porcentual por las edades de los adolescentes	169
Gráfico 10:	Tamaño de la muestra de acuerdo a la edad de los adolescentes (Hombres)	170

RESUMEN/ABSTRAC

RESUMEN/ABSTRAC

El propósito de este estudio propone invertir una triada cognitiva de la depresión en un grupo de adolescentes, examinando la efectividad de un tratamiento grupal Cognitivo Conductual. La TCC, terapia cognitiva conductual, es el paradigma ideal para este trabajo, por su objetividad, practicidad y lo operativo de sus principios. Cuando Aaron Beck presentó su teoría de la depresión y su respectivo modelo terapéutico supuso una revolución y una alternativa al hasta entonces modelo psicoanalítico de la depresión basado en la fijación de un objeto amado.

La intervención para el grupo incluyó 12 sesiones de 45 minutos, utilizando cuatro módulos: Reestructuración Cognitiva (5 sesiones), Asertividad (3 sesiones), Resolución de conflictos (3 sesiones), y una sesión de cierre. Durante 7 semanas se desarrollaron las 12 sesiones terapéuticas, incluyendo una evaluación al inicio y una al final del tratamiento, y una sesión de cierre.

Los participantes fueron 15 adolescentes de edades comprendidas de 13 a 19 años de ambos sexos. Las mediciones se realizaron antes y después del tratamiento y una medición de seguimiento de tres meses después.

The purpose of this study is to reverse a cognitive depression triad in a group of adolescents by examining the effectiveness of a Cognitive Behavioral group treatment (CBT), cognitive behavioral therapy, is the ideal paradigm for this work, for its objectivity, practicality and the operative of its principles .

When Aaron Beck presented his theory of depression and its respective therapeutic model, it was a revolution and an alternative to the prevailing psychoanalytic model of depression based on fixation to a beloved object.

The participants were 15 adolescents between the ages of 13 and 19 of both sexes. Measurements were performed before and after treatment and a follow-up measurement of three months later.

The intervention for the group included 12 sessions of 45 minutes, using four modules: Cognitive Restructuring (5 sessions), Assertiveness (3 sessions), Conflict Resolution (3 sessions), and a closing session. During the 7 weeks the 12 therapeutic sessions were developed, including an evaluation at the beginning and one at the end of the treatment.

Palabras claves: Terapia Cognitiva Conductual, depresión, intervención, depresión leve, depresión moderada, leve perturbación del estado del ánimo, depresión intermitente, depresión extrema, Aaron Beck.

Key words: Cognitive Therapy, Depression, Intervention, Mild depression, Moderate depression, Mild mood disturbance, intermittent depression, Extreme depression, Aaron Beck.

INTRODUCCIÓN

INTRODUCCIÓN

El presente anteproyecto de investigación titulado: Terapia Cognitiva Conductual aplicada en Adolescentes, constituye la propuesta de trabajo de graduación para la obtención del título de maestría en psicología clínica que ofrece la Facultad de Psicología de la Universidad de Panamá.

El problema de investigación radica en demostrar la viabilidad o efectividad de la terapia cognitiva conductual como una herramienta en el tratamiento del trastorno depresivo no especificado en adolescentes.

El propósito del trabajo de graduación es la aplicación de un tratamiento basado en la Terapia Cognitiva Conductual aplicada en distintas sesiones en las Aldeas Infantiles SOS ubicada en el corregimiento de Cristóbal del Distrito grupales a quince (15) adolescentes entre trece (13) y diecinueve (19) años de edad de Colón.

Se trata de una investigación de campo, basada en un diseño cuasi-experimental del tipo antes y después sin grupo control, cuyo objeto de estudio son adolescentes con síntomas de trastorno depresivo.

Para la obtención de información se aplicará el inventario de Beck, el cual constituye una valiosa herramienta utilizada en psicología clínica y, al mismo tiempo, se utilizará bibliografía especializada para la perspectiva teórica que permite el análisis de los datos.

Para Yapko (2006), la depresión no solo se concibe como una enfermedad que afecta el área emocional y al cuerpo, sino como autores como Beck (1983), la consideran como trastorno que altera el estado de ánimo, haciendo que la persona genere respecto de sí, un sin número de pensamientos que ponen en riesgo su salud psíquica. Pues todo lo que el individuo genera como cogniciones, repercute a nivel emocional, conductual y de la salud, induciendo a la persona a un estado en el que le es imposible resolver los problemas de la vida diaria.

Nuestro trabajo clínico con estos adolescentes, nos hizo observar que los diagnósticos mayormente utilizados para estos síntomas que tienen su aparición en la infancia, niñez y

la adolescencia, tales como trastorno disocial, negativismo desafiante, o déficit de atención con hiperactividad, no explicaban satisfactoriamente la problemática de estos adolescentes.

Segùn la American Academy of Child and Adolescent Psychiatry (AACAP), cerca del 4 al 8% de los adolescentes presentan síntomas de depresión, siendo más prevalente en mujeres (1:2), el riesgo de depresión se multiplica de 2-4 después de la pubertad, sobre todo en mujeres y la incidencia acumulada al alcanzar los 18 años puede alcanzar el 20%.

En general se puede comentar que el modelo terapéutico cognitivo-conductual es uno de los tratamientos efectivos que sustentan la atención a estos trastornos, ya que de acuerdo a las condiciones presentadas en tal trabajo, permite respaldar la efectividad que se le da al uso de este modelo de intervención, en la atención a la depresión en estos casos en particular.

El marco teórico que sustenta nuestra investigación se basa principalmente en los antecedentes históricos de la depresión y la evolución del mismo. La adolescencia y sus respectivas etapas, significado de la depresión, modelos que explican la depresión, clasificaciones según la DSM-IV-TR y el segundo capítulo, la Terapia Cognitiva Conductual aspectos generales, tratamiento Cognitivo Conductual de la depresión en adolescentes, estructuras de las sesiones y la prevención.

Los capítulos subsiguientes corresponden a la metodología, presentación de los resultados, análisis de los hallazgos, anexos.

Esperamos que los resultados y conclusiones a los que se arrije con la investigación sirvan de aporte a fin de contribuir al enriquecimiento de la teoría y práctica científica de la psicología .

CAPÍTULO I
MARCO TEÓRICO

1. Aspectos generales sobre la depresión.

1.1 Antecedentes del concepto.

Para poder explicar la cronología de la depresión, nos remontamos a la Biblia, aclaro que no tiene que ver con nada espiritual, solo hago referencia a las sagradas escrituras por motivos históricos

La descripción de tristeza (depresión) está reflejada en el Antiguo Testamento (libro de Job, hacia el siglo XV a.C). Cuando se narran episodios de tristeza y melancolía de Saúl, quien respondía a la terapia musical de David, finalmente llega a un estado de enajenación e intenta dar muerte al Rey David. Esta incapacitación y locura es algo que desde siempre se asociaba a estados que posiblemente hoy podríamos llamar **depresión**.

Los intentos por descifrar la depresión de manera científica se deben a Hipócrates (siglo IV a.C), empleando el término genérico de “melancolía” para dar cuenta de estos estados de inhibición y tristeza, que por cierto, **la Melaina chole** (atra, bilis, bilis negra). Aristóteles (siglo IV a.C) aporta en algunos escritos para relacionarlos con personas especialmente sensibles e inteligentes.

Hipócrates afirmaba que desde el punto de vista médico, los problemas psiquiátricos estaban relacionados por el conjunto de cuatro humores corporales; sangre, bilis negra, bilis amarilla y flema. La melancolía era producida por la **bilis negra o atrabilis**. (Calderón, 1999).

Areteo de Capadocia, S.I y II d.C, describe a la melancolía como” una alteración apirética del ánimo, que está siempre frío y adherido a un mismo pensamiento, inclinado a la tristeza y la pesadumbre”.

La palabra depresión, se deriva del latín, de y premere (apretar, oprimir) y deprimere (empujar hacia abajo).

Soranos de Ephesus, S. II d.C, describió los síntomas principales de la melancolía, que son la tristeza, deseos de morir, suspicacia acentuada, tendencia a la irritabilidad. (De la Fuente, 1994).

Durante la **Edad Media**, la medicina árabe que aparece a partir de la expansión del Islam, en el siglo VII, se inspira en las obras de los griegos. Durante esta época, aparece un tratado muy significativo, “Magála fi âl-Malhûliyâ” de Ishaq Ibn Imran dedicado por completo a esta dolencia. Explica que tiene su origen en factores físicos, pero también apunta que puede estar motivada por el miedo, la ira y el aburrimiento.

Santo Tomás de Aquino, sostenía que la melancolía, se producía por demonios e influencias astrales. Esta creencia se comenzó a abandonar en 1630, cuando Robert Burton, publicó su famoso tratado “Anatomía de la Melancolía” obra que ayudó mucho a la identificación de los estados depresivos.

Claudio Galeno de Pérgamo, S.II d.C. desarrolló una teoría de enfermedad mental, basada en supuestos humores, teoría que se mantuvo hasta la Edad Media. (Macelli, 1992). Se da sin fiebre, con tristeza profunda y distanciamiento de las cosas más queridas. Es una aflicción sin medidas.

El Renacimiento, supuso una vuelta a las ideas de Éfeso y Galeno, así **Paracelso** (1567) habla de cuatro clases de melancólicos; **Th Elyot** (1530) hace referencia al temperamento melancólico y **T. Bright** (1586) publica un” **Tratado sobre la Melancolía**”, en el que se desmarca de la etiología pecaminosa de la depresión, constituyendo este libro la primera monografía específica sobre la depresión.

A principios del S. XIX, **Philippe Pinel**, indicó que los pensamientos de los melancólicos, estaba completamente concentrado en un objeto (obsesivamente) que la memoria y la asociación de ideas están generalmente perturbadas, pudiendo en ocasiones inducir al suicidio. Como causas posibles de la melancolía, señaló; las de carácter psicológico como: el miedo, los desengaños amorosos, la pérdida de

propiedades, las dificultades familiares, y las de carácter físico; como la amenorrea. (Norton et al, 2000).

Distinguió cuatro formas que podía tomar la alienación mental: la demencia, la idiocia, la manía y la melancolía.

Según Chinchilla Moreno; si bien las ideas de los melancólicos eran descriptas a menudo como tristes, esto solo constituía un aspecto accesorio.

Emil Kraepelin, 1896, cambió el significado del término melancolía, por el término de depresión, considerando a este último, como un trastorno del estado de ánimo que forma parte de la enfermedad maniaco depresiva. Estableció la diferencia entre psicosis maniaco-depresiva y la demencia precoz, llamada posteriormente esquizofrenia. Después, los estudios genéticos en psiquiatría, llevaron a considerar, a los síntomas depresivos como parte de la psicosis maniaco-depresiva, situación que prevaleció durante las tres primeras décadas del siglo XX, en consecuencia el deprimido era calificado de psicótico aunque sus síntomas fueron muy leves. (Macelli, op. cit).

La constancia histórica de la descripción sintomatológica, las causas y los tratamientos sugeridos para la depresión se han ido modificando permanentemente, variando según las tendencias etiológicas y teóricas de cada época.

Kraepelin; ha sido considerado como fundador de la psiquiatría científica moderna, la psicofarmacología y la genética psiquiátrica.

En su **Tratado de Psiquiatría**, agrupó a un amplísimo grupo de trastornos afectivos, bajo lo que él llamó enfermedad maníaco depresivo en la octava edición de su tratado (1913), incluía las formas monopolares y bipolares del trastorno, así como las disposiciones del humor más o menos acentuadas, pasajeras o duraderas, que consideró como el primer grado de trastornos más graves.

La gran contribución de Kraepelin a la psiquiatría, fue el ordenamiento del caos nosológico.

Adolfo Meyer (1922), considerado el fundador de la psiquiatría americana, opinaba que el término depresión tenía la ventaja de unificar diversas modalidades de la melancolía (simple, con delirio, crónica, homicida o suicida). La función que ha cumplido esa palabra es la de reunir diversos trastornos, bajo el común denominador del estado de ánimo triste o inhibido.

Pereña (2012) señala que “el estado de ánimo es un criterio diagnóstico no por evidente, menos confuso, pues el estado de ánimo, sea la tristeza, el desánimo o el desaliento, la angustia o la euforia, o el rencor, se corresponde con la propia condición subjetiva, son sentimientos producidos por la exposición primordial con el otro...” (p.14)

Adolfo Meyer, cuyo propio sistema de clasificación se basa en una categoría más amplia de tipos reactivos, comenzó a tratar los desórdenes psiquiátricos dando preferencia a la influencia de las circunstancias existenciales más que a las condiciones estrictamente orgánicas que evolucionaba independientemente de los factores ambientales. Descartó por completo, el modelo de enfermedad, prefiriendo considerar los desórdenes psiquiátricos como reacciones específicas de un individuo ante la sucesión de circunstancias existenciales (Calderón, 1984). Sus tipos de reacción fueron un concepto clave para la redacción del Primer Manual Diagnóstico y Terapéutico (DSM-I).

Karl Abraham, realizó la primera investigación psicoanalítica sobre la depresión, explica que la depresión surge cuando el individuo ha renunciado a la esperanza de satisfacer sus tendencias libidinales.

Una aportación importante de Abraham, es la descripción de la ambivalencia del depresivo y su incapacidad de amar verdaderamente a los demás, su excesiva preocupación por sí mismo, y la manera en que utiliza la culpa para llamar la atención.

La Psiconeurosis, era interpretada como consecuencia de una regresión de la libido, de ahí que Abraham, comparó depresión con ansiedad, que también era visto como el resultado de instintos reprimidos.

Mientras la ansiedad, surge cuando las represiones impiden el logro de la gratificación deseada, que aún es posible, la depresión aparece, cuando el individuo, ha renunciado a la esperanza de satisfacer sus tendencias libidinales.

La búsqueda de la satisfacción libidinal, está tan profundamente deprimida que el individuo no puede sentirse amado ni capaz de amar y le desespera nunca llegar a la intimidad emocional.

Explica, otros aspectos significativos de la depresión sobre la base de la represión, se ocupa de la manía y de la analizabilidad de los individuos reprimidos. Considera que la manía; aparecería cuando la represión no puede resistir más el asalto de los impulsos reprimidos.

Diferenció entre depresión neurótica y depresión psicótica, observando que la primera tiene motivación inconsciente y es una consecuencia de la represión, el sujeto, se siente, no amado e incapaz de amar y en la depresión psicótica, predomina el odio, se puede expresar con la fórmula; “No puedo amar a la gente, tengo que odiarla” Abraham concluye que el psicoanálisis debería iniciarse en los intervalos libres entre los ataques maníacos y los ataques depresivos. (Abraham y la melancolía: La teoría biológica, Ferrandez, Miguel, revista N° 28)

La explosiva expresión de amor y odio acertadamente calificado de frenesí de libertad que se observa en la fase maníaca, es interpretada como una vuelta al período de la infancia previo a la represión emocional (Polaino, 1985).

El intento de comprender el fenómeno psicológico en su complejidad real ha intentado desde una perspectiva más amplia, la utilización de metodologías cualitativas

de investigación que enriquecen la descripción e interpretación de procesos que mediante la experimentación clásica cuantificable, resultan más difíciles de abarcar, sobre todo en ámbitos clínicos.

Las líneas convergentes de la investigación proveniente de la psicología experimental básica y de la psicopatología descriptiva condujeron a la articulación de las teorías cognitivas y conductuales de la depresión.

Los individuos depresivos valoran excesivamente esos sucesos negativos y los consideran globales, frecuentes e irreversibles, mostrando la tríada cognitiva negativa: visión negativa del yo, del mundo y del futuro.

Durante largo tiempo la comunidad científica negó la existencia de la depresión infantil (Akerson, 1942). La depresión infantil, posee algunas características similares a la depresión en el adulto, aunque con síntomas acompañantes peculiares.

Freud, señaló que el potencial depresivo tenía su origen en la primera infancia. La existencia de la depresión infantil en el pasado como trastorno emocional era cuestión de polémicas (Méndez, et.al, 2002).

Kraepelin y Freud, dieron dos enfoques sobre la depresión, diametralmente opuestos: el enfoque organicista y el psicodinámico (Vallejo-Nágera, 2005).

La influencia de la teoría psicoanalítica expresaba que al no tener el niño un súper yo formado, no podía hablarse de una depresión en la infancia. Freud, había definido la depresión como pérdida de la estima del yo o el ego, esa pérdida consistía en la comparación del ego con el superego o superyo. Pero el ego dentro de la ortodoxia analítica, no está constituido en la infancia y por lo tanto le sería imposible perder su autoestima.

Por otra parte, el conductismo desentendía la investigación de cualquier fenómeno mental cuyo acceso no fuese posible mediante la observación, por ende, las cogniciones y las emociones, incluida la depresión, se mantuvieron fuera de su foco de atención. Sin embargo, en la consulta de psiquiatras y psicólogos, así como en las escuelas, aparecían

niños que presentaban una conducta muy parecida a de los adultos deprimidos (Cantwell y Carlson, 1997).

Las primeras descripciones de la depresión infantil surgieron de dos psicoanalistas heterodoxos: Rene Spitz y John Bowlby.

Spitz creó un sistema de observación sobre el desarrollo directo en los niños con su madre, en esta observación logró dar explicación del desarrollo en términos de relación objetal.

Spitz desarrolló los conceptos de Hospitalismo y la Depresión Anaclítica por su parte Bowlby formuló la Teoría del Apego (vínculo emocional que desarrolla el niño con sus padres).

La descripción de estos síndromes representa el comienzo de la investigación de la depresión en la infancia, no es hasta los años setenta cuando este trastorno es reconocido formalmente y comienzan hacer estudios sistemáticos del mismo. (Shafti y Shafti, 1985).

A pesar de la evidencia de la existencia de niños deprimidos, hubo que esperar un nuevo marco teórico más favorable que permitiese desarrollar su investigación y eso ocurrió con el ascenso del paradigma cognitivista de los años setenta, que permitía el estudio de los procesos interiorizados.

En 1975 la depresión infantil, fue aceptada por el National Institute of Mental Health, como concepto y entidad psicopatológica.

1.2 Definición de depresión.

La depresión desde el punto de vista de la psicología o el de la psiquiatría, es un trastorno del estado de ánimo, pero siempre dentro del ambiente de la psicopatología, el

modelo médico la describe, como un trastorno del ánimo y su síntoma habitual es un estado de infelicidad y abatimiento, que puede ser transitorio o permanente.

Otra de las definiciones de la depresión es: un estado emocional, caracterizado por tristeza y aprensión, sentimientos de inutilidad, culpabilidad, retraimiento, pérdida del sueño, del apetito, del deseo sexual, de indefensión, y de desesperanza profundos. A diferencia de la tristeza normal o la del duelo, que sigue a la pérdida de un ser querido, la depresión patológica es una tristeza sin razón aparente que la justifique y además grave y persistente. Puede aparecer acompañada de varios síntomas concomitantes, incluidos las perturbaciones del sueño y de la comida, la pérdida de iniciativa, el autocastigo, el abandono, la inactividad y la incapacidad para el placer. (Calderón, op.cit).

La depresión es una enfermedad grave presente en hombres y mujeres sin distinción de edad, ni clase social, puede provocar deseos de alejarnos de nuestras familias, amigos, trabajo, escuela, nos puede causar ansiedad, pérdida del sueño, del apetito, falta de interés o placer para realizar diferentes actividades.

La depresión es más frecuente en las mujeres, se manejan las teorías de: que tienen que ver con los factores hormonales y así se han hecho estudios en la menopausia, otro factor es el rol de la mujer en la sociedad, trabajo en casa, crianza de los hijos, pero no se ha demostrado, si este factor es determinante.

La depresión es un síndrome, en el que interactúan, diversas modalidades somáticas, afectivas, conductuales y cognitivas, considerando que las distorsiones cognitivas en el análisis y procesamiento de la información, son la causa principal del desorden a partir del cual se desatan los componentes restantes. (Hollon y Beck 1979 en: Calderón, 1984).

El tema de la depresión en adolescentes y su incidencia en la sociedad, tiene variantes para una definición durante las facetas de la vida, emocionales, cognoscitivas fisiológicas y sociales en las cuales podrían verse afectadas.

Rojas (2006), nos dice “Que las depresiones son un conjunto de enfermedades psíquicas hereditarias o adquiridas, con una sintomatología determinada, a la que se asocian cambios negativos de tipo somático, psicológico, conductual, cognitivo y asertivo”.

1.2.1 CIE-10

De acuerdo a las clasificaciones internacionales, los trastornos del ánimo, tanto en adultos, niños y adolescentes; se clasifican en: trastornos depresivos (trastorno depresivo mayor, distimia, trastorno depresivo no especificado) y trastornos bipolares (trastorno bipolar 1, trastorno bipolar 2 y trastorno mixto). Respecto a la sintomatología, no realizan una diferencia entre los distintos tramos de edad, pero se observan variaciones en cuanto al tiempo de evolución.

El CIE-10 señala que la anomalía fundamental en la depresión es una alteración del humor o de la efectividad, acompañada de cambios en el nivel general de actividad (vitalidad). El resto de los síntomas, son secundarios a estas alteraciones del humor y de la vitalidad o son comprensibles en su contexto.

Este trastorno tiende a ser recurrente y el inicio de cada episodio suele estar en relación con acontecimientos o situaciones estresantes; además, se señala que son los mismos criterios diagnósticos, tanto para adultos, niños y adolescentes.

En los episodios depresivos típicos el sujeto sufre:

- a. Humor depresivo
- b. Pérdida de la capacidad de interesarse y disfrutar de las cosas y/o
- c. Disminución de su vitalidad que lleva a una reducción de su nivel de actividad y a un cansancio exagerado, que aparece, incluso, tras un esfuerzo mínimo.

También son manifestaciones de los episodios depresivos :

- Disminución de la atención y concentración.
- Pérdida de la confianza en sí mismo y sentimientos de inferioridad.
- Ideas de culpa y ser inútil.
- Perspectiva sombría del futuro.

- Pensamientos y actos suicidas o de autoagresiones.
- Trastornos del sueño.
- Pérdida del apetito.

El estado de ánimo varía escasamente de un día para otro y no suele responder a cambios ambientales, aunque puede presenciar variaciones circadianas características. La presentación clínica puede ser distinta en cada episodio y en cada individuo. Las formas atípicas son particularmente frecuentes en la adolescencia, en donde la ansiedad, el malestar y la agitación psicomotriz pueden predominar sobre el estado depresivo.

Para el diagnóstico de episodio depresivo se requiere de una duración de al menos dos semanas, aunque períodos más cortos pueden ser aceptados si los síntomas son excepcionalmente graves o de comienzo brusco. Un cuadro depresivo puede ser acompañado de síntomas somáticos como:

- Pérdida del interés o de la capacidad de disfrutar de actividades que anteriormente eran placenteras.
- Pérdida de reactividad emocional a acontecimientos y circunstancias ambientales placenteras.
- Despertarse por la mañana dos o más horas antes de lo habitual.
- Empeoramiento matutino del humor.
- Pérdida marcada del apetito.

El episodio depresivo puede ser calificado como; leve, moderado, grave, según el tipo, número o gravedad de los síntomas.

Se califican como leves; cuando presenta al menos dos de los siguientes síntomas:

- a. Ánimo depresivo
- b. Pérdida de interés y de la capacidad de disfrutar.
- c. Aumento de la fatigabilidad.

Además, tiene que presentarse al menos dos de los otros síntomas antes expuestos, ninguno de los síntomas debe estar presente en un grado intenso y el episodio depresivo debe durar al menos dos semanas.

Se calificarán como moderado; cuando estén presentes al menos dos de los tres síntomas más típicos descritos para el episodio depresivo leve, así como al menos tres (y preferiblemente cuatro) de los demás síntomas. Es probable que varios de los síntomas se presenten en grado intenso, aunque esto no es esencial si son muchos los síntomas presentes. El episodio depresivo moderado debe durar al menos dos semanas.

Un episodio depresivo grave, cuando están presentes los tres síntomas típicos del episodio depresivo antes descrito, además de, por lo menos cuatro, de los demás síntomas, los cuales deben ser de intensidad grave. También puede ser acompañada de síntomas psicóticos como ideas delirantes, alucinaciones y estupor depresivo.

1.3 Causas de la depresión

Los diversos factores causantes de la depresión se darán a conocer las causas de la depresión siguiendo el orden biológico y posteriormente desde el enfoque psicosocial, esto con el fin de hacer mayor comprensión de las diversas causas que puede tener esta problemática.

1.3.1 Causas biológicas de la depresión.

Entre las causas biológicas de la depresión tenemos: los factores químicos, hormonales, genéticos en donde algunas de estas se presentarán en forma individual o unificadas.

a. Factores químicos:

Las causas básicas de la depresión están asociadas a anormalidades en la liberación de ciertos neurotransmisores importantes. Los neurotransmisores; son los mensajeros químicos del cerebro y, en caso de depresión, se ven alterados. Entre los principales neurotransmisores podemos mencionar:

- **Serotonina:** Se considera como la sustancia química responsable de mantener en equilibrio nuestro estado de ánimo. El déficit de serotonina conduciría a la depresión.
- **Acetilcolina:** Entre sus efectos más importantes, destaca la contracción muscular, el movimiento, procesos digestivos y neuroendocrinos y la activación de procesos cognitivos como la atención y la excitación.
- **Catecolaminas:** Estos mensajeros químicos se alteran por diversas causas como: anomalías estructurales cerebrales leves, trastornos del sueño o herencia genética. Dentro de estas se destacan; la **dopamina;** interviene en el deseo y en la sensación de placer.

Noradrenalina; se encarga de transmitir información en forma de impulsos eléctricos a las distintas partes del organismo. **La Adrenalina;** hormona de la activación y se relaciona con situaciones intensas en las que se experimentan emociones elevadas.

b. Factores hormonales:

Los niveles anormales de determinadas hormonas del estrés y del crecimiento también pueden desempeñar un papel fundamental en el desencadenamiento de la depresión en la adolescencia, ya que en la depresión se encuentra una alteración del funcionamiento del hipotálamo e hipófisis y las glándulas suprarrenales.

Las tres glándulas funcionan sincrónicamente, de modo que la hormona segregada en el hipotálamo estimula la hipófisis a que produzca otra hormona que a su vez estimula a las glándulas suprarrenales para producir cortisol. Normalmente, la cantidad de hormona segregada frena a la glándula que le ha producido de modo que se produce un mecanismo llamado de retroalimentación. Si esta respuesta de retroalimentación no funciona con normalidad. Se origina la depresión.

En la etapa de la adolescencia se puede observar que las mujeres en el desarrollo hormonal pueden presentar fluctuaciones en sus hormonas femeninas: estrógenos y

progesteronas, lo que genera cambios en su estado de ánimo, entre ellos la depresión; por ejemplo en la depresión mayor se puede observar niveles de cortisol elevados.

c. Factores genéticos:

La predisposición genética a la depresión no implica que se padezca, sino que existe una predisposición hacia ella. Algunos tipos de depresión tienden a afectar miembros de la misma familia, lo cual sugeriría que se pueda heredar una predisposición genética.

1.3.2 Causas psicosociales de la depresión.

Sabemos que el ser humano es un ente biológico, pero sobretodo cultural, el comportamiento humano adquiere su plena significación en la cultura. La depresión puede ser la consecuencia o respuesta a determinadas situaciones traumáticas; como la pérdida de un ser querido, enfermedad, divorcio o ante situaciones de fuerte estrés.

Las personas con trastornos del humor, independientemente de que pueda existir el factor humoral como precipitante, tienen asociados problemas sociales como desencadenantes. El ser humano, plantea problemas en la medida en que interactúa con el resto de la sociedad y así surgen interrogantes de cómo vivir, cuál es el sentido de la vida e incluso si vale la pena vivir o no.

Si bien la modernidad supone un aumento de las oportunidades de desarrollo humano, también lleva implícito el aumento de mayores riesgos, y son las futuras generaciones, en particular, quienes abordan un proceso de integración social en condiciones de alta inestabilidad e incertidumbre, por lo que aumentan los sentimientos de inseguridad.

Este proceso genera un tipo de personalidad cada vez más frágil y vulnerable, lo que afecta principalmente a la juventud, que es la categoría social más privada de

referencias y anclaje social. Son los adolescentes quienes representan, en mayor medida, la figura del individuo desinteresado y desestabilizado.

2. Adolescencia

2.1 Concepto de adolescencia.

Desde una perspectiva etimológica, el vocablo “adolescencia” proviene del verbo latino *adolescere*, cuyo significado es crecer, madurar, llegar a la maduración, (Fuentes, 1989), indica que ese crecimiento al que alude la raíz verbal involucra tanto los aspectos físicos como también el desarrollo intelectual, emocional del individuo.

En lo que respecta a lo somático, implica alcanzar los rasgos físicos que caracterizan como adulto a los miembros de la especie. En lo intelectual, durante el curso de la adolescencia se logran las capacidades de razonamiento, que serán definitivas para el individuo.

Por otra parte Delval (1994), considera que es durante la adolescencia cuando se alcanza la etapa final del crecimiento, con el comienzo de la capacidad de reproducción, aunado a esto, se inicia la inserción en el grupo de los adultos y en su mundo.

La adolescencia es un período de transición en el desarrollo entre la niñez y la edad adulta, igual que otros períodos de transición en la vida implican cambios significativos en una o más áreas de desarrollo (Papalia, D, 1998).

2.2 Etapas de la adolescencia

Los cambios físicos de personalidad la evolución psicológica y emocional son algunos de los aspectos que deben enfrentar los adolescentes, según investigaciones realizadas conocemos que la adolescencia y sus cambios en el ámbito psicológico se pueden dividir de la siguiente manera:

reproducción, aunado a esto, se inicia la inserción en el grupo de los adultos y en su mundo.

La adolescencia es un período de transición en el desarrollo entre la niñez y la edad adulta, igual que otros periodos de transición en la vida implica cambios significativos en una o más áreas de desarrollo (Papalia, D, 1998).

Pero más allá de aprender a prever las corrientes cambiantes de las emociones de los adolescentes, los padres pueden luchar con algunas emociones conflictivas de sí mismo. El orgullo que siente cuando ve a su adolescente independizarse puede disminuir con el sentimiento del desplazamiento.

2.2.1 Adolescencia temprana (10 a 13 años).

Tiende a focalizar en los cambios físicos de su cuerpo y puede tener preocupaciones acerca de su proceso de maduración. Se enfrenta a los cambios propios de la pubertad, se debe adaptar a las “presiones” sexuales propias de la elevación de sus hormonas sexuales.

El pensamiento aún se plantea con fines muy inmediatos, no tienen capacidad de análisis y eso se traduce en que aún no se inicia la separación psicológica de sus padres.

Refuerza la agresividad y el sentido de autoconservación, pero no se llega a producir un distanciamiento interno, tienden a tener amigos del mismo sexo se da mucho valor al grupo y muy poco a la pareja.

La independencia está en el deseo de iniciar sus propios juicios y tomar decisiones acerca de ellos regulando su propia conducta. El adolescente ya ha internalizado los valores que le han inculcado sus padres así como los estándares de conducta y lo que desea es que, baso en estos, se le deje tomar sus propias conductas.

Los padres que incentivan esta independencia desde la infancia no van a tener grandes conflictos con el adolescente y deben confiar en sus propias apreciaciones teniendo espacios de discusión conjunta y orientando al adolescente.

La relación sexual precoz puede afectar el desarrollo normal del adolescente, en esta etapa el joven no se encuentra preparado para estas experiencias ya que no ha tenido la oportunidad de pasar por las etapas de desarrollo psicológico necesarias, esto pone en peligro la estabilidad de su personalidad afectando su futuro desarrollo.

Para Piaget, hacia los 11 años, el pensamiento se hace formal, de manera que va de la sujeción a lo real y directamente percibido a lo abstracto y lo posible, el mundo real no es más que una porción de lo posible. Así, su razonamiento se hace hipotético-deductivo, lo que dota al adolescente de nuevas posibilidades mentales. Añade además que, lo que caracteriza el desarrollo cognitivo son las sucesivas y más complejas formas de organización y adaptación que hacen que cada período de edad tenga una forma cualitativa diferencial de cognición. (Aguirre, 1998).

El sujeto tiene que realizar una serie de ajustes según las características de la sociedad y las facilidades o dificultades que proporciona para esta integración. De ello dependerá que atravesar por esta etapa de la vida sea más o menos difícil y se realice de una forma traumática o sin muchas dificultades.

Se inicia el proceso de maduración psicológica, pasando del pensamiento concreto al pensamiento abstracto, el adolescente trata de crear sus propios criterios, socialmente quiere dejar de relacionarse y de ser relacionado con los niños, pero aun no es aceptado por los adolescentes.

