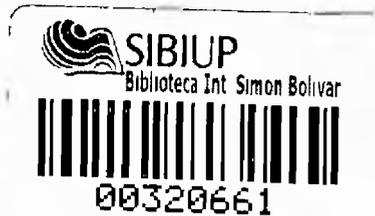


UNIVERSIDAD DE PANAMA
VICERRECTORIA DE INVESTIGACION Y POSTGRADO
FACULTAD DE PSICOLOGIA



**TRATAMIENTO COGNITIVO CONDUCTUAL ORIENTADO A LA
REDUCCION DE SINTOMAS DE ANSIEDAD Y DEPRESION EN
UN GRUPO DE ADOLESCENTES DE SEPTIMO GRADO
DIAGNOSTICADAS CON TRASTORNO MIXTO ANSIOSO
DEPRESIVO CON AUTOLESIONES (*CUTTING*) QUE ASISTEN AL
C E B G LA PRIMAVERA, EN EL DISTRITO DE SANTIAGO,
PROVINCIA DE VERAGUAS, AÑO 2016**

POR
DIANA LOURDES MENDEZ GARCIA

VERAGUAS 2017

UNIVERSIDAD DE PANAMA
VICERRECTORIA DE INVESTIGACION Y POSTGRADO
FACULTAD DE PSICOLOGIA

TRATAMIENTO COGNITIVO CONDUCTUAL ORIENTADO A LA
REDUCCION DE SINTOMAS DE ANSIEDAD Y DEPRESION EN
UN GRUPO DE ADOLESCENTES DE SEPTIMO GRADO
DIAGNOSTICADAS CON TRASTORNO MIXTO ANSIOSO
DEPRESIVO CON AUTOLESIONES (*CUTTING*) QUE ASISTEN
AL C E B G LA PRIMAVERA, EN EL DISTRITO DE
SANTIAGO, PROVINCIA DE VERAGUAS, AÑO 2016

POR
DIANA LOURDES MENDEZ GARCIA

Tesis para optar por el grado de Maestria en Psicologia Clinica

VERAGUAS 2017

57

10843 2017

UNIVERSIDAD DE PANAMA
 VICERRECTORIA DE INVESTIGACION Y POSTGRADO
 PROGRAMA DE MAESTRIA EN PSICOLOGIA CLINICA
 FACULTAD DE PSICOLOGIA

FORMULARIO PARA LA PRESENTACION DE PROYECTOS DE
 INVESTIGACION CONDUCENTES A LA TESIS DE GRADO

CODIGO	VIP CE PT 327 14 255 01 16 14
NOMBRE DE LA ESTUDIANTE	DIANA LOURDES MENDEZ GAR CIA
CEDULA	9 721 1850
TITULO DE LA TESIS	TRATAMIENTO COGNITIVO CONDUCTUAL ORIENTADO A LA REDUC CION DE SINTOMAS DE ANSIEDAD Y D—EPRESION EN ADOLESCENTES DIAGNOSTICADAS CON TRASTORNO MIXTO ANSIOSO DEPRESIVO CON AUTOLESIONES (CUTTING)
ASESORA	MAGISTER RITA MEDINA TENORIO
FIRMA DE LA ASESORA	_____
FIRMA DE LA ESTUDIANTE	_____
APROBADO POR	_____

DIRECTOR DE POSTGRADO DE LA VICERRECTORIA DE INVESTIGACION Y
 POSTGRADO

FECHA _____

Obsequio del autor

DEDICATORIA

A mi esposo a mis hijos abuela y hermanos con el amor de siempre

A la memoria de mis padres Jaime J Mendez y Diana García de Mendez quienes me dieron la fuerza para alcanzar cada meta propuesta en mi vida

AGRADECIMIENTO

A Dios todopoderoso vaya mi agradecimiento por permitirme culminar mis estudios de maestría

A mi asesora la magister Rita Medina por los conocimientos brindados y por todas las orientaciones atinadas que me dio para realizar este trabajo

Igualmente agradezco a la magister Yovanna Ortega su gran apoyo y asesoría para la presentación de este informe final

Doy las gracias a mis compañeras Romelia Rosas, Brisilda Tejada, Michelle Molina y Yarineth Aguilar, y a mis compañeros Hector Camarena y Vladimir Ortega, quienes de una u otra forma me animaron a seguir adelante y cumplir la meta propuesta.

