



UNIVERSIDAD DE PANAMA
FACULTAD DE HUMANIDADES
VICE-RECTORÍA DE INVESTIGACIÓN Y POST-GRADO
PROGRAMA DE MAESTRÍA EN PSICOLOGÍA CLÍNICA

**“UNA INTERVENCIÓN TERAPEUTICA EN ADOLESCENTES CON
ANSIEDAD Y DEPRESION”**

Presentada por:
CARLOS IVÁN SÁNCHEZ MADRID

TESIS PRESENTADA COMO UNO DE LOS REQUISITOS PARA OPTAR POR EL
GRADO DE MAESTRO EN PSICOLOGÍA CLÍNICA

PANAMÁ, REPÚBLICA DE PANAMÁ

2004

UNIVERSIDAD DE PANAMÁ
VICERRECTORIA DE INVESTIGACIÓN Y POSGRADO

FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN

Programa de Maestría en: **Psicología Clínica**

Facultad de Humanidades: **Humanidades**

Número de Código: **327-14-06-04-27**

Nombre del estudiante **Carlos Iván Sánchez Madrid**

Título al que aspira: **Maestro en Psicología Clínica**

Tema de Tesis: **Una Intervención Terapéutica en Adolescentes con Ansiedad y Depresión.**

Resumen Ejecutivo: **Este trabajo lo realizamos mediante un diseño de investigación no experimental, en un estudio de casos con intervención terapéutica. La medición se hizo con un diseño test-retest. En un grupo de adolescentes del Hogar de Niñas de la Capital, ubicada en las Cumbres. Inicialmente se les aplicó pruebas para medir sus niveles de ansiedad y Depresión, además de una entrevista clínica, luego se aplicó el Programa de Competencias de Afrontamiento y finalmente se volvió a aplicar, tanto las pruebas como la entrevista clínica, con el objeto de verificar la efectividad del tratamiento**

Profesor Asesor.
Firma del asesor:

Isaias Madrid Flores

Isaias Madrid Flores

Firma del estudiante
Firma del Coordinador del Programa:

[Firma del estudiante]
[Firma del Coordinador del Programa]

Director de Postgrado de la Vicerrectoría de Investigación y Postgrado.

Fecha _____

DEDICATORIA

Dedico este trabajo a mi hijo CARLOS ALBERTO, quien me inspira a luchar a favor de la vida, la esperanza y el amor a mi esposa MIRLA DEL CARMEN, quien me a apoyado incondicionalmente en esta carrera A mis padres SECUNDINO Y PETRA, quienes me han sabido guiar por el camino correcto A mis 12 HERMANOS, PRIMOS, SOBRINOS Y AMIGOS Y también a tod@s los adolescentes que están atrapados en estos trastornos, especialmente a los miembros de la muestra

AGRADECIMIENTOS

Quiero agradecer a *Dios* , en primer lugar, por la oportunidad de realizar este trabajo que representa el esfuerzo de varios años. A mis padres, *Petra y Secundino* por darme la vida, y la dirección correcta. A mi esposa, *Mirla* por su apoyo incondicional. A mi asesor de tesis y de la vida *Isalas Madrid*. A la Lic. Elba Florez directora del “Hogar de Niñas de la Capital”. A las participantes de la muestra por su valiosa cooperación.

INDICE

	PÁGINA
CUADROS Y FIGURAS	viii
RESUMEN.....	ix
SUMMARY.....	x
INTRODUCCIÓN	xi

Capítulo Primero

I. Ansiedad y Depresión Infantil	1
1.1. La Ansiedad	2
1.1.1 El Trastorno de Angustia o Pánico	3
a) Descripción clínica	3
b) Síntomas	4
c) Etiología	5
d) Tratamientos	7
1.1.2 El Trastorno de Ansiedad Generalizado.. . . .	9
a) Descripción Clínica	9
b) Síntomas.. . . .	9
c) Etiología	10
d) Tratamientos.	11
1.1.3 Los Trastornos Fóbicos	13
a) Descripción Clínica de la Agorafobia	14
b) Descripción Clínica Fobias Específicas	14
c) Descripción Clínica de la Fobia Social	15
d) Etiología.	15
e) Tratamientos..	16
1.1.4 Trastorno Obsesivo Compulsivo	18
a) Descripción Clínica	18
b) Síntomas	19
c) Etiología	20
d) Tratamientos	22
1.1.5 Trastorno de Estrés Postraumático	22
a) Descripción Clínica	22
b) Síntomas	23
c) Etiología	24
d) Tratamientos.	25
1.2 La Depresión Infantil	27
a) Descripción Clínica	27
b) Síntomas	28
c) Etiología	29
d) Tratamientos	34
1.3 Comorbilidad Depresión-Ansiedad	41
a) El modelo unitario.	41
b) Modelo dualista	42

c) Modelo mixto ansioso-depresivo	42
1.4 Terapia Cognitiva – Conductual	45
a) Terapia del Comportamiento	47
b) Reestructuración Cognitiva	47
1.5 Terapia Cognitiva en Grupos	48
a) La Terapia de Grupo según Ellis	48
b) El Psicodrama	49
c) Modelo de L. Sank y C. Shaffer (Progr. de Entrenamiento en Competencias de Afrontamiento)	50

CAPÍTULO SEGUNDO

2. II METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN	53
2.1. Planteamiento del Problema	53
2.2. Objetivos	53
2.3. Objetivo General	53
a) Objetivos Específicos	53
b) Preguntas de Investigación	54
2.4. Justificación	54
2.5. Hipótesis	55
a) Hipótesis Conceptual	55
b) Hipótesis Operacional	55
c) Hipótesis Estadística	55
d) Hipótesis de Trabajo o Alternas	55
e) Hipótesis Nula	55
2.6. Unidades de Observación (Variables)	56
a) Variable Independiente	56
b) Variables Dependientes	56
c) Depresión	56
d) Ansiedad	56
2.7. Estrategias de Investigación	56
a) Tipo de Estudio	56
b) Diseño de Investigación	57
2.8. Conceptos de Población y Muestra	58
a) Población Objetivo	58
b) Población Muestral	59
c) Muestra	59
2.9. Métodos de Selección de los Participantes	59
a) Criterios de Inclusión	59
b) Criterios de Exclusión	59
2.10. Instrumentos de Medición	60
a) Estadístico prueba de los signos y T de Wilcoxon	60
2.11. Tipo de Datos	61
2.12. Desarrollo del tratamiento	61

CAPÍTULO TERCERO

III. RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN	63
3 Presentación de Resultados.	64
3 1 Resumen de casos clínicos.	72

CAPÍTULO CUARTO

IV. INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS	83
4 Interpretación de los Resultados	84
4.1 conclusiones y Recomendaciones	87
Literatura Consultada	90
Anexos	94

INDICE DE CUADROS Y FIGURAS

CUADRO		PÁGINA
I	Resumen de los Resultados Estadísticos	66
II	Resumen de las Unidades Subjetivas de Malestar.....	67
IIa	Estadísticos Descriptivos	68
IIb	Estadístico de Contraste	68
III	Resultados del Cuestionario de Depresión Infantil (CDS)....	69
IIIa	Estadísticos Descriptivos	70
IIIb	Estadístico de Contraste	70
IV	Resultados de la Escala de Ansiedad (CMAS-R)	71
IVa	Estadísticos Descriptivos.....	72
IVb	Estadístico de Contraste	72
V-XV	Casos Clínicos.....	73

.FIGURAS

1	Gráficos de las Unidades Subjetivas de Malestar	67
2	Gráficos del Cuestionario de Depresión Infantil (CDS)	69
3	Gráficos de la Escala de Ansiedad (CMAS-R)	71

RESUMEN

En este trabajo presentamos, los resultados encontrados en una muestra de diez adolescentes diagnosticadas con ansiedad y depresión, tratadas con un **Programa de Competencias de Afrontamiento**. Este programa consiste en cuatro módulos (Entrenamiento en Relajación, Reestructuración Cognitiva, Entrenamiento en Asertividad y Resolución de Conflictos) desarrollados a lo largo de 14 sesiones (una por semana) con una duración de una hora y treinta minutos; estas sesiones se complementaron con tareas para la casa, que incluían ejercicios de relajación, tareas escritas, ponerse de acuerdo con compañeras y lecturas relacionadas a cada tema. Esta investigación se realizó en el Hogar de Niñas de la capital, ubicado en las Cumbres, donde se escogieron las participantes del programa, que tuvieran entre (12-16 años) y que además tuvieran síntomas de depresión y ansiedad, que no requirieran hospitalización.

La medición se hizo con un diseño test-retest. Inicialmente se les aplicaron las siguientes pruebas Cuestionario de Depresión para Niños (CDS) para medir sus niveles de Depresión y la Escala de Ansiedad Infantil revisada (CMAS-R) para medir los niveles de ansiedad (variables dependientes), y una escala de Unidades Subjetivas de Malestar (USM), que es un autorreporte de las mismas participantes, además de una entrevista clínica a cada una de ellas, a fin de poder realizar un análisis profundo de cada sujeto, luego se volvió a aplicar, tanto las pruebas como la entrevista clínica, con el objeto de verificar la efectividad del tratamiento.

Los resultados finales no muestran ninguna mejoría, de acuerdo a las escalas objetivas. Sin embargo, si muestran mejoría los resultados de la escala subjetiva (USM); así como la opinión crítica del terapeuta registrada en la entrevista clínica a través del eje V de la escala multiaxial del DSM-IVTR.

SUMMARY

In this paper, we present the outcomes of a sample study done to ten female teenagers who were diagnosed with anxiety and depression. They were treated in a program called Facing Competencies Program (**Programa de Competencias de Afrontamiento**)

This program is made up of four modules (Relaxing Training, Cognitive Restructuring, Assertion Training, and Conflicts Management). These modules were developed in a fourteen-sessions period (one per week). Each session lasted one hour and thirty minutes. Beside these sessions, the subjects were given some homework, which included written tasks, relaxing exercises, getting to agreement with peers and readings related to the topic.

This research was performed in "Hogar de las Niñas", Panama, Las Cumbias. The selected teenagers were between twelve to sixteen years old, all of them presenting anxiety and depression symptoms, however, none of them requiring institutionalization.

The data was gathered by following the test-retest pattern. Firstly, the subjects were administered the following tests: Children's Depression Survey (CDS), which was used to measure Depression levels, and a Revised Infant's Anxiety Scale (R-IAS), which was used to measure Anxiety levels (dependent variables). It was also used a Subjective Discomfort Units scale (SDU), which is a self-report that participants fill out. Each subject was interviewed at the beginning of the study in order to get a thorough analysis of her problems, a second interview was applied after some time had passed with the intention to test the reliability of the program.

The final results do not show any improvement according to the objective scales. However, it does show improvement in the subjective scales (SDU), as well as the critical opinion of the therapist, which was registered in the clinical interviews through the V axis of the DSM-IVTR multi-axis scale.

INTRODUCCIÓN

En esta investigación, presentamos los resultados observados en una muestra de diez (10) adolescentes diagnosticadas con ansiedad y depresión, que fueron tratadas con un *Programa de Competencias de Afrontamiento*, que consiste en cuatro módulos (Entrenamiento en Relajación, Reestructuración Cognitiva, Entrenamiento en Asertividad y Resolución de Conflictos) Este programa se desarrolló en catorce (14) sesiones, (una por semana) el tiempo para cada sesión era de una hora y treinta minutos aproximadamente, las cuales eran complementadas con tareas para la casa, o sea para que trabajaran durante la semana

Este es un tema de importante, porque nos permite tener una visión mas clara sobre los problemas causados por la ansiedad y la depresión en los niños o adolescentes De manera que el estudio profundo nos permitan ofrecerles una solución eficaz y directa, sobre esta problemática, que cada día se hacen mas evidentes, los estragos causados por estos trastornos

El objetivo trazado, es medir la eficacia de un Programa de Competencias de Afrontamiento, en una muestra de adolescentes institucionalizados, en albergues para niños en circunstancias especialmente difíciles

En el primer capítulo, encontrará los trastornos de ansiedad, los cuadros clínicos, la etiología, explicados por las diferentes teorías, así como los síntomas y el tratamiento Además, veremos el tema de la depresión infantil, la descripción clínica, los síntomas, la etiología y el tratamiento, todos estos aspectos vistos a través de diferentes enfoques, cada uno con su particular forma de explicar cada evento El otro tema que abordaremos,

es la discusión que existe sobre la comorbilidad de estos dos trastornos, o si por el contrario son entidades separadas que ejercen presión sobre el sujeto o se trata de un solo trastorno con características de ambos. Expondremos una revisión de la Terapia Cognitiva-conductual, así como el abordaje de la terapia grupal. El segundo capítulo, está dedicado a la metodología y que consiste en una investigación no experimental con replicación clínica. El tercer capítulo, es el análisis de los resultados, las conclusiones y las recomendaciones.

Exhortamos al lector a ver más detalles en esta investigación, que aunque es un tema doloroso, no deja de ser fascinante su estudio, en pos de entender mejor estas dificultades que padecen los niños, especialmente cuando se trata de los niños en abandono.

CAPÍTULO PRIMERO

ANSIEDAD Y DEPRESIÓN INFANTIL

1.1 La Ansiedad

Para F. J. Bruno, (1997). La *ansiedad* es un miedo anticipado a padecer un daño o desgracia futuros, acompañada de un sentimiento de temor o de síntomas somáticos de tensión

Otra definición, de la ansiedad es que hay presente una anticipación temerosa de peligro inminente o problemas, acompañada de un sentimiento intenso y desagradable (disforia) o de síntomas físicos.

El diccionario de Psicología de U Galimbert, la define como un estado de gran activación emocional que contiene un sentimiento de miedo o aprehensión, que frecuentemente se acompaña de síntomas fisiológicos que pueden conducir a la fatiga o incluso al agotamiento. Galimbert, U (2001)

Los trastornos de ansiedad conforman uno de los grupos mas frecuentes dentro de las enfermedades Psiquiátricas y que ocasionan un deterioro y malestar importante, incluso entre niños y adolescentes. Sin embargo, es normal que este grupo etáreo desarrolle ciertos miedos y experimenten cierta anticipación temerosa de los problemas. Con el tiempo, los miedos normales desaparecen, cuando estos aprenden más acerca de qué esperar del entorno y de las relaciones con los demás, porque estos se dan, principalmente, a diferentes cambios que experimentan en su cuerpo, en su entorno y en su pensamiento.

Cuando sus miedos no se disipan y comienzan a interferir con la vida y las actividades diarias del niño o del adolescente, puede ser que estemos frente a un trastorno de ansiedad. A mayor ansiedad, por ejemplo, peores resultados académicos e incluso comportamientos negativos.

Por tanto, la ansiedad ha de permanecer siempre entre unos límites, para no interferir de manera negativa en la vida del niño o del adolescente.

Con respecto a este trastorno existe una serie de especificaciones en la literatura actual, específicamente en al DSM-IVTR, (2001) en el que podemos encontrar los siguientes trastornos, que padecen los adultos, pero que de igual manera pueden aparecer en los niños o en los adolescentes

- Trastorno de Angustia (Crisis o ataque de Pánico)
- Trastorno de angustia sin agorafobia
- Trastorno de angustia con agorafobia
- Agorafobia sin historia de trastorno de angustia
- Fobia específica
- Fobia social
- Trastorno obsesivo-compulsivo
- Trastorno por estrés postraumático
- Trastorno por estrés agudo
- Trastorno de ansiedad generalizada
- Trastorno de ansiedad debido a enfermedad médica
- Trastorno de ansiedad inducido por sustancias

Otros investigadores como Hollander y Cols. (2002) han dividido en cuatro grandes categorías la ansiedad tales como. trastornos de angustia y de ansiedad (Trastorno de Angustia y Trastorno de Ansiedad Generalizada); Trastornos fóbicos (Agorafobia, fobia Social y Específica); Trastorno Obsesivo-Compulsivo y Trastorno por Estrés Postraumático. Nuestro trabajo lo desarrollamos siguiendo este patrón, para una mejor comprensión del material

1.1.1 El Trastorno de Angustia (Pánico)

a) Descripción Clínica

También se le denomina trastorno de pánico o ansiedad paroxística episódica en la clasificación de la Organización Mundial de la Salud (CIE-10) Este trastorno hace referencia a la sucesión de un cierto número de crisis de angustia inesperadas. Además, durante un período de tiempo (por ejemplo, 1 mes), la persona vive atemorizada por la posibilidad de padecer una nueva crisis y sus posibles consecuencias. Esto puede llevar a modificar sus comportamientos habituales, tras el intento de que las crisis no se repitan.

Es la presencia recurrente e inesperada de ataques de pánico y preocupaciones persistentes acerca de tener los ataques. Estos ataques de pánico se refieren a la ocurrencia repentina de temores intensos, miedo o terror, a menudo asociados con sentimientos de desgracia inminente. También puede sentirse corto de respiración, con palpitaciones, dolor de pecho o incomodidad, sensaciones de ahogo y asfixia y el temor de "volverse loco" o perder el control.

Es importante, tomar en cuenta la clasificación diagnóstica que se utilice, ya que varían entre uno y otro manual diagnóstico será más o menos frecuente. Por ejemplo, la clasificación americana incluye aquí todos aquellos casos en que se repitan las crisis de pánico, independientemente de que presenten o no agorafobia, mientras que para la (OMS) sólo recibirán este diagnóstico primario aquellas personas que no la presenten

b) Síntomas

- palpitaciones, sacudidas del corazón o elevación de la frecuencia cardíaca
- Sudoración
- temblores o sacudidas
- sensación de ahogo o falta de aliento
- sensación de atragantarse
- opresión o malestar torácico
- náuseas o molestias abdominales
- inestabilidad, mareo o desmayo desrealización (sensación de irrealidad) o despersonalización (estar separado de uno mismo)
- miedo a perder el control o volverse loco
- miedo a morir
- parestesias (sensación de entumecimiento u hormigueo)
- escalofríos o sofocaciones

c) Etiología

Realmente, aun no se conoce con exactitud la causa de este problema. Hay evidencias posibles alteraciones orgánicas o bioquímicas asociadas con el trastorno, así como hay algunas teorías psicológicas que intentan explicarlo desde diferentes puntos de vista. **Biológicamente** sabemos que, comparado con otras, las personas con trastorno de angustia reaccionan con más frecuencia con un ataque de angustia tras la inyección de un producto llamado Lactato Sódico. De igual forma tienen un mayor riesgo de desarrollar una crisis al aumentar el nivel en sangre de Dióxido de Carbono (CO₂), tal y como sucede en la hiperventilación. También prosiguen las investigaciones encaminadas a encontrar una posible base neuroanatómica subyacente sin tener aún resultados concluyentes.

Otro campo de estudio prometedor es el relativo a los diferentes *neurotransmisores*. En relación con ellos existen varias teorías que implican en mayor o menor medida a diferentes sustancias (GABA, noradrenalina, serotonina y otros). La confirmación práctica de la importancia de estos sistemas se ha podido comprobar por la utilización de los diferentes fármacos disponibles y sus resultados en el tratamiento del trastorno.

Las explicaciones ofrecidas por las teorías psicológicas, difieren un tanto, sin embargo nos ofrecen un panorama más amplio.

La **Teoría Psicoanalítica** presupone la existencia de conflictos psicológicos subyacentes e inconscientes para la persona. La angustia es la señal de alarma ante tensiones internas no resueltas. Cuando un impulso inaceptable para la persona consciente trata de aflorar, la angustia pone en marcha algunos mecanismos de defensa para mantenerlo controlado. Cuando estos mecanismos fallan, la angustia invade la existencia de la persona. Existen diferentes tipos de angustia dependiendo del tipo de conflicto latente y que requiere atención muy cuidadosa para que la persona pueda manejarlo de la mejor forma. No existen suficientes ensayos clínicos de calidad, suficientemente contrastados como para defender totalmente la exactitud de estas teorías; sin embargo, es innegable que desde su

aparición, el psicoanálisis ayuda al mejor conocimiento y atención de aquellos conflictos que puede presentar una persona con este trastorno

El conductismo propone que la ansiedad es el resultado de un proceso de aprendizaje condicionado. Según este punto de vista, la persona ha aprendido a reaccionar con miedo ante estímulos ambientales o internos que normalmente no desencadenarían esta respuesta. Algunas conductas, como por ejemplo la evitación de la situación temida, llegan a "mejorar" en algo el problema por lo que producen un cierto placer secundario. Este "placer" (disminución de la tensión) actúa entonces como refuerzo de esa conducta, por lo que ésta tiende a perpetuarse automáticamente.

Para la **teoría cognitiva**, la ansiedad es el resultado de "cogniciones" (pensamientos o representaciones mentales) patológicas. La persona evalúa las situaciones que le rodean o sus propios estímulos internos sacando conclusiones "defectuosas", que determinarán un tipo de respuestas o conductas desproporcionadas o inadecuadas. En el caso de la angustia, el paciente tiende a sobreestimar el grado de peligro, ya sea interno o externo, así como devalúa sus propias capacidades personales para enfrentarlo. Un ejemplo típico sería la aparición de una crisis de angustia tras pequeñas molestias corporales que la persona interpreta como el anuncio inminente de la propia crisis, de ahí la importancia de enseñar al paciente a desviar su atención de estos pequeños síntomas, así como intentar aumentar la autoconfianza en sus propios recursos.

Existe una teoría conocida como "**teoría de la crisis**" (en este caso en referencia a las llamadas "crisis vitales", no a las crisis de ansiedad en particular). Desde este punto de vista, no necesariamente implica la adhesión a un modelo causal determinado, se parte de la idea de que el proceso madurativo del ser humano viene marcado por una serie de situaciones de crisis, generalmente originadas en lo que se denominan "sucesos o crisis vitales" (circunstancias que ocurren en la vida de una persona, desequilibrando su existencia). Unas serán naturales como la adolescencia o la menopausia, mientras que otras serán accidentales, como una enfermedad o fallecimiento de un ser querido. En estas crisis, el individuo pondrá a prueba sus recursos personales y una vez superada, en

la mayoría de los casos, saldrá más fortalecido de ella, favoreciéndose así el proceso madurativo. También es posible que si la resolución de la crisis no es adecuada, la persona quede marcada de alguna forma para el futuro, debilitándose sus capacidades adaptativas ante nuevas situaciones de tensión. Por este motivo, además de ayudar a superar los síntomas más agudos de malestar psicológico, se intenta que la persona busque posibles situaciones externas, que a veces incluso pueden pasar desapercibidas, para animarle a enfrentarlas y dar una solución operativa a largo plazo, ya que se supone que los síntomas no son más que reflejo de un período de inestabilidad emocional, originados por una multiplicidad de causas. Si estas causas no son tenidas en cuenta, es posible que la resolución sintomatológica no se acompañe de un proceso adaptativo adecuado.

d) Tratamientos

En la *farmacoterapia* uno de los aspectos más importante para el tratamiento de los trastornos de angustia, es el bloqueo de las crisis espontáneas. Para ello, existe una diversidad de medicamentos con el que se logra este objetivo. Entre los fármacos más utilizados y a la vez más estudiados, se encuentran los antidepresivos tricíclicos, especialmente la imipramina, sin embargo otros como la desipramina también ha demostrado eficacia. La nortriptilina, no ha sido estudiada sistemáticamente, pero ha dado buenos resultados en la experiencia clínica Hoilander y Cols (2002). Cuando se utilizan estos medicamentos, es importante tener en cuenta que las crisis de angustia son bloqueadas, pero no necesariamente la ansiedad anticipatoria, para el cual es recomendable otro medicamento.

Se han realizado estudios para verificar la afectividad de los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS), y han dado buenos resultados para el tratamiento del trastorno de angustia. De hecho, los resultados han sido tan buenos que se prefiere utilizar como primera opción en los trastornos de angustia y en el caso de los pacientes que presentan hipersensibilidad a los tricíclicos.

Los inhibidores de la monooxidasa (IMAO), son utilizados para este trastorno, especialmente cuando el paciente no responde o no tolera los antidepresivos mencionados anteriormente, ya que su utilización requiere de mas cuidado como son algunas restricciones dietéticas y la posibilidad de crisis hipertensivas

Existen otros antidepresivos como la venlafaxina y nenfazodona, pero aún se dispone de pocos datos como para asegurar resultados concluyentes

La Psicoterapia también ha dado buenos resultados en este tipo de trastorno, incluso en pacientes ya medicados. Veamos las diferentes contribuciones.

La *Teoría Psicodinámica*, presupone que en los pacientes con trastorno de angustia, operan conflictos inconscientes importantes relacionados con separaciones durante la infancia, que mas tarde reaparece en la adolescencia o en la vida adulta. En la gran mayoría de los casos este trastorno viene asociado con otro o en comorbilidad, por lo que se requiere un tratamiento adicional. No existen hasta este momento, estudios sistemáticos con este trastorno, que demuestre la eficacia de la teoría dinámica, sin embargo, si existen reportes documentados de tratamientos exitosos en terapia Psicodinámica combinada con farmacoterapia Podemos citar a Wiborg y Dahl (1996), En Hollander et al (2002), encontraron que con Psicoterapia breve (15 sesiones) combinada con un tratamiento de clomipramina disminuía la tasa de recaída nueve meses después de la reducción del medicamento.

Con la *Terapia cognitivo-conductual*, se ha iniciado trabajos con pacientes con crisis de angustia recientemente Las principales técnicas conductuales son el entrenamiento en relajación, para eliminar la hiperventilación aguda y crónica, la exposición a síntoma somáticos “claves” generalmente, a través de la exposición imaginada o en vivo y el entrenamiento en relación que se logra tensando y relajando los músculos, existen varias modalidades, pero en esencia son los mismos.

1.1.2 El Trastorno de Ansiedad Generalizado

a. Descripción Clínica

Este es la segunda categoría diagnóstica para los estados de ansiedad elevados y crónicos, después del trastorno de angustia. Podemos definirla como un estado de ansiedad excesiva y preocupación sobre los eventos o actividades diversas, pero pueden ocurrir casos específicos en niños o adolescentes, como el asistir a la escuela. El niño o adolescente tiene dificultad para controlar sus preocupaciones. Puede también haber inquietud, fatiga, dificultad en concentrarse, irritabilidad, tensión muscular y dificultades al dormir. Los niños y los adolescentes que sufren el trastorno de ansiedad generalizado con frecuencia se preocupan demasiado por los hechos futuros, los comportamientos pasados, la aceptación social, los asuntos familiares, sus habilidades personales o el desempeño escolar.

b) Síntomas

A diferencia de los adultos que sufren este trastorno, generalmente los niños y los adolescentes no se dan cuenta que su ansiedad en determinadas situaciones sobrepasa los límites aceptables. A lo largo de sus vidas, los niños y adolescentes que sufren el Trastorno de Ansiedad Generalizada requieren que los adultos los tranquilicen frecuentemente.

A continuación, se enumeran los síntomas del Trastorno de Ansiedad Generalizada (TAG) más frecuentes entre los niños y adolescentes. Sin embargo, cada niño puede experimentarlos en forma diferente. Los síntomas pueden incluir.

- Demasiada preocupación antes de que ocurran las cosas
- Demasiada preocupación por los amigos, la escuela o las actividades
- Pensamientos y miedos constantes acerca de su seguridad y la de su padres
- Rechazo a ir a la escuela
- Dolores de cabeza, estomacales u otras molestias físicas frecuentes

- Tensión o dolores musculares
- Alteraciones del sueño
- Preocupación excesiva acerca de dormir fuera de su casa
- Aferramiento a los miembros de su familia
- Sensación de tener un "nudo en la garganta"
- Fatiga
- Falta de concentración
- Mayor facilidad para sobresaltarse
- Irritabilidad
- Incapacidad de relajarse

c) Etiología

La **teoría genética** plantea, que la etiología de los trastornos de ansiedad, tienen un fuerte componente hereditario. Esta afirmación, se apoya en los diversos estudios sobre antecedentes familiares del TAG, en quienes el riesgo de morbilidad era de alrededor del 20 %, mientras que cuando no había antecedentes familiares con este trastorno la morbilidad era de 3.5 % Noyes, (1997). Además se han realizado estudios con gemelos monocigóticos y dicigóticos, en donde se ha encontrado mayor concordancia para este trastorno, en gemelos monocigóticos. Lo que nos muestra que hay un predominio de la influencia genética sobre la ambiental

La **teoría Psicodinámica**, ha aportado mucho en la comprensión del trastorno de ansiedad generalizada. Freud, en su primera teoría sobre la ansiedad planteaba que esta surgía de la transformación directa de la energía libidinal en síntomas somáticos de ansiedad, sin que se diera mediación por parte de los mecanismos psíquicos. Sin embargo, con el desarrollo de su teoría Freud, modifica años más tarde esta postura, aunque mantiene el postulado básico, que la ansiedad surgía de la energía sexual no descargada y no era necesario que existiera una disfunción sexual como tal, sino que esta era producto de los impulsos sexuales prohibidos del subconsciente y reprimidos por el preconscious. Esto explicado a la luz de la teoría topográfica. Sin embargo, cuando Freud plantea la teoría

estructural de la mente, le da una explicación diferente proponiendo que la ansiedad es un efecto que pertenece al Yo y que actúa como una señal de alerta al Yo de un peligro interior. Este peligro proviene de los conflictos intrapsíquicos producidas entre los impulsos instintivos del Ello, las prohibiciones del Superyo y las exigencias de la realidad externa. La función de la ansiedad es de movilización hacia el Yo para que este último mueva la represión y otras defensas para lograr equilibrar la psiquis

Hay otros autores que han desarrollado los postulados de Freud, en este campo, entre los que podemos señalar a M. Klein (1948) y Flecher (1955). Estos autores se centraron en los impulsos agresivos y en la dinámica preedipica. Una ventaja es que esta teoría no riñe con la teoría biológica, lo que permite una integración con excelentes resultados para la explicación y el tratamiento de este trastorno.

Por su parte, los *teóricos del aprendizaje*, sostienen que la ansiedad viene condicionada por el temor a estímulos ambientales. Explicado por la relación estímulo-respuesta. Por lo que podemos considerar que las crisis de ansiedad no son mas que respuestas condicionadas a situaciones temidas. Sin embargo, las sustentaciones de esta teoría, no son muy aceptadas porque estas investigaciones fueron realizadas en laboratorios con animales y no con personas, con los que la complejidad aumenta y no es tan fácil establecer la correspondencia de los resultados.

d) Tratamientos

La Farmacoterapia, ha tenido importante desarrollo, en los últimos años, con la industria farmacéutica, para el tratamiento del Trastorno de Ansiedad Generalizada (TAG), las drogas empleadas pueden agruparse en cuatro categorías. benzodiazepinas, (BZ) antidepresivos tricíclicos, azapironas, e inhibidores selectivos de recaptación de serotonina.

Las benzodiazepinas y las buspironas son los dos principales fármacos que se indican para el tratamiento del Trastorno de Ansiedad Generalizada

Las Benzodiazepinas han sido el soporte principal del tratamiento farmacológico del TAG, en gran parte por reducir con rapidez los síntomas centrales del trastorno. Sin

embargo, hay divergencias en los resultados de los estudios realizados en la efectividad de este tratamiento. No obstante, a pesar de estas consideraciones, el estudio del efecto de las benzodiazepinas en el Trastorno de Ansiedad Generalizada tiene vigencia

Con relación al uso de *antidepresivos* (ATC) en el tratamiento del TAG, se ha utilizado con éxito el alprazolam e imipramina. Esta última ha resultado ser comparable con alprazolam como ansiolítico, pero superior en reducir la depresión, sensibilidad interpersonal, obsesionalidad y síntomas somáticos.

El rol de los Inhibidores selectivos de Recaptación de Serotonina (ISRS) en el Trastorno de Ansiedad Generalizada ha sido poco estudiado. En un estudio con 81 pacientes con diagnóstico de Trastorno de Ansiedad Generalizada se compararon los efectos de tres drogas: paroxetina (un ISRS), imipramina (un ATC) y 2-clordesmetildiazepam. Aproximadamente dos tercios de los pacientes que completaron el estudio mejoraron notablemente con estas tres drogas. La paroxetina y la imipramina son eficaces en síntomas psíquicos, mientras que la 2-clordesmetildiazepam lo es sobre síntomas somáticos Rocca, y Cols.(1999).

La contribución de las terapias psicológicas son de gran importancia, en el desarrollo o la búsqueda de respuestas a los problemas que genera el Trastorno de Ansiedad generalizada.

La **Psicoterapia Psicodinámica**, puede ser de gran apoyo, sobre todo cuando los síntomas son atribuidos a fenómenos inconscientes. Tomando en cuenta el concepto freudiano de la ansiedad como alarma, explicado en el apartado del trastorno de angustia. La ansiedad es vista como un síntoma, que enmascara conflictos subyacentes y no como un trastorno *per sé*. Es por esa razón que la ansiedad aparece generalizada o flotante.

En el modelo de la **Terapia cognitivo-conductual** sigue un proceso de intervención tomando en cuenta los trabajos (Beck, 1979, 1985). Primero, el paciente se familiariza con el modelo terapéutico. Es decir, la relación existente entre pensamiento-afecto-conducta, el papel de los pensamientos automáticos y la terapia como aprendizaje de alternativas cognitivas y conductuales para el manejo de su problemática. En segundo lugar, El terapeuta toma nota sobre los significados asociados (pensamientos automáticos) de manera que pueda hipotetizar sobre los supuestos personales del cliente

En tercer lugar, se evalúa con el cliente, la validez de los pensamientos automáticos. Y finalmente, el terapeuta identifica los supuestos personales y examina su validez.