La familia (la presencia del padre, madre o tutor) se convierte en un factor importante en como el adolescente vive esta etapa ya que el apoyo y la autoridad le ayudarán a estructurar su personalidad y a superar la ansiedad que le provoca enfrentarse al cambio (Craig, 1997; Delval, 2000; Papalia et al., 2001). Refuerza la

Agresividad y el sentido de autoconservación, inicia la separación de los padres y se afianza con otras figuras de identidad.

Aunque haya una actitud rebelde no se llega a producir un distanciamiento interno, tiende a tener amigos del mismo sexo y se da mucho valor al grupo y muy poco a la pareja. Esto se debe a que el adolescente está buscando activamente modelos de conducta.

La independencia está en el deseo de iniciar sus propios juicios y tomar decisiones acerca de ellos regulando su propia conducta. El adolescente ya ha internalizado los valores que le han inculcado sus padres, así como los estándares de conducta y lo que desea es que, basado en estos, se les deje tomar sus propias conductas.

El adolescente, esta revisando los juicios, valores y los límites que ha aprendido en casa, pero hay padres que por su inseguridad le dan una gran resistencia a esta forma de decisiones generando conflicto y luchas sin ganador.

La relación sexual precoz puede afectar el desarrollo normal del adolescente, aun cuando en esta etapa, el adolescente no se encuentra preparado para estas experiencias ya que no ha tenido la oportunidad de pasar por las etapas de desarrollo psicológicos necesarios. Esto pone en peligro la estabilidad de su personalidad afectando su futuro desarrollo.

La mayoría de las clases socioeconómicas reprimen el comportamiento sexual del adolescente que se encuentra en la etapa media y tardía afectando así la libre expresión de la sexualidad. Las experiencias sexuales prematuras son canalizadas a través de la masturbación y el intercambio de comentarios relacionados al tema con su grupo de iguales. Esta etapa se caracteriza por la introspección y nuevas y excitantes sensaciones y cambios físicos.

La adolescencia debería ser una etapa en que las niñas y niños cuenten con un espacio claro y seguro para llegar a conciliarse con esta transformación cognitiva,

emocional, sexual y psicológica, libres de la carga que supone la realización de funciones propias de adultos y con el pleno apoyo de adultos responsables en el hogar, la escuela y la comunidad.

Su deseo de ser diferente es paradójicamente combinado con apasionamiento de querer imitar a grupos de iguales. Los adolescentes tienden a formar una subcultura a la cual solo los jóvenes pertenecen.

La familia (la presencia del padre, madre o tutor) se convierte en un factor importante en como el adolescente vive esta etapa ya que el apoyo y la autoridad le ayudarán a estructurar su personalidad y a superar la ansiedad que le provoca enfrentarse al cambio (Craig, 1997; Delval, 2000; Papalia et.al., 2001).

2.2.2 **Adolescencia Media (14-16 años)**

Es el período de rápido crecimiento cognitivo cuando emergen pensamientos operacionales formales, los adolescentes comienzan a entender conceptos abstractos y pueden cuestionar los juicios de los adultos. El individuo se conecta del mundo egocéntrico del adolescente temprano, al mundo sociocéntrico del adolescente medio y tardío y comienza a modular su conducta impulsiva.

Es a partir de este momento, que los varones se identifican con los modelos masculinos y las féminas muestran interés por los varones. Un tipo peculiar de egocentrismo es producido por la interacción entre la capacidad de tener en cuenta sus propios pensamientos y la preocupación de los cambios que están ocurriendo.

Al comienzo de esta fase, el adolescente ha finalizado por completo su maduración sexual, sus órganos sexuales están prácticamente desarrollados y han adquirido el 95% de su estatura. El adolescente desarrolla y potencia su imagen de sí mismo, un rol que proyecta hacia los demás, la pertenencia a un grupo social y la necesidad de independencia respecto al grupo familiar también son consecuencias directas de los cambios psicológicos y cognitivos.

Algunos adolescentes cuyos padres no le han brindado una guía consistente o que simplemente los han ignorado desde etapas tempranas optan por realizar conductas que imiten a sus familiares y figuras de autoridad para lograr así captar su atención.

En cuanto a los cambios cognoscitivos que tiene el adolescente, se puede definir también por etapas en las cuales según Piaget es la aparición de pensamientos de las operaciones formales. Es un procesamiento intelectual, abstracto, especulativo y libre de circunstancias. Se piensa en las posibilidades, en comparar la realidad con lo que pueda ocurrir o con lo que no podrá ocurrir. Los adolescentes se inclinan a tratar todo como una variación de lo que pudiera ser.

Durante esta etapa, el adolescente, se desprende emocionalmente del núcleo familiar, cambia constantemente de ánimo, es lo que llaman “ser vulnerable”. Despierta su conciencia social, a pesar de su egocentrismo.

Los padres dejan de ser modelos a seguir y su grupo de amigos se vuelve cada vez más importante antes de tomar una decisión. Empiezan las confrontaciones y la lucha por hacer prevalecer sus ideales, todos quieren ser valorados o reconocidos en su entorno social, pero suelen consensuar en opiniones para no desencajar en su grupo de amigos, recordemos lo importante para ellos ser aceptados.

El adolescente necesita intimidad, quiere estar solo con frecuencia porque empieza a interesarse en temas que solo sus amigos más cercanos o las personas de su edad logran comprender. También se caracteriza por los primeros enamoramientos.

2.2.3 Adolescencia tardía (15-19 años).

Es la tercera y última etapa de la adolescencia, y ocurre aproximadamente entre los 15 y los 19 años, según la Organización Mundial de la Salud.

En esta etapa se disminuye la velocidad de crecimiento y empieza a recuperar la armonía en la proporción de los principales segmentos corporales; estos cambios van dando seguridad y ayudan a superar su crisis de identidad, se empieza a tener más control de las emociones, tiene más independencia y autonomía.

En cuanto a los cambios psicológicos, en esta etapa termina desarrollarse la conciencia social y se empieza a pensar en situaciones y procesos que no están limitados a lo que se pueda ver, oír y tocar en el entorno inmediato.

Existe un cierto grado de ansiedad, al empezar a percibir las presiones de las responsabilidades presentes y/o futuras, por iniciativa propia o por el sistema social familiar, para contribuir a la economía, aun cuando no alcanzan la plena madurez, ni tiene los elementos de experiencias para desempeñarse (Craig; 1997; Delval, 2000; Papalia et.al., 2001).

2.3 Cambios durante la Adolescencia

2.3.1 Desarrollo físico.

El desarrollo físico del adolescente no se da por igual en todos los individuos, por lo cual en muchos casos este desarrollo se inicia tempranamente o tardíamente. Los adolescentes que maduran prematuramente muestran mayor seguridad, son menos dependientes y manifiestan mejores relaciones interpersonales; por el contrario, quienes maduran tardíamente, tienden a poseer un auto-concepto negativo de sí mismo, sentimientos de rechazo, dependencia y rebeldía. De ahí la importancia de sus cambios y aceptación de tales transformaciones para un adecuado ajuste emocional y psicológico (Craig; 1997; Delval, 2000; Papalia et.al., 2001).

2.3.2 Desarrollo Psicológico

El inicio de la adolescencia se caracteriza por modificaciones físicas muy aparentes que constituyen lo que denomina pubertad, se observan cambios como el tamaño y forma del cuerpo, el desarrollo de los órganos reproductivos, entre otros.

Independientemente a que edad den comienzo los cambios o se terminen, el proceso de crecimiento físico que se da en esta etapa, presenta el mismo perfil en los distintos individuos. El desarrollo entre hombre y mujeres, hasta entonces parecido, se puede diferenciar con claridad.

Se puede hacer una distinción entre dos términos que tienen un significado y un alcance: pubertad y adolescencia. Palacios (1995), indica que la pubertad abarca al conjunto de cambios físicos que a lo largo de la segunda década de la vida transforman el cuerpo infantil en cuerpo adulto con capacidad para reproducción. Mientras que en la adolescencia, es un período psicosociológico que se prolonga varios años y que se caracteriza por la transición entre la infancia y la adultez.

La aparición del pensamiento abstracto influye directamente en la forma en como el adolescente se ve a sí mismo, se vuelve introspectivo, analítico, autocrítico; adquiere la capacidad de construir sistemas y teorías, además de estar interesados por los problemas inactuales, es decir, que no tiene relación con las realidades vividas día a día.

(Mussen, et.al., 1982), definen estos cambios psicológicos, de forma gradual más allá de operaciones formales de pensamiento, se alcanza la independencia respecto a la familia, y hay una mejor adaptación a la madurez sexual, además de establecerse relaciones viables, y de cooperación con sus pares. Su vida toma rumbo y se adquiere el sentido de identidad, de tal forma que al final, logra adquirir las características psicológicas sobresalientes en un adulto; la independencia y la autonomía.

2.3.3 Desarrollo Emocional

El término “emoción” literalmente significa el acto de ser removido o agitado, pero en el plano “psicológico es más difícil conceptualizarla, encontrándose hasta más de 30 definiciones diferentes (Strongman, 1987). Sin embargo, la mayor parte de las definiciones incluyen una secuencia de cuatro componentes básicos:

- a. Estímulos: que provocan una reacción y que son interpretados cognitivamente.
- b. Sentimientos o experiencias: consciente positivo o negativo de la que cobramos conciencia.
- c. Activación fisiológica: producida por las secreciones hormonales de las glándulas endocrinas.
- d. Respuesta conductual a las emociones.

La habilidad para reconocer e interpretar correctamente las emociones y sentimientos de los demás es un elemento clave en las relaciones interpersonales (Wintre, Polivy y Murray, 1990).

Durante el desarrollo del proceso psicológico y búsqueda de identidad, el adolescente experimentará dificultades emocionales.

2.3.4 Desarrollo Social

En la adquisición de actitudes, normas y comportamientos, la sociedad es de gran influencia, este proceso se llama socialización, el cual pasa por una etapa conflictiva durante la adolescencia (Brukner, 1975). El desarrollo social y las relaciones de los adolescentes abarcan al menos seis necesidades importantes (Rice, 2000).

- a. Necesidad de formar relaciones afectivas significativas, satisfactorias.
- b. Necesidad de ampliar las amistades de la niñez, conociendo a personas de diferente condición social, experiencias e ideas.
- c. Necesidad de encontrar aceptación, reconocimiento y status social en los grupos.

- d. Necesidad de pasar del interés homosocial y de los compañeros del juego de la niñez mediana a los intereses y las amistades heterosociales.
- e. Necesidad de aprender, adoptar y practicar patrones y habilidades en las citas, de forma que contribuyan al desarrollo personal y social, a la selección inteligente de pareja y un matrimonio con éxito.
- f. Necesidad de encontrar un rol masculino o femenino y aprender la conducta apropiada al sexo.

Los nuevos sentimientos y necesidades emocionales, la búsqueda de la independencia, la emancipación de los padres, ocasiona que el apoyo que antes era proporcionado por la familia se busque en otros adolescentes comúnmente de la misma edad.

La competencia social en los adolescentes es un ámbito de investigación complejo y amplio, común a varias áreas de conocimiento, con un alto grado de productividad y de aplicación particular en el mundo de la educación (Trianes, Blanca, Muñoz, García, Cardelle-Ellawar e Infante, 2002).

Los componentes actitudinales del desarrollo social, pueden presentarse en los adolescentes en una estructura trifactorial: un factor prosocial que facilita las relaciones sociales, otro factor aversivo que las destruye y un último factor asocial que las inhibe.

Dentro del factor prosocial podemos encontrar dos tipos de componentes actitudinales: la solidaridad y el liderazgo social. La solidaridad tiene que ver con mantener relaciones de ayuda con los demás y se manifiesta en los adolescentes en forma de conformidad con lo socialmente correcto, empatía, ayuda y colaboración con los otros, seguridad y confianza en sí mismo en la interacción. El liderazgo social se refiere a llevar la iniciativa dentro de un grupo, organizando y planificando actividades.

En el factor aversivo encontramos dos variables socialmente negativas: la agresividad-terquedad y la dominancia. El factor asocial agrupa también dos tipos de variables actitudinales socialmente negativas: el retraimiento y la timidez.

El desarrollo de la competencia social es un proceso que sucede de forma natural a través de las interacciones sociales cotidianas a lo largo de la vida. En la infancia y la adolescencia, la forma de educar de la familia y la escuela, junto con la experiencia de interacción entre iguales, son las principales influencias para la adquisición y desarrollo del desarrollo social. Sin embargo, si estas influencias no son favorables, pueden desencadenar déficit de habilidades sociales, problemas conductuales y trastornos psicológicos, que inciden negativamente en las relaciones interpersonales y, por lo tanto, en la calidad de vida y salud de las personas (del Prette y del Prette, 2013).

La adolescencia normal se caracteriza por el comportamiento anormal, parece una paradoja pero es necesario que un adolescente en esta sociedad sufra una crisis que se considera normal en esta etapa de su vida para encontrarse a sí mismo y poder diferenciarse como persona única.

Etiquetar a un adolescente como normal es una tarea complicada debido a la subjetividad de la misma, ya que se necesita un proceso de razonamiento que, en numerosas ocasiones, no queda libre de la influencia del ambiente que rodea al adolescente. De esta manera, lo que se busca establecer como normales son los procesos psicológicos y patrones de conducta del adolescente, los cuales señalan su carácter adaptativo.

Esto implica que los adolescentes etiquetados, como normales, en cualquier cultura o sociedad son aquellos que piensan, hacen cosas, sienten y proceden como sus pares en el afán de realizar las tareas que les ayudarán a adaptarse bio-psicosocialmente en las diferentes etapas de su desarrollo. (Dulanto, 2000).

Ana Freud dice que es difícil señalar el límite entre lo normal y lo patológico en la adolescencia, y considera en realidad a toda la conmoción de este período de la vida como normal, señalando además que sería anormal la presencia de un equilibrio estable durante el proceso adolescente. Debe por lo tanto comprenderse para ubicar sus desviaciones en el contexto de la realidad humana que nos rodea.

Dulanto (2000), concluye que los adolescentes normales presentan conductas que manifiestan una abierta confianza en sí mismo, establecen buenas relaciones con sus pares, son leales en las relaciones afectivas, pero también exhiben la habilidad para desprenderse y desprenderse de los padres, compañeros y amigos con asombrosa rapidez y sin sentir angustia.

2.4 Problemas de la Adolescencia

Autores como Sócrates, Aristóteles, Rousseau o Shakespeare, ya presentaron una imagen apasionada y turbulenta del adolescente, aunque tal vez tengamos que situar a Goethe, y concretamente con su obra “Las desventuras del joven Werther, el inicio de la concepción moderna de la adolescencia como período de tormenta y drama.

El grado de anormalidad en las conductas de los adolescentes es una función de los daños que éstas pueden ocasionar tanto a la sociedad como a él o ella mismo(a). Los adolescentes que no pueden afrontar los problemas diarios posiblemente puedan padecer algún tipo de trastorno. Uno de los principales problemas que enfrenta el adolescente y que tiene que resolver continuamente es el aislamiento, el cual se presenta con mayor prevalencia en los varones, probablemente porque es más difícil para ellos expresar sus sentimientos (Rice, 2000).

Los problemas en los adolescentes, suelen estar causados por múltiples factores y aunque tengamos la tendencia a buscar una causa concreta como explicación del surgimiento de cualquier trastorno, no suele haber respuestas sencillas y basadas en un único factor.

Los mismos factores no afectan de la misma manera a todos los adolescentes, mientras que un o una joven puedan desarrollar síntomas depresivos como resultado de una combinación de influencias estresantes, otros(as) saldrán más o menos indemne de esa situación, determinados factores biológicos presentes pueden marcar los diferentes resultados sobre el ajuste emocional del adolescente. Factores contextuales, como el apoyo social, también pueden proteger al adolescente de los efectos emocionales.

Los adolescentes padecen de soledad por diferentes motivos; algunos presentan problemas para relacionarse, otros tienen dificultad para mostrar una conducta adecuada y aprender cómo comportarse o adaptarse a situaciones diversas; algunos padecen de baja autoestima y se sienten muy vulnerables a la crítica, anticipan el rechazo evitando las situaciones que podrían provocarles vergüenza (Rice, 2000).

La elevada incidencia de estos trastornos a partir de la pubertad, y la circunstancias de que aparecen asociados a problemas tan graves, como la depresión, demandan un mayor interés por su detección y tratamiento y un esfuerzo por equilibrar la atención prestada a la salud física y el bienestar emocional de los adolescentes (Call et al., 2002).

Los factores genéticos y cognitivos pueden situar al adolescente en una situación de vulnerabilidad, pero será necesario que entren en escena algunos factores contextuales para el desarrollo de un trastorno depresivo. Estos factores pueden ser acontecimientos aislados como; la muerte de un familiar, la ruptura de una relación de pareja o la separación o divorcio de los padres. Pero también puede tratarse de situaciones estresantes de menor intensidad pero prolongadas en el tiempo, como unas relaciones familiares conflictivas o con poca cohesión emocional, un estilo parental autoritario y poco afectuoso, una situación de pobreza o el rechazo y la victimización por parte de iguales. Estas situaciones y acontecimientos estresantes tienen un efecto acumulativo, de forma que cuando se dan conjuntamente aumenta la probabilidad de que aparezca un trastorno depresivo (Grant et al., 2003).

La depresión, está vinculada a la forma negativa y pesimista de interpretar los fracasos, y afecta en gran medida a la conducta del adolescente, manifestando su estado de ánimo al exterior, lo que propicia un rechazo social (Myers, 2000).

Si algunos factores externos pueden favorecer al surgimiento de la depresión, otros pueden actuar como factores de protección, aumentando la capacidad de él o la adolescente para afrontar las situaciones estresantes y dificultando el desarrollo de síntomas depresivos. Entre estos destacan el apoyo social proporcionado tanto por unos padres afectuosos como las relaciones estrechas de iguales (Fergus y Zimmerman, 2005). Este apoyo puede ejercer la protección a través de diversos mecanismos, como por ejemplo; aumentando la confianza del adolescente en su capacidad para afrontar las dificultades o modificando el sesgo pesimista de su estilo cognitivo.

Algunos adolescentes se avergüenzan con facilidad y sienten ansiedad al pensar que están siendo evaluados. Ante esta situación la tendencia natural es protegerse a sí mismo: hablar menos, evitar los temas que revelen ignorancia y controlar las emociones. La timidez es una forma de ansiedad social que está constituida por la inhibición y la preocupación por lo que los demás pueden pensar. Lo anterior, somete al adolescente a situaciones de estrés, el cual afecta el sistema inmunológico, dejándolo vulnerable, además de producir desesperanza y con ello reforzar la conducta depresiva (Myers, 2000).

Muy relacionado con los trastornos depresivos se encuentran las conductas suicidas, que son aquellos actos mediante los que un sujeto persigue el objetivo de procurarse la muerte. No obstante, en bastantes ocasiones el adolescente no busca realmente morir, y el intento de suicidio es un acto de desesperación, ira, o búsqueda desesperada de ayuda.

La depresión es sin duda uno de los principales factores de riesgo, y la mayoría de los estudios encuentran una tasa mayor de depresión entre adolescentes que han

realizado alguna tentativa de suicidio (Serocynski, Jacques y Cole, 2003). No obstante, es importante destacar el papel de la co-morbilidad, ya que cuando la depresión aparece asociada a otros problemas como el consumo de sustancias, la ansiedad o la conducta disruptiva, la posibilidad de suicidio es mayor.

Teniendo en cuenta la fuerte asociación entre la depresión y las ideas y tentativas de suicidio, no es de extrañar que las variables cognitivas sean consideradas como un importante factor de riesgo. El pesimismo o visión negativa de la realidad suele estar también presente en los jóvenes, que suelen percibir de una forma sesgada solo los aspectos negativos de la realidad que les rodea.

El adolescente, se siente vulnerable a trastornos diversos; trastornos que experimentarán con el tiempo, pero que podrá ser resueltos si la adolescencia se vive dentro de la normalidad y de aquí la importancia de que esta etapa se encuadre en un proceso e ir consiguiendo en cada momento una adecuada adaptación en su ambiente, logrando tanto una estabilidad emocional como una integración de su persona a la vida social.

2.5 Principales teorías de la Adolescencia

La teoría de la adolescencia es un sistema integrado por conceptos e hipótesis que tratan de descubrir, explicar y predecir los fenómenos de esta edad transitoria (De la Mora G, 1977).

Entre las principales teorías que tratan de explicar la adolescencia tenemos:

- a. Stanley Hall describe la adolescencia como un período personal de tendencias contradictorias, el adolescente puede expresar mucha energía y actividad desmedida y alternativamente mostrarse indiferente y desgano puede pasar de la euforia a la depresión, de la vanidad a la timidez, del egoísmo al altruismo idealista. La adolescencia corresponde a una época en que la humanidad se encontraba en un estado de transición turbulenta, como un segundo nacimiento,

porque es cuando aparecen las características esencialmente humanas (Fernández y Gil, 1990).

- b. Una referencia ineludible de este grupo lo constituyen las teorías psicoanalíticas (Muuss, 1988), la teoría de Freud supone la extensión universal de la concepción del desarrollo en las diferentes culturas así como una definición del desarrollo del adolescente en función de la dinámica psicosexual. La adolescencia se corresponde con la etapa genital, que sigue a la fase infantil de latencia y es cuando se resuelve definitivamente la situación edípica.

b.1 Otros autores, como Eriksson, Ana Freud o Blos, desarrollaron la psicología del adolescente bajo la influencia de la teoría freudiana (Delval, 2002). Sin embargo criticaron la primacía que Freud otorgaba a los instintos biológicos en el proceso ontogenético, ya que reconocían que los factores socio históricos, relacionales y la psicología del yo pueden modificar el desarrollo y los impulsos instintivos.

Erickson es quizás el más influyente teórico dentro de la corriente psicoanalista en relación con la adolescencia (Alexander et al., Muuss, 1988), como es sabido fue el inventor del concepto “crisis de identidad”. Para Erikson, el desarrollo del yo se caracteriza por la adquisición de una identidad según la cultura de referencia, incorporando así la dimensión social o histórica.

La adolescencia se constituye como un tiempo de moratoria para que el joven integre su niñez pasada con las expectativas de futuro. El individuo debe establecer un sentido de identidad personal y evitar el peligro de la difusión de rol y la crisis de identidad personal.

La resolución de la problemática de la identidad se manifestaría en función de la experimentación de una crisis y de la realización de compromisos de aspectos centrales de la vida, opción vocacional, creencias ideológicas y religiosas entre otras.

Otro aspecto importante de la teoría psicoanalítica, es que no solo despierta la actividad sexual, sino que aumenta también enormemente la excitación nerviosa, la ansiedad, la fobia genital y las perturbaciones de la personalidad debido al poder abrumador del dinamismo sexual y a la relativa imposibilidad de descubrir cómo hacer algo para remediarlo.

Esta teoría sugiere que es tarea del adolescente librarse de la dependencia que lo vincula con sus padres, de lo contrario se hará neurótico, puesto que se frustrará en la adquisición de un objeto heterosexual conveniente.

Freud considera que los cambios fisiológicos en esta etapa son los que producen cambios en la conducta, como la aparición de la agresividad y de la torpeza. El individuo comienza a compararse con otras personas para formar su concepto de sí mismo y tener una imagen de su cuerpo, lo que evidencia que los cambios sociales están somáticamente determinados, así como también en un principio la posibilidad transitoria de establecer relaciones homosexuales hasta lograr enfrentar al sexo opuesto.

La teoría del desarrollo por etapas de Freud, sostiene que el niño atraviesa cinco fases definitivas en los primeros cinco años de su vida y solo dos más en los quince años siguientes, hasta concluir la adolescencia a saber; oral, sádica, anal fálica y genital.

En la pubertad, los impulsos sexuales añoran y provocan la subordinación de todos los instintos y componentes sexuales a la supremacía de la zona genital surgiendo otro objetivo sexual que es la reproducción, esta fase del desarrollo psicosexual, constituye la etapa genital. Para Freud, la tensión sexual acentuada durante la adolescencia hace revivir muchos objetos incestuosos del período genital.

Durante la adolescencia, según esta teoría, el primer objeto serio de amor, para un varón, es probable que sea una mujer mayor que él y para una niña, un hombre maduro, o sea que ambos se sentirán atraídos por imágenes maternas y paternas.

La visión psicosociológica de la adolescencia subrayará la influencia de los factores externos, así la adolescencia en el sentido sociológico, se refiere a la experiencia de pasar a través de una fase que enlaza la niñez con la vida adulta.

El fracaso en la elaboración del complejo de Edipo o sea la continuidad del apego a los progenitores como de su dominación, depende de la fortaleza del carácter que tenga el adolescente para liberarse de estas dependencias. Para realizar este desprendimiento emocional, durante algún tiempo, manifestarán rechazo, resentimiento y hostilidad contra sus padres y otras formas de autoridad, que tendrán que ser tolerados para facilitar este proceso.

En este paso el adolescente, teniendo en cuenta los cambios de todo tipo que se producen en una persona y las nuevas demandas de la sociedad hacia él, debe desarrollar nuevos papeles sociales. La chica de 13 o 15 años, no es una niña, pero tampoco es una mujer adulta. Su estatus social es difuso y si etiquetas claras, las expectativas sociales sobre su papel son ambiguas y puede que en determinadas situaciones, encuentre dificultades al tener que decidir si se comporta, como una niña o una adulta.

En general, la duración de la adolescencia se ha prolongado en la medida que en las sociedades industriales se ha incrementado en período de dependencia. La transición de la niñez a la vida adulta es complicada (Hammer y Vaglum, 1990), y el tiempo que toma pasar por esta etapa es variable, pero al final la mayoría de los adolescentes completa la travesía.

Al mismo tiempo que desarrolla un nuevo papel social, el adolescente debe buscar la independencia frente a sus padres. Esta búsqueda, de una nueva situación social, genera también, ansiedad e inseguridad, y frente a los deseos de independencia, se crea contradictoriamente una necesidad mayor de dependencia de los demás y de que éstos apoyen la visión que está creando sobre sí mismo.

Esto significa que el paso del individuo por la adolescencia, estará afectada por las expectativas mantenidas por las personas de su entorno inmediato, que él considere importantes.

En la teoría antropológica Margaret Mead (De la Mora G, 1977), destaca la importancia de las instituciones sociales y de los factores culturales para el desarrollo humano. Las investigaciones antropológicas, están basadas en la suposición de que el ambiente social en que el niño nace, desempeña un papel definitivo en el desarrollo y formación de la personalidad.

La adolescencia, es considerada, como un fenómeno social, ya que esta varía de una persona a otra, de una familia a otra, de un país a otro y de una cultura a otra, y de una generación a otra. A los adolescentes se les debe ver como son y tener en cuenta que son productos de sus épocas y de su cultura, así como de su pasado y presente psicológico y su ambiente físico (Coleman J, 1999)

2.6 Sexualidad de la Adolescencia

En nuestro medio multicultural, el aspecto de la sexualidad es compleja pues involucra una serie de aspectos como; el emocional, biológico, social, físico y mental en cada ser humano. También se evidencian distorsiones, tabúes, mitos, carencias de información, que conducen a los adolescentes a una práctica no apropiada y conductas erradas.

La sexualidad como campo de la conducta humana es una de las áreas más cautivantes y cambiantes de nuestra sociedad. El tema de la sexualidad en general y el de la sexualidad juvenil ha sido ignorado, temido, tergiversado y distorsionado.

La sexualidad: es el conjunto de deseos, sensaciones, sentimientos, actitudes, comportamiento, formas de pensar, valores, modelos sociales que tenemos hombres y mujeres (niños, niñas y adultos), en razón de nuestro sexo biológico. Se desarrolla por medio de un proceso de aprendizaje, que tiene como punto de partida el sexo biológico y a partir de ello, la incorporación de una serie de pautas, creencias valores que la

sociedad asigna a cada sexo y que son diferentes según su cultura. (Marañón, Gregorio, 1951).

La adolescencia es un período de transición entre la niñez y la edad adulta, comprendida entre los 10-19 años, en el cual el adolescente enfrenta una multitud de cambios, no solamente psicológicos sino fisiológicos, sexuales y cognitivos. Constituyendo un punto crucial en el cual se inicia el proceso para alcanzar la madurez sexual acompañado por un fuerte deseo por obtener la aprobación de miembros del sexo opuesto entre otros.

A medida que el adolescente pugna por consolidar un sentido de identidad e independencia personal con respecto a sus padres y otra figura autoritarias, adquieren gran importancia las relaciones recíprocas con los compañeros y compañeras de su edad. En su ansia por liberarse de la supervisión de los padres y de los adultos, algunos adolescentes ven en el sexo un medio de demostrar su aptitud para tomar decisiones propias.

Tanto hombres como mujeres reelaboran su identidad sexual en todo aquello relacionado con los sentimientos hacia su sexo biológico, su identidad de género y la elección de pareja sexual (Guzmán, L, 1997).

Las relaciones sexuales entre adolescentes es igual que entre adultos, suelen tener motivaciones diversas todas igualmente valiosas. Entre estas motivaciones están la búsqueda de placer de intimidad o el deseo de manifestar sentimientos y emociones, pero en la adolescencia es muy raro encontrar una motivación hacia el embarazo.

Para los adolescentes, la sexualidad está ligada más al sexo, a las relaciones sexuales. La sexualidad es vista por ellos (as) como algo pecaminoso, malo, relacionándolo a lo íntimo y desconocido, por lo tanto tienen curiosidad, así como muchas dudas y preocupaciones, se sienten incómodos al hablar de sexo con sus padres, haciéndoles percibir cierta inseguridad.

En la actualidad, los adolescentes, están expuestos constantemente a símbolos sexuales y el estímulo erótico proveniente de los medios masivos de comunicación. Al mismo tiempo el desarrollo de las características sexuales primarias y secundarias y el aumento de la sensibilidad de los genitales, provocan pensamientos y fantasías acerca de las relaciones heterosexuales.

El inicio precoz de las relaciones sexuales en adolescentes de ambos sexos es un fenómeno común en las Américas. Se estima que en Latinoamérica el 50% de las adolescentes menores de 17 años son activas sexualmente. La tasa de infección por VIH se está incrementando rápidamente, el 20% se Sida se dan alrededor de la segunda década de la vida y probablemente contrajeron el virus durante la adolescencia.

El embarazo en la etapa de la adolescencia, representa un embarazo de alto riesgo. Es especialmente trágico que un número cada vez mayor de mujeres adolescentes se someten a prácticas abortivas y se arriesgan con ello a morir o sufrir daños permanentes.

La mayoría de los adolescentes no reciben educación sexual adecuada, recurriendo a la mayoría de las veces a sus pares, por quienes son mal informados. Por otro lado existe el mito de que si se proporciona información y/o servicios sobre sexualidad, anticoncepción y prevención de ETS/ Sida, a los jóvenes, esto contribuirá a la promiscuidad.

En Panamá, diversos autores han abordado el tema del inicio de las relaciones sexuales y han llegado a diferentes conclusiones. Un estudio realizado por (Austin K, 2000) en una muestra de adolescentes encontraron que a pesar de que los jóvenes consideraban que la edad apropiada para iniciar relaciones sexuales era a los 17 años, el 58% las había iniciado a edades más temprana.

3. Clasificaciones actuales

Al existir divergencias en la comunidad científica, la Organización Mundial de la Salud (O.M.S) y la Academia de Psiquiatría Americana, crean una clasificación consensuada por reconocidos psiquiatras del mundo (Stallard, 2002).

La CI 10, Clasificación Internacional de Enfermedades Trastornos Mentales y del Comportamiento, es manejada por la O.M.S, es una clasificación de ejes variables cuyo esquema debe servir a todos los propósitos prácticos y epidemiológicos, hasta el momento es considerado como la estructura más útil que cualquiera de las alternativas que se han probado.

Mientras tanto la Academia Americana de Psiquiatría, publica el DSM-IV en el año 1994, que es el Manual de Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales de la Asociación Americana de Psiquiatría, contiene descripciones, síntomas y otros criterios para diagnosticar trastornos mentales.

Uno de los cuestionamientos que se hacen a estos tratados, es la no existencia de un manual específico para niños y adolescentes, que debido a su constante evolución, los síntomas no son equiparables a los de los adultos (Sarason y Sarason, 1996).

El DSM- V, indica que los trastornos afectivos de la infancia y la adolescencia tienen los mismos aspectos esenciales, que los trastornos afectivos que los adultos. En los manuales internacionales, la depresión infantil aparece dentro de los cuadros del adulto, en trastornos del Estado de Ánimo. (Papalia y Wenkos, 1992).

Según (Beck, 1967) la depresión en la niñez es paralela a la del adulto. En el eje I, del DSM-IV-TR, en el apartado de trastornos de inicio en la niñez y adolescencia, no figura la depresión en la infancia, como también otros cuadros psicopatológicos, que no están contemplados en este apartado, a pesar que los clínicos infantiles, identifican estas identidades en edades más tempranas.

