

UNIVERSIDAD DE PANAMA
FACULTAD DE PSICOLOGÍA
VICERRECTORIA DE INVESTIGACIÓN Y POSTGRADO
PROGRAMA DE MAESTRÍA EN PSICOLOGÍA CLÍNICA



EFFECTIVIDAD DE LA TERAPIA BREVE DE BECK EN PACIENTES
CON RIESCO SUICIDA

Por Luzmila Alvarez Oller

Tesis presentada en
cumplimiento de los
requisitos exigidos para optar
por el grado de Maestría en
Psicología Clínica

PANAMÁ, 2012

UNIVERSIDAD DE PANAMA

Vice Rectoría de Investigación y Post Grado

Formulario de Inscripción

Programa:	Psicología Clínica
Facultad:	Psicología
Número de Código:	327-14-06-10-87
Nombre del Estudiante:	Luzmila Alvarez Oller 4-132-1343
Título al que aspira:	Magister en Psicología Clínica
Tema de la Tesis:	Efectividad de la Terapia Breve de Beck en Pacientes con Riesgo Suicida.
Resumen Ejecutivo:	Se trata de un diseño cuasi experimental con pre test y post test, con grupos intactos, a realizar en un colegio del área metropolitana de la capital. En un principio se aplicará una pre prueba a los estudiantes, aquellos que presenten índices de riesgo alto de ideación suicida se les aplicará el tratamiento, luego del tratamiento a los estudiantes se les aplicará la post prueba para medir si los niveles de riesgo disminuyeron.
Nombre del Asesor:	Ricardo López J.
Firma del Asesor:	_____
Aprobado:	_____
	Coordinador del Programa

	Director del Programa de Post Grado de la Vice Rectoría de Investigación
Fecha:	

DEDICATORIA

A mis hijos Abigail y Pedro José quienes me han apoyado en este camino esperando ver los frutos de este trabajo.

A mis hermanas con sus mejores deseos me han inspirado a seguir hacia adelante en la tesis.

A mis compañeras de estudios por tener fe en mi trabajo.

A mis profesores con sus enseñanzas y experiencias que me dieron todo el soporte necesario para culminar mi trabajo.

En especial a los estudiantes que participaron en el proyecto de investigación, que compartieron conmigo sus experiencias y me enseñaron que la vida vale y tener una segunda oportunidad es una bendición.

AGRADECIMIENTOS

Agradecer a Dios todos los días por poner en mi camino esta experiencia tan enriquecedora.

A la Doctora Vali Maduro de Gateño por el tiempo y los libros que compartió conmigo.

A mis colegas que me han apoyado en todo momento, con sus ánimos y palabras de aliento y libros, gracias chicas.

A mi mentor y guía que siempre corrigiendo y estimulándome para que siguiera sin rendirme, gracias Profesor López.

A mis hermanas que están siempre orgullosas de mí y están esperando que este momento llegue.

A mis padres que si no fuera por sus concejos no habría llegado hasta donde voy en este camino.

A los profesores de la maestría que llenos de motivación llegaban todos los días a impartir sus conocimientos.

A mi coaches Tamara de Zebede y Juan Carlos VanSice que no dudaron, siempre dándome aliento y enseñándome a buscar el camino para poder terminar la tesis.

A mis tías que siempre con sus rezos han acompañado mis estudios.

INDICE

PORTADA	i
REGISTRO DE TESIS	ii
DEDICATORIA	iii
AGRADECIMIENTO	iv
RESUMEN	1
INTRODUCCION	2

CAPITULO I

MARCO TEORICO PARA UNA INTERVENCION PSICOTERAPEUTICA EN ADOLESCENTES CON RIESGO DE IDEACION SUICIDA.

1. Antecedentes históricos.	3
2. La depresión y la desesperanza	5
3. Criterios DSM-IV TR	6
3.1 Diagnóstico diferencial: episodio depresivo mayor	8
4. Adolescentes	10
4.1 Etapas de desarrollo	10
4.1.1 Cambios Biológicos	10
4.1.2 Cambios neurológicos	12
4.1.3 Cambios sociales	11
4.2 Ciclo Vital: Erick Erickson	14
4.2.1 Etapa 1: Confianza básica frente a la desconfianza	14
4.2.2 Etapa 2: Autonomía frente a la vergüenza	15
4.2.3 Etapa 3: Iniciativa frente a la culpa	15
4.2.4 Etapa 4: Diligencia frente a la inferioridad	16
4.2.5 Etapa 5: Identidad frente a la confusión	16
4.3 Conflictos comunes de la adolescencia	17
4.3.1 Desordenes alimenticios	18
4.3.2 Uso del alcohol	20
4.3.3 Uso de drogas	21

4.3.4	Trastorno de déficit de atención con hiperactividad	22
4.3.5	Otros factores ambientales que están presentes en la ideación suicida	22
5.	Las conductas suicidas	24
5.1	El pensamiento suicida	25
5.2	El enfoque conceptual: la suicidalidad y la psicoterapia	26
5.3	El Adolescente suicida	28
5.4	Factores que afectan de forma desafortunada a la población adolescente	28
5.5	Los intentos de suicidio y la automutilación en adolescentes	29
5.6	La fantasía de ser rescatado en el suicidio	30

CAPITULO II

TRATAMIENTO DE LA IDEACION SUICIDA EN ADOLESCENTES

1.	Marco Teórico	33
1.1.	Conducta autodestructiva del adolescente	34
2.	Definición de conceptos relacionados al suicidio y su ideación	36
3.	Corrientes psicológicas que abordan la ideación suicida y al suicidio	37
3.1	Modelo Cognitivo	37
3.2	Modelo Psicoanalítico	39
3.3	Modelo Biológico	40
4.	Técnicas Terapéuticas	40
4.1	Terapia Psicoanalítica breve con base en la Relaciones Objetales	40
4.2	Terapia Farmacológica	41
4.3	Terapia de la Conducta	43
5.	Técnicas cognitivas conductuales	44
5.1.	Terapia breve de Beck	44
6.	Reestructuración Cognitiva	46
6.1.	Los A-B-C de la reestructuración cognitiva	46
6.2.	Modelo A-B-C aplicado a la suicidalidad	48

CAPITULO III
METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACION

1. Metodología	52
1.1 Planteamiento del problema	52
1.2 Justificación	53
1.3 Pregunta de investigación	54
2. Objetivos de la Investigación	54
2.1 Objetivos generales	54
2.2 Objetivos específicos	54
3. Hipótesis	55
3.1 Hipótesis conceptual	55
3.2 Hipótesis estadística	55
3.2.1 En relación a la depresión	55
3.2.2 En relación a la desesperanza	56
3.2.3 En relación a la ideación suicida	56
3.2.4 En relación a la baja autoestima	56
3.2.5 En relación a la hostilidad	57
4. Modelos de análisis estadístico	57
5. Diseño y estrategia de investigación	57
6. Definición de variables	58
6.1 Variable independiente	58
6.2 Variable dependiente	59
7. Definiciones conceptuales	59
7.1. Intervención psicoterapéuticas	59
7.2. Diseño de las sesiones individuales	59
7.3. Desesperanza	63
7.4. Ideación suicida	63
7.5. Baja autoestima	63
7.6. Hostilidad	63
8. Población y muestra	63

8.1. Población objetivo	64
8.2. Muestra	
8.3. Técnicas de muestreo	64
8.4. Criterios de inclusión	64
8.5. Confiabilidad	65
8.6. Procedimiento	65
9. Técnicas de medición e instrumentos	66
9.1 Entrevista Clínica	66
9.2 Inventario para la depresión de Beck (traducido)	66
9.3 Escala de Probabilidad Suicida (Suicide Probability Scale) SPS	67
9.4 Terapia Cognitiva de Beck	69
10. Resultados y análisis de resultados	70

CAPITULO IV CONCLUSIONES

1. Conclusiones	82
1.1 Análisis de resultados	83
2. Recomendaciones	85
2.1 En relación a la muestra	85
2.2 En lo profesional	86
BIBLIOGRAFIA	88
ANEXOS	
INDICE DE TABLAS	70
INDICE DE GRAFICAS	73

INDICE DE TABLAS

Tabla No I Datos socio demográficos	70
Tabla No II Comparación Pre test – Post test escala de desesperanza	71
Tabla No III Estadística descriptiva comparación de desesperanza Pre test – Post Test	72
Tabla No IV Comparación Pre test – Post test escala ideación suicida	74
Tabla No V Estadística descriptiva comparación de ideación suicida Pre test – Post Test	75
Tabla No VI Comparación Pre test – Post test escala baja autoestima	77
Tabla No VII Estadística descriptiva comparación de baja autoestima Pre test – Post Test	78
Tabla No VIII Comparación Pre test – Post test escala hostilidad	79
Tabla No IX Estadística descriptiva comparación hostilidad Pre test – Post Test	81

INDICE DE GRAFICAS

Gráfica No 1 Comparación entre el pre test y el post test escala desesperanza	73
Gráfica No 2 Comparación entre el pre test y el post test escala ideación suicida	76
Gráfica No 3 Comparación entre el pre test y el post test escala baja autoestima	79
Gráfica No 4 Comparación entre el pre test y el post test escala de hostilidad	81

INDICE DE ANEXOS

Anexo No 1 Paciente 1	96
Anexo No 2 Paciente 2	107
Anexo No 3 Paciente 3	115
Anexo No 4 Paciente 4	123
Anexo No 5 Paciente 5	130

Anexo No 6 Carta al director del plantel	138
Anexo No 7 Carta de consentimiento de los padres	139
Anexo No 8 Carta de consentimiento de los alumnos	140
Anexo No 9 inventario de depresión de Beck	141
Anexo No 10 Test Escala de probabilidad de suicidio	142

RESUMEN

El objetivo de la presente investigación es validar la efectividad de una intervención psicoterapéutica cognitiva conductual breve en estudiantes que sufren de trastorno depresión mayor y de síntomas como lo son la desesperanza, la ideación suicida, la baja autoestima y la hostilidad. Mediante un diseño de investigación cuasi-experimental de estudio de caso tipo pre test - post test sin grupo control. Se estableció un nivel de significación de 0.05. Se concluye que aunque no se lograron cambios estadísticamente significativos, no significa que no hubo mejoría en los adolescentes tratados. Esto nos indica que no es suficiente aplicar solo la terapia cognitiva conductual para disminuir los niveles a niveles significativos en las sub escalas de ideación suicida, desesperanza, baja autoestima y hostilidad. Sin embargo, podemos mencionar que si hubo mejoría y los adolescentes lograron establecer planes para el futuro y bajaron los niveles de depresión y de ideación suicida.

SUMMARY

The objective of our research is to validate the effectiveness of the brief cognitive therapy individual therapeutic intervention, in a group of students who suffer a major depressive disorder or hopeless, or suicide ideation, or low self- esteem or hostility. This project was evaluated using a quasi-experimental case study research design, wish includes pre test - post test with no control group. We established a 0.05 alpha significance level. We conclude no statistic significance change where achieve in the student treated. During the treatment, they developed considerably reduced their levels of depression, suicide ideation, self esteem and hostility.

INTRODUCCIÓN

Escuchar la conversación de algunos jóvenes adolescentes que dicen que si no logran algo, ellos se suicidan o si ésta chica o chico no los ama prefieren estar muertos, muchas veces impulsados por esa misma fuerza y la intensidad con la que viven es la que los conduce a pensar que no hay otra opción. O'Connor, 2010.

La juventud hoy en día vive buscando no tener dolor, pensando que si no se ve la solución al conflicto lo mejor es terminar con el dolor que produce. Tal vez sean el producto de una sociedad que se mueve a una velocidad vertiginosa y donde se le enseña a la juventud que es el factor tener lo que es síntoma de éxito y cuando esto no se alcanza de manera rápida casi espontanea es lo que lleva al joven a sumergirse en una depresión que lo puede llevar a tener pensamientos de ideación suicida, Ellis, 2008.

Con el fin de disminuir el síntoma de los adolescentes, a falta de herramientas adecuadas se les proporcionará a través de las sesiones terapéuticas cognitivas desarrolladas por Beck, una forma de enfrentar sus problemas de manera positiva y que puedan adquirir nuevas formas de afrontamiento.

Mediante un diseño de investigación cuasi experimental de estudio de caso pre test – post test sin grupo control, se valorará la eficacia de la psicoterapia cognitiva breve de Beck sobre las variables depresión, ideación suicida, baja autoestima, desesperanza y hostilidad, aprendiendo modos de afrontamientos positivos para mejorar sus formas cognitivas de los problemas.

CAPITULO I

MARCO TEORICO PARA UNA INTERVENCION PSICOTERAPEUTICA EN ADOLESCENTES EN RIESGO DE IDEACIÓN SUICIDA.

“El suicidio no importa la edad es un acto de desesperación” Sabbath, (1969).

1. Antecedentes históricos.

Para poder hablar de la ideación suicida como tal, debemos hablar de la historia del suicidio, ya que es muchos años después de estudiar los suicidios que se llega a la conclusión que para una persona intentar suicidarse tiene que planearlo con anticipación lo que conlleva a la ideación suicida que es nuestro objeto de estudio. Al hablar del suicidio nos transportamos en el tiempo hacia la Grecia de Aristóteles, el gran filósofo griego (384 a.C. – 322 a. C), decía sobre el suicidio que: es un crimen contra la sociedad que nos escoge y un acto de cobardía y desesperación. (Matau, J., 2008).

Luego de muchos años la iglesia católica retoma el tema del suicidio y dice que se le considera mala muerte, una condición no aceptada, incluso se le negaba la sepultura en el campo santo al suicida, se estigmatizaba a las personas cercanas a él y se le consideraba un enajenado mental, con esto se sienta el precedente de que tras el suicidio hay indicios de locura. (Quintanar, F. 2007).

Encontramos que los términos suicidio y suicida, tiene sus orígenes según Clemente y González (1996), en dos frentes: uno en Gran Bretaña en el siglo XVII y el otro en Francia en el siglo XVII, ambos términos fueron incluidos en la Academia Francesa de la Lengua en 1762 y significaba: "el acto que se mata a sí mismo". El Doctor Pinel (1801), consideró al suicidio una enfermedad cuyo síntoma era la melancolía. (Quintanar, F. 2007). A través de los estudios del doctor Griesinger (1817-1868), en su libro *Die Pathologie und Therapie der Psychischen Krankheiten*, (1845), es reconocida la existencia ya de la depresión infantil. (Rodríguez Sacristán, J., 1998).

En los antecedentes psicodinámicos debemos mencionar a Sigmund Freud (1913-1963), y su estudio sobre la dinámica de la depresión, suponía que el yo podía matarse, solo si se trataba a sí mismo como un objeto, así concluyó que el suicidio resulta del desplazamiento de los impulsos homicidas. Sugiere que, los deseos destructivos hacia un objeto internalizado, son dirigidos en contra del *self*. Luego

redefinió al suicidio como la victimización del yo por un superyó sádico (Gabbard, 2009).

Algunos años después, Menninger (1933), presentó su trabajo donde definió tres deseos que contribuían al acto de suicidio: el deseo de matar, el deseo de ser matado y el deseo de morir. Señaló que el deseo de matar puede ser dirigido no solamente hacia un objeto interno, sino, también va destinado a destruir la vida de los sobrevivientes; puede ser una venganza en contra de los padres, el esposo o el novio del paciente.

Podemos entonces, establecer que la primera fase de la conducta suicida es: la ideación suicida. Se dice que la ideación suicida es el deseo de muerte y de pensamientos persistentes de querer matarse, forma parte de la conducta suicida y se encuentra presente en muchos adolescentes (Beck, 1979). Esta ideación suicida va unida al concepto de ideación mórbida o de pensamientos repetitivos en relación a la muerte, en algunos adolescentes es de suma importancia prestar el debido cuidado para evitar que se conecte con intentos de suicidio. (Domènech – Lliberia, 1995).

Podemos acotar que desde el punto de vista epidemiológico el concepto de la ideación suicida es muy amplio y abarca cogniciones cuyo contenido puede ser variado. Puede referirse a pensamientos fugaces sobre si vale la pena vivir la vida hasta pasar por intensas preocupaciones con fantasías autodestructivas, también puede abarcar planes muy definidos y meditados para matarse (Goldney, 1989).

La contribución de Beck, fue la definición del concepto: como los pensamientos persistentes de suicidarse, con la elaboración de planes para llevarlo a cabo, es el intenso deseo de matarse (Beck, 1985).

A la ideación suicida se le considera un indicador de riesgo de suicidio sobre todo cuándo es muy persistente en los pensamientos del paciente, dado que se tiene como resultados que en la mayoría de los casos, los pacientes han logrado verbalizar la ideación suicida antes de atentar contra sus vidas. (Freeman & Reinecke, 1995; Diaz, et. al.,1997; Rodriguez, 1998).

En muchos países de Latinoamérica no se cuenta con una cifra efectiva sobre los casos de ideación suicidas ya que los mismos no se reportan hasta que el adolescente intenta cometer suicidio, por tal motivo, vamos a decir que es un rasgo muy importante a la hora de evaluar al paciente. Tomar en cuenta la ideación suicida y a la vez tocar el tema de la depresión en los adolescentes. En estudios realizados en estudiantes se ha encontrado que la depresión juega un papel primordial en sujetos con ideación suicida. (Garnefski, Diekstra, y Heus, 1992).

En la República de Panamá, la Contraloría General de la Nación sólo cuenta con datos estadísticos de suicidios positivos, sin embargo no los tiene dispuestos en un renglón separado sino en una sección donde no se hace diferencia entre las muertes por accidentes y los suicidios.

Cuadro 221-06. DEFUNCIONES EN LA REPÚBLICA, SEGÚN CAUSA Y CON CERTIFICACIÓN MÉDICA: AÑOS 2005-09.

ACCIDENTES, LESIONES AUTOINFLIGIDAS, AGRESIONES Y OTRA VIOLENCIA.....	2005	2006	2007	2008	2009
	172	186	170	186	178

Contraloría General de la Nación 2009.

2. La depresión y la desesperanza en adolescentes.

La depresión parece haberse convertido en una epidemia, cada día más personas están depresivas por períodos más largos de tiempo. En estudios realizados por la Organización Mundial de la Salud se considera que la depresión en sí, causa más muertes que el Síndrome de Inmuno Deficiencia Adquirida, (SIDA). Se estima que solo en los Estados Unidos el número de casos de suicidio se encuentra alrededor de treinta y tres mil personas, (O'Connors, 2009).

Para definir la depresión podemos decir que no solo afecta el cuerpo, los sentimientos, los pensamientos y la conducta de las personas, las incapacita haciéndola sentir que es inútil pedir ayuda. La depresión quita la vitalidad, es como si una gran manta cubriera a la persona que la apartara del mundo y a la vez lastima: la hace sentir triste, sin esperanza (O'Connor, 2009).

La depresión es un término que se utiliza con mucha frecuencia para describir un estado de ánimo, el sujeto se siente sin aliento, desesperanzado está descrito en el DSM IV TR como uno de los síntomas de los Trastornos del Ánimo (DSM-IV TR, 2002).

El malestar psicológico activado por la desesperanza de no poder encontrar un camino hacia el triunfo se demuestra en las deserciones escolares, embarazos precoces, uso de alcohol o drogas. Cuando los chicos no ven a través de los estudios un medio rápido para salir de sus problemas económicos y sociales empieza un proceso de tristeza, depresión y fracasos lo que conlleva a algunos a pensar en el suicidio como opción (Ellis, 2008).

Es tan importante cuando vemos un padre que le dice al hijo: “*no digas eso*” cuando expresa el hijo que quiere morir, cuando escuchan al hijo decir que “*tu no me quieres*” o “*me quiero morir*” lo importante es poner atención al joven y dedicarle el tiempo que necesita, que se le escuche y se le brinde el apoyo para salir de sus problemas ya sean de escuela o presión de grupo (Cole, 2000).

Para iniciar nuestro estudio procederemos a definir lo que el DSM-IV TR, Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales define como depresión mayor, ya que, será de gran valor a la hora de evaluar a nuestra muestra de estudio.

3. Criterios DSM-IV TR (2002) para el episodio depresivo mayor.

A. Presencia de cinco o más de los siguientes síntomas durante un periodo de 2 semanas, que representan un cambio respecto a la actividad previa: uno de los síntomas debe ser (1) estado de ánimo depresivo o (2) pérdida de interés o de la capacidad para el placer.

(1) Estado de ánimo depresivo la mayor parte del día, casi cada día según lo indica el propio sujeto, (p. ej. se siente triste o vacío) o la observación

realizada por otros (p. ej. el llanto). **Nota:** en los niños y adolescentes el estado de ánimo puede ser irritable.

- (2) Disminución acusada del interés o de la capacidad para el placer en todas o casi todas las actividades, la mayor parte del día, casi cada día (según refiere el propio sujeto u observan los demás).
 - (3) Pérdida importante de peso sin hacer régimen o aumento de peso (p. ej. un cambio de más de 5% del peso corporal en 1 mes), o pérdida o aumento de apetito casi cada día. **Nota:** en niños hay que valorar el fracaso en lograr los aumentos de peso aceptables.
 - (4) Insomnio o hipersomnia casi cada día.
 - (5) Agitación o enlentecimiento psicomotores casi cada día (observable por los demás, no meras sensaciones de inquietud o de estar enlentecido)
 - (6) Fatiga o pérdida de energía casi cada día
 - (7) Sentimientos de nulidad o de culpa excesivos o inapropiados (que pueden ser delirantes) cada día (no los simples auto reproches o culpabilidad por el hecho de estar enfermo)
 - (8) Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse o indecisión, casi cada día (ya sea una atribución subjetiva o una observación ajena)
 - (9) Pensamientos recurrentes de muerte (no solo temor a la muerte), ideación suicida recurrente sin un plan específico o una tentativa de de suicidio o un plan específico para suicidarse.
- B. Los síntomas no cumplen los criterio para un episodio mixto (v. pág. 341)
- C. Los síntomas provocan malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral, o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.
- D. Los síntomas no son debidos a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p. ej., una droga, un medicamento) o una enfermedad medica (p. ej. hipotiroidismo)
- E. Los síntomas no se explican mejor por la presencia de un duelo (p.ej., después de la pérdida de un ser querido), los síntomas persisten durante más de 2 meses o se caracterizan por una acusada incapacidad funcional, preocupaciones mórbidas de inutilidad, ideación suicida, síntomas psicóticos o enlentecimiento psicomotor.

El diagnóstico que más a menudo presentan estos jóvenes es el de depresión mayor: según el DSM IV TR indica que se trata de:

- Estado de ánimo en extremo deprimido que dura al menos dos semanas
- Incluye síntomas cognoscitivos (con sentimientos de poco valor de sí mismo y de indecisión).
- Funciones físicas perturbadas, patrones de sueño alterados, falta de apetito y una baja actividad.
- Hay una marcada falta de interés y pierden el placer por la vida, incluyendo el participar en ambientes familiares y de amigos.
- Los logros laborales o escolares se ven perturbados. (Bloqueo mental).

En la actualidad, los criterios utilizados en el niño y el adolescente para el diagnóstico de un episodio depresivo mayor son similares a los del adulto, salvo dos anotaciones. En primer lugar, el estado de ánimo en niños y adolescentes puede ser irritable como un equivalente al ánimo deprimido, y en segundo lugar, más que valorar pérdida de peso o aumento de peso propio del adulto, se valorará el fracaso en lograr los aumentos de peso esperables DSM-IV TR (2002).

3.1 Diagnóstico diferencial episodio depresivo mayor.

Según el DSM IV TR el diagnóstico diferencial se establecerá según la historia clínica, los hallazgos de laboratorio o la exploración física, en la entrevista debemos distinguir los siguientes trastornos:

- Un trastorno del estado de ánimo inducido por sustancias.
- La distraibilidad y la baja tolerancia a la frustración pueden darse tanto en un trastorno por déficit de atención con hiperactividad
- Los episodios maníacos con estado de ánimo irritable o de los episodios mixtos.
- Un trastorno adaptativo con estado de ánimo depresivo. (DSM-IV TR 2002).

Cabe señalar que los períodos de tristeza son aspectos inherentes de la experiencia humana. Estos períodos no se deben diagnosticar como un episodio depresivo mayor a no ser que cumplan con los criterios de gravedad, cinco de los nueve síntomas y duración clínicamente significativa. El trastorno depresivo no especificado puede ser apropiado para los cuadros de estado de ánimo depresivo por incapacidad clínica significativa que no cumplen los criterios de gravedad o de duración (DSM-IV TR, 2002).

Algunos pacientes pueden considerar el suicidio como una solución a lo que ellos consideran no tiene solución, en otras palabras, es un síntoma intratable o incurable (insomnio, dolor, angustia) o un problema ambiental como el desempleo, fracaso escolar, divorcio de los padres. La valoración de estos casos se debe hacer con mucho cuidado ya que algunos de estos los casos lo que busca es solucionar sus problemas ambientales o una forma de llamar la atención, querer suicidarse o querer morirse puede ser una forma de manipulación para obtener respuestas positivas ya sea de los padres, médicos u otras personas importantes (Lewinsohn, 1995).

En el trastorno adaptativo define a los individuos que desarrollan ideación suicida o el comportamiento suicida como respuesta a estresores psicosociales y en ausencia de otros síntomas que reúnan los criterios para otro trastorno específico del DSM IV TR, suele utilizarse para describir comportamientos suicidas en adolescentes (Lewinsohn, 1995).

Los adolescentes bipolares comparados con los simplemente depresivos o normales, experimentan un peor funcionamiento en general y tasas más elevadas de comorbilidad, más intentos suicidio y más consultas psiquiátricas (Lewinsohn, 1995).

Antes del inicio del trastorno del ánimo, con frecuencia se observan cambios prodrómicos y en especial el humor depresivo, aumento de energía o disminución de energía, astenia y descontrol colérico y/o arrebatos emocionales e irritabilidad (Egeland, 2000).

4. Adolescencia.

Una vez se ha descrito el episodio depresivo mayor según el DSM IV TR (2002), la desesperanza y su relación con la ideación suicida, a continuación se definirá que es un adolescente y cuáles serán los cambios por los que pasarán durante el período que pasa de ser niño a adolescente (Ellis, 2008).

La adolescencia: es el período de transición entre la niñez y la edad entre los 18 y los 20 años. La tarea primordial del adolescente es lograr la identidad del yo, y evitar la confusión de roles. La identidad yoica se define como saber quiénes son y como encajan en el resto de la sociedad, exige que se tome todo lo que el adolescente ha aprendido acerca de la vida y de sí mismo y lo moldee a una autoimagen unificada que la sociedad considere como significativa (Erickson, 1956).

Etimológicamente la palabra adolescencia deriva del latín *adolescere*, que significa crecer o desenvolverse y ha sido utilizada para caracterizar una etapa del ciclo vital marcado por ser intenso y conflictivo en el proceso de autoafirmación, de absorción de valores sociales y elaboración de proyectos que implican plena integración social. (Ferreira, 1986).

4.1 Etapas del desarrollo.

En las etapas del desarrollo los adolescentes podrán observar que ellos mismos, tendrán que ajustarse a diferentes tipos de cambios: biológicos, sociales y psicológicos. A continuación expondremos brevemente cada una de ellas.

4.1.1 Cambios Biológicos.

Los cambios biológicos que señalan el fin de la infancia son: el rápido desarrollo fisiológico, alteraciones en las proporciones del cuerpo, el desarrollo de los senos en las niñas, el cambio de voz en ambos sexos, la llegada del período

menstrual en las niñas y el comienzo de la capacidad en los muchachos de eyacular semen. Estos cambios no se llevan a cabo abruptamente sino que llegan a través de un proceso de maduración del adolescente desde la pubescencia hasta la adolescencia (Papalia, 2010).

Debemos mencionar la pubescencia, ya que, es la etapa durante la cual maduran las funciones reproductivas y ocurre un rápido aumento de peso y talla, se agrandan los órganos sexuales primarios y aparecen las características sexuales secundarias. La pubescencia tiene un período de alrededor de dos años y termina en la pubertad, punto en que un chico o una chica alcanzan total madurez sexual y están capacitados para reproducirse (Papalia, 2010).

La edad promedio para el comienzo de la pubescencia en las niñas es de 10 años y la pubertad sería a los 12 años. La edad promedio para que los chicos entren en la pubescencia es a los 12 años y la pubertad será entonces a los 14 años (Elkind, 1984).

Uno de los primeros signos de maduración en la adolescencia es el crecimiento súbito del adolescente, un intenso aumento en la estatura y el peso. La mayoría de las niñas alcanza su estatura de adulta a la edad de los 14 a 15 años. En la mayoría de los varones estos crecerán hasta cumplir los 18 años de edad (Papalias, 2010).

Tabla #2
CARACTERISTICAS SEXUALES SECUNDARIAS

CHICAS	CHICOS
Pechos	Vello Facial
Vello púbico	Vellos púbicos
Vello bajo el brazo	Vello bajo el brazo
anchura y profundidad pelvis	Ensanchamiento de hombros
Cambios en la voz	Cambios en la voz
Cambios en la piel	Cambios en la piel

Papalia pag. 345

En el caso de los varones, estos crecerán de manera diferente que las niñas, a los varones les crecerán los hombros más anchos, las piernas serán más largas en relación a su tronco (McJones, 1957). En relación a las chicas la pelvis se vuelve más ancha durante este período para hacer más fácil la maternidad se formaran capas de grasa precisamente debajo de la piel, esta le dará una apariencia más redondeada a su cuerpo (Peskin, 1973).