Cada vez más se siguen utilizando tratamientos combinados, por el efecto positivo que produce, es por ello que (Gabbard, 1992) nos dice "Instrumentar en forma conjunta psicoterapia, farmacoterapia y apoyo, es el tratamiento más eficaz para los pacientes con Trastorno de Ansiedad Generalizada"

La *Terapia cognitiva-conductual*, propone entre otras técnicas, la relajación aplicada en situaciones provocadoras de ansiedad, ya sean reales o imaginarias. Esta técnica ayuda a disminuir la tensión y otras manifestaciones físicas propias de la ansiedad. La técnica se complementa con la reestructuración cognitiva para contrarrestar la parte cognitiva de la anticipación negativa y la preocupación. También se suelen utilizar, técnicas como la biorretroalimentación y la meditación. La primera, consiste en colocar electrodos al paciente y estos a diferentes máquinas donde el paciente pueda ver sus respuestas fisiológicas hasta que eventualmente aprenda a controlarla. En el segundo caso, se busca la relajación a través de varias técnicas como el Zen, Yoga, meditación trascendental, entre otras.

1.1.3 Trastornos Fóbicos

En esta sección describiremos los siguientes trastornos de ansiedad: agorafobia sin historia de trastorno de angustia, fobia específica y fobia social. Estos trastornos los hemos agrupado para una mejor comprensión del material, sobre todo porque el trastorno (Fobia social y agorafobia) pueden aparecer junto a cualquier otro trastorno de ansiedad, de los que ya hemos mencionado algunos y otros que hablaremos oportunamente, en este mismo capítulo.

Los niños y los adolescentes que sufren una o más fobias experimentan una ansiedad consistente cuando están expuestos al objeto o la situación específica. En los niños y

adolescentes, el temor identificado debe durar al menos seis meses para ser considerado una fobia en lugar de un temor transitorio

a) Descripción Clínica de la Agorafobia

El cuadro clínico de la agorafobia consiste en múltiples y variados temores y conductas de evitación centrados en tres temas principalmente 1) miedo abandonar el hogar 2) miedo a quedarse solo y 3) miedo a encontrarse lejos del hogar en situaciones comprometedoras tales como quedar en ridículo o indefenso. La mayoría de los casos de agorafobia inician con una serie de angustias espontáneas. Si las crisis continúan, el paciente tiende a desarrollar una ansiedad anticipatoria constante, y con bastante frecuencia, el paciente tiene una sensación de constante de aprensión acerca de las posibles ocasiones y consecuencias del próximo ataque, que puede aparecer inesperada e imprevisiblemente, un temor o malestar intenso acompañado de falta de aire, mareos, aturdimiento, temblores, temor a perder el control y un aumento en la frecuencia de los latidos cardíacos. Los síntomas pueden prolongarse varias horas, pero generalmente alcanzan su punto máximo pasados diez (10) minutos.

b) Descripción Clínica de la Fobia específica

Las fobias específicas son miedos circunscritos a objetos, situaciones o actividades específicas. Este síndrome tiene tres componentes 1) la ansiedad anticipatoria desencadenada ante la posibilidad de enfrentarse al estímulo fóbico, 2) el temor central y 3) la conducta de evitación mediante la que el paciente minimiza la ansiedad. Es importante mencionar, que en la fobia específica el miedo no es provocado por el objeto propiamente dicho, sino por las consecuencias que el sujeto cree que tendrá como consecuencia. El objeto o la situación fóbica se evita, se anticipa con temor o se vive con ansiedad extrema, llegando a interferir con las rutinas y las actividades normales

c) Descripción Clínica de la Fobia Social

En este tipo de fobia, el miedo principal del paciente es que haga algo donde sea humillado o avergonzado ante los demás. Los sujetos con esta afección temen o evitan una gran variedad de situaciones en las que necesite relacionarse con otras persona. Las fobias sociales mas frecuentes son un temor a hablar en público, comer escribir, entre otras cosa, siempre y cuando sean frente al público. Temor a una o más situaciones sociales o públicas en un ambiente apropiado para la edad, con otros individuos del mismo grupo etéreo (por ejemplo, una representación escolar, un recital, dar un discurso o hablar frente a sus compañeros de clase)

d) Etiologías

Las *teorías biológicas* plantean una hipótesis, acerca del origen de las fobias, que es realmente, una integración de varios enfoques como son: la etología, la biología y la teoría del aprendizaje. Seligman pensaba que las fobias simples era un aprendizaje preparado evolutivamente (el subrayado es nuestro). Esta alusión al preparación hace referencia a que, algunas respuestas a determinados estímulos se aprenden mas fácilmente que otras

Desde este punto de vista la *agorafobia*, no es mas que una respuesta a la crisis de angustia. Aunque dejan preguntas sin resolver como por ejemplo, porque solo algunos sujetos con crisis de angustia desarrollan agorafobia y otros no? Sin embargo, es posible que se deba a resultados entre factores ambientales y genéticos

Con respecto a lo evolutivo en las *fobias específicas* se involucran estímulos que en el curso de la evolución han representado un peligro para el hombre y ante los que aun reacciona como peligrosos. En otros estudio se ha encontrado que existe, un componente hereditario importante para la aparición de las fobias simples, cosa que no sucede con otros trastornos de ansiedad como el Trastorno de Ansiedad Generalizada, El trastorno de angustia, y el Trastorno por Estrés Postraumático, en los que parecen haber, una fuerte influencia ambiental.

La explicación que este enfoque da a la aparición de la *fobia social*, es que existe en los sujetos que padecen este tipo de trastorno una disfunción noradrenérgica subyacente. Sin embargo, no dejan de ser importantes los síntomas cognitivos, ya que las infusiones rápidas de adrenalina, cuando el sujeto no se encuentra expuesto a ningún estresor, no produce todos los síntomas del trastorno.

La *Teoría Psicodinámica*, con su máximo representante S. Freud, hace más de cien años expuso la etiología de las fobias, explicada con “el caso del niño Hans”. Freud, en principio las fobias no estaban mediadas por procesos psicológicos, sino como manifestaciones de un estado de tensión inducido fisiológicamente. La energía libidinal no descargada era transformada en ansiedad, que se asociaba y se descargaba parcialmente a un objeto. La teoría ha seguido evolucionando y otros autores más recientes, no le dan tanta importancia a los deseos libidinosos o a los miedos a la castración, sino que prestan atención a otras interpretaciones como los impulsos agresivos, como eje central de la dificultad.

Para la *Teoría del aprendizaje*, la ansiedad fóbica se considera una respuesta condicionada a través de la asociación del objeto fóbico, con una experiencia negativa. Estímulo Condicionado y su asociación con un Estímulo Incondicionado, una vez que se haya dado la asociación de los estímulos el estímulo condicionado es el que produce la respuesta. Por tanto, la evitación del objeto fóbico reduce o anula la ansiedad que causa el estímulo condicionado.

e) Tratamientos

La *Farmacoterapia*, utilizada en el tratamiento de la Fobia Social se ha desarrollado en los últimos 15 años. No obstante, los datos referentes a estrategias comparativas, índices de recaída después de la discontinuidad, y tratamiento a largo plazo requieren mayor investigación. Muchos de los estudios farmacológicos son pequeños en escala y no controlados.

Dentro de las drogas estudiadas para el tratamiento de la Fobia Social se encuentran las siguientes: Inhibidores de Monoamino Oxidasa, Benzodiazepinas, Inhibidores Selectivos de Recaptación de Serotonina, Buspirona, y otros agentes

En el grupo perteneciente a los *Inhibidores de Monoamino Oxidasa (IMAO)* se han realizado estudios rigurosos con la droga conocida como fenelzina para el tratamiento farmacológico de la Fobia Social, con resultados alentadores.

Otro IMAO estudiado es la brofaromina (un IMAO reversible) La brofaromina es efectiva en aliviar los síntomas centrales de la Fobia Social, sin embargo, produce efectos secundarios como problemas de sueño, boca seca y náuseas

En el grupo de las Benzodiazepinas (BZ), podemos mencionar el alprazolam para el tratamiento de la Fobia Social fueron confirmados por Gelernter et al (1991), en Harllow (2002), quien comparó alprazolam, fenelzina, tratamiento cognitivo-conductual y placebo con instrucción de auto-exposición. Ambas medicaciones, la terapia cognitivo-conductual y la auto-exposición mostraron efectividad, pero los resultados sugieren la superioridad del IMAO fenelzina sobre la BZ alprazolam. Dos meses después de la discontinuidad, el grupo alprazolam perdió algunos de los efectos terapéuticos, allí donde los grupos fenelzina y de terapia cognitivo-conductual mantuvieron más logros terapéuticos

Los tratamientos *Cognitivos-conductuales* basados en la exposición constituyen la opción clínica de primera línea para todos los pacientes con fobia específica. Así, Cottaux (1999) concluye diciendo que la psicoterapia conductual, a través de la exposición in vivo, es el tratamiento de preferencia para la fobia

La terapia eficaz de la fobia a la sangre / inyección / herida requiere el uso de la exposición gradual *in vivo* hacia estímulos que mayores temores les produce al sujeto en cuestión, con el agregado de que el paciente haga ejercicios de tensión muscular para mantener una adecuada presión sanguínea

Una reciente innovación es el tratamiento de la fobia específica en una sola sesión. En esta se le presenta al paciente una jerarquía de estímulos temidos durante una sola sesión, que puede tomar varias horas. Obst Camerini (2001) en los que se reportó óptimos resultados

La investigación sobre la fobia al discurso en público sugiere técnicas como desensibilización sistemática, el entrenamiento de destrezas sociales, inundación imaginativa, relajación aplicada, exposición graduada, manejo de ansiedad, y procedimientos de reestructuración cognitiva Taylor, (1995)

Existe un consenso creciente, entre los teóricos e investigadores, donde mejor intervención psicosocial combina los tratamientos que incluyen la exposición a situaciones sociales y la terapia conductual

Lydiard y Falsetti (1995) mencionan que existe evidencia que la terapia cognitivo-conductual es eficaz en la Fobia Social, y que en general, los abordajes no farmacológicos efectivos incluyen entrenamiento social, exposición y TCC, entre otros

Es importante señalar, que se ha llegado a conclusiones, en varias investigaciones, para continuar ofreciendo *tratamientos combinados*, ya que han dado resultados efectivos, a largo plazo inclusive. Así por ejemplo, se ha comparando la terapia cognitivo-conductual y la farmacología Lydiard y Falsetti (1995) ellos opinan que la eficacia de ambos abordajes ha sido demostrada inequívocamente y se recomienda el uso concurrente de ambos. Recomendaciones parecidas se había dado por los resultados obtenidos en el uso conjunto de psicoterapia y farmacoterapia, por lo que (Gabbard, 1991; Marshall, 1995) nos dicen, “da mejores resultados que cada una de las terapias por separado”.

1.1.4. Trastorno Obsesivo Compulsivo

a) Descripción Clínica

El trastorno obsesivo compulsivo es un trastorno de ansiedad en el cual quienes lo padecen tienen un pensamiento, de temor o preocupación irracional que tratan de superar mediante una actividad ritual para reducir su ansiedad. Las imágenes o pensamientos perturbadores y frecuentes se denominan *obsesiones* y los rituales repetidos que se llevan a cabo para evitarlos o disiparlos se llaman compulsiones. Durante el crecimiento y el desarrollo normal de los niños y los adolescentes, los rituales y los pensamientos

obsesivos con frecuencia ocurren con un propósito y un centro de atención según la edad. Los niños en edad preescolar utilizan rituales y rutinas relacionados con las comidas, el baño y la hora de dormir para que los ayuden a estabilizar sus expectativas y la comprensión de su mundo. Un niño o un adolescente con TOC tiene pensamientos obsesivos que no son deseados y que se relacionan con los miedos (como el miedo a tocar objetos sucios) y utiliza rituales compulsivos para controlar esos miedos (como el lavado de manos constante y excesivamente). *Las obsesiones* son pensamientos, ideas, sensaciones o sentimientos recurrentes, ansiosos (que provocan ansiedad) e intrusivos, y las personas los califican como ajenos a su control, pero saben que son producto de su mente, para el caso de los adultos, cosa que no sucede con los niños y adolescentes, de acuerdo a lo establecido en el DSM-IVTR. Por otro lado, las *compulsiones*, son conductas o actos mentales de carácter recurrente, conscientes y estereotipadas, que se llevan a cabo con el fin de calmar o prevenir la ansiedad, y no por placer o gratificación. La persona se siente impulsada a realizar tales actos para evitar algún acontecimiento negativo o para reducir el malestar que conlleva la obsesión. Inversamente, cuando un individuo se resiste a realizar la compulsión la ansiedad se intensifica. Los rituales compulsivos pueden volverse tan frecuentes o intensos que interfieren con las actividades de la vida diaria y las actividades normales de desarrollo.

b. Síntomas

A continuación se enumeran los síntomas más comunes del trastorno obsesivo compulsivo. Pero debemos entender, que cada niño puede experimentarlos de forma diferente. Los síntomas pueden incluir

- Preocupación exagerada por la suciedad, los gérmenes o la contaminación
- Dudas reiteradas (por ejemplo, si la puerta está cerrada o no)
- Pensamientos persistentes acerca de la violencia, las heridas, matar a alguien o herirse uno mismo

- Permanecer mucho tiempo tocando cosas, contando, pensando en números y secuencias
- Preocupación por el orden, la simetría o la exactitud
- Pensamientos persistentes acerca de la realización de actos sexuales repugnantes o prohibidos o de comportamientos tabúes
- Pensamientos preocupantes que están en contra de las propias convicciones religiosas
- Necesidad extrema por saber o recordar cosas que pueden ser muy triviales
- Atención excesiva en los detalles
- Preocupación excesiva por algo terrible que suceda
- Pensamientos, impulsos o conductas agresivas

c) Etiología

A lo largo de la historia, se han ofrecido varias explicaciones sobre la etiología y mantenimiento del Trastorno Obsesivo Compulsivo, veamos algunos de los enfoques que nos explica su origen

Los partidarios de los *factores biológicos*, afirman que la base del Trastorno Obsesivo Compulsivo descansa en un problema orgánico, aun cuando aceptan que hay factores psicológicos que son importantes

Para Flor-Henry (1983) la “sintomatología de las obsesiones se debe al efecto de inhibición neuronal de los sistemas dominantes frontales, lo cual conduce a la incapacidad de inhibir la representación mental verbal e ideacional no deseada y su correspondiente secuencia motora” (citado en Belloch et al 1999, p. 205)

Hay otras hipótesis bioquímicas como la serotoninérgica, donde plantean que las personas con Trastorno Obsesivo Compulsivo tienen niveles bajos de serotonina y donde se ha realizado estudios en pacientes, mediante una recaptación de la serotonina o con terapia conductual se ha observado que la hiperactividad de los lóbulos orbitofrontales,

del núcleo caudado y del córtex cingulado. Sin embargo, estas hipótesis todavía dejan muchas dudas por lo que se esperan investigaciones concluyentes. No obstante, el Trastorno Obsesivo Compulsivo se puede asociar a varias enfermedades neurológicas. Por ejemplo, luego de traumatismo craneal, lesiones perinatales, diabetes insípida, presencia significativa de más signos neurológicos menores en los sujetos. Hollander et al (2002). También se ha reportado que la anomalía en los ganglios basales pueden tener alguna relación con la aparición del Trastorno Obsesivo Compulsivo. Otros hallazgos, aunque no siempre consistentes, han sugerido ciertas anomalías en la memoria, la confianza en la memoria, el aprendizaje por ensayo y error y la velocidad de procesamiento. (Christensen et al, 1998). Por otro lado Swedo y Cols (1998a) demostraron una mayor actividad metabólica en las regiones orbitofrontales y cingulada en los pacientes con Trastorno Obsesivo Compulsivo.

Las explicaciones *cognitivas-conductuales* se pueden dividir en dos grupos, las que provienen de las orientaciones del aprendizaje y las que provienen de los modelos cognitivos. En el primer grupo, las explicaciones sobre los trastornos sugieren que el inicio de los trastornos neuróticos tienen una naturaleza aprendida, incluyendo el Trastorno Obsesivo Compulsivo. Se han realizado contribuciones desde la década del 30 del pasado siglo, como las de Mowrer (1939) quien planteaba que “las respuestas de escape o evitación que son subsecuentemente reforzadas negativamente por su capacidad de reducir la ansiedad..” de acuerdo a este planteamiento las respuestas de evitación o escape toman la forma de compulsiones o rituales y se supone que se mantienen porque se muestran capaces de reducir la ansiedad.

La teoría del doble refuerzo de Herrnstein “se apoya en la capacidad de una respuesta de convertirse en fija y estereotipada cuando recibe un doble refuerzo al ser asociada simultáneamente con un refuerzo positivo (acercamiento) y otro negativo (evitación)” Lo más importante de este planteamiento, es que no se da una reducción de la ansiedad, una vez se realice el ritual, sino es que el sujeto experimenta menos ansiedad realizándolo que no realizando dicho ritual. Desde esta perspectiva se puede concluir que en la realización del ritual, se eleva la ansiedad, pero el sujeto se ve obligado a elegir entre el

malestar o la ansiedad que le genera la realización del ritual, porque de no hacerlo se agregaría la ansiedad por la culpa de no realizar el ritual

La **teoría de "Preparación" de Seligman** Se refiere a la posibilidad de condicionar distintos tipos de estímulos, para ello Seligman se sirve de tres categorías de conducta, que están en función de una predisposición genética (preparadas, no preparadas y antipreparadas) es a partir de estos principios que explica que algunas asociaciones sean más fáciles de lograr o de extinguir que otras

La **teoría de la incubación de Eysenck** . esta teoría plantea que no es necesario que exista un evento traumático para que se de un ritual o una fobia. En la que los Estímulos Incondicionados (EI) como los Estímulos condicionados (EC) tienen propiedades de **drive**. Una explicación más clara es que, bajo determinadas condiciones la presentación no reforzada del EC produce un fortalecimiento y no la extinción que es lo que corresponde. Eysenck, también se refirió al condicionamiento tipo B que es un concepto parecido al anteriormente explicado, pero que se refiere a la fuerza que no va en correspondencia con el tiempo de exposición de un determinado evento y que produce un fortalecimiento en vez de una extinción

d) Tratamientos

Los avances que ha tenido la **Farmacoterapia**, para el tratamiento del trastorno obsesivo-compulsivo han sido importantes, así por ejemplo, hay una buena respuesta a los inhibidores de la recaptación de serotonina. Uno de los fármacos que ha dado buenos resultados es la clomipramina, que pertenece al grupo antes mencionado, y que bloquea además de la serotonina una parte de la noradrenalina. Este medicamento ha dado excelentes resultados en la remisión de los síntomas del Trastorno Obsesivo Compulsivo. Otro medicamento importante, es la fluoxetina, que ha demostrado su seguridad y eficacia en el trastorno especialmente en niños.

La terapia conductual del trastorno obsesivo-compulsivo tiene dos polos de trabajo. Por un lado, los procedimientos de exposición dirigidos a disminuir la ansiedad asociada a las obsesiones y por otro lado, técnicas de prevención de respuestas con el objetivo de disminuir la frecuencia de los rituales. Se utilizan técnicas de exposición de desensibilización sistemática con exposiciones breves, prolongadas, ya sea imaginadas o

reales. Los investigadores han llegado a un acuerdo que con las técnicas conductuales combinadas se obtienen resultados mejores

La Terapia Cognitivas se centra en las formulaciones cognitivas de los temas relacionados con la percepción del peligro, estimación de una catástrofe, expectativas sobre la ansiedad y acción e inferencias ilógicas

1.1.5 Trastorno por Estrés Postraumático

a) Descripción Clínica

El trastorno por estrés postraumático es un trastorno debilitante que a menudo se presenta después de algún suceso aterrador por sus circunstancias físicas o emocionales, que hace que la persona que ha sobrevivido a ese suceso tenga pensamientos y recuerdos persistentes y aterradores de esa terrible experiencia. Los individuos que tienen trastorno por estrés postraumático se sienten con frecuencia paralizados emocionalmente de forma crónica. El trastorno por estrés postraumático en los niños generalmente se transforma en un trastorno crónico.

b) Síntomas

Los síntomas más comunes del trastorno por estrés postraumático. Aunque puede haber diferencias, en la forma que cada niño los experimenta.

Los niños y adolescentes que padecen trastorno por estrés postraumático sufren una angustia emocional, mental y física extrema cuando se ven expuestos a situaciones que les recuerdan el suceso traumático. Algunos vuelven a vivir el trauma repetidas veces en forma de pesadillas y recuerdos perturbadores cuando están despiertos, y pueden experimentar también todos o algunos de los siguientes problemas

- Alteraciones del sueño
- Sensación de inquietud, de "estar en guardia"
- Facilidad para sobresaltarse
- Pérdida de interés en cosas que solía disfrutar, desapego, ausencia general de receptividad; sensación de adormecimiento

- Dificultades para demostrar cariño
- Irritabilidad, mayor agresividad que antes del suceso traumático, que puede manifestarse incluso violentamente
- Evitar ciertos lugares o situaciones que despiertan recuerdos desagradables
- Imágenes recurrentes que no pueden evitarse (estos recuerdos pueden tomar la forma de imágenes, sonidos, olores o sentimientos y el individuo por lo general cree que el suceso traumático está volviendo a ocurrir)
- Pérdida de contacto con la realidad
- Vivencia recurrente de un suceso traumático que puede durar unos segundos horas o, muy raramente, días enteros
- Problemas en la escuela, dificultad para concentrarse
- Preocupación por morir a edad temprana
- Conducta regresiva, comportarse como si tuviera menos edad (por ejemplo, succionarse el pulgar, incontinencia nocturna)
- Síntomas físicos (por ejemplo, dolor de cabeza, dolor de estómago)

c) Etiología

La gravedad del *Papel del factor estresante*, en el trastorno por estrés postraumático difiere en magnitud del observado en el trastorno adaptativo, donde es menos grave. Sin embargo, hay excepciones a esta regla y se ha encontrado que algunos factores estresantes como el duelo y el divorcio que quedan dentro del marco de las vivencias humanas también son capaces de provocar un síndrome diferenciado, en el cual se reexperimenta un acontecimiento traumático.

Los eventos que tienen más probabilidad de desencadenar el trastorno son las violaciones sexuales, allanamientos de moradas, entre otras que pongan en peligro la integridad, la

seguridad personal, la autoestima. Se ha prestado atención al fenómeno disociativo y su relación con los síntomas postraumáticos. Es posible que la disociación precoz peritraumática sea un “marcador” que identifica a los individuos que presentarán un alto riesgo de desarrollar el trastorno.

En las teorías biológicas, se descubrió el fracaso en la adaptación normal, en el procesamiento de la información y en la acción de que pueda producirse a causa de un trauma muy importante, es por esa razón que se produce una hiperreacción automática emocional y física.

d) Tratamientos

El abordaje *Farmacoterapéutico*, en el estudio del Trastorno de Estrés Post-traumático (TEPT) ha ido adquiriendo creciente atención desde que apareció en el DSM-III como criterio diagnóstico.

En general, los fármacos empleados para el tratamiento del Trastorno de Estrés Post-traumático se pueden clasificar en 5 grupos: Antidepresivos tricíclicos, Inhibidores de Monoamino Oxidasa, Inhibidores Selectivos de Recaptación de Serotonina, Benzodiazepinas, entre otros.

En el caso de los *Antidepresivos tricíclicos* (ATC), no hay resultados concluyentes, ya que en algunos casos, la evitación y la parálisis emocional no fueron modificadas por este medicamento, especialmente si el trastorno está en comorbilidad con otros trastornos como la depresión.

Por su parte, los *Inhibidores de Monoamino Oxidasa* (IMAO) pueden llegar a ser beneficiosos para algunos pacientes con TEPT, hay factores que limitan su uso como tratamiento farmacológico de primera línea. Estos factores son: restricciones alimenticias, uso potencial ilegal de la droga, y efectos colaterales tales como hiposomnias y mareos.

Los *Inhibidores Selectivos de Recaptación de Serotonina* (ISRS) han mostrado resultados muy positivos en el tratamiento del Trastorno de Estrés Post-traumático.

Otros procedimientos o métodos para el tratamiento del Trastorno de Estrés Post-traumático, son los siguientes: *Movimientos Oculares*, *Desensibilización y Reprocesamiento* (EMDR). Por sus siglas en inglés, es un método psicoterapéutico

relativamente reciente de base neurofisiológica que permite reconectar hechos traumáticos aislados. Según sus principales autores (Shapiro, 1995; Shapiro y Forrest, 1997; Parnell, 1997), el EMDR ha sido investigado en estudios controlados y ha demostrado su eficacia. A través de esta técnica se realiza una estimulación bilateral de los hemisferios cerebrales (usando el movimiento ocular), para así desbloquear el evento traumático, desensibilizar e integrar la información procesada en el sistema nervioso

Los componentes básicos de intervención empleados son imágenes, recuerdos, creencias, emociones y respuestas sensoriales.

La *Programación Neurolingüística* Gindler y Bandier, (1993) emplea técnicas efectivas, muy útiles para traumas y fobias, que en un tiempo breve reducen el estrés subjetivo y posibilitan que el paciente pueda recordar de un modo que lo distancia de las experiencias originales. Una de las técnicas más usadas es la disociación visual kinestésica, que permite a la persona angustiada mirar, como si fuera un espectador de cine, la película de su vida, con la situación o escenas de su historia traumática. *Psicoterapia Psicodinámica*, específicamente la Psicoterapia breve se considera que es eficaz para evitar que el trastorno se haga crónico; donde el terapeuta debe establecer una alianza que le permita al paciente trabajar partiendo de sus reacciones. Esta terapia propone que los mejores efectos se dan en pacientes que no han tenido traumas significativos en la infancia o en edades tempranas. La terapia de grupo, es importante mencionarla, porque funciona como tratamiento más importante o como el tratamiento adyuvante. Este tratamiento ha funcionado, dado las características de los pacientes es que son desconfiados y reacios a depender de alguna figura de autoridad, por lo que en la dimensión de compañeros se sienten más cómodos facilitando así el cambio terapéutico

En la *Terapia Cognitivo-Conductual*, se recomienda una evaluación cuidadosa como elemento previo al inicio del tratamiento. En la que se debe evaluar la víctima del trauma la información sistemática acerca de características de exposición al trauma, reacciones emocionales, cognitivas, conductuales y fisiológicas durante e inmediatamente después de la experiencia traumática, componentes del estímulo y la respuesta que se han convertido en parte de la memoria de miedo, exposición previa a otro o a otros traumas,

así como a otros factores que puedan influir en el desarrollo y el mantenimiento del Trastorno de Estrés Post-traumático

Mencionaremos tres Métodos utilizados en la terapia cognitivo-conductual, para el tratamiento del Trastorno de Estrés Post-traumático.

1. Técnicas de exposición

Las técnicas de exposición incluyen la desensibilización sistemática, inundación y la terapia implosiva. Estas técnicas se usan para tratar los síntomas positivos del Trastorno de Estrés Post-traumático. Se recomienda hacer de 10-15 ensayos de exposición, con sesiones que deben tener una duración de entre una y dos horas (60-120 minutos), con una frecuencia de una o dos veces por semana, según las necesidades del paciente. La terapia de exposición tiene como finalidad re-vivir el recuerdo doloroso en un lugar terapéutico seguro donde las respuestas emocionales puedan ocurrir bajo condiciones controladas. El beneficio es reducir la reactividad de estos recuerdos para que el sujeto eventualmente recobre el control de sus respuestas.

2. Método de Reestructuración Cognitiva

Se utiliza para corregir distorsiones perceptivas o bien atribuciones erradas que ayudan a revivir las experiencias traumáticas. Este método consiste en hacer una revisión clara de las asunciones del paciente antes y después del trauma, con el fin de ayudarlo a adquirir una percepción más estable.

3. Método de Adquisición de Destrezas

En esta técnica se utilizan varios recursos tales como: relajación, manejo del estrés, manejo del enojo, destrezas para la resolución de problemas, estrategias para la asertividad y capacitación para la comunicación interpersonal. Durante los primeros (seis) 6 meses seguidos al trauma, se sugieren los métodos de inoculación de estrés y reestructuración cognitiva, cuando la víctima está luchando para restablecer su equilibrio psicológico.

1.2 La Depresión Infantil

a) Descripción Clínica

La depresión infantil puede definirse como una situación afectiva de tristeza mayor en intensidad y duración que ocurre en un niño. Se habla de depresión mayor, cuando los síntomas son mayores de 2 semanas, y de trastorno distímico, cuando estos síntomas tienen más de un mes de duración.

Los partidarios de una depresión infantil específica se ubican en dos tendencias, a saber *los evolucionistas*, que opinan que la depresión infantil se va transformando según la época evolutiva de la vida del niño en la que se presenta, sostienen pues la existencia de una *Depresión Infantil Evolutiva*, y aquellos que sostienen la existencia de la depresión infantil con una sintomatología propia, no equiparable a la del adulto, especialmente relacionada con problemas de conducta, de allí el nombre de *Depresión Infantil Enmascarada*, puesto que en ocasiones se da un diagnóstico equivocado. Durante un largo período de tiempo la comunidad científica, por razones meramente teóricas, sostenía que la Depresión Infantil no existía (coincidiendo con la poca importancia que se le daba a la salud mental de los niños). Sin embargo, en el mundo real existían niños deprimidos y algunos psicólogos empezaron a hablar de la posibilidad de la existencia del trastorno, a pesar de la negación de sectores importantes de la comunidad científica de la época. Esto empezó a ocurrir en los años 40 en distintos campos de la psicología aplicada, y comenzaron a aparecer estudios relacionados con la depresión infantil, de importantes autores como son Akerson en el año 1942, Spitz en 1945, Bowlby en 1951, entre los más importantes.

Las observaciones de Spitz y Bowlby en los niños, las estudió Harlow (1961), pero en monos separados de sus madres, exactamente el mismo tipo de conductas que habían señalado, los otros autores. El carácter experimental de la psicología comparada, produjo un impacto especial para este tipo de hallazgos y comenzó a tomarse un poco más en serio la posibilidad de la existencia de la depresión en los niños, puesto que los monos parecían ser capaces de desarrollarlas.

Pero realmente la aceptación de la existencia de la depresión infantil fue posible gracias al ascenso del paradigma cognitivo de los años sesenta, que permitía el estudio de los procesos interiorizados. Ya en el año 1975 la depresión infantil (DI) fue aceptada por el National Institute of Mental Health, como concepto y entidad psicopatológica. Durante años se consideró que este trastorno del estado de ánimo no era propio de niños; sin embargo, se ha observado que incluso en los primeros meses de vida puede presentarse la depresión.

b) Síntomas

- Tristeza persistente, lloriqueo y llanto excesivo
- Pensamientos o expresiones suicidas o actuaciones autodestructivas
- Desesperanza
- Aburrimiento persistente y falta de energía
- Pérdida de interés en sus actividades favoritas, o incapacidad para disfrutar de ellas
- Alteración notoria en los patrones de comer y de dormir
- Quejas frecuentes de enfermedades físicas, p. Ej. dolor de cabeza o de estómago
- Concentración deficiente
- Deterioro en los estudios y ausencias frecuentes de la escuela
- Aislamiento social, comunicación pobre
- Problemas para relacionarse acrecentados
- Hablar de o tratar de escaparse de la casa
- Ataques de rabia u hostilidad persistente
- Baja auto-estima y sentimientos de culpabilidad
- Alta sensibilidad al fracaso y al rechazo

c). Etiología

El *enfoque Genético* plantea que una de las posibles causas de la depresión es atribuida a factor genético, ya que algún tipo de depresión puede ser heredada, incluso la forma de responder al tratamiento de tal forma como lo menciona Calderón (1998), que si un

enfermo deprimido responde bien a determinado grupo de medicamentos antidepressivos, sus parientes deprimidos responderán favorablemente al tratamiento con el mismo fármaco, aún así no se puede hablar de una herencia directa del cuadro de depresión, sino simplemente de la posibilidad de transmisión hacia los desencadenantes más vulnerables al cuadro; como lo afirma Sturgeon (1937) diciendo que la susceptibilidad a la depresión se parece a otros rasgos hereditarios en que algunas personas de la familia la heredan y otras no. Por lo cual con respecto a la depresión existe una predisposición genética a algunas clases de depresiones.

El factor hereditario es especialmente importante en las depresiones psicóticas como lo afirma Calderón et al, que corresponden a la agrupación de depresiones primarias; ya que una depresión es primaria cuando constituye un componente importante y/o esencial de un síndrome (Arieti, 1998), en donde se encuentra la psicosis maniaco-depresiva, así mismo, y por lo cual, psicosis es un término utilizado en muchos casos para designar un desorden psiquiátrico importante o grave. Hay diferentes formas de nombrar o denominar a este tipo de depresión ya sea profunda o sintónica, psicótica, primaria o endógena; dependiendo del enfoque del autor pero tienen relación entre ellas y es por tal que en ocasiones se suele tener una confusión en la manera de nombrarla. En especial, acerca de las causas genéticas, una depresión endógena se basa de manera exclusiva en factores orgánicos, presumiblemente hereditarios, que se manifiestan mediante alteraciones bioquímicas del organismo; coincidiendo en ésta opinión Arieti (1998) y Breton (2003), y es por tal que el término endógeno se relaciona con las depresiones genéticas.

Hay algunos médicos especialistas, de acuerdo a Calderón (1998), que creen que todas las depresiones son una forma de la enfermedad maniaco-depresiva; la maníaco depresión es una condición en la que el individuo pasa a través de ciclos de hiperactividad y euforia extrema y se hunde luego en una depresión profunda (Breton, 2003), así la depresión psicótica es en ocasiones el punto más bajo de un ciclo maniaco-depresivo a pesar de que el término psicosis es utilizado para designar un desorden psiquiátrico importante o grave.