3.1 DSM-V -TR

Más allá de las críticas que a todos los sistemas clasificatorios se les puedan hacer, el DSM-V presenta un sistema útil, sencillo de usar y práctico que permite diagnosticar los trastornos mentales y ciertas problemáticas humanas.

En base al DSM-V-TR (2014, 5° edición) se señala los siguientes criterios:

Diagnósticos Episodio Depresivo Mayor:

Cinco o más de los síntomas siguientes durante el mismo período de dos semanas y representan un cambio respecto del desempeño previo; por lo menos uno de los síntomas es (1) estado de ánimo depresivo o (2) pérdida de interés o placer.

El sujeto debe experimentar al menos cuatro síntomas de una lista que incluye cambios de apetito o peso, del sueño, y de la actividad psicomotora; falta de energía, sentimientos de culpa, dificultad para pensar, concentrarse o toma de decisiones, planes o intentos suicidas.

No debe incluirse, los síntomas que son claramente debidos a enfermedades médicas o a las ideas delirantes o alucinaciones no congruentes con el estado de ánimo.

En los niños y los adolescentes el estado de ánimo puede ser irritable en lugar de triste, muestran sentimientos de inutilidad, incapacidad, culpabilidad y sentimientos de inferioridad, estos sentimientos derivan de una baja autoestima. Se sienten pocos valorados, lo que los lleva a no tener objetivos, a no ver sentido de nada y se convence ellos mismos que son incapaces de lograr sus objetivos.

El descenso del rendimiento académico, a pesar de no ser uno de los síntomas principales de los trastornos del ánimo, es a menudo su consecuencia. Se debe, básicamente por la dificultad de concentrarse y por la apatía y desmotivación que generan estos tipos de trastornos.

Todos estos síntomas no cumplen los criterios para un episodio mixto.

Los síntomas provocan malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

Los síntomas no son debidos a efectos fisiológicos directos de una sustancia (por ejemplo: una droga o un medicamento), o una enfermedad médica (por ejemplo; hipotiroidismo).

Los síntomas no se explican mejor por la presencia de un duelo (por ejemplo; después de la pérdida de un ser querido), los síntomas persisten durante más de dos meses o se caracterizan por una acusada incapacidad funcional, preocupaciones mórbidas de inutilidad, ideación suicida, síntomas psicóticos o enlentecimiento psicomotor.

Los síntomas depresivos en niños y adolescentes, en un gran número, no son diagnosticados, en parte por que sus manifestaciones clínicas son distintas a la de los adultos, por que los niños y aún los adolescentes no son capaces de identificar lo que les ocurre por depresión y finalmente por que los adultos relevantes en la vida del niño y de adolescente no pueden creer que a su edad ésta sufra de depresión (Rodríguez, J. op.cit).

El repertorio conductual del ser humano, se caracteriza por ser el más amplio del reino animal, sabemos que la inteligencia es la capacidad de responder adaptativamente a un entorno y esta capacidad de adaptar nuestra conducta nos da permiso para poder disponer de este repertorio, siempre interesante.

Si el término patológico, abarca procesos o estados anormales, de causas conocidas o desconocidas, no todo lo normal es sano y no todo lo que es anormal es patológico.

Algunos autores han intentado con razón, separar el efecto depresivo, de la enfermedad depresiva, el momento depresivo, de la forma de ser depresivo, las fases depresivas de los procesos depresivos. La dificultad básica de este tratado es no tener una explicación amplia de los criterios específicos de la Depresión Infantil, como de otras patologías que comienzan en la infancia. (Costello, 1995).

4. Depresión en la infancia y la adolescencia

El desconocimiento sobre la depresión en la infancia y la adolescencia y la falta de comunicación abierta sobre el tema hace que la gente joven que necesita tratamiento o sus familias no busque ayuda.

El trastorno depresivo, también conocido, como depresión clínica, es un desorden mental caracterizado por largos períodos de tristeza, que afectan la conducta, así como; la manera de pensar del individuo.

Los trastornos afectivos (trastorno depresivo mayor, distimia y trastorno bipolar) que comienzan en los años de la infancia y la adolescencia, se caracterizan, por unas tasas familiares más altas de enfermedad afectiva, que cuando los trastornos afectivos, comienzan en edades más tardías, así como por unas tasas altas de enfermedades asociadas (trastornos de conducta, ansiedad y déficit de atención), por un curso crónico recidivante de la enfermedad, con un deterioro a corto y largo plazo de la funcionalidad social e interpersonal y por unas tasas aumentadas de abusos de sustancias y alto riesgo de suicidios consumados.

Los investigadores calculan que el 28% de todos los adolescentes con edades comprendidas entre los 13 y 19 años, experimentarán por lo menos un episodio depresivo mayor; con una tasa menor se ubican aquellos cuyas edades fluctúan entre 13 a 15 años, con una tasa estimada del 3 al 7% y aproximadamente de 1 a 2% en los niños menores de 13 años de edad (Seely y cols, 2002).

En cuanto a la vulnerabilidad a la depresión, no hay diferencias de sexos durante la niñez, pero durante la adolescencia, las mujeres desarrollan trastornos el doble de veces que los varones. Los niños que sufren de depresión mayor probablemente tuvieron una historia familiar del trastorno y frecuentemente un padre o madre que también experimentó depresión a una edad temprana (Twenge y cols, 2002).

La Organización Panamericana de la Salud (OPS), han señalado que la atención de los problemas psicológicos, psicosociales y del desarrollo que afectan a la niñez y a la adolescencia requieren la elaboración y puesta en efecto de un programa nacional específico, en el que se asigne la debida prioridad a la protección de los grupos más vulnerables o en mayor riesgo.

Los criterios diagnósticos de depresión más utilizados, tanto en la clínica como en los estudios de investigación, son los emitidos por la Organización Mundial de la Salud en la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10) y los publicados por la Asociación Americana de Psiquiatría (DSM-V-TR).

4.1 **Presentación clínica**

La evaluación de la depresión mayor en la infancia y la adolescencia, aunque comparte los objetivos de cualquier evaluación en salud mental, tiene algunas características especiales, así es importante, tener en cuenta que los síntomas depresivos se expresan en los niños de forma diferente que en los adultos, en parte debido, a la capacidad limitada de reconocer y comunicar emociones y pensamientos negativos, sobre todo en aquellos de menor edad.

Conforme al nivel de desarrollo cognitivo va progresando, los niños de más edad pueden ser capaces de mostrar componentes cognitivos de su humor disfórico y baja autoestima, así como sentimientos de culpa y de infelicidad (Stallard, op.cit).

La depresión en los adolescentes, considerada en muchas ocasiones un trastorno de humor, es una entidad nosológica importante que afecta a la persona en su globalidad

como ser bio-psico-social que es, interfiriendo en todos los aspectos físicos, cognitivos-emocionales y sociales.

Los trastornos depresivos pueden tener consecuencias importantes y negativas si no son identificados y tratados a tiempo. Esto es especialmente visible en el caso de la depresión, cuyo incremento progresivo desde la infancia hasta la adolescencia ha sido constatado, sin excepción, por todos los investigadores (Del Barrio, 2001; Mestre, 1992; Doménech y Polaino-Lorente, 1990).

En la actualidad se considera que la psicopatología del desarrollo puede facilitar los mayores avances para entender, tratar y prevenir los trastornos mentales (Sameroff, 2000).

Se acepta que la depresión mayor es un trastorno que se desarrolla en la infancia y la adolescencia con perfiles sintomáticos similares a la edad adulta, aunque puedan existir con mayor frecuencia variaciones en la expresión de los síntomas, tipos de alteraciones de la conducta, molestias somáticas o hiperactividad, según el momento del desarrollo emocional y cognitivo.

Muchos niños y adolescentes con depresión mayor, presentan además otro trastorno psiquiátrico, siendo frecuente que se presenten dos o más trastornos comórbidos, entre las cuales tenemos: distimia y trastornos de ansiedad, trastornos disruptivos y trastornos de abusos de sustancias. El trastorno depresivo mayor (TDM), usualmente se manifiesta después de la aparición de otros trastornos psiquiátricos, excepto el de abusos de sustancias.

El abuso de sustancias comórbidos, el trastorno de conducta, la fobia social y el trastorno de ansiedad generalizada son más comunes en los adolescentes, mientras que el trastorno de ansiedad de separación es más común en niños.

Concretamente, desde una visión tradicional como la del DSM-IV-TR (López-Ibor & Valdés, 2002), se definen los tipos de personalidad, como un patrón permanente de experiencia interna y de comportamiento que se aparta acusadamente de las expectativas de la cultura del sujeto.

Las depresiones en adolescente, de determinada edad, procedencia, nivel académico, son más frecuentes cuando provienen de familias disfuncionales, que en aquellos con límites familiares claros (Saad de Janon y Saad de Janon, 2003).

Existe suficiente evidencia como para afirmar que experiencias adversas en la infancia (muerte o separación de los padres) incrementan el riesgo de depresión o ansiedad en la edad adulta (Costello, op.cit).

4.2 **Curso clínico**

La duración media de un episodio depresivo mayor es de 7 a 9 meses en casos referidos a psiquiatría y de 1 a 2 meses en la población general, se estima que el 90% de los episodios depresivos mayores remitan al cabo de 1 a 2 años y el 10% se prolongan más allá de ese período. La recaída puede deberse al curso natural de la enfermedad o debida al pobre cumplimiento o la interrupción prematura del tratamiento. Los episodios que han sido exitosamente tratados experimentan una recaída de un 40 a 60%, lo que plantea en estos casos la necesidad de tratamientos prolongados.

La edad de comienzo, el número de episodios previos, la severidad del episodio actual, la presencia de la comorbilidad psiquiátrica, el pobre cumplimiento terapéutico, la presencia de acontecimientos adversos; conflicto familiar, la existencia de trastornos psiquiátricos en los padres, y el deficiente funcionamiento social, son factores que pueden predecir un curso prolongado y la existencia de episodios recurrentes.

El conjunto de síntomas que componen el síndrome depresivo se puede reducir a cuatro grandes núcleos: anímicos, motivacionales, cognitivos y físicos (Vásquez, 1990).

4.3 **Diagnóstico**

La evaluación de un paciente deprimido o potencialmente deprimido exige ciertas cautelas, los pacientes deprimidos manifiestan una tendencia a recordar más sucesos negativos que positivos (Matt, Vásquez y Campbell, 1992), de ahí que la información de una tercera persona (familiar, amigo) pueda ser en muchos casos convenientes.

La valoración diagnóstica de niños y adolescentes deprimidos puede ser difícil (Del Barrio, op.cit).

Para obtener una historia detallada del desarrollo físico, cognitivo, lingüístico, social y emocional del paciente deprimido es necesario hacer una entrevista con los padres, desde la concepción y el embarazo, hasta el momento actual y la significación emocional de las diferentes facetas del desarrollo del niño en términos de las propias esperanzas, expectativas y circunstancias vitales de los padres. (Sánchez, 2005).

La evaluación diagnóstica es más difícil a medida que disminuye la edad (los niños pequeños tienen más dificultades para reconocer y entender el significado de sus síntomas, así como para comunicar sus experiencias emocionales y psicológicas a los otros).

Se llevarán a cabo entrevistas estandarizadas, aplicadas a niños de al menos 8 años de edad han obtenido una buena fiabilidad inter-entrevistador y han permitido establecer el diagnóstico categorial de una forma precisa, pero un bajo nivel de acuerdo entre la información de los padres y del niño.

Este hecho no es sorprendente, si tenemos en cuenta que los niños generalmente informan mejor sobre síntomas internalizantes (incluyendo ideación suicida), mientras que los padres son más conscientes de síntomas externalizantes, como las dificultades de comportamiento. La información de los padres, puede estar influida además por su propia psicopatología, por lo que es muy importante obtener información de otras fuentes, generalmente, los profesores (Shafii y Shafii, op.cit).

En el caso particular de niños y adolescentes de las evaluaciones clínicas, se han desarrollado numerosos instrumentos, siendo frecuentes las entrevistas con padres, con el niño y el adolescente, las listas de chequeo, escalas e inventarios según la problemática. (Luciano, 1996).

Las escalas autoadministradas o administradas por el clínico, tales como el Inventario de Depresión de Beck, Inventario de Depresión del Niño, Escala de Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos; entre otros.

han sido diseñadas para indagar acerca de los síntomas depresivos. Pueden ser usados, como sondeos de síntomas depresivos, para valorar la severidad del episodio depresivo registrar la mejoría clínica (Del Barrio, op.cit).

5 Modelo Teórico que explica la Depresión

5.1 Modelo multifactorial

La terapia de conducta recoge diversos modelos explicativos de la depresión, entre los que se destacan: el modelo sobre la disminución del refuerzo positivo (Lewinshon, 1975), la reformulación de éste (Lewinshon, Hoberman, Teri & Hautzinger, 1985).

En 1975 y basándose en la terapia conductual de Ferster (1973), Lewinshon, desarrolló un modelo para la depresión centrado en la disminución del refuerzo positivo contingente a una acción.

La teoría del Modelo Multifactorial de Lewinshon (1985), se reformuló dicha teoría, con el fin de elaborar un modelo integrativo de la depresión, la depresión sería el resultado de la interacción de factores ambientales y disposicionales. Ante un acontecimiento negativo (el cuál actúa como antecedente), se produce una reducción de las conductas de adaptación en individuos, sobre todo en aquellos que son vulnerables y que pueden carecer de habilidades para enfrentarse a los acontecimientos.

Mientras que los factores situacionales son importantes como desencadenantes de la depresión, los factores cognitivos son esenciales, como moderadores de los efectos del ambiente (Caballo, op.cit).

La teoría multifactorial de Lewinshon o teoría de autofocalización; postula que los factores ambientales primarios de la depresión, aunque habría factores cognitivos mediadores. La principal variable mediadora es el aumento de la autoconciencia (estado transitorio y situacional de autofocalización o cantidad de atención que una persona dirige hacia sí mismo en lugar de hacia el ambiente)

La cadena de acontecimientos se desarrolla así: en primer lugar aparece un suceso antecedente (cualquier suceso que incrementa la probabilidad de ocurrencia futura de depresión o estresor), se produce así una interrupción de patrones adaptativos de la conducta y no es capaz de desarrollar otros patrones que reemplacen a los anteriores, lo que ocasiona una reacción emocional negativa cuya intensidad depende de la importancia del acontecimiento y/o del nivel de interrupción de la vida cotidiana.

El incremento de la autoconciencia más la intensificación de las emociones negativas da lugar a una disminución de la autoestima y producción de cambios cognitivos, conductuales y emocionales correlacionados con la depresión, estos cambios exacerban la autoconciencia lo que produce el mantenimiento y agravamiento del estado depresivo.

Lewinshon (1985), asume la predisposición de incrementar o reducir el riesgo de un episodio depresivo, que podrían incluir la mujer, tener una historia previa de depresión, tener una sensibilidad elevada a los sucesos aversivos, tener una baja autoestima.

También existen una serie de factores protectores en contra de la depresión: autoperibirse como poseedor de una alta competencia social, experimentar

frecuentemente sucesos positivos y disponer de una persona íntima y cercana en quien poder confiar.

CAPÍTULO II
ALDEAS INFANTILES SOS

1. INTRODUCCIÓN

Aldeas Infantiles SOS es una institución que trabaja en más de 130 países. Se dedica al apoyo de familias, niños y niñas en riesgo y les provee de un hogar protector. Su objetivo principal es, proveer el cuidado, salud, educación y desarrollo en general de cada niño.

Al mismo tiempo levanta la voz en nombre ante las organizaciones nacionales e internacionales para luchar por los derechos de los niños y niñas y de esta forma mejorar sus condiciones de vida.

Por otro lado, esta institución es de interés para nuestro estudio, por otros motivos que reforzarían la esencia de nuestro compromiso con la investigación.

Entre las principales características de las Aldeas Infantiles SOS son las siguientes:

- a. Es un referente mundial en el trabajo con menores y familias en desventaja social.
- b. Es punto de mira de las distintas administraciones por su aportación a la sociedad en recursos de prevención y protección de la infancia.
- c. Es una asociación con más de 60 años de experiencia.
- d. Es una organización, dinámica flexible y adaptada a las circunstancias y a los tiempos.
- e. Sus objetivos generales giran en torno a la integración social y familiar.
- f. Es una institución idónea para el desarrollo de la educación social.

Para comprender mejor el significado de Aldeas Infantiles, en nuestro trabajo, proponemos el desarrollo de un capítulo, donde penetramos en sus cimientos, programas, recursos y tendencias que justifiquen el acompañamiento de Aldeas Infantiles SOS en nuestro cuadro de investigación.

Las Aldeas Infantiles SOS, es una organización internacional privada a nivel social de ayuda a la infancia, sin ánimo de lucro, interconfesional e independiente de toda organización política. Es miembro de la UNESCO y con un asesor permanente en el Consejo Económico y Social de la ONU. Fundada en Austria por Hermann Gmeiner en 1949, ha dado paso a las 423 Aldeas Infantiles SOS y más de 1,119 dispositivos SOS: hospitales, colegios, guarderías, talleres de formación, residencias de jóvenes.

El objetivo de Aldeas Infantiles SOS, es ofrecer a los niños/as una familia, un hogar estable y una formación sólida para alcanzar una vida autónoma. Adopta un modelo familiar de carácter universal, cuyo contenido está definido por las características sociales y culturales propias de cada país.

Su misión es integrar social y familiarmente a los niños/as que le sean confiados de forma eficaz y positiva, impulsando su autonomía y emancipación en igualdad de derechos y obligaciones que el resto de jóvenes, consiguiendo que sean y se sientan ciudadanos cálidos para la sociedad.

2. ANTECEDENTES HISTÓRICOS

2.1 El fundador: Hermann Gmeiner: y el nacimiento de las Aldeas Infantiles SOS.

Aldeas Infantiles SOS, nació de la idea de Hermann Gmeiner en 1949, un hombre, idealista, humanista y con amplia visión de origen austriaco y con una experiencia de vida similar a la que pueden vivir algunos niños y niñas de las Aldeas Infantiles SOS, porque perdió a su madre cuando era muy pequeño y fue una de sus hermanas quien con apenas 15 años se ocupó de él y de sus siete hermanos.

Durante la segunda Guerra Mundial, muchos niños y niñas perdieron a sus padres, ante esta realidad, Gmeiner, soñó con la idea de un lugar donde los niños y niñas, en situación de riesgo social recibieran todo lo que él una vez recibió de su hermana y sus hermanos, es así como en el año 1949, nació en la población de Imst,

Tirol, en Austria, la primera Aldea Infantil SOS, para atender a los niños que sufrieron la consecuencia del conflicto armado.

La labor con los niños/as, y el desarrollo de las Aldeas Infantiles SOS como organización, llegaron a ocupar a Gmeiner, que éste tuvo que decidirse, finalmente, a abandonar sus estudios de medicina.

En los decenios que siguieron, su vida estuvo muy estrechamente ligada a la realización del concepto pedagógico “madre-hermanos-casa-aldea” basado en la familia. Dedicado de lleno en adelante a la asistencia de niños/as abandonados.

Fue director de Aldea en Imst, organizó la fundación de otras Aldeas Infantiles SOS en Austria, y ayudó a construir Aldeas Infantiles SOS en muchos países europeos.

Uno de los principios de Aldeas Infantiles SOS, es trabajar en las instituciones con personas originarias del país. Más de 50 años de trabajo respaldados con el compromiso generoso de personas, han hecho posible alcanzar unos resultados positivos que permiten devolver la esperanza y labrar un futuro de muchos años.

Hermann Gmeiner, muere en Innsbruck, y fue enterrado en la Aldea Infantil SOS de Imst. (1986).

2.2 Pioneros de la asistencia de menores: Evolución histórica

En 1949, el austriaco Hermann Gmeiner, funda la asociación de Aldeas Infantiles SOS, y construye con sus amigos, la primera Aldea Infantil SOS, en Imst, en Austria. A la primera casa familiar la llama “Casa de la Paz”. En aquel tiempo, nadie se podía imaginar el gran éxito que algún día llegaría a tener la idea de Gmeiner en todo el mundo. Esta idea, tenía su origen, en la profunda necesidad que Gmeiner sentía a dar a los huérfanos de guerra y a los niños/as, abandonados, una familia, un hogar, una aldea.

Hoy en día, el “arquetipo” de Imst constituye un modelo para todas las naciones, un concepto para la asistencia a menores flexible, realizable a escala internacional e integrativo.

2.3 Aldeas Infantiles SOS PANAMÀ.

2.3.1 Antecedentes de las Aldeas Infantiles SOS de Panamá

Con el interés de resaltar el valioso aporte que las organizaciones sin fines de lucro ofrecen a nuestra sociedad en general, esta investigación se realiza en algunas de ellas como las Aldeas Infantiles SOS Panamá , en sus inicios surge como resultado del apoyo de un grupo de personas locales y extranjeras.

En 1981, se fundó la Asociación Nacional de Aldeas Infantiles SOS Panamá. Ese mismo año se realizaron las obras de construcción de la primera Aldea Infantil SOS en la ciudad de Panamá. Esta fue construida en uno de los primeros terrenos que fueron devueltos a Panamá debido al Tratado Torrijos-Carter (1977), entre los Estados Unidos de América y la República de Panamá, para la reglamentación del derecho de soberanía sobre el Canal de Panamá y la Zona del Canal.

El día de apertura de la Aldea Infantil en la ciudad de Panamá fue: el 20 de abril de 1982, Hermann Gmeiner, presidió la ceremonia de inauguración.

A mediados de los años ochenta, la situación política del país y la agudización de la crisis con el socio comercial más importante, los Estados Unidos de América, llevaron al país a una crisis socioeconómica. Para poder asegurar el sustento familiar, tanto el padre como la madre, se vieron forzados a trabajar y madres solteras tuvieron que mudarse a grandes centros de aglomeración, para allí encontrar trabajo, bajo estas condiciones, los que más sufrían, eran los niños/as y adolescentes, que no disfrutaban de la atención apropiada o incluso algunos eran abandonados.

Ante la situación que estaba presentándose, las Aldeas Infantiles SOS, reaccionó en las décadas siguientes, con la construcción de Aldeas Infantiles SOS e instituciones de atención adicionales. La Asociación de Aldeas Infantiles SOS de Panamá, se propuso a dar a los niños huérfanos y abandonados, una familia, un hogar seguro, sin distinción de raza o nacionalidad.

La Aldea Infantil SOS Panamá, se compone de 17 casas familiares, la casa del director de la aldea, una casa para los empleados SOS, una casa comunitaria con una sala multiuso y una biblioteca, así como; un área administrativa y de servicios. A los niños/as y adolescentes, les gusta pasar su tiempo libre, en el parque infantil o en las canchas de beisbol y baloncesto de la Aldea Infantil SOS.

Aldeas Infantiles SOS Panamá, es la primera ONG en Panamá, en implementar un modelo familiar de atención a largo plazo, durante 30 años consecutivos, basándose en cuatro principios: la madre, los hermanos y hermanas, la casa y la aldea, destinado únicamente para aquellos niños/as que requieren de un nuevo hogar, en el seno de una familia permanente. Se les ofrece, donde crecer, hasta ser suficientemente maduros para iniciar su vida independiente.

La Aldea se constituye, como el puente de integración de los niños/as con la sociedad. Por eso Aldeas Infantiles SOS Panamá, está vinculada en todos los aspectos de la comunidad a la que pertenecen, el colegio, el deporte, las actividades culturales. De esta forma, fomentan la plena integración de los niños/ as en la sociedad.

En Aldeas Infantiles SOS Panamá, creen sinceramente que con el esfuerzo de todos, se puede trabajar en el buen camino y que esto se traducirá, en un paso significativo hacia la prevención de desigualdades y la construcción de una sociedad sin marginación infantil.

Al comprometerse con algo y llevarlo hasta el final, los niños se van haciendo mayores y esto implica, que hay que tomar decisiones, primero pequeña y luego otras

más importantes. En algunas ocasiones, se pueden equivocar al decidir, pero la clave consiste en sacar conclusiones de los errores. Esto hará que cada vez estén más preparados, para comprometerse con sus proyectos, su entorno de país y su planeta.

También pretenden que los adolescentes, tengan los suficientes recursos, tanto para estudiar, como para relacionarse a nivel sentimental, social y personal, para que no tengan problemas a la hora de desenvolverse en la sociedad.

2.3.2 **Las madres tías en las Aldeas Infantiles SOS de Panamá.**

Los niños y las niñas son acogidos en una familia liderada por una “Madre” que sustituye a su lazo afectivo permanentemente y le proporciona la seguridad que necesitan. La “Madre” asegura el cuidado y desarrollo de los niños/as, llevando su familia en forma independiente. Ella reconoce y respeta los antecedentes familiares, sus raíces culturales y su religión. También se capacita permanentemente y cuenta con el apoyo de colaboradores pedagógicos que respaldan su labor.

Debemos hacer que las “Madres tías” de las Aldeas Infantiles SOS, sea una profesión interesante tanto en sentido intelectual como espiritual: Hermann Gmeiner, fundador de Aldeas Infantiles SOS.

Aldeas Infantiles SOS de Panamá, ofrece a los niños y niñas un nuevo hogar, donde viven atendidos al cuidado de una responsable de hogar (Madre SOS), en una familia SOS, integrada en la Aldea Infantil. La familia SOS, está formada por niños de diferentes edades y de ambos sexos. Los niños permanecen en la organización hasta su independencia, siempre que no se determine lo contrario.

Los cuatro pilares pedagógicos concebidos por Hermann Gmeiner son los siguientes:

- a. **Madre:** La “Madre” SOS es una persona de referencia estable (responsable del Hogar), que constituye el núcleo fundamental de la familia SOS. Todo niño acogido en las Aldeas Infantiles SOS, tiene como referencia afectiva una “Madre SOS” quien se encarga de compartir sus preocupaciones, deberes y alegrías. Como profesional al cuidado de niños en familia, guía su desarrollo, proporcionándoles la seguridad, la estabilidad y el amor que necesitan. Es ayudada y apoyada por otros profesionales en función de las necesidades de los niños que atiende.

- b. **Los hermanos biológicos:** Permanecen unidos en la misma familia. La familia SOS, desarrolla lazos positivos creando un ambiente de confianza y apoyo mutuo. La familia SOS, está compuesta: por la “Madre SOS” y un grupo de niños de distintas edades que viven en el hogar SOS.

- c. **La casa:** Cada familia tiene su propia casa, la cual representa para los niños y niñas su nuevo hogar estable, en el cual disfrutan de seguridad y pertenencia.
El clima y la dinámica que se genera, es específica en cada hogar. Los niños y las niñas crecen y aprenden juntos, compartiendo responsabilidades y aspectos de la vida cotidiana, que crean el marco adecuado para el desarrollo de sus relaciones familiares.

- d. **La Aldea:** constituye el puente de integración de los niños y niñas hacia la comunidad externa, a través de una vida normal, con vecinos y amigos, practicando deportes y estudiando en los colegios del área. Las diferentes familias SOS, comparten experiencias y se apoyan mutuamente, integrándose en el entorno social. Una Aldea Infantil SOS, comprende normalmente de 8 a 12 casas.

Las “Madres SOS” son mujeres de gran corazón, que acompañarán el día a día de los niños, niñas y adolescentes. Acompañar a todos los adolescentes, implica construir confianza mutua, escuchar, tener paciencia, buscar espacios para compartir, conocer cuáles son sus gustos, sentimientos e intereses.

Los niños, niñas y adolescentes que viven en las Aldeas Infantiles SOS, tendrán más compañía, alguien que apoye a sus mamás y les cuente un cuento en la tarde, les lleve a un partido de fútbol, les brinde un consejo y un abrazo en los momentos difíciles.

3. **¿Qué son las Aldeas Infantiles?**

Las Aldeas Infantiles SOS, es la organización internacional más grande del mundo en atención directa a niños, niñas, adolescentes y jóvenes presente en 133 países.

Aldeas Infantiles SOS, fortalece familias que están en riesgo y proporciona entornos familiares para que los niños, niñas y jóvenes que por alguna razón han perdido el cuidado de sus padres, tengan una nueva oportunidad de crecer en una familia llena de amor, respeto y seguridad donde puedan vivir y desarrollarse como individuos. La organización trabaja este objetivo con las familias SOS y las comunidades en situación de vulnerabilidad.

4. **Un enfoque preventivo: Los centros de programas sociales.**

Giorgio, V. (2012) que la población objetivo de las políticas sociales se construyen bajo el rótulo de carencias, los necesitados, los que no tiene posibilidades, los no son, y por ende tienen que ser sujetos de protección para la satisfacción de sus necesidades, puesto que ellos mismos, no pueden hacerlo como lo hacen las personas integradas socialmente.

Si bien es cierto, se debe realizar una intervención tanto como a las familias como con los niños, niña y adolescentes, para el desarrollo de las acciones orientadas a fortalecer elementos parentales bien tratantes, ello no excluye la vinculación de otras redes de apoyo que puedan favorecer el proceso.

La familia sigue siendo un eje fundamental del proceso de protección psicológica del niño/a y adolescentes, ella debe estar presente en los diversos estadios de desarrollo, proporcionando afecto y apoyo así como hábitos de vida saludables, promoviendo elementos resilientes, ante condiciones de vida difíciles y dolorosas, flexibilidad para

enfrentar y resolver problemas, evidenciando habilidades de comunicación y destrezas para participar o vincularse a redes de apoyo.

Aldeas Infantiles SOS, es la familia más grande del mundo, cuya misión es proteger a niños y niñas que han perdido el cuidado de sus padres o tutores que se encuentran en riesgo de perderlo, a través de distintas modalidades de atención: Acogimiento familiar, Fortalecimiento familiar, Familias acogedoras y Centros Sociales Comunitarios.

Las Aldeas Infantiles SOS, trabaja para integrar social y familiarmente a los niños, niñas y adolescentes y jóvenes, impulsando su autonomía y emancipación en igualdad de derechos y obligaciones que el resto de los jóvenes, consiguiendo que sean y se sientan ciudadanos valiosos para la sociedad.

La Secretaría Nacional de Niñez, Adolescencia y Familia (Senniaf), su objetivo principal de este programa es garantizar que los niños, niñas y los adolescentes menores de 18 años, que se encuentren privados en su medio familiar y se encuentren en instituciones de protección o albergues a nivel nacional, gocen de igualdad de condiciones y en pleno goce de sus derechos humanos, mientras persista la medida excepcional.

Entre la lista de albergues supervisados por la Senniaf, está las Aldeas Infantiles SOS, de la provincia de Colón.

Los Centros de Atención de Día, es proteger a la infancia, por encima de cualquier interés, debe prevalecer el interés del niño, y siempre que sea posible, pasa por no separar al niño de la familia, evitando tener que llegar a una situación de internamiento.

Los Centros de Atención de Día de Aldeas Infantiles SOS, son centros que funcionan como recurso preventivo, dedicados al cuidado y atención de menores de entre 0 y 18 años durante el día. Los Centros de Atención de Día, no sólo atiende a los

niños, sino también trabajar con las familias, para mejorar sus habilidades de cuidado y superen lo antes posible la situación que les llevó a necesitar el recurso.

CAPÍTULO III
TERAPIA COGNITIVO CONDUCTUAL

1. Aspectos generales

Hace algunos años, Jerry Fodor (1988), uno de los defensores más lúcidos de la ortodoxia de los símbolos y los cálculos en psicología cognitiva, comentaba un hecho evidente: las personas empleamos, en nuestras interacciones ordinarias, una psicología << de sentido común >>, cuyo núcleo consiste en la atribución recíproca de creencias y deseos.

Las raíces de la psicoterapia se remontan hasta diferentes tipos de saberes desarrollados en la cultura occidental y procedente de la magia, la medicina, la filosofía y la religión. Todas estas actividades se refieren al hecho de que la vida humana es inherentemente problemática.

En las sociedades primitivas las explicaciones sobre las causas de la anormalidad están conectadas a las metáforas sobrenaturales y místicas, las explicaciones son de tipo animista.

La práctica exorcista (Ellenberger, 1970), como ejecución de este ritual puede adoptar tres formas: primero expulsar el espíritu maligno, mediante procedimientos mecánicos, como los ruidos, los malos olores, etc.; segundo transferir el espíritu maligno a otro ser (animal) y tercero; extraer el espíritu maligno, por medio de conjuros o procedimientos psíquicos.

Los orígenes más remotos de la psicoterapia cognitiva provienen de la filosofía estoica (350 a.C al 180 d.C), y de las religiones orientales budistas y taoístas. (Bethancourt y Madrid, 2004).

La alternativa estoica (Zenón de Citio, Epicteto, Crisipo) consistía en el control de las pasiones que generaban excesos irracionales, para ellos se trataba de modificar las falsas opiniones que la generaban (representaciones engañosas de las cosas), mediante ejercicios escritos o verbales de mediación y concentración (un claro antecedente de las terapias cognitivas).