En ambos sexos este repentino cambio y crecimiento afecta tanto al sistema óseo como al sistema muscular, es en este período precisamente que se desarrolla rápidamente la miopía o el ver poco de cerca, la mandíbula inferior se hace más larga y más gruesa, la nariz se proyecta más (Papalias, 2010).

Durante este período las diferentes partes del cuerpo pueden estar desproporcionadas temporalmente, el resultado es la torpeza y la falta de gracia que acompaña a algunos en su crecimiento. Antes de la adolescencia los chicos y las chicas en fuerza son bastante parecidos luego que se inicia el periodo de adolescencia empieza a notarse el cambio (McJones & Mursen, 1958; Peskin, 1973).

4.1.2 Cambios neurológicos.

La adolescencia es la etapa en que mucha gente alcanza el más alto nivel de desarrollo intelectual, se caracteriza por tener la habilidad de pensamiento abstracto. Entre otras cosas les permite analizar las teorías políticas y filosóficas de otros y construir las suyas propias. Este desarrollo intelectual tiene consecuencias emocionales antes el adolescente podía amar a su madre u odiar a un compañero, ahora puede amar la libertad y odiar la explotación. El adolescente ha desarrollado un nuevo modo de vida: lo posible y lo ideal cautivan a la mente como a los sentimientos (Ginsburg & Opper, 1979).

4.1.3 Cambios sociales.

Entre los cambios sociales más importantes que el adolescente desarrollará podemos señalar el desarrollo moral. Un adolescente no puede tener un código moral

basado en ideales antes de que se desarrollen las condiciones para que su mente que sea capaz de tener ideales. Los adolescentes aplican el razonamiento moral a muchas clases de problemas, desde los importantes problemas sociales hasta las elecciones en la vida personal (Kohlberg, 1966).

Según los estudios realizados por Kohlberg (1966), los adolescentes deben pasar por cada uno de los tres niveles para el desarrollo de la conciencia moral y que pueden así desarrollar juicios sobre lo que deben hacer o rechazar. Para nuestro estudio utilizaremos solo los dos primeros niveles que están relacionados con los niños y adolescentes.

Nivel pre convencional:

Piensa en términos de temor al castigo o de la magnitud de un acto, preocupaciones que son más características del pensamiento infantil. Los adolescentes en el nivel pre convencional ven las normas como una realidad externa las cuales se respetan solo atendiendo las consecuencias: premio y castigo, por ejemplo, justificar copiar las respuestas de un examen de la escuela a través de que necesita una buena nota o diciendo que hacia un poquito de trampa para poder pasar. (Kohlberg, 1966).

Nivel convencional:

La mayoría de los adolescentes que se encuentran en este estadio, se ajustan a las convenciones sociales, están motivados a responder de forma favorable y en términos de hacer lo correcto para agradar a otros. En ésta etapa hacer lo correcto significa cumplir las expectativas de las personas próximas al adolescente. En esta etapa, son jóvenes que quieren hacerse amar, pero que también se dejan llevar por las otras influencias: los valores del grupo, la moda, lo que dicen los medios de comunicación. Algunos adolescentes pueden verse tentados a compartir las respuestas del examen para ayudar a otro compañero mientras otros decidirían que no va a ayudarlo porque va en contra de las reglas. (Kohlberg, 1966).

4.2 Ciclo Vital Erick Erickson

Una vez presentados los niveles de desarrollo moral de Kohlberg, a los que van a exponerse los adolescentes, presentaremos a continuación los ciclos vitales de Erick Erickson y sus etapas del desarrollo.

En su planteamiento Erickson, tiene una visión de una encrucijada en que el yo, se ha de enfrentar a los compromisos y demandas de la sociedad. Si estos retos se superan con éxito suponen una expansión del yo, si por el contrario el yo no es capaz de manejar las nuevas exigencias sociales, puede llegar a estancarse, haciendo más difícil para el yo su desarrollo (Erickson, 2000).

Erickson establece 8 etapas, las cuatro primeras corresponden a la infancia y las cuatro últimas a la adolescencia y a la edad adulta (Triado, 2006). Por ser nuestro objeto de estudio los adolescentes solo presentaremos las que corresponden a la infancia y a la adolescencia. A pesar de que las primeras etapas se dan en la niñez deseamos mencionarles ya que cuando encontramos problemas emocionales, usualmente estas etapas no han sido resueltas correctamente.

4.2.1 Etapa 1: Confianza básica frente a la desconfianza.

El bebé nace dentro de un mundo social que aprende a conocer poco a poco. A partir de las interacciones tempranas con sus cuidadores, trata de predecir el mundo que la rodea, de encontrar una consistencia en las acciones de sus cuidadores para llegar a confiar en ellos como personas que van a satisfacer sus necesidades. Este sentido de confianza en quiénes lo rodean es la cualidad que se gana si se supera con éxito la encrucijada. La confianza es la expectativa de que a pesar de la posibilidad de experimentar malos momentos en el presente, las cosas mejoraran en el futuro y es el motor que mueve al niño a implicarse en el mundo y a enfrentarse a nuevos desafíos. Si por el contrario el niño es rechazado o no son capaces de atender satisfactoriamente sus necesidades, el bebé no adquiere esta sensación de seguridad y confianza, lo que lo

comprometerá hacia cierto punto de resoluciones de posteriores desafíos. (Triado, E. 2006).

4.2.2 Etapa 2: Autonomía frente a vergüenza y duda.

Durante el segundo y tercer año de vida del niño, éste se enfrenta básicamente a una progresiva necesidad de hacer elecciones y ejercer control lo que pondrá en juego una forma de autonomía personal. Los niños comienzan a comer, vestirse, moverse y bañarse solos. Se oponen en algunas ocasiones a los deseos de los padres.

Si el niño logra adquirir sin dificultad las reglas y normas sociales y del hogar que se le imponen, tendrá la capacidad de ejercer el libre albedrío dentro de unos límites de autocontención, controlando sus propios impulsos. Cuando esto no se resuelve bien, el peligro está en que el niño caiga en la duda, desconfiando en sus propias posibilidades de acción o la vergüenza, teniendo la sensación que los otros desapruaban sus acciones. (Triado, E. 2006).

4.2.3 Etapa 3: Iniciativa frente a la culpa.

El tema fundamental en esta etapa es la iniciativa, la capacidad para establecer metas personales, los instrumentos de los que se va a valer para alcanzar dichas metas, los planes para desarrollar las metas y como perseverar para no perderse en el camino aun cuando en el mismo le surjan dificultades. Este comportamiento en el camino no lo salva de enfrentarse a los fracasos: a veces los planes no son los acertados o son incompatibles con los planes de los demás o inclusive chocan con prohibiciones, estas situaciones pueden hacer que el chico se sienta culpable (Triado, 2006).

El niño debe asumir las normas para que sus planes sean realistas. El papel de la familia, promoviendo la participación del niño en actividades compartidas y contando con su opinión, ayuda a superar esta encrucijada y a que adquiera una nueva cualidad, el propósito, que le permitirá perseguir de manera realista metas valoradas (Triado, E. 2006).

4.2.4 Etapa 4: Diligencia frente a inferioridad.

Esta etapa comienza con el inicio de la escolaridad formal en la mayoría de las culturas, el niño tendrá que afrontar el aprendizaje de importantes competencias, habilidades y herramientas culturales, especialmente en el ámbito académico. Su rendimiento se ve confrontado con el de un grupo de iguales, con los que se espera también sea capaz de trabajar y jugar. El peligro en esta etapa es que la comparación con los iguales resulte en un sentimiento de inferioridad e inadecuación. La resolución de este dilema, aportará al niño la cualidad que Erickson denomina: “competencia” o la capacidad para emplear nuestros recursos y habilidades en tareas culturalmente relevantes (Triado, 2006).

4.2.5 Etapa 5: Identidad frente a confusión.

Esta es la etapa vinculada a la adolescencia. En esta etapa el adolescente experimenta transformaciones corporales aceleradas y también nuevas demandas por parte de las personas que le rodean. El adolescente ha de elaborar una imagen realista de sí mismo que incluye los primeros compromisos tanto en el plano interpersonal (como se comporta con las personas y que efectos produce en ellas) en lo académico (en cuales materias es bueno y en cuales no, que deporte le gusta y cual no), en lo ideológico (en qué cosas cree, como le gustaría que fuese el mundo en el que vive). El éxito de estos compromisos otorga al adolescente un sentido realista del futuro.

Sin embargo ante tantas presiones el adolescente puede caer en una confusión, una situación en la que se ve superado por la cantidad de opciones a su disposición y por la necesidad de tomar decisiones, lo que puede conducir al establecimiento de compromisos precipitados o bien a no comprometerse en lo absoluto y carecer de un proyecto de vida (Triado, 2006).

4.3 Conflictos comunes de la adolescencia.

Las situaciones de riesgo a la que se exponen los adolescentes hoy en día están marcadas por una compleja red de factores e intereses culturales, históricos, políticos, socio – económicos y ambientales que provocan en el adolescente modificaciones conductuales (Ribeiro y Eiseinstein, 1993). En nuestros días estos cambios en las estructuras psicosociales han repercutido intensamente en la vida de las personas, sin dejar por fuera a los adolescentes que se han visto sometidos a problemas de altos índices de desempleos, hogares desmembrados, inestabilidad económica, dificultad para relacionarse, dificultad para entender y recibir emociones, lo que favorece a las situaciones en riesgo a los que están expuestos. Ante todo esto, debemos mencionar que los adolescentes desarrollarán defensas, como el egocentrismo, donde algunos jóvenes pierden el sentido de la realidad y sienten que al pensar en algo, hace que suceda, que si creen con fuerza puede llegar a ser realidad sin hacer nada ellos mismos (Haggerty, 1968).

En los casos de faltas en las figuras de autoridad, la realidad por los problemas en los hogares, muchos de estos jóvenes empiezan a encontrar que tienen una habilidad para imaginar un mundo ideal, cuando lo hacen, se dan cuenta de que la gente a la que casi adoran en un tiempo se cae del pedestal y se creen obligados a acercar la realidad a la fantasía señalando todos los defectos que se notan. Los adolescentes tienden a ser extremadamente críticos en especial con sus padres y figuras de autoridad. Algunos padres no toman esta crítica personalmente sino que la ven más bien como una etapa necesaria en el desarrollo cognoscitivo y social del adolescente aceptando estos señalamientos (Papalia, 1992).

En cuanto a la conciencia de sí mismo, encontraron que si el adolescente escucha que algunos hablan en voz baja supone que están hablando de él, o cuando algunos compañeros cuando pasan se ríen en voz alta supone que se trata de él. Los adolescentes en esta etapa de su vida son muy vulnerables ante la crítica o la ridiculización entre los mismos adolescentes o los adultos (Ellis, 2008).

4.3.1 Desórdenes alimenticios:

Se ha encontrado una correlación alta entre el suicidio y los trastornos de alimentación. A continuación hablaremos un poco de ellos, las adolescentes expresan sus identidades a través del estilo de vida que funcionan como una especie de medidor entre lo individual y lo social. Para muchas adolescentes ser la más bonita o con mejor cuerpo puede ser la estrategia elegida para alcanzar logros en una conquista amorosa o que le ayuden en la obtención de notas o trabajos futuros (Douglas, 1996; Kupper, 1999).

La sobrevaloración de algunas características de sus cuerpos que se relacionan con su apariencia y belleza ha logrado llevar al cuerpo al extremo de los modelos estéticos, en algunos casos las chicas, llegan a desarrollar temor e inclusive vergüenza de su apariencia. Es la razón por la cual algunas jóvenes se alejen al presentar signos desagradables en su apariencia física, como cuando salen las espinillas o se sienten que están subiendo de peso (López, 2004).

Especialmente las chicas se preocupan por el peso cuando llegan a la adolescencia y muchas comenzarán una lucha que será de por vida para reducir el peso en pos de la salud y la belleza.

La anorexia nerviosa es la forma en la que las adolescentes pierden peso y continúa obsesivamente con la dieta, rechaza el comer hasta que ha perdido al menos el 25% de su peso original, de aquí se presentan otra serie de trastornos ya que la adolescente deja de menstruar, el cabello se vuelve opaco y quebradizo, se vuelve extraordinariamente hiperactiva y este desorden la puede conducir a la muerte por hambre. Tienden a ser buenos estudiantes cuyos padres ven como “modelos”, tienden a estar alejados, deprimidos, u obsesionados con un comportamiento repetitivo y perfeccionista (Papalia, 2010).

Dentro de los factores personales que pueden desarrollar la anorexia podemos mencionar:

- Pubertad temprana en las mujeres
- Problema de obesidad en los hombres.

En el caso de rasgo de carácter existen determinados rasgos de carácter que predisponen a la aparición de este tipo de trastornos, se les considera factores de vulnerabilidad de la personalidad.

- No aceptarse como persona.
- Percibir que tiene poco control sobre su propia vida, falta de autocontrol.
- Ser poco habilidoso en las relaciones sociales.
- Ser poco espontáneo y demasiado autocontrol.
- Poseer dependencia afectiva.
- Ser perfeccionista y muy autocrítico.
- Tener personalidad rígida, expresada en una excesiva necesidad de seguir las reglas y una tendencia a criticar a los otros.
- Excesivamente responsable para la situación o la edad.
- Sufrir de inseguridad, timidez o introversión.
- Tener baja autoestima.
- Tener una personalidad depresiva.
- Preocuparse en exceso o ser muy sensible a la opinión de los demás o las influencias del entorno.
- Poseer excesivo deseo de evitar situaciones estresantes, determinado por el miedo de enfrentarse a situaciones nuevas y expresando una tendencia a huir de los conflictos (Papalia, 2010).

La bulimia: es el desorden alimenticio más común en mujeres adolescentes y adultas jóvenes. Es un desorden en la alimentación, caracterizado por episodios regulares de ingesta de enormes cantidades de comida, seguidos por conductas compensatorias inapropiadas que provocan extrema incomodidad física y emocional como es el vómito auto inducido, el uso desmedido de laxantes y diuréticos para vaciar el cuerpo, el ayuno y el ejercicio excesivo, se encuentra alterada la percepción de la masa y el peso corporal.

El comienzo de la bulimia suele establecerse en la adolescencia tardía entre los 18 y 20 años, porque se relaciona con que en muchos casos se ha presentado la anorexia al inicio de la pubertad (García - Gamba de la Muela,2007).

4.3.2 Uso del alcohol.

El desarrollo de las compañías publicitarias las cuales, han sabido crear a través de los miedos, ansiedades, deseos y presión de grupo en las personas, vender una imagen positiva y falsa de drogas legales tal como es el alcohol. Hoy en día los adolescentes empiezan a ser familiarizarse con el alcohol muy temprano y lo utilizan para bajar sus niveles de ansiedad y socializar (Serrano González, 2002).

En nuestros días para muchos adolescentes el uso del alcohol es permitido por sus padres. Los adolescentes toman alcohol por:

- Curiosidad
- Busca desinhibirse
- Una idea errónea para demostrar su hombría (varones)
- Rechazo y rebeldía
- Una continua llamada a recurrir a ellos: campañas publicitarias
- Sentirse adulto
- Ir en contra de lo prohibido (Mier, y Sierra. 2007).

En nuestros países latinos participamos abiertamente en una cultura del alcohol y los adolescentes la comparten como una forma de interacción social y de afirmación masculina cuando termina la niñez (Bejarano y Jiménez, 1993). En grupos de consumidores de alcohol, su alcoholismo se basa en motivaciones y conflictos psicosociales, caracterizados por no enfrentarse a sus problemas y a la evasión de los mismos con la ayuda ficticia de las bebidas alcohólicas (Cáceres Corrales, 1977).

Según estudios reportados, los jóvenes toman alcohol ya que está comprobado que es un reductor significativo de las respuestas al miedo en general, tiene propiedades

euforizantes y desinhibidoras, sin embargo cuando se consume en dosis altas se pueden producir conductas agresivas. Los jóvenes bebedores evidencian altos niveles de ansiedad y depresión. Dan gran importancia a sus conductas machistas. La predisposición al consumo de alcohol está directamente relacionada con la baja autoestima y el pobre rendimiento académico (Bejarano y Jiménez, 1993).

4.3.3 El uso de drogas.

En estudios realizados por la Organización Panamericana de la Salud (OPS, 2006), considera que la mayor incidencia del uso de drogas psicotrópicas está en los adolescentes que han desertado de las escuelas o que están atrasados en las mismas. La OPS en sus estudios realizados en Latinoamérica encontró que la droga de mayor consumo es la marihuana.

Se considera que el consumo de marihuana, se caracteriza por un deseo de ser diferente a los padres, se dice que los jóvenes utilizan las drogas como una especie de muleta para completar una sensación de crecimiento ficticio, en jóvenes de clase media y alta el uso de la marihuana se relaciona con problemas personales que se canalizan culturalmente a través de una marcada apatía, pereza, disminución de la memoria y la falta concentración. Hay deterioro de la ambición y la tenacidad, se concentran en el presente sin considerar objetivos reales y futuros, crean un mundo que gira a través de la marihuana y se alejan de esa manera de los problemas de la vida diaria. (Bejarano y Jiménez, 1993).

Autores como Egmond y Diekstra (1990), consideran que el abuso de sustancias tóxicas es una forma ineficaz de afrontamiento, sin embargo autores como Kandel, Raveis y Davies (1991), consideran que el abuso de sustancias puede actuar como el mediador entre la depresión y la ideación suicida, como una forma de mitigar el dolor.

4.3.4 Trastorno de déficit de atención con hiperactividad, TDAH.

El trastorno de déficit de atención con hiperactividad representa el 16% de los niños y el 6% de las niñas, los niños que padecen de déficit de atención con hiperactividad TDAH, estos presentan en algunos casos deficiencias sociales, discapacidad de aprender, problemas de conducta y depresión. Se considera que la depresión clínica se encuentra en un 20% de los jóvenes con trastornos de conducta. (Weller y cols., 1999). El trastorno de la conducta TDAH, que se caracteriza por un patrón de una larga evolución de transgresiones a las reglas, también es importante señalar la agresividad hacia las personas y animales, el robo, el vandalismo, las fugas de la casa, la destrucción de la propiedad y las mentiras. No valoran la importancia del bienestar de los otros y tienen un escaso sentimiento de culpa o remordimiento por el daño a otros. Tienen una marcada agresividad afectiva (impulsiva, descontrolada, no planificada o manifiesta) y una conducta de agresividad predadora orientada hacia un objetivo: controlado, planificado y escondida (Weller y cols., 1999).

Estudios relacionan el TDAH con la ideación suicida o con el comportamiento suicida a través de la patología misma de la enfermedad, tomando en consideración la impulsividad, la incapacidad de auto control, la irritabilidad y la escasa tolerancia a la frustración incluyendo además las elevadas tasas de comorbilidad en relación a la depresión, trastornos de conducta y ansiedad (Bangs, 2008).

4.3.5 Otros factores: ambientales que están presentes en la ideación suicida.

La baja autoestima, es la dimensión valorativa del auto concepto que está directamente relacionada con la familia e interacciones de carácter íntimo: el sentir que no sirve, lo que hace no vale la pena, el fracaso escolar, son factores desencadenantes de la ideación suicida (De Man, 1992).

La baja autoestima ha sido relacionada con la falta de confianza en la habilidad de manejar situaciones, así jóvenes con pensamientos suicidas no se sienten en la capacidad

de poder realizar cambios en los eventos estresantes y por tal razón mantienen una actitud indiferente hacia la vida (Schotte y Clum, 1987).

Desesperanza, es el deseo de escapar de algo que se considera que no tiene solución y que no presenta solución a futuro (Beck, 1974). La existencia de sentimientos de desesperanza según Swedo (1991) asociada a la ideación suicida ha sido identificada en el 93% de los adolescentes que intentan suicidarse. El suicidio es una elección hecha como remedio para la desesperanza (Reinecke, 2003).

La actitud de algunos padres, puede producir sentimientos en los niños tales como sentirse no deseados o rechazados, en otros casos se presentan niños víctimas de maltratados y de la negligencia en su cuidado (Pfeffer, 1984).

Factores psicológicos familiares o sociales (Cohen – Sandler, 1992).

- Maltrato o abuso infantil.
- Desprotección, castigos corporales, encierro o privación de libertad.
- Abuso sexual, consistente en obligar o persuadir al niño o niña para participe en actividades sexuales de adultos.
- Maltrato emocional, que acompaña a las otras formas de maltrato o puede ejercerse de forma independiente de las demás: amenazas, descalificaciones, desvalorizaciones o ausencia de expresiones cariñosas.
- El trastorno psiquiátrico severo de alguno de los padres,
- Historia familiar de abuso de alcohol o drogas (Mardomingo, 1994)

Creencias religiosas, culturales y espirituales.

La percepción positiva o negativa que se tenga hacia el suicidio, estará basada en las creencias religiosas o culturales, morir por la fe, tal como lo hicieron los primeros cristianos en la Roma de los Cesares o los árabes extremistas de nuestros

días. (Matau, J. 2008). En la cultura japonesa, por ejemplo, el suicidio era considerado la manifestación más alta sobre el dominio del propio destino. Era un privilegio otorgado al guerrero Samurai. (Ratti, O.2000).

Orden de nacimiento: la influencia que puede tener el orden de nacimiento de los hermanos en el desarrollo emocional. Ser el primero en nacer parece fortalecer levemente la posibilidad de desarrollar una autoestima positiva, este efecto parece ser más fuerte en niños que en niñas. Igualmente existen indicios de que los hijos únicos tienden a tener una autoestima mayor que los niños con hermanos, aunque no exista una relación causal simple entre el orden de nacimiento y la autoestima, en general se cree que el primero o el único en llegar recibe más atención o interactúa más con los padres que los siguientes hermanos (Coopersmith, 1967).

Pérdida de seres queridos, en el caso de pérdida temprana el niño puede percibirla de manera distinta dependiendo del sentido y la calidad de relación con la persona, si la relación ha sido conflictiva, si genera culpa, la dependencia o independencia existente, la presencia de la desesperanza de nunca poder recuperarse de la pérdida sufrida. La pérdida o ausencia del objeto se mantiene como una fuente de estrés (Oblitas, 2010). La recuperación después de una pérdida en la niñez se ve afectada por factores psicológicos propios del niño, de los recursos personales con los que cuenta, entre ellos el comportamiento adaptativo, personalidad, carácter, confianza en sí mismo, historia de pérdidas previas, inteligencia, posibilidad de expresar la pérdida y salud mental en general (Oblitas, L., 2010).

5. Las conductas suicidas.

Se identificaron como factores precipitantes de la conducta suicida en adolescentes los conflictos interpersonales como la discusión con los padres, la ruptura

amorosa, el miedo al castigo y las disputas entre los padres (Brent et al., 1988; Cohen-Sandler et al., 1982; Shaffer, 1974; Catalina, 1987).

Factores estresantes a largo plazo: son antecedentes duraderos a lo largo de la niñez que se mantienen hasta la adolescencia y se exacerban al entrar el adolescente en contacto con los problemas propios de su edad. La intención de muerte de un niño de 10 a 14 años es lo que se considera uno de los factores definitivos y específico de la conducta suicida. Es importante poder evaluar cualquier forma de autoagresión y que se podría tomar como una forma de ideación suicida. En investigaciones realizadas se han encontrado que los métodos más frecuentes utilizados en los intentos de suicidios son: la ingesta de medicamento, las armas de fuego y el ahorcamiento entre otros (Buendía, J., 2004).

5.1 El pensamiento suicida

En el modelo de la cognición sobre el suicidio, Shneidman (1985), observó que “*la idea*” poder terminar con el dolor matándose es la esencia del suicidio. Luego comentó que la palabra “*solo*” significa constricción cognitiva y esta es la palabra más peligrosa en la suicidiología, ya que no le permite ver otras opciones al sujeto. El suicidio se atribuyó al dolor emocional difícil de tratar y crea el término **dolor de psique**: (Shneidman 1997),

“Creo que el suicidio es esencialmente un drama en la mente, donde éste es casi siempre dirigido por el dolor psicológico, el dolor de emociones negativas, lo que llamo dolor de psique. El dolor de psique es el corazón oscuro del suicidio, sin dolor de psique no hay suicidio.” (Shneidman,2001 p.29).

En su texto, *The Definition of Suicide*, Shneidman (1985), extrajo los diez rasgos más comunes del suicidio:

1. El estímulo común el dolor psicológico insoportable.

2. El estresor las necesidades psicológicas frustradas.
3. El propósito buscar una solución.
4. El objetivo común del suicidio cesar la consciencia.
5. La emoción la desesperanza – impotencia.
6. La actitud interna la ambivalencia.
7. El estado cognitivo la constricción.
8. El acto interpersonal comunicar la intención.
9. La acción común la fuga.
10. La consistencia común patrones de afrontamiento de toda la vida.

5.2 El enfoque conceptual, la suicidalidad y la psicoterapia.

Hoy día el cambio en la psicoterapia está determinado por múltiples factores: las características del paciente, la calidad de la relación terapéutica el uso de intervenciones terapéuticas específicas basadas en las teorías, y todos juntos parecen estar relacionados con la mejora del paciente (Reinecke, 2003).

De igual forma la psicoterapia involucra el desarrollo de un conjunto mental para resolver problemas y la selección de técnicas para aliviar la angustia del paciente. La psicoterapia por sí misma puede contemplarse como un ejercicio en la resolución social de problemas como es en el caso de las ideaciones suicidas del paciente y los factores sociales, ambientales e intrapsíquicos que las mantienen. Tanto el psicólogo como el paciente deben identificar los componentes más específicos del problema, desarrollar una formulación, generar y evaluar soluciones alternativas, implementarlas y evaluar los efectos a corto y largo plazo. El paciente debe aprender los procesos cognitivos que pueden jugar un rol central en la decisión de intentar suicidarse. Debe comprender la conceptualización de la suicidalidad como un proceso cognitivo activo, que involucra la percepción, elección y decisión (Reinecke, M. 2003).

Reinecke, propone que el terapeuta debe ayudar a las personas a encontrar el “cómo” para guiarlos a mejorar el déficit para resolver los problemas, este planteamiento está basado en que entre más habilidades tiene la persona para resolver sus problemas puedan ver sus dificultades como soportables de tal forma que si aumentan las habilidades para resolver de forma racional los problemas disminuirá la ideación o las intenciones de suicidio (Reinecke, M. 2003).

Los estudios de Beck (1967) dicen que los individuos depresivos y con desesperanza tienden a verse como defectuosos o incapaces y creen que los otros los rechazarán o no les darán apoyo, como resultado de estos pensamientos tienden a creer que no poseen habilidades o recursos para resolver sus dificultades y por eso ven su futuro con desesperanza.

¿Cómo se desarrolla entonces la vulnerabilidad hacia el suicidio? Hay creencias específicas en la vulnerabilidad al suicidio. Los individuos suicidas se perciben que:

1. Su problema actual es intolerable.
2. No poseen los recursos o las habilidades para resolver el problema.
3. El futuro es desesperanzador.

En los estudios realizados por Milnes, Owens & Blenkiron (2002), sostienen que los individuos suicidas ven sus problemas como insolubles (Beck *et al.*, 1990), creen que el fracaso al no resolver problemas juega un rol inmediato en el surgimiento de los pensamientos suicidas. Como afirma Shneidman (1985), el estímulo común en el suicidio es el dolor psicológico insostenible y el propósito es buscar una solución. En la habilidad para buscar la solución es lo que lleva a unos al suicidio. Algunas personas suicidas llegan a creer que su conducta suicida comunicará angustia a otros y, por lo tanto, producirá un cambio en el ambiente o les proveerá un sentido de alivio para sus problemas (Shneidman, 1985).

Desde una perspectiva de resolución de problemas, el suicidio es un colapso en la resolución racional y adaptativa de problemas. El individuo suicida es aquel que no es

capaz de generar, evaluar e implementar soluciones efectivas y anticipa que sus intentos serán infructuosos (Shneidman, 1985).

5.3 El Adolescente Suicida:

El suicidio es un acto de desesperación independiente de la edad del sujeto. Es la respuesta negativa a la pregunta, el acto voluntario de quitarse la vida representa el fracaso en la comunicación entre el individuo y las personas que le importan además su inhabilidad de manejar el estrés de la vida (Sabbath, 1969).

El suicidio en adolescentes es particularmente un reto para los profesionales de la salud, en las etapas tempranas no pudo ayudar al niño, que por sus actos se hizo a sí mismo inexistente y decidió rendirse ante la vida de manera permanente y prematura (Joseph C. Sabbath, 1969). Los suicidios son más frecuentes durante la adolescencia que en la niñez. Un estudio realizado en los Estados Unidos presentó que 102 individuos entre las edades de 10 a 14 años se habían suicidado mientras que 556 entre las edades de 15 a los 19 cometieron suicidio (Jacobziner, 1965).

5.4 Factores que afectan de forma desafortunada a la población adolescente.

Existen muchos factores que contribuyen a la conducta suicida del adolescente entre los que podemos mencionar: ser hijos no deseados, los deseos de los padres conscientes o inconscientes, verbales o no verbales que el adolescente interpreta como el deseo que sus padres se deshagan de él, a lo que el adolescente interpreta como “*que este muerto*” (Wagner, B., 1997). Los problemas severos entre los padres y los jóvenes, donde alcanzan niveles críticos en la relación, se llega a estreses asociados a etapas de desarrollo del adolescente, el padre percibe al chico cuando lo castiga o lo amonesta como que lo hace “*por su bien*” y el joven lo ve como que lo hace porque es “*un opresor o castigador*”.