La depresión psicótica se manifiesta a menudo a causa de factores genéticos, trastorno mental o enfermedad o crisis nerviosa y como consecuencia de factores endógenos intervienen desequilibrios químicos como ya se mencionó

Entonces se puede decir que una depresión endógena es en la forma simple de depresión, de las causas genéticas, que es seguida, si se agrava, por la depresión psicótica en donde intervienen factores diversos, entre ellos genéticos, ante estos tipos de depresión por lo cual afirma Jacobson (1971) que los factores psicogenéticos desempeñan un rol importante en el desarrollo de las psicosis

Las *causas psicológicas* son un factor determinante en los tipos de depresiones neuróticas, llamadas también reactivas, las cuales están muy relacionadas con el término distimia, ya que en las distimias como en las neurosis " los factores emocionales desempeñan un papel preponderante, presentándose desde los primeros años de vida determinando rasgos de personalidad tan profundamente internalizados en el modo de ser del individuo que se aprenden a través de la estrecha relación y la dependencia respecto de los miembros de la familia" Calderón (1998)

Es por tal que las causas determinantes se consideran como un factor importante en los patrones de las depresiones neuróticas las cuales se derivan de conflictos o desórdenes originados desde la infancia, ya que ésta es la etapa formativa en la cual el niño es susceptible a trastornos que se le pueden presentar como sonambulismo, terrores nocturnos, fobias, timidez; que si no son atendidos se pueden presentar como problemas de personalidad y de conducta que se agravan con el tiempo presentándose así como rasgos característicos neuróticos, como lo afirma Freud (1942b), citado en Jacobson (1971), en Breton (2003) definiendo a la neurosis, la melancolía y la esquizofrenia como resultado de conflictos suscitados entre el yo, el ello, el superyo y la realidad, desde este *enfoque psicoanalista* se dice que se debe de revisarlas cicatrices más que las heridas recientes originadas desde la infancia, más que nada de conflictos entre el yo y el superyo

No solo puede presentarse el cuadro de una neurosis por traumas de la niñez, sino también debe tomarse en cuenta la presencia, en determinado momento de la vida del paciente, de sentimientos de culpa, de conflictos creados por necesidades inconscientes,

de incidentes que han tenido algún significado importante para el paciente o de tensiones familiares ya sean las matrimoniales o sexuales, Calderón (1998)

Se llama de igual forma depresión reactiva a las depresiones neuróticas porque hay causas a las cuales se les puede llamar desencadenantes por originar este tipo de depresión; por ser causas inmediatas de las neurosis, esto es por que la persona siente en algún momento la necesidad de reprimir, distorsionar o desplazar sentimientos de hostilidad que se presentan en las relaciones con los demás en la vida diaria, cuando esto sucede la personalidad del paciente entra en conflicto con estos sentimientos y con la necesidad de reprimirlos lo cual origina angustia que a su vez, por causa de un ego super exigente, se presentan los rasgos de una personalidad que constituyen los síntomas neuróticos. Calderón (1998) menciona que son las mujeres en las que se presenta con más frecuencia una neurosis por el tipo de vida que llevan y que tienen que asumir por la gran responsabilidad que esta conlleva, la familia, el esposo, los hijos y en su caso el trabajo, por lo cual requiere un doble de energía y trabajo que el que necesita para atender las necesidades que su entorno le exige. Otro factor que influye en las causas de las neurosis y no menos importante es la llamada pérdida del objeto, la cual se refiere a una pérdida de cualquier tipo que haya sufrido la persona en cualquier momento de su vida, ya sea material, sentimental o la pérdida de poder.

La pérdida del objeto en la etapa formativa es de importancia considerable ya que como se mencionó esta podría causar problemas con la Psicopatología de la vida adulta. En la adolescencia la pérdida del objeto es particularmente traumática para el adolescente y produce un impacto profundo sobre la estructura psíquica todavía en desarrollo, (James, 1999), es quizá en la adolescencia, como se ha dicho, en donde la persona pasa por muchos obstáculos y dificultades que podrían no ser tan fáciles de pasar bien librados ya que es la etapa donde se comienzan a tomar decisiones para mejorar el futuro de la persona, si esta se ve interrumpida u obstruida por una pérdida, especialmente de un ser querido, o pérdida de la capacidad de decisión, sentimiento de impotencia, puede generar trastornos en la personalidad del adolescente llegando hasta una neurosis.

La pérdida en un niño es relativamente menos compleja a la de un adolescente o adulto, ya que en este su mayor identificación con algún objeto es la madre, aquella persona que

le proporciona confianza y seguridad, si el niño siente este tipo de pérdida, suena alarmante y quizás imposible pero, puede llegar a presentar una depresión, esto es justificado con lo que dice acerca de que la llamada "depresión básica es el resultado de un conflicto agresivo, causada por una falta de comprensión y aceptación materna que reduce la autoestima del niño"

Ya se habló acerca de la pérdida de un ser querido y hay que hacer mención a que en esta se puede pasar por diferentes fases con las cuales coinciden diferentes autores (Cañiderón, 1998, James, et al), las cuales son normales, en el sentido de que un ser humano lleno de sentimientos y emociones puede llegar a sentir diferentes estados de ánimo en el transcurso del periodo de duelo, las cuales son. la negación al principio, a perder a alguien y desesperación, depresión, ira contra el objeto perdido y finalmente aceptación. Si la persona que ha sufrido una pérdida de un ser querido se queda estacionada en alguna de estas fases se debe tomar en consideración para ser tratado ya que eso ya no es normal. Otra de las causas desencadenantes es la pérdida de una situación económica la cual causa problemas en la relación de la persona con los demás, así como también la pérdida de poder provoca descontrol e inseguridad en la persona, un factor primordial que origina la depresión neurótica es la pérdida de la salud ya sea por enfermedades con peligro de muerte, cáncer o SIDA; enfermedades que originan incapacidad física como embolias o amputaciones de alguna parte del cuerpo, también por enfermedades que determinan alteraciones estéticas, ya sea por ejemplo por quemaduras que requieren operaciones, o enfermedades que afectan la autoestima, como impotencia o frigidez; la edad y el transcurso del tiempo están relacionados con la pérdida de la persona, pérdidas como la juventud, sentir que se hacen viejos y lo que conlleva a la vejez como lo son las arrugas, la falta de energía, los cambios hormonales, de los cuales están conscientes lo cual puede hacerlos más susceptibles a experimentar cambios anímicos, (Bretron, 2003), y estos cambios son desencadenantes a causa de alguna pérdida para que el paciente presente rasgos de una depresión neurótica que esta muy relacionada a nivel psicológico. En las mujeres, según Sturgeon (1987), la edad más común para que surja un episodio depresivo es de los 28 a los 30 años y más aun entre los 25 y los 27 ya que puede considerarse como la pérdida de ese primer rubor de la juventud.

d) Tratamientos

Hay varios tipos de terapias que pueden ayudar a combatir la depresión. Estas terapias pueden usarse solas o combinadas con medicinas. Qué tipo de terapia se usará depende en primer lugar de El terapeuta, algunos usan una variedad de técnicas, otros trabajan siempre con una técnica que les ha resultado muy efectiva. Y en segundo lugar, de sus propias circunstancias, como por ejemplo el tipo de depresión que se tiene, su personalidad, sus intereses, su disponibilidad en cuanto a tiempo, entre otras cosas.

En *farmacoterapia* se usan básicamente tres tipos de medicamentos para tratar la depresión son 1- los inhibidores de re-consumo (SSRIs, SATCAs, SNRIs, SRIs) 2- Tricíclicos (TCAs) y 3- Inhibidores MAO.

Los SSRIs son los más nuevos, con menos efectos secundarios que los demás. Funcionan porque aumentan la cantidad de serotonina en el cerebro al impedir que sea re-apturada por las neuronas.

Las medicinas contra la depresión tardan aproximadamente dos semanas para hacer efecto, y comenzar una mejoría importante en el paciente.

Las *terapias dinámicas* o "de insight", que se usan en ocasiones para tratar personas deprimidas, apuntan a ayudar al paciente a resolver sus conflictos. Estas terapias a menudo se reservan para casos en que los síntomas depresivos han mejorado bastante. Para obtener mejores resultados, los cuadros depresivos severos (en especial los que son recurrentes) por lo general requieren medicamentos.

La *terapia cognitiva* es en general una alternativa estructurada y directa, de tiempo limitado en la cual se postula que las relaciones emocionales y conductas de la persona, vienen en gran medida determinadas por el modo en que estas constituyen el mundo (Beck, 1967; en Obst Camerini 2001), De esta forma y por tanto esta terapia se enfoca básicamente en los siguientes pasos:

- a Detección y análisis de pensamientos automáticos negativos
- b Reconocimiento de la conexión entre cognición, reacción emocional y conducta
- c Examen de la evidencia, a favor o en contra, de los pensamientos automáticos

- d. Sustitución de pensamientos automáticos, no apoyados por un mínimo de evidencia por interpretaciones basadas en hechos reales.
- e. Identificación y asunciones basadas en hechos reales que predisponen a la utilización de un sistema de pensamiento deformado.

Lo que esta terapia, como las demás, intenta, es encontrar el equilibrio de la persona deprimida en su medio social, su medio real, para la incorporación total.

Una característica esencial de esta terapia es que se ha demostrado su utilidad únicamente en el tratamiento de estados depresivos unipolares y carentes de manifestaciones psicóticas, Se puede entonces decir, que esta terapia puede ser utilizada para depresiones leves dentro de las cuales se encuentran las encubiertas y las ansiosas, por ejemplo.

En la terapia cognitiva se pone atención a la exploración y modificación de la estructura cognitiva de los pacientes; consiste en disminuir el sufrimiento del paciente mediante la sustitución de las estructuras cognitivas irracionales y las disfunciones por otras cogniciones más racionales y funcionales. En un promedio esta cogniciones más racionales y funcionales. En un promedio esta terapia se puede llevar a cabo en doce semanas de tratamiento, dependiendo de cada persona, en donde es importante que el terapeuta tenga un amplio conocimiento del síndrome para que entienda los significados de las verbalizaciones del paciente, para comprometerlo en una activa investigación empírica acerca de sus pensamientos, inferencias, conclusiones y Asunciones; a fin el intento terapéutico consiste en delimitar las creencias disfuncionales del depresivo, y , posteriormente comprobar su validez.

La terapia cognitiva debe desarrollarse en una estructura de tiempo limitado, en un principio la terapia debe desarrollarse en dos sesiones semanales con un máximo de cuarenta y cinco minutos; durante las primeras sesiones conviene que el paciente y el terapeuta trabajen juntos en la confección de una lista de problemas que incluya temas centrales a la alteración depresiva y así que las sesiones posteriores se orientan en torno a la solución de dichas dificultades; el paciente debe registrar las actividades diarias para que le muestren que en su vida hay más aspectos positivos de los que pensaba.

La terapia consiste básicamente en la asignación de tareas graduales que logren inducir, poco a poco una percepción de dominio frente a la posición de desvalimiento, el trabajar

juntos, paciente-terapeuta, en la elaboración del programa de intervención, incluyendo la estructura de las sesiones, las asignaciones en las mismas, así como la estrategia terapéutica para especificar claramente la meta a conseguir en cada momento y cada vez un poco más difíciles. Es el registro de las actividades diarias el que puede provocar placer y la sensación de dominio sobre la tarea que se realiza

El análisis de los registros semanales ayudará al terapeuta a desarrollar estrategias que mejoren el funcionamiento adaptativo del depresivo. Actividades en que el paciente experimente cierto grado de placer, pueden ser asignados dentro del trabajo a realizar entre sesiones, elevando su frecuencia, Harison (2002)

Cuando una actividad resulta difícil debe dividirse en elementos pequeños Así el paciente irá realizando las actividades más fáciles hasta avanzar progresivamente y llegar a otras más complejas.

La terapia cognitiva intenta modificar la valoración errónea que tiene el paciente mediante la capacidad de análisis de los propios pensamientos, imágenes o asunciones que aparecen sin lógica alguna y se aceptan, lo cual es para que el enfermo aprenda a reconocer estas formas automáticas del pensamiento, las considere meras hipótesis las analice de acuerdo a la evidencia empírica de que disponen, tenga en cuenta otras opiniones o aplicaciones y determine una solución

Esto es para que se de cuenta que realmente no son tan graves los problemas que imagina que lo son y para que esta base de las creencias se vaya dando es recomendable que el paciente aprenda a hacerse las siguientes preguntas.

1. ¿En qué evidencia objetiva se basan mis pensamientos automáticos?
2. ¿Existe alguna otra forma de valorar los datos objetivos de que dispongo?
3. Incluso en el caso de que lo que pienso sea verdad ¿Es la situación tan mala como parece?
4. ¿Qué es lo más productivo que puedo hacer?

Para que el paciente se vaya incorporando a una vida normal y equilibrada el terapeuta y el paciente deben llevar a cabo una exploración conjunta, que les permita eliminar la

posibilidad de que la respuesta alternativa no sea más que una racionalización automática
Harrison (2002)

Cuando las actitudes y tareas planteadas en el transcurso de la terapia llegan a entenderse con claridad, resulta fácil determinar que el paciente a salido del trastorno depresivo

La *terapia conductual* propone que las emociones y conductas disfuncionales puedan modificarse alternando los pensamientos o creencias personales ataves de un proceso terapéutico que enfatice el buen uso, (adaptativo) del razonamiento y el control racional de la conducta. Es entonces una combinación de lo cognitivo con lo conductual, para que en conjunto sea más efectiva en relación a la terapia en la depresión

Este modelo parte prácticamente de las siguientes premisas basadas en el modelo de aprendizaje social que postula Bandura

- 1 El organismo humano responde a las representaciones cognitivas del ambiente y no al ambiente "*per se*"
- 2 Estas representaciones cognitivas se aprenden al igual que la conducta observable.
- 3 La mayor parte del aprendizaje humano está mediada cognoscitivamente
- 4 Los pensamientos, emociones y conductas están interrelacionadas causalmente

A su vez algunas características de las terapias conductuales son

- 1) La clara operacionalización de los procesos terapéuticos en un modelo altamente estructurado y replicable
- 2) Su compromiso con la validación empírica de las técnicas terapéuticas a través de la investigación científica

En una relación con la terapia cognitiva, la terapia cognitivo-conductual, postula que la depresión es producto de distorsiones cognitivas que surgen cuando la persona evalúa sus experiencias negativamente reflejándose, esto es su autoimagen, su percepción del mundo y del futuro, así mismo propone una vinculación estrecha entre los pensamientos, la conducta y las emociones. Postula que la producción de cambios en la conducta y los pensamientos es una forma efectiva de modificar los estados afectivos, Bacot (2003)

Los esquemas o conceptos negativos aprendidos desde temprano suelen desarrollarse a través de las experiencias negativas que fomentan reglas rígidas para guiar la conducta e

influyen disfuncionalmente el contenido del pensamiento del individuo. Esto se relaciona con las causas de las depresiones psicóticas que se encuentran dentro de las depresiones graves, por lo cual la terapia cognitivo-conductual puede ser una alternativa efectiva para la recuperación del paciente con este tipo de depresiones.

Ya que el enfermo mantiene un pensamiento pesimista y de autodesprecio así como pesimismo y derrotismo causado normalmente por interpretaciones como

"Debo ..

- 1) ser aceptado por todos siempre"
- 2) . ser exitoso en todo siempre"
- 3) ser amable, perfecto, etc., siempre"

Es necesario entonces poner un mayor énfasis en la terapia cognitiva de la depresión en este caso, además de un interés en la activación y modificación en la conducta de éste. En relación con la terapia del aprendizaje social de Bandura (1969), citado en Bacot, (2003), se dice que el individuo no responde directamente a los estímulos ambientales, sino que evalúa e interpreta los mismos por medio de representaciones mentales, de esta forma la persona procesa la información de su ambiente a través de sus "filtros cognitivos", y el interpretarlos de manera errónea es lo que conduce, en muchas ocasiones, a un desorden cognoscitivo o depresión, y de igual forma se puede cambiar el pensamiento e interpretación de los hechos de la vida real del individuo aplicando los estímulos adecuados para su mejoramiento.

De tal manera la terapia conductual postula que

1. Toda conducta incluyendo las cogniciones, es aprendida
2. La terapia debe enfatizar la ejecución conductual y todo aquello que puede evaluarse empíricamente (por ejemplo Las cogniciones se detectan a través de observaciones)
3. Al modificarse la conducta y cogniciones, se alteran los estados emocionales
4. El rol del terapeuta es uno y dirigido a activar al paciente en su recuperación a través de la asignación de tareas y el aprendizaje de destrezas de ayuda propia que lo capacitarán para la resolución de sus problemas

En esta terapia, también la persona aprenderá a observarse más objetivamente y a debatir sus pensamientos por medio de experimentos y registros de conductas y cogniciones, además se utiliza el método inductivo en el cual las creencias abstractas son inferidas a partir de instancias concretas y en donde se utilizan básicamente los siguientes puntos

Se hace énfasis en que el paciente valide empíricamente sus creencias por medio de la confrontación objetiva en la realidad externa a través de conductuales

El rol del terapeuta como facilitador de este proceso por medio de tarea

Y el "diálogo socrático".

De esta forma Beck y col (1979) citados en Bacot (2003), sugirieron las siguientes etapas en el tratamiento:

Fase I.- En esta como en muchas, la actividad conductual de cliente será el foco de atención, hay que lograr la reactividad por medio de la asignación de tareas estructuradas que la persona llevará a cabo por su cuenta y en todo momento en donde el terapeuta le ayudará en la estructuración y evaluación de estas. Así las tareas asignadas irán aumentando el grado de dificultad, hasta lograr concluir la. entonces, la evaluación de pequeños éxitos que aumentará la motivación confrontará la idea depresiva de incompetencia

La programación de un itinerario de actividades puede, también, ayudar a eliminar la indecisión del paciente, en donde se programan actividades diarias en donde el paciente se puede dar cuenta que realmente es capaz de realizar cualquier cosa. Al momento de evaluar cada actividad el terapeuta hará énfasis en los eventos que producen placer o sensación de dominio, sirviéndole para confrontar la idea distorsionada que acarrea el enfermo depresivo.

La fase de actividad conductual será el primer paso para eliminar la inactividad que es básicamente romper con la indecisión de actuar y de validar empíricamente las anticipaciones negativas, alterar el plano cognitivo evaluando los resultados conductuales positivos y medir una mejoría en el efecto

Fase II.- Cuando la persona a comenzado a disminuir su inactividad depresiva, con un alivio sintomático. Se avanza hacia la fase terapéutica dirigida más directamente a sus cogniciones, en donde se evaluarán las formas en que construye su realidad. Sus

creencias son tratadas como inferencias subjetivas y no como hechos reales objetivos sobre la realidad y se le ayuda a identificarlos, -observar su influencia en forma de autoverbalizaciones, -distanciarse de la certidumbre con que se acogen y -evaluar su validez real.

Entonces el paciente aprenderá evaluar sus opciones racionalmente; para analizar las perspectivas alternas, en el auto registro de pensamientos anotará posibles "respuestas racionales" que le puedan ayudar a contra argumentar su pensamiento depresivo y cuánto cree en estas alternativas racionales, lo cual lo lleva a que valide sus ideas depresivas en el mundo real incorporándose gradualmente a este de manera, como ya se mencionó, racional realizando actividades y tomando decisiones que antes normalmente asumía

Fase III.- En este momento ya que el paciente haya desarrollado un repertorio de estrategias cognitivas y conductuales para contraatacar sus ideas depresivas el tratamiento se dirige hacia la identificación y el debate de las asunciones o premisas subyacentes a la actividad consciente que sustentan y sirven de base filosófica para el sistema depresivo (Beck y col., 1979); esto a través de un proceso inductivo.

En el modelo cognitivo-conductual, la búsqueda e identificación se hace colaborando entre paciente y terapeuta y el debate lógico lo lleva a cabo el paciente con la guía terapéutica, luego de haber probado empíricamente la validez de dichas creencias básicas (Bacot, 2003). Al eliminar las asunciones básicas desaparecen sus productos (pensamientos automáticos) pues termina el procesamiento de información depresiva y de esta forma se disminuye la vulnerabilidad hacia la depresión. Con la evidencia que ha logrado en el proceso terapéutico el paciente puede convencerse del proceso depresivo que estas premisas rígidas han facilitado al darse cuenta de la invalidez no pueden ser cumplidas, podrá entonces abandonarlas adoptando otras creencias más razonables.

Así la terapia lo fortalecerá cognitivamente para enfrentarse a futuras situaciones difíciles.

1.3 Comorbilidad Depresión-Ansiedad

La experiencia clínica sugiere que muchos pacientes que acuden a recibir tratamiento en los servicios de medicina general o en las consultas psicológicas muestran una mezcla de síntomas ansiosos y depresivos de diversa intensidad. El solapamiento sintomático plantea importantes cuestiones para el clínico. La cuestión básica es: ¿en qué medida el predominio de los síntomas ansiosos o depresivos afecta al diagnóstico o al tratamiento?

Por otra parte, a pesar de los numerosos estudios clínicos llevados a cabo en torno a esta temática, persiste la controversia sobre si los trastornos de ansiedad y los trastornos depresivos representan distintas entidades clínicas o si se trata de diferentes aspectos de una misma alteración patofisiológica.

Tres modelos conceptuales principales intentan explicar la relación entre ansiedad y depresión: 1) Modelo unitario 2) Modelo dualista. 3) Modelo mixto ansioso-depresivo

a) El modelo unitario

Propone que los estados de ansiedad y los síndromes depresivos son variantes del mismo trastorno y difieren cuantitativamente. Se sugiere que la ansiedad y la depresión pueden considerarse como dos estadios sintomáticos del trastorno afectivo, variando a lo largo del tiempo la relación (síntomas ansiosos-síntomas depresivos), de forma que el diagnóstico depende del momento a lo largo del curso de la enfermedad en el que se hace la valoración.

Los defensores de este modelo sugieren que la ansiedad puede ser un factor etiológico de la depresión. Así, la depresión parece estar con frecuencia precedida de períodos prodrómicos de ansiedad persistente.

Las escalas conductuales de la depresión y de la ansiedad contienen factores comunes de ambos trastornos emocionales, encontrándose en numerosos estudios una alta correlación entre ansiedad y depresión, evaluadas mediante instrumentos psicométricos adecuados.

b) Modelo Dualista

Roth y cols (1972) Gurney y cols (1972) y Schapira y cols (1972) han comparado los datos biográficos, clínicos y pronósticos de los pacientes con estados de ansiedad frente a los pacientes con enfermedad depresiva, demostrando que estos dos trastornos son independientes y no simples variantes clínicas de un trastorno afectivo. Así, se ha podido constatar que los pacientes ansiosos reportan con más frecuencia ansiedad social y desajuste que los pacientes deprimidos, son más sensibles a los comentarios críticos y sufren con más frecuencia de la ansiedad causada por el estrés cotidiano. Los rasgos de dependencia e inmadurez son más comunes en el grupo ansioso.

Otra evidencia adicional a favor de la separación de estos trastornos procede de los estudios familiares. Weissman y cols (1984) mediante un amplio estudio familiar llega a la conclusión de que el trastorno de pánico, la forma más dramática de los estados de ansiedad, y la depresión mayor se transmiten de forma específica e independiente.

c) Modelo Ansioso-Depresivo

Esta hipótesis propone la existencia de una mezcla de los dos síndromes, fenomenológicamente diferentes, tanto de la ansiedad primaria como de la depresión primaria.

Los estudios sugieren que puede existir un síndrome depresivo ansioso característico, separado de otros síndromes depresivos y diferenciado de acuerdo a la fenomenología y a la respuesta al tratamiento. La controversia en torno a esta formulación se fundamenta en determinar las diferencias entre depresión ansiosa y depresión mayor con un trastorno de ansiedad concomitante, y en definir el concepto de depresión atípica, depresión que algunos autores, consideran que la ansiedad prominente constituye una característica básica. De igual manera, los estudios llevados a cabo mediante el análisis factorial, el análisis de agrupación de variables y el análisis funcional discriminante han identificado grupos de pacientes con sintomatología mixta.

Para el abordaje del problema del solapamiento de los síntomas depresivos y ansiosos, es preciso utilizar, las características básicas de ambos trastornos clínicos, por una parte, y por otra, el nivel psicopatológico que alcanza la asociación de las sintomatologías ansiosa y depresiva en el paciente concreto, asociación que con frecuencia no es correctamente reconocida, ocasionando con ello graves consecuencias en términos de incremento de la morbilidad y de la comorbilidad, especialmente en los pacientes insuficientemente tratados

Subjetivamente, la angustia es vivenciada como una emoción de tonalidad básicamente displacentera, sin causa, y dirigida al porvenir. Se trata de un sentimiento de aprehensión y una expectativa permanente frente a la posibilidad de que ocurra algo grave morir, volverse loco o realizar un acto incontrolable. Así mismo, la angustia se exterioriza habitualmente con inquietud y desasosiego junto a manifestaciones físicas que van desde los síntomas cardiovasculares y respiratorios hasta las sensaciones de mareo, temblor y escalofríos. Desde el punto de vista fisiológico, el estado de alerta del organismo implica una activación en el sistema nervioso central de los mecanismos de control córtico-subcortical y, en el sistema nervioso periférico, un incremento de la actividad del sistema nervioso simpático, activación esta que puede constatarse mediante diversos parámetros fisiológicos

Por su parte, la depresión se caracteriza por un estado de ánimo disminuido. El individuo se siente desesperanzado, desanimado, apesadumbrado, incapaz de disfrutar de las cosas que le rodean. Pierde el interés por el entorno y le resulta difícil concentrarse. En ocasiones el estado de ánimo predominante no es la tristeza, sino la irritabilidad, el aburrimiento o la incapacidad para reaccionar afectivamente, especialmente en los niños

Por tanto, el diagnóstico diferencial entre ambos trastornos, debe basarse en la presencia o ausencia de los síntomas básicos de la depresión, especialmente tristeza, anhedonia, ideación suicida y culpabilidad.

La segunda referencia se refiere al nivel psicopatológico implícito en la coexistencia ansiedad y depresión, nivel que puede limitarse a la cosintomatología, o puede alcanzar el rango de comorbilidad en sentido estricto

Hablamos de cosintomatología para referirnos a la coexistencia de síntomas de depresión y de ansiedad, sin que el número y severidad de los mismos permita al clínico establecer un diagnóstico con exclusión del otro

En cambio, en los casos en los que los síntomas de ansiedad y de depresión sean suficientes, en número y en severidad, para establecer ambos diagnósticos se puede hablar de comorbilidad.

- En base a estas referencias distinguimos los siguientes grupos de pacientes con solapamiento de síntomas ansiosos y depresivos
- Pacientes con síntomas de ansiedad y de depresión pero que no cumplen con los criterios diagnósticos operativos actuales de trastornos de ansiedad o de los trastornos del humor
- Pacientes con trastornos de ansiedad o con trastorno depresivo, asociados respectivamente a síntomas depresivos o a síntomas ansiosos
- Pacientes que cumplen los criterios de ambos diagnósticos trastorno depresivo y trastorno de ansiedad

Recordemos que en los sistemas de clasificación jerarquizados, por ejemplo el DSM-III, se excluye un diagnóstico si los síntomas son debidos a un trastorno coexistente que ocupe una posición más elevada en la jerarquía. De esta forma, sólo se formulaba un diagnóstico, pero se impedía estudiar la relación entre ambos trastornos. Con el enfoque de la comorbilidad imperante a partir de la introducción

1.4 Terapia Cognitivo- Conductual.

Los paradigmas y las técnicas en el campo de las psicoterapias han experimentado una constante evolución desde su aparición

En la primera mitad del siglo XX las psicoterapias presentaban una alternativa entre dos polos: por un lado el Psicoanálisis y por otro el Conductismo, posteriormente en los años 30's aparecieron otras alternativas, tales como el movimiento humanista con la terapia centrada en el cliente de Carl Rogers la terapia Gestalt de Fritz Perls, por mencionar algunos. En los años cincuenta, se desarrollan tantos modelos, que según (Kazdin, 1986) hoy en día, existen más de 400 escuelas diferentes.

Por su parte, las teorías del aprendizaje también evolucionaron con el condicionamiento clásico de Pavlov, pasando por el condicionamiento operante de Skinner, hasta llegar al modelo del aprendizaje social de Bandura quién es el primero en mencionar el concepto de cognición como mediadora necesaria del proceso.

Junto a este movimiento se empieza a desarrollar la ciencia cognitiva a través de Albert Ellis, quien en 1956 plantea un abordaje interesante, explicado de la siguiente manera, a través de una frase "*Las personas no se perturban por los acontecimientos, sino por lo que piensan acerca de los acontecimientos.*" Es decir que Ellis plantea el concepto de "*mediación cognitiva*" que hoy día tiene un sólido respaldo científico

De otra forma se puede expresar de la siguiente forma: $A \rightarrow B \rightarrow C$, insistiendo en que "entre A y C siempre está B".

En este esquema de Ellis, "A" representaba el estímulo o "acontecimiento", "B" representaba la cognición o sistema de creencias y "C" representaba la respuesta o "consecuencia".

Este modelo ha sido "reforzado" por otros autores tales como Aarón Beck y Richard Lazarus, entre otros. Veamos el trabajo de R Lazarus, quien sostiene que en la mediación cognitiva existe siempre, pero que en algunos casos no pueda ser percibida por el sujeto. Cuando esto sucede se debe al carácter "automático" e instantáneo o bien porque existió la primera vez, con ese estímulo y luego quedó incorporada generando, entonces una respuesta "automática".

Sin embargo, suponiendo que algunos estímulos no pasaran por la mediación cognitiva, pero que generaran una respuesta inmediata, para Ellis se sustenta de la siguiente manera “si una emoción se sigue sosteniendo en el tiempo, cuando el estímulo no sigue actuando o después de la primera reacción, es porque está sostenida por el pensamiento sobre esa situación” Ellis, (1982), en Obst Camerini, (2001)

No obstante, en la teoría de Richard Lazarus lo específico es el carácter cognitivo motivacional y relacional de las respuestas emotivas. Para explicar este fenómeno agrega el concepto de *evaluación de los estímulos* o de "appraisal"

Según esta teoría (Lazarus, R 1991), la emoción surge de la evaluación que la persona hace del estímulo o acontecimiento en relación a sus propios objetivos, metas o deseos. La reacción surge así de una evaluación (proceso cognitivo) que relaciona (concepto relacional) el acontecimiento con los objetivos de la persona (concepto motivacional)

Por su parte, Aaron T. Beck, plantea que existen reacciones que pueden ser: *Emotivas, Conductuales o Fisiológicas*

Los *pensamientos automáticos* son los pensamientos evaluativos, rápidos y breves que no suelen ser el resultado de una deliberación o razonamiento, sino más bien parecen surgir automáticamente. Estos pensamientos pueden tener forma *verbal y/o visual*, que en el primer caso corresponde a lo yo me digo a mí mismo” y en el segundo caso es a través de imágenes

Estos pensamientos automáticos surgen de las *creencias*, que son ideas tomadas por la persona como *verdades absolutas*

Por su parte, las *creencias intermedias* están constituidas por *reglas o normas, actitudes y supuestos*

Las *creencias centrales* las personas frecuentemente no las expresan ni aún a sí mismas, dado que no tienen clara conciencia de estas dichas creencias desarrolladas desde edades tempranas. Consisten en definiciones, evaluaciones o creencias nucleares. Son interpretaciones fundamentales y profundas que las personas hacen interpretaciones de sí mismos, de las otras personas y de su mundo

Las creencias nucleares representan el nivel más profundo, fundamental, rígido y global de interpretación, que influye en los otros niveles. Los pensamientos automáticos o

palabras e imágenes que están en nuestra mente son relativos a las situaciones y representan el nivel más superficial de las cogniciones. Entre ambos niveles están las denominadas *creencias intermedias*, influidas por las nucleares (e influyentes sobre los pensamientos automáticos)

a) **Terapia del Comportamiento**

La Terapia del Comportamiento se centra en cambiar acciones específicas y usa varias técnicas para disminuir o detener un comportamiento indeseable. Por ejemplo, una técnica entrena a los pacientes en respiración diafragmática, un ejercicio especial de respiración que consiste en respiraciones lentas, profundas, para reducir la ansiedad. Esto es necesario porque las personas que tienen ansiedad frecuentemente sufren de hiperventilación, respirando rápidamente cortas cantidades de aire que pueden provocar latidos rápidos del corazón, mareos y otros síntomas.

b) **Reestructuración Cognitiva**

Consiste en identificar y modificar los supuestos y creencias disfuncionales de los pacientes. Estas cogniciones disfuncionales se centran en una exageración o “tremendización” de la peligrosidad de los síntomas experimentados o a experimentar y una descalificación o subestimación de la propia capacidad para enfrentar a los mismos o a las situaciones temidas. Obst. Camerini (2001)

Albert Ellis los menciona como “*inferencias erróneas y creencias irracionales*” con sus respectivas consecuencias “*no-soport-itus*” y “*tremendización*”). Para Aaron Beck no son más que “*pensamientos automáticos distorsionados*”

1.5 Terapia Cognitiva en Grupos

Los modelos de terapia grupal tienen características tanto de aprendizaje como de entrenamiento para modificar las conductas y emociones perturbadoras y de esta manera “entrenar” al paciente para que adquiera la capacidad de enfrentarse a las demandas del futuro.

Por tanto, los modelos incorporan diferentes recursos y técnicas de diversas fuentes, tales como las técnicas de relajación, los ejercicios de desensibilización provenientes del abordaje conductual, y además otros estilos y técnicas de otras escuelas, como el psicodrama, la terapia gestalt, entre otras

a) La Terapia De Grupo de Ellis

La Terapia Racional Emotiva Conductual con Grupos (Ellis, 1977) (Ellis & Dryden, 1987,) en (Obst Camerini 2001) puede abarcar las siguientes variantes.

1-Terapia de Grupo. Con grupos de ocho a doce integrantes, y una frecuencia de una sesión semanal con una duración de máximo dos horas y media

2-Encuentro Prolongado o Maratón. Una sesión prolongada o intensiva, de unas catorce horas , con un mínimo de diez participantes y de dieciséis como máximo

3-Laboratorio o Demostración de terapia Se necesita la presencia de un voluntario y un público que puede oscilar entre veinte y cien personas o más. Una vez que el terapeuta haya hablado con el voluntario por espacio de media hora los integrantes del público también pueden expresar sus sentimientos o sugerencias al voluntario con el objetivo de convencer de los pensamientos erróneos al participante que se ofreció como voluntario

Según Ellis y Dryden (1987) los principales objetivos para los participantes de una terapia de grupo son

- Entender el origen de sus problemas emotivos y conductuales y usar esta comprensión para vencer sus síntomas actuales y funcionar mejor en sus relaciones intra e interpersonales
- Entender las dificultades de otros miembros del grupo y poder brindarles alguna ayuda, convertirse en críticos de manera positiva

- Minimizar su propia perturbabilidad básica y por tanto la de otros, de tal manera que, por el resto de sus vidas, tiendan a sentir emociones apropiadas
- Lograr, el cambio en la conducta, además de un cambio filosófico, que lleve al sujeto a aceptar la realidad, incluso desagradables, terminar con los pensamientos mágicos y auto-saboteadores, dejar de considerar los infortunios y frustraciones de la vida como horribles y catastróficos, hacerse totalmente responsables de sus dificultades emotivas y terminar con todas las formas de autocalificación y, en cambio, aprender a aceptarse plenamente a sí mismos y a los demás como seres humanos altamente falibles y especialmente propensos a cometer errores.