El pensamiento racional produjo cambios relevantes en la concepción y clasificación de las enfermedades y la conducta anormal. Hipócrates (s.IV a.C) se contrapone a las concepciones animistas y postula la existencia de cuatro humores (sangre, flema, bilis amarilla y bilis negra). La salud resultaría del equilibrio de tales humores y la enfermedad de su desequilibrio. El tratamiento de tales desequilibrios era de tipo somático y aunque se intentaba ganar la confianza del paciente, se obviaba las motivaciones psicológicas. La importancia de este olvido psicológico

(Morales, 1970), ha limitado la historia posterior de la medicina que ha relegado en gran medida los aspectos psicológicos del ser humano.

Para alcanzar el estado de insensibilidad e indeterminación total (Nirvana)) había que manejar los falsos juicios del sujeto, construidos en su pensamiento y actitudes (Bouchard, op.cit).

En la tradición kantiana (Vaihinger, 1853-1933), desarrolla su teoría del conocimiento, donde las personas guían su conducta por modelos de la realidad a modos de esquemas, metas y guiones. Otro filósofo que destaca el papel de la cognición (B. Russell, 1873-1971), en su obra “La conquista de la felicidad” (1930), describe cómo las creencias adquiridas en la primera infancia se hacen inconscientes y pueden adquirir un carácter perturbador en la vida posterior del sujeto.

Desde la psicología individual, Alfred Adler (1897-1937), desarrolla un modelo cognitivo de la psicopatología y la psicoterapia, para muchos es el fundador de las terapias cognitivas, el niño adquiere “esquemas asperceptivos” en su etapa infantil preverbal, esquemas que guían la dirección de su conducta en su vida posterior de modo inconsciente.

George A. Kelly presentó en su voluminosa obra “The Psychology of Personal Construcs (1,214 páginas), un proyecto de psicología alternativa de corte fenomenológico asentada sobre las bases epistemológicas constructivistas, se puede considerar a Kelly, como un teórico y clínico muy adelantado en su época, las teorías predominantes durante

las épocas de los años 50 y 60 eran en el terreno de la personalidad y la psicoterapia llámese; teorías psicoanalistas, del aprendizaje y de los rasgos de personalidad.

Kelly, denominó su posición epistemológica básica Alternativismo Constructivo, considera la realidad como algo que no se manifiesta directamente sino a través de Nuestros Constructos personales, lo cual prevé el hecho de que una misma situación pueda ser vivida de formas bien distintas, idiosincráticas, por distintas personas, implica también, y esto tiene implicaciones terapéuticas, que una persona no es una víctima de la realidad, sino en la construcción de esa realidad.

Su tesis central, es que las personas miran al mundo y a ellos mismos, a través de pautas o categorías cognitivas, los llamados “constructos personales”, estos constructos se utilizan para categorizar los acontecimientos y representan la forma personal de interpretar y construir la experiencia del sujeto.

La evaluación de los Constructos Personales, puede realizarse mediante entrevistas (p.ej. rejilla, técnica de escalamiento) o mediante textos (p.ej. autocaracterización, diarios) (Neimeyer, 1995).

John B. Watson (1878-1958) comenzó la revolución conductista en contra del estructuralismo y el funcionalismo, obviando incluso el estudio de las respuestas fisiológicas.

Skinner, (psicólogo más influyente del siglo XX), introdujo por primera vez el término “Terapia de Conducta” en la literatura psicológica, desarrolló una metodología, el análisis experimental de la conducta, centrado en las relaciones entre el comportamiento y estímulos ambientales (sin referirse a constructos inferidos, solo a relaciones funcionales). El análisis experimental de la conducta dio origen a la orientación denominada análisis conductual aplicado.

El conductismo fue el paradigma imperante, desde principios del siglo XX, hasta la década de los 40, sobre todo en el campo de la psicología académica experimental, y el psicoanálisis ejercía su influencia en la práctica clínica, pero como señala (Gardner, 1996), en la Nueva Ciencia de la Mente: “ Entre el credo crudo de los conductivistas y las conjeturas desenfundadas de los freudianos, era difícil entrar de una manera científicamente respetable en el territorio de los procesos del pensamiento humano”.

El resultado inmediato de las anteriores limitaciones en el campo de la modificación de la conducta es la inclusión de las teorías y procedimientos de las terapias cognitivas, dando lugar a la llamada terapia cognitiva conductual.

Los principales exponentes de la Psicoterapia Cognitiva, originalmente venían del Psicoanálisis; entre ellos Albert Ellis (1962) y Aaron Beck (1967), ambos se alejaron de esa escuela por considerar que la misma no aportaba evidencia empírica relevante ni resultados favorables en el trabajo clínico. Por esta razón, la Psicoterapia Cognitiva, puso un acento especial en la comprobación, validación e investigación de sus teorías y fundamentalmente de su práctica.

Ellis, desarrolló lo que se conoce como la Terapia Racional Emotiva Conductual (TREC), en donde todos los componentes eran tomados en cuenta, lo revolucionario de su aporte fue la actitud del terapeuta que para él debía ser activa y directiva, sustituyó la clásica escucha pasiva por un diálogo con el paciente, en donde se debatía y se cuestionaba sus pensamientos distorsionados que se creía eran los determinantes de sus síntomas.

Por su parte Beck, llamó a su método de terapia “Terapia Cognitiva “Es importante destacar que existen diferentes modelos de terapia cognitiva, y los antes mencionados son dos de los más conocidos debido a su gran utilidad práctica. Las terapias cognitivas, no son “técnicas” sino ciencia aplicada, por lo que puede constar de

un método más o menos definido para lograr unos objetivos según su enfoque teórico de partida.

El modelo de Aaron Beck, se centra, básicamente, en pensamientos automáticos y en las distorsiones cognitivas y la Terapia Racional Emotiva Conductual de Albert Ellis, está centrada principalmente en las creencias irracionales. Entre ambas existen similitudes, pero también, diferencias, por ejemplo: La Terapia Cognitiva de Beck se basa en el empirismo colaborativo, en cambio Ellis, utiliza como principal herramienta terapéutica el diálogo o debate socrático.

Este tipo de terapias cognitivas (o cognitivos-conductuales), reciben el nombre de “terapias relacionales o de reestructuración cognitiva”

El modelo propuesto por Beck, afirma que antes una situación, los individuos no responden automáticamente, sino antes de emitir una respuesta emocional o conductual perciben, clasifican, interpretan, evalúan y asignan significado al estímulo en función de sus supuestos previos o esquemas cognitivos.

La originalidad del modelo de Beck, reside en que considera, que las distorsiones cognitivas, son las causas primarias del “desorden” y no “las elaboraciones secundarias”. Según Beck, todas las formas de psicopatología (no solo la esquizofrenia), presentan algún grado de desorden del pensamiento.

Según Beck, estas distorsiones cognitivas, son provocadas por creencias irracionales o supuestos personales aprendidos en el pasado, que condicionan inconscientemente la percepción e interpretación del pasado, presente y el futuro.

La depresión presenta sus propias formas de distorsión, que Beck reúne bajo la denominación de “Triada Cognitiva” (Beck, 1979 en: Caballo, 1997). La tríada cognitiva: se refiere a tres esquemas característicos que inducen al individuo depresivo a

percibirse a sí mismo, al mundo y al futuro desde un punto de vista negativo. De estos tres patrones cognitivos se derivan el resto de los síntomas depresivos que sufre.

El esquema característico que sufren las personas deprimidas y que Beck denomina la triada depresiva, consiste en una visión negativa de:

- Sí mismo: las personas que padecen depresión suelen considerarse deficientes e inútiles, atribuyen los errores que cometen a un defecto físico, mental o moral suyo, y piensan que los demás lo rechazarán.

Tiende a subestimarse, a criticarse a sí mismo, en base a sus defectos, piensa que carece de los atributos que considera esenciales para lograr la alegría y felicidad (Bouchard, op.cit)

- Del mundo: se sienten como derrotados socialmente y no están a la altura de las exigencias, ni tienen la capacidad de superar los obstáculos.
- Del futuro: la persona que padece depresión piensa que esta situación no se puede modificar, por lo que seguirá así siempre.

Cuando la persona depresiva hace proyectos de gran alcance, está anticipando que sus dificultades o sufrimientos actuales, continuarán indefinidamente, espera penas, frustraciones y privaciones interminables (Bouchard, op.cit).

1.1 Tratamiento Cognitivo Conductual de la Depresión.

La Terapia Cognitiva Conductual está basada en la interrelación de los pensamientos, las acciones y los sentimientos. Para trabajar con los sentimientos de la depresión, este modelo plantea la importancia de identificar cuáles son los pensamientos

y las acciones que influyen en el estado de ánimo para aprender a tener un mayor control sobre los sentimientos.

Se basa en el supuesto teórico subyacente de que los efectos y la conducta de un individuo están determinados en gran medida por el modo que tiene dicho individuo de estructurar el mundo. Sus cogniciones como; (eventos verbales o gráficos a su corriente de conciencia), se basan en

actitudes o supuestos esquemas, desarrollados a partir de experiencias exteriores (Steven y Beck, 1981).

De acuerdo con Beck (1983), las cuatro principales características que debe ofertar este procedimiento al paciente, radican en que éste debe ser activo, directivo, estructurado y de tiempo limitado.

La primera característica hace referencia a que dentro de la intervención, la relación existente entre paciente y terapeuta, debe ser activa, es decir; el terapeuta, se encontrará en continua actividad e interacción intencionadamente con el paciente, fungiendo un papel de guía a lo largo de las sesiones de intervención. Al igual que la participación activa del paciente, pues es de considerar que es la persona indicada para reformular las cogniciones existentes.

En cuanto a lo directivo, este debe poseer un objetivo de intervención, el cual será atendido mediante la estructuración que le dé el terapeuta a lo largo de las sesiones, con la finalidad de atender las demandas del paciente mediante el empleo de técnicas y estrategias que permitirán el cumplimiento del objetivo de la terapia.

La intervención mediante el Modelo Cognitivo Conductual, deberá ser estructurado en función del objetivo terapéutico que manifieste el paciente, con base en esto, el terapeuta estructurará la terapia de acuerdo al tiempo, técnicas y estrategias que empleará para que el paciente participe activamente en la reestructuración de sus cogniciones y comportamientos.

La última característica del enunciado de Beck (1983), manifiesta el tiempo limitado que deberá poseer el proceso de intervención; durante éste, el terapeuta debe de formular estrategias encaminadas a cumplir con el objetivo terapéutico.

A partir de éste procedimiento, se prosigue a modificar la conducta, con el objetivo de erradicar los pensamientos que fortalecen al surgimiento de aquellos comportamientos que dan origen a la presencia de trastornos (Gavino, 2002).

Las técnicas terapéuticas específicas utilizadas se sitúan en el marco del modelo cognitivo en la psicopatología: como referencia la terapia no puede ser aplicada con efectividad sino se tiene un conocimiento de la teoría. Las técnicas terapéuticas son encaminadas a identificar y modificar las conceptualizaciones distorsionadas y las falsas creencias (esquemas) que subyacen a estas cogniciones.

El tratamiento se considera, por tanto, multimodal (intervenciones a nivel individual, familiar, grupal y farmacológico (Harrison, Beck & Buceta, 1984).

El tratamiento utilizado para la depresión en adolescentes es: La Terapia Cognitivo Conductual, desarrollada por Beck en la cual reúne un grupo de tratamientos que incluyen; el entrenamiento en habilidades sociales, la resolución de problemas, la terapia racional emotiva, entre otros. Está orientada a que el paciente aprenda nuevas habilidades en su forma de percibir, entender y reaccionar ante las dificultades, y así reducir la gravedad y duración de la enfermedad. La duración de la intervención o tratamiento no es larga, aproximadamente de 12 a 20 sesiones (Caro, 2006).

El propósito de la terapia consiste en reducir el malestar o la conducta no deseada, desaprendiendo lo aprendido o proporcionando experiencias nuevas, mas adaptativas (Brewin, 1996).

Algunas de las principales características de la Terapia Cognitiva Conductual son las siguientes (Ingram y Scott, 1990):

- a. Las variables cognitivas constituyen importantes mecanismos casuales.
- b. Los objetivos específicos de algunos procedimientos son cognitivos.
- c. Se realiza un análisis funcional de las variables que mantienen el trastorno.
- d. Se emplean estrategias conductuales y cognitivas en intentos de modificar las cogniciones.
- e. Se pone un notable énfasis en la verificación empírica.
- f. La terapia es de duración breve
- g. La terapia requiere de la colaboración entre terapeuta y paciente.
- h. Los terapeutas cognitivos conductuales son directivos
- i. El cambio de los síntomas sucede posterior al cambio cognitivo.

1.2 Procesos cognitivos en niños y adolescentes.

El niño durante todo su proceso de crecimiento se desarrolla buscando su propia identidad, estableciendo vínculos emocionales, expresando sus sentimientos y estableciendo relaciones emocionales de todo tipo.

La capacidad intelectual de los pequeños va madurando con el paso del tiempo, van aprendiendo cómo es el mundo y poco a poco, se van construyendo una imagen de sí mismo. Como bien sabemos, el tránsito de la infancia a la adolescencia, no es fácil, y es aquí donde se producen muchos de los cambios más importantes que marcarán la personalidad del joven.

Según Piaget, el desarrollo del ser humano, se produce por etapas como resultado de la interacción de los esquemas cognitivos que poseen las personas con el medio.

La terapia cognitiva es un proceso de resolución de problemas basada en una experiencia de aprendizaje. El paciente, con la ayuda de su terapeuta, aprende a

descubrir y modificar las distorsiones cognitivas e ideas disfuncionales. La meta inmediata, denominada en la Terapia Cognitiva “terapia a corto plazo” consiste en modificar la predisposición sistemática del pensamiento y producir ciertos sesgos cognitivos.

La meta final, denominada “terapia a largo plazo” consiste en modificar los supuestos cognitivos adyacentes que harían vulnerable al sujeto, previniendo las recaídas.

El proceso de la psicoterapia cognitiva, supone recorrer tres etapas diferenciadas (Obst, 2008):

1. Primera etapa: Conceptualización del proceso y la Observación

El objetivo de esta primera etapa, es entrenar al paciente para ser un mejor observador de su conducta. Para lo cual es importante redefinir el problema presente en términos de relación pensamiento- afecto-conducta (P-A-C).

Luego hay que re conceptualizar el proceso de intervención y modificar los círculos viciosos P-A-C que mantienen el problema para hacer al sujeto menos vulnerable a ciertas situaciones y disminuir las recaídas

El primer paso consiste en evaluar los problemas que el paciente trae a consulta y conceptualizarlos en términos cognitivos-conductuales. Finalmente se hace una recogida de datos y auto observación. Se conceptualizan los problemas cognitivamente, se definen etapas y objetivos graduales de intervención y se elige un problema para auto observación al mismo tiempo que se explica al sujeto los autos registros.

2. Segunda etapa: Generar alternativas.

El objetivo de esta segunda etapa, es ayudar al paciente a desarrollar pensamientos y conductas alternativas adaptativas, incompatibles con los círculos viciosos P-A-C anteriores, mediante la explicación de técnicas conductuales y cognitivas.

Medios:

- a. Cambio de conductas manifiestas: técnicas cognitivas y conductuales.
- b. Cambio de la actividad autorreguladora (pensamientos y emociones): técnicas cognitivas y conductuales.
- c. Cambio de estructuras cognitivas o creencias tácticas sobre el sí mismo y el mundo: técnicas cognitivas y conductuales.

3. Tercera etapa: Mantenimiento, generalización y prevención de recaídas.

La finalidad de esta tercera etapa es; consolidar, mantener y generalizar los cambios logrados y disminuir la probabilidad de recaídas, mediante la atribución de los logros terapéuticos al trabajo del paciente, sobre la base de sus tareas para casa. Además se identifican con antelación situaciones de alto riesgo futuro, y se desarrollan habilidades preventivas de tipo cognitivo-conductual.

2. Estructuras de las sesiones con adolescentes

Otra de las características diferentes de la Terapia Cognitiva Conductual de Beck, respecto a otras terapias es la programación del contenido de las sesiones. La preparación de las llamadas “agendas” (p.e, Harrison, 1981) permite al terapeuta planificar cada sesión y al proceso terapéutico.

La característica básica del modelo cognitivo, es el grado de estructuración sobre el cual debe regir el tratamiento. El terapeuta organiza el tiempo de sesión entre 45 a 60 minutos para poder trabajar el foco del conflicto y tratarlo de manera cognitiva (Caro, 2006). Se pueden utilizar 5 minutos para establecer la agenda del trabajo, es decir, cuáles son los temas a tratar. Esta agenda se basa en el propio estado del paciente y sobre el curso del tratamiento.

Es importante además dedicar unos 5 minutos adicionales a revisar la tarea que el paciente ha traído a la sesión. Una vez terminada esta primera parte, se trabaja en forma específica en los temas de la sesión. Antes de terminar, se dedican unos 5 minutos a concretar y a explicarle al paciente la tarea para la próxima sesión y 5 minutos finales para recabar de la paciente retroalimentación de cómo se ha sentido en la sesión y sus opiniones acercan el curso de la terapia.

Utilizando la Psicoterapia de grupo: se utilizó la intervención psicoterapéutica en contexto de grupo que funciona como un apoyo poderoso a la terapia individual ya que ofrece elementos reparadores que le confieren un potencial único. Funciona como una oportunidad de reconstruir dentro de un grupo pequeño las situaciones y emociones vivenciales en la sociedad y de esta manera permiten reproducir ciertos procesos psicosociales.

Entre los factores terapéuticos de los procesos de grupo están la universalidad o sentimiento de experiencia compartida, explicitación o darle nombre a lo que ocurre, información o fuente de educación, validación del sufrimiento, imagen positiva de cambio, socialización, empatía, comprensión, cohesión o sentimiento de pertenencia, confiar y compartir con los demás, retroalimentación del estilo de comunicación, contraste de creencias, fomenta apoyo mutuo, fuente de compromiso para el cambio, discusión colectiva de los componentes existenciales asociados al tema del grupo. Este formato ha sido elaborado, sobre la base de la teoría (S.H Foulkes, 1964).

Descripción de las sesiones:

Doce (12) sesiones de 45 minutos.

Objetivos de los talleres:

- a. Proporcionar información sobre la depresión, que permita a los participantes conocer las causas de los síntomas depresivos.
- b. Fomentar la capacidad de escucha y de la expresión de experiencias.
- c. Promover la reflexión acerca de los distintos aspectos asociados con la depresión a partir de la propia experiencia.

- d. Crear condiciones para compartir experiencia personales en grupo.
- e. Promover el autoconocimiento y las habilidades sociales de relación con otros.

Después de incluir el listado de temas en la agenda, el terapeuta y el paciente colaboran para establecer un orden de prioridad. Los niños y los adolescentes deprimidos perciben a menudo los problemas como algo abrumador y difuso.

En las etapas iniciales de la terapia (sesiones 1 al 3 y a menudo más), gran parte de la agenda se dirige a comprometer al niño o al adolescente en una alianza terapéutica e identificar las metas para el cambio.

La terapia se divide en tres temas, cada uno trabajado en cuatro sesiones. Las primera cuatro sesiones trabajan con la influencia de los pensamientos en el estado de ánimo. Las próximas cuatro sesiones, van encaminadas a trabajar con aquellas actividades diarias que afectan el estado de ánimo. Las últimas cuatro sesiones, se relacionan con el modo en que las interacciones con otras personas afectan el estado de ánimo. A continuación las estructuras de las sesiones:

Módulo 1: Pensamientos (sesiones 1-4).

El propósito principal de esta sesión, es presentar información, de cómo los pensamientos influyen sobre el estado de ánimo. La sesión inicial establece: la estructura y el propósito de las sesiones posteriores. De igual forma, se establece el horario semanal de las sesiones, las reglas de las mismas y se explica claramente el tema de la confidencialidad. Es importante que los/as participantes, tengan bien claro este último punto, ya que esto puede influir en la calidad de la relación terapéutica que se establezca.

La primera sesión introduce el tema de la depresión y se fomenta que se comparta sus historias sobre cómo ha experimentado la depresión. Una vez se discute el tema, la terapeuta presenta el propósito de la sesión: cómo los pensamientos afectan el

estado de ánimo. Se inicia esta parte de la sesión, definiendo y aclarando el concepto de pensamientos a través de ejemplos provistos por la terapeuta y él/ la participante. En las próximas tres sesiones, se trabaja con los diferentes tipos de pensamientos que experimenta una persona que se encuentra deprimida y cómo los mismos pueden modificarse.

Se realizan una serie de ejercicios, que permiten la identificación de los errores de pensamiento. El diseño de la tercera sesión, cumple con el propósito de proveer técnicas para aumentar los pensamientos positivos, al disminuir los pensamientos no saludables, trayendo como consecuencia una reducción de la sintomatología depresiva.

Módulo II: Actividades (sesiones 5-8).

El propósito principal de este módulo, es que él/ la adolescente, logre identificar alternativas, actividades y metas que le permitan tener mayor control sobre su vida, de tal manera que logre superar su estado de ánimo depresivo. En este módulo se trabaja con la relación entre la participación en actividades placenteras y la sintomatología depresiva experimentada. Se establece, cómo la presencia de la sintomatología depresiva, puede limitar la participación de actividades placenteras, factor que a su vez, aumenta la presencia de dicha sintomatología. De igual forma, este módulo contempla, la discusión del manejo del tiempo y cómo planificar y alcanzar metas.

Módulo III: Relaciones Interpersonales (sesiones 9-12)

Las sesiones que contemplan este módulo, la idea de cómo las relaciones interpersonales, afectan el estado de ánimo. Se trabaja en tema de apoyo social y se aprende a identificar, mantener y fortalecer el mismo. Las últimas sesiones de este módulo, van integrando los temas de los módulos anteriores. La terapeuta, examina con él/la joven, cómo los pensamientos afectan las actividades en las que participa, el

apoyo social y el tipo de relaciones interpersonales en las que se involucra. Se realizan ejercicios, que enfatizan la importancia de la comunicación asertiva y el desarrollo de destrezas, que permitirán el establecimiento de relaciones satisfactorias.

El proceso terapéutico, culmina reconsiderando e integrando los temas principales de cada módulo. Finalmente, se realiza una evaluación del progreso alcanzado junto a sus logros y fortalezas.

La finalidad de las técnicas cognitivas-conductuales, es proporcionar un medio de nuevas experiencias correctoras que modifiquen las distorsiones cognitivas y supuestos personales. Facilitan la exploración y detección de los pensamientos automáticos y supuestos personales y proporcionan experiencias reales y directas para comprobar hipótesis cognitivas y desarrollar las nuevas habilidades fóbicas (Harrison, Beck, & Buceta, 1984).

Los niños o adolescentes comprenden con facilidad el concepto de tareas para la casa, porque están acostumbrados a los deberes del colegio. Sus reacciones, ante los deberes en psicoterapia a menudo son comparables a sus reacciones positivas o negativas ante las asignaciones escolares. Las tareas en casa, son más eficaces cuando están definidas claramente y se relacionan con el material que se discutió en la terapia. Cuando los niños o adolescentes, perciben que una tarea no es pertinente o engorrosa, es menos probable que se realicen. Las tareas en casa más eficaces, son aquellas que se adecuen a las necesidades específicas del niño o del adolescente (Shaffi y Shaffi, op.cit)

3. Prevención.

En el estudio de Beddington y colaboradores (2008), se señala que para alcanzar el progreso económico y social se tiene que tener en cuenta la riqueza mental de las naciones, es decir, potenciar la salud mental de los ciudadanos. Según la Organización Mundial de la Salud (O.M.S), la depresión se convertirá en 2020 en la segunda causa de incapacidad en el mundo, solo por detrás de las enfermedades isquémicas, mientras que en el 2000 ocupaba el cuarto lugar.

Además, los niños y los adolescentes con depresión son los que presentan una mayor probabilidad de no ser detectados, por lo que es necesario invertir esfuerzos para apoyar la prevención, la detección temprana y el tratamiento de la depresión.

“Una sociedad en condiciones de abordar el peldaño preventivo en toda su plenitud (social, medio ambiental, laboral), supondría una madurez, tal que, en una escala de Maslow, de la satisfacción de las necesidades colectivas, podría denominarse de “Autorrealización social “(Niño , 1996, Pág. 75).

La prevención debe verse como un hecho humano, es decir; fundamentar sus acciones en la persona y la sociedad, centrada en la raíz del problema, también implica revisar el rol de los procesos socializadores de la familia, escuela y la comunidad donde se ha producido un vacío. Este es un proceso educativo que pone su acento en la instrumentación para la vida, porque la prevención, desde el ámbito que nos ocupa, es educar para que los problemas no se conviertan en estilos de vida y éstos incidan en el desarrollo y en la construcción de su personalidad.

Es de vital importancia, prevenir y educar a partir de las fortalezas de las personas especialmente desde un punto de vista endógeno, motivación e intereses. Por ende, es un proceso de formación de competencias personales y sociales que permite entre otros muchos aspectos tomar decisiones y resolver cívicamente los conflictos que se puedan presentar a lo largo de la vida.

3.1 Definición y tipos de prevenciones

Para (Foucault, 1976), prevención; es el arte de “corregir “es un medio de “buen encauzamiento” que, mal aplicado podría tomarse en peligroso.

Etimológicamente, proviene del latín, “praeventio, onis” antes, (eventus) sucesos, eventos. (Preparar con antelación lo necesario para un fin, anticiparse a una dificultad, prever un daño, avisar a alguien de algo).

Caplan (1964), contempla la prevención como las acciones encaminadas para impedir que determinados problemas aparezcan o empeoren una determinada situación.

Segùn Genovés (1990), la prevención es una acción procesual, compuesta por la identificación de problemas, recopilación de recursos y estrategias, dirigidas a la disminución de los índices de inaptación y delincuencia a través de la previsión de acciones, recursos o profesionales enfocados hacia personas o colectivos, en riesgo de presentar anomalías o disfunciones sociales.

Tipología de la prevención.

Caplan (1989), establece la diferencia en tres tipos de prevención: Primaria, secundaria y terciaria.

a. Prevención primaria:

Pretende eliminar o eventualmente disminuir los riesgos que afectan al conjunto de la población, procurando favorecer la máxima integración posible entre las personas y su ambiente. Los destinatarios de las actuaciones preventivas son, por tanto, individuos que no presentan problemas(o signos evidentes de ellos), en el momento de la intervención, aunque puedan permanecer a un colectivo en situación de riesgo.

Este nivel de prevención, puede recurrir a varios tipos de estrategias y actuaciones:

- Modificar los factores ambientales que atentan contra el normal desarrollo de los individuos o que favorecen la aparición de patrones conductuales asociados a un determinado problema.
- Incrementar los recursos y destrezas personales de cada sujeto: capacidad de elección, autocontrol, autoeficacia, habilidades sociales; en particular de aquellos de los que depende su vulnerabilidad al problema.

- Realizar estudios epidemiológicos sobre los factores de riesgo más relevantes en un determinado contexto y actuar en consecuencia.
- Actuaciones que toman como soporte la educación en general o específica.
- Información a través de diferentes medios de comunicación o difusión.
- Iniciativas de sensibilización u orientación ciudadana.
- Otras alternativas orientadas al desarrollo social y personal.

b. Prevención secundaria.

Intenta detectar los problemas tan pronto sea factible, reduciendo su incidencia o prevalencia o duración del trastorno. Sus objetivos principales son: la tendencia a desarrollar una determinada patología, y la intervención o tratamiento dirigidos a reducir la ocurrencia de estos problemas antes de que se agraven o tengan solución muy dificultosa.

Se distingue de la primaria, en que actúa cuando se detecta el inicio de algún proceso problemático, y se diferencia de la terciaria en que su naturaleza es activa, actuando antes de que los problemas se consoliden.

Implica un tratamiento correctivo, terapéutico o reductivo de las alteraciones y su futura evolución proporcionando cuidados activos que prevean las complicaciones o su agravamiento. También se le llama intervención precoz, si va dirigida a poblaciones infantiles.

Sus principales estrategias son:

- Aplicación de pruebas de evaluación o de detección precoz.
- Implementación de programas de intervención que conlleven la reducción o la eliminación de los efectos negativos de un determinado problema en su configuración inicial.
- Optimización de las instituciones y servicios sociales responsabilizados en la intervención.
- Activación de circuitos de reinserción social.
- Realización de campañas de concienciación ciudadana de problemas específicos y modos de afrontarlos.
- Impulso de programas educativos diferenciados para los grupos de riesgo.
- Desarrollo de acciones de choque en momentos críticos.
- Diagnóstico temprano de problemáticas y casos.
- Iniciativas que tengan por finalidad asesorar, orientar y tratar a las personas que lo necesiten en condiciones de urgencia.

Podemos afirmar, que la prevención secundaria se dirige a la población más vulnerable y en peligro social.

c. Prevención terciaria

Es la denominada por Caplan (1989), “rehabilitación”. Su objetivo es minimizar los efectos físicos, psíquicos y sociales de un determinado trastorno: se trata de detener, retrasar o reparar la evolución del problema y sus efectos, aunque persista la problemática básica, tratando de reinsertar al individuo en la sociedad. Consiste por tanto, en realizar un seguimiento continuado de una intervención orientada a reducir secuelas o consecuencias negativas de una situación perturbadora.

Dentro de este apartado, se pueden incluir, los programas de reinserción social o inserción de la personas y grupos en su medio familiar y en su entorno comunitario, manteniendo un contacto permanente con la comunidad, evitando cualquier forma de hospitalismo mientras están sujetos a tratamientos corporativos, favoreciendo la desinstitucionalización y actuando pedagógicamente en criterios reeducativos tanto en las comunidades próximas a los afectados como en la sociedad en general: generación de actitudes positivas, facilitar la aceptación social, reducción del etiquetado de las personas.

Lo que caracteriza a la prevención, en su acción futura: antes de la aparición de un problema (cuando es primaria), al inicio, su continuación y empeoramiento del problema (secundaria) y la intervención asociada al problema (terciaria).

La taxonomía de Caplan, no especifica a quién va dirigida ni los peligros que quiere evitar sino que la refiere en términos muy universales.

(Ortega, 1999;34), en el apartado “ el problema de las tipologías: la prevención en clave plural” contempla diferentes actuaciones previsoras, con denominaciones y enfoques múltiples, entre los que siguiendo las revisiones de autores como Orford (1992), Fernández (1994), Garrido y López (1995), Lòpez-Cabanas y Chacón (1997) se mencionan los siguientes:

- **Prevención inespecífica:** toda acción que está dirigida a la intervención con grupos en situaciones de riesgo, sectores concretos de la población y problemáticas sociales presentes en la comunidad. Debe orientarse a la modificación de actitudes y conductas que mantienen y/o reproducen procesos de marginación, frente a los que trata de promocionar la integración de los individuos o grupos en la vida social y en su entorno.
- **Prevención especializada:** dirigidas a sectores específicos de la población, a los que se atribuyen situaciones de riesgo o problemas biopsicosociales presentes en la comunidad (infancia, personas mayores, minusválidas, inmigrantes, etc). Se refiere a una prevención encaminada a

modificar actitudes y conductas que alimentan los procesos de degradación y/o marginación, caracterizándose por tener en cuenta no solo los problemas que afectan a una persona, sino además su disponibilidad y reciprocidad a las expectativas de cambio.

- **Intervención preventiva: correspondería** a la prevención primaria de Caplan, ya que suponen medidas que previenen que aparezcan los problemas.
 - **Corrección preventiva:** una vez reconocido y diagnosticado el problema, se implementan medidas de intervención. Equivalen a la prevención primaria y secundaria de Caplan.
 - **Prevención individual:** atiende a las características de un sujeto y dirige su esfuerzo hacia el desarrollo de capacidades y habilidades que resultan necesarias para su adecuada integración social.
 - **Prevención estructural:** fundamenta las causas de los problemas sociales en las condiciones socioeconómicas, políticas y culturales en los que se desarrolla la vida cotidiana de cada sujeto. Centra sus actuaciones en las medidas político-sociales.
 - **Prevención comunitaria:** está concebida en función de todos los residentes en una determinada comunidad, que puede ir desde un barrio a una nación.
 - **Prevención tipo “milestone”:** dirigida a personas o colectivos que van a someterse a una nueva situación o circunstancias que han experimentado antes y que por consiguiente pueden exponerse a condiciones de inadaptación. Este tipo de prevención, aumenta las probabilidades de adaptación (en el momento de acceso a la escolaridad, de la transmisión al mundo laboral ante una separación familiar, en la jubilación, etc).
- **Prevención de alto riesgo:** centrada en colectivos considerados vulnerables o que se encuentran en situaciones de riesgo, ya sea por sus circunstancias

sociales o por sus patrones conductuales; por ejemplo, los niños/as de padres drogadictos o alcohólicos.