Existe entre los adolescentes frases muy comunes como “*nunca hago nada bien*” o “*me estas volviendo loca*” son ejemplos de expresiones que comúnmente escuchamos en las discusiones entre padres e hijos, son el producto de las exigencias de los padres o figuras de autoridad y cogniciones erradas de los adolescentes (Wagner, B. 1997).

Por muchas razones algunos padres desean que los hijos no existieran y básicamente pueden sentir la felicidad del no tenerlos. El chico que puede atrapar estas pistas, tratará de complacer a sus padres deseando cometer suicidio para de esa forma obtener la aprobación y el amor de sus padres (Gould, M., 1965).

Con los trabajos de investigación de Teicher y Jacobs, (1966), indican que el 88% de los adolescentes que intentan suicidarse lo hacen en la casa y con los padres dentro de la misma, en la habitación continua, consideran que esto es por una parte un indicador de la alienación del adolescente a cerca de sus padres, en el mismo momento que se está intentando suicidar y por otra la interpretación podría ser un indicativo para los padres: la necesidad de negar y rechazar la conducta destructiva en el joven que no se le quiere (Teicher y Jacobs, 1966).

5.5 Los intentos de suicidio y auto mutilación en adolescentes.

Friedman, M., Glasser, M. Laufer, E., Moses Laufer, y Myer Wohl., 1972, nos ofrecen un estudio donde establecen un puente entre las descripciones de Sigmund Freud en su artículo sobre Duelo y Melancolía (1915) y Karl Manninger y sus artículos donde los adolescentes que atentan suicidarse pretenden destruir la posesión más importante que tienen, los padres y la disociación con su cuerpo.

Uno de los cambios cruciales que suceden en el transcurso de la adolescencia es que alcanzan la madurez psíquica y se separarán del cordón libidinal con la figura primaria, un fallo en alcanzar este proceso juega un papel muy importante en la determinación de la intención del suicidio o de la automutilación. Se encontró que estos

adolescentes no están capacitados para renunciar a romper con el lazo que los une con su madre. Cada vez que estos chicos tratan de romperlo, incluso solo en pensarlo termina en un dolor insoportable. De esta forma la relación con su madre se convierte en una forma ambivalente, con sentimientos de intensa hostilidad, inclusive en momentos deseando la muerte del progenitor sintiendo la omnipotencia y a la par con la misma intensidad los sentimientos de amor (Friedman, 1995).

Las características de estos pacientes son la baja autoestima, un exceso de auto crítica y un intenso sentimiento de culpa. En los estudios encontraron que estos jóvenes que establecen una identificación narcisista con su madre y que estas son constantemente duras y que están atacando todo el tiempo el superego de los adolescentes se ha visto que se desarrolla el deseo de morir o de suicidio (Friedman, 1995).

En el caso de las adolescentes este constante ataque y el deseo de destrucción se ve cuando el objeto que se quiere destruir es en la mayoría de los casos a la madre y está se encuentra como objeto internalizado dentro de la misma adolescente. En el caso de la figura del padre, este siempre se ve con menos agresión y puede ser por los sentimientos edípicos, y se los ve como más amistosos sin embargo no tienen mucho valor, más bien son insignificantes en las vidas de estas adolescentes (Friedman, 1995).

5.6 La fantasía de ser rescatado en el suicidio.

En la mayoría de los casos, de forma consciente o inconsciente la ambivalencia del que atenta a suicidarse puede determinar la probabilidad de sobrevivir o morir. Por ejemplo, la ruleta rusa enseña las oportunidades que se tiene de suicidarse, la mayoría de las pistolas tienen 6 recámaras, así que, aquellos que juegan están atentando a suicidarse en una proporción de 5 a 1 de sobrevivir (Viggo W. Jensen y Thomas A. Petty. 1958).

El suicidio es diádico: se unen las fantasías con el objeto del self confundido, le miente al corazón y a la mayoría de las instancias, recibiendo una advertencia antes de tomar la mortal oportunidad. Jensen y Petty (1958), enseñan a como jugar las apuestas con la muerte casi siempre envuelve una prueba para la persona que representa el papel de rescatista potencial: “Desearía que esto pasara” el que atenta inconsciente se pregunta:

“Si tú me salvas a mí de la muerte me demuestras tu amor, o si me abandonas a la muerte me demuestras que no me quieres”. Este fenómeno es de gran importancia en el tratamiento de pacientes suicidas porque es muy común que el terapeuta sea el escogido para rescatar o abandonar y casi siempre será probado de esta forma en los momentos críticos de la terapia casi siempre a los seis u ocho meses de estar en la terapia el paciente (Jensen y Petty., 1958).

La actitud y la conducta de la persona que atenta con el suicidio expresa un fuerte deseo de no morir. Antes y durante el acto de suicidio un fuerte deseo de aferrarse a la vida es el conflicto con el acto de auto derrota (Jensen y Petty., 1958).

Hablando del deseo de morir llama la atención la contradicción que la persona que desea matarse no desea morir, este inconsciente deseo de no morir en muchos atentados de suicidios los hace que fracasen. Asegura Stengel, que existe un componente social en la mayoría de los intentos de suicidios, la tendencia de dar una advertencia a través de la ideación suicida para que los otros tengan tiempo para intervenir (Stengel, 1975). Aquellos que atentan suicidarse procuran en el acto de suicidio permanecer en o moverse hacia algún grupo social. En la mayoría de los atentados de suicidio independientemente del estado mental en que se encuentre el paciente, estos siempre están apelando a otras personas para que los salven. En muchos casos esta solicitud de ser salvados es inconsciente. (Menninge, 1933).

La fantasía de ser salvado puede ser expresado solamente por unos pequeños detalles que pueden pasar inadvertidos, en estos casos, el sujeto frecuentemente no es consciente o no podrá reconocer los pensamientos suicidas (Menninger, 1933).

El rescatista debe ser alguien quién en un momento particular responde a los impulsos destructivos inconscientes del suicida como si fuera él mismo, pero el rescatista debe ser diferente al suicida en: (1) debe tener un excedente de energía libidinal con que amar al suicida e iniciar el acto de salvarlo. (2) debe tener suficiente fuerza en su ego para negociar con los impulsos destructivos no solo del que va a rescatar, sino también por los impulsos que van dirigidos hacia él. (Menninger, 1933). El rescatista debe ser aquel quién en un momento particular de forma inconsciente empatiza con la persona suicida y a la vez tiene suficiente fortaleza de ego y energía libidinal para ambos. En el

prototipo para esta relación la persona suicida busca con el rescatista lo que es común originalmente entre el infante y su madre en el tiempo que ellos compartían el ego, principalmente la madre y cada respuesta dirigida al inconsciente del otro como si fuera su propia madre, este estado es temporalmente instalado por la regresión en el paciente que está pensando en suicidarse (Menninger, 1933).

CAPITULO II

LA PSICOLOGIA Y LOS TRATAMIENTOS PARA ENFRENTAR A LA IDEACION SUICIDA EN ADOLESCENTES

“La conducta suicida es vista como un déficit en habilidad de resolver los problemas, la gente busca la muerte como solución a sus problemas, una solución por el intenso sufrimiento”. (Staats, 1975).

1. Marco Teórico

En ésta investigación utilizamos el modelo de terapia cognitiva desarrollada para reducir la ideación suicida y el comportamiento suicida. Se conoce que Beck ideó el término modo suicida, no fue sino Rudd (2000) y Rudd et. al., (2001), quienes postularon las características de dicho modo, que cuando el modo suicida se activa, el paciente experimenta cogniciones relacionadas al suicidio, afecto negativo, excitación fisiológica y la motivación o intento para involucrarse en el comportamiento suicida (Rudd et. al., 2001).

Dentro de la investigación se encontró que las personas que ya habían tenido comportamientos suicidas se enganchaban mucho más rápido en volver a intentarlo. Esta fue la razón que sirvió como base para el desarrollo de la intervención dirigida, enfocadas en los factores de riesgo cognitivos que han demostrado tener relación entre la ideación suicida con conductas suicidas y que son modificables usando la terapia cognitiva. (Ellis, 2008).

Según Beck (1964), los pacientes deprimidos, con frecuencia tienen una visión negativa de sí mismo, del mundo y del futuro, formuló la teoría de la desesperanza acerca del suicidio, reportó que las crisis suicidas estaban consistentemente *“relacionadas con la conceptualización de los pacientes de su situación como insostenible o sin remedio”*, de esa forma la teoría de Beck es que la desesperanza era el agente catalítico en episodios suicidas y que el comportamiento suicida era el resultado, en ambos casos, de un individuo que había perdido la esperanza o su razonamiento estaba deteriorado (Beck, 1975).

Sostiene Beck en su trabajo de investigación, que el comportamiento suicida se derivaba de distorsiones cognitivas específicas en las cuales los pacientes veían sus experiencias de manera negativa y creían que sus intento para lograr sus objetivos terminarían en fracasos (Beck, Kovacs & Weissman, 1975).

Para entonces Beck (1973), construye un esquema para el comportamiento suicida, donde se define el fenómeno suicida como suicidio consumado, intento de suicidio o ideación suicida esto es el grado del intento, grado de letalidad y método.

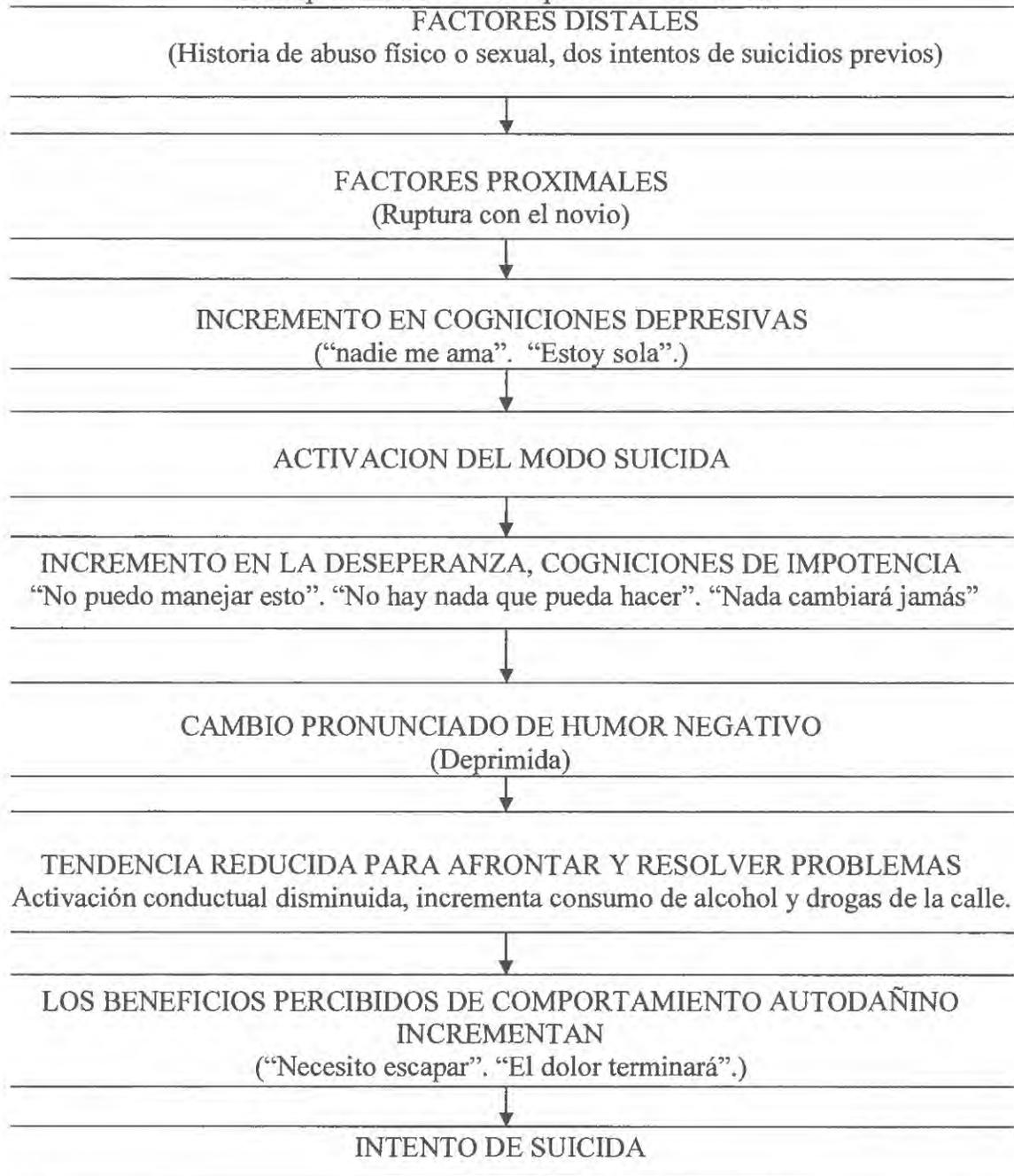
Sostenía que la variable clave en las tres formas de comportamiento suicida era el intento de morir, específicamente cuando el comportamiento no era letal en su naturaleza, por ejemplo, el comportamiento autolacerante no tenía intento suicida, entonces el diagnóstico de intento de suicidio sería contra indicado y en cambio, se usaría el término comportamiento auto dañino. La definición de intento de suicidio requería un intento para cometer suicidio y comportamiento autohiriente potencialmente letal (Beck, 1973).

1.1 Conducta autodestructiva del adolescente.

Los adolescentes utilizan dos importantes mecanismos de respuestas, el *acting out* y el pasivo agresivo, son esenciales para mantenerse ocultos en el inconsciente, el sentir, el desear, los impulsos y deseos. En algunas situaciones el joven parece un delincuente juvenil, realiza actos de violencia callejera, abuso de drogas, vandalismo y hasta hurtos menores ya que a través de sus actos expresa su disconformidad con las figuras de autoridad, padres abusivos (O'Connors, 2009). Es difícil de comprender que un joven consuma habitualmente una sustancia que está seguro que eventualmente lo va a matar, Kalina (1988), plantea que ésta conducta limita con lo psicótico, ya que a ésta conducta autodestructiva se le considera un suicidio lento.

Algunos jóvenes utilizan formas pasivas agresivas para expresar su ira, presentan trabajos escolares mediocres, algunas chicas quedan embarazadas, hacen actos para enfadar a sus padres y de esa forma expresar su ira hacia ellos. Algunos padres no les permiten a los adolescentes mostrar sus sentimientos lo que los lleva a encontrar formas de expresarlos de estas diferentes formas arriba detalladas. Muchas veces estas formas de los padres criar a los hijos hace que estos tengan como resultado formas cognitivas erróneas (Ross-Campbel, 1992).

Tabla #3
Conceptualización del comportamiento suicida



Cognición y suicidio, p.66.

2. Definición de conceptos relacionados al suicidio y su ideación.

Depresión infantil: es el decaimiento de ánimo o de la voluntad. Estado patológico en que existe disminución general de toda actividad psíquica y que afecta especialmente al componente afectivo de la personalidad, de los síntomas más relevantes relacionados con la depresión infantil son la tristeza, la falta de afecto que acusa el niño, los sentimientos de soledad, y de culpabilidad, conducta agresiva baja autoestima y pérdida del apetito. Los niños se concentran poco y rinden menos en las escuelas o al revés el fracaso escolar puede llevar al niño a la depresión. DSM-IV (2002).

Desesperanza: deseo de escapar de algo que la persona considera insoluble y no tiene esperanza de que el alivio sea posible en el futuro. La desesperanza tiene que ver con un sistema de esquemas cognitivos que parte de expectativas cognitivas hasta que lleva un sentimiento de desesperación y la falta de querer vivir. (Beck, Weissman, Lester y Trexler, 1974).

Riesgo suicida: es el reconocimiento de los factores asociados al suicidio podemos mencionar en la historia clínica del paciente, los antecedentes psiquiátricos. Se ha encontrado que el sexo masculino se encuentra en mayor riesgo. En cuanto a las edades hemos encontrado que los adolescentes y los adultos mayores. De acuerdo a investigaciones realizadas en relación con las razas los altos índices se encuentran entre las personas blancas. Diagnósticos que han sido fuertemente asociados a casos de suicidios podemos mencionar: la depresión, el alcoholismo, la esquizofrenia, el consumo excesivo de alcohol y las drogas, los intentos previos, una pérdida vital reciente (especialmente en los alcohólicos), los sentimientos de desesperanza y la baja autoestima. En los adolescentes hemos encontrado, historia de abuso de sustancias y problemas conductuales, la red social de apoyo deficiente, la naturaleza de los juicios valorativos y pérdidas recientes (May, 2002 y Zubiría, 1999).

Hostilidad: rasgos como la agresividad, la impulsividad, la cólera y las reacciones emocionales intensas se detectan en forma repetida en los casos de suicidio (Borst, 1989). Con frecuencia se encuadra a la impulsividad como trastorno de control de impulsos, que se asociaría a tentativas violentas de suicidio y a suicidios, no a la premeditación (Shaffer, 1974).

Parasuicida: un acto no fatal en el cual un individuo deliberadamente se causa daño a sí mismo o ingiere una sustancia en exceso de cualquier dosis terapéutica prescrita, generalmente reconocida. (Kreitman, Philip, Greer & Bagley, 1969). También se define como aquel acto sin resultado de muerte en que un individuo de forma deliberada se inflige un daño a sí mismo (Platt et al., 1992) el propósito subyacente del acto suicida es la intención de muerte y el deseo de manipular el ambiente.

Intento de suicidio: Cada acto auto dañino conscientemente dirigido a la auto destrucción. (Stengel y Cook, 1958). Un comportamiento potencialmente auto hiriente con un resultado no fatal, para el cual hay evidencia ya sea explícita ó implícita de que la persona intentó en algún nivel mayor a cero de matarse a sí mismo (O'Carroll, 1996).

Ideación suicida: Cualquier pensamiento reportado por la misma persona de involucrarse con comportamiento suicida relacionado al suicidio. Abarca un amplio espectro de pensamientos inespecíficos desde la vida no vale la pena hasta ideas suicidas con plan concreto de realización o amenazas. (Beck, 1996).

3. Corrientes Psicológicas que abordan la ideación suicida y el suicidio.

3.1 Modelo Cognitivo.

Para la psicología cognitiva, los problemas mentales y emocionales tienen origen en procesos psicológicos no observables exteriormente. Surgió en los años 60, a partir de

diversos cambios sociales y científicos, entre ellos la concepción de la mente como un procesador de información, a raíz de la teoría de la comunicación y la informática. De hecho una parte de la psicología cognitiva estudia el proceso mental mediante simulaciones informáticas e investigación centrada en la inteligencia artificial. La diferencia entre la terapia cognitiva y la terapia cognitiva-conductual radica en el nivel de inferencia y el enfoque teórico de partida, manteniendo cada uno distintos axiomas. En el enfoque cognitivo pueden localizarse explicaciones sobre la conducta basadas en su propia cognición centrada en los procesos mentales: razonamiento, memoria y atención, desde un punto de vista intra psíquico entendiendo que existe algo dentro de la mente comparable de unas personas a otras. (Green, 1998).

Existen diferentes tipos de terapias cognitivas que varían según la psicopatología.

- La terapia de Beck centrada en los pensamientos automáticos y distorsiones cognitivas. Herramienta terapéutica empirismo colaborativo.
- Terapia racional emotivo conductual de Albert Ellis. Centrada en creencias irracionales. Herramienta terapéutica el dialogo socrático.

Terapia cognitiva para la depresión. Existen sesgos cognitivos demostrados empíricamente, entre ellos suelen encontrarse algunos prototípicos en la depresión, conocidos como *tríada cognitiva*. La indefensión aprendida. Este modelo cognitivo consiste en tres patrones cognitivos principales que inducen al sujeto a considerarse a sí mismo, su futuro y sus experiencias, de un modo idiosincrásico (Rudd, 2000).

El primer componente de la tríada se centra en la visión negativa del paciente acerca de sí mismo. Tiende a atribuir sus experiencias desagradables a un defecto suyo de tipo psíquico, moral o físico. Debido a este modo de ver las cosas, el paciente cree que, a causa de estos defectos es un inútil carente de valor. Por último, piensa que carece de los atributos esenciales para lograr la alegría y la felicidad (Alford & Beck, 1997).

El segundo componente de la tríada cognitiva se centra, en el caso del depresivo, a interpretar sus experiencias de una manera negativa. Le parece que el mundo le hace demandas exageradas y/o le presenta obstáculos insuperables para alcanzar sus objetivos.

Interpreta sus interacciones con el entorno en términos de relaciones de derrota o frustración. Estas interpretaciones negativas se hacen evidentes cuando se observa cómo construye el paciente las situaciones en una dirección negativa, aun cuando pudieran hacerse interpretaciones alternativas más plausibles (Alford & Beck, 1997).

El tercer componente de la tríada cognitiva se centra en la visión negativa acerca del futuro. Espera penas, frustraciones y privaciones interminables. Cuando piensa en hacerse cargo de una determinada tarea en un futuro inmediato, inevitablemente sus expectativas son de fracaso (Alford & Beck, 1997).

3.2 Modelo Psicoanalítica

Sostiene que la explicación básica sobre la conducta, sobre todo la conducta perturbada, son los conflictos generados entre el inconsciente y lo que dicta la razón o el super yo. Estos conflictos surgen desde la infancia, a partir de los deseos inconscientes de carácter fundamentalmente sexuales de los niños hacia sus padres (complejo de Edipo y Electra). El terapeuta psicoanalista pretende hacer consciente el impulso inconsciente y resolver así el conflicto. De cierta forma pretende lo mismo que el cognitivismo pero dando protagonismo a los aspectos emocionales e inconscientes (Lasa Zulueta, 1995).

La depresión según la concepción psicoanalista, se debe a la pérdida la autoestima, (la pérdida del yo), pero como el yo no se constituye en la niñez no se podía en principio aceptar la existencia de la depresión infantil. La depresión infantil se justifica con la pérdida del objeto bueno (Lasa Zulueta, 1995).

Sigmud Freud (1929), formuló la teoría de la muerte, una concepción dualista entre la pulsión de vida y de muerte: *Eros y Thánatos*. El instinto de muerte iba originalmente hacia el mismo organismo y sólo la adición de un objeto libidinoso le desviaba hacia un objeto externo. Según Freud el instinto de muerte constituía el mal ya que lo que quería es aniquilar o destruir la propia vida (Lasa Zulueta, 1995).

3.3 Modelo Biológico

En las últimas décadas se ha demostrado la influencia de ciertas alteraciones de los neurotransmisores cerebrales en las enfermedades psiquiátricas. Al igual que ocurre con la vulnerabilidad genética, se discute si las alteraciones neuroquímicas halladas en los casos de suicidio son un marcador de suicidio o un marcador de un trastorno psiquiátrico. Una de las mono aminas cerebrales implicadas en la patogenia de la depresión es la serotonina, que es también un marcador bioquímico que más claramente se ha correlacionado con las conductas suicidas. La hipótesis bioquímica tradicional de la depresión supone un déficit funcional y metabólico en el sistema mono aminérgico. (Ríos Saldaña, 2007).

Se considera que la depresión produce daños en el cerebro, ya que luego de largos períodos de depresión, el cerebro pierde su capacidad de resiliencia, pierde la habilidad de producir dopamina, el hipocampo se va reduciendo en cada nuevo episodio de depresión, es la razón por la cual se dificulta la concentración. Siendo el mismo hipocampo el área donde se guardan los recuerdos de la memoria a corto plazo y a largo plazo, los recuerdos también se ven comprometidos (O'Connors, 2009).

4. Técnicas terapéuticas

4.1 Terapia Psicoanalítica Breve con base en las Relaciones Objetales.

Podemos definir la terapia breve como una terapia donde el tiempo asignado para las sesiones es limitado. (Guman, 1988).

Teoría de las relaciones objetales corriente británica. Es la teoría de la personalidad desarrollada a través de los estudios de la relación del terapeuta y su paciente como reflejo de la relación madre-hijo. Esta teoría propone que la experiencia del niño y su relación con su madre es determinante y primordial factor en la formación de la personalidad, y la necesidad de los apegos es el factor principal en el desarrollo del self del niño. (Scharff and Scharff, 1991).

Dentro del modelo de las relaciones objetales está el modelo propuesto por Stadter, (1996), propone un modelo de terapia breve donde la terapia debe establecerse desde el principio con un comienzo y un final establecido, se utilizan normalmente 12 sesiones donde se desarrollan los siguientes aspectos, dado que son muy pocas sesiones se espera que el psicólogo pueda establecer el rapport con el paciente lo más pronto posible.

Debe profundizar lo más pronto posible la experiencia humana que derivan de la relación con el pasado del paciente y sus conflictos internos.

Buscar la forma de trabajar la transferencia y la contratransferencia con el paciente para poder lograr los insights y sus validaciones es el impacto de las técnica psicodinámica en el paciente. (Stadter, M. 1996).

4.2 Terapia Farmacológica.

Se remonta a la introducción del medicamento llamado clorpromazona (1937), se utilizó para tratar la depresión infantil, al igual que en muchos otros trastornos asociados a la infancia y juventud. (Rodríguez Sacristán, J., 1998). De acuerdo con la intensidad de los síntomas el médico debe decidir entre un manejo ambulatorio u hospitalario. Cuando las manifestaciones son severas, el riesgo suicida es alto o aparecen trastornos psicóticos, por lo que es mejor internar al paciente. La estrategia que mejores resultados aporta es la combinación de la psicoterapia con la fármaco terapia, y hasta el 60 % de los pacientes mejoran con el primer esquema terapéutico instaurado.

Es conveniente comenzar con la dosis efectiva mínima, e ir haciendo los ajustes necesarios de acuerdo con la respuesta terapéutica. Los primeros efectos positivos tardan entre 1 y 4 semanas en ser evidentes, lo cual debe ser advertido al paciente. Además, el manejo farmacológico debe ser mantenido entre 4 y 6 meses, pues la suspensión prematura del fármaco produce una recaída rápida de los síntomas. Si la respuesta farmacológica resultó satisfactoria y han pasado por lo menos 4 meses de tratamiento, es factible suspenderlo de forma gradual, 25 % de la dosis por semana, para evitar el síndrome de retirada que generalmente se resuelve en 24 h al restaurarse el tratamiento.

No obstante, si reaparecen los síntomas, es necesario retornar las dosis efectivas e intentar un nuevo esquema de suspensión en unos meses. (Rodríguez Sacristán, 1998).

Para tratar la depresión existen diferentes tipos de medicamentos que buscan aumentar la cantidad necesaria de neurotransmisor que ocupa el espacio intercelular. Hay diferentes formas de aumentar la producción del neurotransmisor, triptófano:

- Evitando que se destruya el neurotransmisor (inhibidores de la monoaminoxidasa o IMAO)
- Evitando que sea captado nuevamente el neurotransmisor de la sinapsis por la célula neuronal (antidepresivos tricíclicos, inhibidores de la recaptación de la serotonina o ISRS)
- Evitando que sea captado nuevamente el neurotransmisor de la sinapsis por la célula neuronal (inhibidores de la recaptación de la serotonina-norepinefrina o IRSN)
- Resincronizando los ritmos biológicos alterados. (O'Connors, 2010).

Los medicamentos más comunes que existen en el mercado que podemos mencionar son los antidepresivos ISRS: Prozac (fluoxetina), Zoloft (sertaline), Paxil (paroxetina), Lexapro (escitalopram), Celexa (citalopram). Estos medicamentos tienen los menores índices de efectos secundarios. (O'Connors, 2010).

Medicamentos de mayor consumo que IRSN: Cymbalta (duloxetina), Effexor (venlafaxina), Pristiq (desvenlafaxina), Strattera (atomoxetina) este último medicamento es el mayor consumo para paciente con trastorno de déficit de atención con hiperactividad (O'Connors, 2010).

Algunos pacientes hoy día utilizan el Omega-3 como una forma de obtener un suplemento para mejorar los trastornos del ánimo (APA 2007). Hoy día es muy común encontrar cuerpos multidisciplinarios donde se comparte el trabajo, el médico a través la relación farmacológica con el paciente y el terapeuta que trabaja la restauración cognitiva o emocional del paciente (O'Connors, 2010)

4.3 Terapia de la Conducta.

Forma de tratamiento psicológico derivado de la investigación de laboratorio desde el enfoque de la conducta. (Bandura, A., 1977).

Joseph Wolpe, publicó en 1958 su libro pionero *Psicoterapia por inhibición recíproca*, que exponía una fundamentación detallada de la formación de una amplia gama de trastornos conductuales y técnicas para superarlos. Entre los trastornos tratados estaban la ansiedad, las fobias, los problemas sexuales, las conductas obsesivas, amnesia, y la histeria. Mientras que las teorías neurológicas que usaba Wolpe hoy están superadas, la terapia cognitiva desarrollada sigue estando entre las más usadas y efectivas de la terapia de la conducta. La idea básica era que la respuesta de ansiedad podía ser rivalizada e inhibida por una nueva respuesta antagónica. La respuesta antagónica usada comúnmente es la relajación, y habiendo aprendido el paciente la técnica de relajación de Jacobson, se le presenta el estímulo ansiógeno de forma paulatina, de tal manera que el paciente vaya aprendiendo a relajarse ante el estímulo que provoca ansiedad o situación temida. Este método se conoce hoy día como de sensibilización sistemática.