La técnica básica de estas terapias consiste, en que cada miembro del grupo presente sus problemas actuales que desea enfrentar. Luego, el terapeuta enfrenta el proceso habitual de terapia, desde la determinación de las creencias y su refutación hasta la asignación de tareas, pasando por todas las técnicas que resulten convenientes, de acuerdo a lo aprendido, otros integrantes del grupo pueden colaborar con sus ideas y sugerencias

Es tarea del coordinador, además, el procurar que las actividades no se desvien del proceso terapéutico, evitando la desorganización o el descontrol, evitar que algunos monopolicen el tiempo, corregir errores y tratar de que todos, también los más reservados, hablen y puedan exteriorizar sus sentimientos y problemas

b) El Psicodrama

El psicodrama es más bien un recurso dentro de la psicoterapia, en la que el paciente representa acontecimientos pasados o futuros, reales o imaginarios

El psicodrama se puede definir como un conjunto de técnicas y principios, que requiere insertarse dentro de un modelo de psicoterapéutico y por supuesto, dentro de un modelo psicológico.

Los objetivos del Psicodrama es que el paciente pueda darse cuenta de sus emociones, pensamientos, conductas, situaciones y/o relaciones del pasado, presente o futuro. Estos objetivos permiten ensayar futuras conductas, aprender nuevas respuestas, ya sea de conductas o emociones. Además de investigar conductas alternativas, es decir otras opciones. Obst Camerini (2001)

c) Modelo de L. Sank y C. Shaffer (Programa de Entrenamiento en Competencias de Afrontamiento.)

El modelo de terapia que proponen Sank y Shaffer (1984) consiste en desarrollar 4 módulos en 15 sesiones, de la siguiente manera

1- La Evaluación: Para llevar a cabo este programa, se le proporciona a los pacientes un cuestionario amplio de evaluación, se les explican los contenidos de los diferentes módulos que se requieren en el proceso terapéutico, una lista de áreas de problemas posibles para enfrentar en cada módulo así como una lista de objetivos potenciales para la experiencia total y para cada módulo

Posteriormente se realiza la entrevista previa de evaluación basada en el cuestionario, brindándole información y indagando los objetivos elegidos por el paciente para alcanzar en cada módulo y en el proceso en general

Finalmente se les explica las ventajas y características del proceso grupal y dejar bien claras las normas que rigen dentro de la terapia grupal

2. Las Sesiones: Técnicas de Relajación (Primer Módulo)

Es una forma de integrar el grupo, a la vez que se adiestra a los participantes en las técnicas de relajación

La *sesión uno*: se les procuran ejercicios de encuentro, calentamiento y técnica de relajación (Benson)

La *Sesión dos* Consiste en la presentación de Ejercicios de relajación muscular progresiva de Jacobson

Reestructuración Cognitiva (Segundo Módulo)

Sesión tres: Se introduce a la teoría (A-B-C-D-E) de Ellis y al concepto de pensamientos automáticos Ejercicios de relajación junto a las escenas perturbadoras Discusión de conceptos Ejercicios para mayor comprensión de los conceptos

Sesión cuatro a la seis Se Profundizan los conceptos y se le solicita a los voluntarios para que compartan un problema que pueda ser tratado dentro del grupo Se realizarán demostraciones con casos presentados y casos anónimos

Sesión siete: Esta está reservada para realizar una revisión general de lo actuado hasta ese momento, con respecto a los objetivos que se han superado y los que no se han superado

Entrenamiento en Asertividad (Tercer Módulo)

Sesiones de la ocho a la diez: En este módulo se explicará y entrenará en conducta asertiva, empleando diversos recursos y técnicas, tales como el role-playing, entre otras

Sesión once: esta sesión está reservada para la práctica de escenas con role-playing y combinación con reestructuración cognitiva, intentando integrar lo aprendido

Resolución de Problemas (Cuarto Módulo)

Sesión doce: Aquí se realiza una introducción al módulo de resolución de problemas. Además de explicar el proceso. Se ponen ejemplos. Se intenta que los participantes fijen metas a la vez que se asignan tareas para la casa.

Sesión Trece: se efectúan ejercicios dentro del grupo para identificar los problemas, a la vez que se estimula a los participantes generen diferentes alternativas a los problemas traídos por el resto de participantes

3. El Cierre: *Sesiones catorce y quince:* Se efectúa un recuento de los logros y una revisión de problemas restantes. Además de iniciar los preparativos para las entrevistas individuales de final del programa. También se hace una revisión de metas individuales y progresos de cada miembro y del grupo en general. Se formulan las estrategias para alcanzar las metas que aún no se han alcanzado. Especialmente en la última sesión se diseña un plan para implementar y poder conseguir las metas propuestas

4. Biblioterapia: Los módulos de reestructuración cognitiva y entrenamiento en asertividad se sugieren dos libros: "Feeling Good" de Burns (1980) y "When I say No I feel guilty" de Smith (1975). No obstante, por la población que no habla inglés y que estos no están editados en español, se utilizarán los libros: "La Fuerza de Sheccid" de Dr Carlos Cuahutemoc Sánchez (1994) y "El Rinoceronte" Anónimo (1999). Ambos libros son de crecimiento personal

CAPITULO SEGUNDO

METODOLOGÍA

II METODOLOGÍA

2.1 Planteamiento del problema

El problema que existe es que la incidencia en niños y adolescentes con ansiedad y depresión va en aumento "Cada vez nos enfrentamos más con niños que tienen síntomas iguales a los de los adultos, como la Depresión y la Ansiedad, entre otros ", Untoglich, G (2003).

Este es un problema que se agrava en los niños y adolescentes institucionalizados, o sea, los que residen en centros de atención de niños en circunstancias especialmente difíciles, dado que ellos por sus historias de vida, son proclive a padecer trastornos, especialmente de ansiedad y depresión, por tanto, se necesita de un tratamiento efectivo, y a la vez integral, que permita que se afronten ambos trastornos, que afectan a estos individuos, pero que el mismo esté al alcance de los centros encargados de la atención de estos niños y adolescentes y que con frecuencia carecen de presupuestos para estos menesteres, ya que estos tratamientos son costosos en la clínica privada y los puestos de salud pública, por diferentes razones resulta casi imposible ofrecerles un tratamiento con la frecuencia y la intensidad requeridos en estos casos

2.2 Objetivos

a) Objetivo General

1. Disminuir los niveles de ansiedad y depresión en adolescentes, a través de un Programa de Competencias de Afrontamientos
2. Medir el impacto terapéutico del Programa de Competencias de Afrontamiento.

b) Objetivos Específicos

- 1 Reducir los niveles de depresión en una muestra de adolescentes del "Hogar de Niñas de la Capital".
- 2 Reducir los niveles de ansiedad en una muestra de adolescentes del "Hogar de Niñas de la Capital"
3. Evaluar la efectividad terapéutica del Programa de Competencias de Afrontamiento

2.3 Preguntas de investigación

1. ¿Cuál es la efectividad del Programa de Competencias de Afrontamiento para disminuir la Depresión en adolescentes?
2. ¿Cuál es la efectividad de un Programa de Competencias de Afrontamiento para disminuir la ansiedad en adolescentes?
3. ¿Ayuda el Programa de Competencias de Afrontamiento a una recuperación más eficaz y estable en niños con síntomas depresivos?
4. ¿Ayuda el Programa de Competencias de Afrontamiento a una recuperación más eficaz y estable en niños con síntomas ansiosos?

2.4 Justificación

Hemos observado, a lo largo de la revisión bibliográfica y de la práctica clínica, que con frecuencia, hay una alta incidencia de sujetos que presentan depresión, y que también presentan ansiedad, trastornos estos que se encuentran en comorbilidad, inclusive desde edades muy tempranas, como lo mencionó Mardomingo, en el Cuarto Congreso de Salud Infantil "El 22 por ciento de los niños y adolescentes españoles padecen de alguna enfermedad psiquiátrica y a partir de los tres años se puede sufrir ansiedad, y de los cinco, depresión" (Mardomingo, M J 2002) Esta situación se agrava en los adolescentes y niños institucionalizados, que han estado expuestos a algún tipo de "Riesgo Social", o en "circunstancias especialmente difíciles" y que viven en centros comunes, (Casas Hogares) como en el caso de la muestra objeto de estudio, que por lo general, son niños o adolescentes con muchas carencias. Por tanto, pretendemos ver cual es efecto de Programa de Competencias de Afrontamiento en este grupo de niñas con ansiedad y depresión.

2.5 Hipótesis

a) Hipótesis Conceptual

1. Los niveles de depresión presentados por las adolescentes que participen en el Programa de Competencias de Afrontamiento, una vez finalizado, será menor que al inicio del mismo
2. Los niveles de ansiedad presentados por las adolescentes que participen en el Programa de Competencias de Afrontamiento, una vez finalizado, será menor que al inicio del mismo.

b) Hipótesis Operacional (Estadística)

1. Las puntuaciones registradas en el *Cuestionario de Depresión Infantil (CDS)* serán significativamente menores al concluir el tratamiento que al inicio del programa
2. Las puntuaciones registradas en la *Escala de Ansiedad Infantil (CMAS-R)* serán significativamente menores al concluir el tratamiento que al inicio del programa

c) Hipótesis de Trabajo o Investigativa

1. Los niveles de depresión observados después del tratamiento serán menores que al inicio del tratamiento.
2. Los niveles de ansiedad observados después del tratamiento serán menores que al inicio del tratamiento

d) Hipótesis Nula

1. Los niveles de depresión observados después del tratamiento serán iguales o mayor que al inicio del mismo.
2. Los niveles de ansiedad observados después del tratamiento serán iguales o mayor que al inicio del mismo.

2.6 Unidades de Observación (Variables)

a) Independiente

La variable independiente en esta investigación es un Programa de Competencias de Afrontamiento; fundamentado en los principios de la Terapia Cognitivo Conductual para grupos. Se divide en cuatro módulos de catorce sesiones en total. El módulo uno es de Relajación y corresponde a las primera y segunda sesión. El módulo dos trata la Reestructuración Cognitiva, para lo que reservamos las sesiones de la tercera a la sexta. El módulo tres es en Entrenamiento en Asertividad, con tres sesiones, de la séptima a la décima. El último módulo es de Resolución de Problemas, el que consta de dos sesiones la onceava y a la doceava. Las dos últimas sesiones; la treceava y la catorceava, están reservadas para el cierre final o unirlo todo.

b) Dependientes

1. **Depresión:** Es un estado emocional que se caracteriza por pensamientos tristes o pesimistas, sentimientos de inutilidad, falta de confianza en uno mismo, retraso psicomotor, anhedonia, debilidad y falta de motivación.
2. **Ansiedad:** Es un estado de activación emocional que contiene un sentimiento de miedo o aprehensión, frecuentemente se acompaña de síntomas fisiológicos que pueden conducir a la fatiga o incluso al agotamiento.

2.7 Estrategias de investigación

a) **Tipo de Estudio:** Este tipo de estudio, es No Experimental, en el que se observan los fenómenos tal como se analizan en su contexto natural. Como lo señala Kerlinger (1979, p.116, citado en Hernández Sampieri, 1995). “La investigación no experimental o ex-post-facto es cualquier investigación en la que resulta imposible manipular las variables o asignar aleatoriamente a los sujetos o a las condiciones”.

b) Diseño de Investigación

El diseño de esta investigación, es un Estudio de Caso con replicación clínica en formato de grupo. *El Estudio de Caso con Intervención Terapéutica*, es un tipo de estudio donde interesa el trastorno clínico y su desarrollo, o sea, nos dice de la descripción de la evolución del desorden con una intervención para tratar el problema presentado, como en nuestro caso.

"El estudio de caso se refiere a la investigación de un individuo o grupo de individuos en la ausencia de controles experimentales. La falta de sujetos control implica la dificultad de excluir muchas interpretaciones alternativas que podrían explicar la conducta del cliente. Por tanto, el estudio de caso puede distinguirse de la investigación experimental, en la cuál, debido a que las variables que influyen la conducta son manipuladas directamente y se incluyen condiciones de control apropiadas, puede establecerse el rol causal del cambio de la conducta...Un estudio de caso omite controles experimentales o estadísticos y, por lo tanto, proporciona una información que debe interpretarse con mucha cautela" (Kasdin 1980 En: Bellack, y Hersen, 1989)

Se puede mejorar la validez de las inferencias, siempre y cuando se planifique dentro de la investigación. Las dimensiones de las inferencias son para mejorar la interpretación de los datos obtenidos, por tanto, hemos tomado en cuenta las siguientes dimensiones, divididas en datos subjetivos y en datos objetivos. En el primer lugar, incluimos datos de auto-registro o evaluación subjetiva y de la Escala de Unidades Subjetivas de Malestar (USM). En segundo lugar, utilizamos las escalas objetivas tenemos el Cuestionario de Depresión para Niños (CDS) y la Escala de Ansiedad Infantil (CMAS-R) Este conjunto de dimensiones son de gran importancia, para una medición adecuada. También, incluimos la Evaluación Clínica a manera de apoyo, para las dimensiones, anteriormente mencionadas. A continuación definimos cada una de estas dimensiones

- *1. Entrevistas Clínicas:* La entrevista clínica inicial, nos proporciona información

acerca de los sujetos estudiados. Esta información recopilada es de gran importancia, ya que nos permite revisar la sintomatología, los antecedentes y otros aspectos que influyen en el mantenimiento del o de los Trastornos, en estudio. Además, se enriqueció la misma con el aporte realizado, por parte del personal que se encarga del cuidado de las niñas

2. *Escala Subjetiva.* Utilizamos la Escala unidades subjetivas de malestar (USM) que es un auto-registro realizado por las participantes, donde se puntúan de uno a cien

3. *Escalas objetivas:* Para lograr un buen registro de resultados obtenidos en el tratamiento, se utilizó el diseño Pretest-Postest o sea, una aplicación al inicio y otra al final del programa, para lo que se utilizaron el Cuestionario de Depresión para Niños (CDS) y la Escala de Ansiedad Infantil revisada (CMAS-R) para obtener registros objetivos de la evolución de los síntomas de depresión y ansiedad respectivamente

4. *Eficacia del Tratamiento:* Con el objeto de asegurarnos que las conclusiones a la que llegamos producto de nuestra investigación sean válidas, hemos utilizado un programa debidamente estructurado. Esto permitirá replicar esta experiencia en otros grupos, ya sean similares o diferentes con poca variabilidad en cuanto al tratamiento, a fin de ser evaluados por otros investigadores.

5. *Análisis de los Resultados:* El análisis de los resultados de este estudio, se llevará a cabo de dos formas, en primer instancia a través de las observaciones clínicas e impresiones subjetivas del malestar Escala de unidades subjetivas de malestar (USM) reportada por las participantes y en segunda instancia por medio de las pruebas objetivas, donde utilizaremos los Cuestionario de Depresión para Niños (CDS) y de la Escala de Ansiedad Infantil (CMAS-R)

2.8 Conceptos de Población y Muestra

a) **Población Objetivo:** Adolescentes, mayores de 12 años, que residan en el Hogar de Niñas de la Capital y que las cuidadoras hayan reportado síntomas de Ansiedad y Depresión.

b) Población Muestral: Adolescentes residentes en el Hogar Niñas de la Capital, que hayan cumplido doce (12) años de edad y que cumplan con los requisitos para la inclusión.

1. Participar voluntariamente.
2. No padecer de otros trastornos psiquiátricos diferentes a la ansiedad o depresión.
3. No sufrir de Trastornos de Ansiedad y/o Depresión graves que requieran hospitalización.

c) Muestra: Adolescentes con síntomas depresivos y ansiosos, medidos a través de los respectivos cuestionarios y que residan en el Hogar de Niñas de la Capital.

2.9 Métodos de Selección de los Participantes:

a) Criterios de Inclusión: Las participantes en este estudio deben reunir los siguientes criterios:

- 1 Presentar estados de ansiosos y depresivos importantes, medidos a través una evaluación previamente realizada por el Terapeuta, que esta sean las quejas principales y que además, no necesiten hospitalización
2. La participación es voluntariamente, se requiere una constancia por escrito, (contrato terapéutico)

b) Criterios de Exclusión: Los criterios de exclusión para los participantes del estudio son:

1. No desear participar en el estudio
- 2 Presentar otros trastornos mentales diferentes a la Ansiedad o a la Depresión.
3. Sufrir de Trastornos de Ansiedad o Depresión de tipo psicótico que requieran hospitalización.

2.10 Instrumentos de Medición.

- 1 Entrevistas clínicas individuales.
2. Cuestionario de Pre-Tratamiento (CPT). proporcionado por el programa de Competencias de Afrontamiento con el fin de seleccionar a los candidatos para el tratamiento.
- 3 Autorregistros del paciente y de los cuidadores Escala de Unidades Subjetivas de Malestar (USM)
- 5 Cuestionario de Depresión Infantil (CDS)
- 6 Escala de Ansiedad Infantil (CMAS-R)

Estos instrumentos fueron aplicados a todas las participantes del programa, al inicio y al final del mismo, con excepción del Cuestionario Pre-Tratamiento, que solo se aplicó al inicio del Programa.

a) Estadístico

Prueba de los Signos y T de Wilcoxon: Estas pruebas son no paramétricas, diseñadas para establecer la diferencia entre la primera y la segunda medición en un mismo sujeto. Los datos pareados son los estudios donde se analiza la misma medida en el mismo individuo en dos instantes diferentes. *La prueba de los signos* puede utilizarse para probar una hipótesis nula referente al valor de la mediana de la población. En consecuencia, es el equivalente no paramétrico a la prueba de una hipótesis referente al valor de la media de la población. Es necesario que los valores de la muestra aleatoria se encuentren al menos en la escala ordinal, aunque no se requiere de supuestos acerca de la forma de la distribución de la población. Por su parte, *la prueba de Wilcoxon* puede usarse para probar una hipótesis nula referente al valor de la mediana de la población. Pero dado que la prueba de Wilcoxon considera la magnitud de la diferencia entre cada valor muestral y el valor hipotético de la mediana, es una prueba más sensible que la prueba de los signos. Por otra parte, puesto que se determinan las diferencias, los valores deben estar al menos en la escala de intervalo. No se requiere de ningún supuesto acerca de la forma de la distribución de la población.

De modo que los resultados obtenidos en las pruebas objetivas serán sometidos a prueba de hipótesis con un alfa de 0.05 para determinar si existen diferencias significativas entre ambas mediciones.

2.11 Tipo de Datos:

En el estudio se realizó un análisis cuantitativo, utilizando los resultados de las escalas objetivas tales como el Cuestionario de Depresión para Niños (CDS) para la depresión y la Escala de Ansiedad Infantil (CMAS-R) para la ansiedad y la Escala Subjetiva de Malestar (USM), que es una opinión de cada participante. Además incluimos, una entrevista individual clínica.

2.12 Desarrollo del tratamiento

El tratamiento se desarrolló en el “Hogar de Niñas de la Capital”, ubicado en Las Cumbres. La selección de la muestra estuvo a cargo de la dirección del centro y se tomó en cuenta los criterios de inclusión y exclusión, luego cada una de las pacientes fueron entrevistadas por el experimentador para tener la seguridad que la participación fuera voluntaria, por una parte y por la otra, lograr una historia profunda de cada uno de los sujetos en estudio. Por tanto, cada una se comprometió firmando un documento de participación, aceptación y compromiso, (ver anexo N°3) procurando mantener los principios éticos que rigen nuestra carrera y este tipo de trabajos, haciendo énfasis en su privacidad, entre otras consideraciones.

Cada una de las participantes fue evaluada con las escalas de *ansiedad* y *depresión* mencionadas anteriormente con el fin de ubicar su grado de perturbación depresiva o ansiosa. Cada sesión estaba completamente estructurada y se le dieron a las participantes todo el material didáctico requerido.

En esta investigación, por el diseño “estudio de casos con intervención terapéutica” es de gran importancia profundizar en la historia de cada sujeto, por lo tanto, a cada una de las participantes se le evaluó de profundamente a través de las entrevistas clínicas de inicio, y de final del mismo, además de los auto-registros de conducta y pensamientos elaborados por las propias participantes, es decir, la impresión subjetiva de malestar, calificados con

la Escala Unidades Subjetivas de Malestar (USM) de uno (1) a cien (100).

Además, aplicamos dos pruebas objetivas con el objeto de corroborar la impresión clínica. Analizaremos las diferencias en los resultados de las evaluaciones con una prueba estadística no-paramétrica, la prueba de los signos y la T de Wilcoxon, para verificar el efecto del tratamiento y si este fue significativo producido en cada miembro y en el grupo en general, que nos permita posteriormente hacer las recomendaciones pertinentes con una población como la objeto de estudio presente en este trabajo.

CAPITULO TERCERO

RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN

PRESENTACIÓN DE LOS RESULTADOS

En este capítulo podrá encontrar, en primer lugar, un resumen de los resultados obtenidos en las pruebas de hipótesis de cada variable dependiente estudiada. En segundo lugar, el cuadro de los resultados obtenidos a través de la Escala de Unidades Subjetivas de Malestar (USM), su respectivo gráfico y los resultados estadísticos, realizados a través de la prueba de los Signos y T de Wilcoxon. En tercer lugar, presentamos los resultados obtenidos con el Cuestionario de Depresión para Niños (CDS), el gráfico, y los resultados del análisis estadístico donde utilizamos la prueba de los Signos y T de Wilcoxon. En cuarto lugar, cuadro de resultados obtenidos mediante la Escala de Ansiedad Infantil (revisada) (CMAS-R), su gráfico y los resultados estadísticos analizados con el mismo instrumento que las anteriores.

Para la escala Unidades Subjetivas de Malestar (USM), se aceptó la hipótesis de trabajo o investigativa. (1. *El nivel de depresión observado después del tratamiento será menor que al inicio del mismo.* 2. *El nivel de ansiedad observado después del tratamiento será menor que al inicio del mismo*) Es decir, que si hubo cambios producidos por el tratamiento, donde hubo una disminución de los síntomas depresivos y ansiosos

Referente al Cuestionario de Depresión para Niños (CDS) los resultados encontrados en las pruebas de hipótesis, dieron como resultado la aceptación de la hipótesis nula (1- *Los niveles de depresión observados después del tratamiento serán iguales o menor que al inicio.* 2- *Los niveles de ansiedad observada después del tratamiento serán igual o mayor que al inicio*) o sea, que los niveles de depresión no disminuyeron con el tratamiento.

De acuerdo a los resultados obtenidos en la Escala de Ansiedad Infantil (revisada) (CMAS-R), no se acepta la Hipótesis de Trabajo, se acepta la Hipótesis Nula, que igual que la anterior no se encontró cambios producidos por tratamiento del Programa de Competencias de afrontamiento (Cognitivo-Conductual).

Finalmente, el lector podrá encontrar los cuadros, que son resúmenes de las entrevistas clínicas de las diez participantes que iniciaron el programa, producto de las entrevistas clínicas profundas, que se realizaron de manera individual a cada participante. Cada

cuadro esta compuesto por un resumen de la entrevista inicial y de la entrevista final. El diagnóstico Multiaxial según DSM-IVTR. Posteriormente, en estos cuadros la puntuación de Unidades Subjetivas de Malestar (USM) de cada sujeto. Finalmente las puntuaciones de las pruebas objetivas el Cuestionario de Depresión para Niños (CDS) y la Escala de Ansiedad Infantil (CMAS-R)

CUADRO I RESUMEN DE LOS RESULTADOS ESTADÍSTICOS

Hipótesis	Unidades Subjetivas de Malestar (USM)	Cuestionario de Depresión para Niños (CDS)	Escala de Ansiedad Infantil (CMAS-R)
Los niveles de depresión observados después del tratamiento serán menor que al inicio del tratamiento.	Se Acepta	No se acepta	No se acepta
Los niveles de ansiedad observados después del tratamiento serán menor que al inicio del tratamiento.	Se Acepta	No se acepta	No se acepta
Los niveles de depresión observados después del tratamiento serán iguales o mayor que al inicio del mismo.	No se acepta	Se Acepta	Se Acepta

Fuente: Datos obtenidos de los resultados de las pruebas de hipótesis

Configuración del cuadro: el autor de la investigación, Lic. Carlos Ivan Sánchez

CUADRO II RESUMEN ESCALA DE UNIDADES SUBJETIVAS DE MALESTAR

CASOS	MEDICIÓN INICIAL (USM)	MEDICIÓN FINAL (USM)
1	70	85
2	70	70
3	45	50
4	50	60
5	70	80
6	40	42
7	70	72
8	65	70
9	50	Abandonó
10	50	Abandonó

*Fuente: Datos obtenidos de la historia clínica y de los resultados de las pruebas aplicadas.
Configuración del cuadro: el autor de la investigación, Lic. Carlos Iván Sánchez M.*

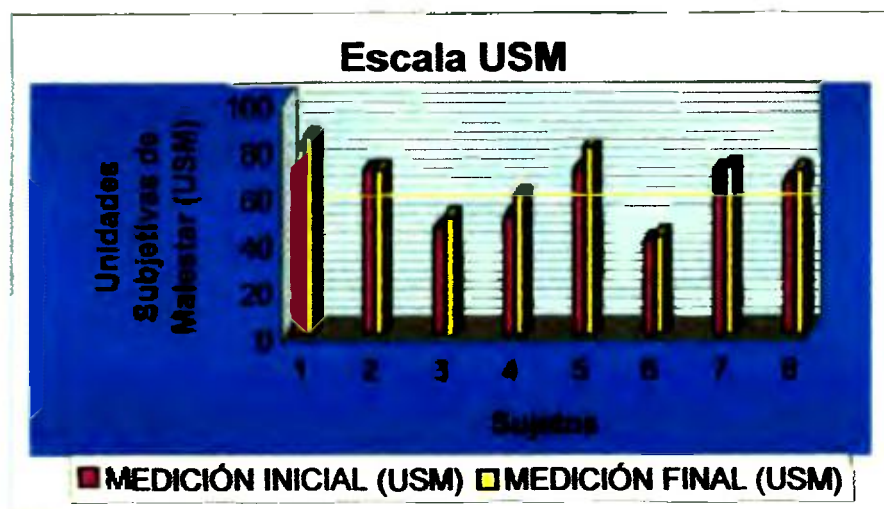


Figura 1. Gráfica de los resultados en la escala subjetiva de malestar (USM)

RESULTADOS ESTADÍSTICOS DE LA ESCALA DE UNIDADES SUBJETIVAS DE MALESTAR

Hipótesis

H₀ No existen diferencia entre los puntajes obtenidos por los sujetos en la escala USM en la medición inicial y final

H_a Los puntajes son diferentes

Nivel de significancia $\alpha=0.05$

Cálculo del estadístico de la prueba

CUADRO IIa ESTADÍSTICOS DESCRIPTIVOS

	N	Media	D. Típica	Mínimo	Máximo
USMDES	8	66.1250	14.6037	42.00	85.00
USMANT	8	60.0000	12.8174	40.00	70.00

Fuente: Datos obtenidos de la historia clínica y de los resultados de las pruebas aplicadas. Configuración del cuadro: el autor de la investigación Lic. Carlos Iván Sánchez. M

CUADRO IIb ESTADÍSTICO DE CONTRASTE

	USMDES	USMANT
Z		-2.379 ^a
Significación asintótica (Bilateral)		.017

Fuente: Datos obtenidos de la historia clínica y de los resultados de las pruebas aplicadas. Configuración del cuadro: el autor de la investigación Lic. Carlos Iván Sánchez. M

- a Basado en los rangos negativos.
- b Prueba de los rangos con signos de Wilcoxon

Decisión : Como Sig =0.017< 0.05 se rechaza H₀, hipótesis nula

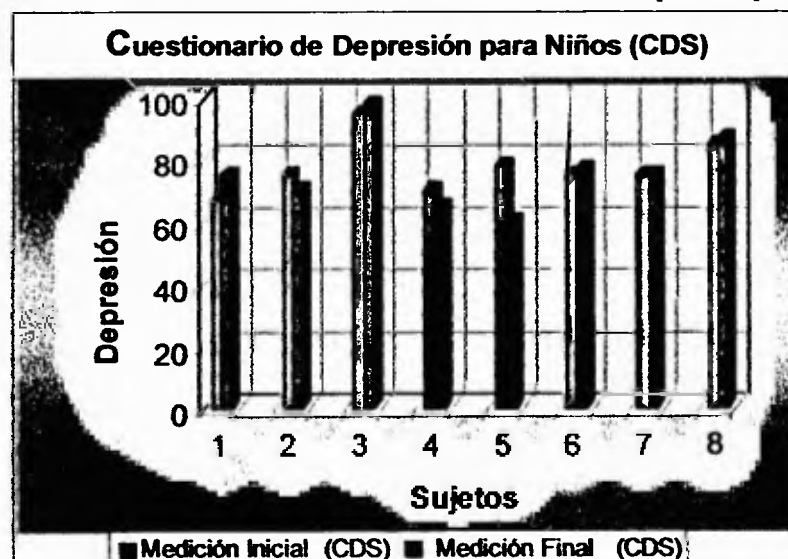
Conclusión A un nivel de significancia del 5% se concluye que los puntajes obtenidos en la escala USM en su medición inicial y final son diferentes, por lo que se aceptan las Hipótesis de Trabajo, (H_a) (1. El nivel de depresión observado después del tratamiento será menor que al inicio del mismo 2 El nivel de ansiedad observado después del tratamiento será menor que al inicio del mismo) planteadas en nuestra investigación. Por lo que el tratamiento si fue efectivo

CUADRO III RESULTADOS DEL CUESTIONARIO DE DEPRESIÓN PARA NIÑOS CDS

CASOS	Medición Inicial (CDS)	Medición Final (CDS)
1	67	75
2	75	70
3	95	98
4	70	65
5	78	60
6	75	77
7	75	75
8	85	87
9	75	abandonó
10	67	abandonó

*Fuente: Datos obtenidos de la historia clínica y de los resultados de las pruebas aplicadas.
Configuración del cuadro: el autor de la investigación, Lic. Carlos Iván Sánchez M.*

Figura 2. Gráfica de los resultados del Cuestionario de Depresión para niños



RESULTADOS ESTADÍSTICOS DEL CUESTIONARIO DE DEPRESIÓN PARA NIÑOS (CDS)

Hipótesis

Ho. No existen diferencia entre los puntajes obtenidos por los sujetos en el Cuestionario de Depresión para Niños (CDS) en la medición inicial y final

Ha: Los puntajes son diferentes

Nivel de significancia : $\alpha=0.05$

Cálculo del estadístico de la prueba

CUADRO IIIa ESTADÍSTICOS DESCRIPTIVOS

	N	Media	D. Típica	Mínimo	Máximo
CDSDES	8	75.8750	12.0764	60.00	98.00
CDSANT	8	77.5000	8.8479	67.00	95.00

Fuente: Datos obtenidos de la historia clínica y de los resultados de las pruebas aplicadas. Configuración de la muestra: el autor de la investigación Lic. Carlos Iván Sánchez. M

CUADRO IIIb ESTADÍSTICO DE CONTRASTE

	CDSDES	CDSANT
Z		-.339 ^a
Significación asintótica (Bilateral)		.734

Fuente: Datos obtenidos de la historia clínica y de los resultados de las pruebas aplicadas. Configuración de la muestra: el autor de la investigación Lic. Carlos Iván Sánchez. M

- a Basado en los rangos negativos
- b Prueba de los rangos con signos de Wilcoxon

Decisión : Como $\text{Sig} = 0.734 > 0.05$ no se rechaza Ho, hipótesis nula

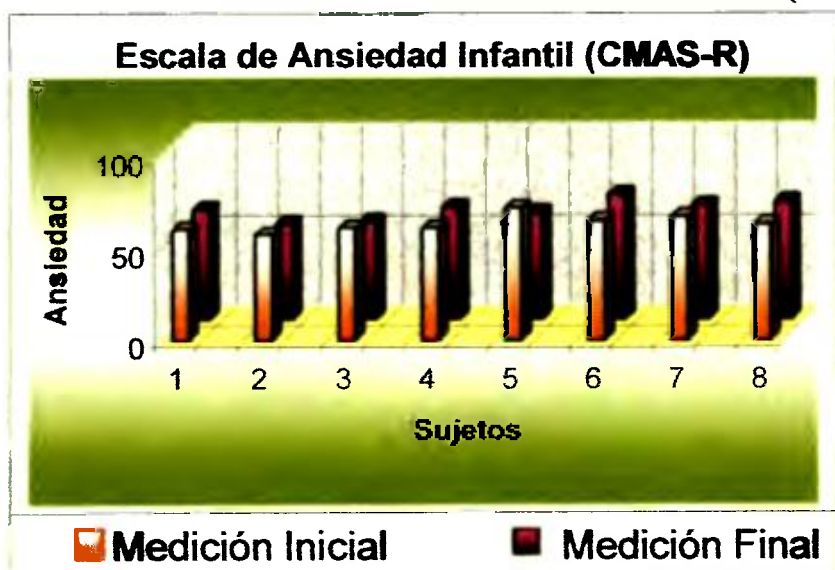
Conclusión: A un nivel de significancia del 5% se concluye que los puntajes obtenidos en el Cuestionario de Depresión para Niños (CDS) en su medición inicial y final son iguales. Por tanto, se acepta la hipótesis Nula (Ho) (1- Los niveles de depresión observados después del tratamiento serán iguales o menor que al inicio) Y se demuestra que el tratamiento no tuvo ningún efecto por tanto se acepta la hipótesis Nula (Ho) (1- Los niveles de depresión observados después del tratamiento serán iguales o menor que al inicio 2- Los niveles de ansiedad observada después del tratamiento serán igual o mayor que al inicio) Y se demuestra que el tratamiento no tuvo ningún efecto

CUADRO IV RESULTADOS EN LA ESCALA DE ANSIEDAD (CMAS-R)

CASOS	Medición Inicial (CMAS-R)	Medición Final (CMAS-R)
1	61	61
2	58	53
3	62	54
4	62	62
5	73	59
6	66	69
7	68	63
8	64	65
9	66	abandonó
10	60	abandonó

*Fuente: Datos obtenidos de la historia clínica y de los resultados de las pruebas aplicadas.
Configuración del cuadro: el autor de la investigación, Lic. Carlos Iván Sánchez M.*

Figura 3. Gráfico de los resultados de la Escala de Ansiedad Infantil (CMAS-R)



RESULTADOS EN LA ESCALA DE ANSIEDAD INFANTIL revisad

RESULTADOS EN LA ESCALA DE ANSIEDAD INFANTIL revisada (CMAS-R)

Hipótesis

Ho: No existen diferencia entre los puntajes obtenidos por los sujetos en la Escala de Ansiedad Infantil (revisada) (CMAS-R) en la medición inicial y final.