3.2. Aproximaciones tradicionales de la prevención

Una de las formas más comunes de prevención se basa en el modelo de transmisión de la información, en el que se trata con los menores desde un plano teórico los contenidos sobre los riesgos de la conducta problemática o sobre los factores de protección. Por ejemplo, en el caso de las drogodependencias se instruye a los alumnos acerca de los peligros de las drogas en términos de consecuencias negativas a nivel social, legal y de salud.

En algunos de estos problemas tradicionales participan médicos u otros profesionales sanitarios que informan sobre las consecuencias negativas de las drogas sobre la salud. En otros programas se invitaba a antiguos consumidores a tratar con el grupo los problemas de adicción (Dadds, op.cit)

Algunas estrategias recurrían a la activación del miedo, mediante técnicas diseñadas para asustar a los adolescentes a través de presentaciones muy realistas e incluso dramáticas de los peligros del consumo.

Este tipo de intervención, parte de la premisa, de que el problema, se debe al desconocimiento de las consecuencias negativas implicadas. Sin embargo, la evidencia sugiere, que esta asunción, es demasiado simplista.

Los estudios de evaluación muestran, que los programas informativos, tienen cierto impacto, en el nivel de conocimientos y de las actitudes, pero fallan a la hora de cambiar hábitos o de modificar la intención de consumir. Si nos referimos a otra conducta de riesgo en la adolescencia, como mantener relaciones sexuales con posibilidad de embarazos o de contraer enfermedades de transmisión sexual, un programa informativo, se basaría en alertar sobre el riesgo de embarazos y transmisión del sida, y en informar sobre los medios de protección al alcance del adolescente (Coie, op.cit).

Otra aproximación tradicional ha sido denominada, como educación afectiva. Este tipo de programa asume que, fomentando un desarrollo afectivo individual, se reducen los factores de riesgo. Aunque los programas basados en éste modelo, se centran en muchos de los factores incluidos en las intervenciones actuales, la educación afectiva tradicional ha utilizado métodos ineficaces. Más que centrarse en el entrenamiento de habilidades, se enfatizaban los juegos experienciales y las actividades de clase que persiguen fomentar, el crecimiento personal de los estudiantes, el autoconocimiento y la autoaceptación. Sin embargo, no hay evidencia de que este tipo de actividades mejoren realmente la toma de decisiones, la asertividad o las habilidades de comunicación. Un ejemplo de intervención, basada en el aprendizaje y la interacción entre los participantes, es el programa de “Resolución de Problemas Interpersonales”, de Shure y Spivack 1982 en: Coie, 2000.

Este programa pionero, comienza con la enseñanza de habilidades relacionadas con el lenguaje, pensamiento y la escucha, pasando luego a la práctica de habilidades complejas de solución de problemas, mediante diálogos y juegos de roles. Las evaluaciones en preescolar y educación primaria, muestran una mejoría significativa de las habilidades de solución de problemas y una disminución del comportamiento inhibido y la impulsividad. Los efectos se mantienen tras la finalización del programa en los seguimientos a un año.

Una tercera aproximación clásica, es el modelo de alternativas, que se basa en proporcionar a los adolescentes actividades alternativas a los comportamientos de riesgo, como la participación en un ocio saludable, como forma de competir con la realización de conductas delictivas. El modelo originalmente surge desde centro de juventud que realizan actividades deportivas, de medio ambiente, de voluntariado, etc. Los estudios que evalúan estos programas, indican que pueden producir efectos beneficiosos en el menor, como potenciar los factores de protección o fomentar el desarrollo de hábitos saludables.

3.2 Aproximaciones actuales.

Los programas de mejoras de competencias, optan por la instrucción de habilidades personales generales y sociales en combinación de habilidades de resistencia. Los programas para el fomento de los hábitos de estudio o de mejora de las habilidades sociales pretenden dotar al adolescente de competencias que le ayuden, respectivamente, a prevenir el fracaso escolar o los problemas de aislamiento social.

Aunque estas intervenciones, tienen en común algunos métodos de los programas de habilidades de resistencia, un rasgo distintivo, es el énfasis en fomentar las habilidades de autonomía personal y de afrontamiento social.

Estas habilidades se enseñan, usando métodos combinados de corte cognitivo-conductual: instrucción y demostración, representación de papeles, feedback y refuerzo, ensayo conductual y práctica extensiva mediante tareas para casa. También se suele incluir el entrenamiento en toma de decisiones y resolución de problemas, habilidades cognitivas para resistir la influencia social, habilidades para mejorar la autoestima (establecimiento de objetivos, técnicas de cambio de conductas), estrategias de afrontamiento para el estrés y la ansiedad, así como habilidades sociales generales. Además, un beneficio añadido, es que el repertorio de habilidades adquiridas, es útil para el adolescente en muchas otras situaciones de su vida (Coie, op, cit).

Respecto a los resultados de los programas basados en este modelo, numerosos estudios de evaluación han comprobado su eficacia reduciendo el consumo de drogas, e incidiendo en los factores de riesgo más relevantes. (Bouchard,op.cit)

Los programas de entrenamiento de habilidades de resistencia, parten de la teoría, de que en las bases de las conductas de riesgo adolescente se encuentra un déficit en autoafirmación.

Así, esta estrategia, se basa en el entrenamiento en habilidades para ayudar a los adolescentes a resistir las presiones sociales. Aunque los programas de

habilidades de resistencia incluyen las influencias de la familia, amigos y los medios de comunicación, la mayoría se centra en la influencia del grupo de iguales. El principal objetivo de este enfoque, es enseñar a los destinatarios a reconocer las situaciones donde puedan encontrarse bajo presión.

El objetivo es que los alumnos, aprendan a evitar las situaciones de alto riesgo y / o adquirir los conocimientos, confianza y habilidades para afrontar la presión en este tipo de situación. Un gran número de estudios han probado la efectividad de los programas que emplean el entrenamiento en habilidades de resistencia a la hora de reducir a la hora de reducir conductas delictivas o el abuso de sustancias.

3.1 Intervención temprana.

Las revisiones sistemáticas y la meta-análisis se consideran actualmente como las mejores herramientas para sintetizar las pruebas científicas respecto a qué tratamientos, intervenciones o programas de prevención deberían aplicarse para un determinado problema psicológico. (Sánchez Meca y Botella, 2010)

(Clarke, et.al., 1995) con el Coping with Stress Course (CWSC; Clarke et.al., 1995). Realizaron el primer ensayo clínico aleatorio de prevención en adolescentes. Los resultados de los ensayos han demostrado que una intervención cognitiva-conductual grupal relativamente breve puede tener efectos significativos en la reducción de episodios reales de la depresión mayor, en adolescentes con alto riesgo para los trastornos depresivos.

Una estrategia de prevención temprana evitaría la progresión de estos problemas conductuales, y sería más eficaz y menos costosa que las intervenciones dirigidas a poblaciones de niños con una edad superior.

Se ha señalado que el tratamiento en las primeras fases de aparición de un problema, se puede considerar como la modalidad de prevención denominada

terciaria. Atendiendo a la presencia o no de los primeros síntomas del trastorno, podemos distinguir entre la etapa preventiva y correctiva. (Coie, op.cit).

Desde esta perspectiva, en la etapa preventiva el objeto de toda medida de intervención, es estimular los recursos personales y sociales que el menor pueda utilizar para enfrentarse con fuentes de estrés. Si la etapa preventiva persigue fomentar la competencia individual y mejorar socialmente las condiciones de vida del menor, la etapa correctiva o de intervención temprana, tiene el objetivo de detener el deterioro de la situación problemática y tratar los síntomas presentes, modificando las pautas comportamentales inadecuadas del menor o las variables ambientales que mantienen o empeoran el problema.

En el ámbito escolar o preescolar también pueden ofertarse programas preventivos dirigidos a promover conductas académicas y sociales adecuadas, y a prevenir la emergencia del problemas y riesgos posteriores. Las intervenciones escolares que cuentan con mayor apoyo empírico han demostrado su eficacia en la consecución de estas competencias, así como en la reducción de los factores de riesgo asociados al fracaso escolar, delincuencia y abuso de drogas.

A pesar de la limitación que se supone trabajar únicamente con los adolescentes, la intervención escolar, tiene una serie de ventajas:

- a. En este ámbito se tiene acceso a la totalidad de los adolescentes.
- b. Se trata de edades de cambios críticos.
- c. En los centros escolares se dispone de infraestructura adecuada para el desarrollo de programas.

- d. Los adolescentes tienen asociada la escuela a su formación y educación, lo que puede optimizar la realización de un programa preventivo.
- e. La escuela, es el marco idóneo de formación y educación, y la formación de conductas saludables y prosociales, es susceptible de integrarse en el proceso educativo (Cardemil et al, 2002).

Los resultados de las investigaciones que señalan la estabilidad de los síntomas depresivos y la necesidad de intervenir en la adolescencia con fines preventivos, han posibilitado el inicio de estudios sobre la prevención de los trastornos depresivos en niños y adolescentes, mediante este tipo de intervenciones (Clarke et al, 1981).

En relación con los trastornos de conducta en niños y adolescentes, las intervenciones tempranas, a través de enfermeras de familia y matronas, los programas de apoyo parental en grupo e individuales, las intervenciones psicológicas aplicadas en los contextos educativos y las intervenciones escolares dirigidas a reducir los problemas de acoso escolar, y durante la etapa adolescente (la terapia cognitiva-conductual, la terapia familiar funcional, la terapia multisistémica y la terapia multimodal).

Apoyando la conveniencia de realizar investigaciones de este tipo, (Lewinsohn et. al, 1985), sugieren la hipótesis de que la reducción de los síntomas, puede impedir el inicio de futuros episodios depresivos y consideran que solo la investigación controlada nos puede ofrecer datos sobre los resultados de los esfuerzos preventivos con niños prepúberes con niveles de sintomatología depresiva. Sus hallazgos indican que una intervención escolar combinada con técnicas cognitivas y de resolución de problemas sociales, se asocia con una reducción de la sintomatología depresiva en los dos años siguientes a la intervención.

Con estos mismos fines, otros autores intervinieron con técnicas cognitivo-conductual en una población adolescente (1652 estudiantes), de alto riesgo de sufrir depresión. Fueron reevaluados al finalizar el grupo, a los seis y doce meses siguientes. Observaron una ventajas significativas de los grupos preventivos, con una proporción de incidencia total de trastorno afectivo del 14.5 % frente al 25,7 del grupo de control.

Concluyeron que el trastorno depresivo, puede ser resuelto preventivamente en adolescentes con elevado riesgo de padecerlo.

CAPÍTULO IV
METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

1. Problema de Investigación.

1.1 Planteamiento del problema.

La depresión en adolescentes ha ido incrementándose en estos últimos tiempos y son las diferentes causas que la generan.

En Panamá han salido muchas publicaciones en la prensa sobre estudios referente al aumento o el incremento de la depresión en la población de adolescentes.

Tabla N|° 1

Efecto de la Terapia Cognitiva Conductual

Therapy Type	Mean Effect Size	N
Cognitive	1.31	145
Cognitive Behavioral	1.24	157
Behavioral	0.91	646
Dynamic	0.78	255
Humanistic	0.63	218
Placebo	0.56	200
Developmental	0.42	157

Smith, MI, GV. & Miller. (1988). The benefits of psychotherapy. Baltimore: The Johns Hopkins University press.

El problema es que no se detecta porque no hay conciencia de su real incidencia', afirmó en un comunicado Shekhar Saxena [2012] director del departamento de Salud Mental y Abuso de Sustancias de la OMS. Según la OMS, se trata de un trastorno mental frecuente que es la principal causa mundial de discapacidad y que en el peor de los casos puede llevar al suicidio.

¿Los adolescentes que participaran del programa de intervención con la terapia cognitiva conductual mejoraran los síntomas depresivos?

Posicionamiento teórico

Las Aldeas Infantiles S.O.S ubicada en la provincia de Colón, corregimiento de Cristóbal, Puerto Escondido, entre la Urbanización Génesis y Altos del Atlántico.

La Visión Institucional

Cada niño pertenece a una familia y crece con amor, respeto y seguridad.

La Misión Institucional

Atender a niños y jóvenes que se encuentran en situación de vulnerabilidad, impulsando su desarrollo y autonomía, mediante protectores y el fortalecimiento de sus redes familiares, sociales y comunicarías.

Valores de la Institución

Estas convicciones y actitudes sobre las que se ha construida nuestra organización constituyen la piedra fundamental del éxito de las Aldeas Infantiles. Son valores perdurables que guían las acciones, decisiones y relaciones en la realización de la misión.

El presente trabajo de investigación busca conceptualizar situaciones que viven los estudiantes adolescentes de ambos sexos de las Aldeas Infantiles de la provincia de Colón, con trastornos depresivos, el cual se abordarán las características principales de la adolescencia, con la influencia de género, contrastadas con los síntomas de la depresión y su repercusión en la conducta y sistema de creencias.

La adolescencia es un período de transición entre la niñez y la edad adulta. Al igual que los otros períodos de transición en la vida, supone cambios importantes en una o más áreas del desarrollo. Entre los 13 a 19 años, los adolescentes viven intensos procesos de cambios corporales, intelectuales y emocionales.

La tarea principal de la adolescencia según Erickson, es el enfrentamiento a la crisis de identidad versus la confusión de identidad, en fin de convertirse en un adulto único con un sentido coherente del yo y un papel valorado dentro de la sociedad (Feldman, 2007).

Las características biológicas de la adolescencia son un notable aumento de la rapidez del crecimiento, un desarrollo acelerado de órganos reproductores y la aparición de rasgos sexuales secundarios; como el vello corporal, e incremento de la grasa y los demás músculos, además del agrandamiento y maduración de los órganos sexuales. Hay una expansión de la capacidad y el estilo del pensamiento que aumenta la conciencia del individuo, su imaginación, su juicio y su intuición. En lo intelectual se desarrolla el pensamiento abstracto y la posibilidad de trabajar con operaciones lógicas formales, lo que permite la resolución de problemas complejos (Craig & Baucum, 2009).

La adolescencia, también es un proceso social y emocional. Se produce una fuerte integración en el grupo de iguales, se inicia el proceso de emancipación familiar y comienzan los cuestionamientos hacia los modelos parentales. Todo adolescente necesita del trato confiado y frecuente de algún familiar, para el desarrollo normal y armónico, y un contexto para aprender habilidades necesarias para el desarrollo social y personal. La ausencia de estimulación e interacciones positivas dificulta el aprendizaje de habilidades sociales esenciales para la interacción (Moreno & García, 2006).

Es un momento clave en la formación de la identidad. Los adolescentes tienen una gran necesidad de reconocimiento y aceptación para formarse un concepto positivo de sí mismo. Aparece una moral autónoma; las normas emergen de las relaciones de reciprocidad y cooperación, y no de imposición de los adultos (Kohlberg, 1966).

1.2 Planteamiento de los objetivos

1.2.1 Objetivos Generales.

- a. Describir las características de los adolescentes con trastornos depresivos.
- b. Reducir la depresión de un grupo de adolescentes de ambos sexos de las Aldeas Infantiles, ubicada en la provincia de Colón, las edades comprendidas entre 13 a 19 años, mediante la aplicación de la terapia cognitiva de Beck.

1.2.2 Objetivos Específicos.

- a. Diseñar un programa de terapia cognitiva conductual para disminuir el trastorno depresivo en los adolescentes.
- b. Evaluar las variaciones en los síntomas depresivos de los adolescentes entre trece (13) y diecinueve (19) años a partir de la aplicación de un programa de terapia cognitiva conductual.
- c. Identificar los factores psicológicos (estrés, baja autoestima) de los trastornos depresivos en los adolescentes de trece (13) a diecinueve (19) años.
- d. Validar la efectividad de la terapia cognitiva conductual en disminuir los síntomas de depresión en adolescentes.

1.3 Muestra

- a. Se conformó el grupo con 15 adolescentes de ambos sexos, con síntomas de depresión de las Aldeas Infantiles S.O.S de la provincia de Colón.
- b. La elección no fue aleatoria. Se seleccionaron 15 adolescentes de ambos sexos, con historias de depresión y que cumplieran con los requisitos de ingreso.
- c. Los adolescentes tiene edades comprendidas entre los 13 a 19 años. Saben leer y escribir.
- d. Para elección no se tomó en consideración, raza, grado de escolaridad, ni nivel socioeconómico.

Para la muestra, se seleccionaron 15 adolescentes que puntuaron; depresión leve, depresión moderada, depresión grave, depresión normal, leve perturbación del estado del

ánimo, depresión intermitente, en el cuestionario de depresión de Beck y que cumplieron con los criterios diagnósticos del DSM V (2014) para trastornos del estado de ánimo.

1.4 Preguntas de Investigación

- ¿Cuáles serían los niveles de depresión de los adolescentes que están en las aldeas S.O.S de acuerdo al inventario de Beck?
- ¿La efectividad de la terapia Cognitiva Conductual podrá disminuir los síntomas depresivos en los adolescentes?
- ¿Cuál sería los factores psicológicos que producen los síntomas depresivos de los adolescentes?

2. Justificación

Este trabajo de graduación pretende contribuir al mejoramiento de 15 adolescentes de las aldeas infantiles S.O.S que presentan trastorno depresivo no especificado y que con la puesta en práctica de un programa de terapia cognitiva conductual se prevé mejorar significativamente los síntomas previamente identificados: pérdida del sueño, del apetito, llantos fácil, desinterés, siento que he fracasado, me siento culpable, siento que estoy siendo castigado, me culpo por mis faltas, me detesto, pienso en suicidarme, he perdido interés por los demás, me cuesta tomar decisiones, me canso con facilidad, he perdido peso, me preocupo por mi salud, de acuerdo al cuestionario Beck. [2010–2011].

Siguiendo a Bernal (2000), en su libro Metodología de la Investigación, este trabajo de graduación posee una justificación teórica y práctica.

Es teórica por cuanto que se contribuye al conocimiento, comprensión y debate académico en torno al uso y efectividad de la terapia cognitiva conductual en el

tratamiento de trastornos depresivos, en la medida en que se trata de un caso real como lo es los niños y adolescentes de las Aldeas Infantiles.

Beck ha sugerido la conveniencia de no referirse a “la causa” de la depresión, recomendando como alternativa la interacción de factores que predisponen al desarrollo del síndrome y variables que lo precipitan. Entre los primeros se incluyen componentes genéticos, falta de habilidades específicas, ingestión de sustancias tóxicas, experiencias internas de estrés, rechazo o desaprobación de personas significativas, entre otros.

Los altos índices de depresión, pueden deberse a las condiciones socio-económicas y políticas actuales, los altos índices de desempleo, violencia, pobreza y migración. En algunos adolescentes, esta atmósfera familiar negativa, estresante o infeliz, puede afectar su autoestima y llevarlo a la depresión. Los padres deben desempeñar largas jornadas de trabajo o buscar el sustento en otras latitudes por falta de empleo, esta ausencia puede influir en la salud mental de los adolescentes (Gómez & Rodríguez, 1997).

(Lazarus y Folkman, 1986) puntualizaron; que aún ante acontecimientos estresantes extremos, medios u ordinarios, la vulnerabilidad de las respuestas de los adolescentes es muy grande, ya de lo que puede ser estresante para uno en un momento dado, no lo es para otro. No es posible definir el estrés en función únicamente de las condiciones ambientales sin tomar en cuenta las características individuales (González y cols, 2000).

Actualmente existe gran preocupación por la incidencia de la depresión en los adolescentes a nivel mundial, es un fenómeno que debe atenderse por diversas razones. Frecuentemente se ha documentado que se asocia a una mayor probabilidad de conducta violenta, a un bajo rendimiento escolar, ideaciones suicidas y también el consumo de sustancias ilícitas adictivas como: el alcohol, tabaco y drogas ilícitas, cuyas cifras van aumentando en este grupo de edad.

3 Diseño de Investigación.

Se utilizó una metodología cuantitativa, siendo un estudio cuasi-experimental, de antes y después con estudio de caso, porque se realizaron dos mediciones, una previa a la intervención y otra posterior, y no se utilizó un grupo de control. En un estudio longitudinal puesto que se hicieron dos mediciones, en dos momentos diferentes y prospectivos, porque aún no se habían medidos los resultados.

Los diseños cuasi experimental se caracterizan porque los sujetos no se eligen al azar y no tienen consistencia ni validez internas. (Roberto Hernández Sampieri y Colaboradores, (2003).

Utilizamos esta estrategia de investigación porque no fue posible asignar al azar a los sujetos que recibieron el tratamiento y por no considerar conveniente la designación de un grupo de control de comparación por razones de ética. Se trabajó con un grupo ya constituido de adolescentes, de las Aldeas Infantiles SOS, ciudad de Colón (Sampieri H, 1991).

Este tipo de investigación es valiosa, aunque los resultados deben ser utilizados con precaución, ya que nos da a conocer en los participantes de esta investigación, si éste tratamiento en particular fue efectivo o no.

3.1 Estudio Explicativo.

Es una investigación de tipo correlacional, demuestra la relación entre las variables, depresión (dependiente) y el proceso terapéutico en la Teoría Cognitiva de Beck (independiente), y a su vez explicativa porque señala una causalidad entre ellas.

3.2 Diseño de Pre-prueba y Post-prueba con un solo grupo

Se efectuaron dos mediciones de la variable dependiente antes y después de la presencia de la variable independiente. No hay manipulación de la variable dependiente y no previene el efecto de la historia. Establece la existencia de un grupo de referencia inicial que permite seguir al grupo.

El diseño puede resumirse así:

G 0 1 X 02

Donde:

- G: Grupo que recibe el tratamiento.
- 01 : Pre medición
- X: Es la fase de intervención aplicada solamente al grupo.
- 02: Post medición.

4. Formulación de Hipótesis

4.1 Hipótesis Conceptual

La Terapia Cognitiva Conductual aplicada a los adolescentes con Depresión, contribuirá a mejorar los niveles de depresión. La aplicación de la terapia cognitiva de Beck modifica pensamientos disfuncionales, cambiando las creencias inadecuadas, y reduciendo la depresión en los adolescentes de 13 19 años en las Aldeas Infantiles SOS-Colón.

4.2 Hipótesis Operacional.

Hipótesis 1:

Los adolescentes, con estado de depresión que han participado en este estudio, presentarán menores niveles de depresión, una vez finalizada la intervención Cognitiva Conductual.

4.3 Hipótesis estadística

4.3.1 Hipótesis nula (H₀)

La terapia cognitiva conductual, no disminuirá significativamente los síntomas depresivos en los quince (15) adolescentes de trece (13) a diecinueve (19) años de edad.

4.3.2 Hipótesis alterna (H₁)

La terapia cognitiva conductual, disminuirá significativamente los síntomas depresivos en los quince (15) adolescentes de trece (13) a diecinueve (19) años de edad.

H₀ : X_A. (G. EXP. Antes) > X_A. (G.EXP. Después.)

H₁: X_A. (G. EXP. Antes) < X_A. (G. EXP. Después.)

5 Técnicas e Instrumentos de medición.

En este trabajo de graduación se utilizará, como instrumento de medición de la depreciación en los adolescentes, el conocido inventario de depresión de Beck [2010-2011].

El inventario de depresión de Beck-II (BDI-II) es un auto informe de lápiz y papel compuesto por 21 ítems de tipo Likert. Es un inventario inicialmente propuesto por Beck y sus versiones posteriores han sido los instrumentos más utilizados para detectar y evaluar la gravedad de la depresión.

De hecho, es el quinto test más utilizados por los psicólogos españoles (Muñiz y Fernández-Hermida, 2010). Sus ítems no se derivan de ninguna teoría concreta acerca del constructo medido, sino que describen los síntomas clínicos más frecuentes de los pacientes psiquiátricos con depresión niveles confiabilidad (70 %) validez.

Se les aplico a los adolescentes una entrevista semi estructurada donde se les realizaba algunas preguntas de su familia biológica para tener algún conocimiento de donde vienen y la relación que ellos pueden tener con algún miembro de su familia.

La entrevista clínica en el adolescente, proporciona el contexto para la exploración directa de cómo percibe el propio adolescente el problema manifiesto y para la evaluación de su estado global del desarrollo y su estado mental.

La historia clínica se les aplicó a las tías encargadas en las casas dentro de las aldeas infantiles S.O.S, porque son las personas responsables del adolescente.

El inventario de Beck-II es un cuestionario de 21 ítems que evalúa un amplio espectro de síntomas depresivos. Se sistematizan cuatro alternativas de respuesta para cada ítem, que evalúan la gravedad/ intensidad del síntoma y que se presentan igualmente ordenadas de menor a mayor gravedad.

Su contenido enfatiza más en el componente cognitivo de la depresión, ya que los síntomas de esta esfera representan en torno al 50% de la puntuación total del cuestionario, siendo los síntomas de tipo somático/ vegetativo el segundo bloque de mayor peso; de los 21 ítems, 15 hacen referencia a síntomas psicológicos-cognitivos, y los 6 restantes a síntomas somáticos vegetativos.

5.1 Escala de depresión en niños y adolescentes.

El inventario de depresión de Beck, es la escala de depresión más utilizada en los adolescentes, evalúa los siguientes componentes: cognitivos, de comportamiento, afectivos y somáticos.

El inventario de depresión de Beck (BDI), es un cuestionario autoadministrado que consta de 21 preguntas de respuesta múltiple, es uno de los instrumentos más comúnmente utilizados para medir la severidad de una depresión. Está compuesto por ítems relacionados con síntomas depresivos, como la desesperanza, la

irritabilidad, cogniciones como culpa o sentimientos estar siendo castigado, así como síntomas físicos relacionados como la depresión (Ejemplo: pérdida de peso, fatiga).

5.2 Cuestionario estructural de depresión

Los cuestionarios más utilizados para la evaluación de la depresión y que son específicos son los siguientes:

a. Hamilton Rating Scale for Depression (HRSD) (Hamilton, 1960, 1967).

La más utilizada es la original con 21 elementos. Se han aislado 6 factores: ansiedad somática, peso, alteración cognitiva, variación diurna, ralentización y alteraciones del sueño. La escala se aplica por el profesional como una entrevista estructurada y también puede ser cumplida por el sujeto como autoinforme.

b. Beck Depression Inventory (BDI) (Beck y cols., 1961, 1972).

Consta de 21 elementos y se han obtenido dos factores: Somatización y autoconcepto negativo.

c. Cuestionario Estructural Tetradsimensional para la Depresión (CET-DE) (Alonso- Fernández, 1986).

Es un instrumento elaborado no sólo para el diagnóstico de la depresión, sino para discriminar sus tipos facilitando así la elección de diferentes terapias. La depresión, está considerada y valorada desde cuatro dimensiones: I- Humor depresivo, II- Anergia, III- Discomunicación y IV- Ritmopatía.

d. Cuestionario Tridimensional para la Depresión (CTD) (Jiménez y Miguel Toval, 2003)

Evalúa depresión desde un punto de vista dimensional con tres sistemas de respuesta: fisiológica, motora y cognitiva.

La depresión como estado de ánimo es una experiencia humana conocida por todos; los sentimientos de tristeza y abatimiento son inherentes a la condición humana. Puede ser la reacción a un acontecimiento psicosocial negativo, como expresión de malestar o insatisfacción general o simplemente forman parte de las fluctuaciones habituales del estado de ánimo. Por regla general, estos sentimientos son transitorios y afectan sólo de manera moderada la capacidad funcional habitual.

El cuestionario utilizado en este estudio es: el cuestionario o inventario de depresión de Beck, es un cuestionario autoadministrado que consta de 21 preguntas de respuestas múltiple, utilizados para medir la severidad de una depresión.

El BDI-II ha experimentado algunas modificaciones respecto a las versiones recogidas en el DSM-V (Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, cuarta edición, American Psychiatric Association, 1994) y CIE-10 (Clasificación estadística internacional de enfermedades y problemas relacionados con la salud, Organización Mundial de la Salud, 1993). La prueba ha de ser destinada preferiblemente para uso clínico, como un medio para evaluar la gravedad de la depresión en pacientes adultos y adolescentes con un diagnóstico psiquiátrico y con 13 años o más de edad.

El cuestionario de depresión de Beck, por lo tanto: es un autoinforme que proporciona una medida de la presencia y de la gravedad de depresión en adultos y adolescentes de 13 años o más. Se compone de 21 ítems indicativos de síntomas tales como; tristeza, llanto, pérdida de placer, sentimientos de fracaso y de culpa, pensamientos o deseos de suicidio, pesimismo, etc. Estos síntomas se corresponden con los criterios para el diagnóstico de los trastornos depresivos recogidos en el DSM-IV, APA, 1994 y CIE-10. En concreto, se incluyen todos los criterios propuestos en las dos referencias citadas para el diagnóstico de un episodio depresivo mayor y casi todos los propuestos para el diagnóstico de distimia (todos los del DSM-IV y el 75% del CIE-10).

En general, se requiere entre 5 y 10 minutos para ser completado; aunque los sujetos con depresión grave o trastornos obsesivos a menudo pueden tardar más tiempo en completarlo. Las instrucciones para el BDI_II solicitan a las personas evaluadas que elijan las afirmaciones más características que cubran el marco temporal de las últimas dos semanas, incluido el día de hoy, para ser consistente con los criterios del DSM-IV para la depresión mayor.

Para el diagnóstico de la depresión se utilizó el Inventario de Depresión de Beck. La primera evaluación se realizó a nivel de diagnóstico, al inicio del proceso, posteriormente se evaluó el progreso de la terapia, y finalmente se realizó una evaluación final.

La evaluación se obtiene de acuerdo a la puntuación de la siguiente manera:

1-10.....	Estado emocional normal
11-16.....	Leve perturbación del estado de ánimo
17-20.....	Estados de perturbación intermitentes.
21-30.....	Depresión moderada
31-40.....	Depresión grave
+ 40.....	Depresión extrema

6. Variables

6.1 Variable independiente. Terapia Cognitivo Conductual

6.1.1 Definición conceptual de la variable independiente.

En este trabajo de investigación, la variable independiente es la Terapia Cognitiva Conductual. Paul Stallard (2007). Manual práctico de terapia cognitivo-conductual para niños y adolescentes, señala que el nombre de terapia cognitivo-conductual (TCC) se utiliza para describir las intervenciones que tienen por objeto reducir el malestar psicológico y las conductas desadaptativas mediante la modificación de los procesos cognitivos (Kaplan et al., 1995). La Terapia cognitiva Conductual se basa en el supuesto subyacente de que las emociones y las conductas (lo que sentimos y lo que hacemos) constituyen en su mayor parte un producto de las cogniciones (de lo que

pensamos) y de que, en consecuencia, las intervenciones cognitivo conductuales pueden generar cambios en la forma de pensar, sentir y actuar (Kendall, 1991).

La Terapia cognitiva Conductual incluye, pues, los elementos esenciales tanto de las teorías cognitivas como de las teorías conductuales, y Kendall y Hollon [1979] la definen como una terapia que pretende: preservar la eficacia de las técnicas conductuales si bien dentro de un contexto menos doctrinario, que incluye las interpretaciones cognitivas que realiza el niño además de sus atribuciones acerca de los acontecimientos.

6.1.2 Definición operacional de la variable independiente.

La psicoterapia cognitiva supone un modelo de tratamiento psicológico con orígenes filosóficos y psicológicos amplios que acogen distintas perspectivas y explicaciones sobre el ser humano que han ido evolucionando desde sus orígenes.

6.2 Variable Dependiente. Depresión

6.2.1 Definición conceptual de la variable dependiente.

En esta investigación, la variable dependiente es: la Depresión, interesa definir, por lo tanto, el concepto de depresión.

Por otra parte, la depresión es un trastorno mental frecuente, que se caracteriza por la presencia de tristeza, pérdida de interés o placer, sentimientos de culpa o falta de autoestima, trastornos del sueño o del apetito, sensación de cansancio y falta de concentración (Manual Diagnostico y Estadísticos De Los Trastornos Mentales DSM5)[2013].

La depresión puede llegar a hacerse crónica o recurrente y dificultar sensiblemente el desempeño en el trabajo o la escuela y la capacidad para afrontar la vida diaria. En su forma más grave, puede conducir al suicidio. Si es leve, se puede

tratar sin necesidad de medicamentos, pero cuando tiene carácter moderado o grave se pueden necesitar medicamentos y psicoterapia profesional.

La depresión es un trastorno que se puede diagnosticar de forma fiable y que puede ser tratado por no especialistas en el ámbito de la atención primaria.

El 7 de Abril del 2017 se celebró el día Mundial de la Salud, la Organización Mundial de la Salud (OMS) ha puesto en marcha una campaña de un año de duración con el lema «Hablemos de la depresión». Campaña con motivo del Día Mundial de la Salud.

6.2.2 Definición operacional de la variable dependiente.

Tamayo y Tamayo (2003), explican que las definiciones operacionales son esenciales para poder llevar a cabo cualquier investigación, ya que los datos deben ser recogidos en términos de hechos observables.