Podemos definir conducta, como las respuestas manifiestas, y como las respuestas encubiertas del sujeto. Las respuestas manifiestas son aquellas conductas, motoras o fisiológicas que pueden medirse a través de una observación directa. Las conductas encubiertas, no se pueden observar a simple vista y se utilizan procedimientos indirectos para su observación: se aplican cuestionarios psicométricos, registros psicofisiológico y las manifestaciones expresadas verbalmente ante sensaciones subjetivas. (Rimm & Masters, 1980). La terapia se centra en los comportamientos inadaptados, sin pensar que existen causas subyacentes ocultas. Parte de las siguientes premisas: las conductas no adaptadas son aprendidas y por ende los principios psicológicos del aprendizaje se les considera de gran utilidad para la modificación de comportamiento. La terapia de la conducta se centra en el presente no siendo importante conocer el origen de cómo se incorporo en el repertorio conductual el comportamiento inadaptado (Rimm & Masters, 1980).

5. Técnicas terapéuticas cognitivas conductuales

5.1 Terapia Breve de Beck.

Terapia cognitiva para la depresión, desesperanza e ideación suicida. La terapia cognitiva para quienes intentan suicidarse está diseñada como un protocolo de 10 sesiones. El marco de trabajo general de la terapia (primera fase, mitad de fase y última fase) es flexible y puede ser personalizada de acuerdo a los requerimientos del paciente.

Primera fase de las sesiones:

Los objetivos primordiales de las primeras sesiones son:

- a. Comprometer al paciente con el tratamiento.
- b. Orientar al paciente con el modelo cognitivo.
- c. Desarrollar un plan de seguridad con el paciente.
- d. Desarrollar una conceptualización cognitiva del intento de suicidio.

Compromiso del paciente con el tratamiento: Las sesiones iniciales de la terapia marcan el escenario para el resto del tratamiento. (Sesiones 1 a 3).

El aspecto más importante para comprometer al paciente con el tratamiento es que cuente su historia, describir a detalle el o los incidentes que precedieron las acciones o pensamientos suicidas, la meta del ejercicio es obtener los problemas detonantes, pensamientos, sentimientos e imágenes que llevaron al intento o pensamiento de suicidio. Esta es la oportunidad para que el terapeuta muestre empatía hacia el paciente en el esfuerzo para construir el rapport y compromiso con la terapia.

Para muchos pacientes será la primera vez que tengan oportunidad de hablar acerca del intento o del pensamiento y para algunos puede ser catártica para otros será difícil (Beck, 1979).

Orientación al paciente acerca del modelo cognitivo.

Se le educa acerca de la conexión entre pensamientos, sentimientos y conductas en torno a la conducta de la activación de los modos suicidas. Además, los pacientes logran comprender que la mayoría del aprendizaje en la terapia cognitiva tiene lugar fuera de la

sesión terapéutica y que las tareas son integrales para que la terapia tenga éxito (Beck, 1979).

Desarrollo de un plan de seguridad.

Conforme el paciente mejora en la terapia, aprende a incluir estrategias de afrontamiento conductuales tales como salir a caminar, llamar a un amigo, técnicas de relajación, uso de apoyos sociales y familiares, el terapeuta y la sala de urgencia.

Desarrollo de una conceptualización cognitiva del intento o ideación suicida.

Identificar los pensamientos automáticos y creencias centrales precisas que llevaron al intento de suicidio o a su ideación. Conforme el paciente cuenta la historia entorno al intento, el terapeuta escucha para detectar las creencias y pensamientos automáticos pertinentes. Estos entonces los integran a una conceptualización cognitiva general del intento de suicidio en la que se incluye, pero se limita, a experiencias de la infancia temprana, creencias condicionales y estrategias conductuales compensatorias, así como los eventos significativos de la vida que incitaron la crisis suicida (Beck, 1979).

Fase media (Sesiones 4 a 7)

En esta fase de la terapia el comportamiento o ideación suicida se aborda y se logra al utilizar técnicas de reestructuración cognitiva y cambio de comportamiento. Entre las estrategias están la construcción de tarjetas de afrontamiento, la creación de un kit de esperanza y el aprendizaje de habilidades conductuales de afrontamiento (Beck, 1979).

Tarjetas de afrontamiento.

Paciente y terapeuta trabajan juntos para identificar creencias claves que son activadas cuando el paciente se sintió o siente ideas suicidas.

En una tarjeta de tamaño portable se escribe una clave promotora de suicidio y en el lado opuesto se escribe una lista de opciones opuestas a esta, las tarjetas están diseñadas

para que el paciente las pueda cargar siempre con él. Cuando no está en crisis se utilizan para que se familiaricen con ellas y con las habilidades en momentos de crisis (Beck, 1979).

Construcción de un kit de esperanza.

Consiste en un recipiente que contiene recuerdos: fotografías, cartas, recuerdos, que sirven para recordar las razones para vivir. Se instruye a los pacientes a ser tan creativos como sea posible para que el final sea lo más personal y poderoso de su conexión con la vida (Beck, 1979).

Habilidades conductuales de afrontamiento:

Enseñar a los pacientes una variedad de estrategias conductuales de afrontamiento para ayudarles a lidiar con seguridad los pensamientos y conductas suicidas.

Últimas sesiones (Sesiones 8 a 10)

El objetivo de las últimas sesiones es desarrollar una tarea de prevención de recaída. Los pacientes usan habilidades que han desarrollado mientras visualizan a sí mismos en crisis suicidas futuras. Se utiliza la técnica de la imaginación guiada, junto con posibles consecuencias dañinas.

Cuando el terapeuta confía que el paciente será capaz de utilizar sus nuevas habilidades para prevenir intentos futuros de suicidio, entonces se le indica que termina la terapia. Generalmente, no se termina la terapia hasta que el paciente desempeñe la técnica de prevención de recaída de manera efectiva.

Al trabajar con pacientes suicidas o con ideación, es importante comenzar la preparación para la terminación desde la primera sesión (Beck, 1979).

6. Reestructuración cognitiva

6.1 Los ABC de la reestructuración cognitiva

Ellis, propone el uso de técnica cognitivas conductuales para modificar patrones de pensamiento disfuncionales que caracterizan el problema o el trastorno. Programar actividades para contrarrestar su inactividad relativa y su tendencia a enfocarse en sus pensamientos depresivo (Beck, A. 1993).

“Pensamiento A-C” impotencia – desesperanza

A.T. Beck y colaboradores sostienen que la desesperanza juega un rol primordial al incrementar el riesgo suicida mediando entre la depresión y suicidalidad (Minkoff, Berman, Beck & Beck, 1973). Sin embargo no queda claro los orígenes precisos de la desesperanza, una influencia probable son las habilidades de resolución de problemas que sea deficiente. Varios autores señalan que las deficiencias de resolución de problemas discriminan depresivos suicidas de los no suicidas y que la capacitación en habilidades de resolución de problemas resulta con un beneficio significativo.

No obstante la desesperanza también puede alimentarse de creencias de fuentes de infelicidad y el control (o la falta de control) personal de estas fuentes. (T.E. Ellis & Ratcliff, 1986).

La idea que la gente es infeliz no por su circunstancia, sino por sus visiones de esa circunstancia es central para el modelo “A-B-C de la REBT (*Rational Emotive Behavior Therapy*). En este modelo “A” representa los eventos Activadores, “C” significa Consecuencias emocionales y conductuales y “B” significa las Creencias y otros procesos cognitivos que sirven como mediadores entre los eventos y las respuestas. En general los pacientes creen que las “C” son causadas directamente por las “A”, los individuos suicidas pueden estar específicamente inclinados a ignorar el rol que su pensamiento “B” tiene en su molestia. Debido a que los eventos precipitantes: ej., pérdidas interpersonales, a menudo no son alterables, esto puede resultar en un estado de impotencia y desesperanza. (Minkoff, Bergman, Beck & Beck, 1973).

6.2 Modelo A-B-C aplicado a la suicidalidad.

Las “C” (consecuencias emocionales y conductuales) toman la forma de pensamientos y conductas suicidas (letales o no), así como sentimientos relacionados de desesperación y desesperanza (según Beck aquí la desesperanza no se presenta como una emoción sino como una estimación negativa del futuro llevando a la emoción de desesperanza).

El modelo muestra que una variedad de eventos activadores “A” son capaces de poner el proceso suicida en movimiento. Entre estas pérdidas podemos mencionar:

Pérdidas personales: divorcio, muerte de seres queridos.

Recaídas de logros: fracaso en los negocios

Enfermedades médicas y pérdidas asociadas a capacidades físicas.

La REBT hace una diferencia entre las personas que tienen las mismas pérdidas y no son suicidas de las que sí lo son, estas están basadas en las creencias disfuncionales, las respuestas emocionales y conductuales relacionadas con “B” (Ellis, E., Newman, 1996).

Desarrollo de un plan de seguridad.

Una de las primeras metas de la terapia es que terapeuta y paciente colaboren para elaborar un plan de crisis detallado que pueda implementar el paciente si este se encuentra a sí mismo en una situación de crisis.

El plan de crisis se organiza a lo largo de la duración de la terapia mientras el paciente aprende nuevas formas de estrategias de afrontamiento. El uso de estrategias de afrontamiento conductuales tales como salir a caminar, llamar a un amigo o ver una película divertida, otras técnicas puede ser usar tarjetas de afrontamiento, técnicas de relajación, uso incrementado de apoyo social y usar el “kit de esperanza” Organizar junto con el paciente una lista de teléfonos de amigos o familiares a los que puede acudir

cuando sienta que va a tener una crisis, se puede inclusive buscar si existen redes de apoyo ya sea por teléfono o ir directamente al sitio o recurrir al hospital (Beck, A.1973).

- No tener elementos que puedan representar un peligro tal como cuchillos, armas de fuego.
- Incrementar el número de tareas agradables.
- Organizar caminatas
- Nadar, o tomar un baño relajante con agua bien caliente.

Tabla #3

Modelo de la terapia de comportamiento racional emotiva (REBT) del comportamiento suicida: Eventos activadores comunes, creencias y consecuencias.

Eventos Activadores (A)	Creencias procesos Cognitivos (B)	Consecuencias emocionales conductuales (C)
Pérdida interpersonal	Pensamiento "A"-“C”	Desesperanza
Pérdida de logro	Horrorización	Desesperanza
Pérdida de salud	Catastrofización	Molestia con sí mismo
Conflicto Interpersonal	Autovalia contingente	Ideación suicida
Fracaso en relaciones	Tolerancia baja a la frustración	Impulsos suicidas
Fracaso ocupacional	Autocalificación negativa	Conductas autodañinas
Estresores sociales	Desesperanza	Suicidio

Fuente: Cognición y suicidio, p.76

Conceptualización cognitiva del intento o pensamiento de suicidio.

Conceptualización cognitiva del intento o pensamiento de suicidio.

Un elemento fundamental del tratamiento es identificar los pensamientos automáticos y creencias centrales precisas que llevaron al paciente a intentar el suicidio. Hacer que el paciente imagine cada paso sucesivo que conduce a la conclusión de una tarea importante, de modo que puedan identificarse, anticiparse y abordarse los impedimentos potenciales (Beck, A.1973).

A medida que el paciente cuenta la historia en torno a su intento, el terapeuta debe escuchar para detectar las creencias y los pensamientos automáticos que tiene el paciente. Estos se deben integrar a una conceptualización cognitiva general del intento de suicidio en la que se incluye, pero no se limita, a experiencias de la infancia temprana, creencias condicionales y estrategias conductuales compensatorias así como eventos significativos de la vida que iniciaron la crisis suicida (Beck & Rush, et al., 1979).

Afrontamiento.

Durante la fase media del tratamiento, las tarjetas de afrontamiento son realizadas por el paciente y el terapeuta para identificar las creencias claves que son activadas cuando el paciente se sintió o se siente suicida. Luego que se identifican las creencias fundamentales se aplican técnicas de terapia cognitiva estándar, tal como el cuestionario socrático, reconocimiento de distorsiones cognitivas, registro de pensamientos disfuncionales, experimentos conductuales y role – plays para venerar una variedad de alternativas adaptables a cada creencia (Beck & Rush, et al., 1979).

Hacer la representación de situaciones donde el sujeto se sienta que no tiene quien le ayude para que pueda tomar decisiones y establecer soluciones alternas con relación a determinado problema (Beck & Rush, et al., 1979).

Kit de esperanza.

Otra actividad de la fase media de la terapia es construir un *kit de esperanza* que consiste en una caja que el paciente debe traer a la terapia que él mismo debe decorar y arreglar pondrá en ella las cosas que le son agradables, la razón por la que quiere vivir, fotos de recuerdos buenos, números de teléfonos de contactos en caso de emergencia, reglas para seguir en caso de estrés, puede inclusive hacer unas tarjetitas que puede llevar en su billetera que le ayudaran en momentos de crisis (Beck, Rush, et al., 1979).

Lo que se espera es que sea un recordatorio personal y poderoso en su conexión a la vida, que pueda usarlo cuando se sienta suicida. Esta experiencia es tan reconfortante para el paciente a tal punto que descubren nuevas razones porque vivir (Beck, Rush, et al., 1979).

Habilidades conductuales de afrontamiento.

Enseñar al paciente a identificar los pensamientos automáticos que ocurren antes o durante los episodios depresivos “no puedo hacer nada bien”. Examinar la realidad y precisión de estos pensamientos al desafiar con amabilidad su validez: ¿Así que no crees que puedes hacer nada bien? (Beck, Rush, et al., 1979).

Enseñar al paciente a re atribuir la culpa de las consecuencias negativas a la fuente apropiada, los pacientes deprimidos tienden a culparse por los resultados negativos, aun cuando no tengan la culpa. Ayudarle a lidiar con seguridad los pensamientos y conductas suicidas a poder reconocerlas, racionalizarlas y poder tomar acción para bajar los niveles hasta que las pueda controlar o pueda buscar ayuda positiva (Beck, Rush, et al., 1979).

CAPITULO III

METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

“El suicidio se describe como el único problema filosófico realmente serio”
Camus (1942-1955).

1. Metodología

Habiendo terminado con la revisión de los aspectos conceptuales y teóricos en los que se fundamenta la investigación en esta sección presentaremos los aspectos metodológicos: planteamiento del problema de investigación, los objetivos, indicaremos cuales son los objetivos, el tipo de estudio, definimos las variables, se formularán las hipótesis de investigación, definimos la muestra, escogeremos el nivel de significancia, con que se llevarán a cabo las pruebas de hipótesis, se definirán nuestros instrumentos y una descripción sobre el procedimiento para la recolección de los datos.

1.1. Planteamiento del problema.

Desde el momento que los jóvenes sufren cambios en su cuerpo y en su mente, también existen cambios ambientales como: el cambio de colegio, de compañeros de clases lo que los hace más vulnerables a sentirse solos. Son los trastornos del ánimo dentro de la población adolescente los que se presentan con mayor frecuencia.

¿Influirán las ideas negativas en los adolescentes durante las crisis como fracasos escolares, rupturas amorosas o embarazos precoces? ¿Se sentirán ansiosos y depresivos y empezarán a no encontrar soluciones viables a sus pensamientos, se apartarán de sus compañeros y amigos y serán los pensamientos de desesperanza los que aparezcan de forma incesante?

Los estudios realizados por Beck sostienen que es básico a través del tratamiento terapéutico bajar los niveles de desesperanza, ya que existen pruebas que sostienen que los pacientes que tienen niveles altos de desesperanza tienen significativamente más intentos de suicidios (Dahlsgaard, Beck & Brown, 1998).

1.2. Justificación.

¿Cómo enfrentan los adolescentes la ideación y los intentos de suicidio?

En investigaciones revisadas hemos encontrado que los adolescentes no son inmunes a la depresión e ideación suicida (O'Connors, 2010). Actualmente se ha encontrado que por su manera de ser hay muchos adolescentes que están depresivos por períodos largos de tiempo, tal vez no conversan con sus padres, sufren de anorexia o bulimia, tienen problemas con su autoimagen, se cubren las automutilaciones, presentan abuso de drogas, corren riesgos innecesarios, tiene falta de concentración por ende bajo rendimiento escolar, se alejan de los amigos o no los tienen, o falta de interés en cosas que antes le gustaban (O'Connors, 2010), los arriba mencionados son algunos de los indicadores que nos ponen en alerta, a pesar de todo muchas veces los padres y maestros no reconocen la depresión en los adolescentes (O'Connors, 2010). Cuando un adolescente utiliza una forma de acting out para reaccionar a un problema, está gritando por ayuda a su manera. (O'Connors, 2010).

Los padres deberán llevar a sus hijos a terapia, aunque estos por ser adolescentes serán renuentes a la misma, deben ser firmes los padres para que inicie el adolescente la terapia ya luego vendrá solo. La aplicación de la terapia que se ha seleccionado para la evaluación del trabajo, está basado en ayudar al paciente a cambiar pensamientos e imágenes negativas que son perjudiciales de manera habitual y sistemática (Beck, 1976).

El diseño de la intervención psicoterapéutica debe considerar los aspectos individuales de cada joven, su estado de salud, sus estrategias de afrontamiento, los niveles de ideación suicida y los niveles de depresión generados por los problemas escolares o ambientales presentes.

1.3. Pregunta de investigación

¿Disminuirán la ideación suicida, depresión, desesperanza en los estudiantes que sean diagnosticados con el trastorno del Ánimo que participen en el tratamiento con la Terapia Cognitiva Breve de Beck?

2. Objetivos de la investigación

2.1. Objetivos generales.

- Identificar el grado de depresión y las estrategias de vida y la ideación suicida, el diagnóstico y el tratamiento en los adolescentes.
- Reconocer la utilidad del tratamiento de intervención de la Terapia Breve de Beck aplicado a un grupo de adolescentes.

2.2 Objetivo específico

- Disminuir los niveles de ideación suicida, depresión, baja autoestima, agresión y desesperanza a los adolescentes que participen en el programa de estudio.
- Evaluar la efectividad del programa de intervención psicoterapéutica.
- Elaborar la historia clínica y el diagnóstico multiaxial de cada uno de los adolescentes que participen en el programa.
- Mejorar la calidad de vida de cada uno de los adolescentes que participen del programa para este estudio.
- Mejorar estrategia de afrontamiento para los adolescentes que participen en el programa de estudio.

3. Hipótesis

3.1 Hipótesis conceptual.

Los(as) estudiantes diagnosticados(as) con trastorno del Ánimo y en riesgo suicida que reciban Terapia Breve de Beck, reportarán mejoría en los síntomas psicológicos que presentan, en sus mecanismos de afrontamiento y el manejo de la depresión una vez culmine el tratamiento.

3.2 Hipótesis estadística.

3.2.1 En relación a la Ideación Suicida

Ho: No existen diferencias significativas entre los puntajes del pre test y el post test para el factor Escala Total de la variable Ideación Suicida.

Hi: Existen diferencias significativas entre los puntajes del pre test y el post test para el factor Escala Total de la variable Ideación Suicida.

$$\text{Ho: } \bar{X}_1 = \bar{X}_2$$

$$\text{Hi: } \bar{X}_1 \leq \bar{X}_2$$

3.2.2 En relación a la Depresión

Ho: No existen diferencias significativas entre los puntajes del pre test y el post test para el factor Escala Total de la variable Depresión.

Hi: Existen diferencias significativas entre los puntajes del pre test y el post test para el factor Escala Total de la variable Depresión.

$$\text{Ho: } \bar{X}_1 = \bar{X}_2$$

$$\text{Hi: } \bar{X}_1 \leq \bar{X}_2$$

3.2.3 En relación a la Desesperanza

Ho: No existen diferencias significativas entre los puntajes del pre test y el post test para el factor Escala Total de la variable Desesperanza.

Hi: Existen diferencias significativas entre los puntajes del pre test y el post test para el factor Escala Total de la variable Desesperanza.

$$\text{Ho: } \bar{X}_1 = \bar{X}_2$$

$$\text{Hi: } \bar{X}_1 \leq \bar{X}_2$$

3.2.4 En relación a la Baja Autoestima

Ho: No existen diferencias significativas entre los puntajes del pre test y el post test para el factor Escala Total de la variable Baja Autoestima.

Hi: Existen diferencias significativas entre los puntajes del pre test y el post test para el factor Escala Total de la variable Baja Autoestima.

$$\text{Ho: } \bar{X}_1 = \bar{X}_2$$

$$\text{Hi: } \bar{X}_1 \leq \bar{X}_2$$

3.2.5 En relación a la Hostilidad

Ho: No existen diferencias significativas entre los puntajes del pre test y el post test para el factor Escala Total de la variable hostilidad.

Hi: Existen diferencias significativas entre los puntajes del pre test y el post test para el factor Escala Total de la variable hostilidad.

$$\text{Ho: } \bar{X}_1 = \bar{X}_2$$

$$\text{Hi: } \bar{X}_1 \leq \bar{X}_2$$

4. Modelo de Análisis Estadístico.

- El manejo de la información general se llevará a cabo mediante la estadística descriptiva, media, modas y desviación estándar.
- La entrevista psicológica se clasificará y transcribirá según los parámetros establecidos en la clínica psicológica y se evaluará de forma cualitativa.
- Para los análisis estadísticos de pruebas de hipótesis se utilizarán pruebas no paramétricas, la prueba de rangos signados de Wilcoxon.
- El nivel de significancia alfa de 0.05 se ha establecido, por consiguiente, un porcentaje de confianza de 95% y un margen de error de $\pm 5\%$ (Hernandez S., 1988).
- Los datos estadísticos serán procesados mediante el programa XLSTAT, versión 2007 para Windows.

5. Diseño y Estrategia de Investigación

Se realizó un diseño cuasi experimental con grupo intacto, con la manipulación de la variable independiente (el tratamiento) para ver su efecto. Con la aplicación de la terapia individual con orientación cognitiva tiene el propósito de ayudar a los jóvenes adolescentes a disminuir los sentimientos de ideación suicida, depresión, desesperanza y hostilidad. (Hernandez Sampieri, 1998).

El diseño con pre prueba – post prueba.

Al grupo se le aplicó una prueba previa al estímulo o tratamiento experimental, después se le administró el tratamiento y finalmente se le aplicó una prueba posterior al tratamiento para medir los resultados y poder medir los cambios. (Hernandez Sampieri 1998), existe una ventaja en el diseño de pre test y post test ya que hay un punto de referencia inicial para ver qué nivel inicial tenía el grupo en la variable dependiente antes del estímulo.

7. Definiciones Conceptuales.

7.1 Intervención Psicoterapéutica

Es una forma de tratamiento para los problemas de índole emocional donde una persona debidamente entrenada establecerá una relación con una o unos pacientes con el propósito de intervenir en los patrones perturbados de conducta. La intervención puede ser individual o grupal, la intervención individual es focalizada, de objetivos limitados por lo tanto será terapia breve.

7.2 Diseño de las sesiones individuales

Primera fase (Sesiones 1 a 3):

Los objetivos primordiales de las primeras sesiones son:

- Comprometer al paciente con el tratamiento.
- Orientar al paciente con el modelo cognitivo.
- Desarrollar un plan de seguridad con el paciente.
- Desarrollar una conceptualización cognitiva del intento de suicidio.

Compromiso del paciente con el tratamiento: Las sesiones iniciales de la terapia marcan el escenario para el resto del tratamiento. (Sesiones 1 a 3)

Sesión 1

El aspecto más importante para comprometer al paciente con el tratamiento es que cuente su historia, describa a detalle el o los incidentes que precedieron las acciones o pensamientos suicidas, la meta del ejercicio es obtener los problemas detonantes, pensamientos, sentimientos e imágenes que llevaron al intento o pensamiento de suicidio.

Esta es la oportunidad para que el terapeuta muestre empatía hacia el paciente en el esfuerzo para construir el rapport y compromiso con la terapia. Para muchos pacientes será la primera vez que tengan oportunidad de hablar acerca del intento o del pensamiento y para algunos puede ser catártica para otros será difícil. Favorecer el rapport y establecer el contrato terapéutico, se debe dejar siempre claro cuántas sesiones le quedan.

Sesión 2

Hacer conexión con la sesión anterior. Orientar al paciente acerca del modelo cognitivo. Se le educa acerca de la conexión entre pensamientos, sentimientos y conductas en torno a la conducta de la activación de los modos suicidas. Además, los pacientes logran comprender que la mayoría del aprendizaje en la terapia cognitiva tiene lugar fuera de la sesión terapéutica y que las tareas son integrales para que la terapia tenga éxito.

Sesión 3

Hacer conexión con la sesión anterior. Desarrollar de un plan de seguridad.

Conforme el paciente mejora en la terapia, aprende a incluir estrategias de afrontamiento conductuales tales como salir a caminar, llamar a un amigo, técnicas de relajación, uso de apoyos sociales y familiares, el terapeuta y la sala de urgencia.

Desarrollo de una conceptualización cognitiva del intento o ideación suicida:

Identificar los pensamientos automáticos y creencias centrales precisas que llevaron al intento de suicidio o a su ideación. Conforme el paciente cuenta la historia entorno al intento, el terapeuta escucha para detectar las creencias y pensamientos automáticos pertinentes. Estos entonces los integran a una conceptualización cognitiva general del intento de suicidio en la que se incluye, pero se limita, a experiencias de la infancia temprana, creencias condicionales y estrategias conductuales compensatorias, así como los eventos significativos de la vida que incitaron la crisis suicida.

Fase media (Sesiones 4 a 7)

Sesión 4

Hacer conexión con la sesión anterior. En esta fase de la terapia el comportamiento o ideación suicida se aborda y se logra al utilizar técnicas de reestructuración cognitiva y cambio de comportamiento. Entre las estrategias están la construcción de tarjetas de afrontamiento, la creación de un kit de esperanza y el aprendizaje de habilidades conductuales de afrontamiento.

Sesión 5

Tarjetas de afrontamiento:

Hacer conexión con la sesión anterior. Paciente y terapeuta trabajan juntos para identificar creencias claves que son activadas cuando el paciente se sintió o siente ideas suicidas. En una tarjeta de tamaño portable se escribe una clave promotora de suicidio y en el lado opuesto se escribe una lista de opciones opuestas a esta, las tarjetas están diseñadas para que el paciente las pueda cargar siempre con él. Cuando no está en crisis se utilizan para que se familiaricen con ellas y con las habilidades en momentos de crisis.

Sesión 6

Construcción de un kit de esperanza:

Hacer conexión con la sesión anterior. Consiste en un recipiente que contiene recuerdos (fotografías, cartas, recuerdos) que sirven para recordar las razones para vivir. Se instruye a los pacientes a ser tan creativos como sea posible para que el final sea lo más personal y poderoso de su conexión con la vida.

Sesión 7

Habilidades conductuales de afrontamiento:

Hacer conexión con la sesión anterior. Enseñar a los pacientes una variedad de estrategias conductuales de afrontamiento para ayudarles a lidiar con seguridad los pensamientos y conductas suicidas.

Últimas sesiones (Sesiones 8 a 10)

Sesión 8

Hacer conexión con la sesión anterior. El objetivo en esta sesión es desarrollar una tarea de prevención de recaída. Los pacientes usan habilidades que han desarrollado

mientras visualizan a sí mismos en crisis suicidas futuras. Se utiliza la técnica de la imaginación guiada, junto con posibles consecuencias dañinas.

Sesión 9

Hacer conexión con la sesión anterior. Cuando el terapeuta confía que el paciente será capaz de utilizar sus nuevas habilidades para prevenir intentos futuros de suicidio, entonces se le indica que termina la terapia.

Sesión 10

Hacer conexión con la sesión anterior. Generalmente, si el paciente no está lo suficientemente fortalecido en sus habilidades de afrontación no se terminará la terapia hasta que el paciente desempeñe la técnica de prevención de recaída de manera efectiva.

Al trabajar con pacientes suicidas o con ideación, es importante comenzar la preparación para la terminación desde la primera sesión.

7.3 Desesperanza: un deseo de escapar de algo que se considera un problema sin solución y que no se espera que en el futuro este problema tenga una mejor solución. Tiene que ver con esquemas cognitivos que parten del elemento común de las expectativas negativas, hasta que llega a un sentimiento de desesperación y de falta de deseos de vivir (Beck, Weissman, Lester y Trexler; 1974). Sentir que ya nada importa. (Beck, Steer, Beck & Newman; 1993).

7.4 Ideación suicida: cualquier pensamiento reportado por la misma persona de involucrarse con un comportamiento suicida relacionado al suicidio. Dolor emocional difícil de tratar. Pensamiento persistente en suicidarse, hacer planes para llevarlo a cabo. La idea de acabar con la vida de uno mismo. Hay una ideación suicida pasiva y una activa. (Beck, 1993).

7.5 Baja autoestima: es una variable que media entre la falta de proximidad familiar y la ideación suicida. Dukes y Lorch (1989), Pensamiento negativo de ser una carga

para la familia o los amigos. Es la dimensión valorativa de un autoconcepto. Factor de riesgo importante en la ideación suicida, falta de interés marcado por actividades lúdicas

- 7.6 Hostilidad: agresión dirigida, puede ser hacia afuera o hacia uno mismo. Puede ser una forma de auto castigo. Fuerte creencia de que se es malo y merece ser castigado. Predisposición conductual biológicamente basada en el temperamento. (Brittlebank, 1990).

8. Población y muestra

8.1 Población objetivo

Nuestra unidad de análisis todos los adolescentes que van a ser medidos, están en el décimo grado de educación secundaria, en la ciudad de Panamá.

8.2 Muestra

La muestra que se obtuvo fue mediante selección intencionada. Se trata de los adolescentes con diagnóstico de ideación suicida, depresión, desesperanza, baja autoestima u hostilidad, es decir un subgrupo con el que trabajaremos y que cumplan con los criterios de inclusión, además que deseen y aprueben participar en el estudio mediante la firma de Consentimiento Informado (ver anexo No1). De la muestra obtenida cabe señalar que el 10% de la población de estudiantes evaluados, presentaron niveles altos de ideación suicida y depresión, de estos 20 eran mujeres y 6 eran hombres, podemos inferir por una parte que hay más mujeres que hombres en la población o que las mujeres están más activas en relación a los pensamientos suicidas.