También a mis amigas Isis Gordon, Marlene Chavez y Gloria Peñalba por sus consejos y ayuda oportuna para finalizar este proyecto.

De igual manera expreso mi agradecimiento a la dirección del C.E.B.G. La Primavera por permitirme realizar este trabajo en sus instalaciones, así como también a todo el personal de la misma institución y padres de familia que de alguna forma me ofrecieron su ayuda durante la realización del programa de terapia.

Finalmente quiero dar las gracias a todas aquellas personas que fueron fuente de inspiración y pilares básicos durante mis estudios de maestría como el profesor Orlando Moscoso y las profesoras Gina Candanedo Edna Martínez Laura Domínguez María I Barrios y Marta Díaz quienes me brindaron sus orientaciones y conocimientos para alcanzar esta meta tan importante en mi vida

Muchas gracias a todos Dios los bendiga

**«SI NUESTRO PENSAMIENTO ES SENCILLO Y CLARO ESTAMOS MEJOR
EQUIPADOS PARA ALCANZAR NUESTRAS METAS»**

Aaron Beck

RESUMEN

En la presente investigación se planteo como objetivo conocer la efectividad de la terapia cognitivo conductual en la disminución de los síntomas de ansiedad y depresión en un grupo de adolescentes con diagnóstico de trastorno mixto ansioso depresivo con autolesiones (*cutting*). La muestra estaba conformada por ocho adolescentes todas mujeres con edades comprendidas entre los 12 y 13 años. Estas no tenían diagnóstico establecido previamente. La investigación se llevo a cabo en el C. E. B. G. La Primavera. El programa de tratamiento se planifico para doce sesiones sin incluir la sesión de la entrevista a nivel individual. Cada sesión tenía una duración de dos horas una vez por semana. Los instrumentos de valoración que se utilizaron fueron la escala de ansiedad manifiesta para niños y adolescentes y el cuestionario de depresión infantil además de la entrevista clínica de Amílcar Valladares. Se utilizo un diseño de investigación preexperimental con un solo grupo antes y después. El estadístico utilizado fue la *t* de Student con un nivel de significación de 0.05 a una cola y la regla de decisión se estableció de la siguiente manera: se rechaza la H_0 si $t_0 > t_c = 1.8946$. Los resultados estadísticos indicaron que se rechazaba la H_0 por tanto probablemente era aceptada la H_1 lo que presumiblemente indica que la terapia cognitiva conductual sí disminuyó los síntomas de ansiedad y depresión en la muestra de adolescentes con trastorno mixto ansioso depresivo con autolesiones. Igualmente puede indicar que la estructura de las sesiones y las técnicas utilizadas permitieron a las adolescentes la modificación de su manera de pensar ante las situaciones negativas que experimentan durante esta etapa crucial de sus vidas.

ABSTRACT

The objective of the present investigation is to know about effectiveness of the cognitive conductual therapy in the diminution of the symptoms of anxiety and depression in a group of adolescent with mixed anxiety depressive disorder with cutting. The sample was confirmed by eight adolescents all of them female with ages in ranges between 12 to 13 years old without a previous diagnostic. The research was carried out in the *C E B G La Primavera*. The treatment program was planned for twelve sessions not including individual interview session. Each session had a duration of 2 hours per week. The evaluation instruments were The Manifest Anxiety Age Scale for Children and Adolescents and the Child Depression Questionnaire besides the clinical interview of Amílcar Valladares. We used a pre experimental research design with only one group before and after. The statistic used was a Student t with a significance level of 0.05 to a tail and the decision rule was established as follows: Rejects H_0 if $t_0 > t_c = 1.8946$. Statistical results indicated that H_0 was rejected therefore H_1 was probably accepted. What presumably indicates that Conductive Cognitive Therapy did decrease the symptoms of anxiety and depression in the sample of adolescents with the disorder. It may also indicate that the structure of the sessions and techniques allowed the girls to modify their way of thinking negative situations they experience during this crucial stage of their lives.