La variable operacional dependiente en nuestra investigación es la depresión; es un estado psíquico caracterizado por la inaccesibilidad del individuo a la estimulación general o alguna en particular y por iniciativa baja, desánimo y pensamientos negativos de auto desprecio. Es una alteración del humor o la afectividad, la cual se acompaña usualmente de una modificación en el nivel general de actividad del individuo.

Terapia Cognitiva Conductual de Beck/ Esquema básico (Caro, 2006):

“S” el estímulo o situación, “PA” Pensamiento automáticos y “R” la respuesta o reacción.

El modelo se representa por la relación: S PA R

Las reacciones pueden ser: emotivas, conductuales o fisiológicas. Los pensamientos automáticos son los pensamientos evaluativos, rápidos y breves que no suelen ser el resultado de razonamiento. Los pensamientos automáticos surgen de las

creencias. Estas creencias son ideas que son tomadas por la persona como verdades absolutas.

7 Análisis estadístico de los resultados.

Los datos recopilados se analizaron a través de estadísticas paramétricas, que incluyen estadísticas descriptivas e inferenciales. Los resultados de las pruebas objetivas fueron sometidos a prueba de hipótesis a través de la prueba “t” de Student con un alfa de 0,05 para determinar si existen diferencias estadísticamente significativas entre las puntuaciones de las pre-pruebas y las post-pruebas de un solo grupo natural.

7.1 Análisis descriptivo.

Estos análisis se encargan en el estudio de los hechos y el uso de sus expresiones en cifras para lograr información válida y confiable. Las técnicas estadísticas utilizadas en este trabajo tenemos: la Media, la Mediana, la Moda, Desviación Estándar, Varianza, Desviación Promedio, Correlación, prueba “t” de Student.

La claridad de dicha presentación es de vital importancia para la comprensión de los resultados y la interpretación de los datos. Para la representación de los datos, utilizaremos los diagramas de barras o diagramas de sectores, circulares.

7.2 Análisis comparativo.

Este análisis nos permite evaluar si existen diferencias significativas con respecto a las medias antes y después de recibir el tratamiento.

Este análisis se efectúa a través de la prueba “t” para grupos dependientes ya que se trata de un solo grupo. Se plantea un nivel de significación de 0,05.

8 Procedimientos

Las Aldeas Infantiles SOS, ubicada en la provincia de Colón fue elegida por ser un establecimiento con adolescentes vulnerables influidas con conflictos socioeconómicos importantes, migración de los padres, problemas conductuales entre otros, representando condiciones favorables para la depresión en adolescentes.

Después de obtener el consentimiento de la parte administrativa de las Aldeas Infantiles SOS, se efectuaron los cuestionarios de Depresión de Beck y los criterios diagnósticos del DSM-IV (2000).

Una vez especificado el tema de investigación y el diseño metodológico, se procedió a buscar y examinar diversas fuentes bibliográficas sobre el tema.

Con el material bibliográfico se llevó a cabo la construcción del marco teórico y los temas de las sesiones individuales como de psicoterapia de grupo.

Se entrevistó a los pacientes para determinar si cumplían con los criterios de inclusión de esta investigación. Se solicitó la firma de la nota de consentimiento informado.

Primeramente se realizó la entrevista clínica psicológica, siguiendo los parámetros establecidos, confeccionando la historia clínica y el diagnóstico multiaxial para cada una de ellas. A los adolescentes se les aplicó una primera medición: la prueba utilizada para medir los posibles niveles de depresión fue: El inventario de depresión de Beck.

Esta pre-prueba fue aplicada una semana antes de haber iniciado el tratamiento. Luego de la primera medición, se procedió a aplicar el tratamiento psicoterapéutico breve, intensivo y de urgencia de la depresión

(sesiones individuales y grupales) a los 15 adolescentes. El tratamiento se mantuvo con una frecuencia de dos veces por semana en un período de tres meses y finalizó el último

mes con una frecuencia de una vez por semana. En total fueron 12 sesiones con un período de duración de 45 minutos cada una y 12 sesiones en grupo.

9 **Limitaciones.**

La falta de sinceridad de los y las adolescentes al contestar el instrumento de mediada pudo haber entorpecido la confiabilidad de los resultados de la investigación.

Esta investigación solo fue aplicada a los adolescentes de las Aldeas Infantiles SOS, ciudad de Colón, Panamá, los resultados de la misma, no pueden ser generalizados a otras instituciones similares.

El diseño de la investigación con un solo grupo, amenaza la validez externa e interna.

No contamos con un grupo de control o de comparación.

Otro factor que amenaza la validez del estudio es que solo contamos con 15 adolescentes y no fueron asignados al azar, por lo que la muestra no es representativa de la población.

Es importante tener presente, que con este modelo cuasi experimental, las conclusiones no serán firmes o válidas como con otros diseños de investigación.

10 **Población y muestra.**

El estudio fue realizado en adolescentes de 13 a 19 años residentes en las Aldeas Infantiles S.O.S, ubicada en Puerto Escondido N 2. Vía Principal en la provincia de Colón, corregimiento de Cristóbal. Estos jóvenes reportaron síntomas depresivos según el cuestionario de depresión aplicado.

La población muestral a la que se dirigió el programa fueron 15 estudiantes adolescentes de ambos sexos, cuyas edades oscilan entre 13 a 19 años.

En el marco de la investigación, y concretamente en nuestro estudio, la población es entendida: como el conjunto de personas vinculadas entre sí por unas características comunes por las cuales se van a investigar unas variables. A este concepto, también se le denomina “universo”, según (Gil, 2004), podemos considerar distintos tipos de poblaciones:

- a. Población base: es el grupo de personas designadas por características personales, geográficas o temporales que son elegibles para participar en el estudio.
- b. Población muestreada: es la población base, con criterios de viabilidad o posibilidad de realizarse el muestreo.
- c. Población diana : es el grupo de personas a la que va proyectado dicho estudio, la clasificación características de los mismos, que la convierte en modelo de estudio para el proyecto establecido.

La población utilizada procede de los adolescentes de 13 a 19 años tanto del género masculino (9) como femenino (6) de las Aldeas Infantiles S.O.S, del

Corregimiento de Cristóbal, Puerto Escondido vía principal, entre la Urbanización Génesis y Altos del Atlántico.

El tamaño del universo o población total es de 15 personas de diferentes edades, las muestras fueron escogidas en base a los datos proporcionados por Aldeas Infantiles S.O.S de la provincia de Colón.

La población utilizada es del tipo estratificada con una cantidad de 15 adolescentes de ambos sexos. Nueve (9) masculinos y seis (6) del género femenino. Las mismas no fueron discriminadas por ninguna variable diferente a su nivel educativo y/o a la institución.

La media de las edades de los sujetos, fue de 16,3 (16 años con 3 meses), la mediana fue de 15 años y la moda fue de 15 años.

La técnica de muestreo utilizada para nuestra investigación; es del tipo no probalístico ya que la elección de los elementos no depende de la probabilidad sino de las causas relacionadas con las características del investigador y no a la representatividad de los elementos.

El grupo que recibirá el tratamiento y que será evaluado vive en las Aldeas Infantiles SOS, ciudad de Colón y cumplen con los criterios de inclusión. Es un tipo de muestra llamado sujetos-tipos. El grupo está previamente determinado por las condiciones y objetivos de la investigación. (Sampieri H ob cit).

11 Criterios de inclusión y exclusión

11.1 Criterios de inclusión

- Edad de 14 a 19 años.
- Hombres y mujeres.
- Adolescentes de las Aldeas Infantiles SOS, ciudad de Colón, que presentan síntomas depresivos.

- Pertenecer a la educación pre- media y media de colegios ubicados en la provincia de Colón.
- Cinco o más de los criterios diagnósticos del DSM-IV durante un período de 2 semanas.
- Vivir en las Aldeas Infantiles SOS, ciudad de Colón.
- Disposición de participar y asumir las condiciones que el tratamiento requiere.
- No estar recibiendo otra intervención psicoterapéutica.

11.2 Criterios de exclusión

- Edad menores de 13 años y mayores de 20 años.
- No pertenecer a Aldeas Infantiles SOS, de la provincia de Colón.
- No ser estudiantes de la educación pre- media y media de los colegios oficiales de la provincia de Colón.
- Menos de cinco de los criterios diagnósticos del DSM-IV durante un período de dos semanas.
- Abandonar las sesiones en cualquier momento.

CAPÍTULO V
PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DE LOS
RESULTADOS

1. Características de la población.

Con relación a la población, los sujetos fueron escogidos por un muestreo intencional, es decir los adolescentes viven en las Aldeas Infantiles de la provincia de Colón, Panamá.

El total de adolescentes fue de 15 de ambos sexos, 9 hombres y 6 mujeres.

1.1 Edad

La edad promedio de los adolescentes fue de 16,3 años. Los adolescentes que participaron del estudio, tenían edades comprendidas entre 13 a 19 años, en la muestra hubo 2 adolescentes con 14 años, 6 adolescentes con 15 años, 2 adolescentes con 17 años, 3 adolescentes con 18 años y 2 adolescentes con 19 años.

Cuadro N° 1
Edad

Sujetos	Edades	Hombres	Mujeres
1	15		1
2	15		1
3	18	1	
4	18		1
5	17	1	
6	17		1
7	19	1	
8	15		1
9	15	1	
10	14	1	
11	14	1	
12	15	1	
13	19	1	
14	15	1	
15	18		1
n= 15	244/15=16,3	9	6

Edad	Frecuencia	Porcentaje
14	2	13,3 %
15	6	40,0 %
17	2	13,3 %
18	3	20,0 %
19	2	13,3 %
TOTAL	15	100,0 %

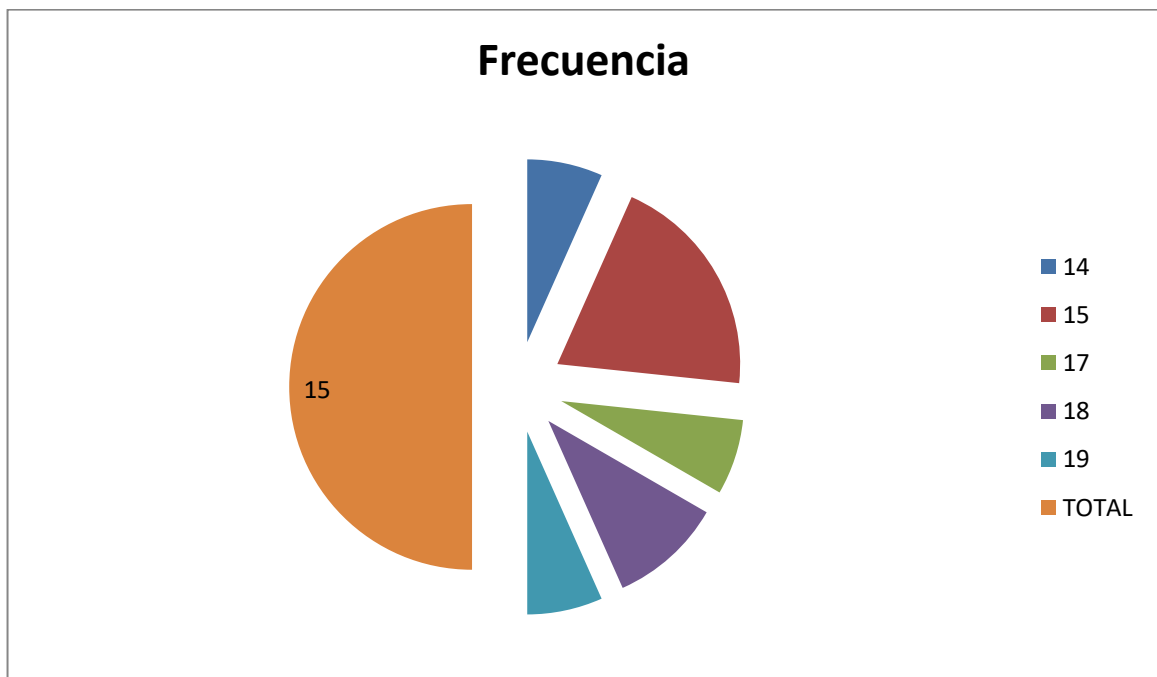


Gráfico N° 1 Edad

Una vez aplicado el Inventario de Depresión de Beck a los adolescentes, en la pre-prueba se pudo notar que presentaban una serie de sintomatologías depresivas como: depresión intermitente, depresión grave, leve perturbación del estado de ánimo y depresión moderada.

1.2 Personas con las que viven.

Los adolescentes no presentan una situación familiar agradable, vienen de hogares disfuncionales, su hogar de acogida es las Aldeas Infantiles SOS, en la provincia de Colón.

2 Presentación y análisis descriptivo y comparación de los resultados.

Una vez aplicado el Inventario de Depresión de Beck a los adolescentes (pretest) y (postest), los resultados arrojados mostraron los siguientes resultados:

Las puntuaciones directas en la escala de depresión de Beck, aplicadas a los adolescentes, antes y después de la intervención cognitiva conductual, son diferentes. Esto nos demuestra que las puntuaciones en el postest disminuyeron considerablemente, en el cual todos los adolescentes disminuyeron sus niveles de depresión.

Cuadro N° 2
Escala de Depresión de Beck, comparación entre el Pretest y Postest

Sujetos	Pretest	Postest
1	29	8
2	20	7
3	18	11
4	30	5
5	18	5
6	36	7
7	17	4
8	16	10
9	33	6
10	22	6
11	17	4
12	5	17
13	24	4
14	7	7
15	17	10

La prueba t nos indica que existe suficiente evidencia estadística de que las medias

son significativamente diferentes antes y después de la intervención cognitiva conductual que evalúa el cuestionario la escala de depresión de Beck. Nos lleva a suponer, que, la intervención cognitiva conductual ayudó a los adolescentes a mejorar; su ánimo triste, su apatía y aburrimiento, su falta de sociabilidad y las alteraciones del sueño que experimentaban antes de la intervención.

La intervención cognitivo conductual ofrecida a los adolescentes produjo las mejorías en su estado depresivo, porque les permitió a los adolescentes explorar sus sentimientos de tristeza y enojo, ver la conexión que existía entre esas emociones y sus pensamientos y aplicar la reestructuración cognitiva en sus vidas. A través del módulo de la asertividad, los adolescentes, con estados depresivos, aprendieron elementos importantes para establecer relaciones firmes y respetuosas en sus contextos, promoviendo así, en ellos el cuidado de los mismos y permitiéndoles un empoderamiento en sus vidas.

La intervención grupal llevada a cabo a los adolescentes, llevó a los mismos a no sentirse solos(as) y darse cuenta de que no eran los únicos(as) con esos problemas de pensamientos, ayudándoles esto a evitar la autocondena.

Los métodos de modificación de conducta, como los ensayos conductuales y los reforzamientos fueron muy eficaces dentro del grupo; ya que les permitieron a los adolescentes, con síntomas depresivos, adquirir mayor seguridad y confianza en sí mismas.

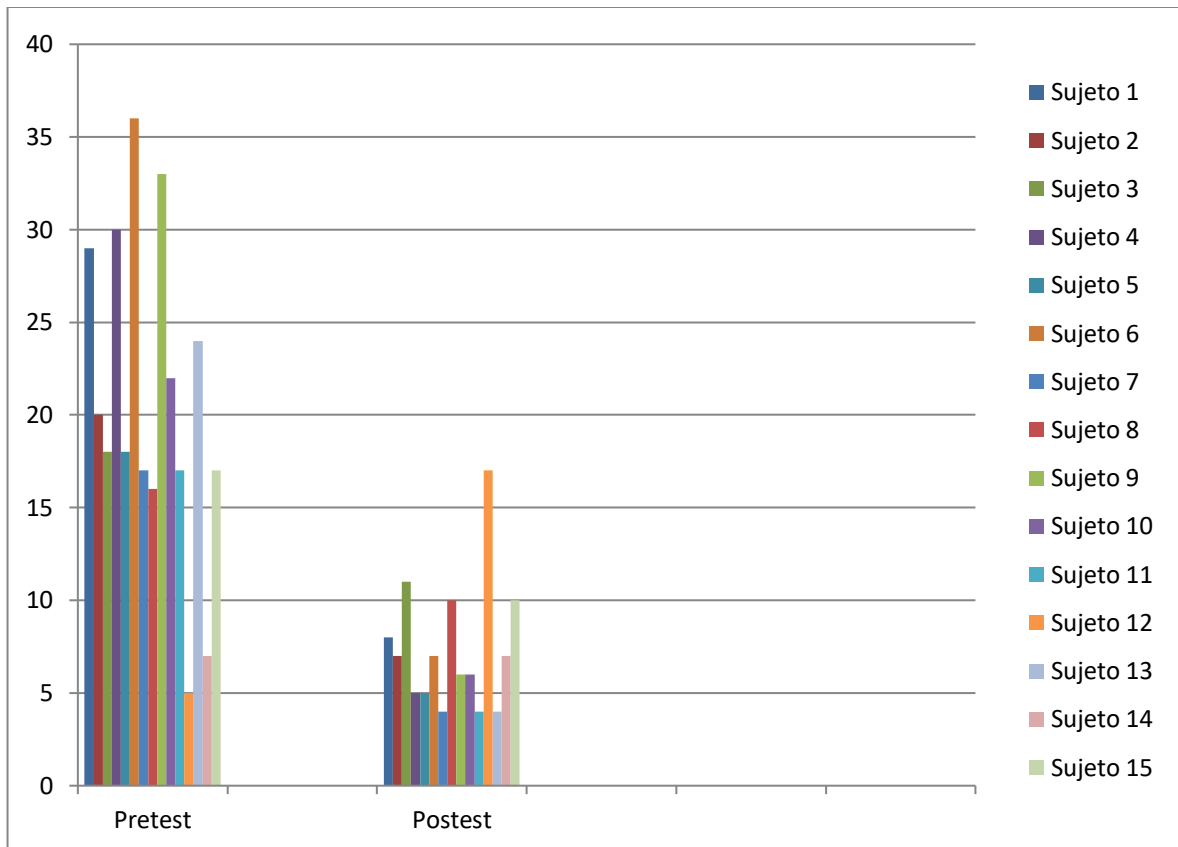


Gráfico N° 2

Comparación de las puntuaciones: Pretest y Posttest

3 Diagnóstico según DSM- V

Para el diagnóstico se aplicaron los criterios del DSM-V, los cuales permitieron establecer trastornos, tanto de tipo depresivo en distintos grados, como trastornos distímicos de inicio temprano. Esta evaluación al inicio del proceso y se mantuvo la observación de los adolescentes, para tomar en cuenta cualquier cambio en su diagnóstico inicial.

Cuadro N° 3
Resultados obtenidos del Inventario de Depresión de Beck
(Pre-test)

Estado	Frecuencia	Porcentaje
Depresión	9	60,0 %
	6	40,0 %
Total	15	100,0 %

Resultados obtenidos del Inventario de Depresión de Beck (Pretest).

Según los criterios de diagnóstico del DSM- IV, el 40,0 % de las mujeres adolescentes presentan trastornos depresivos, mientras que el 60,0 % de los hombres adolescentes presentan trastornos depresivos.

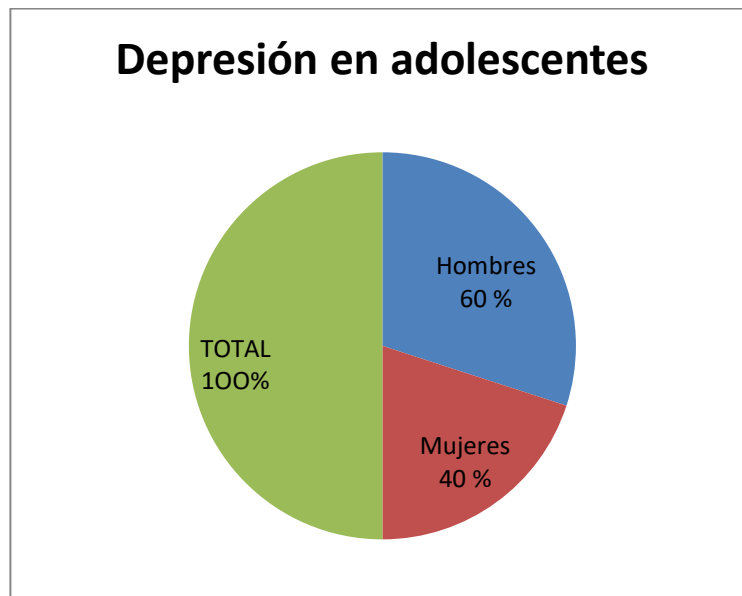


Gráfico N° 3 Resultados obtenidos del Inventario de Depresión de Beck.

4 Cuestionario de Depresión de Beck.

Para el diagnóstico de depresión, se utilizó el Inventario de Depresión de Beck. La primera evaluación (Pretest), se realizó a modo de diagnóstico, al inicio del proceso.

Y finalmente luego de aplicar la intervención terapéutica, se realizó la evaluación final (Postest).

La evaluación se obtiene de acuerdo a la puntuación de la siguiente manera:

1-10.....	Estado emocional normal
11-16.....	Leve perturbación del estado de ánimo
17-20.....	Estados de perturbación intermitentes.
21-30.....	Depresión moderada
31-40.....	Depresión grave
+ 40.....	Depresión extrema.

4.1 Aplicación de la evaluación inicial (Pretest).

Los resultados presentados en el primer diagnóstico (Pretest) realizado, previo a la intervención terapéutica, mostraron los siguientes resultados:

De los 15 adolescentes; 9 hombres mostraron síntomas depresivos (60 %) y 6 mujeres presentaron síntomas depresivos (40 %).

Se encontraron distintos valores superiores a 21, indicando depresión.

Una vez obtenidos los resultados del Pretest, se les habló a los adolescentes, que se procedería a la aplicación de una Terapia Cognitivo Conductual, para mejorar los niveles de depresión obtenidos en la prueba inicial.

4.2 Aplicación de la evaluación final (Postest)

Al realizar la evaluación final (Postest), los adolescentes mostraron una mejoría considerable, lo que demuestra que la intervención terapéutica aplicada es la recomendable para estos casos.

Cuadro N° 4

Resultados obtenidos del Inventario de Depresión de Beck (postest)

Estado	Frecuencia	Porcentaje
Depresivo	0	0,0 %
No depresivo	15	100,0 %
TOTAL	15	100,0 %

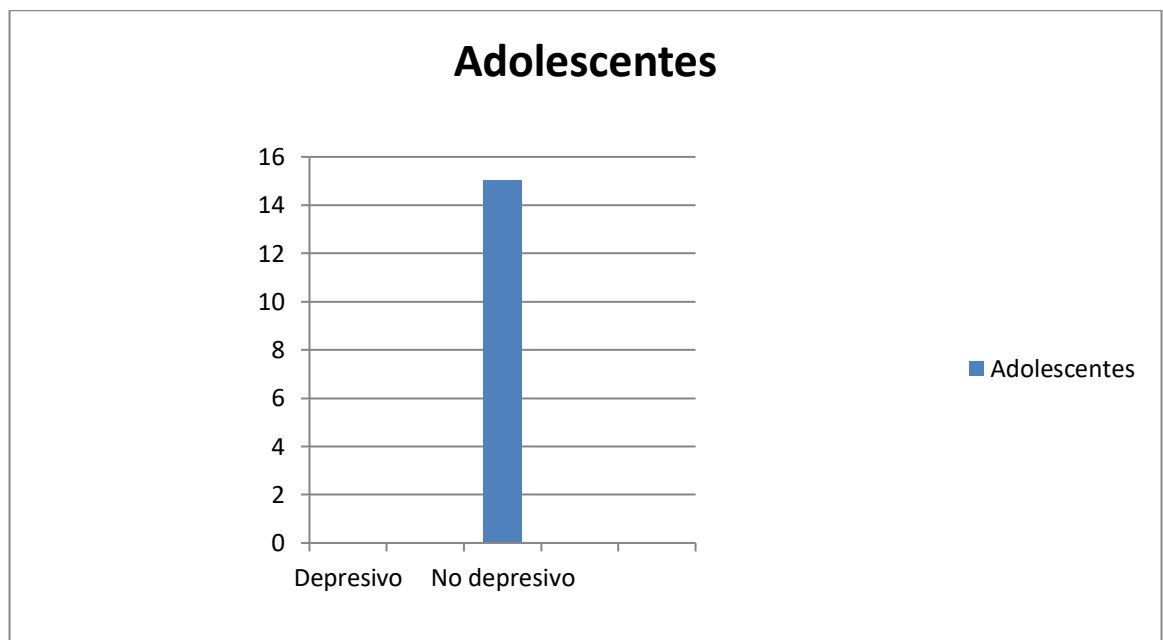


Gráfico N° 4

Una vez aplicado la intervención terapéutica, se analizaron los resultados posteriores (postest), dando lugar a que el total de adolescentes que presentaron algunos síntomas depresivos, mejoraron considerablemente.

5 Demostración de las hipótesis

Para demostrar la hipótesis planteada acerca de la Terapia Cognitiva Conductual, permite lograr disminuir la depresión en los adolescentes, se ha tomado del resultado del diagnóstico realizado y se ha seleccionado un tipo de prueba de hipótesis aplicada a este tipo de estudio.

El tipo de prueba de hipótesis que se debe aplicar es el de las “Muestras Pareadas” este se utiliza cuando se trata de una prueba antes- después, es decir, donde se trabaja con el mismo grupo de individuos o lo que se denomina grupos dependientes y con esta prueba se pretende verificar si han existido cambios significativos entre una toma de muestra y otra (Lind, Marchal, Mason & 2004).

5.1 Hipótesis estadísticas

$$H_0: \mu = \mu_0 \quad H_0: \mu \leq 0$$

$$H_1: \mu \neq \mu_0 \quad H_1: \mu > 0$$

Si el resultado estadístico muestra que la diferencia entre los resultados de la primera evaluación (pretest), con la segunda evaluación (postest), es igual o menor a cero (**H₀**).

Implicaría que no existe diferencia significativa entre los dos resultados, o que la intervención terapéutica no ha tenido efectos favorables, mientras que en el caso de aceptar H_1 , implicaría que la diferencia media entre los resultados de las terapias si es significativa y por tanto ha existido un efecto favorable.

5.2 Resultados: Pretest y Postest (Comparación).

Cuadro N° 5
Resultados Pretest y Postest

Muestra	Resultado x1	Resultado x2	\bar{x}	\bar{x}_2
1	29	8	21	441
2	18	7	11	121
3	30	11	19	361
4	30	5	25	625
5	18	5	13	169
6	36	7	29	841
7	17	4	13	169
8	33	6	27	729
9	17	6	11	121
10	17	4	13	169
11	17	10	7	49
12	5	10	-5	25
13	24	4	20	400
14	7	7	0	0
15	6	10	-4	16
TOTAL	304	104	200	4,236

Donde:

d : representa la diferencia entre el resultado o diagnóstico 1 o (X1) menos el diagnóstico 2 (X2).

n : representa la cantidad de datos analizados o muestreados, que corresponde a 15

La prueba de hipótesis se realiza a través del **cálculo de t**, dado por:

$$t = \frac{\bar{x} - \mu_0}{s/\sqrt{n}},$$

Donde:

t : representa el estadístico de prueba (número de desviaciones con respecto a la media basada en la tabla t)

\bar{x} : es la media muestral (diferencias entre X1 Y X2) ,

s : es la desviación estándar muestral.

n : es el tamaño de la muestra.

Desviación estándar.

$$\sigma = \sqrt{\frac{1}{N-1} \sum_{i=1}^N (x_i - \bar{x})^2}$$

Los cálculos a continuación:

$$\bar{x} = \sum X / n = 200 / 15 = 13,3$$

$$\sigma = \sqrt{\frac{\sum_{i=1}^n (x_i - \bar{x})^2}{N}} = \sqrt{\frac{\sum 4,236 \quad (200)^2}{15}} = \mathbf{10,58}$$

15-1

La desviación estándar = 10,58

$$t = \frac{\bar{x} - \mu_0}{s/\sqrt{n}}, = \frac{13,3}{\mathbf{10,58/\sqrt{15}}} = \mathbf{4,87}$$

El cálculo del resultado muestra un valor t de = **4,87**

Para poder comparar y definir si las diferencias son relevantes y finalmente si se acepta o rechaza **H0**, se busca el valor límite en la tabla t. (Anexo 2) con los siguientes datos:

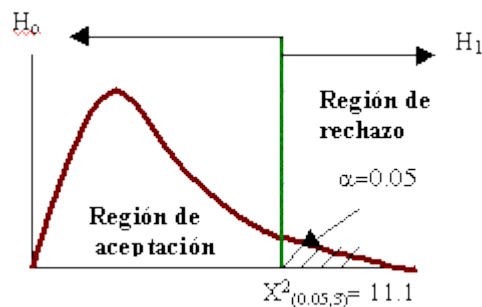
Los grados de libertad, son necesarios para entender la distribución t Student, haciendo referencia a la varianza muestral:

$$gl = n - 1 = 15 - 1 = 14$$

$\alpha=0.05$ es decir; un nivel de confianza para el estudio del 95 %.

Donde **gl** son los grados de libertad del estudio, dado **por n-1**.

Y α es la significancia del estudio o el nivel de error probable.



$$T \text{ límite } (14, 0,05) = 1,76$$

Dado que el valor calculado de las diferencias (4,87) es mayor que el valor del límite (1,76), se rechaza H_0 , lo cual indica que sí existe una diferencia significativa entre los dos resultados, donde el diagnóstico dos (Postest) mostró una mejoría significativa que se ha demostrado estadísticamente.

Esto prueba, que la intervención aplicada logró resultados favorables para los adolescentes, existiendo una mejora significativa en la mayor parte de los casos.

6 Análisis integrativo de los resultados

Observamos que a través del programa cognitivo conductual podemos ayudar a los adolescentes que presentan sintomatologías depresivas a mejorar esos estados y así a mitigar los efectos que estos tienen sobre los adolescentes.

Los resultados obtenidos, nos señalan que podemos suponer que las intervenciones o terapias cognitivos conductuales, nos permitió ayudar a los

adolescentes a aprender la relevancia que tienen sus pensamientos y su interpretación de las situaciones, en el manejo de la depresión. Los adolescentes realizaron cambios en sus pensamientos, los cuales pasaron a ser disfuncionales a ser funcionales o adaptativos. Además, los adolescentes aprendieron una forma de comunicarse asertivamente lo que les permitió relacionarse mejor consigo mismo y con los demás.

Los adolescentes una vez finalizada la intervención cognitiva conductual, gozaron de un mayor bienestar psicológico, ya que disminuyeron las manifestaciones físicas del estado de ánimo, mejoraron la manera como internalizaban la depresión, su ánimo depresivo, su apatía, su falta de sociabilidad y las alteraciones del sueño. Este mejoramiento en su bienestar psicológico lo inferimos a través del cambio que se reflejó en las pruebas a través de los resultados.

El número de sesiones, fueron suficientes para lograr reducir los síntomas depresivos que experimentaban los adolescentes. Aun cuando obtuvimos suficiente evidencia estadística para determinar que las medias del grupo eran significativamente diferentes, antes y después de la intervención, y por ende, pudimos sustentar todas nuestras hipótesis alternas.

CONCLUSIONES

CONCLUSIONES

De acuerdo a los resultados obtenidos en la aplicación del inventario de depresión de Beck, se puede confirmar, que en este caso particular, los adolescentes que presentaron síntomas depresivos , una vez aplicado la intervención psicoterapéutica, se puede demostrar que el proceso terapéutico tiene un impacto en la atención a las manifestaciones de depresión que presentaron los adolescentes bajo estas características, basándose en la intervención de pensamientos irracionales para poder incrementar actividades y emociones agradables.

A lo que de acuerdo con Beck (1983), se cumple con el objetivo de la intervención, al modificar las cogniciones irracionales que anteceden a los comportamientos que fomentan la presencia de la depresión.

Díaz, Torres y cols., (2006) afirman que los hombres viven y actúan motivados por satisfacer sus necesidades, desde las básicas hasta algunas más complejas como las de carácter espiritual. Sin embargo, al mismo tiempo, se plantean problemas acerca de la forma en que interactúan en sociedad y debido a esto, surgen interrogantes como por ejemplo el cómo vivir, cual es el sentido de la vida, y además si vale la pena vivir o no.

Después de haber realizado este trabajo de investigación, he llegado a la conclusión de que la depresión, aun cuando es una enfermedad grave, puede ser tratada y sobre todo superada. La intervención utilizada (psicoterapia) es la mejor opción para sujetos deprimidos.

A lo largo de la investigación encontré datos importantes y que me han dejado una gran enseñanza. Considero que los casos de depresión en los adolescentes cada día son más y la enfermedad cobra más importancia en el mundo.

La Terapia Cognitiva Conductual influye en la modificación de los síntomas depresivos en los adolescentes, a través del Inventario de Depresión de Beck, se demostró la incidencia de síntomas depresivos en los adolescentes, los resultados obtenidos en el pre-test y post-test son sorprendentes (ver tabla 11 y 12 en los anexos).