8.3 Técnicas de muestreo

Por no contar con el conocimiento exacto de la cantidad de adolescentes que componen la población en estudio, la muestra seleccionada a través de un muestreo no probabilístico sujeto – tipo, cuyo objetivo será la riqueza, profundidad y calidad de la información y no la cantidad y la estandarización. (Hernandez S. 1996), el mismo autor comenta en relación a éste hecho que: “la ventaja de una muestra no probabilística es su utilidad para un determinado diseño de estudio, que requiere no tanto una representatividad de elementos de la población, sino una cuidadosa y controlada elección de sujetos con ciertas características específicas previamente en el planteamiento del problema” (Hernández S., 1996),

8.4 Criterios de inclusión

- Adolescentes entre 14 y 16 años.
- Con síntomas de depresión mayor según criterio del DSMIV TR,
- Con síntomas de desesperanza o ideación suicida
- Sin otros trastornos clínicos, psicológicos significativos.
- No estar recibiendo tratamiento por depresión u otra condición
- Estudiantes de escuela segundo ciclo pública 3er año de secundaria
- De ambos sexos.
- Firmar nota de consentimiento informado.

8.5 Confidencialidad

La participación en este estudio de investigación y los registros que se obtengan del mismo se mantendrán con el mayor grado de confidencialidad posible, según dictan las

leyes nacionales e internacionales que protegen a los sujetos que participen en una investigación. Al concluir la investigación la información recabada se procesará en un informe final donde los datos se presentarán mediante números y nunca mediante nombres.

8.6 Procedimiento

Nuestros primeros pasos en el desarrollo de la investigación estuvo dirigido hacia la revisión bibliográfica, de textos especializados en suicidio e ideación suicida al igual en el internet enfocándonos en los adolescentes y sus riesgos. Luego consultamos con médicos psiquiatras y con terapeutas especializados en el tratamiento de casos de suicidio. Con toda la información recabada preparamos el diseño de investigación y los parámetros científicos sobre los cuales mediríamos la efectividad de nuestra intervención terapéutica. Los adolescentes que se seleccionaron para ésta investigación cumplían con los criterios de inclusión, se les informó sobre sus derechos y se les pidió que firmaran la carta de consentimiento informado.

9. Técnicas de medición e instrumentos

9.1 Entrevista clínica.

La entrevista clínica o entrevista psicodiagnóstica que utilizamos en esta investigación sigue las directrices aprendidas en nuestros cursos de maestría en psicología clínica y los fundamentos desarrollados por Othmer & Othmer del libro de La entrevista clínica, DSM- IV. Se describe como una interacción entre al menos el psicólogo y el paciente. Cada participante debe contribuir al proceso y cada uno influye en las respuestas del otro. La entrevista comprende encuentros o intercambios verbales uno frente al otro. Se inicia con una meta o conjunto de metas en mente. El entrevistador

enfoca la interacción con determinación, teniendo la responsabilidad de mantener un curso de la entrevista y de moverse hacia la meta.

El objetivo de la entrevista dirigida a los síntomas es clasificar los síntomas y las disfunciones del paciente con arreglo a categorías diagnósticas definidas (según criterios del DSM IV TR, 2002). Un diagnóstico ayuda a predecir el curso futuro y a seleccionar empíricamente el tratamiento más eficaz, aunque tal vez no permita extraer conclusiones sobre las causas que los producen. Al utilizar la observación de los comportamientos de los estudiantes y motivarlos a éstos a describir sus problemas detalladamente en las primeras sesiones hemos podido convertir nuestras percepciones en signos y síntomas para un diagnóstico descriptivo. Así mismo se incluye un extracto de la evaluación, de la adaptación y habilidad para enfrentarse con diversas situaciones, su manera personal de tratar con sus trastorno y de sus problemas psicosociales y ambientales.

9.2 Inventario para la depresión de Beck (traducido).

Aplicación del Test de Depresión de Beck. Este inventario fue creado por Beck para evaluar los niveles de depresión, es un inventario tipo Likert que consta de 21 ítems, multidimensional, de rápida aplicación, práctico y desarrollado para aplicar desde edades adolescentes hasta adultos. Es de muy fácil aplicación e interpretación cuyos reactivos son transformados a puntuaciones normales, tiene puntajes escalares de 0 a + 40 de manera tal que a mayor puntaje los estados depresivos aumentan. De los 21 ítems que tiene la prueba solo el ítem 19 tiene que ver con la imagen corporal, los otros van enfocados a la depresión. En la aplicación del Test de Depresión de Beck, se leen las instrucciones y se pide que contesten lo más acercado a como se sienten, el test contiene 21 grupos de afirmaciones. Se le dará una copia al estudiante para que pueda seguir la lectura. Si alguno de los entrevistados tiene valores que están entre 2 o 3, se le solicitará que identifique cual valor lo describe mejor, si el caso es que es más de 2 pero menos que 3, se debe tomar el puntaje de 2.

9.3 Escala de Probabilidad de Suicidio (*Suicide Probability Scale*) SPS:

Escala de Probabilidad de Suicidio (*Suicide Probability Scale*), Diseñada por John G. Cull y Wayne S. Gill. Para medir el grado de depresión que tiene el paciente.

Este inventario está compuesto por 12 ítems que reflejan desesperanza, de manera general mide la insatisfacción con la vida y la forma negativa de ver el futuro.

- 12 ítems de desesperanza.
- 8 ítems de ideación suicida, pensamientos y conductas asociadas con el suicidio.
- 9 ítems de baja auto imagen: las cosas no van bien que las personas están lejos de mí, que no les importo, dificultad para realizar tareas. Este ítem esta dividido a su vez en dos factores: (1) sentimientos de cercanía hacia uno de los progenitores o pareja y (2) sentimiento de auto eficacia y auto valor.
- 7 ítems de agresividad: tendencia a romper o tirar cosas con rabia o disgustos fuertes incluye un bloque de ítems que reflejan la hostilidad, la soledad y la impulsividad.

La valoración de esta prueba está hecha mediante una escala tipo Likert. Su principal objetivo es medir los sentimientos y la conducta en el momento de la aplicación de la prueba del riesgo suicida. Se utiliza también para monitorear cambios en conductas suicidas y para desarrollar estrategias de trabajo con los pacientes.

Dentro de las limitaciones de la prueba. El inventario SPS como instrumento de medición no debe ser utilizado como forma aislada para predecir, se recomienda que siempre luego de la aplicación de la misma sea practicada una entrevista clínica al paciente.

Esta escala tiene además un número específico de limitaciones que se deben tener siempre en mente cuando se interpreta la prueba:

- Los resultados de la prueba están sujetos a respuestas que pueden estar distorsionadas conscientes o inconscientes por las personas a las que se les aplica la prueba.
- Los resultados que arroja la misma valoraran los sentimientos y las conductas en un momento en el tiempo. No tiene la validez la prueba para predecir futuros intentos suicidas.

Procedimiento para evaluar la prueba.

Los resultados arrojaran tres posibles resultados: niveles alto, intermedio o bajo de presunción de riesgo suicida. Esta prueba usa puntaje que se representa con la letra T, la media tiene valor de 50 y la desviación estándar de 10, por consiguiente que valores T por debajo de 30 se consideran bajos y valores por encima de 70 se considerará altos.

Clasificación del riesgo suicida según los resultados de la prueba.

Resultados de la prueba	Valor del riesgo
75 – 100	Severo
50 – 74	Moderado
25 - 49	Suave
0 - 24	Normal

9.4 Terapia cognitiva de Beck

Terapia cognitiva para la depresión, desesperanza e ideación suicida y agresión. La terapia cognitiva para quienes intentan suicidarse está diseñada como un protocolo de 10 sesiones. El marco de trabajo general de la terapia primera fase, mitad de fase y última fase es flexible y puede ser personalizada de acuerdo a los requerimientos del paciente. La terapia de Cognitiva Breve de Beck

El tratamiento tiene 5 componentes principales:

- a) terapia cognitiva para la depresión, desesperanza e ideación suicida;
- b) resolución de problemas con enfoque en los problemas que detonaron el intento más reciente o la ideación suicida;
- c) incrementar el uso adaptativo de pacientes de apoyo social;
- d) incrementar el uso y cumplimiento del paciente de intervenciones adyacentes médicas, por abuso de sustancias, sociales y psiquiátricas;
- e) identificar y disminuir la ideación suicida.

“El suicidio es un evento tan raro que no podemos predecirlo. Todo lo que podemos hacer es valorar el riesgo”
Shneidman, (1997).

10. Resultado y Análisis de Resultados

Esta sección se presentará en dos partes, la primera está dedicada a la presentación cuantitativa de los resultados y las respectivas pruebas de hipótesis y la segunda parte se le dedicará al análisis y discusión de dichos resultados.

Tabla N° 5. Datos Sociodemográficos de la Muestra

DATOS	1	2	3	4	5	TOTAL
EDAD	15	16	15	15	16	2 15 3 16
SEXO	M	F	F	F	F	1 M 2 F
ESCOLARIDAD	10	10	10	10	10	6 10
RAZA	M	M	I	M	N	1 I 1 N 3 M
NIVEL SOCIOECONOMICO	MP	P	P	P	MP	2 MP 4 P

Fuente: Álvarez, L. 2011.

Edad 15 – 16 años

Sexo: Mujeres (F) Hombres (M)

Raza: Mestizo M Negro N Asiático A Blanco B Indígena I

Nivel

Socioeconómico Clase Baja CBPobre CP Muy Pobre MP

Educación Primer Ciclo concluido

Tabla N° 6

Comparación entre el pre test y el post test de la sub escala Ideación Suicida.

SUJETO	1	2	3	4	5	<i>X</i>
Estado pre test	18	27	22	26	30	24.60
Estado post test	16	14	18	20	23	18.20

Hipótesis.

Ho: No existen diferencias entre los puntajes de la sub escala de ideación suicida obtenido por los estudiantes antes y después de recibir el tratamiento.

Hi: Existen diferencias entre los puntajes de la sub escala de ideación suicida obtenido por los estudiantes antes y después de recibir el tratamiento.

Ho: $G_1 \ X \leq G_1$

Hi : $G_1 \ X > G_1$

Nivel de significación: $\alpha = 0.05$

Cálculo del estadístico de la prueba

Prueba de Wilcoxon de los rangos signados / prueba bilateral:

Prueba de Wilcoxon de los rangos signados / Prueba bilateral:

V	15
Esperanza	7.500
Varianza (V)	13.750
p-valor (bilateral)	0.063
Alfa	0.05

El p-valor es calculado utilizando un método exacto.

Tabla I

Estadísticas descriptivas: Comparación de Ideación Suicida Pre test – Post test

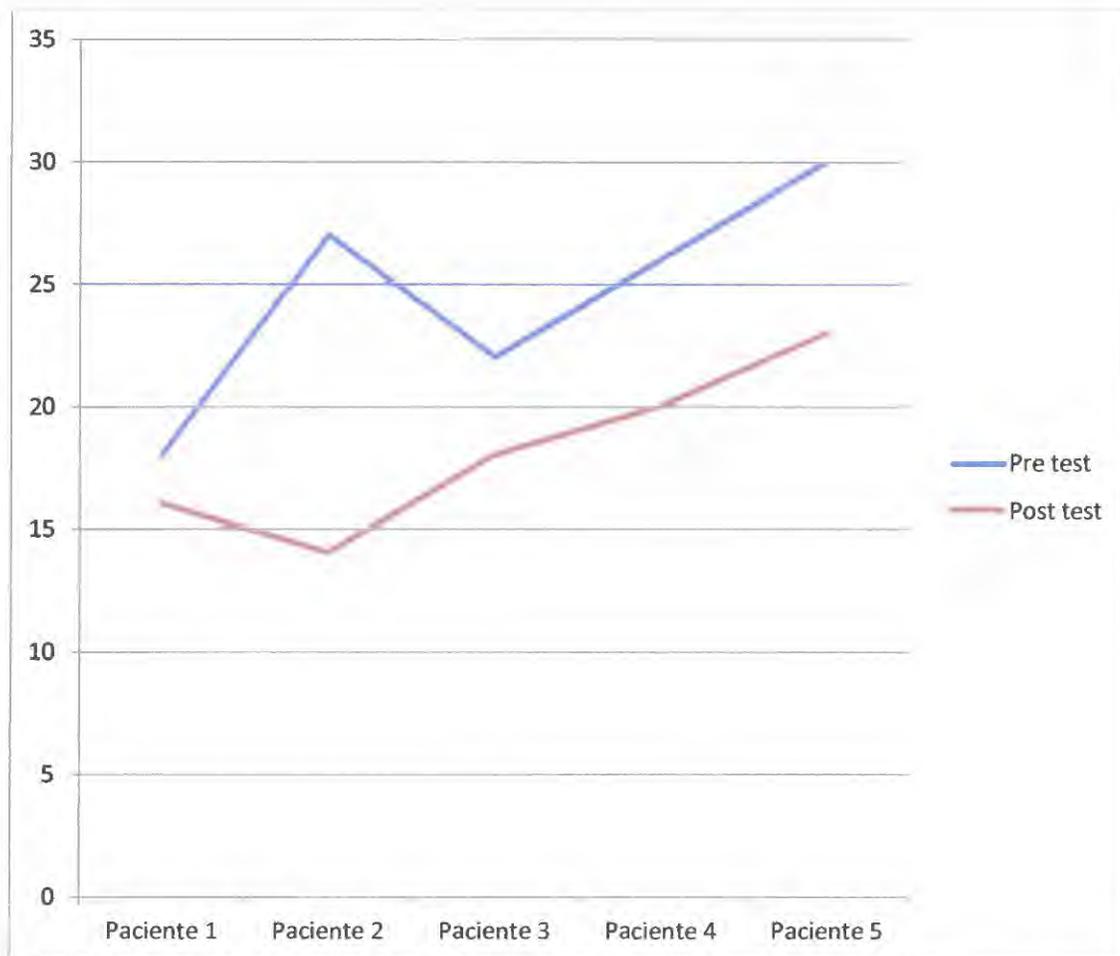
	Ideación Suicida / Pre Test	Ideación Suicida / Post Test
Media	24.60	18.20
Desviación Típica	4.67	3.49
Observaciones	5	5
Puntuación mínima	18	14
Puntuación máxima	30	20

Decisión: como el p-valor computado, es mayor que el nivel de significación de alfa = 0.05, no se rechaza la hipótesis nula (Ho) y se rechaza la hipótesis alterna (Hi). El riesgo de rechazar la hipótesis nula (Ho), cuando es verdadera es de 6.25%

Conclusión: A un nivel de significación de 5% los puntajes obtenidos en la subescala Ideación Suicida, no varían significativamente para el post-test.

Grafica N° 1

Comparación entre el pre test y el post test de la sub escala Ideación Suicida



Fuente: Alvarez, L. 2011.

Tabla N° 7

Comparación entre el pre test y el post test de la sub escala Desesperanza.

SUJETO	1	2	3	4	5	\bar{X}
Estado pre test	26	32	25	19	41	28.60
Estado post test	28	30	22	16	26	24.40

Hipótesis.

Ho: No existen diferencias entre los puntajes de la sub escala desesperanza obtenidos por los estudiantes antes y después de recibir el tratamiento.

Hi: Existen diferencias entre los puntajes de la sub escala de desesperanza obtenido por los estudiantes antes y después de recibir el tratamiento.

Ho: $G_1 \bar{X} \leq G_2$

Hi : $G_1 \bar{X} > G_2$

Nivel de significación: $\alpha = 0.05$

Cálculo del estadístico de la prueba

Prueba de Wilcoxon de los rangos signados / Prueba bilateral:

V	13.500
Esperanza	7.500
Varianza (V)	13.500
p-valor (bilateral)	0.134
Alfa	0.05

Se ha utilizado una aproximación para calcular el p-valor.

Tabla II

Estadísticas descriptivas: Comparación de Desesperanza Pre test – Post test

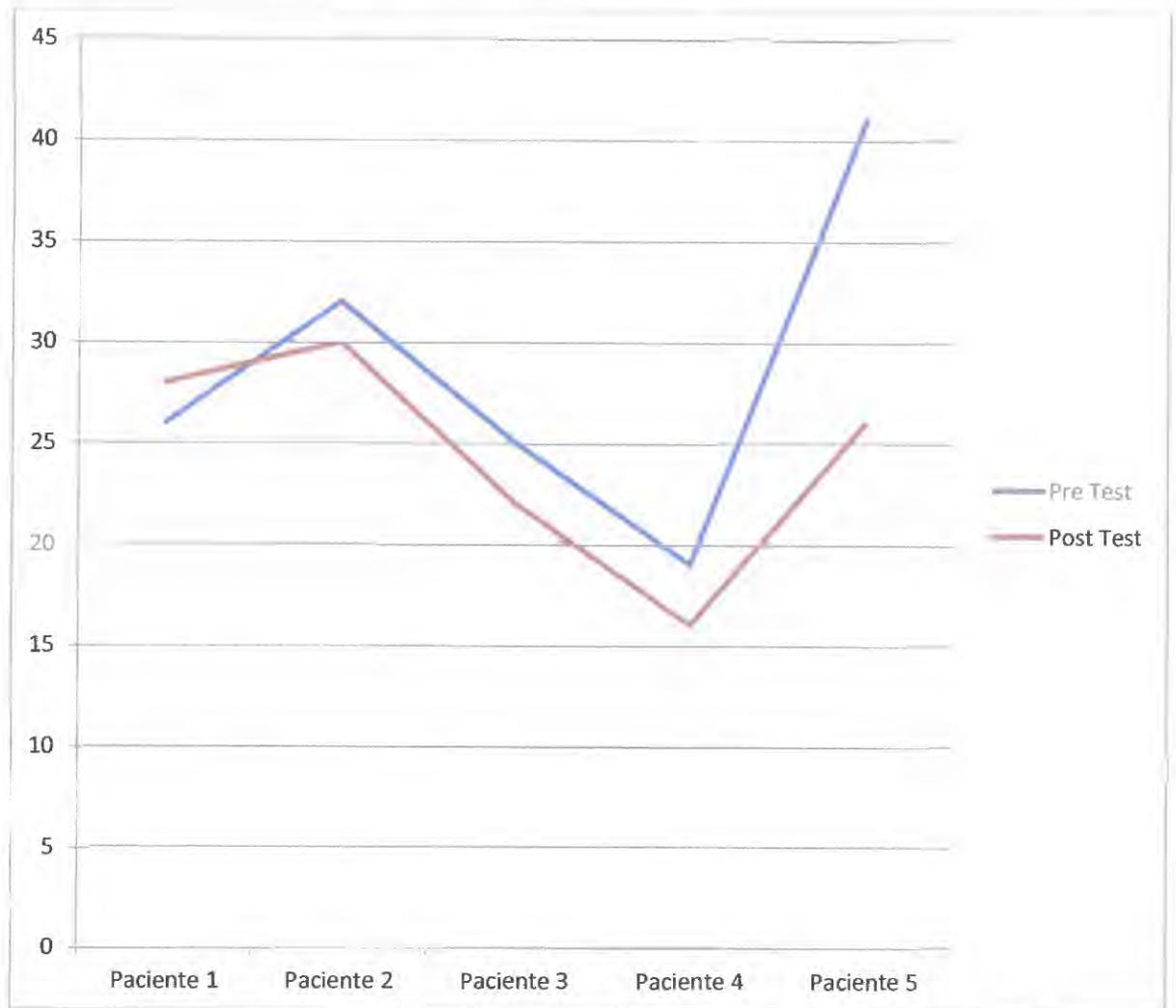
	Desesperanza / Pre Test	Desesperanza / Post Test
Media	28.60	24.40
Desviación Típica	8.32	5.55
Observaciones	5	5
Puntuación mínima	19	16
Puntuación máxima	41	30

Decisión: como el p-valor computado, es mayor que el nivel de significación de alfa = 0.05, se acepta la hipótesis nula (H_0) y se rechaza la hipótesis alterna (H_1). El riesgo de rechazar la hipótesis nula cuando es verdadera es de 13,44%.

Conclusión: a un nivel de significación de 5% los puntajes obtenidos en la sub escala de Desesperanza, no varían significativamente en el post test.

Gráfica N° 2

Comparación entre el pre test y el post test de la sub escala Desesperanza



Fuente: Alvarez, L. 2011.

Tabla N° 8

Comparación entre el pre test y el post test de la sub escala Baja Autoestima.

SUJETO	1	2	3	4	5	\bar{X}
Estado pre test	21	9	20	19	19	17.60
Estado post test	14	10	17	20	13	14.40

Hipótesis.

Ho: No existen diferencias entre los puntajes de la sub escala de desesperanza obtenido por los estudiantes antes y después de recibir el tratamiento.

Hi: Existen diferencias entre los puntajes de la sub escala de desesperanza obtenido por los estudiantes antes y después de recibir el tratamiento.

Ho: $G_1 \bar{X} \leq G_1$

Hi : $G_1 \bar{X} > G_1$

Nivel de significación: $\alpha = 0.05$

Cálculo del estadístico de la prueba

Prueba de Wilcoxon de los rangos signados / Prueba bilateral:

V	12.000
Esperanza	7.500
Varianza (V)	13.625
p-valor (bilateral)	0.279
Alfa	0.05

Se ha utilizado una aproximación para calcular el p-valor.

Decisión: como el p-valor computado, es mayor que el nivel de significación de alfa = 0.05, no se rechaza la hipótesis nula (Ho) y se rechaza la hipótesis alterna (Hi). El riesgo de rechazar la hipótesis nula (Ho), cuando es verdadera es de 27.85%

Conclusión: A un nivel de significación de 5% los puntajes obtenidos en la subescala Baja Autoestima no varían significativamente para el post-test.

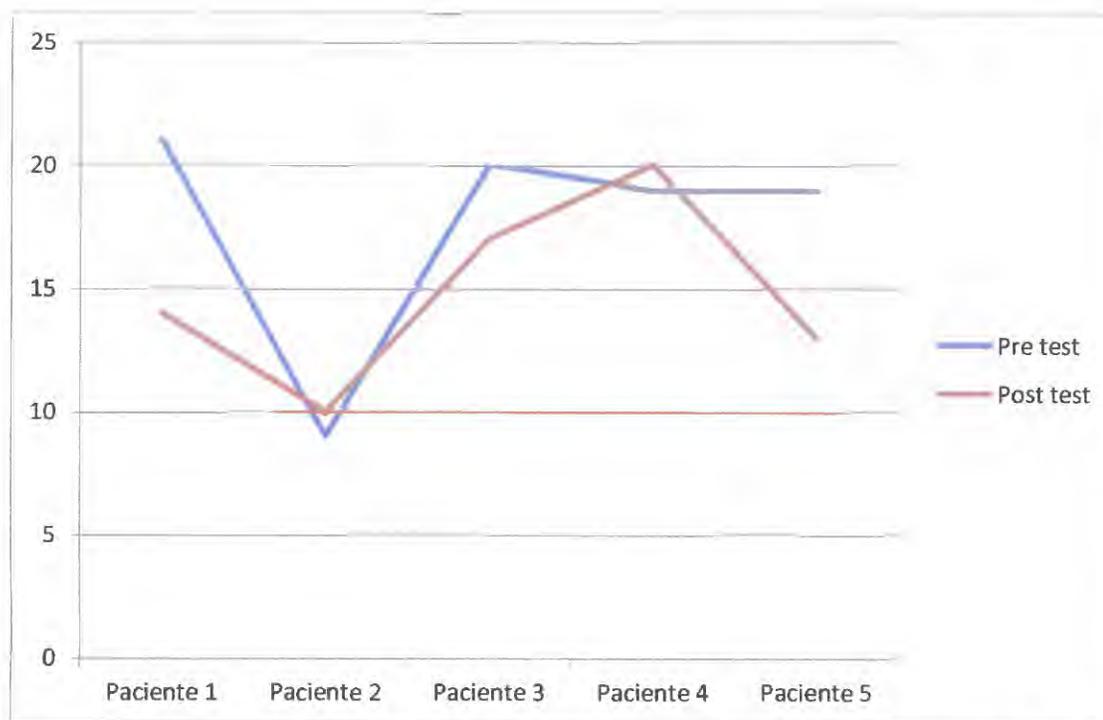
Tabla III

Estadísticas descriptivas: Comparación de Baja Autoestima Pre test – Post test

	Baja Autoestima / Pre Test	Baja Autoestima / Post Test
Media	17.60	14.40
Desviación Típica	4.87	3.83
Observaciones	5	5
Puntuación mínima	9	10
Puntuación máxima	21	20

Grafica N° 3

Comparación entre el pre test y el post test de la sub escala Baja Autoestima



Fuente: Alvarez, L. 2011.

Tabla N° 9

Comparación entre el pre test y el post test de la sub escala Hostilidad.

SUJETO	1	2	3	4	5	\bar{X}
Estado pre test	14	16	15	9	24	15.60
Estado post test	13	11	13	13	19	13.80

Hipótesis.

Ho: No existen diferencias entre los puntajes de la sub escala de hostilidad obtenido por los estudiantes antes y después de recibir el tratamiento.

Hi: Existen diferencias entre los puntajes de la sub escala de hostilidad obtenido por los estudiantes antes y después de recibir el tratamiento.

Ho: $G_1 \leq G_2$

Hi : $G_1 > G_2$

Nivel de significación: $\alpha = 0.05$

Cálculo del estadístico de la prueba

Prueba de Wilcoxon de los rangos signados / Prueba bilateral:

V	12.000
Esperanza	7.500
Varianza (V)	13.625
p-valor (bilateral)	0.279
Alfa	0.05

Se ha utilizado una aproximación para calcular el p-valor.

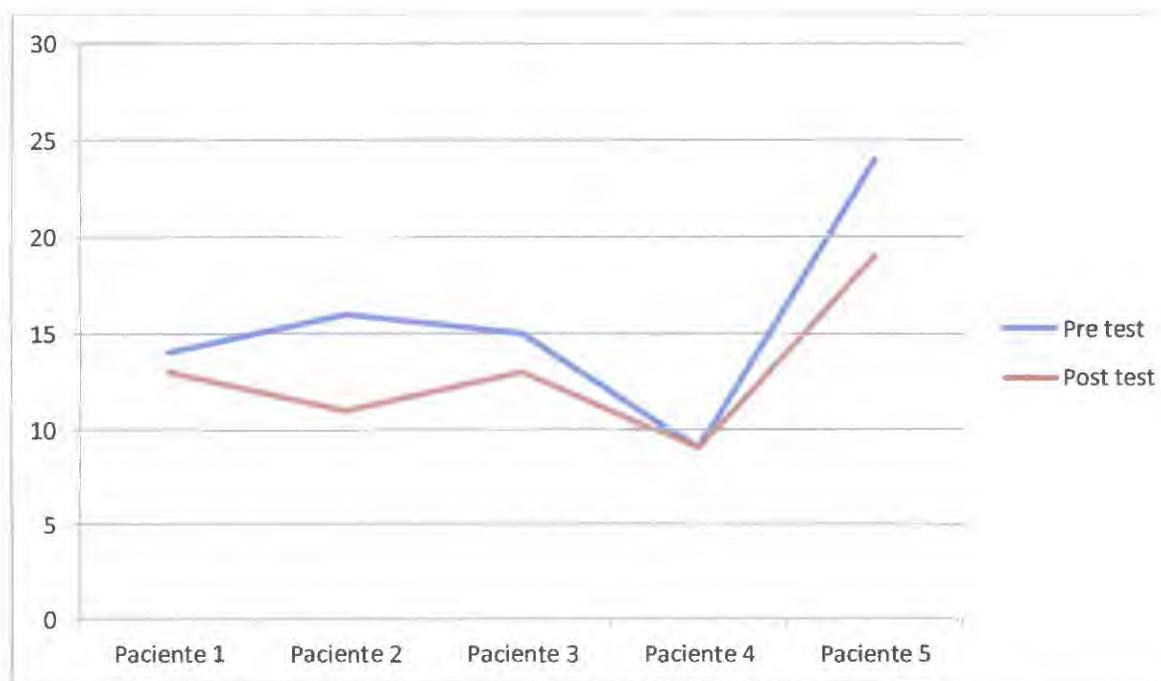
Decisión: como el p-valor computado, es mayor que el nivel de significación de alfa = 0.05, no se rechaza la hipótesis nula (Ho) y se rechaza la hipótesis alterna (Hi). El riesgo de rechazar la hipótesis nula (Ho), cuando es verdadera es de 27.85%

Conclusión: A un nivel de significación de 5% los puntajes obtenidos en la subescala Baja Autoestima no varían significativamente para el post-test.

Tabla IV
 Estadísticas descriptivas: Comparación de Hostilidad Pre test – Post test

	Hostilidad / Pre Test	Hostilidad / Post Test
Media	14.15	13.36
Desviación Típica	5.41	3.03
Observaciones	5	5
Puntuación mínima	9	11
Puntuación máxima	24	19

Grafica N° 4
 Comparación entre el pre test y el post test de la sub escala Hostilidad



Fuente: Alvarez, L. 2011.

CAPITULO IV

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

“la situación era tan insoportable, que tenía que hacer algo y no sabía que mas hacer” Williams, (1986).

1. Conclusiones:

A continuación presentamos las conclusiones y recomendaciones que surgen de este estudio. Estas conclusiones se derivan de los resultados obtenidos y tomando en cuenta los objetivos y las hipótesis planteada.