Ha: Los puntajes son diferentes

Nivel de significancia $\alpha=0.05$

Cálculo del estadístico de la prueba:

CUADRO IVa ESTADÍSTICOS DESCRIPTIVOS

	N	Media	D. Típica	Mínimo	Máximo
CMASDES	8	60.7500	5.3552	53.00	69.00
CMASANT	8	64.2500	48.6828	58.00	73.00

*Fuente: Datos obtenidos de la historia clínica y de los resultados de las pruebas aplicadas.
Configuración del cuadro: el autor de la investigación Lic. Carlos Ivan Sanchez Al*

CUADRO IVb ESTADÍSTICO DE CONTRASTE

	CMASDES CMASANT
Z	-1.577 ^a
Significación asintótica (Bilateral)	.115

*Fuente: Datos obtenidos de la historia clínica y de los resultados de las pruebas aplicadas.
Configuración del cuadro: el autor de la investigación Lic. Carlos Ivan Sanchez Al*

- Basado en los rangos negativos
- Prueba de los rangos con signos de Wilcoxon

Decisión : Como $\text{Sig} = 0.115 > 0.05$ no se rechaza Ho, hipótesis nula

Conclusión: A un nivel de significancia del 5% se concluye que los puntajes obtenidos en la escala de ansiedad (CMAS-R) en su medición inicial y final son iguales. Se acepta la Hipótesis Nula (Ho) (Los niveles de ansiedad observada después del tratamiento serán igual o mayor que al inicio). De acuerdo a estos resultados, el tratamiento no tuvo efecto alguno.

CUADRO V CASO CLÍNICO N° 1

Nombre	YILKA
Edad	14 años
Fecha de Nacimiento	7 de Abril de 1990
Sexo	Femenino
Nivel Académico	Segundo año
Ocupación	Estudiante
Fecha de Entrada	11 de Mayo de 1999
Tiempo de estadía	5 años
Razón de Ingreso	Hogar desintegrado/ Pobreza extrema
Entrevista Inicial	
Se siente triste y muy sensible, dice tener pocas amigas. Tiene recuerdos desagradables por lo que se encuentra muy triste, ya que su madre la abandonó desde los 8 años, luego ha estado con diferentes cuidadores, hasta que llegó al "Hogar". Aquí tiene todo excepto a sus padres. "esto es suficiente para sentirme triste y en ocasiones me siento como un . . . trapo sucio". Refiere que llora mucho, especialmente cuando recuerda a su familia.	
Entrevista Final	
Manifiesta sentirse mejor, porque ahora sabe que es lo que quiere ser en la vida. Sabe que aunque sus papás no están con ella, debe seguir adelante, por lo que debe seguir estudiando, porque no quiere repetir con sus hijos, lo que hicieron con ella. "Todavía me recuerdo y me da rabia, pero ya no me importa tanto".	
Eje I	F34.1 Trastorno distímico
Eje II	Z03.2 Sin Diagnóstico en el eje II
Eje III	Ninguno
Eje IV	T74.0 Negligencia de la infancia [V61 21] Problemas relativos al grupo primario de apoyo
Eje V	67, 75
Escala USM / Inicio	70
Escala USM / Final	85
Pruebas Objetivas	
TCC/ medición Inicial (CDS)	65
TCC/ medición Final (CDS)	45
TCC/ medición Inicial (CMAS-R)	61
TCC/ medición Final (CMAS-R)	61

Fuente: Datos obtenidos de la historia clínica y de los resultados de las pruebas aplicadas
 Configuración del cuadro: el autor de la investigación Lic. Carlos Iván Sánchez M
 Nota: Nombre ficticio

CUADRO VI CASO CLÍNICO N° 2

Nombre	MARIA
Edad	12 Años
Fecha de Nacimiento	29 de octubre de 1991
Sexo	Femenino
Nivel Académico	VI grado
Ocupación	Estudiante
Fecha de Ingreso	7 de Agosto de 2002
Tiempo de estadía	2 Años
Razón de Ingreso	Abandono
Entrevista Inicial	
<p>Los recuerdos mas vividos que tiene, es de ver a su papá borracho y a su mamá irse de la casa. “Él casi ni me atiende por estar borracho, esto era todos los días y yo creo que también coje drogas...y ella se largó con otro y me dejó” Otra cosa que dice no gustarle “es que aquí hay muchas niñas que son hipócritas...que se meten con uno, siempre, y por eso no les hablo...la que jode mas es esa tal Emilia, por eso es que me cae mal y a veces me dan ganas de ahorcarla o algo así ”</p>	
Entrevista Final	
<p>Dice molestarle mucho que no le presten atención, “quiero cambiar eso, pero en verdad me cuesta mucho, casi siempre estoy peleando con mis compañeras y con las señoras de la cocina y de la lavandería, se que eso no está bien, pero yo soy así, nací así y nada me va cambiar,...es que todo me da rabia porque yo no tengo a nadie”</p>	
I. Eje I	F63.8 Trastorno explosivo intermitente [312.34]
Eje II	Z03.2 Sin Diagnóstico en el eje II [V71 09]
Eje III	Ninguno
Eje IV	T74 1 Abuso físico del niño [V61 21] I74.0 Negligencia de la infancia [V61 21] Problemas relativos al grupo primario de apoyo
Eje V	50, 60
Escala USM / Inicio	70
Escala USM / Final	70
Pruebas Objetivas	
TCC/ medición Inicial (CDS)	75
TCC/ medición Final (CDS)	70
TCC/ medición Inicial (CMAS-R)	58
TCC/ medición Final (CMAS-R)	53

Fuente: Datos obtenidos de la historia clínica y de los resultados de las pruebas aplicadas
 Configuración del cuadro: el autor de la investigación Lic. Carlos Ivan Sanchez-M
 Nota: Nombre ficticio

CUADRO VII CASO CLÍNICO N° 3

Nombre	EMILIA
Edad	14 años
Fecha de Nacimiento	12 de Abril de 1990
Sexo	femenino
Nivel Académico	Segundo año
Ocupación	Estudiante
Fecha de Entrada	Junio de 1999
Tiempo de estadía	4 años
Razón de Ingreso	Pobreza extrema
Entrevista Inicial	
<p>Piensa que es diferente a las demás niñas, que la tratan mal porque no es negra ni es blanca. Su reclamo principal es que “me siento sola...no tengo a nadie en este cochino mundo”. Además piensa que aquí (en el Hogar) esta encerrada, siente ganas de romper los barrotes y de pegarle a cualquiera, especialmente alguna de las niñas que siempre la molestan y que me caen mal”. Por otro lado, siente que la presionan mucho que es a ella que siempre la mandan a realizar todos los trabajos de la casa.</p>	
Entrevista Final	
<p>“Me siento igual e incluso a veces peor, lo que quiero es irme de aquí, porque esto me tiene brava, siempre me mandan a hacer cosas y yo no quiero hacer nada, esto me tiene desesperada , ya no se que hacer...me quiero largar de aquí”.</p>	
Eje I	F34.1 Trastorno distímico [300.4] F41.1 Trastorno de ansiedad generalizada
Eje II	Z03.2 Sin Diagnóstico en el eje II
Eje III	Ninguno
Eje IV	T74.2 Abuso sexual del niño [V61.21] Problemas relativos al grupo primario de apoyo Problemas económicos
Eje V	51, 55
Escala USM / Inicio	45
Escala USM / Final	50
Pruebas Objetivas	
TCC/ medición Inicial (CDS)	95
TCC/ medición Final (CDS)	98
TCC/ medición Inicial (CMAS-R)	62
TCC/ medición Final (CMAS-R)	54

Fuente: Datos obtenidos de la historia clínica y de los resultados de las pruebas aplicadas.
 Configuración del cuadro: el autor de la investigación Lic. Carlos Ivan Sanchez M.
 Nota: Nombre ficticio

CUADRO VIII CASO CLÍNICO N° 4

Nombre	SUSANA
Edad	13 años
Fecha de Nacimiento	27 de Febrero de 1991
Sexo	Femenino
Nivel Académico	Tercer Año
Ocupación	Estudiante
Fecha de Entrada	16 de Diciembre de 1999
Tiempo de estadía	5 años
Razón de Ingreso	Madre detenida
Entrevista Inicial	
Manifiesta sentirse mal y añorar el pasado, por lo que llora cuando recuerda su familia, y los motivos por los cuales está en el Hogar. "La escuela me preocupa .ese poco de tarea que no dejan descansar a uno tranquilamente, pero lo mas duro son los exámenes...es que no me gusta porque tengo fracasos"	
Entrevista Final	
Expresa que las cosas no han cambiado mucho, con respecto al inicio, del tratamiento ya que tolera un poco más la idea de no tener a su familia cerca y llora menos. Con respecto a los temores dice "con la escuela la cosa sigue igual, le tengo miedo a los exámenes...fijese creo que me lo se y cuando voy a comenzar se me olvida todo y me da mareos."	
Eje I	F34.1 Trastorno distímico [300.4] F41.1 Trastorno de ansiedad generalizada
Eje II	Z03.2 Sin Diagnóstico en el eje II
Eje III	Ninguno
Eje IV	Problemas relativos al grupo primario de apoyo
Eje V	52, 57
Escala USM / Inicio	50
Escala USM / Final	60
Pruebas Objetivas	
TCC/ medición Inicial (CDS)	70
TCC/ medición Final (CDS)	65
TCC/ medición Inicial (CMAS-R)	62
TCC/ medición Final (CMAS-R)	62

Fuente: Datos obtenidos de la historia clínica y de los resultados de las pruebas aplicadas.
Configuración del cuadro: el autor de la investigación Lic. Carlos Ivan Sanchez M

Nota: Nombre ficticio

CUADRO IX CASO CLÍNICO N° 5

Nombre	2. JENNY
<i>Edad</i>	16 años
<i>Fecha de Nacimiento</i>	2 de Julio de 1988
<i>Sexo</i>	Femenino
<i>Nivel Académico</i>	Segundo Año
<i>Ocupación</i>	Estudiante
<i>Fecha de Entrada</i>	24 de Marzo de 2003
<i>Tiempo de estadía</i>	1 año
<i>Razón de Ingreso</i>	
Entrevista Inicial	
<p>Jenny, tiene muchos recuerdos desagradables de su infancia. Piensa que no es importante para nadie, ni siquiera para su familia, de manera que esto le entristece y la hace sentir muy mal, “a veces siento mucha rabia y me pongo a llorar por todo lo que me ha pasado, también, porque yo quiero irme a vivir con mi mamá y eso esta duro, porque mi mamá no tiene plata y no me puede cuidar”</p>	
Entrevista Final	
<p>“Me siento mucho mas tranquila, ya no tengo esos recuerdos que tenía casi siempre...bueno si pero no tanto como antes. Y lo otro que aprendí a no llorar tanto, se que tengo que echar pa' lante, porque aquí yo puedo tener esa oportunidad”</p>	
<i>Eje I</i>	F34.1 Trastorno distímico [300.4] F41.1 Trastorno de ansiedad generalizada
<i>Eje II</i>	Z03.2 Sin Diagnóstico en el eje II
<i>Eje III</i>	Ninguno
<i>Eje IV</i>	T74.2 Abuso sexual del niño [V61.21] T74.1 Abuso físico del niño [V61.21] T74.0 Negligencia de la infancia [V61.21] Problemas relativos al grupo primario de apoyo Problemas económicos
<i>Eje V</i>	53. 55
<i>Escala USM / Inicio</i>	70
<i>Escala USM / Final</i>	80
Pruebas Objetivas	
<i>TCC/ medición Inicial (CDS)</i>	78
<i>TCC/ medición Final (CDS)</i>	60
<i>TCC/ medición Inicial (CMAS-R)</i>	73
<i>TCC/ medición Final (CMAS-R)</i>	59

Fuente: Datos obtenidos de la historia clínica y de los resultados de las pruebas aplicadas
Configuración del cuadro: el autor de la investigación Lic. Carlos Ivan Sanchez M

Nota: Nombre ficticio

CUADRO X CASO CLÍNICO, N° 6

<i>Nombre</i>	JOHANA
<i>Edad</i>	14 años
<i>Fecha de Nacimiento</i>	12 de Julio de 1990
<i>Sexo</i>	Femenino
<i>Nivel Académico</i>	Primer Año
<i>Ocupación</i>	Estudiante
<i>Fecha de Ingreso</i>	30 de Agosto de 1995
<i>Tiempo de estadía</i>	9 Años
<i>Razón de Ingreso</i>	Circunstancia Especialmente Dificiles
Entrevista Inicial	
<p>“Siempre me recuerdo de los maltratos de mi papá o mi padrastro, todavía oigo cuando me decía que me iba a matar a mi y a mi mamá Esto me da rabia, porque yo estaba chiquita y a veces mi mamá no me cuidaba de padrastro... Ahora aquí yo se que soy grosera con las niñas y con las señoras que nos cuidan pero es que ellos tienen la culpa porque me buscan, yo me pongo brava, pero después me siento sin mas nadie algunas veces pienso en matarme oirme de aquí”</p>	
Entrevista Final	
<p>“Estoy contenta porque ya no estoy siempre brava, pero a veces esto es duro, porque me buscan y es donde ya me pongo brava y viene lo demás que me siento triste, sola y hasta de morirme, pero ya no es tanto como antes”.</p>	
<i>Eje I</i>	F63.8 Trastorno explosivo intermitente [312.34] F34.1 Trastorno distímico [300.4] F41.1 Trastorno de ansiedad generalizada [300.02]
<i>Eje II</i>	Z03.2 Sin Diagnóstico en el eje II
<i>Eje III</i>	Ninguno
<i>Eje IV</i>	Z63.1 Problemas paterno-filiales [V61.20] T74.1 Abuso físico del niño [V61.21]
<i>Eje V</i>	47, 50
<i>Escala USM / Inicio</i>	40
<i>Escala USM / Final</i>	42
Pruebas Objetivas	
<i>TCC/ medición Inicial (CDS)</i>	75
<i>TCC/ medición Final (CDS)</i>	77
<i>TCC/ medición Inicial (CMAS-R)</i>	66
<i>TCC/ medición Final (CMAS-R)</i>	69

Fuente: Datos obtenidos de la historia clínica y de los resultados de las pruebas aplicadas
Configuración del cuadro: el autor de la investigación Lic. Carlos Iván Sánchez - M

Nota: Nombre ficticio

CUADRO XI CASO CLÍNICO N° 7

Nombre	YAURI
<i>Edad</i>	15 Años
<i>Fecha de Nacimiento</i>	12 de Octubre de 1989
<i>Sexo</i>	Femenino
<i>Nivel Académico</i>	Segundo año
<i>Ocupación</i>	Estudiante
<i>Fecha de Ingreso</i>	17 de Junio de 1998
<i>Tiempo de estadía</i>	6 Años
<i>Razón de Ingreso</i>	Maltrato Físico
Entrevista Inicial	
“Lo que más me da miedo es ser abandonada otra vez, hay veces que quiero morirme porque tengo tantos problemas que me da rabia... también yo se que soy fea y no merezco que se preocupen por mi. También, le tengo miedo no se a que, a todo yo creo ”.	
Entrevista Final	
“Sinceramente, las cosas no han cambiado mucho, algunas veces he pensado en matarme, aunque ya es menos que antes, ya no tengo tanto miedo y estoy mas tranquila, pero si me siento sola sin nadie en la vida”	
<i>Eje I</i>	F34.1 Trastorno distímico F41.1 Trastorno de ansiedad generalizada
<i>Eje II</i>	Z03.2 Sin Diagnóstico en el eje II
<i>Eje III</i>	Ninguno
<i>Eje IV</i>	T74.0 Negligencia de la infancia [V61.21] Problemas relativos al grupo primario de apoyo
<i>Eje V</i>	45, 48
<i>Escala USM / Inicio</i>	70
<i>Escala USM / Final</i>	72
Pruebas Objetivas	
<i>TCC/ medición Inicial (CDS)</i>	75
<i>TCC/ medición Final (CDS)</i>	75
<i>TCC/ medición Inicial (CMAS-R)</i>	68
<i>TCC/ medición Final (CMAS-R)</i>	63

Fuente: Datos obtenidos de la historia clínica y de los resultados de las pruebas aplicadas
Configuración del cuadro: El autor de la investigación Lic. Carlos Ivan Sanchez. M.

Nota: Nombre ficticio

CUADRO XII CASO CLÍNICO N° 8

Nombre	YASI
Edad	13 Años
Fecha de Nacimiento	26 de Diciembre de 1990
Sexo	Femenino
Nivel Académico	Segundo año
Ocupación	Estudiante
Fecha de Entrada	26 de Febrero de 2002
Tiempo de estadía	2 Años
Razón de Ingreso	Extrema Pobreza
Entrevista Inicial	
<p>“ Me la paso pensando, en lo mala que ha sido la vida conmigo, me ha tratado mal, lo que mas me duele es no estar junto con mis papás, creo que nadie me quiere, aunque ellos me vienen a visitar, pero yo quiero estar con ellos... El otro problema es que dicen que soy grosera, pero es que yo no me dejo, es que quieren agarrar a uno de pendeja, eso me da rabia,, pero no sé ...yo no quiero ser así pero ellas tienen la culpa”.</p>	
Entrevista Final	
<p>“La verdad es que me siento igual o peor algunas veces, las cosas siempre están igual, no he cambiado nada, sigo sintiéndome sola, además sigo teniendo problemas con las demás personas...ahora no se me quita la rabia que tengo encima”.</p>	
Eje I	F34.1 Trastorno distímico
Eje II	Z03.2 Sin Diagnóstico en el eje II
Eje III	Ninguno
Eje IV	T74.0 Negligencia de la infancia [V61.21] Problemas económicos
Eje V	62, 54
Escala USM / Inicio	65
Escala USM / Final	70
Pruebas Objetivas	
TCC/ medición Inicial (CDS)	85
TCC/ medición Final (CDS)	87
TCC/ medición Inicial(CMAS-R)	64
TCC/ medición Final (CMAS-R)	65

Fuente: Datos obtenidos de la historia clínica y de los resultados de las pruebas aplicadas.
Configuración del cuadro: el autor de la investigación Lic. Carlos Ivan Sanchez M.
Nota: Nombre ficticio

CUADRO XIII CASO CLÍNICO N° 9

<i>Nombre</i>	ROSAURA
<i>Edad</i>	14 Años
<i>Fecha de Nacimiento</i>	24 de noviembre de 1989
<i>Sexo</i>	Femenino
<i>Nivel Académico</i>	VI° Grado
<i>Ocupación</i>	Estudiante
<i>Fecha de Ingreso</i>	26 de Febrero de 2002
<i>Tiempo de estadía</i>	2 Años
<i>Razón de Ingreso</i>	Extrema Pobreza
Entrevista Inicial	
"Piensa que esta sola, aunque realmente vive con su hermana y con el resto del personal, vive ensimismada y apartada del grupo, se molesta constante mente, porque le dicen cosas feas y esto es suficiente para explotar e incluso golpear"	
Entrevista Final	
No terminó el programa	
<i>Eje I</i>	F34.1 Trastorno distímico
<i>Eje II</i>	Z03.2 Sin Diagnóstico en el eje II
<i>Eje III</i>	Ninguno
<i>Eje IV</i>	T74 0 Negligencia de la infancia [V61 21] Problemas económicos
<i>Eje V</i>	50
<i>Escala USM / Inicio</i>	50
<i>Escala USM / Final</i>	-
Pruebas Objetivas	
<i>TCC/ medición Inicial (CDS)</i>	75
<i>TCC/ medición Final (CDS)</i>	-
<i>TCC/ medición Inicial (CMAS-R)</i>	66
<i>TCC/ medición Final (CMAS-R)</i>	-

Fuente: Datos obtenidos de la historia clínica y de los resultados de las pruebas aplicadas
Configuración del cuadro: el autor de la investigación, Lic. Carlos Iván Sánchez Al

Nota: Nombre ficticio

CUADRO IVX CASO CLÍNICO N° 10

Nombre	BRENDA
Edad	14 años
Fecha de Nacimiento	13 de Junio de 1990
Sexo	Femenino
Nivel Académico	Primer año
Ocupación	Estudiante
Fecha de Entrada	Mayo de 1997
Tiempo de estadía	5 años 6 meses
Razón de Ingreso	Pobreza extrema
Entrevista Inicial	
<p>“Mi mayor problema es recordar las dificultades que tuve antes de entrar aquí,” Dice sentirse muy mal porque sus padres están lejos de ella y de sus hermanas. Le cuesta mucho realizar las labores de casa, porque siempre tiene pereza, además de mostrarse irritable y poco tolerante, especialmente con las niñas más pequeñas y otras veces con sus cuidadora.</p>	
Entrevista Final	
<i>No terminó el Programa</i>	
Eje I	F34.1 Trastorno distímico
Eje II	Z03.2 Sin Diagnóstico en el eje II
Eje III	Ninguno
Eje IV	T74.0 Negligencia de la infancia [V61.21] Problemas económicos
Eje V	51
Escala USM / Inicio	50
Escala USM / Final	-
Pruebas Objetivas	
TCC/ medición Inicial (CDS)	67
TCC/ medición Final (CDS-)	-
TCC/ medición Inicial (CMAS-R)	60
TCC/ medición Final (CMAS-R)	-

Fuente: Datos obtenidos de la historia clínica y de los resultados de las pruebas aplicadas.
 Configuración del cuadro: el autor de la investigación Lic. Carlos Iván Sánchez M.
 Nota: Nombre ficticio.

CAPÍTULO CUARTO

INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS

INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS

A continuación presentamos la parte medular de esta investigación, nos referiremos al análisis e interpretación de los resultados obtenidos en esta investigación

En la Escala de Unidades Subjetivas de Malestar (USM) se aceptaron las dos hipótesis de trabajo, planteadas en nuestra investigación que textualmente sostenían 1- *Las puntuaciones registradas en el Cuestionario de Depresión para Niños –CDS-, serán significativamente menores al concluir el tratamiento, que al inicio del programa* 2- *Las puntuaciones registradas en la Escala de Ansiedad Infantil (CMAS-R), serán significativamente menores al concluir el tratamiento, que al inicio del mismo*, en que las participantes se auto-evaluaron positivamente, y cuyos puntajes nos indican que obtuvieron mejoría en sus síntomas, tanto depresivos como ansiosos. De acuerdo a estos resultados, el Programa de Competencias de Afrontamiento (Cognitivo-Conductual) fue efectivo en nuestra investigación para reducir la depresión y la ansiedad.

Los resultados obtenidos en la Escala USM, coinciden con el análisis clínico realizado a cada participante del programa, durante nuestra investigación (Ver capítulo tres, cuadros clínicos V-XV) También podemos señalar, que estos resultados coinciden con los obtenidos en una investigación realizada en Panamá por Jaén R. (1999) en una muestra de hombres y mujeres adultos, en que se encontró una “reducción de la intensidad de la depresión, en todos los casos estudiados”

Otros autores como Lidiard y Falsetti (1995) también encontraron evidencias de que el Tratamiento Cognitivo-Conductual es eficaz en el trastorno de Ansiedad Lo que corrobora nuestros resultados.

Sin embargo, en los resultados del Cuestionario de Depresión para Niños (CDS) no se acepta nuestra primera hipótesis de trabajo, antes mencionada. Por el contrario, se confirma la hipótesis Nula que plantea: *Los niveles de depresión observados después del tratamiento serán iguales o mayor que al inicio del mismo*. De lo anterior se deduce que con los resultados del Tratamiento de Competencias de Afrontamiento, (Cognitivo-Conductual) no produjo cambios en los síntomas depresivos de las participantes Otras

investigaciones plantean que la depresión y la ansiedad no ceden con menos de 15 sesiones. Jaén R (sup cit)

En la Escala de Ansiedad Infantil revisada (CMAS-R) no se acepta nuestra segunda hipótesis de trabajo (Ha), que señala *Las puntuaciones registradas en la Escala de Ansiedad Infantil (CMAS-R), serán significativamente menores al concluir el tratamiento, que al inicio del mismo* Se acepta nuestra segunda hipótesis Nula (Ho) *Los niveles de ansiedad observados después del tratamiento serán iguales o mayor, que al inicio del mismo* De acuerdo a estos resultados el tratamiento de Competencias de Afrontamiento, (Cognitivo-Conductual), no tuvo efecto en la disminución de los síntomas de ansiedad, en nuestra investigación

Como investigadores nos preguntamos ¿Por qué dentro de la misma investigación hay resultados contradictorios, en que la Evaluación Clínica y las propias participantes a través de sus auto-reportes de la Escala de Unidades Subjetivas de Malestar, en contraste con el Cuestionario de Depresión para Niños y la Escala de Ansiedad Infantil, no concuerdan? Con respecto a esta situación, en el marco teórico de esta investigación, encontramos que no siempre los resultados objetivos concuerdan con los resultados subjetivos, Hollander (2002) como en el caso de nuestra investigación No obstante, esta situación nos plantea nuevas preguntas tales como:

¿en que nivel influyeron las variables extrañas o intervinientes? ¿hace mas difícil el tratamiento la comorbilidad entre ansiedad y depresión? ¿es importante la edad de los sujetos para un mejor entendimiento de los objetivos del Programa?

Con respecto a las variables extrañas o intervinientes, consideramos que uno de los factores que intervinieron en los resultados de las puntuaciones, se puede deber a la influencia de estas, que dicho sea de paso, son propias de este tipo de investigación como sostiene Kerlinger (1979) “La investigación no experimental o ex-post-facto es una investigación en la que resulta imposible manipular las variables o asignar aleatoriamente a los sujetos o a las condiciones”. Esto apunta a la dificultad de medir variables que tienen influjos externos no controlados, que afectan la validez interna de la investigación, como en el caso de la nuestra, que es No-experimental

Entre algunas de las variables que consideramos incidieron negativamente, en el proceso terapéutico fueron:

- 1- *Daño emocional severo*: las experiencias vividas por la mayoría de las participantes de la muestra, vivieron experiencias traumáticas que han marcado sus vidas, dejando una secuela de dificultades, entre las que podemos destacar la labilidad emocional. Con frecuencia había cambio de humor, entre una sesión y otra o dentro de una misma sesión.
- 2- *Vulnerabilidad a la presión de grupo*: el cual se pudo apreciar en las ocasiones que salían de permiso a sus casas, (visitas a padres u otros familiares) y al entorno de donde regresaban con una actitud negativa hacia todas las actividades del centro, incluyendo el programa.
- 3- *Dificultades en las relaciones interpersonales*: cuando las relaciones entre las participantes, no eran buenas (tenían discusiones o peleas), se impedía su buen desenvolvimiento para desarrollar las labores, propias de la sesión, especialmente cuando se trataba de trabajar en grupos previamente establecidos.
- 4- *Cantidad de las sesiones*: la cantidad de sesiones es importante, para distribuirlas en los módulos de Resolución de conflictos y reestructuración cognitiva.
- 5- *Horario de sesiones*. las sesiones coincidían con el horario regular de realización de tareas y asignaciones escolares, en varias ocasiones aún no habían terminado sus responsabilidades académicas, situación esta que afectaba el buen desenvolvimiento durante la sesión correspondiente.

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

CONCLUSIONES

- 1 Los resultados de esta investigación no dejan claro si la Terapia Cognitivo-Conductual en formato de grupo, es adecuada para poblaciones como la investigada, en el tratamiento de los síntomas ansiedad y depresión
2. Es importante controlar o disminuir el efecto de las siguientes variables intervinientes: *daño emocional severo, Vulnerabilidad a la presión de grupo, dificultades en las relaciones interpersonales, cantidad de las sesiones y horario de las sesiones.*
- 3 Los síntomas ansiosos y depresivos no seden con tratamientos cortos, estos requieren de tratamientos mas largos que las empleadas en nuestra investigación (14 sesiones)
- 4 Es alentadora la correlación positiva entre los resultados de la escala USM y el juicio crítico del examinador, lo cual nos indica que con tratamientos mas largos los resultados pueden ser eficaces para los síntomas depresivos y ansiosos en poblaciones con adolescentes institucionalizados
- 5 El Programa de Entrenamiento en Competencias de Afrontamiento es un tratamiento que se puede adecuar, dada su flexibilidad a los ajustes y requerimientos necesarios para cada grupo
- 6 La Terapia Cognitiva-conductual es una alternativa para el tratamiento con adolescentes institucionalizados, siempre y cuando se adecuen los programas a las exigencia y necesidades de los grupos

RECOMENDACIONES

1. Replicar este tratamiento en una población con características similares para comparar los resultados obtenidos en nuestra investigación
2. Recomendar que en investigaciones futuras en poblaciones similares a la nuestra, se ponga especial atención a las variables intervinientes tales como *daño emocional severo, Vulnerabilidad a la presión de grupo, dificultades en las relaciones interpersonales, cantidad de las sesiones y horario de las sesiones*
3. Utilizar otros diseños en que haya mejor control de las variables intervinientes (como es el caso del diseño experimental) e incluso la utilización de un tratamientos combinados, como la Terapia Cognitiva-conductual y farmacoterapia
4. Aumentar la cantidad de sesiones, que permita ampliar temas, especialmente en resolución de conflictos y reestructuración cognitiva, que permitan mayor libertad y amplitud en la estructuración del programa aplicado a poblaciones similares a la nuestra
5. Ajustar a las necesidades y requerimientos de los participantes del grupo en estudio, los temas de acuerdo a su problemática detectada en la fase exploratoria

LITERATURA CONSULTADA

- Alonso, Anne y Hillel Swiller, 1995. “Psicoterapia de grupo en la práctica clínica” Editorial El Manual Moderno, S A México, Págs 568
- American Psychiatric Association. 2001 “DSM - IVTR: Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales. (Texto Revisado)” Editorial Masson, S A España.. Págs. 909.
- Arieti S. y Bemporad J (1998) “Psicoterapia de la Depresión” Ediciones Paidós, Barcelona, España Págs 340
- Beck, Aaron (1979) “La Terapia Cognitiva” Ediciones Paidós, Barcelona, Págs 234
- Beck, Aaron (1985) “Terapia Cognitiva de los trastornos de la personalidad” Ediciones Paidós, Barcelona, Págs 545
- Beck, Aaron T y otros (1995) “Terapia Cognitiva de los trastornos de la personalidad” Ediciones Paidós, Barcelona, Págs 545
- Belloch A, Sandín B., Ramos F “Manual de Psicopatología Volumen I” Editorial Mc Graw Hill , España. 613 Págs
- Belloch A., Sandín B, Ramos F. (1999) “Manual de Psicopatología Volumen II” Editorial Mc Graw Hill , España 1999 Págs
- Bernstein, Dougla A y Thomas D Borkovec “Entrenamiento en relajación progresiva” Editorial Desclée De Brouwer, S A España 1983. Págs 95
- Breton S. (2003) “La Depresión” Editorial Desclée De Brouwer, S A. España. Págs 195
- Bruno, F J (1997) “Diccionario de términos psicológicos fundamentales.” Paidós Barcelona
- Caballo, V. 1997 “Manual para el Tratamiento Cognitivo-Conductual de los Trastornos Psicológicos”. Madrid Siglo Veintiuno
- Calderon N (1998) “Depresión, un Libro para Enfermos y Médicos” Ediciones Paidós, Barcelona, España Págs 375
- Carretero, Mario 1996 “Introducción a la Psicología Cognitiva”. Editorial Aiqué Buenos Aires.