En el proceso de la Terapia Cognitivo Conductual los adolescentes tomaron conciencia de la forma y manejo de ideas racionales e irracionales y la influencia de esta intervención ejerció en la afectación de la forma de pensar y concebir, de las cosas que pasaban en el entorno, mejorándolas a través de procesos de cognición, lo que se evidencia objetivamente.

Al respecto, Paz (2004) describe a las terapias de grupo, como muy útiles, sobre todo el sentir apoyo de otros que se han visto en las mismas situaciones y comparten experiencias. Se trabaja la libre discusión, la expresión de sentimientos, y a menudo son más terapéuticas que las individuales.

La depresión en los adolescentes, en base a nuestro estudio, centran su atención en lo negativo y difícilmente notarán logros en su historia de vida, el estado emotivo en el que se encuentran limita la visión optimista, y de darse cuenta o deterioran los logros personales, no porque no existan, sino porque le dan más peso a lo que consideran fracaso y apoyan así cíclicamente esta visión negativa de sus circunstancias y hechos.

Los resultados del presente estudio, concuerdan además con los obtenidos por el equipo de Méndez (2002) en su revisión sobre la evidencia de la intervención, utilizando la Terapia Cognitiva Conductual, quienes concluyen que la terapia cognitiva conductual es la que obtiene mejores resultados. Hubo mejoría notable en el auto estima de los adolescentes.

En este estudio, se ha constituido un taller de psicoterapia grupal Constructivista Cognitiva para adolescentes con Depresión, estableciendo sus bases

teóricas, estructurales y funcionales, desde los criterios de integración, coherencia interna, aproximaciones progresivas al objetivo de cada sesión, participación voluntaria, acogimiento, protección, atención personalizada y reforzamiento.

Las doce sesiones del taller han sido diseñadas con el fin de lograr una coherencia interna dentro de los cuatro niveles, así como en las primeras sesiones el taller se centra en los aspectos cognitivos para luego pasar a los conductuales y los emocionales.

Tomando en cuenta los resultados obtenidos en el post-test, podemos decir que la intervención Cognitiva Conductual a los adolescentes con depresión, es una alternativa válida para el abordaje de este tipo de trastornos.

Si bien los resultados obtenidos, validando los contenidos fueron positivos, no descartamos que el taller se vea expuesto a futuras modificaciones o mejoras, con el fin de construir una herramienta más eficaz de abordaje terapéutico. No obstante no quedamos satisfechos con saber que el taller confeccionado, sí representa una alternativa coherente, concreta y práctica para los adolescentes con síntomas depresivos.

La instrumentalización detallada, coherente y sistematizada de los diferentes procedimientos presentes en este modelo de psicoterapia grupal constructivista cognitivo, constituye un aporte práctico y fundamental, ya que permite ser replicado indistintamente de los terapeutas que lo lleven a cabo, posibilitando futuras investigaciones que permitan revisar su pertinencia y efectividad en otros trastornos del estado de ánimo.

Se proyecta que en nuestro país los niveles de prevalencia de cuadros depresivos en adolescentes, continuarán en aumento. En América Latina y el Caribe, también hay una clara tendencia a aumentar.

Esta investigación ha pretendido ser un aporte, en la línea de la intervención de la depresión desde una perspectiva constructivista cognitiva.

RECOMENDACIONES

RECOMENDACIONES

Aplicar programas que ayuden a los adolescentes a fortalecer sus procesos cognitivos a través del plantel educativo en la que está estudiando, para contribuir en la formación de su vida integral.

Incentivar programas que enfoquen el conocimiento de las ideas racionales como aporte de la institución a sus estudiantes para mejorar la calidad de vida, con ello lograr la disminución de síntomas depresivos.

La aplicación de la psicoterapia es una terapia breve, efectiva en la modificación de la manifestación de síntomas depresivos por el proceso estructurado de su intervención, además que incluye el marco cognitivo, emotivo y conductual.

Realizar futuras investigaciones cuasi-experimentales ya que existe un contacto directo con los sujetos de estudio y se pueden constatar los avances a través del abordaje terapéutico, para entrelazar la teoría, práctica y aplicación de test en el desarrollo de la investigación.

A los futuros investigadores que se atrevan a diseñar, aplicar y evaluar distintos modelos de psicoterapia, enfocados en las distintas necesidades y características clínicas de los adolescentes con trastornos del ánimo.

El Ministerio de Salud, debe implementar un Programa de Diagnóstico y Tratamiento Integral de la Depresión en los Adolescentes como atención primaria en los Centros de Salud.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS Y CITAS.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS Y CITAS

I. LIBROS

Abraham K. (1980) Psicoanálisis clínico. Buenos Aires: Hormè. Colección Psicoanálisis.

Aberastury, A: "El mundo del adolescente" Montevideo, Revista Uruguaya de Psicoanálisis, III, 1959, pag.3

Álvarez, M., Jacobo B., y Rodríguez, A. (2009) La relación entre depresión y conflictos familiares en adolescentes. International Journal of Psychology Therapy, 9 (2), 205-216.

American Psychological Association (2001): Publication Manual (5th Ed.). Washington, DC: APA. Existe traducción al español, de la 4a. edición en inglés, de Maricela Chávez L. (1998): Manual de estilo de publicaciones. México, DF: Manual Moderno.

Arieti S y Bemporad J (1981). Psicoterapia de la depresión, Buenos Aires; Paidòs. Psiquiatría psicopatológica y psicosomática.

Aron, A, y Aron, E. (2001). Estadística para psicólogos (2da, ed.). Buenos Aires: Prentice Hall.

Ary, D., Jacobs, L. y Razavieh, A. (1990). Introducción a la Investigación pedagógica (2ª ed.). México: McGraw-Hill.

Beck, J. 2000. Terapia Cognitiva y Conceptos Básicos y Profundización. Editorial Gedisa, España. 395 pàgs.

Bernal, C. (2010). Metodología de la investigación. (3ra ed.). Colombia: Pesaron.

Bernstein, D A. y Nietzel, MT. 2002. Introducción a la Psicología Clínica. Editorial McGraw-Hill, España. 662 pàgs.

Bowlby, J. (1998). La separación afectiva. España, Paidos.

Burns, D. (1990) "Sentirse bien: Una nueva fórmula contra las depresiones" España: Piadòs.

Caballo, V E. 1997. Manual para el tratamiento Cognitivo Conductual de los Trastornos Psicológicos. 1ª edición. Siglo XXI, España Editores S.A Madrid, 760 pàgs.

- Calderón de la Barca S, Laura, y Bono López María. (2009). Manual para la elaboración de tesis. (1ra ed.). México: Departamento de la Licenciatura de Psicología, septiembre 2003, 29 pp.
- Canales, E (1996). Metodología de la investigación. México: Uteha/ Noriega. Castañeda, J. (1995). Métodos de investigación" México: McGraw.
- De León O. 2001. Teoría y Práctica de la Psiquiatría Forense en Panamá. Universal Books, Panamá. 106 pàgs.
- Delval, J (1996). El desarrollo humano. Madrid: Siglo XXI.
- Dulanto, R (1997). El adolescente. México: Editorial Mc Graw-Hill, Interamericana. Editores, S.A.
- Fredèn, L. (1996) : Aspectos Psicosociales de la depresión. México. Fondo de la Cultura Económico S.A de C.V.
- HERNANDEZ SAMPIERI, Roberto, Metodología de la Investigación, 4ª Edición., México, Mac Graw Hill, 2007, 850 pp.
- INSTITUTO Tecnológico de Tepic, Esquema del contenido para la elaboración del anteproyecto de tesis, para proyectos de investigación y de residencia profesional en el departamento de Ingeniería Química y Bioquímica. Tepic, Mayo 2005, 20 pp.
- Jervis, J. y González, G., L.L., (1998). La depresión dos enfoques complementarios (1ra ed.). Caracas 15. 200.
- Joselyn, Irene M; El adolescente y su mundo, Buenos Aires, Psique.
- Kazdin, A. E. 2001. Métodos de investigación en Psicología Clínica. 3ª edición, Prentice Hall. México, 524 pàgs.
- Kerlinger, F y Lee H. B. 2002. Investigación del comportamiento. 4ª edición. Editorial McGraw Hill. México. 850 pàgs.
- Limón, M & Carretero, M (1995). Aspectos Evolutivos y Cognitivos. Monográfico sobre la Enseñanza Secundaria Obligatoria. Cuadernos de Pedagogía, 238, pp. 39-41.
- Mahoney, M. y Freeman, A. (1988): Cognición y Psicoterapia. Barcelona. Editorial Paidòs Ibérica.
- Navas, M. J. (2006) : Métodos, diseños y técnicas de investigación psicológica. Universidad de educación a distancia. Madrid.

Organización Mundial de la Salud (2001). Informe sobre la salud en el mundo: Salud Mental, nuevos conocimientos, nuevas esperanzas, París-Francia.

OSSA, Marcela, Cartilla de citas: Pautas para citar textos y hacer listas de referencias, Bogotá Colombia, UNIANDES, Enero 2006, 90 pp.

Papalia, E y Duskin, R (2009). Psicología de desarrollo. (Octava edición). México: Editorial Mc Graw Hill.

Pérez, M. & García, J. M. (2001) : Tratamientos psicológicos eficaces para la depresión. Revista Psicothema Vol. XIII, 3, 493-510.

RODRÍGUEZ, Víctor, Guía breve para la preparación de un trabajo de investigación según manual de estilo de publicaciones de la American Psychological Association (APA), Octubre 2003, 7 pp.

Salkind, N. (1998) “Métodos de Investigación· México: Prentice-Hall.

Santrock, J, W (2003). Psicología del desarrollo en la adolescencia. Madrid: McGraw-Hill.

Sampieri, R., Collado, C, y Lucio, P. (1998). Metodología de la investigación (2da, ed.) México. McGraw- Hill.

SCHMELKES, C. (1988). Manual para la presentación de anteproyectos e informes de investigación (tesis). México: Harla.

Tamayo, T.M., El proceso de la Investigación Científica (4ta ed.), Editorial Lumusa, México, 20...

Wicks N. R. e Israel, A. 1997. Psicopatología del niño y del adolescente. 3ª edición. Prentice Hall. España. 494 pàgs.

II. TESIS

García A. R 2002. La influencia de la familia y el nivel de depresión hacia el consumo de drogas en los adolescentes de la ciudad de México. Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Psicología. Tesis para optar por el grado de Licenciatura en Psicología. 71 pàgs.

Madrid, I 2000. Intervención terapéutica en niños con depresión. Universidad de Panamá, Facultad de Humanidades, Escuela de Psicología. Tesis para optar por el grado de maestría en Psicología Clínica. 169 pàgs.

Martínez, V. E 2007. Aplicación de un programa Cognitivo conductual en adolescentes víctimas de abuso sexual. Universidad de Panamá, Facultad de Psicología, Escuela de Psicología. Tesis para optar por el grado de Psicología Clínica. 153 pàgs.

Ortiz A. C 2012. Aplicación de la Terapia Cognitivo de Beck para el Tratamiento de Depresión en un grupo de adolescentes de 12 a 15 años del Instituto Técnico Superior Gran Colombia de la ciudad de Quito. Universidad Internacional del Ecuador, Facultad de Ciencias Médicas y de la Salud, Escuela de Psicología. Tesis para optar por el título de Psicología. 135 pàgs.

III MANUALES

Clarke G., Hops H., Lewinsohn M. 1990. Curso para afrontar la depresión. Center of Health Research, 3800. Portland, Oregon. 150 pàgs.

DSM IV- TR, 2001. Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos mentales. Texto revisado. Editorial Masson, S.A Barcelona, España. 1049 pàgs.

Nowack, K. M 2002. El Manual Moderno. PhD Editorial. México. D. C 840 pàgs.

Rosselló J y Bernal G. 2007. Manual de Tratamiento para la Terapia Cognitiva-Conductual de la Depresión. Instituto de Investigación Psicológica. Universidad de Puerto Rico, Río Piedras. 97 pàgs.

Ruíz, S. J y Cano S. J. 1992. Manual de Psicoterapia Cognitiva. 184 pàgs.

IV FOLLETOS

Betancourt, F. y Madrid, I 2004. La Terapia Cognitiva. Conductual y sus Aplicaciones a la Psicología Clínica. Universidad de Panamá. Facultad de Humanidades. División de Post grado. Maestría en Psicología Clínica. Abril , 2004.

Cassano, P. Fava M 2002. Depression and public Health, an Overview. Journal of Psychosomatic Research. 849-857 pags.

V PÀGINAS DE INTERNET

guiapsicologia.com/depresi3n-en-adolescentes/

<https://www.aboutespanol.com> › Quiero vivir mejor › Familia

<https://www.salud.mapfre.es> › Canal Salud › La depresi3n en el adolescente

<https://eresmama.com/depresion-en-adolescentes-cual-es-su-origen-y-como-ayudarlo>

kidshealth.org/es/teens/depression-esp.html

[www.zapmeta.ws/Adolescencia y Depresi3n](http://www.zapmeta.ws/Adolescencia_y_Depresi3n)

www.vivosano.org/estres

www.salud180.com/jovenes/depresion-en-adolescentes

www.psicoadapta.es/blog/depresion-en-adolescentes/

ANEXOS

ANEXOS

ANEXO 1: TALLER

Sesión 1: Presentación y objetivos.

OBJETIVOS DE LA SESIÓN

- * Socializar las normas de funcionamiento.
- * Crear un ambiente de grupo adecuado.
- * Explicar qué es la depresión y cómo se trata.

PRESENTACIÓN DEL TALLER Y SUS OBJETIVOS:

El objetivo de este taller es presentar herramientas a los participantes que les sean útiles para la resolución de sus conflictos que les permita:

- a. Superar sus sentimientos o estados depresivos.
- b. Prevenir recaídas o la aparición del cuadro en el futuro.

El taller consta de doce sesiones, para que este taller tenga éxito se requiere de un compromiso de asistencia de cada participante y que las personas estén comprometidas con practicar las estrategias de ayuda.

PRESENTACIÓN DE LOS PARTICIPANTES:

Presentación de la terapeuta del taller:

La encargada del taller se presenta brevemente: señalando su nombre y profesión.

Protocolo de Intervención (sesiones)

El Modelo Cognitivo Conductual propone el trabajo durante la terapia de dos elementos primordiales de intervención, el primero hace referencia a las cogniciones o pensamientos y el segundo recalca la modificación de aquellas conductas que se originan a partir de creencias irracionales.

Una vez obtenida la información sobre los adolescentes, se procedió a explicarle la dinámica de intervención, en la cual se le proporcionó un cuaderno de trabajo (basado en el Manual de Terapia de Grupo para el Tratamiento Cognitivo-Conductual de la Depresión, Aprendiendo a Manejar su Realidad Personal, Muñoz et.al, 2003.); éste contempló cuatro áreas de intervención 1) los pensamientos, 2) las actividades, 3) las relaciones personales y 4) la salud.

El protocolo de intervención se compone de 12 sesiones de dos horas de duración. A continuación se especifica el contenido a tratar en cada sesión.

Se conversa con los jóvenes y se les dice los días que se van a realizar los talleres que son dos días a la semana los días jueves y viernes en un horario de 5:00 pm a 7:00 pm, esto se realizará en el salón de estudio de las Aldeas Infantiles S.O.S que está pintado de color celeste, tiene sillas y escritorio para los niños y luces de color blanca, tiene ventilación con dos ventanas

La sesión inicial establece la estructura y el propósito de las sesiones posteriores. De igual forma, se establece el horario semanal, las reglas de las mismas y se explica claramente el tema de la confidencialidad. Es importante que los/as participantes tengan muy claro de este último punto ya que esto puede influir en la calidad de la relación terapéutica que se establezca.

Descripción Cognitiva:

Para poder comprender la situación de los adolescentes previa a la intervención, es conveniente analizar su estructura cognitiva y la situación que vive, en función de las cuatro áreas de atención que fueron medulares a lo largo del proceso terapéutico: 1) los pensamientos, 2) las actividades, 3) las relaciones personales y 4) la salud.

En la primera fase de las sesiones “**los pensamientos**” pretendió que los adolescentes identificaran aquellos que son saludables y dañinos, con la finalidad de corregir los últimos e incrementar los primeros. Mientras que en el segunda fase de las sesiones se hizo referencia a “**las actividades**”, en éste los adolescentes reconocen la relación que se tiene entre éstas y el estado de ánimo, así como se permitieron el incremento de aquellas que le fueron agradables. La tercera fase nombrado “**las relaciones personales**” tuvo la finalidad de identificar la influencia que existe de éstas con el estado de ánimo, así como de determinar aquellas alternativas para mejorar la comunicación con las demás personas.

La última comprende el área de **la salud**, en el que se pudo establecer la relación entre ambos elementos y la reorganización del estilo de vida.

1ª SESIÓN

Objetivo: Ayudar a los adolescentes de las Aldeas Infantiles S.O.S a manejar la depresión y a sentirse cada día mejor.

La sesión inicial establece la estructura y el propósito de las sesiones posteriores. De igual forma, se establece el horario semanal, las reglas de las mismas y

se explica claramente el tema de la confidencialidad. Es importante que los/as participantes tengan muy claro de este último punto ya que esto puede influir en la calidad de la relación terapéutica que se establezca.

Dinámica de presentación.

- Del árbol aplicada a todos los adolescentes a trabajar.
- Discusión de la dinámica.

REGLAS PARA LAS SESIONES

1. ¡LLEGUEN A Tiempo! ¡SEAN PUNTUALES.
2. ¡ASISTE CADA SEMANA! Este es un compromiso contigo y con tu terapeuta.
3. Mantén una actitud positiva.
4. ¡HAZ LOS PROYECTOS PERSONALES! El practicar lo que se enseña en la sesión te deja saber si esos métodos te ayudarán a controlar tus sentimientos de depresión.
5. Lo que hablas en la sesión es **confidencial**. Sin embargo, está bien compartir lo que has aprendido acerca de la depresión con otras personas, si así lo deseas.
6. Trata de ser lo más honesto/a posible y expresarte tal y como tú eres y cómo te sientes.
7. Apaga tu teléfono o ponlo a sonar bajito (en vibración) al entrar a la terapia para que no interrumpa la sesión.

Se conversa con los jóvenes y se les dice los días que se van a realizar los talleres que son dos días a la semana los días jueves y viernes en un horario de 5:00 pm a 7:00 pm, esto se realizará en el salón de estudio de las Aldeas Infantiles S.O.S que está pintado de color celeste, tiene sillas y escritorio para los niños y luces de color blanca, tiene ventilación con dos ventanas.

Contenido:

- Identificar al o la terapeuta y se les señala los distintas causas que inciden en la depresión.
- Presentación de los adolescentes.
- Reglas de las sesiones.
- Dinámica entre los adolescentes.

Bueno en este taller iniciamos con la explicación a los adolescentes porque se va a realizar los talleres y que los talleres son del tema de **depresión**.

Preséntese compartiendo información personal relevante. En caso de que él/la adolescente no responda y a modo de modelaje, puede compartir información similar a la que desea que comparta él/la adolescente participante.

Motive a que él/la adolescente comparta un poco de información personal, tal como:

- En dónde nació, datos sobre su desarrollo
- Detalles acerca de su familia
- En dónde estudia
- Cuáles son sus intereses principales (metas, gustos, pasatiempos)
- Detalles sobre sí que considere importante.

El **propósito** de esta sesión es explicarte cuál es la terapia en la cual vas a participar.

Esta terapia se llama: “**TERAPIA COGNITIVA-CONDUCTUAL**”

- “Cognitiva” se refiere a los pensamientos.
- “Conductual” se refiere a las acciones.
- La depresión tiene que ver mayormente con los sentimientos.

Si logramos entender cómo tus pensamientos y acciones afectan tus sentimientos, puedes aprender a tener un mayor control sobre los mismos y a sentirte mejor.

Ventajas de la terapia: Se trata de hacer patente a los adolescentes los beneficios que pueden obtener de la terapia, entre ellos se destaca; la posibilidad de aprender de otros, percibir que no es el único, motivarse por la mejoría de otros, comprometerse públicamente con el cambio, beneficiarse de la asistencia.

2ª SESIÓN.

MÓDULO TERAPÉUTICO PSICOEDUCATIVO.

Ver video!!!

Objetivo: Proporcionar a los adolescentes información acerca de la naturaleza de los síntomas depresivos, las variables que lo mantienen y las técnicas que pueden modificarlo.

La palabra **depresión** se usa de muchas formas. **Depresión** puede significar:

- Un sentimiento que dura unos cuantos minutos.
- Un estado de ánimo que dura unas horas a unos cuantos días.
- Una condición clínica que :
 - ^ Dura al menos dos semanas.
 - ^ Causa un fuerte sufrimiento emocional.
 - ^ Hace difícil que llevemos a cabo nuestros deberes diarios.

¿Qué es la depresión, qué significa para ti? - presente los síntomas clínicos de depresión integrando aquellos síntomas que el/la adolescente ha experimentado. Pregunte si ha experimentado alguno de estos síntomas.

DINÁMICA

Actividades placenteras.

Las personas que sufren de depresión clínica generalmente tienen 5 o más de los siguientes signos, síntomas o manifestaciones:

Contenido:

- Sentirse deprimido/a, triste y/o irritable (de mal humor) casi a diario.
- No tener interés en cosas o no disfruta.
- Cambio de apetito y / o de peso (comer o menos de lo acostumbrado).
- Problemas para dormir (dificultades para dormir, despertarse frecuentemente, despertarse muy temprano y no poder volver a conciliar el sueño, dormir demasiado).
- Cambios en la rapidez con que se mueve (ya sea inquietud o moverse lentamente).
- Sentir cansancio todo el tiempo.
- Sentirse que no vale o no sirve (baja auto-estima) o culpable.
- Problemas pensando, concentrándose o tomando decisiones (en clase, en exámenes o haciendo las asignaciones).
- Disminución de la capacidad para pensar, concentrarse o tomar decisiones.
- Tener ideas de muerte o pensamientos de hacerse daño (suicidarse).

Propósito de la sesión: Haciendo actividades placenteras puedo moldear mi realidad externa, por lo tanto mi realidad personal será más saludable y placentera.

Ventajas de la terapia: Las actividades agradables nos permiten dejar a un lado nuestros problemas por unos momentos para poder descansar de ellos y reanimarnos. Así es más fácil volver a enfrentarlos.

3ª SESIÓN

Objetivo: Precisar dónde están sus principales problemas, estado de ánimo en que se encuentran y cuáles son sus expectativas.

DINÀMICA:

FICHA DE ESPIRALES

TEMA SOBRE CÒMO LOS PENSAMIENTOS AFECTAN EL ESTADO DE ÀNIMO.

Contenido:

- Tener algunos tipos de pensamientos hace que te sientas más o menos deprimido/a. Por “Pensamientos” se refieren a “cosas que nos decimos a nosotros/as mismos/as.
- Los pensamientos pueden tener un efecto sobre tu cuerpo.
- Los pensamientos pueden tener un efecto sobre tus acciones (lo que haces).
- Los pensamientos pueden tener un efecto sobre tu estado de ánimo (¿Cómo te sientes?).
- Experiencias de frustración, fracaso, desesperanza, impotencia.
- Percepción subjetiva negativa acerca de mí, el mundo y el futuro: la persona con síntomas depresivos se percibe a sí misma, al mundo y al futuro de una forma negativa.
- Atribuciones distorsionadas de experiencias positivas y negativas: los acontecimientos negativos son valorados como dependientes de lo que la persona hace y constantes a lo largo del tiempo y de las situaciones. Por el contrario, se considera que los acontecimientos positivos dependen de factores externos a la persona y que ocurren de forma aislada, tanto a través del tiempo como de las situaciones.

Proporcione un buen ejemplo de cómo un pensamiento puede tener un efecto sobre el cuerpo, las acciones y el estado de ánimo.

En ésta sesión se trata de identificar y describir cuáles son los factores que originan la aparición de los síntomas depresivos.

Propósito: El propósito de la misma es aumentar la comprensión de por qué hacemos lo que hacemos, lo cual posibilita la mejor toma de decisiones y la forma de intervenir para promover la transformación de la vida de las personas.

Ventaja de la terapia: Reconoce la capacidad del ser humano para adaptarse al medio ambiente.

4ª SESIÓN

Objetivo: El objetivo de ésta sesión es que los adolescentes entiendan cómo aparece, se mantiene y se trata la sintomatología depresiva.

Dinámica:

EJERCICIOS PARA COMBATIR LA TRISTEZA

Usando sus respuestas a - *¿Qué es la depresión, qué significa para ti?* - *presente* los síntomas clínicos de depresión integrando aquellos síntomas que el/la adolescente ha experimentado. Pregunte si ha experimentado alguno de estos síntomas. Las personas que sufren de depresión clínica generalmente tienen 5 o más de los siguientes signos, síntomas o manifestaciones:

- Sentirse deprimido/a, triste y/o irritable (de mal humor) casi a diario
- No tener interés en cosas o no disfrutar las actividades que antes disfrutaba
- Cambio de apetito y/o de peso (comer más o menos de lo acostumbrado)
- Problemas para dormir (dificultades para dormir, despertarse frecuentemente, despertarse muy temprano y no poder volver a conciliar el sueño, dormir demasiado)
- Cambios en la rapidez con que se mueve (ya sea inquietud o moverse lentamente)
- Sentir cansancio todo el tiempo
- Sentirse que no vale o no sirve (baja auto-estima) o culpable.
- Problemas pensando, concentrándose o tomando decisiones (en clase, exámenes o haciendo las asignaciones).
- Tener ideas de muerte o pensamientos de hacerse daño (suicidarse).

Contenido:

Presentación del modelo explicativo de la etiología, psicopatología y tratamiento de los síntomas depresivos. Según dicho modelo explicativo, los desencadenantes de la sintomatología depresiva son la ocurrencia de un acontecimiento negativo y/o la no ocurrencia de un acontecimiento positivo esperado.

Estos desencadenantes causan las emociones, los pensamientos negativos y las atribuciones o explicaciones inadecuadas de los hechos acontecidos, atribuciones o explicaciones inadecuadas de los hechos acontecidos.

La combinación de estos factores da lugar a los síntomas depresivos que se manifiestan a nivel conductual, cognitivo, emocional y fisiológico.

Propósito: Valorar nuestras acciones y las de los demás de la forma más adecuada.

Ventaja de la terapia: Aumenta la capacidad de superar dificultades personales.

5ª SESIÓN

Objetivo: Estimular la reflexión de los adolescentes acerca de la imagen que tiene de sí mismo, mejorar la autoestima.

Dinámica:

FICHA REGISTRO DE PENSAMIENTO

MÓDULO DE TRATAMIENTO COGNITIVO

INTRODUZCA EL TEMA SOBRE CÓMO LOS PENSAMIENTOS, AFECTAN EL ESTADO DE ÁNIMO.

El tener algunos tipos de pensamientos hace que te sientas más o menos deprimido/a. Por “Pensamientos” se refieren a “cosas que nos decimos a nosotros mismos.

- Los pensamientos pueden tener un efecto sobre tu cuerpo.
- Los pensamientos pueden tener un efecto sobre tus acciones (lo que haces).
- Los pensamientos pueden tener un efecto sobre tu estado de ánimo. (Cómo te sientes)

Proporcione un buen ejemplo de cómo un pensamiento puede tener un efecto *sobre el cuerpo, las acciones y el estado de ánimo*.

Contenido:

- Los pensamientos pueden tener un efecto sobre tu cuerpo.
- Los pensamientos pueden tener un efecto sobre tus acciones (lo que haces).
- Los pensamientos pueden tener un efecto sobre tu estado de ánimo. (Cómo te sientes).

Influencia del pensamiento en las emociones y conductas: Basándose en la teoría racional-emotiva de Ellis (11), se trata de destacar la importancia que tiene la interpretación que cada uno hace de la realidad y cómo ello repercute en los sentimientos y las conductas.

- Reestructuración cognitiva: Mediante el empleo de ejemplos idiosincrásicos de los adolescentes, se trata de que aprendan a identificar sus distorsiones cognitivas y sus pensamientos automáticos negativos. Se abordan los siguientes aspectos:

^ ***Sesgos de pensamiento:*** Son errores que se cometen a la hora de interpretar la realidad. Los más comunes son:

^ ***Sobregeneralización:*** proceso de extraer una regla general a partir de uno o varios hechos aislados.

^ ***Error de evidencia:*** llegar a conclusiones sin contar con datos suficientes.

^ ***Pensamiento todo-nada:*** tendencias *de clasificar las experiencias en una o dos categorías opuestas, seleccionando las categorías del extremo negativo para describirse a sí mismo, sin considerar términos relativos e intermitente.*

^ ***Certeza vs Probabilidad:*** consiste en valorar los hechos como seguros en lugar de cómo probables.

Dios.

^ ***Pensamiento absolutista:*** valoración extremadamente negativa de la realidad.

: ^ ***Identificación de pensamientos negativos*** son ideas o imágenes estereotipadas, de aparición repentina e inintencionada (automáticos), que no son fácilmente controlables y parecen plausibles a la persona en el momento de su ocurrencia. Además, contiene términos absolutos (p.e, horrible, insoportable, imposible) y predicen acontecimientos negativos.

Propósito: Presentar información de cómo los pensamientos influyen sobre el estado de ánimo

Ventaja de la terapia: Fomenta una visión realista y positiva de sí mismo/a.

6ª SESIÓN

Objetivo: Generar alternativas, metas e identificar actividades que les permitirán combatir su estado de ánimo depresivo.

Dinámica:

ESTACAS MENTALES

Suicidio

Contenido:

La **depresión** causa problemas significativos para su hijo(a), familia, escuela y comunidad. Uno de los peligros de la depresión juvenil que no recibe tratamiento es el suicidio juvenil: la segunda causa principal de muerte en la juventud.

Algunos síntomas del suicidio:

- **Humor deprimido o irritable**
- **Pérdida de interés en actividades**
- **Cambios significativos en el apetito o peso**
- **Sentimientos de no valer nada o exceso de culpabilidad**
- **Cambios significativos en los hábitos de sueño**
- **Fatiga o pérdida de energía.**

VIDEO

Propósito: El principal propósito es que los adolescentes logren mayor control de su vida e identifique alternativas para tener mayor libertad.

Ventaja de la terapia: Cómo las relaciones interpersonales mejoran el estado de ánimo.

7ª SESIÓN

Objetivo: Determinar cuáles son los pensamientos positivos y negativos.

Dinámica:

Los pensamientos

Registro de pensamiento

Contenido:

- ¿Qué son los pensamientos?
- ¿Para qué nos sirven los pensamientos?

Propósito: Reconocer los pensamientos negativos y reemplazarlos por pensamientos positivos, que darán lugar a comportamientos favorables para los adolescentes.

Ventaja de la terapia: La Terapia Cognitivo – Conductual reemplaza los pensamientos que lleva a la bajo-estima (“no puedo hacer nada bien”) con expectativas positivas, como” puedo hacer esto correctamente”

8ª SESIÓN

OBJETIVO: Conocer cuáles son las características cuando presentamos una baja autoestima.

- **DINÁMICA:**
AUTOESTIMA.

Contenido:

- ¿Qué es Autoestima?
- Características de una buena y mala autoestima.
- Reconocer cuando presentamos una buena y mala autoestima.

Propósito: Estimular la toma de decisión individual y colectiva, fortalecer la autoestima en los adolescentes.

Ventajas de la terapia: El sentimiento de competencia significa creer que uno puede afrontar los desafíos que aparezcan en sus vidas, que podrá buscar soluciones y llevarlas a cabo para conseguir el triunfo.

9ª SESIÓN

MOTIVACIÓN

Objetivo: Lograr que los adolescentes se motiven a continuar.

Contenido:

- ¿Qué es la motivación?
- ¿Cuáles son algunos tipos de motivación?

Propósito: Promover las habilidades para la resolución de conflictos interpersonales.

Ventaja de la terapia: Capacidad de tomar decisiones.

10ª SESIÓN

HÁBITOS ALIMENTICIOS.

OBJETIVO: Lograr que los adolescentes reconozcan la importancia de llevar una buena dieta alimenticia.

Dinámica:

Los trenes.

Contenido

- ¿Qué son los hábitos alimenticios?
- ¿Para qué sirven?
- ¿Cuáles son los beneficios de llevar buenos hábitos alimenticios en nuestro estado de ánimo.

Ser adolescente implica sufrir potentes cambios emocionales y físicos que nos conducen a la etapa adulta. Pero sufrir rebotes en el estado de ánimo, aislarse o sentir una continua desazón y desánimo de manera prolongada **pueden ser signo de que nuestros adolescentes están sufriendo una depresión.**

Propósito: Conocer cómo los trastornos alimenticios causan alteración de los hábitos alimenticios comunes.