- A medida que se realizaba la terapia se puede establecer que las defensas van disminuyendo y los estudiantes que participaron del proyecto empezaron a conversar y abrirse más y a estar más dispuestos a trabajar para elaborar su propia guía de vida.
- En cuanto al alivio de los síntomas podemos mencionar que los jóvenes participaban de las sesiones, inclusive llegaban bastante más temprano de su hora de terapia.
- Se aumento el registro de la subescala auto estima.
- Se puede mencionar hubo cambios de conducta después del tratamiento.
- A pesar de que no se pudo rechazar la hipótesis nula y las diferencias no fueron significativas numéricamente, hubo cambios en los pacientes en cuanto a la desesperanza.
- A pesar de que no se pudo rechazar la hipótesis nula y las diferencias no fueron significativas numéricamente, hubo cambios en los pacientes en cuanto a la ideación suicida.
- A pesar de que no se pudo rechazar la hipótesis nula y las diferencias no fueron significativas numéricamente, hubo cambios en los pacientes en cuanto a la depresión.
- A pesar de que no se pudo rechazar la hipótesis nula y las diferencias no fueron significativas numéricamente, hubo cambios en los pacientes en cuanto a la baja autoestima.
- A pesar de que no se pudo rechazar la hipótesis nula y las diferencias no fueron significativas numéricamente, hubo cambios en los pacientes en cuanto a la agresión.

- Se tuvo que utilizar terapia de contención para la paciente que tenía niveles muy altos en depresión, ideación suicida e adicional en la paciente que se cortó las venas.
- Entregaron hoja con el proyecto de vida a futuro.
- Los participantes del proyecto se sintieron bien desarrollando estrategias de afrontamiento, con las cuales podrán hacer frente a momentos de estrés, tanto en la escuela como en su casa, en su vida personal.
- Fueron capaces de poder expresar sus sentimientos de una forma abierta y espontánea.
- En relación a los hombres participaron de juegos, aceptaron a salir a fiestas y participar de los trabajos en grupo.
- Se disminuyeron los síntomas relacionados con la depresión.
- Se disminuyeron los síntomas relacionados con la ideación suicida.
- Se disminuyeron los síntomas relacionados con la desesperanza.
- Se disminuyeron los síntomas relacionados con la baja autoestima.
- Se disminuyeron los síntomas relacionados con la hostilidad

1.1 Análisis de resultados.

De acuerdo a los resultados obtenidos a través de los indicadores, podemos sin duda afirmar que el programa de Terapia cognitiva breve de Beck, no llenó nuestras expectativas estadísticamente hablando. Dado los resultados obtenidos podemos concluir que para los jóvenes que participaron del programa les fue positivo para disminuir sus síntomas de depresión, desesperanza, ideación suicida y hostilidad y mejorar su visión del mundo y sus metas.

Los problemas a los que se enfrentan estos jóvenes diariamente impulsó a varios maestros a colaborar con los mismos a incentivarlos a hacer las pruebas.

A través del estudio los jóvenes del programa llegaron a conocer más y mejor los sentimientos que ellos tenían con relación a sus problemas.

En cuanto a una de las pacientes en especial, salió con un proyecto a futuro del programa y la razón de su intervención fue cortarse las venas ya que estaba embarazada.

Otra paciente no pertenecía según ella a ningún lado, que era realmente muy brava y al final terminó jugando y participando en su ambiente familiar.

En las primeras sesiones las jóvenes mostraban más hermetismo que los muchachos, a medida que fueron avanzando las sesiones este papel de las señoritas se fue nivelando.

Los padres que participaron del programa se sintieron realmente agradecidos porque había alguien que podía darles una orientación dirigida a sus hijos o acudidos.

Es importante mencionar la contratransferencia ya que como ser humano y panameña siento que estos jóvenes tienen muchas carencias y aprender a conocer un poco sus necesidades me hizo buscar diferentes formas para llegar a ellos y poder transmitir la esencia de la terapia cognitiva breve de Beck.

En relación con una de mis pacientes que realmente sentía que quería estar en el programa sin embargo presentaba mucha resistencia, me hizo sentir que no le importaba el proyecto lo que en un momento me hizo sentir mis pocos deseos de ir a trabajar con ella, tuve que sentarme a ver que era esa parte que no quería estar con ella para vencerla y terminar con éxito nuestras diez sesiones.

En la etapa de terminación en algunos casos me sentí que aún le faltaba más, otros se sorprendieron cuando desde el principio de las sesiones les iba contando cuantas sesiones les quedaban para que se fueran acostumbrando al cierre.

Sentí que algunos estudiantes se quedaron con la idea que necesitaban seguir viniendo, se sentían bien en el ambiente donde estaban trabajando.

En el cierre, sentí que ellos no esperaban que realmente las sesiones se acabaran.

2. RECOMENDACIONES

2.1 En relación a la muestra.

Seguir concientizando a los padres ya que a pesar de que a muchos muchachos, sus padres dieron el consentimiento, cuando fueron citados para hablar del proyecto no asistieron.

A pesar que la muestra no mostró cambios significativos en cuanto a la variación numérica, si se notó el cambio en las actitudes de los jóvenes que trabajaron en el proyecto.

La muestra con la que se trabajo fue de 5 estudiantes porque se hizo una selección de la muestra de las diferentes etnias que conforman el grupo de jóvenes del 10mo año.

Seguir realizando trabajos de investigación, aumentar la muestra y de esa forma poder extrapolar la investigación a nivel nacional.

Organizar nuevas investigaciones con muestras del 10mo para comprobar los cambios en las conductas y cogniciones en los jóvenes para su mejor afrontamiento en relación a sus estudios.

Debe implementarse el proyecto a los colegios de la República de Panamá, donde los jóvenes sean evaluados desde el principio del año para tener la mayor cantidad de tiempo para tratar a un número mayor de adolescentes.

Educar a los padres de la importancia de escuchar y aceptar a sus hijos.

Estudiar la importancia que ejerce la Terapia Breve de Beck en los adolescentes en cuanto a su calidad de vida.

Continuar realizando estudios que evalúen lo positivo que resultan las intervenciones psicoterapéuticas en los adolescentes.

Implementar un programa a nivel de escuelas que permita a los adolescentes poder acceder a una terapia breve y poder compartir sus preocupaciones.

Hablar con los adolescentes y sus padres sobre la ideación suicida, sus consecuencias y riesgos.

2.2 En lo profesional

Implementar programas de prevención utilizando la metodología que surge de estos estudios realizados a nivel de colegios locales

Utilizar no solo la terapia objetiva conductual sino también terapias que ayuden a la contención de los problemas.

Promover la creación de líneas de ayuda en caso de desesperanza y de ideaciones suicidas.

Promover dentro de los colegios la participación de los padres en las actividades de los hijos.

Promover terapias como la de Beck o psicoterapias breves para intervenir en forma positiva en casos de urgencia.

Educar y preparar a maestros y administrativos en programas para detección temprana de los jóvenes con sintomatología depresiva y de alto riesgo.

Desarrollar programas que involucre a la familia, amigos y maestros para crear redes de apoyo.

Contar con el apoyo de otro terapeuta para supervisión de los casos, con la intención de poder trabajar la parte de la contratransferencia y poder optimizar las sesiones con el adolescente.

Diseñar estrategias terapéuticas donde se involucre a cuidadores primarios, amigos y profesores.

Dado que es una terapia breve, el terapeuta no debe perder de vista el objeto de estudio, ya que fácilmente puede perderse en la tentación de irse detrás de otros problemas que surgirán a medida que las sesiones avanzan.

BIBLIOGRAFÍA

BIBLIOGRAFIA

Sayavedra, C. (2010). Jefe de Docencia del Servicio de Psiquiatría del Complejo Hospitalario Arnulfo Arias Madrid.

Álvarez Cáceres, R. (2007.) Estadísticas aplicadas a las ciencias de la salud. España: Ediciones Díaz Santos.

Azambuja Luch, J.(2002). La confidencialidad en la asistencia a la salud del adolescente. Porto Alegre, Brazil.

Barlow.DH, Liebowitz M.R. 1994. Manual of Mental Disorder. Washington.D.C. Ameican Psychiatric Association.

Buendía, J., Riquelme, A., Ruiz, J.A. 2004). El suicidio en adolescentes: factores implicados en el comportamiento suicida. Murcia, España: EDITUM.

Ellis A. 2008).Cognicion y suicidio. Teoria, investigación y terapia. American Psychological Association. México D. F.:Editorial El Manual Moderno S.A.

Coleman, J., Hendry, L.(2003). Psicología de la adolescencia. España: Ediciones Morata..

Chinchilla Moreno, A. (2008).La depresión y sus máscaras, aspectos terapéuticos. Buenos Aires: Editorial Médica Panamericana.

Colman, John C., Hendry, Leo B. (2003). Psicología de la Adolescencia. España: Ediciones Morata.

Domènech – Llaberia, E. (1995). Actualizaciones en psicología y psicopatología de la adolescencia. Universidad Autónoma de Barcelona.

DSM– IV TR Manual de diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. (2003). México D.F.: Editorial Masson, S.A.

Ekkehard, Othmer, Sieglinde C. Othmer, (1996). DSM – IV La entrevista clínica, tomo I fundamentos, México D. F.: Editorial Masson, S.A.

Friedberg, Robert D. McClure, Jessica M. (2005). Práctica clínica de terapia cognitiva con niños y adolescentes. Barcelona, España.

García - Gamba de la Muela, E. (2007). Psiquiatría Médica: avances en los trastornos de la conducta alimentaria. Anorexia nerviosa, bulimia nerviosa, obesidad. Barcelona, España.

Glen O. Gabbard. (2001). Errores cometidos en el tratamiento de paciente suicidas. Buenos Aires: Editorial Medica Panamericana.

Glen O.Gabbard. (2009). Psiquiatría Psicodinámica en la Práctica Clínica. Buenos Aires: Editorial Medica Panamericana, 3era edición.

Hales, R.E., Tratado de Psiquiatría Clínica. (2009). Barcelona, España.

Hernandez Sampieri, Roberto y colaboradores. (1998). Metodología de la investigación. México D.F.:Editorial McGraw Hill Interamericana Editores, S. A.

Felipe Pardinás. (1996). Metodología y técnicas de investigación en ciencias sociales. Madrid, España: Editores Siglo Veintiuno.

Menninger, K. (1933). Psychoanalytic aspect of suicide.

Krauskopt, D. (2007). Adolescencia y educación. San José, Costa Rica.

Luis López Ballesteros, Freud, Sigmund. *Obras Completas 3 Volúmenes*. Traducción directa del alemán. Madrid, España: Editorial Biblioteca Nueva.

King, Robert A., Apter, A. (2003). *Suicide in Children and Adolescents*. Cambridge University Press.

Maltsberger, J. T., (2003). *The descent into suicide*. U.S.A: 38 Fuller Street, Brookline, MA 02446.

Mardomingo Sanz, Ma. J.(1994). *Psiquiatría del Niño y el Adolescente: método, fundamentos y síndromes*. España: Ediciones Díaz de Santos.

Matau, J. (2008). *Eutanasia, una batalla por ganar*. Libros en red.

Michael Stadter. (1996). *Object Relations Brief Therapy*. Jason Aronson Inc. Northvale, NJ.

Mier, P. y Sierra, T. (2007). *Adolescencia: riesgo total*. México.

M.B. First, Allen Frances, Harold Allan Pincus. (2008). *DSM IV- TR Manual de Diagnostico Diferencial*. Elsevier, España.

Naranjo Pereira, Ma. (2004). *Enfoques humanístico-existenciales y un modelo ecléctico*. Editorial de la Universidad de Costa Rica.

Oblitas, L. (2010). *Psicología de la salud y calidad de vida*. México D. F., México.

O'Connor, R. (2010). *Undoing Depression*. New York: Little Brown & Co.

Papalia, Diane E. Wendkos Olds, Sally. (1992). *Desarrollo humano*. Santa Fe de Bogotá, Colombia: McGraw-Hill.

Polaino-Lorente, A. (1988). Las depresiones infantiles. Madrid, España: Ediciones Morata S.A.

Quintanar, F. (2007). Comportamiento Suicida. México: Editorial Pax.

Ratti, O., Westbrook, A. (2004). Secreto de los samurái. Barcelona, España.

Ríos Saldaña, Ma. R. (2007). Intervención Psicológica para adolescentes. Bogotá, Colombia: Psicom Editores.

Rodríguez Sacristán, J. (1998). Psicopatología del niño y del adolescente, Universidad de Sevilla, España,

Ross Campbell, (1992). Si Amas a tu Adolescente. España: Editorial Betania. Pags.144.

San Molina, L., Arranz Martí, B. (2010). Comprender la depresión Barcelona, España,

Serrano González, M, (2002). Educación para la salud del siglo XXI: comunicación y salud. Segovia, España.

Shaffer, D. Garland, A., Gould, Fisher, P., & Trautman, P.(1988) Preventing teenage suicide: A critical review. J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiat, 27:675-687. Healthri. Rode Island Department of health.

Shaffer, David R., Kipp, Katherine. (2007). Psicología del Desarrollo. México D. F.

Sperling, Abraham P.(2004). Psicología Simplificada. México D.F.

Solanas, A.(2007). Métodos en Psicología: casos prácticos para un aprendizaje integrado. Barcelona, España.

Soutullo, C., Esperon, M., Mardomingo Sanz, J. (2010). Manual de Psiquiatría del niño y del adolescente. España.

Timothy J. Trull, E. Jerry Phares. (2003). Psicología Clínica, conceptos, métodos, y aspectos prácticos de la profesión. México.

Triado, C. (2006). El estudio del ciclo vital a partir de historias de la vida: una propuesta práctica, Barcelona, España.

Diccionario de Pedagogía y Psicología. (2000) Cultural, S. A. Polígono Industrial, calle C, num. 15, Móstoles Madrid – España

Gateño, Vali M., IMPLEMENTATION OF COLUMBIA TEENSCREEN® AS A PILOT PROGRAM FOR SUICIDE PREVENTION IN THE REPUBLIC OF PANAMA, (2005) Panamá.

Madrid Flores, I. Intervención terapéutica en niños con depresión. Tesis de maestría en psicología clínica. Panamá. 2000.

Stuart, Gail Wiscarz. Laraia, Michele. (2006). Enfermería Psiquiátrica: principios y práctica. Elsevier, España.

Uribe Merino, J. (2006). Anorexia: los factores socioculturales de riesgo. Bogotá: Universidad de Antioquia.

Vallejo Ruiloba, J.(2006). Introducción a la Psicopatología y a la Psiquiatría. Elsevier, España.

Villar, F. Tradó, C. (2006). El Estudio del Ciclo Vital: a partir la historia de la vida: una propuesta práctica. Barcelona: Ediciones 1 de la Universitat

Contraloría General de la Nación, Situación demográfica: Estadísticas vitales, volumen III – defunciones. <http://www.contraloria.gob.pa/inec/>

Estadios evolutivos del razonamiento moral.

<http://www.xtec.es/~lvallmaj/passeig/kohlber2.htm>

<http://www.spapex.es/depression.htm>

http://healthri.org/disease/violence/vppsucide_shaffer.htm

Prevalencia de ideación e intento suicida en adolescentes de la región metropolitana de Santiago de Chile.

<http://www.scielo.cl/pdf/rmc/v138n3/art08.pdf>

<http://es.wikipedia.org/wiki/suicidio>

United States Department of Veterans Affairs Clinical Practice Guidelines. (2005) Management of major depressive disorder in adults: Appendix 3: Suicidality.

Retrieved February 14, 2006 from

Http://www.oqp.med.va.gov/cpg/MDD/MDD_cpg/content/appedices/mdd_app3_f_r.htm

Suicide prevention resource network (2004). Risk and protective factors for suicide. Retrieved February 14, 2006. <http://www.sprc.org/library/srisk.pdf>

Organizacion Mundial de la Salud, Monitoring and analyzing health system change. (Thrid Edition), October, 2007. Pag 19 – 20

<http://www.who.int/research/es/>

Organización Mundial de la Salud, Prevención del suicidio recurso para consejeros.2006.

http://www.who.int/mental_health/media/counsellors_spanish.pdf

Organización Panamericana de la Salud, Consumo de Alcohol y violencia juvenil.

http://publications.paho.org/spanish/capitulo_3_OT_204.pdf

http://www.minsa.gob.pa/minsa2008/final_newpage/noticias.php?id=46

<http://www.es.wikipedia.org>

ANEXOS

ANEXO No 1

Historia Clínica

Paciente: 1

Sexo: masculino

Edad: 15 años

Motivo de consulta: su mamá está muy interesada en la terapia ya que lo ve falto de energía y está bajando sus notas.

Registro de Evaluación Multiaxial.

Eje I: Trastornos Clínicos..

F32.2 [296.2x] Trastorno depresivo mayor, episodio único, sin síntomas psicóticos.

Eje II: Trastornos de la Personalidad.

Z03.2 [V71.09].

Eje III: Enfermedades Medicas

Ninguna

Eje IV: Problemas Psicosociales y ambientales

- X Problemas relativos al grupo primario: ausencia del padre en la casa. El padre niega la paternidad del paciente.
- X Problemas relativos al ambiente social: vive en Curundú, en zona roja.
- X Problemas relacionados con la enseñanza: en este trimestre 3 fracasos en su boletín.
- X Problemas económicos: madre desempleada. Economía insuficiente.

Eje V: Escala de Evaluación de la actividad global.

EEAG = 70 (en el ingreso)

EEAG = 80 (al finalizar terapia)

Comentarios:

Es uno de los muchachos que salió con niveles altos de riesgo de ideación suicida.

En la entrevista la mamá del paciente 1, indica que es un buen muchacho, lo que pasa es que ella nota que no está cumpliendo con sus estudios y piensa que si recibe ayuda eso será bueno para el muchacho, ella se compromete a mandarlo por las diez sesiones.

Al inicio de las sesiones el paciente cuando tenía de calificación un fracaso, sólo se deprimía y no había reacción para mejorar la nota, se dejaba hundir hasta lo más profundo.

El paciente 1 fue un embarazo a término, no ha sufrido enfermedades que no sean las comunes cuando estaba chico, paperas y esas cosas.

Los padres son divorciados, el padre acude a la casa en algunas ocasiones, no siempre da dinero para mantener a los muchachos. El señor tiene un empleo eventual.

Antes tenían más dinero, la madre y sus dos hijos vivían en San Miguelito, hoy día viven en Cabo Verde en la casa de la abuela, viven ahí porque la abuela tuvo una caída cruzando el cuadro de futbol y de ahí no se recuperó más está actualmente en una silla de ruedas y el paciente 1, su hermano y su mamá la cuidan.

Sesión # 1

Se le aplicó el cuestionario de depresión de Beck, dando como resultado depresión moderada.

Le explico en qué consiste la terapia y la importancia de su asistencia regular a la misma. Empezamos a conversar y le pido que me diga cómo es su rutina para ir al colegio.

Paciente: Para ir al colegio hay que levantarse temprano porque hay que tomar el bus que conduce a la cinco de mayo y de ahí el de Panamá Viejo sino no llego a tiempo, ese bus me deja en la puerta del colegio. En algunas ocasiones no alcanza el dinero para ir al colegio, entonces se va caminando y se levanta más temprano.

Terapeuta: le pregunto qué piensa de venir a terapia.

Paciente: le agrada la idea, porque piensa que la terapia lo va a ayudar con sus calificaciones escolares.

Terapeuta: cómo consigues el dinero para ir al colegio?

Paciente: los fines de semana trabajó con su padrino planchando y ese dinero que recibe lo comparte con su mamá para darle a su hermano menor.

Terapeuta: tu papá les da dinero para los gastos de la casa?

Paciente: mi papá, trabaja con mi padrino y a veces cuando no se jumó va y nos da algo de dinero, pero siempre anda de bocón por ahí diciendo que el va a comprar o traer y no trae nada. La vez pasada yo lo encaré y le dije que dejara de hablar tanto y que llegara con la comida y ese día me dijo que a mí no me iba a dar nada porque yo no soy hijo de él.

Terapeuta: cómo te sentiste cuando lo escuchaste decir esas palabras.

Paciente: me fui para mi cuarto y cerré la puerta, no lo quiero ni ver, yo sé que es mentira, lo hizo para joderme porque yo le hablé fuerte enfrente de otras personas.

Terapeuta: ah entonces es como si fuera la respuesta a tu forma de llamarle la atención, está devolviéndote que lo exhibiste en público. En que trabaja tu papá?

Paciente: él sabe arreglar de todo, antes tenía un buen empleo y lo despidieron, ahora cuando llega también trabaja con mi padrino, pero mi papá bebe mucho y cuando se juma no va a trabajar.

Terapeuta: que te gustaría ser cuando te gradúes de secundaria?

Paciente: me gusta mucho arreglar las cosas que se dañan y las computadoras, también a veces pienso que me gustaría trabajar en una oficina, me gustan mucho los trabajos en la computadora.

Terapeuta: veo que de alguna forma quieres ser como tu papá, que arregla cosas.

Paciente: mi mamá también sabe de eso, pero prefiere que mi papá lo haga. Mi mamá tiene un título en soldadura pero no trabaja porque hay que cuidar a mi abuela.

Terapeuta: te gustaría ser soldador?

Paciente: no, eso no.

Terapeuta: bueno te voy a pedir que para la próxima sesión me traigas en una hoja de papel que te gustaría estudiar cuando te gradúes.

Nos despedimos y hasta la próxima sesión.

Mi paciente está deprimido por las palabras de su padre, además que no les da dinero para cubrir las necesidades básicas.

Sesión # 2.

Llego temprano a la sesión

Terapeuta: hola como estas? Pasa adelante.

Paciente: abre su mochila y me dice: le traje lo que me pidió.

Terapeuta: me puedes hacer el favor de leer lo que escribiste?

Paciente: con voz baja, con pena, me leyó lo que quiere ser cuando se gradúe.

Terapeuta: me agrada lo que lees pero te tengo una pregunta, Cómo vas a hacer para llegar a ser un técnico en computación?

Paciente: mi abuela me corretea todos los días para que estudie, mi tía la hermana de mi papá también y mi mamá si no estudio me pega.

Terapeuta: yo veo que hay muchos estímulos externos que te van llevando hacia el estudio, pero que contigo, cuantas ganas tú tienes de terminar?

Paciente: últimamente me siento sin energías y sin deseos de hacer nada, solo ver tele.

Terapeuta: ese últimamente desde cuándo?

Paciente: bueno no se puede ser hace una semana, cuando entregaron los boletines.

Terapeuta: en que trajiste fracasos?

Paciente: informática, español y matemáticas, a la rusa de matemáticas no le entiendo nada.

Terapeuta: tú me contaste que te gusta la informática, entonces como es que fracasaste?

Paciente: es que se me perdió mi USB y además fracase en unos ejercicios anteriores.

Terapeuta: a ver cuéntame cuántos fracasos en los ejercicios.

Paciente: bueno en el primer ejercicio saque uno, en el segundo saque uno y en el tercero...

Terapeuta: aja dime cuándo piensas que debes pedir ayuda si hay algo que no entiendes?

Paciente: se ríe y me dice que no sabe.

Terapeuta: si no entiendes antes del primer ejercicio ese es el momento de preguntar, no debes esperar a fracasar para entonces tomar acción. Tú en dónde estudias?

Paciente: yo estudio en mi casa, mi mamá no le gusta que lleguemos tarde a la casa, entonces tengo que esperar a que mi hermano que llega antes que yo termine con la computadora para poder usarla.

Terapeuta: para que la usas tu?

Paciente: bueno a veces para hacer las tareas y a veces para ver videos en internet, mi hermano es el que la usa todo el tiempo para chatear y jugar, pero igual como él tiene mejores notas, él la puede usar primero.

Terapeuta: tú mientras esperas el turno para usar la computadora que haces?

Paciente: me pongo a ver tele o me voy a dormir.

Terapeuta: bueno empecemos a trabajar ya que son pocas sesiones y tu tiempo será valioso para que puedas desempeñarte en el colegio. Veamos cuando entregas los trabajos, como son tus métodos de estudio y como es tu relación con maestros y compañeros.

Paciente: los trabajos los entrego casi a tiempo con pocas demoras, a veces cuando tenemos que hacer trabajos en grupos y la gente no cumple me siento morir pero no puedo hacer nada, yo no tengo el trabajo ni el control.

Le cuento que mi mamá me consiguió otro USB ahora si puedo entregar las tareas de informática, soy un fracaso con historia cada vez que tengo que estudiar historia me da pereza y me voy a ver tele.

Terapeuta: te felicito por tu USB, ya que entonces ya no hay excusas para fracasar en informática, en cuanto a la pereza, tienes que hacer algo, yo siempre te oigo que vas a la casa y esperas a que sea tu turno en la computadora, tu bajas al cuadro a jugar futbol o beisbol como los otros muchachos de tu edad?

Paciente: yo no juego porque siempre salgo herido, así que mejor no jugar.

Terapeuta: háblame más de “siempre salgo herido” para entender mejor.

Paciente: bueno (se mira los zapatos), primero es que no tengo zapatillas para jugar y luego cuando bajo porque los muchachos me llaman, resulta que cuando tengo la bola no la quiero entregar y me pongo muy bravo es mía, yo la tengo y entonces a veces hasta a pelear para que no me la quiten, por esa razón no juego, siempre salgo golpeado o magullado.

Terapeuta: déjame decirte algo, ese es parte del juego si practicas más menos chance tienen los otros de alcanzarte para quitarte la bola, y si le preguntas a cualquier jugador si le da rabia que le quiten la bola te sorprenderás de la respuesta que recibas. Creo que debes jugar más y ver menos tele, eso te da más energía y te ayuda a tu crecimiento físico y mental, te ayuda a aprender a resolver problemas, como te los quitas de encima sin tener que pelear.

Veamos los estudios, si cumples con los planes de historia y lees el material seguramente estarás mejor preparado para hacer los ejercicios por ende ganaras mejor nota, si tu profesora recoge los planes para ver que los han hecho y por eso les da nota, si los entregas a tiempo, seguramente te dará buena calificación, entonces evitar el fracaso no es tan difícil, solo tienes que buscar la manera de poder cumplir y combatir tu pereza.

Para el cierre de este día dos: organizar la tarea para cumplirla dentro del tiempo que los profesores la piden, así mejoran las notas, sí al hermano le toca la computadora primero entonces empezar los trabajo por los planes de estudio, ya que esos se hacen directo en el cuaderno.

Sesión # 3

Paciente: su papá fue a la casa y peleó con su mamá por lo mismo, dinero. Su mamá le había pedido que arreglara el micro ondas y él fue y lo arreglo en un momentito pero como no dijo que ya estaba listo la mamá empezó la discusión.

Terapeuta: tú dónde estabas?

Paciente: cuando eso sucede me meto a bañar para no oír la discusión entre ellos.

Terapeuta: qué pasa después?

Paciente: él se va y no deja dinero y se pierde por semanas, entonces yo tengo que ir sábados y domingos a trabajar en la plancha para tener para el bus de mi hermano y mío.

Terapeuta cómo te hace sentir eso?

Paciente: me da mucha rabia, porque él llega solo para discutir y dice cosas horribles, a veces pienso que podría pegarle a mi mamá, ese día yo lo mato.

Terapeuta: veo que esas peleas te ponen de muy mal humor.

Paciente: es que me da mucha rabia que no trae nada a la casa y dice por la calle que él cuida de nosotros. Yo no tengo ni dinero muchas veces para el transporte no sé que es lo que nos cuida. Eso me pone muy bravo y muy triste a la vez.

Terapeuta: que crees que debes hacer en vez de meterte a bañar?

Paciente: creo que no debo meterme en el baño, porque si mi mamá necesita ayuda, yo no estoy disponible.

Terapeuta: eso me parece que es más apropiado no crees?

Paciente: asiente con la cabeza.

Terapeuta: bueno y eso que día paso?

Paciente: el día miércoles pasado en la noche.

Terapeuta: bueno veamos con esta nueva dificultad como hiciste para estudiar?

Paciente: no estude mucho, miré mucho el papel que hice al principio y lo volví a poner donde lo guardo, donde no se me olvida.

Terapeuta: dónde no se te olvida? Pienso en un lugar especial.

Paciente: si está donde yo pongo unos juguetes que quiero mucho, me los regalo mi padrino y no quiero olvidarlos ni perderlos, ahí también puse la nota.

Terapeuta: eso es muy bueno, que lo guardes con las cosas buenas que tú tienes.

En la próxima sesión veremos cómo hacer para seguir mejorando las notas.

Sesión # 4

Puntual como es costumbre.

En esta sesión vimos como desarrollar el kit de esperanza y trabajamos tarjetas de afrontamiento.

El paciente utiliza la frase: "*yo no sirvo para eso*" la trabajamos y terminó en: voy a intentarlo.

Revisamos frases como "*yo no puedo*" al final se vio que muchas veces la pereza mental no le permite avanzar.

Trabajamos diseñando redes de apoyo para sus estudios.

Hacer una lista con los estudiantes que tú crees que te ayudarían a estudiar.

Tener control sobre los trabajos en grupos: participar haciendo el trabajo no solo aportando económicamente.

Hacer el esfuerzo y participar con los familiares de las reuniones.

Sesión # 5

Reforzamos las redes de apoyo, me reportó que estudiaba en grupo cuando se quedaba en el colegio, a veces los profesores faltan, antes el paciente 1, salía rumbo a su casa, ahora se queda en la escuela y adelanta trabajos o pregunta lo que no entiende, ya subió el fracaso en informática.