- Christensen y Cols , 1998, **“Neuropsicología y Psiquiatría”** Mc Graw Hill México Págs. 345
- Cook, T.D. y Ch S Reichardt 1986 **“Métodos cualitativos y cuantitativos en investigación evaluativa”** Ediciones Morata,S A España . Págs 228
- Coolican, Hugh **“Métodos de Investigación y Estadística en Psicología”**. México Editorial El Manual Moderno, S A México Págs. 449
- Dorsch, Friedrich , 1994 **“Diccionario de Psicología”**. Séptima Edición Editorial Herder España Págs. 1030
- Ellis, A. & Bernard, M (1990) **“Aplicaciones Clínicas de la Terapia Racional Emotiva”**. Bilbao Desclée de Brouwer
- Ellis, Albert y Russell Grieger **“Manual de terapia racional emotiva, Volumen 2”**. Editorial Desclée De Brouwer, España 1990, Págs 443
- Ellis, Albert y Russell Grieger 1981 **“Manual de terapia racional emotiva”** VI edición Editorial Desclée De Brouwer, España , Págs. 455
- Forn, Floreal H y otros 1992, **“Métodos cualitativos II, la práctica de la investigación”** Centro Editor de América Latina, Argentina Págs 210
- Forrest, J (1997) **“Lenguaje y los Orígenes del Psicoanálisis”** Mc Graw Hill México Págs 453
- Gabbard G. 2002, **“Psiquiatría Psicodinámica en la Práctica Clínica”** Editorial Mc Graw Hill , España. 313 Págs.
- Galimberti U. (2002) **“Diccionario de Psicología”** Editorial Paidós, España Págs 1240
- Greenberger, D & Padesky, Ch. 1998 **“El Control de tu Estado de Ánimo”** Editorial Paidós Barcelona España
- Hernández Sampieri, Roberto y otros 1991 **“Metodología de la Investigación”** Mc Graw Hill. México . Págs. 505.
- Hofling, Charles K. 1977 **“Tratado de Psiquiatría”**. Segunda Edición Nueva Editorial Interamericana, S.A.. México Pág. 596
- Hollander E, Simeon D , Gorman J. (2002) **“Concise Guide to Anxiety Disorders”** Mc Graw Hill. D.F. México . Págs 764

- Kelly, Jeffrey A. **“Entrenamiento de las Habilidades Sociales”** Editorial Desclée De Brouwer, S A España 1992 Págs 251.
- Kerlinger, Fred N 1994 **“Investigación del Comportamiento”**. Tercera Edición Mc Graw Hill México Págs 748
- Lazarus A. A. (1991) **“Terapia Multimodal”** Editorial Pirámide Madrid España, Págs 185
- Lidiard y Falseth (1995) **“Depresión y Ansiedad”** Edición Mc Graw Hill México Págs 148
- Mardomingo, M J 2002 **“Psiquiatría Infanto-Juvenil.”** Mc Graw Hill México Págs 274.
- Marshall (1995) **“Agresores Sexuales”** Editorial Pirámide Madrid España, Págs 258
- Matheson, Douglas W. y otros **“Psicología Experimental, Diseños y Análisis de Investigación”**. México. Compañía Editorial Continental, S A 1983 Págs 476
- Méndez Francisco X 2001 **“El Niño que no Sonríe”** Editorial Pirámide Madrid España, Págs 285
- Obst Camerini, J 2000 **“El Psicodrama Cognitivo conductual”** Editorial CATREC Buenos Aires Argentina 153 Páginas
- Obst Camerini, J 2000 **“Los Trastornos de Ansiedad”** Editorial CATREC Buenos Aires Argentina. 27 Páginas
- Obst Camerini, J 2001 **“Forma De Cambiar Los Pensamientos Distorsionados Y Actitudes Demandantes Que Nos Producen Consecuencias Auto-Saboteadoras”** Editorial CATREC. Buenos Aires Argentina
- Pancheri, Paolo 1982 **“Manual de Psiquiatría Clínica”**. Editorial Trillas México Págs 392
- Pérez Serrano, Gloria **“Investigación Cualitativa. Retos e Interrogantes”** Editorial La Muralla, S A España 1994 Págs 231
- Roth M, & Col 1972 **“Studies in the classification of affective disorders. The relationship between anxiety states and depressive illnesses:”**; Págs 561
- Safran, J & Segal, Z 1996 **“El Proceso Interpersonal en Terapia Cognitiva”** Editorial Paidós, Barcelona España

- Shapiro, R (1995) **“La impronta Humana”** Editorial Pirámide Madrid España, Págs 345
- Sturgeon, W (1987) **“Depresión”** Editorial Pirámide Madrid España, Págs 346
- Sumn, Richard M 1993 **“Entrenamiento en manejo de ansiedad”** Editorial Desclée De Brouwer, S A Bilbao, Págs 346
- Taylor, G (1995) **“Como Desarrollar Aptitudes Psicolingüísticas”** Editorial Desclée De Brouwer, S A España Págs 452
- Vallejo Ruiloba, J 1994 **“Introducción a la Psicopatología y Psiquiatría”**. Tercera Edición Editorial Salvat México Págs 794

**J. L. Ayuso Gutiérrez 2002 “Comorbilidad depresión-ansiedad: aspectos clínicos”
obtenidos el 28 de marzo de 2004**

http://www.psiquiatria.com/psiquiatria/vol1num1/art_2.htm

<http://www.mnhhs.com/clinical/peds/spanish/mentalhealth/anxhub.htm> La Salud Mental de Niños y Adolescentes

<http://www.psicologia-online.com/ESMUbeda/Libros/Manual/manual0.htm> Manual de Terapia Cognitiva Conductual.

<http://www.analisis-psi.com.ar/index.htm> Psicoterapia Cognitiva Conductual.

<http://www.cutimia.com/trmentales/ansiedad.htm#TAG> Trastorno de Ansiedad generalizada. Autora Ana Domínguez

Ferraro M L **Que Es La Psicología Cognitivo Conductual** Fecha de publicación 01 de marzo de 2001 <http://www.psicoplana.net/temas/tema04.htm> 25.

Tomasini G. (1999) **TRASTORNOS DE ANSIEDAD GENERALIZADA** tomado el 19 de febrero de 2004 http://galeon.hispavista.com/pcazau/guia_ansi03.htm

Primero G **Problemas vinculares trastornos de ansiedad y psicoterapia** Tomado el 24 de marzo de 2004 <http://www.geocities.com/ansiedadyvinculos/ansiedad.htm>

J J Ruiz Sánchez y J J Cano Sánchez **MANUAL DE PSICOTERAPIA COGNITIVA** obtenido el 23 de septiembre de 2004 <http://www.psicologia-online.com/ESMUbeda/Libros/Manual/manual12.htm>

ANEXOS

ANEXO 1

INFORMES CLÍNICOSCASO CLÍNICO N° 1

Nombre	YILKA
Edad	14 años
Fecha de Nacimiento	7 de Abril de 1990
Sexo	Femenino
Nivel Académico	Segundo año
Ocupación	Estudiante
Fecha de Entrada	11 de Mayo de 1999
Tiempo de estadía	5 años
Razón de Ingreso	Hogar desintegrado/ Pobreza extrema

Historia Personal (Resumen)

Yilka recuerda que vivía con su madre, pero esta se enfermó y ya no la podía atender (paciente siquiátrica). Por otra parte, el padre estuvo ausente, lo conoció cuando tenía tres años y lo volvió a ver a los seis años de edad

Por esta razón se la llevaron a vivir con una tía, prima de su papá a al edad de siete años , pero esta la maltrataba, según recuerda Razón por la cual se escapó de la casa, la recogió la policía y la llevaron al juzgado, luego donde un tío Posteriormente, a los ocho años la llevaron a vivir con una señora en Juana Díaz y de ahí recuerda haber pasado de casa en casa, en varias oportunidades, entre las que mas recuerda, que en una recaída de la madre, se la llevó un tío materno, que posteriormente quiso abusar sexualmente de ella, tiene una idea un poco confusa, al respecto

Con respecto a la composición familiar, son siete hermanos de los cuales ella, es la cuarta, ene le orden de nacimiento Tiene muy poca relación con el resto de los hermanos, ya que todos están separados de su madre y viven con diferentes tíos u otros familiares

Entrevista Inicial

Se siente triste y muy sensible, dice tener pocas amigas. Tiene recuerdos desagradables por lo que se encuentra muy triste, ya que su madre la abandonó desde los 8 años, luego ha estado con diferentes cuidadores, hasta que llegó al "Hogar". Aquí tiene todo excepto a sus padres "esto es suficiente para sentirme triste y en ocasiones me siento como un trapo sucio" Refiere que llora mucho, especialmente cuando recuerda a su familia.

Entrevista Final

Manifiesta sentirse mejor, porque ahora sabe que es lo que quiere ser en la vida. Sabe que aunque sus papás no están con ella, debe seguir adelante, por lo que debe seguir estudiando, porque no quiere repetir con sus hijos, lo que hicieron con ella "Todavía me recuerdo y me da rabia, pero ya no me importa tanto".

Examen del Estado Mental:

<i>Aspecto general del sujeto</i>	Normal en lo que concierne al aspecto físico, vestido y cuidado de su persona
<i>Actividad motora</i>	Lenta
<i>Expresión de rostro</i>	Triste
<i>Mímica</i>	Lenta
<i>Valorización cuantitativa del discurso</i>	Normal
<i>Valoración de las expresiones afectivas durante el interrogatorio</i>	Tristeza y sentimientos pesimistas
<i>Manifestaciones de ansiedad durante el interrogatorio</i>	Moderada
<i>Orientación</i>	Normal
<i>Organización estructural de la</i>	

<i>comunicación</i>	Normal
<i>Transformación Patológica de la realidad</i>	Mantiene contacto con la realidad y no hay deformaciones de la misma, ya que no presentó alucinaciones ni delirios
<i>Obsesiones y fobias</i>	No se observaron
<i>Sentimientos y despersonalización</i>	No se observaron
<i>Problemáticas personales significativas.</i>	Básicamente está muy triste por el desarraigamiento de la familia
<i>Orientación del estado de ánimo</i>	Triste
<i>Memoria</i>	Apropiada
<i>Conciencia de su problema Crítica</i>	Tiene una idea clara de su situación Adecuada
<i>Mecanismos de defensa utilizados</i>	Racionalización Represión Negación Intelectualización

Diagnóstico Multiaxial:

Eje I	F34 1 Trastorno distímico
Eje II	Z03 2 Sin Diagnóstico en el eje II
Eje III	Ninguno
Eje IV	T74 0 Negligencia de la infancia [V61 21] Problemas relativos al grupo primario de apoyo
Eje V	67, 75
Escala USM / Inicio	70
Escala USM / Final	85

Pruebas Aplicadas:

Cuestionario de Depresión para Niños (CDS)	
Medición Inicial	65
Medición Final	45
Escala de Ansiedad Infantil (CMAS-R)	
Medición Inicial	61
Medición Final	61

CASO CLÍNICO N° 2

Nombre	MARIA
Edad	12 Años
Fecha de Nacimiento	29 de octubre de 1991
Sexo	Femenino
Nivel Académico	VI grado
Ocupación	Estudiante
Fecha de Ingreso	7 de Agosto de 2002
Tiempo de estadía	2 Años
Razón de Ingreso	Abandono

Historia Personal y Familiar

(Los reporte de los primeros años de vida no se pudieron recaudar, ya que los padres no estaban en disposición de ofrecer información y no existe registro alguno de esos detalles escritos en el Hogar)

Vive en el Hogar, desde hace una año, llegó porque su madre los abandonó, desde los cuatro años de edad, y se quedó a vivir con su padre, el cual la tenía descuidada, y mal vestida. Sin embargo, ella la justifica en parte porque su padre, siempre estaba “borracho” y hasta cree que consumía otras drogas, según otros reportes, consumía marihuana y cocaína. Recuerda algunos eventos tales como las peleas constantes que en ocasiones terminaban en agresiones mutuas. La casa era un caos, y no la ayudaban en la escuela ni le compraban ropas. Es la maestra quien solicita la intervención de las autoridades, para intentar rescatar a la joven.

Entrevista Inicial

Los recuerdos mas vividos que tiene, es de ver a su papá borracho y a su mamá irse de la casa. “Él casi ni me atiende por estar borracho, esto era todos los días y yo creo que también coje drogas.. y ella se largó con otro y me dejó” Otra cosa que dice no gustarle “es que aquí hay muchas niñas que son hipócritas que se meten con uno, siempre, y por

eso no les hablo la que jode mas es esa tal Emilia, por eso es que me cae mal y a veces me dan ganas de ahorcarla o algo así ”

Entrevista Final

Dice molestarle mucho que no le presten atención, “quiero cambiar eso, pero en verdad me cuesta mucho, casi siempre estoy peleando con mis compañeras y con las señoras de la cocina y de la lavandería, se que eso no esta bien, pero yo soy así, nací así y nada me va cambiar, es que todo me da rabia porque yo no tengo a nadie”

Examen del Estado Mental:

<i>Aspecto general del sujeto</i>	Adecuada
<i>Actividad motora</i>	Lenta
<i>Expresión de rostro</i>	Triste
<i>Mímica</i>	Lenta
<i>Valorización cuantitativa del discurso:</i>	Normal
<i>Valoración de las expresiones afectivas durante el interrogatorio</i>	Sentimientos de tristeza y desesperanza
<i>Manifestaciones de ansiedad durante el interrogatorio</i>	Moderada
<i>Orientación.</i>	Normal
<i>Organización estructural de la comunicación.</i>	Adecuada
<i>Transformación Patológica de la realidad.</i>	Mantiene contacto con la realidad
<i>Obsesiones y fobias</i>	No se observaron
<i>Sentimientos y despersonalización</i>	No se observaron
<i>Problemáticas personales significativas</i>	Piensa que su problema es irremediable

Orientación del estado de ánimo	Triste
<i>Memoria</i>	Apropiada
<i>Conciencia de su problema Crítica:</i>	Hay confusión en la problemática de la joven Adecuada
<i>Mecanismos de defensa utilizados</i>	Negación Represión Racionalización

Diagnóstico Multiaxial:

Eje I	F63 8 Trastorno explosivo intermitente [312 34]
Eje II	Z03 2 Sin Diagnóstico en el eje II [V71 09]
Eje III	Ninguno
Eje IV	T74 1 Abuso físico del niño [V61 21] T74.0 Negligencia de la infancia [V61 21] Problemas relativos al grupo primario de apoyo
Eje V	60, 60
Escala USM / Inicio	70
Escala USM / Final	70

Pruebas Objetivas

Cuestionario de Depresión para Niños (CDS)	
Medición Inicial	75
Medición Final	70
Escala de Ansiedad Infantil (CMAS-R)	
Medición Inicial	58
Medición Final	53

CASO CLÍNICO Nº 3

Nombre	EMILIA
Edad	14 años
Fecha de Nacimiento	12 de Abril de 1990
Sexo	Femenino
Nivel Académico	Segundo año
Ocupación	Estudiante
Fecha de Entrada	Junio de 1999
Tiempo de estadía	4 años
Razón de Ingreso	Pobreza extrema

Historia Personal y Familiar

Emilia, es la segunda de seis hermanos. Ha vivido la mayor parte del tiempo con su abuela materna, dado que su madre se separó de su padre y se a unido a otros señores, con los cuales ha tenido hijos.

Refiere que se trasladó de Chiriquí, con su abuela, ya que la madre vivía con ellos en condiciones extremas de pobreza. A su llegada a la Ciudad Capital, se instaló en las afueras, donde estuvo con unas tías y tíos. En este lugar uno de los tíos intentó abusar sexualmente de ella. Razón por la cual, fue referido al Centro donde vive actualmente. No se siente cómoda en el Centro donde actualmente vive, ya que tiene problemas con algunas de las otras niñas residentes en la casa.

Entrevista Inicial

Piensa que es diferente a las demás niñas, que la tratan mal porque no es negra ni es blanca. Su reclamo principal es que “me siento sola no tengo a nadie en este cochino mundo”. Además piensa que aquí (en el Hogar) está encerrada, siente ganas de romper los barrotes y de pegarle a cualquiera, especialmente alguna de las niñas que siempre la molestan y que me caen mal”. Por otro lado, siente que la presionan mucho que es a ella que siempre la mandan a realizar todos los trabajos de la casa.

Entrevista Final

“Me siento igual e incluso a veces peor, lo que quiero es irme de aquí, porque esto me tiene brava, siempre me mandan a hacer cosas y yo no quiero hacer nada, esto me tiene desesperada , ya no se que hacer me quiero largar de aquí”

Examen del Estado Mental:

<i>Aspecto general del sujeto</i>	Algo desaliñada
<i>Actividad motora:</i>	Lenta
<i>Expresión de rostro</i>	Triste
<i>Mímica:</i>	Lenta
<i>Valorización cuantitativa del discurso</i>	Lento
<i>Valoración de las expresiones afectivas durante el interrogatorio</i>	Desesperanza,
<i>Manifestaciones de ansiedad durante el interrogatorio.</i>	Moderada
<i>Orientación.</i>	Normal
<i>Organización estructural de la comunicación.</i>	Normal
<i>Transformación Patológica de la realidad</i>	Mantiene contacto con la realidad, no hay deformaciones de la misma, ya que no presentó alucinaciones ni delirios
<i>Obsesiones y fobias:</i>	No se observaron
<i>Sentimientos y despersonalización.</i>	No se observaron
<i>Problemáticas personales</i>	

<i>significativas</i>	Mucha tristeza e incapacidad para entender lo que sucede a ciencia cierta
<i>Orientación del estado de ánimo</i>	Depresivo
<i>Memoria</i>	Apropiada
<i>Conciencia de su problema Crítica</i>	Tiene una idea clara de su situación Adecuada
<i>Mecanismos de defensa utilizados</i>	Negación Represión Racionalización Intelectualización

Diagnóstico Multiaxial:

Eje I	F34 1 Trastorno distímico [300.4] F41.1 Trastorno de ansiedad generalizada
Eje II	Z03 2 Sin Diagnóstico en el eje II
Eje III	Ninguno
Eje IV	T74 2 Abuso sexual del niño [V61 21] Problemas relativos al grupo primario de apoyo Problemas económicos
Eje V	51, 55
Escala de USM/ Inicio	45
Escala de USM / Final	50

Pruebas Objetivas

Cuestionario de Depresión para Niños (CDS)	
Medición Inicial	95
Medición Final	98
Escala de Ansiedad Infantil (CMAS-R)	
Medición Inicial	62
Medición Final	54

CASO CLÍNICO N° 4

Nombre	SUSANA
Edad	13 años
Fecha de Nacimiento	27 de Febrero de 1991
Sexo	Femenino
Nivel Académico	Tercer Año
Ocupación	Estudiante
Fecha de Entrada	16 de Diciembre de 1999
Tiempo de estadía	5 años
Razón de Ingreso	Madre detenida

Historia Personal y Familiar

Proviene de una familia, en la que ambos padres están detenidos por Tráfico de Drogas. Tiene cuatro hermanos, dos mayores y dos menores. Tiene una hermana de ocho años viviendo con ella en el mismo Centro.

Manifiesta que las cosas eran bien difíciles para ellos, porque eran muy pobres ninguno trabajaba en casa. Hay otras referencias que la disposición de separarlas de los padres es que la utilizaban como “mula” para transportar la droga internamente, y en casos especiales cuando venía la Policía, para sacar la droga de la casa. Esta era la actividad económica de la casa, donde participaba desde el mayor hasta el más pequeño, cada uno con asignaciones diferentes.

Sus preocupaciones, básicamente son por las asignaciones escolares y sus rendimientos que no es el mejor, ya que tiene tres fracasos, y si no los salva se pierde de varias actividades, razón por la cual quiere mejorar su rendimiento. La otra preocupación es de saber cuando estará nuevamente con su familia, especialmente con su mamá.

Entrevista Inicial

Manifiesta sentirse mal y añorar el pasado, por lo que llora cuando recuerda su familia, y los motivos por los cuales está en el Hogar. “La escuela me preocupa. ese poco de

tarea que no dejan descansar a uno tranquilamente, pero lo mas duro son los exámenes es que no me gusta porque tengo fracasos”

Entrevista Final

Expresa que las cosas no han cambiado mucho, con respecto al inicio, del tratamiento ya que tolera un poco más la idea de no tener a su familia cerca y llora menos. Con respecto a los temores dice “con la escuela la cosa sigue igual, le tengo miedo a los exámenes. fijese creo que me lo se y cuando voy a comenzar se me olvida todo y me da mareos”

Examen del Estado Mental:

<i>Aspecto general del sujeto</i>	Algo descuidada, en cuanto a su vestimenta
<i>Actividad motora</i>	Lenta
<i>Expresión de rostro</i>	Triste
<i>Mímica</i>	Lenta
<i>Valorización cuantitativa del discurso</i>	Normal
<i>Valoración de las expresiones afectivas durante el interrogatorio</i>	depresivas y ansiosas
<i>Manifestaciones de ansiedad durante el interrogatorio</i>	Moderada
<i>Orientación</i>	Normal
<i>Organización estructural de la comunicación.</i>	Normal
<i>Transformación Patológica de la realidad</i>	Mantiene buen contacto con la realidad
<i>Obsesiones y fobias</i>	No se observaron

<i>Sentimientos y despersonalización</i>	No se observaron
<i>Problemáticas personales significativas</i>	Está bastante clara con respecto a lo que le sucede, pero en ocasiones se confunde
<i>Orientación del estado de ánimo</i>	Triste
<i>Memoria</i>	Adecuada
<i>Conciencia de su problema</i>	Tiene una idea clara de su situación
<i>Crítica</i>	Adecuada
<i>Mecanismos de defensa utilizados</i>	Negación Represión Racionalización

Diagnóstico Multiaxial:

Eje I	F34 1 Trastorno distímico [300 4] F41 1 Trastorno de ansiedad generalizada
Eje II	Z03 2 Sin Diagnóstico en el eje II
Eje III	Ninguno
Eje IV	Problemas relativos al grupo primario de apoyo
Eje V	52, 57
Escala USM / Inicio	50
Escala USM / Final	60

Pruebas Objetivas

Cuestionario de Depresión para Niños (CDS)	
Medición Inicial	70
Medición Final	65
Escala de Ansiedad Infantil (CMAS-R)	
Medición Inicial	62
Medición Final	62

CASO CLÍNICO N° 5

Nombre	JENNY
Edad	16 años
Fecha de Nacimiento	2 de Julio de 1988
Sexo	Femenino
Nivel Académico	Segundo Año
Ocupación	Estudiante
Fecha de Entrada	24 de Marzo de 2003
Tiempo de estadía	1 año
Razón de Ingreso	Abandono

Historia Personal y Familiar

Proviene de una numerosa familia, donde la madre se separó de ella, con la intención de buscar nuevos horizontes, razón por la cual se quedó a vivir con su abuela materna, desde los seis años hasta los once años de edad, en el interior de la república, (en las afueras) En el transcurso de este tiempo, no está segura de haber sido abusada sexualmente por su abuelo materno. Cuando la abuela se enteró se vino a vivir a un suburbio en la Capital del País, junto con dos hermanos de Jenny.

Luego su abuela enfermó y ya no podía cuidar de ella, razón por la que fue a vivir con tres diferentes señoras amigas de la familia, pero en las tres partes la maltrataban. Por tal razón se fue con la madre, que apareció, pero la misma se había unido a un señor que posteriormente, intentó abusar sexualmente de la niña, por lo que se fue de la casa, la encontró la policía y la regresó a casa de la abuela, que ya se había recuperado, pero que la situación no era menos fácil, ya que la abuela materna gastaba lo poco que conseguía en juegos de azar (lotería). Piensa que estar lejos de la madre es muy difícil para ella, que llora con frecuencia y que su mayor deseo es volver a vivir con su madre.

Entrevista Inicial

Jenny, tiene muchos recuerdos desagradables de su infancia. Piensa que no es importante para nadie, ni siquiera para su familia, de manera que esto le entristece y la hace sentir muy mal, “a veces siento mucha rabia y me pongo a llorar por todo lo que me ha pasado, también, porque yo quiero irme a vivir con mi mamá y eso está duro, porque mi mamá no tiene plata y no me puede cuidar”

Entrevista Final

“Me siento mucho más tranquila, ya no tengo esos recuerdos que tenía casi siempre bueno sí pero no tanto como antes. Y lo otro que aprendí a no llorar tanto, se que tengo que echar pa’ lante, porque aquí yo puedo tener esa oportunidad”

Examen del Estado Mental:

<i>Aspecto general del sujeto</i>	Normal, con respecto a la presentación física, vestimenta y cuidado personal
<i>Actividad motora</i>	Normal
<i>Expresión de rostro</i>	Normal
<i>Mímica</i>	Lenta
<i>Valorización cuantitativa del discurso</i>	Normal
<i>Valoración de las expresiones afectivas durante el interrogatorio</i>	Expresiones de tristeza y soledad Sentimientos de minusvalía
<i>Manifestaciones de ansiedad durante el interrogatorio</i>	Moderada
<i>Orientación</i>	Normal
<i>Organización estructural de la comunicación</i>	Normal
<i>Transformación Patológica de la realidad.</i>	Mantiene contacto con la realidad

<i>Obsesiones y fobias</i>	No se observaron
<i>Sentimientos y despersonalización</i>	No se observaron
<i>Problemáticas personales significativas.</i>	Lo que mas le preocupa es el distanciamiento con sus familiares Otros temas como los abusos son reprimidos
<i>Orientación del estado de ánimo</i>	Depresivo
<i>Memoria</i>	Apropiada
<i>Conciencia de su problema Crítica</i>	Tiene una idea clara de su situación Adecuada
<i>Mecanismos de defensa utilizados</i>	Represión Negación

Diagnóstico Multiaxial:

Eje I	F34 1 Trastorno distímico [300 4]
Eje II	F41 1 Trastorno de ansiedad generalizada
Eje III	Z03 2 Sin Diagnóstico en el eje II
Eje IV	Ninguno
	T74 2 Abuso sexual del niño [V61 21]
	T74.1 Abuso físico del niño [V61 21]
	T74 0 Negligencia de la infancia [V61 21]
	Problemas relativos al grupo primario de apoyo
	Problemas económicos
Eje V	53, 55
Escala USM / Inicio	70
Escala USM / Final	80
Pruebas Objetivas	
Cuestionario de Depresión para Niños (CDS)	
Medición Inicial	78
Medición Final	60
Escala de Ansiedad Infantil (CMAS-R)	
Medición Inicial	73
Medición Final	59

CASO CLÍNICO Nº 6

Nombre	JOHANA
Edad	14 años
Fecha de Nacimiento	12 de Julio de 1990
Sexo	Femenino
Nivel Académico	Primer Año
Ocupación	Estudiante
Fecha de Ingreso	30 de Agosto de 1995
Tiempo de estadía	9 Años
Razón de Ingreso	Circunstancia Especialmente Dificiles

Historia Personal y Familiar

La joven es proveniente de un hogar ubicado en uno de los barrios marginados de la Capital panameña. En esta familia compuesta por cinco hijos, la madre y el padrastro, Johana era la segunda en el orden de nacimientos.

Manifiesta que la situación era precaria, que su madre no tenía quien la ayudara, ya que el concepto de padrastro era relativo, ya que la madre cambia de pareja constantemente, hasta el punto de tener cada hijo de un padre diferente, sin contar otros con los cuales no llegó a procrear hijos.

Dice recordar uno en especial, que siempre le decía que iba a matar a la mamá, a ella la maltrataba por el hecho de ser la más blanca entre todos los miembros de la familia.

Las relaciones con la madre, aún son difíciles, luego de estar durante varios años en el Hogar, cuneta que siempre ha sido lo mismo, que nadie la comprende y que asume en ocasiones parte de la responsabilidad de los problemas que tiene con las demás, porque se torna grosera y poco comunicativa.

Entrevista Inicial

“Siempre me recuerdo de los maltratos de mi papá o mi padrastro, todavía oigo cuando me decía que me iba a matar a mí y a mi mamá. Esto me da rabia, porque yo estaba

chiquita y a veces mi mamá no me cuidaba de padrastro... Ahora aquí yo se que soy grosera con las niñas y con las señoras que nos cuidan pero es que ellos tienen la culpa porque me buscan, yo me pongo brava, pero después me siento sin mas nadie algunas veces pienso en matarme o irme de aquí”

Entrevista Final

“Estoy contenta porque ya no estoy siempre brava, pero a veces esto es duro, porque me buscan y es donde ya me pongo brava y viene lo demás que me siento triste, sola y hasta de morirme, pero ya no es tanto como antes”

Examen del Estado Mental:

<i>Aspecto general del sujeto</i>	Normal
<i>Actividad motora</i>	Normal
<i>Expresión de rostro</i>	agresiva (Rabia)
<i>Mímica</i>	enérgica
<i>Valorización cuantitativa del discurso.</i>	Normal
<i>Valoración de las expresiones afectivas durante el interrogatorio</i>	Las expresiones están cargadas de odio y resentimientos. principalmente hacia la madre
<i>Manifestaciones de ansiedad durante el interrogatorio</i>	Moderada
<i>Orientación.</i>	Normal
<i>Organización estructural de la comunicación</i>	Normal
<i>Transformación Patológica de la realidad.</i>	Mantiene contacto con la realidad
<i>Obsesiones y fobias</i>	No se observaron

<i>Sentimientos y despersonalización</i>	No se observaron
<i>Problemáticas personales significativas:</i>	Lo mas destacado es la relación con la madre
<i>Orientación del estado de ánimo</i>	depresivo
<i>Memoria</i>	Apropiada
<i>Conciencia de su problema</i>	tiene grandes confusiones acerca de su problemática
<i>Crítica</i>	Adecuada
<i>Mecanismos de defensa utilizados</i>	Represión Negación Racionalización
<u>Diagnóstico Multiaxial:</u>	
Eje I	F63.8 Trastorno explosivo intermitente [312.34] F34.1 Trastorno distímico [300.4] F41.1 Trastorno de ansiedad generalizada
[300.02]	
Eje II	Z03.2 Sin Diagnóstico en el eje II
Eje III	Ninguno
Eje IV	Z63.1 Problemas paterno-filiales [V61.20] T74.1 Abuso físico del niño [V61.21]
Eje V	47, 50
Escala USM / Inicio	40
Escala USM / Final	42
Pruebas Objetivas	
Cuestionario de Depresión para Niños (CDS)	
Medición Inicial	75
Medición Final	77
Escala de Ansiedad Infantil (CMAS-R)	
Medición Inicial	66
Medición Final	69

CASO CLÍNICO N° 7

Nombre	YAURI
Edad	15 Años
Fecha de Nacimiento	12 de Octubre de 1989
Sexo	Femenino
Nivel Académico	Segundo año
Ocupación	Estudiante
Fecha de Ingreso	17 de Junio de 1998
Tiempo de estadía	6 Años
Razón de Ingreso	Maltrato Físico

Historia Personal y Familiar

Yauri es una niña que no conoció a su padre, no sabe quien es. Se crió hasta los siete años con su madre y su tío materno quienes la castigaban físicamente, además de maltrato psicológico y a la negligencia. Por estas razones se la dieron a unos padrinos quienes la explotaban enviándola a la calle a pedir dinero y en varias ocasiones la Policía la encontró deambulando por las calles a altas horas de la noche.

Las relaciones con la madre son nulas, ya que la misma se desentendió de la niña desde etapas muy tempranas (cuatro años), no tiene o no existe referencias de la existencia de otros hermanos y ella no sabe.

En su familia hay historia de consumo de cigarrillos, alcohol, marihuana y cocaína, por la línea materna, ya que como mencionamos no hay datos y tampoco ella sabe de la familia paterna.

Entrevista Inicial

“Lo que más me da miedo es ser abandonada otra vez, hay veces que quiero morir porque tengo tantos problemas que me da rabia. También yo sé que soy fea y no merezco que se preocupen por mí. También, le tengo miedo no sé a qué, a todo yo creo.”

Entrevista Final

“Sinceramente, las cosas no han cambiado mucho, algunas veces he pensado en matarme, aunque ya es menos que antes, ya no tengo tanto miedo y estoy más tranquila, pero si me siento sola sin nadie en la vida”

Examen del Estado Mental:

<i>Aspecto general del sujeto</i>	Se viste poco femenina, le gustan las ropas anchas y los cuidados personales no tiene buenos cuidados
<i>Actividad motora.</i>	Normal
<i>Expresión de rostro:</i>	Angustia
<i>Mímica</i>	Normal
<i>Valorización cuantitativa del discurso.</i>	Normal
<i>Valoración de las expresiones afectivas durante el interrogatorio</i>	expresiones de soledad y poco aprecio por sí misma
<i>Manifestaciones de ansiedad durante el interrogatorio</i>	Moderada
<i>Orientación</i>	Normal
<i>Organización estructural de la comunicación</i>	Normal
<i>Transformación Patológica de la realidad</i>	Mantiene contacto con la realidad
<i>Obsesiones y fobias</i>	No se observaron
<i>Sentimientos y despersonalización</i>	No se observaron
<i>Problemáticas personales significativas</i>	Piensa que es culpable por el hecho de haber nacido

<i>Orientación del estado de ánimo:</i>	Depresivo
<i>Memoria:</i>	Apropiada.
<i>Conciencia de su problema:</i>	Tiene una idea clara de su situación.
<i>Crítica:</i>	Adecuada
<i>Mecanismos de defensa utilizados:</i>	Negación Represión Racionalización

Diagnóstico Multiaxial:

Eje I	F34.1 Trastorno distímico
Eje II	F41.1 Trastorno de ansiedad generalizada
Eje III	Z03.2 Sin Diagnóstico en el eje II
Eje IV	Ninguno
Eje V	T74.0 Negligencia de la infancia [V61.21]
Escala USM / Inicio	45, 48
Escala USM / Final	70
Cuestionario de Depresión para Niños (CDS)	72
Medición Inicial	75
Medición Final	75
Escala de Ansiedad Infantil (CMAS-R)	
Medición Inicial	68
Medición Final	63

CASO CLÍNICO N° 8

Nombre	YASI
Edad	13 Años
Fecha de Nacimiento	26 de Diciembre de 1990
Sexo	Femenino
Nivel Académico	Segundo año
Ocupación	Estudiante
Fecha de Entrada	26 de Febrero de 2002
Tiempo de estadía	2 Años
Razón de Ingreso	Extrema Pobreza

Historia Personal y Familiar

La joven Yasi proviene de una familia compuesta por siete miembros cinco hijos, el padre y la madre. Las relaciones eran aceptables, mas sin embrago, vivían en condiciones de pobreza extrema. Los padres no atendían adecuadamente a los hijos, ya que su trabajo era de pepenadores en el vertedero de Cerro Patacón.

La visitan los domingos y cuando pueden la llevan a casa, de manera que se siente bastante tranquila.