Ventaja de la terapia: Para prevenir los malos hábitos alimenticios, es recomendable tener una dieta equilibrada.

11ª SESIÓN.

CUIDADO E HIGIENE DE LOS ÒRGANOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS.

Objetivo: Establecer intervenciones psicoeducativas en los adolescentes de ambos géneros de las Aldeas Infantiles S.O.S, demostrando a los adolescentes la importancia de cuidar sus cuerpos, fomentando un pensamiento crítico y reflexivo en relación a las temáticas de sexualidad.

VIDEO

DINÀMICA DE FINALIZACIÓN.

Contenido:

- Definición de órganos sexuales femenino y masculino.
- Definición de algunas enfermedades.
- Prevención de enfermedades.

Propósito: Reconocer la importancia de los cuidados e higiene de los órganos sexuales y reproductivos.

Ventaja de la terapia: Aporta elementos que contribuyen a ampliar el conocimiento sobre el cuidado de los órganos reproductores sexuales y la promoción de prácticas saludables.

12ª SESIÓN.

DEPRESIÓN

OBJETIVO: Determinar las diferencias entre hombres y mujeres en cuanto al nivel de **depresión**.

CONTENIDO:

- Síntomas de la depresión
- Síntomas para identificar la depresión.
- ¿Cuáles son los síntomas en los adolescentes?
- Cuál es la diferencia entre hombres y mujeres.

Propósito: Establecer estrategias que puedan detectar a temprana edad los síntomas depresivos en adolescentes de ambos sexos.

Ventaja de la terapia: Los síntomas depresivos en adolescentes de ambos sexos están presentes en la población juvenil, por lo tanto, se hace indispensable detectarlo de manera temprana, para así recibir una atención oportuna, implementando medidas de educación..

El proceso terapéutico culmina reconsiderando e integrando los temas principales de cada sesión. Finalmente, se realiza una evaluación del progreso alcanzado junto a los logros y las fortalezas. Se discuten recomendaciones, tanto con él/la joven.

Anexo 2

DISTRIBUCION "T" DE STUDENT

H. TABLA T DE STUDENT

Tabla t-Student



Grados de libertad	0.25	0.1	0.05	0.025	0.01	0.005
1	1.0000	3.0777	6.3137	12.7062	31.8210	63.6559
2	0.8165	1.8856	2.9200	4.3027	6.9645	9.9250
3	0.7649	1.6377	2.3534	3.1824	4.5407	5.8408
4	0.7407	1.5332	2.1318	2.7765	3.7469	4.6041
5	0.7267	1.4759	2.0150	2.5706	3.3649	4.0321
6	0.7176	1.4398	1.9432	2.4469	3.1427	3.7074
7	0.7111	1.4149	1.8946	2.3646	2.9979	3.4995
8	0.7064	1.3968	1.8595	2.3060	2.8965	3.3554
9	0.7027	1.3830	1.8331	2.2622	2.8214	3.2498
10	0.6998	1.3722	1.8125	2.2281	2.7638	3.1693
11	0.6974	1.3634	1.7959	2.2010	2.7181	3.1058
12	0.6955	1.3562	1.7823	2.1788	2.6810	3.0545
13	0.6938	1.3502	1.7709	2.1604	2.6503	3.0123
14	0.6924	1.3450	1.7613	2.1448	2.6245	2.9768
15	0.6912	1.3406	1.7531	2.1315	2.6025	2.9467
16	0.6901	1.3368	1.7459	2.1199	2.5835	2.9208
17	0.6892	1.3334	1.7396	2.1098	2.5669	2.8982
18	0.6884	1.3304	1.7341	2.1009	2.5524	2.8784
19	0.6876	1.3277	1.7291	2.0930	2.5395	2.8609
20	0.6870	1.3253	1.7247	2.0860	2.5280	2.8453
21	0.6864	1.3232	1.7207	2.0796	2.5176	2.8314
22	0.6858	1.3212	1.7171	2.0739	2.5083	2.8188
23	0.6853	1.3195	1.7139	2.0687	2.4999	2.8073
24	0.6848	1.3178	1.7109	2.0639	2.4922	2.7970
25	0.6844	1.3163	1.7081	2.0595	2.4851	2.7874
26	0.6840	1.3150	1.7056	2.0555	2.4786	2.7787
27	0.6837	1.3137	1.7033	2.0518	2.4727	2.7707
28	0.6834	1.3125	1.7011	2.0484	2.4671	2.7633
29	0.6830	1.3114	1.6991	2.0452	2.4620	2.7564
30	0.6828	1.3104	1.6973	2.0423	2.4573	2.7500
31	0.6825	1.3095	1.6955	2.0395	2.4528	2.7440
32	0.6822	1.3086	1.6939	2.0369	2.4487	2.7385
33	0.6820	1.3077	1.6924	2.0345	2.4448	2.7333
34	0.6818	1.3070	1.6909	2.0322	2.4411	2.7284
35	0.6816	1.3062	1.6896	2.0301	2.4377	2.7238
36	0.6814	1.3055	1.6883	2.0281	2.4345	2.7195
37	0.6812	1.3049	1.6871	2.0262	2.4314	2.7154
38	0.6810	1.3042	1.6860	2.0244	2.4286	2.7116
39	0.6808	1.3036	1.6849	2.0227	2.4258	2.7079
40	0.6807	1.3031	1.6839	2.0211	2.4233	2.7045
41	0.6805	1.3025	1.6829	2.0195	2.4208	2.7012
42	0.6804	1.3020	1.6820	2.0181	2.4185	2.6981
43	0.6802	1.3016	1.6811	2.0167	2.4163	2.6951
44	0.6801	1.3011	1.6802	2.0154	2.4141	2.6923
45	0.6800	1.3007	1.6794	2.0141	2.4121	2.6896
46	0.6799	1.3002	1.6787	2.0129	2.4102	2.6870
47	0.6797	1.2998	1.6779	2.0117	2.4083	2.6846
48	0.6796	1.2994	1.6772	2.0106	2.4066	2.6822
49	0.6795	1.2991	1.6766	2.0096	2.4049	2.6800

Distribución t de Student $P [t(n) > a$

ÍNDICE DE CUADROS

Cuadro N° 6

Clasificación según el Inventario de Depresión de Beck

Intensidad / Severidad	Puntaje
No depresión	1-10
Depresión leve	11-16
Depresión intermitente	17-20
Depresión moderada	21-30
Depresión grave	31-40
Depresión extrema	+ 40

Cuadro N° 7

Prueba t para el grupo de adolescentes

Sujetos	Edades	Hombres	Mujeres	Media	Desviación Estándar	Varianza	Desviación Media
1	15			16,3 años	1,73	2,99	2,99
2	15						
3	18						
4	18						
5	17						
6	17						
7	19						
8	15						
9	15						
10	14						
11	14						
12	15						
13	19						
14	15						
15	18	9	6				
N= 15							

En el cuadro N°7

Al comparar el grupo de hombres y mujeres adolescentes a través de la prueba “t” de Student, se obtuvieron los siguientes resultados:

La edad media en las mujeres fue de: 16,3 años y la de los hombres fue de 16,2 años. Por lo que se puede decir, que no hay diferencias significativas en cuanto a las edades de los adolescentes.

Cuadro N° 8
Prueba t para las medias de dos muestras emparejadas

	Pretest	Postest
Media	20,3	13,3
Desviación estándar	9,84	10,58
Observaciones	15	15
Grados de libertad	14	
Estadístico t	4,87	
Valor crítico de t (una cola)	1,761	

La t obtenida es mayor a la t crítica 1,761, nos indica que hay suficiente evidencia estadística para rechazar la hipótesis nula y sustentar la hipótesis alterna, la cual nos dice que los niveles de depresión en los adolescentes serán menores después de recibir la intervención, comparado con antes de haberlo recibido.

Cuadro N° 9
Operacionalización de Variable Dependiente: Indicadores de Depresión

Categoría	Instrumento	Ítems
Indicadores Cognitivos del Estado de Ánimo	Inventario de Depresión de Beck	- Ítems 6, 8,9, 12,13,14 y 20
Indicadores de la Expresión Emocional del Estado de Ánimo		- Ítems 1,2,3,4,5,7 y 11
Indicadores Comportamentales del Estado de Ánimo		- Ítems 10, 15, 16, 17, 18,19 y 21.

En la presente investigación el análisis se ha realizado a nivel de intergrupo para la cual se ha empleado la validez del criterio absoluto para el instrumento. Lo que implica que la única puntuación como válida y compararla con otra puntuación única posterior a la intervención.

La variable independiente representa la intervención utilizada (Terapia Cognitiva Conductual), que el investigador controla para probar sus resultados.

Cuadro N° 10
Distribución de frecuencias de las Manifestaciones Subjetivas

Ítems que conforman las manifestaciones subjetivas	Puntuación posible	Número de adolescentes	Porcentaje
1. Tristeza	0	7	46,7%
	1	5	33,3%
	2	3	20.%
	3	0	0%
2. Pesimismo	0	5	33,3%
	1	4	26,7%
	2	4	26,7%
	3	2	13,3%
3. Fracaso	0	7	46,7%
	1	4	26,7%
	2	2	13,3%
	3	2	13,3%
4. Insatisfacción	0	6	40%
	1	4	26,7%
	2	0	0%
	3	5	33.3%
5. Culpa	0	7	46,7%
	1	7	46,7%
	2	1	6,67%
	3	0	0%
6. Expectativa de castigo	0	7	46,7%
	1	6	40%
	2	1	6,67%
	3	1	6,67%
7. Auto expresión	0	8	53,3%
	1	3	20%
	2	4	26,7%
	3	0	0%
8. Auto acusación	0	8	53,3%
	1	3	20%
	2	3	20%

	3	1	6,67%
9. Ideas Suicidas	0	9	60%
	1	5	33,3%
	2	0	0%
	3	1	6,67%
11 Irritabilidad	0	6	60%
	1	3	20%
	2	4	26,7%
	3	2	13,3%
13. Indecisión	0	8	53,3%
	1	3	20%
	2	0	0%
	3	4	26,7%
17 Fatigabilidad	0	8	53,3%
	1	3	20%
	2	2	13,3%
	3	2	13,3%
20. Preocupaciones Somáticas	0	5	33,3%
	1	2	13,3%
	2	4	26,7%
	3	4	26,7%
21. Interés Sexual	0	11	73,3%
	1	2	13,3%
	2	2	13,3%
	3	0	0%

Cuadro N° 11
Clasificación de los trastornos del estado de ánimo según la DSM-IV
(APA, 1994)

Trastornos depresivos	Trastornos bipolares	Trastornos anímicos	Trastornos anímicos	Trastorno anímico
1. Trastorno depresivo mayor	1. Trastorno bipolar I.	1. Debido a su condición médica general	1. Inducidos por sustancias	No especificado
2. Trastorno distímico	2. Trastorno bipolar II.			
3. Trastorno depresivo no especificado	3 Trastorno ciclotímico.			
	4. Trastorno bipolar no especificado			

Como se puede comprobar se distinguen los trastornos bipolares de los trastornos depresivos. Dicha distinción obedece exclusivamente a la presencia o no de episodios maníacos.

Cuadro N° 12
INVENTARIO DE DEPRESIÓN DE BECK.

ITEM-1

- No me siento triste
- Me siento triste
- Me siento triste siempre y no puedo salir de mi tristeza
- Estoy tan triste o infeliz que no puedo soportarlo

ITEM- 2

- No me siento especialmente desanimado ante el futuro
- Me siento desanimado con respecto al futuro
- No tengo esperanza en el futuro y creo que las cosas no pueden mejorar

ÌTEM- 3

No me considero un fracasado
Creo que he fracasado más que cualquier persona normal
Al recordar mi vida pasada, todo lo que puedo ver es un montón de fracasos
Creo que soy un fracaso absoluto como persona.

ÌTEM-4

No estoy especialmente insatisfecho
No disfruto de las cosas de la manera en que solía hacerlo
Ya no obtengo una verdadera satisfacción de nada
Estoy insatisfecho o aburrido de todo

ÌTEM-5

No me siento culpable
Me siento culpable una buena parte del tiempo
Me siento bastante culpable casi siempre
Me siento culpable siempre.

ÌTEM-6

No creo que esté siendo castigado
Creo que puedo ser castigado
Espero ser castigado
Creo que estoy siendo castigado.

ÌTEM-7

No me siento decepcionado de mí mismo
Me he decepcionado a mí mismo
Estoy asqueado de mi mismo
Me odio.

ÌTEM-8

No creo ser peor que los demás
Me critico bastante por mis debilidades o errores
Me culpo siempre por mis errores
Me culpo por todo lo malo que sucede

ÌTEM-9

No tengo pensamientos de hacerme daño
Pienso en matarme, pero no lo haría

Me gustaría matarme
Me mataría si tuviera la oportunidad.

ÌTEM-10

No lloro más que de lo habitual
Ahora lloro más de lo habitual
Ahora lloro todo el tiempo
Antes podía llorar, pero ahora no puedo llorar aunque quiera.

ÌTEM-11

No estoy más irritable de lo normal
Las cosas me irritan un poco más que de costumbre
Estoy bastante irritado o enfadado una buena parte del tiempo
Ahora me siento irritado todo el tiempo

ÌTEM-12

No he perdido el interés por otras personas
Estoy menos interesado en otras personas que antes
He perdido casi todo mi interés por las personas
He perdido todo mi interés por las personas.

ÌTEM-13

Tomo decisiones como siempre
Postergo las decisiones más que de costumbre
Tengo más dificultad para tomar decisiones que antes
Ya no puedo tomar decisiones.

ÌTEM-14

No creo que mi aspecto sea peor que antes
Me preocupa el hecho de parecer viejo, sin atractivo
Siento que hay cambios en mi aspecto que me hacen parecer poco atractivo
Creo que soy feo

ÌTEM-15

Puedo trabajar tan bien como antes
Me cuesta mucho más esfuerzo empezar a hacer algo
Tengo que obligarme seriamente para hacer cualquier cosa
No puedo trabajar en absoluto.

ÍTEM-16

Puedo dormir tan bien como antes
No duermo tan bien como antes
Me despierto una o dos horas más temprano que de costumbre y me cuesta mucho volver a dormirme
Me despierto varias horas antes de lo que solía y no puedo volver a dormirme

ÍTEM-17

No me canso más que antes
Me canso más fácilmente que antes
Me canso sin hacer casi nada
Estoy demasiado cansado para hacer algo

ÍTEM-18

Mi apetito no es peor que antes
Mi apetito no es tan bueno como solía ser antes
Mi apetito está mucho peor ahora
Ya no tengo apetito.

ÍTEM-19

No he perdido mucho peso, si es que he perdido algo, últimamente
He perdido más de dos kilos y medio
He perdido más de cinco kilos
He perdido más de siete kilos y medio.

ÍTEM-20

No me preocupo por mi salud más que de costumbre
Estoy preocupado por problemas físicos como por ejemplo dolores, molestias estomacales o estreñimiento
Estoy muy preocupado por problemas físicos y me resulta difícil pensar en otra cosa
Estoy tan preocupado por mis problemas físicos que no puedo pensar en otra cosa

ÍTEM-21

No he notado cambio alguno reciente en mi interés por el sexo.
Estoy menos interesado en el sexo de lo que solía estar
Ahora estoy mucho menos interesado en el sexo
He perdido por completo el interés por el sexo.

Cuadro N° 13
Cronología de las Terapias Cognitivas Conductuales (Obst, 2008)

Año	Nombre de la terapia	Autores
1958	Terapia racional emotivo conductual	Ellis
1963	Terapia cognitiva	Beck
1971	Entrenamiento en auto instrucciones	Meichenbaum
1971	Entrenamiento en manejo de ansiedad	Suin y Richardson
1971	Terapia de solución de problemas	D`Zurilla y Goldfriend
1971	Terapia de solución de problemas	Spivack y Shure
1973	Entrenamiento en inoculación de estrés	Meichenbaum
1974	Reestructuración racional cognitiva	Golfried
1975	Terapia de conducta racional	Maultsby
1977	Terapia de autocontrol	Rehm
1983	Terapia cognitivo estructural	Guidano y Liotti
1986	Terapia de valoración cognitiva	Wessler y Hankin
1990	Terapia centrada en los esquemas	Young

La primera terapia cognitiva conductual fue propuesta por Ellis y posteriormente, con una línea de fundamentos muy similar, se conoció la terapia de Beck. Ambos representan las psicoterapias más extendidas y utilizadas hoy en día. Otras, aunque más actuales, se centran en temas específicos y su aplicación es aún limitada.

Cuadro N° 14
Tipos principales de esquemas según (Clark, Beck y Alford, 1999)

Tipo	Definición
Cognitivo conceptuales	Seleccionan, recuperan, almacenan, e interpretan la información. Ej... Las creencias intermedias y centrales
Afectivos	Perciben los estados de sentimiento y sus combinaciones. Ej.. el afecto positivo o negativo
Fisiológicos	Representan funciones y procesos somáticos. Ej.. muy relevantes en el trastorno de pánico.
Conductuales	Son códigos disposicionales de respuesta y programas listos para la acción que permitan ejecutar

	conductas.Ej... la activación de la conducta de evitación fóbica.
Motivacionales	Esquemas implicados en estrategias y conductas primarias, en dirección de metas. Ej... apetito, logro y poder.

Los esquemas definen organización preexistente de los conceptos y se forman a través de la experiencia. Son dinámicos, flexibles y cambiantes con las nuevas experiencias. Se subyugan a los cambios que se producen a medida que los nuevos materiales se van incorporando. El recuerdo es el proceso de activación de los esquemas apropiados que son, en sí mismos, la integración dinámica de los ítems de información (Caro, 2006).

Cuadro N° 15
Distribución de frecuencias de las manifestaciones objetivas

Ítems que conforman las manifestaciones objetivas	Puntuación posible	Número de adolescentes	Porcentaje
10. Episodios de llanto	0	9	60 %
	1	4	26,7 %
	2	2	13,3 %
	3	0	0,0 %

12 . Interés social	0	5	33,3 %
	1	2	13,3 %
	2	7	46,7 %
	3	1	6.7 %

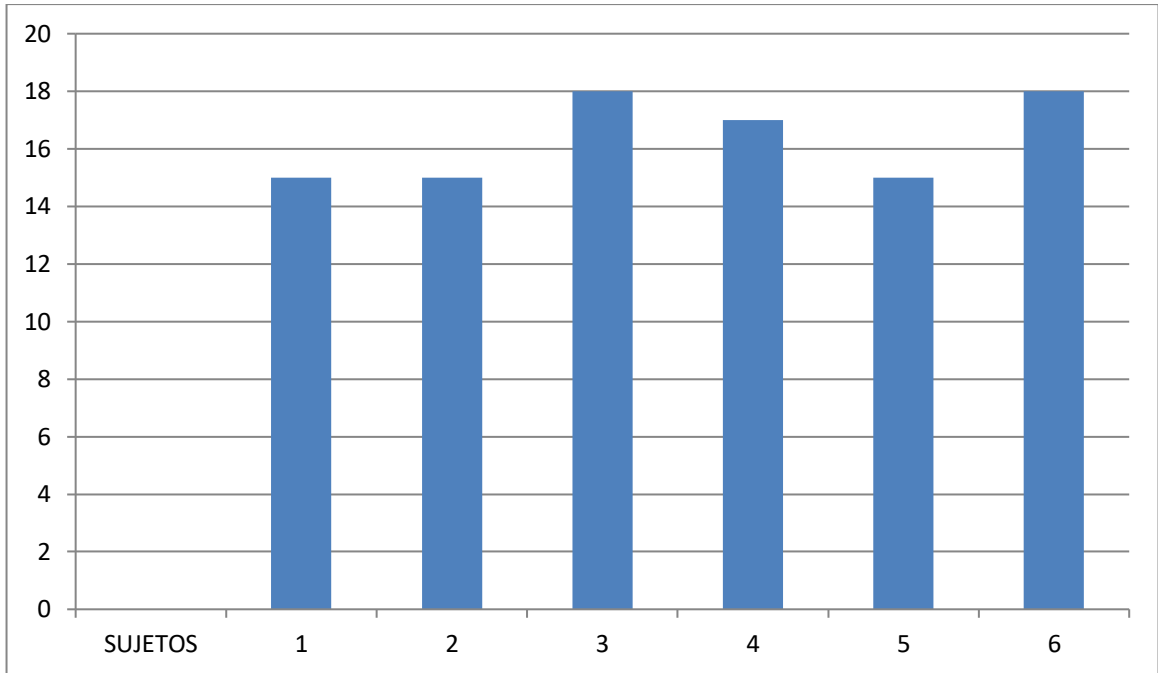
14. Cambios en la imagen corporal	0	10	66,7 %
	1	2	13,3 %
	2	3	20 %
	3	0	0,0 %
15. Retardo laboral	0	5	33,3 %
	1	3	20 %

	2	5	33,3 %
	3	2	13,3 %

16. Insomnio	0	8	53,3 %
	1	6	40 %
	2	1	6,7 %
	3		
18. Pérdida de apetito	0	6	40 %
	1	6	40 %
	2	2	13,3 %
	3	1	6,7 %
19. Pérdida de peso	0	11	73,3 %
	1	0	0,0 %
	2	2	13,3 %
	3	2	13,3 %

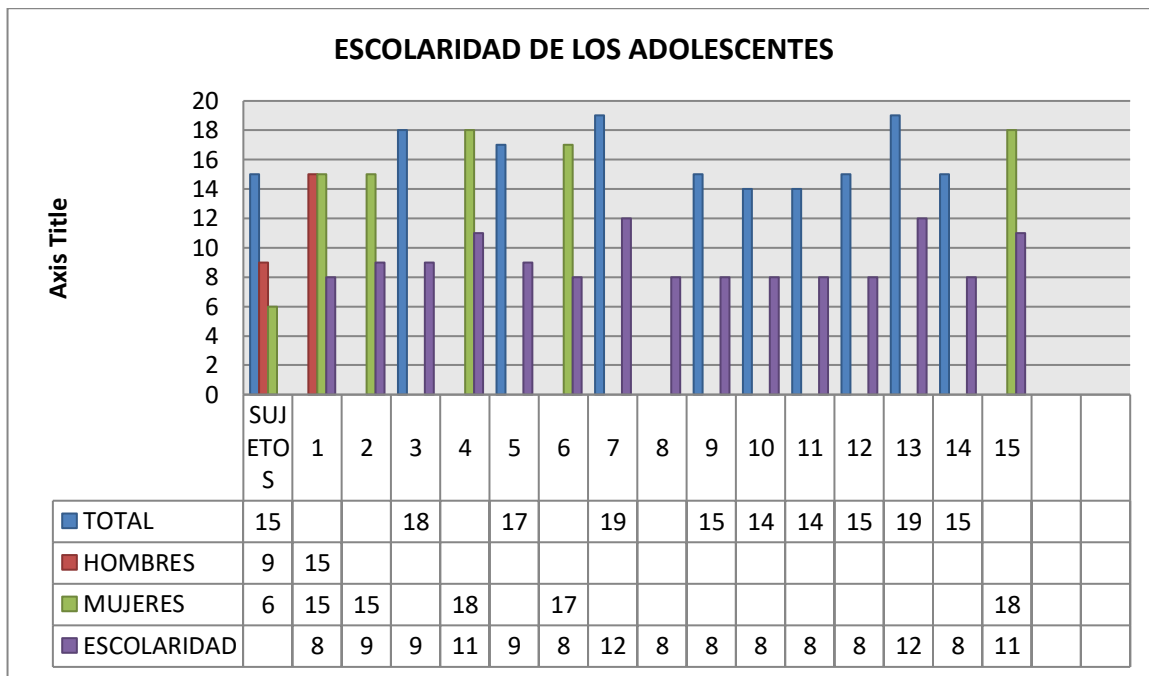
ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico N° 6
Edad de los Adolescentes
MUJERES



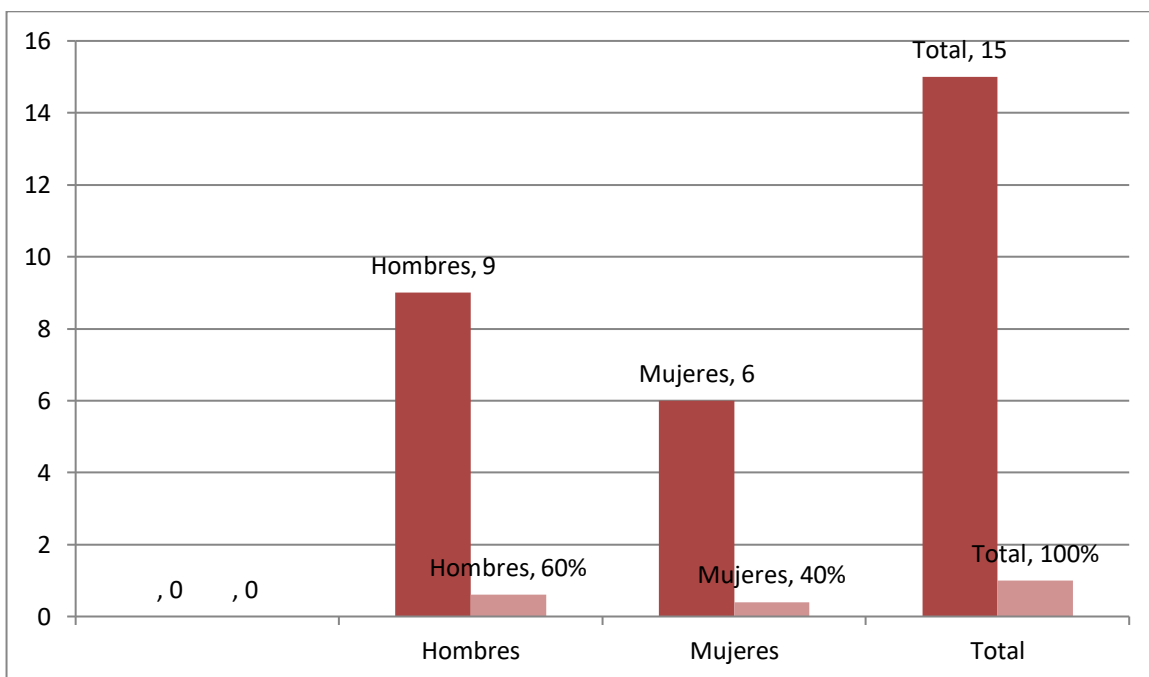
La edad de los adolescentes del género femenino, su promedio es de 16,3 años.

Gráfico N° 7
Escolaridad de los Adolescentes



El nivel de escolaridad en los adolescentes, está concentrada en la Pre-media con 11 adolescentes de ambos géneros, que representa el 73,3 % y 4 adolescentes de ambos géneros en la Media, lo que representa el 26,7 %.

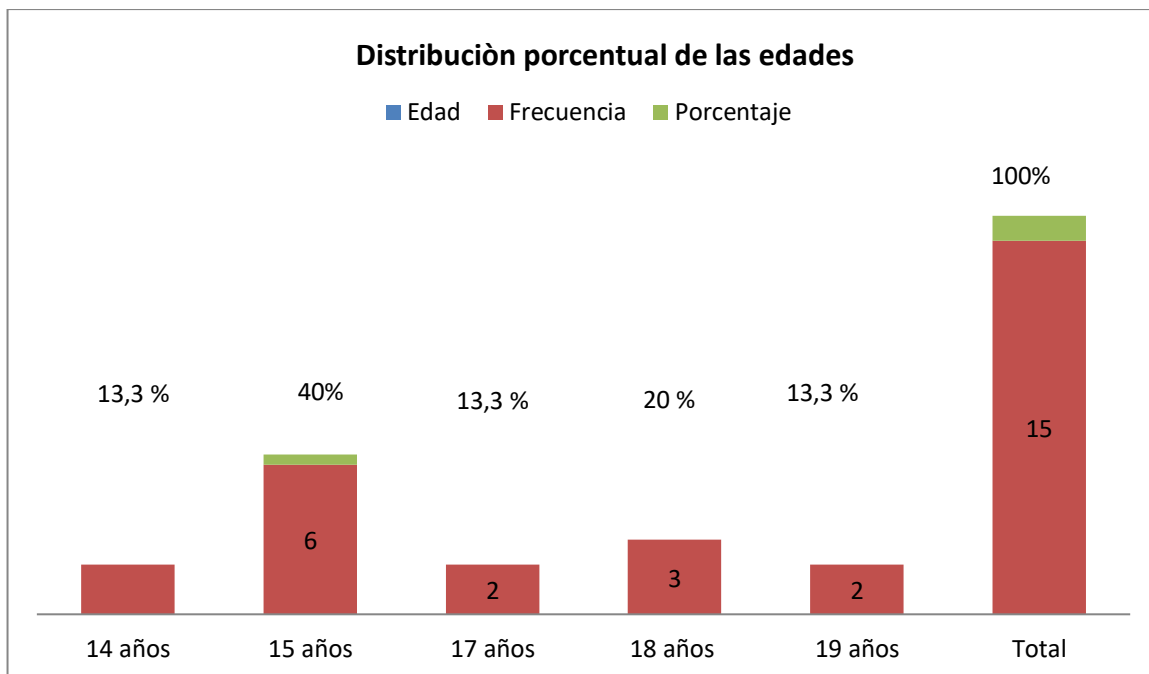
Gráfico N° 8
Distribución porcentual por géneros en los adolescentes



	Frecuencia	Porcentaje
Hombres	9	60 %
Mujeres	6	40 %
Total	15	100 %

En la gráfica N° 8 nos muestra un total de 15 adolescentes; 9 hombres que representan el 60 % y 6 mujeres que representan el 40 %

Gráfico N° 9
Distribución porcentual por edades de los adolescentes



En la gráfica N° 9 nos muestra por edades los porcentajes de los adolescentes en el estudio: 2 adolescentes con 14 años, representa el 13,3 %, 6 adolescentes de 15 años, que representa el 40%, 2 adolescentes de 17 años que representa el 13,3 %, 3 adolescentes de 18 años, que representa el 20% y 2 adolescentes de 19 años, que representa el 13,3 %.

Gráfico N° 10
Tamaño de la muestra de acuerdo a las edades de los adolescentes (hombres)

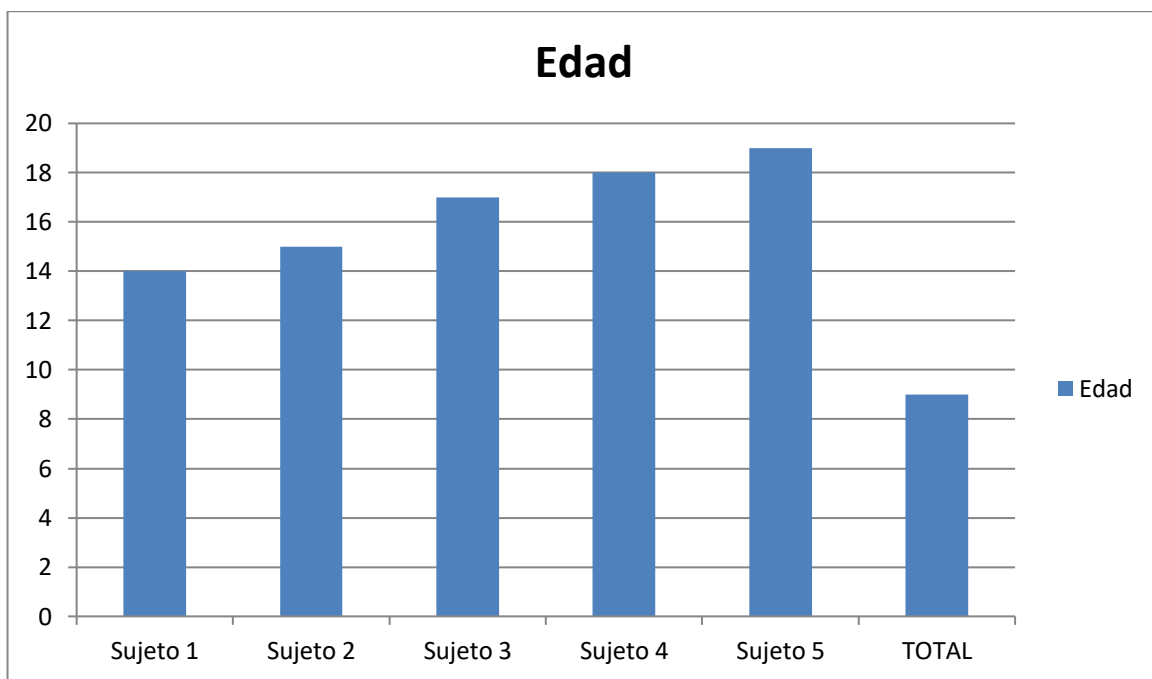


Gráfico N° 10
Edad de los hombres, de una muestra de 9 adolescentes, con edades de 14 (2), 15 (3), 17 (1), 18 (1) y 19 (2), haciendo un total de 9 adolescentes.