Reportó que la profesora de matemáticas se fue de vacaciones y que la profesora suplente ahora si le entiende, también ha aprovechado para subir las notas.

Su papá tiene tiempo de no ir por la casa, así que por ese lado no han tenido problemas. Sigue su plan la idea es subir las notas, ya se enteró que si no tiene fracaso le dan un dinero.

Terapeuta: cómo así? Te pagan por estudiar?

Paciente: sí parece que el que no fracasa al final del trimestre le dan un cheque, voy a ver si lo alcanzo.

Terapeuta: tú crees que puedes?

Paciente: claro que sí, voy a hacer un esfuerzo.

Terapeuta: te felicito así se habla, hay que tratar siempre.

Se fue lleno de energía, con ganas de pasar sus pruebas.

Sesión # 6

Estudiamos a través de un juego cuáles son sus conductas ante el hecho de poder perder.

Terapeuta: me dijiste que no te molesta jugar, que te parece si lo hacemos?

Paciente: me miró como sin ánimo pero no dijo no.

Terapeuta: juguemos Parchis, es dinámico y tienes que pensar que hacer. Conoces las reglas?

Paciente: si, ya he jugado antes.

Terapeuta: que color quieres.

Paciente: azul

Terapeuta: bien yo seré verde

Empezó el juego y a medida que el paciente avanzaba cuando tenía la oportunidad, le mataba sus fichas y las mandaba a su casa, esperando ver sus reacciones, pronto hizo lo mismo, me mató una ficha, al final del juego hablamos mucho de la dinámica del mismo. Cómo se establecen estrategias para no perder las fichas y que aún cuando nos matan la ficha es posible ponerse bravo y triste inclusive si estas cerca de tu casa, que esas conductas son correctas y no tienen nada de malo. Cómo es un juego se puede volver a repetir y no siempre tendrá el mismo resultado.

Al igual que en el futbol, algunas veces saldrá raspado en otras, tal vez sea él quien meta el gol, pero si no juega esas oportunidades se pierden.

Lo estoy viendo mejor, tiene mejores notas, se siente con ánimo parece otra persona a la que vino a la primera sesión.

Sesión # 7

Trabajamos bastante rápido con el paciente, siente que puede tener respuestas positivas a momentos negativos.

Este fin de semana vio a su papá, fue a planchar y ahí estaba, al final de la jornada lo acompañó a la casa porque salieron tarde y no le gusta que ande solo por la calle, valió la pena había un reten.

Volvimos a revisar que había pasado con su papá, ya que para mí es la figura que causa el mayor estrés en el paciente.

Paciente: aún como le conté me acompañó hasta la casa, él a mi no me da dinero, el dinero que me dio fue para que se lo de a mi mamá para el transporte de mi hermano y para algo de comida. El me invitó a una soda y una empanada al medio día y nada más. No peleamos y vinimos conversando bien, no importa más nada.

Terapeuta: bueno y que piensas ahora de tú papá?

Paciente: que mi papá no es un buen papá y yo no lo puedo resolver, agacha la mirada.

Sesión # 8

Viene muy entusiasmado ya falta poco para terminar con nuestras sesiones, en esta etapa de las sesiones estamos trabajando que hacer ahora que la profesora de matemáticas regresa de sus vacaciones como seguir con sus buenas notas.

Ya sabe que tiene que estudiar en grupo con el que ya tiene varias semanas de estar trabajando y dice que le va bien. La profesora de matemáticas ha vuelto y el paciente ha seguido por lo menos entregando los trabajos asignados.

En cuanto a historia, tiene los planes al día y se siente más animado, dice que este trimestre las notas serán los trabajos de los murales y los planes que se entreguen a tiempo.

Sesión # 9

Ahora si está casi listo para terminar, la mamá llamó para avisar que viene un poquito tarde, hoy no hay clases así que viene de su casa.

Llegó en ropa de civil.

Terapeuta: llegaste un poquito tarde.

Paciente: el Panamá Viejo se demoró en salir de la terminal, además es día libre.

Terapeuta: siento que me estas reclamando, que piensas tu?

Paciente: si estuviera en mi casa me habría levantado más tarde.

Terapeuta: que te impidió quedarte durmiendo?

Paciente: mi mamá me despertó porque tenía este compromiso con usted.

Terapeuta: gracias por ser un hombre que cumple sus compromisos.

En esta sesión trabajamos visualizando que pasaría si saca fracaso en informática, como hacer para superar ese fracaso.

Explica los pasos para lograr seguir adelante y no quedar atrapado en la desesperanza y los continuos de fracasos.

Sesión # 10

Llega a la sesión, comentando que en la escuela la profesora de español está enferma por eso llegó más temprano.

Terapeuta: es nuestra última sesión, quisiera que me hicieras el favor de volver a llenar una hoja como la que yo les llevé al colegio cuando hice la evaluación inicial.

Le tomó llenarla como 7 minutos entre leer y llenar.

Terapeuta: le di las gracias por haberme ayudado en mi proyecto y al final me quedo con la sensación de que falta algo, será que no resolvió el conflicto con su papá.

ANEXO No 2

Historia Clínica

Paciente: 2

Sexo: femenino

Edad: 15 años

Motivo de consulta: ha estado peleando con la mamá por un novio que anda en malos pasos.

Quién vino a la entrevista primeramente fue la hermana mayor que es maestra en el interior del país, ella se preocupa por su hermana ya que dicen que anda con un muchacho que es un maleante. La hermana mayor quiere que mi paciente estudie y que deje a ese muchacho que nada bueno le va a traer.

Registro de Evaluación Multiaxial.

Eje I: Trastornos Clínicos..

F32.2 [296.2x] Trastorno depresivo mayor, episodio único, sin síntomas psicóticos.

Eje II: Trastornos de la Personalidad.

F60.2 [301.7] Trastorno antisocial de la personalidad, no siente peligro al estar con pandilleros. Roba las tarjetas de celular de los hermanos para hablar con el novio. Mete a una persona en su habitación en las noches. Ha estado involucrada en riñas callejeras.

Eje III: Enfermedades Medicas

Ninguna

Eje IV: Problemas Psicosociales y ambientales

X Problemas relativos al grupo primario: Pelea mucho con su mamá, ella dice que su mamá no confía en ella. Discute con los hermanos varones.

- X Problemas relativos al ambiente social: vive en Cerro Cocobolo, San Miguelito, en zona roja.
- X Problemas relacionados con la enseñanza: en este trimestre 3 fracasos en su boletín. No tiene amigas en la escuela solo dos. No entrega los trabajos a tiempo.
- X Otros problemas psicosociales y ambientales: su novio es mayor de edad y pertenece a una pandilla del barrio. El joven tiene problemas con la ley ha estado arrestado anteriormente.

Eje V: Escala de Evaluación de la actividad global.

EEAG = 70 (en el ingreso)

EEAG = 75 (al finalizar terapia)

Comentarios:

Se le aplicó el cuestionario de Depresión de Beck, el resultado fue depresión moderada.

Historia médica, embarazo a término, nació con una malformación en el área anal, no tiene ninguna secuela física. Su mamá indica que cuando viene el período menstrual sangra de una manera abundante y por esa razón a veces no puede ir a la escuela. Informa la mamá que esto se corrige con una cirugía muy sencilla, pero que ella no quiere que se haga el procedimiento quirúrgico, de esa forma la protege que no tenga relaciones sexuales. Su mamá le explica que si tiene relaciones como está esto sería muy doloroso y que sangraría más.

Sesión # 1

Viene acompañada por su hermana mayor que la trae para que sepa dónde está ubicada la oficina.

Mi paciente, tiene un novio que pertenece a una pandilla del área de Cerro Cocobolo, ella no piensa que él puede representar un peligro para ella, el muchacho es mayor de edad y la paciente de 15 años. El padre ignora con quién anda la joven, le tienen oculta esta información ya que es policía.

Terapeuta: qué esperas obtener de estas sesiones?

Paciente: que mi mamá confíe en mí.

Terapeuta: Porque dices que no confía?

Paciente: el día entero anda correteándome y no me deja salir ni a la casa de mi prima. Siempre piensa que yo ando con un muchacho que anda en malos pasos.

Terapeuta: está tu mamá en lo cierto?

Paciente: nooo para nada, eso es mentira de las bochinchosas de mi barrio. Por eso solo soy amiga de mi prima.

Terapeuta: cuéntame algo de eso que dicen las bochinchosas. Aún no hace contacto visual.

Paciente: esas mujeres siempre buscándole problemas, dice que ella salió el otro día para la casa de la prima y como no estaba se fue donde su vecino gay a ver la novela y echar cuentos y como dicen que el muchacho este paso por ahí, aunque ella no lo vio le dijeron a su mamá y ella salió regañada.

Terapeuta: está bien, si tú ibas para donde tu prima y no estaba, porque no le avisaste a tu mamá dónde estabas, de esa manera te ahorras el regaño y la duda.

Paciente: no lo pensé, me quedé viendo la novela y se hizo de noche, la verdad es que a mi mamá no le gusta que ande de noche por la calle. A mí tampoco me gusta estar de noche por ahí

Terapeuta: qué planes tienes para tu futuro, te ves graduada de la escuela?

Paciente: si yo me gradúo y me voy de mi casa.

Terapeuta: para dónde vas? Tienes planes?

Paciente: solo quiero terminar, un par de años más para irme con él, porque consigo un trabajo por ahí de contadora, cuando termino la secundaria me den el título de bachiller en contabilidad y con eso puedo buscar un trabajo de contadora.

Terapeuta: entonces lo que dice tu mamá y las bochinchosas no es mentira, como quieres que tú mamá confíe en ti. Empiezo a trabajar con ella los planes de estudios a futuro.

Sesión # 2

Llega más temprano como 20 minutos, me tiene que esperar.

Terapeuta: salieron más temprano?

Paciente: si como la profesora de español no vino, entonces yo salí antes de la hora de salida.

Terapeuta: háblame un poco de esta relación que tienes.

Paciente: sólo somos amigos, dice la gente que yo lo metí en la casa, eso no es cierto, se lo juro.

Terapeuta: tranquila que a mí no me tienes que jurar nada, con lo que tú me dices me basta.

Paciente: bueno, es verdad que él es mi amigo, pero yo no quiero nada con él, él está esperando un hijo de otra y él me dijo que esa otra no le interesa, que la que le interesa soy yo.

Terapeuta: dice tú mamá que es un pandillero?

Paciente: el parquea con los pelaos de la calle de abajo, él era amigo de mi ex, estaban en la casa de uno de ellos tomando pintas cuando llegaron los de la calle de arriba y les dispararon y así mataron a mi ex. Este muchacho tiene que tener arma porque vive solo y en las noches lo pueden atacar.

Terapeuta: oyendo este relato, es eso lo que tú quieres para tu futuro?

Paciente: bueno es solo un amigo.

En el segundo día de sesión ya hace contacto visual y habla de forma coloquial.

Sesión # 3

Terapeuta: cuéntame cómo es tu escuela, te gusta, como te sientes ahí.

Paciente: tengo pocas amigas en esa escuela, mis mejores amigas se fueron a otro colegio, y estoy con solo dos amigas. En este lugar hay gente de todas las escuelas, eso no me importa. Me agrada la escuela pero no como para quedarme, si la profesora no vino nos podemos ir.

Terapeuta: qué me dices de tu puntualidad?

Paciente: Los trabajos los entregó a tiempo sin embargo no soy buena estudiando me da mucha pereza.

Terapeuta: cuéntame cómo haces para estudiar.

Paciente: a veces estudio en grupo con mis dos amigas y a veces no estudio. Cuando llego a mi casa me acuesto a dormir la siesta, cuando me despierto ceno y me voy a conversar con mi prima, luego regreso a mi casa y estudio.

Terapeuta: cuanto tiempo empleas para estudiar tienes idea?

Paciente: tal vez una hora o dos.

Terapeuta: sientes que con eso es suficiente?

Paciente: con eso me alcanza para hacer los planes.

Terapeuta y que notas tienes?

Paciente: algunas no muy buenas.

Terapeuta: vamos a trabajar con los tiempos para ver como se mejoran tus estudios. Piensa como podrías mejorar el corto tiempo que utilizas para estudiar.

Paciente: en algunos días cuando tengo más tareas puede ser que empiece más temprano a estudiar, tal vez no salga a conversar o no duerma tanto tiempo de siesta.

Terapeuta: me gustan las diferentes formas que tienes de mejorar tú tiempo. Los fracasos y sus niveles de depresión son una forma de respuesta por que no le permiten tener el novio que ella quiere.

Tiene buenas redes de apoyo su grupo de estudio del colegio es funcional y además viven cerca de su casa lo que les permite estudiar y presentar los trabajos del colegio con tiempo.

Sesión # 4

Terapeuta: como va tu relación con tu novio?

Paciente: estuvo preso, por unos días ya que un amigo le llevó un arma porque andaban solos por ahí y entonces pensaron que los venían persiguiendo los maleantes de la calle de arriba y se dieron a la fuga y era la policía, lo encontraron con un arma.

Terapeuta: que piensas ahora de eso?

Paciente: bueno tal vez tenga razón y lo que dice mi mamá sea cierto.

Terapeuta: que puede pasar si tú estás con él y empieza una balacera?

Paciente: mi mamá podría morir de la tristeza, de solo pensarlo. Ahora que estuvo en la cárcel y no lo he visto estoy pensando en no llamarlo más. Este fin de semana fui con la vecina, mi prima y unas amigas a la playa con un grupo de la iglesia, mi mamá no me quería dejar ir pero la esposa del pastor habló con ella y al final si fui.

Terapeuta: qué tal?

Paciente: me encantó estábamos todas en la misma casa, nos acostábamos tarde echando cuentos, también rezamos y fuimos a la playa.

Terapeuta: vamos a establecer metas, aquí la meta está cambie sus preferencias hacia el pandillero que le atrae.

Estudiamos a través de una lista las ventajas y las desventajas de estar junto a él.

Sesión # 5

Estuvo conversando conmigo que realmente estaba convencida que ya no le iba a tomar las llamadas y sobre todo porque se lo habían llevado preso y que realmente estaba segura que este no era la persona que le podía ayudar a realizar su futuro.

A su regreso del paseo de la iglesia con sus amigas ha regresado más madura, está convencida de que realmente quiere hacer un cambio para dejar al joven pandillero y mejorar sus notas.

Sesión # 6

El fin de semana antes de venir a la sesión resulta que su tía se había agarrado con una mujer de la calle de abajo, ella había sentido mucha pena por sus primos, la prima que es su mejor amiga y lo incomodo que había sido ver a su tía agarrándose por los cabellos y amenazando a una mujer en una tienda en la calle.

Hablamos de eso de cómo se veía esa escena, me dijo que era vergonzoso y que eso era algo en lo que ella no está de acuerdo.

Revisamos las formas de hacer para que su relación con su mamá siga mejorando y que mientras que el joven este preso hay que aprovechar para no hablar con él ni estar pendiente del mismo.

Sesión # 7

Sesión reprogramada, la paciente faltó a la sesión porque estaba golpeada, la mujer del maleante fue a buscar a mi paciente para golpearla para que se aleje de su hombre, mi paciente no estaba realmente golpeada.

Mi paciente dice que ella no va a tomar represalias contra esa mujer, sin embargo, este incidente trajo como consecuencia que la tía estuviera buscando a la muchacha para vengarse. Hablamos de eso, de que como eran más las cosas negativas que las positivas, al ella insistir en seguir saliendo con el pandillero.

Sesión # 8

Siempre que iniciamos las sesiones hablamos de cuantas faltan, en este momento, no estoy segura que la paciente deba terminar en la sesión # 10, le quedan dos sesiones para terminar.

El tema del pandillero se mantiene y la paciente aún no está lista para abandonar la idea del todo. A pesar de los incidentes negativos en los que se ha visto envuelta, no siente que es suficiente todavía para alejarse del muchacho.

Sigue estando preso, está por salir, la familia ya recogió los fondos para pagar la fianza, esto a pesar de que dice que ya no hablan, de todos modos está bien enterada, está tratando de engañarme, al igual que hace con su mamá.

Ella siente que yo confío en ella y eso es algo que no quiere perder.

Sesión # 9

Solo nos queda una sesión, la paciente me da la impresión que a pesar de todas las formas que se hicieron para que pudiera ver y comparar las ventajas y desventajas de estar con el pandillero, aún no está lista para tomar la decisión.

Volví a preguntar por el pandillero y ya está en la calle suelto, ella dice que estaba preso por un error.

Terapeuta: regularmente esos muchachos no están presos por errores.

Paciente: dicen que tiene una semana de no hablar con él.

Terapeuta: que sientes con relación a eso?

Paciente: nada solo que ya no quiere hablar más con él.

Terapeuta: que pasa si él te llama?

Paciente: nada ya cambié el número del celular, este no lo tiene.

Terapeuta: crees que con eso es suficiente?

Paciente: es una forma de empezar a alejarlo de mí.

Terminamos la sesión nueve y me da la impresión que aun no está lista para dejar las sesiones.

Sesión # 10

Llegó temprano, hablamos de la última sesión, no se siente como que ella estaba esperando que esta fuera la última vez que nos íbamos a ver.

Le pedí el favor que llenara un nuevo cuestionario como el que había llenado cuando yo fui a la escuela. Le tomó unos diez minutos parecía que quería revisarlo muy bien y que no quedaran respuestas sin contestar.

Revisamos los elementos que podría usar a la hora de tener que tomar una decisión, sobre su relación con el pandillero y su deseo de graduarse que eran los puntos a considerar.

Al final de la sesión me quedo pensando se estas sesiones no fueron suficientes o necesitaba que se tomara en consideración la parte afectiva de sus problemas.

ANEXO No 3

Paciente 3

Sexo Femenino

Edad 15 años

Motivo de consulta: estaba muy brava porque cuando se aplico la prueba por esos días su papá agredió a su mamá y ésta no hizo nada.

Registro de Evaluación Multiaxial.

Eje I: Trastornos Clínicos..

- F32.2 [296.2x] Trastorno depresivo mayor, episodio único, sin síntomas psicóticos.
- F93.0 [309.21] Trastorno de ansiedad por separación piensa que si ella se va al interior a su mamá le puede pasar algo. Prefiere que estén juntas.

Eje II: Trastornos de la Personalidad.

- Z03.2 [V71.09] Ningún diagnóstico

Eje III: Enfermedades Medicas

- Asmática reporta que es herencia de su padre.
- Granitos en la piel a pesar de tenerlos en todas partes y son como picadas no afecta su desarrollo social.

Eje IV: Problemas Psicosociales y ambientales

- X Problemas relativos al grupo primario: Cuando pelea con su mamá siente que se le viene el mundo encima y está muy triste. Familia divorciada
- X Problemas relacionados con la enseñanza: en este trimestre 3 fracasos en su boletín. Cuando pelea con la mamá no siente deseos de hacer las tareas. No entrega los trabajos a tiempo.

X Problemas relativos a la interacción con el sistema legal o el crimen: su papá estuvo preso bajo investigación por una denuncia de drogas, fue dado de baja y luego de finalizar la investigación no lo restituyeron en su puesto. El padre de la paciente resultó ser inocente.

Eje V: Escala de Evaluación de la actividad global.

EEAG = 75 (en el ingreso)

EEAG = 80 (al finalizar terapia)

Se le aplicó el cuestionario de Depresión de Beck, el resultado fue depresión moderada.

Comentarios:

Estaba muy herida por la forma en que su mamá se pelea con ella, reporta, como si su mamá no la quiere más.

Es relajada, alegre y vivaracha, cumple con sus trabajos y tareas porque ha aprendido que si saca buenas notas le dan la beca escolar y con ese dinero puede comprarse lo que quiera, ya se lo dijo su mamá.

De padres divorciados cuenta que su papá nadie sabe que hace con el dinero, ya que ella sabe que gana bien pero a ellas no les da suficiente.

En la casa viven la paciente, su hermana mayor y su mamá. Es muy apegada a su mamá y por tal razón cuando su mamá le habla fuerte o le dice cosas feas ella siente que su mamá no la quiere más.

Sesión # 1

Terapeuta: le doy las pautas para la realización de la terapia, ella está contenta y la idea de hacer la terapia le parece muy bien.

Empezamos la sesión, le pido que me cuente cómo llegó a ese colegio donde estudia.

Paciente: yo no era buena estudiante en primer ciclo y en el último año tenía que rehabilitar entonces cuando termine, no había escuela de ciencias donde me aceptaran, las que quedaban cerca estaban los cupos llenos y las otras quedan en San Miguelito y yo vivo del otro lado del puente.

Terapeuta: entonces como te va en esta escuela que no es la que tú querías?

Paciente: bueno usted sabe, ni bien ni mal, algunas materias me van bien y otras ahí voy, pero igual quiero estudiar ciencias porque quiero estudiar derecho.

Terapeuta: derecho? Cuéntame cómo vas a hacer?

Paciente: yo me voy a graduar de 17 años recién cumplidos y me vuelvo a meter a la escuela y hago ciencias los últimos años, o mi mamá tiene una hermana que vive en los Estados Unidos y puedo ir a estudiar allá.

Terapeuta: interesante y cuál de las dos opciones tomarías tú?

Paciente: estudiar aquí, termino una y empiezo la otra.

Terapeuta: cómo es que harías la que toma más tiempo, explícame eso.

Paciente: lo que pasa es que mi mamá y yo somos muy pegadas, a mí no me gusta estar lejos de ella, pienso que de pronto no la voy a ver más.

Cuando viajo al interior y tengo que ir con mi tía no quiero ir porque no va mi mamá, yo siempre quiero estar cerca de ella, sabe cuando yo sea una abogada, ella va a ir a vivir a mi casa pero no va hacer nada ella va a ser como una reina, no como mi prima que se llevo a su mamá para la casa y la trata como una empleada.

Cuando vamos al pueblo de donde es mi familia, cuando vamos al río yo siempre ando pensando que viene algo abajo del agua y me puede agarrar, si cierto, y cuando vamos a la playa pienso en los tiburones y siempre estoy mirando para que no me coman.

Terapeuta: que piensas que pasaría si eso sucediera?

Paciente: mi mamá se quedaría sola, además yo no sé qué pasaría conmigo. Yo soy la que duerme con mi mamá, cuando llego a la casa preparo la comida y espero a que llegue.

Terapeuta: que pasa cuando ella te acompaña al interior y tiene que regresar y tú te quedas?

Paciente: me da miedo que ella regresa sola, cuando llega me llama y todos los días hablamos, siempre a la misma hora.

Identifico en la terapia su apego a la mamá, no le gusta estar lejos de ella porque piensa que a ella le puede suceder algo. Estuvimos viendo eso y organizando las ideas y racionalizando los conceptos para poder cambiar los pensamientos de pensamientos negativos a pensamientos positivos.

Unas veces cuando viaja al interior tiene mucho miedo porque piensa que sin su mamá realmente algo malo le puede pasar.

Sesión # 2

Llega temprano.

Terapeuta: tu también sales de clases cuando los profesores no han asistido a clases?

Paciente: no eso no me gusta, cuando eso pasa, yo hago las tareas en la escuela, no me gusta hacer tareas en la casa. De esta manera estoy con mis compañeras y las hacemos juntas.

Estuvimos trabajando las redes de apoyo si no entiende la tarea tiene que buscar su red de apoyo entre sus compañeras y su tía que es maestra de matemáticas.

Este trimestre como no va a tener que rehabilitar, va a recibir dinero por estudiar.

Sesión # 3

Llega a tiempo, viene de la escuela.

Terapeuta: cómo te fue?

Paciente: esta mañana venía caminando con su papá por Barraza y una ola golpeo el malecón y ella corrió porque podía salirse un tiburón del mar y corretearla, el papá se burlo de ella porque pensó que estaba loca. Estuvimos viendo los pensamientos y sus correcciones cognoscitivas ya que es imposible que un pez se salga del agua para corretear a nadie.

Terapeuta: tú papá te venía acompañando, eso pasa frecuente?

Paciente: mis papás se divorciaron hace un par de años pero ellos son amigos, cuando mi mamá quiere dinero lo invita a almorzar y cuando van a almorzar son como los mejores amigos. Cuando se juntan son ellos dos contra mi hermana y yo, siempre juntos nos regañan o nos compran cosas.

La noche que mi papá le pegó a mi mamá estaban juntos en una fiesta y mi mamá se tenía que ir porque tenía trabajo al día siguiente y no quiso que yo la acompañara, entonces se encontró con mi papá que le pego y mi mamá no hizo nada, no puso la denuncia en las autoridades.

Terapeuta: y tú que habrías hecho?

Paciente: yo me hubiera puesto entre ellos para que no le pegara y si le pegaba yo habría ido a la policía para que no lo vuelva a hacer.

Mi papá y todos mis familiares dicen que yo soy la mejor defensora del mundo, está siempre en contra de la injusticia, ya sea en su casa o en la escuela.

Terapeuta: cuando nació realmente este interés?

Paciente: cuando pusieron a mi papá preso. El era fronterizo, guardia de frontera usted sabe, y casi nunca lo veíamos, siempre andaba por Darién, una vez estaba con unos amigos tomando pintas y se fueron a la casa del jefe, él no sabía que iban para allá, el llevaba sus herramientas porque también sabe de soldadura y cuando estaban en esa casa llegó la policía y se los llevaron presos a todos, parece que había droga en la casa, mi papá no lo sabía, estuvo preso mientras investigaban, y luego cuando salió libre porque era inocente no lo restituyeron en su puesto, lo despidieron. Por eso yo quiero ser abogada, para defender la injusticia y a mi papá.

Hablamos de cómo alcanzar las metas de graduarse de comercio para luego hacer las materias de ciencias que necesita para estudiar derecho.

Sesión # 4

Todo avanza con normalidad.

Tiene redes de apoyo, las notas mejoran, no se ha peleado con la mamá. Me cuenta que su hermana mayor, no vive siempre en la casa porque dejó la escuela y la mamá la mandó a trabajar, trabaja en la casa de una tía cuidando a los hijos mientras ella va a trabajar a la escuela.

Está muy contenta no ha peleado con la mamá, también me dice que viene su primo del interior porque va a estudiar en un colegio especial, para niños de lento aprendizaje.

Terapeuta: este es un nuevo miembro para la familia?

Paciente: sí, él viene a estudiar en Panamá ya donde vive no le pueden enseñar más. Desde ahora hasta que se gradúe va a vivir con nosotras, eso me parece bien.

Trabaja rápido, vimos una vez más que le puede producir miedo y trabajamos en formas positivas de aprendizaje.

Los trabajos entregados a tiempo continúan y las buenas notas también.

Sesión # 5

Hoy llegó realmente brava y triste.

Su mamá descubrió que su hermana tiene relaciones sexuales con su novio y su mamá la atacó fue a ella, generalizando.

Eso la puso muy triste y no sabe que más hacer, ella tiene un novio que va a estudiar para ser guardia de frontera desde hace dos años, sin embargo ella no tiene relaciones sexuales con él, él le dice que hasta que no le pueda comprar una casa, no la piensa presionar para que tengan relaciones.

Terapeuta: tu se lo dijiste a tu mamá?

Paciente: no, ella no escucha solo grita y dice cosas feas, ella dice que si nosotros tenemos un hombre tenemos que decirle a ese hombre que si va a tener sexo tiene que pagar.

Terapeuta: tú qué piensas de lo que dice tu mamá.

Paciente: que ella está loca, yo no le voy a decir eso a nadie, además, ella nos cuenta que en la primera que estuvo con mi papá quedó encinta de mi hermana mayor, Ja, yo quiero estudiar y no vaya a ser que me pase lo mismo que a mi mamá.

La sesión la pasamos viendo cómo puede hacer para llegar a conversar con su mamá y explicarle que la generalización le afecta a ella, no todas son iguales.

Sesión # 6

Ya mejoró la relación, la paciente está más tranquila. Habló con su mamá y le pidió que cuando vaya a hablar sea sin gritos y sin generalizar. La noticia es: posible viaje a los Estados Unidos para estudiar donde la tía.

Terapeuta: que piensas, te gusta la idea?

Paciente: bueno si me llevo a mi mamá sí.

Terapeuta: sabes que eso no es posible.

Paciente: bueno me llevo una foto de ella y la computadora.

Terapeuta: te felicito esa es la respuesta correcta.

Estuvimos viendo tarjetas de afrontación y como cambiarían ahora las redes de apoyo y las ventajas de estudiar en inglés, así podrían no tener que quedarse más años haciendo las materias de ciencias.

Eso le gustó.

Sesión # 7

Sólo nos quedan dos sesiones, se siente satisfecha con el trabajo realizado, aprendió que para no pelear con su mamá hay que usar estrategias tales como: mensajes en la refri, mensajes de texto, adelantarse a las sugerencias de su mamá, de esa forma no será sorprendida con un regaño.

En cuanto al viaje puede ser que no sea ella la que viaje, sino su hermana, ya que pronto cumple la mayoría de edad y si su mamá no tramita la visa de turista ahora que es menor de edad, esto va a estar muy difícil.

Terapeuta: como te sientes con esto que me estás diciendo?

Paciente: que mi mamá tiene razón, ahora mi hermana es menor de edad y la verdad es que a mí me gustaría que ella termine su escuela, ella hace estudios por módulos pero es diferente, yo seré feliz si mi hermana se va, claro que la voy a extrañar pero va a estudiar y terminar su escuela.

Terapeuta: me hablaste de tu hermana y que pasa contigo, tú querías ir?