INDICE GENERAL

	Pagina
DEDICATORIA	III
AGRADECIMIENTO	v
RESUMEN	IX
ABSTRACT	x
INTRODUCCION	xxiii
CAPITULO I FUNDAMENTACION TEORICA	1
1 Ansiedad	2
1 1 Definicion	3
1 2 Causas	10
1 3 Sintomas	11
1 3 1 Fisiologicos	12
1 3 2 Conductuales	13
1 3 3 Cognitivos	13
1 3 4 Afectivos	14
1 4 Tratamiento	15
2 Depresion	17
2 1 Definicion	23
2 2 Causas	24
2 3 Sintomas	26
2 3 1 Fisiologicos	26
2 3 2 Conductuales	27

	Pagina
2 3 3 Afectivos	27
2 3 4 Cognitivos	27
2 4 La depresion en la adolescencia	28
2 5 Tratamiento	30
3 Clasificacion diagnostica de la ansiedad y la depresion como entidades independientes	32
3 1 Trastorno de ansiedad de acuerdo a la clasificacion del DSM-IV	33
3 1 1 El trastorno de ansiedad generalizada	33
3 1 2 El trastorno de ansiedad debido a enfermedad medica	33
3 1 3 El trastorno de ansiedad inducido por sustancias	33
3 1 4 El trastorno de ansiedad no especificado	34
3 2 Modificaciones contempladas en el DSM V	34
3 3 Trastorno de depresion de acuerdo a la clasificacion del DSM-IV	37
3 3 1 Trastorno depresivo mayor	37
3 3 2 Trastorno distimico	38
3 3 3 Trastorno depresivo no especificado	38
3 3 4 Trastorno del estado de animo disruptivo y no regulado	38
3 4 Comorbilidad depresion–ansiedad	39
4 Clasificacion diagnostica del trastorno mixto ansioso–depresivo	
(CIE – 10	42
4 1 Sintomatologia especifica	43
4 2 Diagnostico diferencial	44

	Pagina
4 3 Tratamiento recomendado	45
5 Autolesion o <i>selfcutting</i>	46
5 1 Definicion	46
5 2 Caracteristicas sintomaticas	48
5 3 Clasificacion de la autolesion	51
5 4 Diagnostico diferencial de la autolesion	53
5 4 1 Diferencias entre la autolesion y el intento suicida	53
5 5 Prevalencia	56
5 5 1 Prevalencia en poblacion clinica vs poblacion de Comunidad	57
5 5 2 Prevalencia en poblacion adolescente de comunidad	58
5 5 3 Prevalencia en poblacion clinica adolescente	61
CAPITULO II TRATAMIENTO COGNITIVO CONDUCTUAL	64
1 Definicion de terapia cognitiva conductual	65
2 Origenes de la terapia cognitiva conductual	68
3 Principales exponentes de la terapia cognitiva conductual	74
3 1 Albert Ellis – terapia racional emotiva	74
3 1 1 Terapia racional emotiva conductual en ninos y adolescentes	81