Entrevista Inicial

“ Me la paso pensando, en lo mala que ha sido la vida conmigo, me ha tratado mal, lo que mas me duele es no estar junto con mis papás, creo que nadie me quiere, aunque ellos me vienen a visitar, pero yo quiero estar con ellos. El otro problema es que dicen que soy grosera, pero es que yo no me dejo, es que quieren agarrar a uno de pendeja, eso me da rabia,, pero no sé . yo no quiero ser así pero ellas tienen la culpa”

Entrevista Final

“La verdad es que me siento igual o peor algunas veces, las cosas siempre están igual, no he cambiado nada, sigo sintiéndome sola, además sigo teniendo problemas con las demás personas. ahora no se me quita la rabia que tengo encima”

Examen del Estado Mental:

<i>Aspecto general del sujeto</i>	Normal
<i>Actividad motora</i>	Normal
<i>Expresión de rostro</i>	Depresiva
<i>Mímica</i>	normal
<i>Valorización cuantitativa del discurso</i>	Normal
<i>Valoración de las expresiones afectivas durante el interrogatorio</i>	expresiones de inquietud y de soledad
<i>Manifestaciones de ansiedad durante el interrogatorio</i>	Moderada
<i>Orientación</i>	Normal
<i>Organización estructural de la comunicación.</i>	Normal
<i>Transformación Patológica de la realidad</i>	Mantiene contacto con la realidad
<i>Obsesiones y fobias</i>	No se observaron
<i>Sentimientos y despersonalización</i>	No se observaron
<i>Problemáticas personales significativas.</i>	Las preocupaciones son principalmente por no estar con sus padres
<i>Orientación del estado de ánimo</i>	depresiva
<i>Memoria</i>	Apropiada
<i>Conciencia de su problema Crítica.</i>	Tiene una idea clara de su situación Adecuada
<i>Mecanismos de defensa utilizados</i>	Negación

Represión
Racionalización
Intelectualización

Diagnóstico Multiaxial:

Eje I	F34 1 Trastorno distímico
Eje II	Z03 2 Sin Diagnóstico en el eje II
Eje III	Ninguno
Eje IV	T74 0 Negligencia de la infancia [V61 21] Problemas económicos
Eje V	62, 64
Escala USM / Inicio	65
Escala USM / Final	70

Pruebas Objetivas

Cuestionario de Depresión para Niños (CDS)	
Medición Inicial	85
Medición Final	87
Escala de Ansiedad Infantil (CMAS-R)	
Medición Inicial	64
Medición Final	65

CASO CLÍNICO N° 9

Nombre	ROSAURA
Edad	14 Años
Fecha de Nacimiento	24 de noviembre de 1989
Sexo	Femenino
Nivel Académico	VI° Grado
Ocupación	Estudiante
Fecha de Ingreso	26 de Febrero de 2002
Tiempo de estadía	2 Años
Razón de Ingreso	Extrema Pobreza

Entrevista Inicial

“Piensa que esta sola, aunque realmente vive con su hermana y con el resto del personal, vive ensimismada y apartada del grupo, se molesta constante mente, porque le dicen cosas feas y esto es suficiente para explotar e incluso golpear”

Entrevista Final

No terminó el programa

Examen del Estado Mental:

<i>Aspecto general del sujeto</i>	Normal en lo que concierne al aspecto físico, vestido y cuidado de su persona
<i>Actividad motora</i>	Lenta
<i>Expresión de rostro</i>	Triste
<i>Mímica</i>	Lenta
<i>Valorización cuantitativa del discurso</i>	Normal

<i>Valoración de las expresiones afectivas durante el interrogatorio</i>	Tristeza y sentimientos pesimistas
<i>Manifestaciones de ansiedad durante el interrogatorio</i>	Moderada
<i>Orientación</i>	Normal
<i>Organización estructural de la comunicación</i>	Normal
<i>Transformación Patológica de la realidad</i>	Mantiene contacto con la realidad
<i>Obsesiones y fobias</i>	No se observaron
<i>Sentimientos y despersonalización</i>	No se observaron
<i>Problemáticas personales significativas</i>	Básicamente está preocupada por el distanciamiento familiar, por encontrarse en una cultura diferente
<i>Orientación del estado de ánimo</i>	depresivo
<i>Memoria</i>	Apropiada
<i>Conciencia de su problema Crítica.</i>	Tiene una idea clara de su situación Adecuada
<i>Mecanismos de defensa utilizados</i>	Negación Represión
<u>Diagnóstico Multiaxial:</u>	
Eje I	F34 1 Trastorno distimico
Eje II	Z03 2 Sin Diagnóstico en el eje II
Eje III	Ninguno
Eje IV	T74 0 Negligencia de la infancia [V61 21] Problemas económicos
Eje V	50
Escala USM / Inicio	50
Escala USM / Final	--

Pruebas Objetivas**Cuestionario de Depresión para Niños (CDS)**Medición Inicial **75**

Medición Final --

Escala de Ansiedad Infantil (CMAS-R)Medición Inicial **66**

Medición Final --

CASO CLÍNICO N° 10

Nombre	BRENDA
Edad	14 años
Fecha de Nacimiento	13 de Junio de 1990
Sexo	Femenino
Nivel Académico	Primer año
Ocupación	Estudiante
Fecha de Entrada	Mayo de 1997
Tiempo de estadía	5 años 6 meses
Razón de Ingreso	Pobreza extrema

Entrevista Inicial

“Mi mayor problema es recordar las dificultades que tuve antes de entrar aquí,” Dice sentirse muy mal porque sus padres están lejos de ella y de sus hermanas. Le cuesta mucho realizar las labores de casa, porque siempre tiene pereza, además de mostrarse irritable y poco tolerante, especialmente con las niñas más pequeñas y otras veces con sus cuidadora.

Entrevista Final

No terminó el Programa

Examen del Estado Mental:

<i>Aspecto general del sujeto</i>	Normal con respecto al aspecto físico, vestido y cuidado de su persona
<i>Actividad motora</i>	Normal
<i>Expresión de rostro</i>	Triste
<i>Mímica</i>	Lenta

<i>Valorización cuantitativa del discurso:</i>	Normal
<i>Valoración de las expresiones afectivas durante el interrogatorio.</i>	Tristeza y sentimientos pesimistas
<i>Manifestaciones de ansiedad durante el interrogatorio:</i>	Moderada
<i>Orientación:</i>	Normal
<i>Organización estructural de la comunicación:</i>	Normal
<i>Transformación Patológica de la realidad:</i>	Mantiene contacto con la realidad y no hay deformaciones de la misma.
<i>Obsesiones y fobias:</i>	No se observaron
<i>Sentimientos y despersonalización:</i>	No se observaron
<i>Problemáticas personales significativas:</i>	Problemas con las otras
<i>Orientación del estado de ánimo:</i>	Triste
<i>Memoria:</i>	Apropiada
<i>Conciencia de su problema Crítica:</i>	Tiene una idea clara de su situación Adecuada
<i>Mecanismos de defensa utilizados.</i>	Negación Represión

Diagnóstico Multiaxial:

Eje I	F34.1 Trastorno distímico
Eje II	Z03 2 Sin Diagnóstico en el eje II
Eje III	Ninguno
Eje IV	T74.0 Negligencia de la infancia [V61.21]
Problemas económicos	
Eje V	51
Escala USM / Inicio	50
Escala USM / Final	--

Pruebas Objetivas**Cuestionario de Depresión para Niños (CDS)**

Medición Inicial 67

Medición Final --

Escala de Ansiedad Infantil (CMAS-R)

Medición Inicial 60

Medición Final --

ANEXO 2**SOLICITUD**

Panamá, 5 de Noviembre de 2003

Licenciada

ELBA FLORES

Directora del Hogar de Niñas de la Capital

Presente:

La presente nota tiene el objeto de saludarla, a la vez de solicitarle permiso, para realizar un programa de *Terapia Cognitiva-Conductual en Grupos*, que tiene objetivo disminuir la Ansiedad y la Depresión en adolescentes (12-18 años), en el Centro que usted dignamente dirige.

La atención se dará semanalmente, con una duración de 2 horas como máximo, por espacio de 16 semanas, es decir 4 meses, que de ser posible iniciaremos el martes 18 del presente mes, en horario de 8:00 a. m a 10:00 a.m. y que este horario se mantenga en las medidas de las posibilidades para mantener constancia en el tratamiento, que a continuación le presentamos a manera de resumen:

El programa de competencias de afrontamiento consiste en *cuatro módulos o competencias*, que son enseñadas a los pacientes en el curso de 15 sesiones.

Módulo de relajación (sesiones 1 y 2)

En este módulo los terapeutas intentan enseñar a los participantes dos acercamientos básicos a la relajación: La respuesta de relación de Benson (RRB, 1975) y la relajación muscular progresiva de Jacobson (Relajación muscular profunda, RMF, 1938).

Módulo de reestructuración cognitiva (sesiones 3 a 6)

En este módulo se intenta enseñar al paciente formas alternativas de pensar como medio para combatir los problemas derivados del estado de ánimo (depresión, ansiedad, etc.), y los trastornos conductuales (fobias, abuso de sustancias, etc.). Los patrones disfuncionales o distorsionados de pensamientos son identificados, y a continuación se enseña a los participantes métodos que les van permitir desafiar sus pensamientos automáticos (PA) negativos y sustituirlos por respuestas más racionales (RR).

Módulo de entrenamiento en asertividad (sesión 8 a 11)

El entrenamiento en asertividad es un método que permite apoyar un funcionamiento interpersonal más efectivo en el paciente que bien es excesivamente pasivo o demasiado

agresivo. Este método pone el acento en el aspecto conductual desarrollado sobre la base de las competencias cognitivas establecidas en el módulo anterior.

Módulo de resolución de problemas (sesión 12 y 13)

La resolución de problemas enseña a los participantes como pensar respecto a problemas importantes que serían susceptibles de producir un trastorno de tipo cognitivo (ej.: disforia) o conductual (ej.: parálisis). Este acercamiento se sistematiza con el fin de permitirnos abordar tanto los problemas de la vida diaria, al igual que otros más graves.

Sesión de cierre o unirlo todo (sesión 14)

En esta sesión se dedica a integrar todo lo aprendido durante el tratamiento.

Evaluaciones Individuales (sesión 7 y 15)

Durante esta dos sesiones se realizan entrevista clínicas individuales con el objeto de apreciar los avances en la disminución de la sintomatología inicial, se aplican los instrumentos de evaluación al final de cada entrevista individual y se establece una fecha para una entrevista de seguimiento.

Biblioterapia

Los módulos de reestructuración cognitiva y entrenamiento en asertividad se sugieren dos libros: "Feeling Good" de Burns (1980) y "When I say No I feel guilty" de Smith (1975). Sin embargo, debido a que estos libros no los encontramos localmente en español, se utilizaron los libros: "Tus zonas erróneas" de Dr. Wayne W. Dyer (1978) y "La asertividad: expresión de una sana autoestima" de Olga Castanyer (1996). Entre otros.

Vale resaltar que se necesitará mantener una entrevista individual para ahondar en el conocimiento de cada sujeto

Lic. Carlos I. Sánchez

Psicólogo

C.I.P. # 1324

ANEXO 3**COMPROMISO DE PARTICIPACIÓN EN EL PROGRAMA DE
COMPETENCIAS DE AFRONTAMIENTO**

Por este medio los participantes y los responsables del programa de Competencia de Afrontamiento se comprometen a lo siguiente

1. El participante acepta las siguientes condiciones:
2. Asistir a las 14 sesiones
3. Llegar a tiempo a las sesiones
4. Completar la tareas asignadas para realizar en casa
5. Mantener la confidencialidad de lo que se diga durante el desarrollo de las sesiones.

Por otra parte el Licenciado Carlos Iván Sánchez se compromete a:

1. Guardar la confidencialidad de los participantes y de sus problemas tratados
2. Mantener el respeto y consideraciones que merece cada participante.
3. utilizar los resultados única y exclusivamente con fines investigativos
4. revelar los resultados de la investigación de forma que la identidad de los participantes sea mantenida en reserva

Nombre del participante: _____ Firma: _____

Fecha: _____

Terapeuta: Lic. Carlos Iván Sánchez Madrid

C.I.P. 1324

Registro y Contrato de Asistencia # 6

3. Nombre: _____ Fecha: _____

Sesión	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
Fechas															
Asistencia															
Puntualidad															
Tareas escritas															
Lecturas															
Contacto compañero															
Fianza restante															

Clave

P A = Ausencia Planeada

+ = Logrado

0 = No Obtenido

A/J = Ausencia justificada

T/J = Tardanza justificada

N/T = No hizo la tarea

Deducción

Ausencia 0.50 c.

Tardanza 0.25 c.

N/T 0.25 c.

ANEXO 4

REUNIÓN DE INTRODUCCIÓN AL PROGRAMA DE COMPETENCIAS DE AFRONTAMIENTO

Como se llama. **PROGRAMA DE COMPETENCIAS DE AFRONTAMIENTO**

DE QUE SE TRATA:

- 1 De enseñar a los pacientes estrategias para resolver problemas independientemente
- 2 Estas estrategias incluyen técnicas para comprender las bases de muchos de sus problemas
- 3 Proporciona herramientas para abordar los problemas y reducir la ansiedad y depresión
- 4 Ayudar a los pacientes a lograr el control de sus vidas
- 5 Entrenamiento de competencias de auto ayuda

POR QUE SE LE SELECCIONO: elevar la estima de los participantes y su compromiso hacia el programa.

DURACIÓN: 14 sesiones de aproximadamente 1 1/2 horas, una vez por semana La última sesión esta programadas para la evaluación individual de cada participante Las sesiones se levaran a cabo en las instalaciones del Hogar de Niñas de la Capital, a las 8:00 a m los días martes

VENTAJAS DEL GRUPO:

1. **Aprendizaje Vicario:** observar a otros realizar las técnicas
2. **Promover la independencia:** anima al paciente a confiar en otras personas a parte del terapeuta
3. **Aprendizaje de los compañeros:** Al darse cuenta que otras personas padecen problemas similares y formas de afrontarlo diferentes a las suyas, contribuye a disminuir los sentimientos de aislamiento y desesperación
4. **Ayudar a otros:** proporciona la oportunidad de sentirse útil
5. **Compromiso público:** El hecho de declarar la intención de cambio de la persona al grupo incrementa la probabilidad de que el cambio ocurra
6. **Estimulo a través del éxito de otros:** El ver a otros superar sus problemas tiene un carácter inspirador

MITOS SOBRE INTERVENCIONES GRUPALES:

1. **Tocar y sentir:** No se obliga a nadie a hacer lo que no quiera. El ambiente es como de un salón de clases, es una experiencia didáctica

2. **Menor costo menor efectividad:** Este programa a mostrado una mas alta eficacia que la atención individual en poblaciones moderadamente deprimidas y ansiosas en los Estados Unidos
3. **Problemáticas idénticas:** Este programa esta especialmente diseñado para la participación de personas con problemas algo diferentes
4. **Miedo a ser regañados en público:** El formato de este programa esta rígidamente estructurado y no permite críticas espontáneas e inadecuadas por parte de los terapeutas u otros participante

COMPROMISOS DE LAS PARTICIPANTES:

1. **Asistencia:** cada sesión se construye sobre la base de las sesiones anteriores Cada participante es importante no solo para su propia recuperación, sino para la de los otros miembros
2. **Puntualidad:** Al inicio de cada sesión se revisan las tareas asignadas la sesión anterior y se explica lo programado para la presente sesión
3. **Tareas para la casa:** el realizar las tareas asignadas afianza el aprendizaje Estas pueden ser llevar registros de actividades, practicas de ejercicios aprendidos en las sesiones, lecturas obligatorias y sugeridas (todo el material será suministrado)
4. **Sistema de compañerismo:** se emparejaran al azar con otro miembro del grupo y se comprometen a mantener contacto telefónico con su compañero asignado con el objeto de reforzarse la realización de las tareas y servir de apoyo Tiene como objetivos a) recordar al participante que esta comprometido con un programa de cambio que va más allá de las sesiones semanales b) sensación de pertenencia y camaradería con al menos otro miembro del grupo y c) fuente de apoyo otra que los terapeutas
5. **Confidencialidad:** esencial para el éxito del grupo, los participantes deben sentirse cómodos y seguros al revelar detalles de sus vidas Esta prohibido el revelar los nombres y problemática de sus compañeros
6. **Participación:** Se estimula a los participantes a ser tan activos como sea posible Las investigaciones demuestran que los participantes más activos obtienen mayores beneficios del programa
7. **Fianza:** para estimular la asistencia, puntualidad, contactos con los compañeros y ejecución de tareas Posiblemente multas pequeñas que puedan ser utilizadas para una fiesta de finalización del programa
8. **Contrato y Registro de Asistencia / Rendimiento:** se llenan las fechas durante esta reunión y se explica su uso

ANEXO 6

**ESCALA DE ANSIEDAD MANIFIESTA EN NIÑOS Y
ADOLESCENTES (CMAS-R)**

Nombre _____ Escuela _____

Grado _____

Edad _____ Fecha de aplicación _____

Por Cecil R. Reynolds, PhD y Bert O. Richmond, EdD

INSTRUCCIONES

Aquí hay varias oraciones que dicen como piensan y sienten algunos niños y adolescentes acerca de sí mismos. Lee con cuidado cada oración. Después de leerla, pregúntate "¿Así soy yo?". Si es así, escribe "SI". Si no es así, escribe "NO".

- | | |
|--|-------|
| 1 Me cuesta trabajo tomar decisiones | _____ |
| 2 Me pongo nervioso cuando las cosas no me salen como quiero | _____ |
| 3. Parece que las cosas son más fáciles para los demás que para mí . . . | _____ |
| 4. Todas las personas que conozco me caen bien | _____ |
| 5 Muchas veces siento que me falta aire | _____ |
| 6 Casi todo el tiempo estoy preocupado | _____ |
| 7 Muchas cosas me dan miedo | _____ |
| 8. Siempre soy amable. | _____ |
| 9 Me enojo con mucha facilidad | _____ |
| 10 Me preocupa lo que mis papás me vayan a decir | _____ |
| 11 Siento que a los demás no le gusta como hago las cosas | _____ |
| 12 Siempre me porto bien | _____ |
| 13. En las noches me cuesta trabajo quedarme dormido | _____ |
| 14 Me preocupa lo que la gente piense de mí | _____ |
| 15 Me siento solo aunque esté acompañado | _____ |
| 16 Siempre soy bueno. | _____ |
| 17 Muchas veces siento asco o náuseas. | _____ |
| 18 Soy muy sentimental | _____ |
| 19 Me sudan las manos | _____ |
| 20 Siempre soy agradable a todos | _____ |

21 Me canso mucho.	_____	_____	_____	_____
22. Me preocupa el futuro . . .	_____	_____	_____	_____
23 Los demás son más felices que yo .	_____	_____	_____	_____
24 Siempre digo la verdad . . .	_____	_____	_____	_____
25 Tengo pesadillas.. ...	_____	_____	_____	_____
26. Me siento muy mal cuando se enojan conmigo.	_____	_____	_____	_____
27 Siento que alguien me va a decir que hago las cosas mal .	_____	_____	_____	_____
28. Nunca me enojo....	_____	_____	_____	_____
29. Algunas veces me despierto asustado.	_____	_____	_____	_____
30. Me siento preocupado cuando me voy a dormir	_____	_____	_____	_____
31 Me cuesta trabajo concentrarme en mis tareas escolares	_____	_____	_____	_____
32 Nunca digo cosas que no debo decir . .	_____	_____	_____	_____
33. Me muevo mucho en mi asiento	_____	_____	_____	_____
34 Soy muy nerviosa	_____	_____	_____	_____
35 Muchas personas están contra mí	_____	_____	_____	_____
36 Nunca digo mentiras	_____	_____	_____	_____
37. Muchas veces me preocupa que algo malo me pase	_____	_____	_____	_____
 SUMA DE PUNTUACIONES	_____	_____	_____	_____
	AF	III	PS.C	M AT
 PERCENTIL	_____	_____	_____	_____
 PUNTUACION "T" O PUNTUACION ESCALAR	_____	_____	_____	_____

ANEXO 7

CUESTIONARIO DE DEPRESIÓN PARA NIÑOS CDS

POR M. LANG Y M. TISHER

Nombre:	_____
Fecha de Nacimiento	_____
Edad:	_____ años _____ meses
Sexo	_____
Escuela.	_____
Grado.	_____
Nombre de la Madre:	_____
Nombre de Padre.	_____
Dirección.	_____
Teléfono.	_____
Fecha de aplicación	_____
Evaluador:	_____
Relación	_____

Escriba sobre la raya en negrita que sigue a la afirmación, el número que mejor describa sus sentimientos.

(1) Muy de acuerdo, (2) de acuerdo (3) no estoy seguro (4) en desacuerdo (5) muy en desacuerdo

- | | | | | | | | | |
|----|--|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | Me siento alegre la mayor parte del tiempo | — | | | | | | |
| 2 | Muchas veces me siento triste en la escuela | | — | | | | | |
| 3 | A menudo pienso que nadie se preocupa por mí | | | — | | | | |
| 4 | A menudo creo que valgo poco | | | | — | | | |
| 5 | Me despierto a menudo durante la noche | | | | | — | | |
| 6 | Pienso muchas veces que dejo mal a mis padres | | | | | | — | |
| 7 | Creo que se sufre mucho en la vida | | | | | | | — |
| 8 | Me siento orgulloso de la mayoría de las cosas que hago | | | | | | | — |
| 9 | Siempre creo que el día siguiente será mejor | — | | | | | | |
| 10 | A veces me gustaría estar ya muerto | | — | | | | | |
| 11 | Me siento sólo muchas veces | | | — | | | | |
| 12 | Frecuentemente estoy descontento conmigo mismo | | | | — | | | |
| 13 | Me siento más cansado que la mayoría de los niños que conozco | | | | | — | | |
| 14 | A veces creo que mis padres hacen o dicen cosas que me hacen pensar que he dicho algo terrible | | | | | | — | |
| 15 | Me pongo triste cuando alguien se disgusta conmigo | | | | | | | — |
| 16 | Muchas veces mi padres me hacen sentir que las cosas que hago son muy buenas | | | | | | | — |
| 17 | Siempre estoy deseando hacer muchas cosas cuando estoy en la escuela | | | | | | | — |
| 18 | Estando en la escuela, muchas veces me dan ganas de llorar | | | | | | | — |
| 19 | A menudo soy incapaz de mostrar lo triste que me siento por dentro | | | | | | | — |
| 20 | Odio la forma de mi aspecto o de mi comportamiento | | | | | | — | |
| 21 | La mayoría del tiempo no tengo ganas de hacer nada | | | | | | — | |
| 22 | A veces temo que lo que hago pueda molestar o disgustar a mis padres | | | | | | | — |
| 23 | Cuando me enfado mucho casi siempre termino llorando | | | | | | | — |
| 24 | En mi familia todos nos divertimos mucho juntos | | | | | | | — |
| 25 | Me divierto con las cosas que hago | — | | | | | | |
| 26 | Frecuentemente me siento triste | | | — | | | | |
| 27 | Muchas veces me siento solo y como perdido en la escuela | | | | — | | | |
| 28 | A menudo me odio a mí mismo | | | | | | — | |
| 29 | Muchas veces me dan ganas de no levantarme por las mañanas | | | | | | — | |
| 30 | Frecuentemente pienso que merezco ser castigado | | | | | | | — |
| 31 | A menudo me siento desdichado por causa de mis tareas escolares | | | | | | | — |
| 32 | Cuando alguien se disgusta conmigo yo me disgusto con él | | | | | | | — |

Subtotal de columnas verticales.....

—	—	—	—	—	—	—	—	—
			AA	RA	PS	AE	PM	
SC	DV	PV						

Observaciones _____

(1) Muy de acuerdo, (2) de acuerdo (3) no estoy seguro (4) en desacuerdo (5)
muy en desacuerdo

33	Casi siempre la paso bien la escuela	—				
34	A veces pienso que no vale la pena vivir esta vida		—			
35	La mayoría del tiempo creo que nadie me comprende			—		
36	A menudo me avergüenzo de mí mismo			—		
37	Muchas veces me siento muerto por dentro				—	
38	A veces estoy preocupado porque no amo a mis padres como debiera					—
39	A menudo la salud de mis padres me preocupa					
40	Creo que mis padres están orgullosos de mí					
41	Soy una persona muy feliz	—				
42	Cuando estoy fuera de casa me siento muy desdichado		—			
43	Nadie sabe lo triste que me siento por dentro			—		
44	A veces me pregunto si en el fondo soy un niño muy malo				—	
45	Estando en la escuela me siento cansado casi todo el tiempo				—	
46	Creo que los demás me quieren aunque no lo merezco					—
47	A veces sueño que tengo un accidente o me muero					—
48	Pienso que no es nada malo disgustarse					—
49	Creo que tengo buena presencia y soy atractivo	—				
50	Algunas veces no sé por qué me dan ganas de llorar		—			
51	A menudo pienso que no soy de utilidad para nadie			—		
52	Cuando fallo en la escuela pienso que no sirvo para nada			—		
53	A menudo imagino que me hago heridas o que me muero				—	
54	A veces creo que hago cosas que enferman a mis padres					—
55	Muchas veces me siento mal porque no consigo hacer las cosas que quiero					—
56	Duermo como un tronco y nunca me despierto durante la noche					—
57	Me salen bien casi todas las cosas que intento hacer		—			
58	Creo que mi vida es desdichada		—			
59	Cuando estoy fuera de casa me siento triste			—		
60	La mayor parte del tiempo creo que no soy tan bueno como quiero ser			—		
61	A veces me siento mal porque no amo y escucho a mis padres como se lo merecen					—
62	Pienso a menudo que no voy a llegar a ser nadie en la vida					—
63	Tengo muchos amigos					—
64	Utilizo mi tiempo haciendo con mis padres cosas muy interesantes					—
65	Hay mucha gente que se preocupa por mí					—
66	A veces creo que dentro de mí hay dos fuerzas que me empujan en distintas direcciones					—
		AA	RA	PS	AE	PM
		SC	DV	PV		

Total de puntajes en esta sección

Total de puntajes en la sección anterior

Total de ambas secciones

Formulas para AA y PV, restar de

60

Total

Percentiles ___% ___% ___% ___% ___%
 ___% ___% ___%
 Decatipo... ___ ___ ___ ___ ___

TP=ESCALAS AA+PV, ___ + ___ = ___ = ___% ___ DT

TD=RA+PS+AE+PM+SC+DV,
 ___ + ___ + ___ + ___ + ___ + ___ = ___ = ___% ___ DT

CUESTIONARIO DE DEPRESIÓN PARA NIÑOS CDS

DESCRIPCION DE LAS ESCALAS

El cuestionario CDS contiene 66 elementos, 48 de tipo depresivo y 18 de tipo positivo. Estos dos conjuntos se mantienen separados y permiten dos sub-escalas generales independientes: total Depresivo y Total Positivo (TD y TP).

Dentro de cada una de estas dimensiones, se agruparon sus elementos por el contenido de los mismos en varias subescalas, que podrían describirse brevemente de la siguiente manera:

TOTAL DEPRESIVO, (con seis subescalas)

- RA (RESPUESTA AFECTIVA)**, integrada por ocho elementos, alude al estado de humor de los sentimientos del sujeto.
- PS (PROBLEMAS SOCIALES)**, integrada por 8 elementos, se refiere a las dificultades en la interacción social, aislamiento y soledad del niño.
- AE (AUTOESTIMA)**, integrada por 8 elementos, se relaciona con los sentimientos, conceptos y actitudes del niño en relación con su estima y valor.
- PM (PREOCUPACIÓN POR LA MUERTE/SALUD)**, integrada por siete elementos, alude a los sueños y fantasías del niño en relación con su enfermedad y muerte.

- **SC (SENTIMIENTOS DE CULPABILIDAD)**, integrada por 8 elementos, se refiere a la autopunición del niño
- **DV (DEPRESIVOS VARIOS)** , integrado por nueve elementos, incluye aquellas cuestiones de tipo depresivo que no pudieron agruparse para formar una entidad

TOTAL POSITIVO (con dos sub escalas)

- **AA (ÁNIMO ALEGRÍA)**, integrada por ocho elementos puntuados en el polo opuesto de la depresión. Alude a la ausencia de alegría, diversión y felicidad en la vida del niño, o a su incapacidad para experimentarlas
- **PV (POSITIVOS VARIOS)**, (diez elementos puntuados en el polo opuesto de la depresión, incluye aquellas cuestiones de tipo positivo que no pudieron agruparse para formar una entidad
 Todas estas subescalas son muy interesantes para especificar e interpretar una determinada puntuación total depresiva o positiva, puesto que los niños pueden manifestar su depresión de muy diferentes maneras

Edad de aplicación: entre ocho y dieciséis años.

ANEXO 8

El Concepto de Unidades Subjetivas de Malestar (USM)

Este sirve como medio para desarrollar un lenguaje común que permita ayudar a los miembros del grupo a comunicar niveles personales de tensión. Se presenta la escala de Unidades Subjetivas de Malestar (USM) (Wolpe y Lazarus, 1966). Los miembros del grupo intentan visualizar una escala de intervalos iguales con 100 puntos, similar a un termómetro. Esta escala tiene sus extremos en 1 y 100, que serían los estados de relajación total y tensión total respectivamente. (Para algunas personas, -el primer punto es el equivalente a estar lo suficientemente relajado como para dormirse.) Esta escala es ordinaria, es decir, cada punto es equidistante del siguiente (ej. la distancia entre 29 y 30-es la misma entre 86 y 87). Una vez que se da esta explicación, cada miembro del grupo debe dar a su vez un número que describa su nivel actual de tensión subjetiva. Se explica que estas descripciones numéricas son totalmente

subjetivas, y que los 25 puntos un miembro pueden ser 60 para otro. El nivel de USM de cada miembro del grupo es registrado en la sesión inicial, en la sesión de evaluación intermedia y en la final.

ANEXO 9

ESCALA DE EVALUACIÓN DE LA ACTIVIDAD GLOBAL

El eje V del Manual Diagnóstico y estadístico de Enfermedades Mentales está diseñado para incluir la opinión del clínico acerca del nivel general de actividad del sujeto. Esta información es útil para planear el tratamiento y medir su impacto, así como predecir la evolución.

El registro de la actividad general en el Eje V puede hacerse utilizando la escala de evaluación de la actividad global (EEAG). La EEAG puede ser particularmente útil al seguir la evolución del progreso clínico de los sujetos en términos globales, utilizando una medida simple. La EEAG sólo debe ser cumplimentada en relación a la actividad psicosocial, social y laboral. Las instrucciones especifican «no incluir alteraciones de la actividad debidas a limitaciones físicas (o ambientales)». En la mayoría de los casos las evaluaciones de la EEAG deben referirse al período actual (es decir el nivel de actividad en el momento de la evaluación) puesto que las evaluaciones de la actividad actual reflejarán generalmente la necesidad de tratamiento o intervención. En algunos centros clínicos puede ser útil cumplimentar la EEAG tanto en el momento de la admisión como en el del alta. La EEAG también puede cumplimentarse en otros períodos de tiempo (P. ej., mejor nivel de actividad alcanzado por lo menos en algunos meses durante el último año). La EEAG se hace constar en el Eje V del modo siguiente: «EEAG =», seguido por la puntuación de la EEAG de 1 a 100, anotando a continuación entre paréntesis el período de tiempo reflejado en la evaluación, por ejemplo, «(actual)», «(mayor nivel en el último año)», «(en el alta)».

En algunos centros clínicos puede ser útil evaluar la incapacidad social y laboral y verificar los progresos en la rehabilitación, independientemente de la gravedad de los síntomas psicosociales.

Escala de evaluación de la actividad global (EEAG)

Hay que considerar la actividad psicológica, social y laboral a lo largo de un hipotético con continuum *de* salud - enfermedad. No hay que incluir alteraciones de la actividad debidas a limitaciones físicas (o ambientales)

(Nota: Utilizar los códigos intermedios cuando resulte apropiado, p. ej., 45, 68, 72)

- 100 Actividad satisfactoria en una amplia gama de actividades, nunca parece superado por los problemas de su vida, es valorado por los demás a causa de sus abundantes cualidades positivas. Sin síntomas
- 90-81 Síntomas ausentes o mínimos (p. ej., ligera ansiedad antes de un examen), buena actividad en todas las áreas, interesado e implicado en una amplia gama de actividades, socialmente eficaz, generalmente satisfecho de su vida, sin más preocupaciones o problemas que los cotidianos (p. ej., una discusión ocasional con miembros de la familia)
- 80-71 Si existen síntomas, son transitorios y constituyen reacciones esperables ante agentes estresantes psicosociales (p. ej., dificultades para concentrarse tras una discusión familiar); sólo existe una ligera alteración de la actividad social, laboral o escolar (p. ej., descenso temporal del rendimiento escolar)
- 70-61 Algunos síntomas leves (p. ej., humor depresivo e insomnio ligero) o alguna dificultad en la actividad social, laboral o escolar (p. ej., hacer novillos ocasionalmente o robar algo en casa), pero en general funciona bastante bien, tiene algunas relaciones interpersonales significativas
- 60-51 Síntomas moderados (p. ej., afecto aplanado y lenguaje circunstancial, crisis de angustia ocasionales) o dificultades moderadas en la actividad social, laboral o escolar (p. ej., pocos amigos, conflictos con compañeros de trabajo o de escuela)
- 50-41 Síntomas graves (p. ej., ideación suicida, rituales obsesivos graves, robos en tiendas) o cualquier alteración grave de la actividad social, laboral o escolar (p. ej., sin amigos, incapaz de mantenerse en un empleo)
- 40-31 Una alteración de la verificación de la realidad o de la comunicación (p. ej., el lenguaje es a veces ilógico, oscuro o irrelevante) o alteración importante en varias áreas como el trabajo escolar, las relaciones familiares, el juicio, el pensamiento o el estado de ánimo (p. ej., un hombre depresivo evita a sus amigos, abandona la familia y es incapaz de trabajar, un niño golpea frecuentemente a niños más pequeños, es desafiante en casa y deja de acudir a la escuela)
- 30-21 La conducta está considerablemente influida por ideas delirantes o alucinaciones o existe una alteración grave de la comunicación o el juicio (p. ej., a veces es incoherente, actúa de manera claramente

- inapropiada, preocupación suicida) o incapacidad para funcionar en casi todas las áreas (p ej, permanece en la cama 21 todo el día, sin trabajo, vivienda o amigos)
- 20-11 Algún peligro de causar lesiones a otros o a sí mismo (p ej, intentos de suicidio sin una expectativa manifiesta de muerte, frecuentemente violento, excitación maníaca) u ocasionalmente deja de mantener la higiene personal mínima (p ej, con manchas de excrementos) o alteración importante de la comunicación II (p ej, muy incoherente o mudo)
- 10-1 Peligro persistente de lesionar gravemente a otros o a sí mismo (p ej, violencia recurrente) o incapacidad persistente para mantener la higiene personal mínima o acto suicida grave con expectativa manifiesta de muerte
- 0 Información inadecuada

La evaluación de la actividad psicosocial general en una escala de 0-100 fue operativizada por Luborsky en la Health-Sickness Rating Scale (Luborsky L «Clinicians' Judgments of Mental Health» Archives of General Psychiatry 7 407-417, 1962) Spitzer y cols desarrollaron una revisión de la Health-Sickness Rating Scale denominada Global Assessment Scale (GAS) (Endicott J, Spitzer RL, Fleiss JL, Cohen J «The Global Assessment Scale: A procedure for Measuring Overall Severity of Psychiatric Disturbance» Archives of General Psychiatry 33 766-771, 1976) Una versión modificada del GAS fue incluida en el DSM-III-R con el nombre de Global Assessment of Functioning (GAF) Scale

ANEXO 10

FORMULARIOS UTILIZADOS

Formulario 1**Cuestionario de pre-tratamiento (CPT)**

Nombre. _____ Fecha _____

Dirección: _____ Código postal _____

Telf Del trabajo _____ Telf De casa _____

Edad. _____ Ocupación: _____

¿Actualmente trabajando? SÍ () NO () Puesto: _____

Nombre de la empresa: _____ Lugar _____

Ultimo curso Académico completado. _____

EN CASO DE EMERGENCIA CONTACTAR CON _____

Parentesco: _____ Telf Particular: _____ Telf trabajo _____

¿Con quien vive? (Ej.: padres, cónyuge, compañeros, amigos) _____

¿Quién le ha enviado? _____

Indique por favor su estado civil (marcar el que le corresponda)

Comprometido Casado en 2as nupcias Divorciado

Separado Viudo Soltero

Casado

Problema Presentado

Escribir brevemente la naturaleza de su(s) problema(s). _____

¿Cómo es de grave su problema más acuciante? Por favor puntúelo del 1 al 7

1 2 3 4 5 6 7

Ligeramente Casi Incapacitante Perturbador

Desbordante

¿Ha visitado antes a otro profesional por problemas psicológicos?