Paciente: bueno si, pero mi hermana tiene que irse primero sino, no va a poder ir. En cuanto a mí, claro que sí quería ir, me daba sustito, pero la idea de ir me estaba gustando.

Terapeuta: cuando sería el viaje?

Paciente: para las vacaciones. Cuando mi tía este de vacaciones y entonces no tiene mi hermana que cuidar a los hijos.

Por un lado la sentí aliviada de no tener que hacer el viaje y por el otro la sentí triste creo que ahora que habíamos visto las opciones de poder estudiar ciencias allá para seguir directo con su carrera de derecho estaba quedando en el aire.

Sesión # 9

La mamá la regañó porque no lavó la camisa de su papá, venía furiosa!

Terapeuta: qué paso? Te noto frustrada.

Paciente: mi mamá no me dijo nada, ni escribió nada de una camisa de mi papá y me regañó porque no estaba limpia. Además me acusó de que no había puesto las cortinas de la casa. Ella no me dijo como las quiere.

Terapeuta: evidente que no hay mensaje en la refri, ni en ningún lado, bueno y que piensas hacer para resolver el problema.

Paciente: claro que la lavé en un momentito pero no estaba seca para cuando mi papá llegó a buscarla, encima no sé ni como quiere que le ponga las cortinas. Además que se fue y no me habla.

Terapeuta: entonces si no te habla que debes hacer tu?

Paciente: hablarle yo?

Terapeuta: claro y hacer preguntas asertivas y concretas?

Paciente: Donde pongo la cortina?

Terapeuta: tú crees que esa es la pregunta?

Paciente: no, me puede volver a regañar, entonces si le pregunto qué me ayude?

Terapeuta: por ahí va la cosa, no solo ayuda sino su opinión para ver cómo queda. De esa forma te dice como la quiere y sin ponerse brava.

Hablamos mucho sobre si es cierto que no puede cambiar la manera de cambiar de una manera radical, si puede que cambie si la paciente cambia.

Sesión #10

Última sesión, al igual que con las otras agradecí por participar en el proyecto y le pedí que llenara otra hoja igual a la que había llenado cuando empezamos el trabajo de evaluación.

Terapeuta: como te fue con tú mamá y la cortina.

Paciente: me ayudó y la pusimos, jamás la habría puesto como la pusimos, hicimos las paces y ahora van a empezar a construir un cuarto más en mi casa para mi primo que se queda.

Repasamos las maneras de afrontar las dificultades, ver las opciones antes de tomar decisiones y las ventajas que tiene esto para trazar metas. Mejoró su relación con su mamá, aún siente que no la quiere dejar pero poco a poco ha ido perdiendo esa idea de que algo malo le puede pasar.

ANEXO No 4

Paciente 4

Edad 16 años

Sexo femenino

Motivo de consulta: la encontraron bajo su cama que se había intentado cortar las venas.

Registro de Evaluación Multiaxial.

Eje I: Trastornos Clínicos.

F32.2 [296.2x] Trastorno depresivo mayor, episodio único, sin síntomas psicóticos.

Eje II: Trastornos de la Personalidad.

Z03.2 [V71.09] Ningún diagnóstico

Eje III: Enfermedades Medicas

Viruela la paciente contrajo viruela en los primeros meses de gestación.

Eje IV: Problemas Psicosociales y ambientales

- X Problemas relativos al grupo primario: Tomó la decisión de suicidarse ante el miedo de la respuesta de su madre.
- X Problemas relacionados con la enseñanza: en este trimestre 3 fracasos en su boletín. Preocupación enfocada en embarazo no deseado.
- X Otros problemas psicosociales y ambientales: está embarazada de un hombre que es mayor de edad y ella es menor de edad, la familia no va a hacer nada al respecto.

Eje V: Escala de Evaluación de la actividad global.

EEAG = 50 (en el ingreso)

EEAG = 71 (al finalizar terapia)

Comentarios:

Cuando se aplicó la prueba sus niveles salieron altos ya tenía ideaciones suicidas.

La mamá la encontró bajo su cama sangrando y llorando, porque se había cortado ambas muñecas con un Gillette.

Se le aplicó el cuestionario de Depresión de Beck antes de empezar el programa, el resultado fue depresión severa.

El caso no fue reportado a ningún centro de salud y fue curada por su propia madre, la paciente presenta cicatrices en ambas muñecas.

Ella hace referencia que al saberse embarazada y al temor de los correazos que anteriormente le ha proferido su mamá ella prefirió morir, antes de tomar esta decisión llegó a comprar pastillas abortivas a sus compañeras de la escuela, sin ningún resultado.

El bebe, es un hijo no deseado.

Sesión # 1

Al principio de la primera sesión la paciente llega renuente, su mamá la acompañó. Para romper el hielo le preguntó donde estudio?

Paciente: muy en voz baja, sin ánimo me dice las escuelas donde curso sus años de infancia y hasta la escuela donde está ahora.

Cuando llega se sienta en la esquina más lejana del sofá.

Llego con una camisa de mangas largas para ocultar los cortes en las muñecas, realmente se siente avergonzada de lo hecho.

Terapeuta: qué quieres hacer cuando te gradúes?

Paciente: quiero poner un salón de belleza, yo quiero ser la que manda, quiero mandar.

Terapeuta: además de mandar que más vas a hacer, quién lleva la contabilidad y los inventarios?

Paciente: mi hermana mayor, ella se va a graduar el otro año, así que ella lleva esa parte.

Terapeuta: muy bien y ya sabes dónde va a quedar?

Paciente: encoge los hombros.

Terapeuta: me dice tú mamá que te cortaste las venas?

Paciente: eso no lo vuelvo a hacer, no quiero ir al infierno.

Terapeuta: al infierno? Háblame un poco sobre eso de ir o no al infierno.

Paciente: la esposa del pastor me dijo que las personas que se suicidan van al infierno y yo no quiero ir al infierno.

Terapeuta: entonces vamos a ver cosas que se pueden hacer antes de desear morir te parece?

Paciente: solamente me mira.

Hablamos sobre las opciones que existen antes de recurrir al suicidio, no perder esa opción pero si se debe poner en el último lugar de la lista.

Terminamos la sesión hablando un poquito sobre el suicidio, se veía que le molestaba.

Sesión # 2

Para ser mandona como dice ella habla bajito, me dijo que le daba pena y entre más lo hablamos mejor se va sintiendo, ahora llegó super temprano a su citas.

Terapeuta: cómo te sientes ahora?

Paciente: bien.

Terapeuta: como te sentiste hablando del intento de suicidio.

Paciente: muy tímida, me sentí aliviada poder hablar de eso.

Terapeuta: puedes contarme que te llevó a tomar esa decisión?

Paciente: el miedo a mi mamá, que me diera de correazos y me botara de la casa.

Terapeuta: hablemos de los correazos, cuántos crees tú que puede darte tu mamá?

Paciente: se sonrío y mira hacia arriba, muchos.

Terapeuta: más de veinte?

Paciente: no se, tal vez se cansa antes.

Terapeuta: ves que había otra opción antes de cortarte?

Paciente: se sonríe, ahora lo entiende.

Nota: se ve más relajada, aún hay pena.

Para poder trabajar la conceptualización le pido que me haga en una hoja de papel como ve ella su empresa de salón de belleza.

Sesión # 3

Trajo el trabajo escrito, lo revisamos, utiliza frases como “yo quiero tener” me indica que ya no piensa en morir, ahora quiere ir hacia adelante.

Se vio cómo es poner el futuro en frases positivas y como durante la vida existen diferentes tipos de pruebas y hay que saber buscarle opciones, su primera gran prueba será rehabilitar matemáticas el promedio no le dio para pasar, ya no podrá ir al interior a pasar el año nuevo. Hablamos de cómo hacer para estudiar como preparar el examen de rehabilitación que necesita para pasar.

Su segunda gran prueba será el nacimiento de su hijo/hija, ya tiene una lista de si es niña que hacer y si es niño también.

Nota: falta apego.

Sesión # 4

Trabajamos entonces con mucho énfasis las opciones de redes de ayuda, tal como son sus compañeras de clases que si pasaron la materia.

Terapeuta: ya sabes que te quedaste?

Paciente: asintió con la cabeza.

Terapeuta: tienes amigas en el colegio?

Paciente: sí dos que si pasaron. Yo no pasé porque la profesora no me quiso hacer el examen, yo estuve enferma y no pude entregar los trabajos y no asistí a la escuela y no me dejó hacer el examen.

Terapeuta: llevaste la notificación del médico de tu enfermedad y embarazo?

Paciente: sí y la profesora me dijo que tenía que ir mi acudiente.

Terapeuta: y tu acudiente fue?

Paciente: no mi mamá no fue.

Terapeuta: preparándote para la rehabilitación conoces a alguien que si paso?

Paciente: si a mi amiga A.

Terapeuta: que debes hacer entonces?

Paciente: pedir el cuaderno a mi amiga y estudiar para echar para adelante.

Terapeuta: echar para adelante con conocimiento, de a donde quieres llegar.

Se preparó con una lista de sus amigas, bastante corta la lista y de que debe hacer para poder pasar la materia de matemáticas.

Sesión # 5

Se dice que el que lo hizo una vez, puede intentarlo otras veces.

Aún no veo que conecta realmente con el bebe, estuvo en el médico y este le dijo que no había engordado, le mandó un ultrasonido y vitaminas para que el bebe nazca sano y fuerte.

Hablamos de su estado de salud, del reporte de la varicela en los primeros meses de gestación, que los médicos le dijeron que nada malo pasaba.

Ella no quiere entrar en contacto con el bebe, va cediendo poco a poco, ahora quiere que nazca bien y que venga fuerte, ella dice que será niña, porque cuando juega con sus primitos ellos están bien, pero cuando trata de agarrar a su hermanita ella empieza a llorar.

Le gusta venir temprano, no habla mucho hay silencios largos aún hay muchas resistencia.

Sesión # 6

Paciente: comenta que de su intención suicida ya no iba a hacer eso más.

Terapeuta: que es eso?

Paciente: cortarme las venas.

Terapeuta: ya lo pudo verbalizar, eso seguramente la haría sentirse mejor.

Seguimos trabajando sobre sus estudios y cómo hacer para maximizar su tiempo en prepararse para el examen, este fue un comentario.

Sesión # 7

Conversamos que se sentía mejor por la sesión anterior, nunca había contado esto a nadie, ni a sus amigas íntimas.

Paciente: pregunta si ella era estúpida

Terapeuta: que la hacía pensar en eso?

Paciente: me dijo que por lo que le había pasado.

Terapeuta: que te pasó?

Paciente: estar embarazada.

Terapeuta: como sucedió tu embarazo.

Paciente: tenía un novio de 21 años y éste la invitó a su casa, el muchacho estaba solo en su casa, ella dice que no pensó que iban a tener sexo y mucho menos que iba a quedar embarazada. Ella dice que no quería tener sexo, que pensaba que solo iban a conversar o algo así

Terapeuta: eso no es ser estúpido sino inocente, pensar en ir a la casa de un hombre y no saber qué puede pasar.

Se va tranquila.

Sesión # 8

Llega tarde, viene con la hermana mayor que la acompaña. El cuento del tranque.

No quiere ver que materias tiene fracasadas, solo sabe que ella va a tener que rehabilitar al igual que su hermana. Concluye que para el otro año va a pensar mejor las cosas y va a estudiar, desarrolló un plan de estudio con el elemento nuevo, el bebe que va a nacer. Ya sabe que es, es una niña. Le pedí que hiciera como iba a hacer para estudiar, que trajera como iba a hacer.

Solo trabajamos treinta minutos.

Sesión # 9

Trajo un plan interesante de estudio y donde tiene establecido que piensa entregar los planes y las investigaciones a tiempo cuando los profesores los pidan, que estudiará dos horas diarias para cubrir los materiales y como kit de esperanza, una foto de una persona graduándose y su plan de estudio. Como su grupo de apoyo cuando va a estudiar está su hermana mayor y sus mejores amigas para organizar grupos de estudio.

Sesión #10

Me da la impresión que hay que hablar un poco más sobre el embarazo aún no tiene suficiente apego con el bebé que está esperando ya tiene 6 meses de gestación.

La hermana parece una mala decisión a la hora de venir a las terapias, cuando viene con ella llegan tarde.

Se le aplicó la prueba de SPS nuevamente, el post test bajaron los niveles: ideación suicida y la desesperanza.

Nos despedimos dándole las gracias por participar en el proyecto y si algún día necesita conversar que llamara. En este caso me queda claro que falta la parte emocional por resolver.

ANEXO No 5

Paciente #5

Edad: 16 años

Sexo: Femenino

Motivo de consulta: tiene fracaso escolar y su mamá dice que es muy brava.

Registro de Evaluación Multiaxial.

Eje I: Trastornos Clínicos.

F32.2 [296.2x] Trastorno depresivo mayor, episodio único, sin síntomas psicóticos.

Eje II: Trastornos de la Personalidad.

Z03.2 [V71.09] Ningún diagnóstico

Eje III: Enfermedades Medicas

Ninguna

Eje IV: Problemas Psicosociales y ambientales

- X Problemas relativos al grupo primario: se pelea mucho con su mamá, ella siente que no le importa a su mamá, sus medio hermanas la molestan mucho.
- X Problemas en la vivienda: tiene que compartir su cuarto con una medio hermana con la que pelea mucho.
- X Problemas relacionados con la enseñanza: en este trimestre tiene fracasos, no tiene con quién estudiar no tiene amigas y hay un grupo de muchachos en el salón que la molestan. Se pone brava y pierde el interés por la clase, sólo se quiere ir.

Eje V: Escala de Evaluación de la actividad global.

EEAG = 61 (en el ingreso)

EEAG = 71 (al finalizar terapia)

Comentarios:

En la entrevista con la mamá, reporta que fue un embarazo a término, el padre de la paciente cuando supo del embarazo se perdió, ella nació en Darién y allá la dejó durante toda su infancia y hasta que terminó la escuela primaria. Mientras estaba en Darién estaba con la abuela materna. Vivían en una comunidad alejada de las ciudades grandes estudió en la escuelita de la comunidad.

Cuando la trasladaron para la ciudad, empezaron los problemas, la mamá reporta que es muy mal portada, es muy brava y contesta de forma grosera.

Sesión #1

Estudia banca y finanzas le gusta lo que estudia. Su materia favorita Informática, la profesora si le toma el interés.

No habla nada, los silencios son muy largos, se siente que está obligada a estar en la terapia su mamá la mandó.

Luego de largo reto y no hacer contacto visual me dice que su mamá no confía en ella y no la deja ni salir, porque cree que tiene un novio y eso no es cierto.

En su casa todos la molestan y dicen cosas que ella no ha dicho, cuando eso pasa, deja todo y se encierra en su cuarto.

Terapeuta: que haces cuando estas encerrada?

Paciente: nada, ahí me quedo.

Terapeuta: parece que te castigas a ti misma.

Paciente: largo silencio.

Terapeuta: cuantas personas viven en tu casa?

Paciente: mi mamá, mi padrastro, mis 4 hermanitas y 2 hijos de mi padrastro uno está casado y el otro no. Todos en la casa me dicen cosas feas, mi hermana me dice que soy una estúpida y no tengo quién me defienda, mi mamá no les dice nada.

Hubiese querido tener papá para que me defienda.

Nota: hablamos de la terapia, de lo que puede hacer la terapia por ella si trabajamos juntas y como puede ella mejorar, está de acuerdo.

Doy por terminada la sesión y nos vemos en la próxima cita.

Sesión # 2

Llega super puntual, se sienta y no habla, se puede pasar los 45 minutos ahí sin decir nada.

Terapeuta: cómo te sientes hoy? Te gustó venir a la sesión?

Paciente: muy suavcito, casi no se le escucha: si

Terapeuta: háblame de ti, qué música te gusta.

Paciente: luego de un buen rato, el reggae

Terapeuta: cuál es tu artista favorito y cuál es la canción pegada.

Paciente: Dubosky y a mí me gusta Amor de bandido.

Nota: no hay contacto visual.

Terapeuta: te acuerdas que hablamos la sesión anterior?

Paciente: sin levantar los ojos, si hablamos de mis problemas se puede buscar la manera de resolverlos

Terapeuta: vamos a trabajar?

Paciente: si y vuelve a guardar silencio. Al rato, mi mamá no confía en mí, antes a la casa me llevaba un taxista, a veces llegaba a tiempo y a veces no, cuando llegábamos tarde a la casa, el taxista le decía a mí mamá que era culpa mía que yo no estaba en la parada y ella le creía a él y a mí no.

Yo quiero saber que piensa mi mamá de mí, porque yo creo que no me quiere.

Terapeuta: porque no le preguntas?

Terminamos la sesión en que ella tiene que preguntar a su mamá.

Sesión # 3

Dubosky: Amor de bandido.

Terapeuta: me llama la atención que te guste esa canción porque en ella Dubosky le dice a la mujer que no la puede querer porque ella es de otro y que es una traición y tú me dices que tú mamá no confía en ti porque como que escondes algo.

Paciente: me mira, por primera vez.

Terapeuta: pensaste que no la iba a escuchar?

Paciente: la verdad no

Terapeuta: ah no confiaste en mí

Paciente: se echó a reír.

Terapeuta: como te defines a ti misma.

Paciente: un poco agresiva, cuando me da rabia comienzo a gritar.

Terapeuta: que razones tienes para gritar.

Paciente: no me gusta que me digan vainas, cuando hago algo mal, me molestan, se burlan y me regañan.

Terapeuta: qué tal si vemos eso. Cuándo fue la última vez que te paso?

Paciente: hice un arroz y no tenía mucha sal. Todos empezaron a decir cosas y yo me fui para mi cuarto y ahí me quede.

Terapeuta: que te parece si la próxima vez les dices que te enseñen para tu ver como se hace?

Paciente: se me quedó mirando, no se le había ocurrido algo como eso. De pronto dijo es que la mujer del hijo de mi padrastro es mezquina con la comida, no hace mucho para no tener que compartir, esa mujer no se lleva con mi mamá.

Terminó el tiempo aquí quedamos.

Sesión # 4

Terapeuta: hola pudiste hacer la tarea de lo que piensa tu mamá?

Paciente: no porque estoy en la casa de mis tíos, allí nadie me molesta.

Terapeuta: además de tus tíos vive alguien más?

Paciente: no.

Terapeuta: háblame de tu salón de clases tú dices que te molestan, cómo?

Paciente: unos compañeros me molestan y me dicen que me gusta J, a mí no me gusta y que me lo digan me molesta.

Terapeuta: a ti te gusta otro chico?

Paciente: silencio... sí pero ya no está en la escuela, terminó el año pasado y no nos hemos visto desde entonces.

Terapeuta: y él tenía novia?

Paciente: me mira y asiente con la cabeza.

Terapeuta: ah como la canción amor de bandido.

Paciente: se sonrío.

Dice que vivir con los tíos es como vivir con su mamá, ya que ellos la corrigen y le dan advertencias, los tíos también le pegan con la correa como su mamá, solo que aquí durante el día no hay hermanastras para pelear.

Terapeuta: entonces es un poco aburrido

Paciente: si

Sesión # 5

Ya estamos trabajando.

Hablamos de porque los fracasos.

La hoja de contabilidad no la entendió así como no la hizo no la entrego. En cuanto a español, algunas veces no entrega los trabajos, en ocasiones porque no tiene el dinero y en otras porque le da pereza.

Que quieres ser cuando te gradúes?

Paciente: Secretaria en el Banco Nacional que está cerca de mi casa.

Terapeuta: bien y que hay que hacer para llegar a ser secretaria.

Paciente: graduarme y estudiar mucho.

Terapeuta: veamos quiénes son tus amigas y redes de apoyo.

Hicimos las listas de las amigas que tiene, las ventajas de entregar las tareas a tiempo cuando se puede y de estudiar en grupo para que le queden claro los conceptos y que sin pena acuda a sus profesores cuando no entiende.

A pesar de los silencios trabajamos bastante.

Sesión # 6

Ya nos quedan pocas sesiones y hoy vamos a hacer cosas diferentes.

Terapeuta: te gusta jugar?

Paciente: no mucho

Terapeuta: quieres intentarlo?

Paciente: bueno

Jugamos un par de juegos de Parchis, en el primer juego la deje que ganara y le pregunté cómo había hecho para ganar, no estaba muy clara. Cuando le pregunté cómo se sentía por haber ganado, ah ahí si estaba en la gloria.

Volvimos a ganar y esta vez, no gano, entonces exploramos lo sucedido, no siempre se gana, pero por eso no hay que disgustarse, entre más intentos hagas mejor jugador serás si estudias lo que estás haciendo.

Tarea: cuando vayas a tu casa, juega con tus hermanastras no importa si pierdes o ganas, no te vayas para el cuarto.

Sesión # 7

Terapeuta: cómo te fue?

Paciente: trae una sonrisa, jugaron toda la tarde y no se pelearon.

Terapeuta: ves que no siempre se gana? Qué tal las hermanastras?

Paciente: bien no peleamos ni una sola vez.

Terapeuta: cada vez que tú te encierras les dices a ellas como molestarte, deja de castigarte y empieza a compartir con ellas.

Eso mismo debe pasar en la escuela cuando las muchachas te molestan con J, tu ignóralas y veras como poco a poco dejan de molestar, te molestan porque saben que te sales del salón o porque pones tu peor cara.

Cada vez que te encierras es como si murieras porque desapareces de los ojos de los demás.

Sesión # 8

Solo nos quedan dos sesiones.

Ahora hace relajo con las hermanas juegan juntas y ya no le dicen cosas desagradables, le advertí que puede que en un juego o en alguna pelea puede que las vuelva a oír entonces que debes hacer.

Paciente: no irme para mi cuarto, quedarme ahí junto a ellas y dejar que se tranquilicen, el gritar no me sirve de nada.

Por ahora las hermanas son divertidas, yo las quiero a todas.

Terapeuta: no lo dudo, tú te ves como alguien de buenos sentimientos.

Entonces vas muy bien, si ellas te molestan tu qué haces?

Paciente: no les pongo mucha atención ahora sé que lo hacen para molestarte.

En cuanto a los estudios.

Paciente: ya tengo a dos compañeras que están dispuestas a ayudarme a estudiar.

Con tu mamá.

Paciente: no hemos peleado, no hablamos mucho ni de temas difíciles. No pido permiso así no me dice nada.

Sesión # 9

Hoy voy a quedarme donde los tíos, una señora de por ahí donde ellos viven, necesita que le cuide el niño.

Terapeuta: te dejan responsabilidades que se siente?

Paciente: se sonríe y le gusta.

Terapeuta: te van a pagar?

Paciente: no creo, no sé.

Terapeuta: seguramente te dan algo.

Paciente: está contenta, ha pasados días en su casa sin pelear con sus hermanas o con su mamá. Le pagaron algo por cuidar del bebé, las relaciones de la casa han mejorado.

Sesión # 10

La última sesión, no es una chica de muchas palabras sin embargo su mejoría en la prueba SPS aplicada de pre test y post test demostró que hizo un gran avance en sus actitudes y sus relaciones con sus familiares y compañeros del colegio.

ANEXO No 6

Panamá, 28 de Mayo de 2011.

Profesor
Rector
Colegio
Presente

Estimado Profesor:

Sirvan mis primeras líneas para saludarlo y agradecerle por el tiempo que la misma le amerite.

La Contraloría General de Panamá señala sobre el suicidio, a pesar de ser un sub-registro, que está en aumento alarmante en los últimos años. Con el objetivo de dar solución a este problema estoy interesada en saber que está causando ese aumento y que podemos hacer para disminuirlo.

Dicho esto estoy solicitando su autorización para realizar una investigación de estudio sobre la prevención del suicidio dentro del colegio que usted dirige. Este será un proyecto donde se evaluará a los jóvenes de ambos sexos para saber quiénes están en riesgo y luego brindarles tratamiento.

Es nuestra intención evaluar a los estudiantes cuyas edades oscilen entre los 12 y los 16 años y cuyos acudientes den su consentimiento, para conocer cuáles son los riesgos que aquejan a nuestros jóvenes. Luego se les brindaran 12 sesiones de terapia breve con orientación en Terapia Conductual a los estudiantes cuyos resultados indiquen que pueden estar en riesgo, llevadas a cabo por profesionales idóneos, con el fin de reducir los riesgos. Por último se les reevaluará para saber si sus riesgos han disminuido.

Esperando poder contar con su participación y a sus órdenes para responder cualquier pregunta, nos despedimos.

Lic. Luzmila Alvarez Oller
Psicóloga
C.I.P.2664

ANEXO No 7

Estimados Padres de Familia:

Nuestro estudio, cuyo objetivo principal es fomentar el desarrollo de las relaciones sanas dentro de nuestra sociedad ve con gran preocupación el creciente aumento de diversas dificultades emocionales, como depresión, abuso de drogas o intentos de suicidio dentro de nuestra juventud. Por esta razón quisiéramos invitarlos a que participe con nosotros en la organización del proyecto que estamos iniciando, cuyo objetivo principal es realizar un estudio piloto que nos indique el número aproximado de jóvenes vulnerables a esta realidad.

Su apoyo consistirá en que tanto usted como padre de familia (Acudiente) así como su Acudido (Estudiante) den su consentimiento formal y por escrito, demás está decirle que toda la información que se obtenga como resultado de esta autorización, es **"confidencial"**. Esta prueba nos permitirá saber cuáles son los riesgos que afectan a nuestros jóvenes y de esta forma hacerles llegar ayuda oportuna a través de 10 sesiones de terapia. Esta asistencia no representará ningún costo para la familia del estudiante cuya evaluación indique que se encuentra en riesgo, pues las sesiones de terapia serán totalmente gratuitas.

Adjuntamos la ficha de autorización para participar en el citado estudio y le agradecemos sinceramente su colaboración que estamos seguros redundará en el bienestar de nuestras familias.

Afectísima,

Luzmila Alvarez O.,
Psicóloga

Nombre del Acudiente: _____ No. Cédula: _____
Número de Teléfono: casa: _____ oficina: _____ celular: _____
Dirección: _____
Dirección electrónica: _____
Nombre del Acudido: _____ No. de cédula: _____
Edad del Acudido: _____ Nivel Académico del Acudido: _____
Nombre de la Escuela: _____

Firma del
Acudiente: _____ Fecha: _____

ANEXO No 8
Formulario de consentimiento - Copia para los participantes.

Nombre: _____ Fecha: _____

Sexo: () Femenino () Masculino

Estimado Participante:

Por favor lea las siguientes oraciones, si está de acuerdo con todo lo leído, firme en la línea de abajo.

Se me ha dicho

- a Que este programa ha sido diseñado para mejorar la salud de los adolescentes.
- b Si estoy de acuerdo de participar, se me pedirá que conteste unas preguntas. Esto me tomará de 10 a 20 minutos.
- c Después de contestar las preguntas puede que me pidan o yo puedo pedir, hablar con un psicólogo. Esto será privado y no debe tomar más de una hora.
- d La participación en este programa es voluntaria y que no estoy obligado a hacer nada que yo no quiera y puedo rehusarme a contestar las preguntas.
- e Todo el programa puede durar 20 a 90 minutos.
- f Este papel es el único que tiene mi nombre, y será archivado en una carpeta a la cual sólo empleados del programa podrán tener acceso. Toda la información será confidencial hasta donde lo permita la ley.
- g Mi participación en este programa no afectará mi proceso de aplicación a universidades.
- h Mis respuestas a las preguntas hechas en este programa no serán dichas a mis profesores o a los empleados de la escuela sin mi consentimiento.
- i Si mis respuestas indican la posible de un problema significativo, por ejemplo, que estoy en peligro de hacerme daño, de que estoy siendo abusado, o de que tengo otro problema que impide mi funcionamiento, entonces los participantes del proyecto están obligados a decirles a mis padres. Solo se les informará a mis padres o se reportará el abuso a las autoridades luego de hablar conmigo.
- j Bajo ninguna circunstancia mi nombre, o mi apellido será reportado a nadie, a menos que este siendo abusado. Si estoy siendo abusado, los profesionales del proyecto tienen que reportar mi nombre y mi apellido.
- k Si tengo alguna pregunta sobre este programa, puedo llamar a Luzmila Alvarez al 213-7404 o 6671-7695.

Si deseas participar en el programa, por favor marca en la línea de abajo y firma tu nombre. Por favor regresa la hoja aun si no deseas participar.

Gracias.

_____ Entiendo las oraciones que leí arriba, y estoy de acuerdo en participar del programa.

Por favor firme tu nombre aquí: _____

ANEXO No 9 Muestra

Inventario de Depresión de Beck.

En este cuestionario aparecen varios grupos de afirmaciones. Por favor, lea con atención cada una. A continuación, señale cuál de las afirmaciones de cada grupo describe mejor cómo se ha sentido durante esta última semana, incluido en el día de hoy. Si dentro de un mismo grupo, hay más de una afirmación que considere aplicable a su caso, márkela también. Asegúrese de leer todas las afirmaciones dentro de cada grupo antes de efectuar la elección, (se puntuará 0-1-2-3).

1) .

No me siento triste

Me siento triste.

Me siento triste continuamente y no puedo dejar de estarlo.

Me siento tan triste o tan desgraciado que no puedo soportarlo.

2) .

No me siento especialmente desanimado respecto al futuro.

Me siento desanimado respecto al futuro.

Siento que no tengo que esperar nada.

Siento que el futuro es desesperanzador y las cosas no mejorarán.

3) .

No me siento fracasado.

Creo que he fracasado más que la mayoría de las personas.

Cuando miro hacia atrás, sólo veo fracaso tras fracaso.

Me siento una persona totalmente fracasada.