	Pagina
3 2 Aaron Beck – terapia cognitiva conductual	82
4 Terapia cognitiva conductual aplicada a los adolescentes	90
4 1 Reconocer el egocentrismo de los adolescentes	90
4 2 Fomentar la colaboracion	92
4 3 Fomentar la objetividad	93
4 4 Formular preguntas socraticas	94
4 5 Cuestionar el pensamiento dicotomico	95
4 6 Implicar e incluir personas significativas o importantes	96
5 Investigaciones sobre la efectividad de la TCC en la psicoterapia	97
6 El modelo de tratamiento utilizado para esta investigacion	105
7 Generalidades sobre las tecnicas utilizadas en la terapia	107
7 1 Tecnicas conductuales	107
7 1 1 Relajacion	108
7 1 2 Visualizacion	111
7 1 3 Apoyo social	112
7 1 4 Asertividad y comunicacion asertiva	113
7 1 5 Rol <i>playing</i>	114
7 2 Tecnicas cognitivas	115
7 2 1 Reestructuracion cognoscitiva	116
7 2 2 Clasificacion de distorsiones cognoscitivas	117
7 2 3 Deteccion de pensamientos automaticos	117
7 2 4 Debate de los pensamientos automaticos	118

	Pagina
7 2 5 Trabajo con las creencias nucleares	119
7 2 6 Uso de la imaginacion	119
7 2 7 Resolucion de problemas	119
CAPITULO III METODOLOGIA DE LA INVESTIGACION	121
1 Justificacion del problema	122
2 Planteamiento del problema	130
3 Objetivos generales	132
4 Objetivos especificos	132
5 Hipotesis	133
5 1 Hipotesis de investigacion	133
5 2 Hipotesis estadistica	133
6 Diseno de investigacion	137
6 1 Estudio explicativo	137
6 2 Diseno cuasiexperimental	137
6 3 Diseño de investigacion	138
7 Definicion de variables	139
7 1 Variable independiente programa cognitivo conductual	139
7 1 1 Definicion conceptual	139
7 2 Variables dependientes ansiedad y depresion	140
7 2 1 Definicion conceptual de las variables dependientes	140

	Pagina
7 2 2 Definicion operacional	141
8 Poblacion y muestra	142
8 1 Poblacion	142
8 2 Muestra	142
9 Criterios de inclusion	143
10 Criterios de exclusion	143
11 Instrumentos y tecnicas de medicion	143
11 1 Consentimiento informado	144
11 2 Entrevista clinica de Amilcar I Valladares	144
11 3 Escala de ansiedad manifiesta en niños y adolescentes	145
11 4 Cuestionario de depresion infantil	149
12 Analisis estadisticos de los resultados	153
11 1 Analisis descriptivo	153
11 2 Analisis comparativo	153
13 Procedimiento	154
14 Plan individual de cada una de las sesiones de la terapia que describen el tratamiento	156
15 Local para el tratamiento	183
16 Limitaciones	183

	Pagina
CAPITULO IV ANALISIS DE RESULTADOS	184
1 Datos generales de la muestra	185
2 Presentacion y analisis descriptivos y comparativos de los resultados	191
2 1 Ansiedad	191
2 1 1 Interpretacion de los resultados en cuanto a la ansiedad	199
2 2 Depresion	202
2 2 1 Interpretacion de los resultados en cuanto a la depresion	208
3 Analisis integrativo de los resultados	209
CONCLUSIONES	215
RECOMENDACIONES	219
BIBLIOGRAFIA	222
ANEXOS	237

INDICE DE CUADROS

	Pagina
Cuadro n ° 1	Percentiles del cuestionario de depresion infantil 151
Cuadro n ° 2	Puntuaciones del cuestionario de depresion infantil 153
Cuadro n ° 3	Rango de edades de la muestra de adolescente  con  trastorno mixto ansioso depresivo 165
Cuadro n ° 4	Clasificacion segun tipo de familia de la muestra 187
Cuadro n ° 5	Prueba estadistica para grupos dependientes  Escala de ansiedad manifiesta en niños y adolescentes 192
Cuadro n ° 6	Prueba estadistica para grupos dependientes  Escala de ansiedad fisiologica 194
Cuadro n ° 7	Prueba estadistica para grupos dependientes  Escala de inquietud/hipersensibilidad 196
Cuadro n ° 8	Prueba estadistica para grupos dependientes  Escala de preocupaciones sociales/concentracion 198
Cuadro n ° 9	Resultados antes y despues de niveles de ansiedad y depresion con sus nominaciones clinicas respectivas 201
Cuadro n ° 10	Prueba estadistica para grupos dependientes  Cuestionario de depresion infantil 203
Cuadro n ° 11	Prueba estadistica para grupos dependientes  Escala de disforia 205
Cuadro n ° 12	Prueba estadistica para grupos dependientes  Escala de autoestima negativa 207