SÍ () NO () ¿A quién? _____

¿Dónde? (Centro y ciudad) _____

Cuándo? _____ Circunstancias _____

¿Ha consultado a otro profesional su actual situación?

SÍ () NO () ¿A quien? _____

¿Dónde? (Centro y Ciudad) _____

¿Cuándo? _____

¿Ha sido hospitalizado por algún problema psicológico?

SI () NO () En caso afirmativo, nombre del hospital _____

Ciudad y Estado: _____

Fechas de hospitalización _____ Diagnóstico _____

Circunstancias _____ En caso necesario, ¿tiene permiso su

terapeuta para contactar con su(s) terapeuta(s) anterior(es), u otros centros de consulta, para obtener su hospital anterior?

SÍ () NO () En caso afirmativo firme por favor abajo

Firma _____ Fecha _____
 G ¿Ha pensado alguna vez seriamente en acabar con su vida?
 SÍ () NO () En caso afirmativo, cuándo? _____
 ¿Lo esta pensando ahora? _____
 ¿Ha intentado alguna vez acabar con su vida? _____
 En caso afirmativo, ¿cómo y cuándo? _____

H. ¿Cuándo tuvo lugar su ultima exploración médica?
 Nombre del facultivo. _____
 Enumere por favor, todos los medicamentos que esté actualmente tomando,
 incluyendo los que tome sin receta (anticonceptivos, etc).

Detalle por favor, sus problemas de salud _____

Enumere, por favor, sus tres miedos más importantes
 (1) _____
 (2) _____
 (3) _____
 Describa, por favor, sus hobbies, actividades y otros intereses.

¿Cómo suele pasar su tiempo libre? _____

¿Tiende a hacer amigos con facilidad? _____
 Una vez que ha hecho amigos, ¿los mantiene? _____
 Información sobre Cuestiones Vocacionales
 ¿Qué empleo tiene actualmente? _____
 ¿Qué tipo de puestos ha ocupado en el pasado? _____

¿Le han despedido alguna vez del trabajo?
 SI () NO () En caso afirmativo, escriba brevemente las circunstancias.

¿Está satisfecho con su actual trabajo?
 SI () NO () En caso negativo, describa por favor en que sentido se encuentra
 insatisfecho

¿Cuáles son sus ingresos actuales? _____
 ¿Exceden sus gastos de sus ingresos? SÍ () NO ()
 En caso afirmativo, ¿en qué cantidad? _____
 Metas
 ¿Cuáles han sido sus metas en el pasado? _____
 ¿Cuáles son sus metas ahora? _____

Servicio Militar

¿Ha prestado o presta actualmente servicio en las fuerzas armadas?

SÍ () NO ()

En caso afirmativo, Cuerpo _____ Rango _____ Licencia (ej honores, etc.) _ Problemas legales:

¿Ha tenido alguna vez que presentarse en un juzgado por una ofensa mayor a una infracción de tráfico?

SÍ () NO ()

En caso afirmativo, describa por favor las circunstancias

¿Ha estado alguna vez en prisión? SI () NO ()

En caso afirmativo, describa por favor las circunstancias.

Historia Sexual

¿Cuáles fueron las actitudes de sus padres hacia su sexualidad y qué grado de información sexual existía en su hogar?

¿Cuándo y cómo oyó hablar por primera vez del sexo?

¿Está satisfecho con su actual vida sexual

SÍ () NO ()

En caso negativo, ¿qué tendría que ser mejor?

D. Hombres:

¿Tiene o ha tenido alguna vez problemas de erección?

¿Tiene o ha tenido alguna vez problemas al tener un orgasmo demasiado rápido o por no haberlo tenido?

SI () NO () En caso afirmativo, explique por favor las circunstancias

Mujeres

¿Tiene o ha tenido alguna vez problemas para excitarse?

¿Le resulta dolorosa la penetración?

¿Tiene o ha tenido alguna vez problemas para llegar al orgasmo?

¿Tiene algún problema menstrual?

¿Afecta el periodo a su estado de ánimo?

¿Existe alguna otra cosa que su terapeuta deba saber respecto a su primera experiencia sexual o alguna posterior?

SÍ() NO()

En caso afirmativo, por favor detalle esta

Relaciones

Información Marital (en caso de no haber estado nunca casado, empieces por la Parte B)

¿Cuánto tiempo ha estado casado? _____

¿Desde cuando conocía a su cónyuge antes de comprometerse? _____

¿Cuánto tiempo estuvieron juntos antes de casarse? _____

Nombre del Cónyuge _____ Edad _____

Nivel Educativo: _____

Ocupación _____

Describir brevemente la personalidad el cónyuge _____

¿En qué áreas son más compatibles usted y su cónyuge?

¿En qué áreas son menos compatibles usted y su cónyuge?

¿Tiene algún problema en su relación con su familia política?

SÍ() NO()

En caso afirmativo, describa por favor, cualquier detalle relevante _____

¿Han tenido usted o su cónyuge algún aborto natural o voluntario? SÍ() NO()

En caso afirmativo, describa por favor cualquier detalle relevante _____

Otras Relaciones.

¿Está usted actualmente implicado emocionalmente con una persona?

SÍ() NO() En caso afirmativo, ¿desde hace cuánto tiempo? _____

Nombre de la pareja. _____ Edad _____

Nivel Educativo: _____

Ocupación _____

Describa brevemente la personalidad de su pareja _____

¿En qué áreas son usted y su pareja más compatibles?

¿En qué áreas son usted y su pareja menos compatibles?

¿Han tenido usted o su pareja algún aborto natural o voluntario? SÍ() NO()

En caso afirmativo, describa por favor cualquier detalle relevante. _____

Hijos

¿Cuántos hijos tiene? _____
 Detalle por favor el nombre, sexo y edad de cada hijo (incluyendo los hijastros)

¿Presenta alguno de sus hijos problemas especiales? SÍ() NO()
 En caso necesario, explique por favor los problemas:

Relaciones Sociales

Describa los aspectos positivos de su actual vida social:

Describa cualquier dificultad/trastorno que experimente en sus actuales relaciones sociales.

Añada brevemente, cualquier información sobre relaciones anteriores que usted considere importante para comprender sus problemas actuales

Información Familiar

Padre:

¿Vive aún su padre? SÍ() NO()
 Si ha fallecido, ¿qué edad tenía usted en el momento de su muerte? _____
 Causa de la muerte: _____ Edad: _____
 Si aún vive, ¿qué edad tiene actualmente? _____
 ¿Cuál es el último curso académico que completó? _____
 ¿Cuál es su ocupación? _____
 ¿Qué tal es su actual estado de salud? _____
 Describa brevemente la personalidad de su padre Describa por favor su relación con él en el pasado y actualmente:

Madre

¿Vive aún su madre? SÍ() NO()
 Si ha fallecido, ¿qué edad tenía usted en el momento de su muerte? _____
 Causa de la muerte: _____ Edad: _____
 Si aún vive, ¿qué edad tiene actualmente? _____
 ¿Cuál es el último curso académico que completó? _____
 ¿Cuál es su ocupación? _____
 ¿Qué tal es su actual estado de salud? _____
 Describa brevemente la personalidad de su madre Describa por favor su relación con ella en el pasado y actualmente _____ }

Hermanos

Enumere por favor los nombres y edades de sus hermanos/as, indicando con una

T si se trata de hermanastro/a y con una M si es un medio hermano/a
 Hermano Hermanas

 Describa por favor, su relación con sus hermanos/as
 Pasado. _____

Presente. _____

Infancia

¿De qué manera le castigaban sus padres o tutores cuando era niño?

 Describa por favor, el ambiente del hogar en el que creció, incluyendo la relación
 de sus padres entre sí:

¿Fue capaz de compartir sus confidencias con sus padres?

 Si fue criado por una persona diferente a sus padres, ¿quién se ocupó de usted y
 durante cuánto tiempo?

 Si tuvo un padrastro/madrastra, ¿qué edad tenía usted cuando su madre/padre
 volvió a casarse?:

¿Tuvo usted un padrastro o una madrastra?

Describa por favor, su relación con su padrastro/madrastra.

¿En qué religión fue usted educado?

Describa brevemente la educación religiosa que recibió:

Madurez.

¿Cuál es su actual afiliación religiosa?

¿Qué papel juega la religión en su vida?

 ¿Han interferido significativamente sus padres, familiares o amigos alguna vez en
 su vida personal, matrimonio, trabajo, etc.? SI() NO() En caso afirmativo,
 describa esas circunstancias.

 ¿Quién identificaría actualmente en su vida como la persona más importante?
 (Puede mencionar a varias)

 Antecedentes Médicos/Psicológicos:

¿Sufre algún miembro de su familia problemas de alcohol o drogas? Describa por favor, los detalles:

¿Sufre algún miembro de su familia un trastorno mental, emocional o nervioso?
SI() NO() Por favor, describa el problema

¿Sufre algún miembro de su familia alguna otra enfermedad que pueda ser relevante?
Describa por favor los detalles

¿Tiene o ha tenido usted problemas médicos que sean una fuente de preocupación?
SI() NO() Explique por favor los detalles

Indique por favor cuál de los términos siguientes representa actualmente un problema para usted, marcando una línea debajo de cada ítem que se aplique a su caso. Por ejemplo, sentirse es un problema para usted, marcará una línea debajo de la palabra TENSO

Problemas del Humor

Deprimido

Tenso

Incapaz de relajarme

Miedica

Demasiado nervioso o acelerado

Fácil de disgustar

Irritable o fácil de enfadar

Solitario

Demasiado sensible, fácil de herir

Constantemente preocupado

Lloro con demasiada frecuencia

Sin placer en la vida

Perder el interés por las cosas en general

Pensar en acabar con mi vida

Desear estar muerto

Ansioso

Sin esperanzas

Lloro desconsoladamente

Amargado

Triste o depre

Descontento

Perdido o a la deriva

Culpable

Aburrido fácilmente

Problemas cognitivos

Tener dificultades para recordar acontecimientos recientes
Tener dificultades para recordar cosas del pasado
Confuso
Desorientado
Tener dificultades para la concentración
Tener dificultades para comprender lo que se lee
Ineficaz en el trabajo o en el estudio
Soñar despierto
Tener dificultades para pensar con claridad
Oír voces
Ver visiones
Tener sentimientos extraños o irreales
Preocupaciones laborales y Financieras
Incapaz de tomar una decisión vocacional
Incapaz de llevar a cabo la vocación elegida
Insatisfecho con mi decisión vocacional
Dificultad para combinar matrimonio y carrera
Trabajar demasiado
No interesado o motivado en el trabajo
Recibiendo poco reconocimiento por el trabajo realizado
No satisfecho con las condiciones laborales
Miedo a perder mi empleo
Problemas con los compañeros o supervisores
Dificultades financieras
Incapaz de afrontar la responsabilidad
No llegar al trabajo a la hora o marcharse demasiado pronto
Preocupaciones sociales y familiares
Tener dificultades para hacer amigos
Sentirse incómodo con otras personas
Tener muy pocas citas
No encontrar una pareja adecuada
Tener dificultad para decidir si casarse o establecer un compromiso a largo plazo
Tener que romper una relación afectiva
Estar interesado en más de una persona
Discusiones frecuentes con el cónyuge o pareja
Tener intereses diferentes a los del cónyuge o pareja
Romper mi matrimonio/pareja
Dificultad para decidir si tener hijos o no
Tener problemas con la crianza de los hijos
Sentirse rechazado por la familia
Mala relación con el padre/madre (hacer un círculo en el que corresponda o en ambos)
Tener dificultades con los compañeros de piso
Descontento con el lugar donde vivo
No poder afrontar las tareas cotidianas

- Retraído del resto de las personas
 Sentirse rechazado por los amigos
 Sentirse rechazado por el ser querido
 No enamorado del cónyuge o pareja (hacer un círculo en el que corresponda)
- E. Preocupaciones sexuales
- Carecer de información sobre el sexo
 Encontrar difícil poder controlar los impulsos sexuales
 Incomodado por pensamientos o sueños sexuales
 Preocupado por los efectos de la masturbación
 Sexualmente atraído hacia alguien del mismo sexo
 Sexualmente insatisfecho
 Experimentar deseos sexuales diferentes a los de tu(s) pareja(s)
 Perturbado por ideas de relaciones sexuales
 Experimentar dificultades en la erección
 Eyaculación precoz
 Tener dificultades para excitarse sexualmente
 Tener dificultades para llegar al orgasmo
 Encontrar la penetración dolorosa o imposible (hacer un círculo en la que corresponda)
 Preocupación sobre el embarazo
- 1 Perder interés en el sexo
 2 Pensamientos o deseos sexuales no deseados
- F. Preocupaciones somáticas
- Dolores de cabeza
 Palpitaciones o dolor en el pecho (redondear uno)
 Problemas de incontinencia
 Poco o excesivo sueño (redondear uno)
 Mareos
 Problemas estomacales
 Fatiga
 Desmayos
 Falta de apetito o comer en exceso (redondear una)
 Temblores
 Ataques de ansiedad
 Complexión pobre o problemas de piel
 Dolores y calambres musculares
 Hipertensión (tensión sanguínea alta)
 Peso excesivo o falta de peso (redondear una)
 Problemas con el alcohol
 Problemas relacionados con las drogas
 Fumar
 Hiperventilación (respiración acelerada)
 Fatiga o debilidad muscular
 Problemas menstruales (incluyendo dolor)
 Pérdida de peso reciente
 Aumento de peso reciente

Dolor excesivo
 Otros problemas médicos (de los que yo me preocupo)
 G Sentimientos hacia uno mismo
 Carecer de confianza personal
 Carecer de habilidades de liderazgo
 No ser lo bastante listo
 Vergonzoso o tímido (no asertivo)
 Tomarse las cosas demasiado en serio
 Demasiado bajo o alto (redondear uno)
 Poco atractivo físicamente
 Carente de ambición
 Excesivamente influenciado por los demás
 Demasiado descuidado
 Incapaz de hacer algo bien
 Demasiado centrado en uno mismo
 Sentirse despreciable
 Sentirse culpable
 Sentirse indefenso
 Culparme a mí mismo por las cosas
 Sentirse incomprendido
 Sentirse no amado
 Sentirse intranquilo
 Incapaz de tomar decisiones
 Sentirse avergonzado de algo
 Sentir que las cosas están fuera de control
 No ser lo bastante flexible
 H. Valores y preocupaciones religiosas
 Necesito de una filosofía de la vida
 No saber el tipo de persona que deseo ser
 Confundido sobre lo que realmente quiero
 Sentir que la vida no merece la pena
 Confuso en las creencias religiosas
 Pérdida de las primeras creencias religiosas
 No obtener de la religión respuestas satisfactorias
 I Problemas conductuales
 Incapaz de controlar ciertos comportamientos repetitivos
 Inmerso en comportamientos peligrosos o ilegales (redondear uno)
 Tener hábitos personales malos o peligrosos
 Fumar en exceso
 Morderse las uñas o las cutículas
 Morder o arrancarse el pelo (redondear uno)
 Beber en exceso
 Utilizar drogas en exceso
 Asumir riesgos innecesarios
 Conducción insegura

Juego excesivo
 Incapaz de bajar el pistón
 Incapaz de actuar rápidamente
 Tener rabietas
 Ser problemático
 Tener hábitos sexuales indeseables
 Otros problemas (por favor detallar):

Vuelva por favor a mirar los ítems que ha subrayado y rodee con un círculo el número que figura delante de los problemas que le gustaría abordar en la terapia. Por ejemplo, si usted tiene dificultades para hacer amigos y le gustaría abordar ese tema en la terapia, rodearía con un círculo el número (050) que aparece delante de las palabras subrayadas:

Tener dificultades para hacer amigos.

¿Cuáles son los tres problemas más perturbadores en este momento para usted?

Designe por favor sus números _____

¿Le parece que estos describen de manera precisa sus problemas? _____ }

En caso negativo, por favor describa lo que desea _____

Información adicional

Describa por favor, cualquier experiencia perturbadora o traumática que no se haya mencionado a lo largo del cuestionario

Describa por favor, aquellas situaciones en las que se sienta más ansioso

Describa por favor, aquellas situaciones en las que se sienta más relajado

¿Se ha encontrado usted alguna vez en una situación en la que se sintiera fuera de control?

SI () NO () Por favor descríbala

¿Qué metas desearías obtener de una experiencia de psicoterapia?

Añada por favor, cualquier información pertinente no cubierta anteriormente y que usted considere que puede ayudar a su terapeuta a su tratamiento y/o evaluación

Formulario 2

DESCRIPCIÓN DEL GRUPO DE COMPETENCIAS DE AFRONTAMIENTO EN LA EXPLORACIÓN PREVIA A LA INCORPORACIÓN AL GRUPO

Ha sido usted referido por su terapeuta al Grupo de Competencias de Afrontamiento. A continuación, se le describen los cuatro módulos que constituyen esta experiencia de grupo. Tras cada descripción, encontrará un grupo de áreas de problemas que podrán ser aliviados o disminuidos mediante las competencias impartidas en ese módulo particular. A medida que lea cada descripción, piense por favor en usted mismo y en por qué solicita ayuda. Tras esto, se reunirá durante 20 minutos con uno de los terapeutas del grupo, que le ayudará a desarrollar metas personales para su experiencia de grupo. Esperamos que mediante la participación en esta sesión de establecimiento de metas previa a la incorporación al grupo, podrá beneficiarse al máximo de las sesiones de grupo.

EL MÓDULO DE RELAJACIÓN

El primer módulo expone al participante a dos procedimientos diferentes de relajación: La Relajación Muscular Profunda (RMP) y la Respuesta de Relajación de Benson (RRB). Ambas técnicas enseñan una competencia que contrarresta la experiencia corporal de estrés y la experiencia psicológica de ansiedad. Los miembros del grupo con problemas somáticos como dolor crónico en la parte inferior de la espalda, dolores de cabeza tensionales, problemas de eficacia reducida en el trabajo, o ansiedad en circunstancias sociales son especialmente proclives a beneficiarse del empleo de estas técnicas. Ahora bien, la mayoría de las personas están en algún momento inadecuadamente tensas y pueden beneficiarse del dominio de estas técnicas.

Ejemplos de áreas de problemas
 Dificultad para dormir
 Persistentes dolores de cabeza tensionales
 Sentirse <<presionado>> en el trabajo

EL MÓDULO DE RESTRUCTURACIÓN COGNITIVA

Este módulo se basa en un principio que defiende que las emociones negativas extremas no son resultado de las experiencias vitales, sino de las actitudes o pensamientos que la persona tiene sobre esas experiencias. La reestructuración cognitiva es una competencia que implica el reconocimiento de pensamientos no razonables, desafiar esos pensamientos y desarrollar afirmaciones más racionales y adecuadas para decirse a uno mismo. Este pensamiento más

Formulario 3

METAS POTENCIALES PARA CADA MODULO

Modulo de Relajación

Ser capaz de dormirme mas rápidamente

Ser capaz de volver a dormirme fácilmente después de haberme despertado en medio de la noche

Aliviar el dolor de la espalda (parte inferior)

Reducir la frecuencia de mis dolores de cabeza tensionales

No sentirme tan presionado al final de una jornada de trabajo

Modulo de Reestructuración Cognitiva

Sentir mayor control ante estados de humor negativos

Evitar enfadarme inadecuadamente

Disminuir la tendencia a estar <<inevitablemente>> deprimido

Experimentar un menor número de cambios negativos en mi nivel de energía, interés sexual, apetito, pautas de sueño, sociabilidad y sentido del humor

Incrementar la eficiencia en el trabajo, disminuir la distracción

Sentir mayor control en relaciones importantes (románticas, profesionales, sociales)

Modulo de Entrenamiento Asertivo

Ser capaz de decir no a peticiones poco razonables de mis compañeros de trabajo

Ser capaz de decir a mi pareja que cosas me molestan sin culparle

Ser capaz de aceptar cumplidos sin sentirme avergonzado o negar mi valía

Ser capaz de mostrar interés en alguien e iniciar contactos sociales

Modulo de Resolución de Problemas

Encontrar un trabajo que sea más satisfactorio pero tan lucrativo como el que tengo actualmente

Conocer a más gente y aumentar mis actividades sociales

Incrementar la cantidad de tiempo libre para mí con fin de perseguir el logro de mis propios intereses

Formulario 4

SECUENCIA DE RELAJACIÓN

PARTE DEL CUERPO	CLAVE
Dedos y manos... ..	Cerrar el puño Doblar hacia atrás
Muñecas y antebrazos.... ..	Gesto de forzado Andar como sonámbulo, con los codos estirados
Bíceps.	Encogerse
Tríceps.	Levantar las cejas, fruncir el ceño
Hombros.. ..	Cerrarlos con fuerza
Frente	Arrugarlos, como chupando un limón
Ojos	Proyectar la mandíbula inferior hacia fuera
Labios..... .	Contra el paladar
Mandíbula... ..	Bostezar, decir <<ahhh>>
Lengua.	Rotar. izquierda, derecha, hacia atrás, y hacia adelante
Garganta	Respiración profunda, expirando lentamente
Cuello..... .	Echar los hombros hacia atrás y sacar el pecho hacia afuera
Cavidad pectoral.. . . .	Sacar el estómago, meterlo todo lo que se pueda
Pecho y parte superior de la espalda	Arquear
Abdomen.	Apretar
Parte inferior de la espalda	Estirar las rodillas y pies hacia arriba
Nalgas	Estirar las rodillas y pies hacia abajo
Piernas y muslos –	Doblar los dedos hacia abajo
Piernas y muslos – II.	Doblar los dedos hacia arriba
Dedos y pies – I.	
Dedos y pies – II.	

Formulario 5

DISTORSIONES COGNITIVAS

Pensamiento de Todo o Nada: Ves las cosas en categoría de blanco o negro. Si tu rendimiento no es perfecto, te consideras a ti mismo un fracaso total.

Generalización excesiva: Consideras un hecho negativo aislado como una pauta que no tiene fin.

Filtro mental: Sacas un detalle negativo aislado de su contexto y te fijas exclusivamente en él, de manera que tu visión de la realidad se oscurece, como una gota de tinta que tinte un vaso de agua clara.

Descalificar lo positivo: Niegas las experiencias positivas insistiendo en que seas <<no cuentan>> por una u otra razón. De esta manera puedes mantener una creencia negativa que tu experiencia cotidiana contradice.

Saltar a conclusiones precipitadas: Realizas una interpretación negativa aunque no existan hechos negativos que apoyen de una manera conveniente tu conclusión.

Lectura del pensamiento: Concluyes arbitrariamente que una persona está reaccionando de manera negativa contigo y no te molestas en comprobarlo.

El error del futurólogo: Anticipas que las cosas van a salir mal, y estás convencido de que tu predicción es ya un hecho establecido.

Magnificar (Catastrofismo) o Minimizar: Exageras la importancia de las cosas (como tus reveses o los logros de otra persona), o reduces las cosas de una manera inadecuada hasta que parecen insignificantes (tus propias cualidades deseables o las imperfecciones de otra persona).

Esto también se denomina el <<truco de los prismáticos>>.

Razonamiento emocional: Asumes que tus emociones negativas reflejan necesariamente la forma en que las cosas son realmente: <<Yo lo siento así, luego por lo tanto debe ser verdad>>.

Afirmaciones de <<debería>>: Intentas motivarte a ti mismo mediante <<deberías>> y <<no deberías>> como si tuvieras que ser hostigado y amenazado antes de poder pretender hacer algo. Los <<tendría que>> y <<había que>> son también ofensas. Su consecuencia emocional es la culpabilidad. Cuando diriges las afirmaciones de <<debería>> hacia otros sientes enfado, frustración y resentimiento.

Etiquetar y etiquetar erróneamente: Esta es una forma extrema de sobregeneralización. En lugar de describir tu error, añades una etiqueta negativa a ti mismo: <<soy un perdedor>>. Cuando la conducta de otra persona te afecta de manera negativa, le añades una etiqueta negativa: <<Es un maldito gusano>>. El etiquetado erróneo implica describir un acontecimiento con lenguaje viciado y cargado emocionalmente.

Personalización: Te ves a ti mismo como la causa de algún acontecimiento negativo externo.

Formulario 6

CREENCIAS IRRACIONALES BÁSICAS

Debes - si debes - lograr casi todo el tiempo y de todas las personas significativas para ti una actitud sincera de amor y aprobación.

Debes probarte a ti mismo exhaustivamente que eres competente, adecuado y productivo, o debes demostrar al menos que tienes una competencia o talento real en algo importante

Tienes que completar la vida como algo espantoso, terrible, horrible o catastrófico cuando las cosas no salen de la manera que tu quisieras

Las personas que te hacen daño o que cometen faltas contra ti generalmente son individuos malos, malvados o villanos y debes castigar, maldecir o culparles por sus pecados.

Si algo parece peligroso o temible, debes ocuparte terriblemente por ello y preocupare de ello hasta ponerte ansioso.

Las personas y las cosas deben resultar mejor de lo que hacen, y tienes que considerar espantoso y horrible el no poder encontrar rápidamente buenas soluciones a las incomodidades de la vida

El disgusto emocional viene de presiones externas y se tiene poca capacidad para controlar los sentimientos y poder librarse de la depresión y hostilidad

Resulta más fácil evitar enfrentarse a muchas de las dificultades de la vida y responsabilidades personales que intentar buscar formas más gratificantes de autodisciplina

El pasado sigue siendo lo más importante y, debido a que una vez algo influyo poderosamente sobre tu vida, eso debe seguir determinando tus sentimientos y tu conducta actual.

Puedes obtener la felicidad mediante la inercia y la inactividad o <<divirtiéndose>> pasivamente sin comprometerte

Tienes que considerar las cosas como espantosas, terribles, horribles y catastróficas cuando te sientes gravemente frustrado, tratado injustamente o rechazado

Tienes que tener un alto grado de orden o certeza para sentirte cómodo, o necesitas poder confiar en algún poder sobrenatural

Puedes darte a ti mismo una puntuación global como ser humano, y tu valía general y auto-aceptacion depende de la bondad de tu rendimiento y el grado de aprobación otorgado por otras personas

Formulario 7

HOJA DE TRABAJO PARA CASA DE TCC: EJEMPLO PREPARADO ORIGINALMENTE PARA LA NO APERTURA AL GRUPO

A. Acontecimiento activador

Estamos de vacaciones, en casa de la suegra. Yo ya estoy en la cama y a punto de dormirme. B. se ha quedado vigilando a los niños y bebiendo una cerveza. B. llega a la cama atiborrado de cerveza y con ganas de hacer el amor. A mi no me apetece pero no me niego del todo. Hacemos el amor durante un rato, físicamente todo va bien, es un buen amante (según mi libro), pero mi mente está en otro lugar pensando <<ideas del tipo realmente no me gustan/me gusta, esto está bien pero no es excitante como una vez lo fue, por favor acaba ya; estoy satisfecha y tengo que levantarme pronto mañana para estar con D mientras tu quedas hasta tarde en la cama; ¿Por qué respondo tan poco y tengo tan poca inventiva? Generalmente, me siento atrapada; hacer el amor está bien; ¿Por qué yo nunca tomo la iniciativa? ¿Voy a seguir creciendo, seguir cambiando?>>

B. Creencias Irracionales.

cuando hacer el amor con tu cónyuge no es excitante, ya nunca lo volverá a ser y eso es una causa para la depresión.

Yo soy la única persona que tiene que aguantar a D., B. nunca lo hace.

B. no debería disfrutar haciendo el amor porque realmente yo no lo estoy haciendo.

Debo ser una persona en continuo crecimiento y auto-actualización y esto debería ser evidente a través de mi vivacidad y deseo sexual. Si ahora estoy atrapada, eso conlleva que deba sentirme ansiosa por ello

Yo nunca inicio la práctica amorosa. Tomar la iniciativa de hacer el amor, es la forma más importante de demostrar amor hacia tu pareja.

Es poco probable que o experimente crecimiento y cambio, dado que los sentimientos que ahora tengo no son nuevos para mí. Esta sensación de estar atrapada siempre va a formar parte de mí.

C. Consecuencias

Me siento muy depre a la mañana siguiente. Tengo una larga charla con B. pero sin esperanzas respecto a un cambio iniciado por mí, ya que no sabía que hacer

D. Disputas

Una falta de interés ahora, no significa que tenga que ser para siempre. Aunque yo raramente se lo pida, ¿no se ha levantado B. alguna vez para estar con D. cuando se le ha pedido?

¿Estas seguro de eso? ¿Es realmente espantoso y terrible el que no estés excitada? ¿Es razón suficiente para que B. no pueda disfrutar?

¿Qué evidencia tienes de que ese cambio no sea posible? ¿No has crecido mucho durante los últimos diez años de matrimonio? ¿No te has sentido también decaída a veces durante los últimos diez años y superado después para encontrarte mucho mejor?

¿Es el sexo el último indicador? ¿No demuestras tu amor de otras maneras? Si estas preocupada hoy por esto, está bien, ¿pero debes ser

necesariamente crucial?

¿Son tus actuales sentimientos de decaimiento exactamente iguales que antes? ¿Esperas alternar épocas de hibernación con épocas de crecimiento?

CR. Creencias Racionales

Nada es perfecto todo el tiempo (ej.: Cuando las cosas no salen bien Durante <<demasiado tiempo>> intenta averiguar una forma de cambiarlas, en lugar de compadecerte por los fracasos).

B. Será de mayor ayuda si se lo pides específicamente (ej.: debes pedirselo, deja que él sepa lo que quieres). No es terrible que no consigas la cantidad <<perfecta>> de sueño esta noche.

Es frustrante no disfrutar tanto como tu pareja. Puedo comenzar a hacer planes para que hacer el amor resulte más deseable y excitante.

Este también es un sentimiento incómodo. Puedo comenzar a planear como empezar a moverme de donde estoy a crecer de nuevo.

Me gustaría ser perfecta haciendo el amor, pero no es necesario que lo sea

B. es una persona amante y razonable y tampoco necesita que yo sea perfecta.

Puedo continuar creciendo a pesar de que este sentimiento actual sea frustrante. Puedo comenzar a hacer planes para conseguir que mi vida sea más deseable.

Efectos (afectivo)

¡Error! Marcador no definido. No continuar sintiéndose depre
(Conductual)

Leer mas sobre TCC (terapia Cognitiva Conductual) y más dispuesta a utilizar de nuevo la técnica
(Cognitiva)

Solo por que ciertas situaciones con mi marido no sean ideales no significa que yo deba comenzar a catastrofizar sobre mi matrimonio y mi vida

Formulario 8

COMPONENTES DEL COMPORTAMIENTO ASERTIVO

- CONTACTO VISUAL
- EXPRESION FACIAL
- GESTOS Y POSTURA CORPORAL
- TONO DE VOZ, INFLEXION Y VOLUMEN
- CONTENIDO
- TIEMPO

Formulario 9**VIÑETAS PARA EL ENTRENAMIENTO EN ASERTIVIDAD****Viñeta 1****Situación**

Vas a ver al médico por una tos persistente. Te examina y receta un medicamento. Le preguntas cuál es el diagnóstico, cómo se supone que actúa la medicación recetada. El médico contesta: <<Usted no tiene porque preocuparse de eso. Simplemente tome estas pastillas y se encontrará mucho mejor>>.

Meta

Preservar e intentar obtener la información solicitada

Viñeta 2**Situación**

Te sientes ya agobiado de trabajo cuando llega tu jefe y te da una carga de extra papeleo que tu piensas que podría dar perfectamente a otra persona.

Meta

Intentar rechazar el papeleo que te da el jefe mientras le explicas tus razones.