INDICE DE GRAFICAS

	Pagina
Grafica n ° 1 Relacion familiar de las adolescentes de la muestra	186
Grafica n ° 2 Numero de hermanos/as de la muestra de adolescentes con TMAD	188
Grafica n ° 3 Condicion academica y conductual de la muestra de adolescentes con TMAD	189
Grafica n ° 4 Comparacion del grupo segun las puntuaciones T en la escala de ansiedad manifiesta en adolescentes en el pretest y postest	191
Grafica n ° 5 Comparacion del grupo segun las puntuaciones T en la escala de ansiedad fisiologica en el pretest y postest	193
Grafica n ° 6 Comparacion del grupo segun las puntuaciones T en la escala inquietud/hipersensibilidad en el pretest y postest	195
Grafica n ° 7 Comparacion del grupo segun las puntuaciones T en la escala preocupacion social/concentracion en el pretest y postest	197
Grafica n ° 8 Comparacion del grupo segun las puntuaciones T en el cuestionario de depresion infantil en el pretest y postest	202
Grafica n ° 9 Comparacion del grupo segun las puntuaciones T en la escala de disforia en el pretest y postest	204
Grafica n ° 10 Comparacion del grupo segun las puntuaciones T en la escala de autoestima negativa en el pretest y postest	206

INTRODUCCION

En la actualidad se evidencia una preocupación alarmante por parte de los padres de familia, educadores y profesionales de la salud mental (psicólogos y psiquiatras) en cuanto a los altos niveles de conductas ansiosas y depresivas con nuevas modalidades que incluyen las autolesiones o *cutting* que manifiestan muchos de los adolescentes en los centros de educación básica general de Panamá, conducta que se ha incrementado en los últimos años y que presenta una magnitud que no corresponde con las conductas típicas de la adolescencia.

La ansiedad y la depresión pueden cambiar la forma en que los adolescentes se ven a sí mismos y a sus vidas. Estos, por lo general, ven todo más negativamente y son incapaces de imaginar que cualquier problema o situación se puede resolver de un modo positivo, lo que implica la necesidad de intervención psicológica como forma de reducir los síntomas de ansiedad y depresión para mejorar su calidad de vida y sus relaciones interpersonales.

Debido a que las mujeres están en mayor contacto con sus emociones que los varones, a menudo se cree que las adolescentes sufren más de ansiedad y depresión que los jóvenes adolescentes. Estas, además, tienen un riesgo mayor de caer en otros problemas, como abuso de sustancias, conflictos con compañeros y profesores en el colegio, problemas en sus relaciones interpersonales, conductas sexuales riesgosas y suicidio.

Los trastornos mentales como entes patológicos han sido de gran interés y motivación para la psicología clínica y en esta investigación dentro de la especialidad de la psicología clínica se ha querido medir el efecto de la terapia cognitivo conductual en la disminución de los síntomas de ansiedad y depresión de un grupo de adolescentes de séptimo grado diagnosticadas con trastorno mixto ansioso depresivo con autolesiones (*cutting*)

De acuerdo a la revisión bibliográfica y a estadísticas mundiales y locales que se investigaron para este trabajo es claro que los trastornos de ansiedad y más aun los trastornos relacionados con el estado de ánimo —específicamente la depresión— son los de mayor incidencia y prevalencia a nivel mundial. Por tanto al referirnos a la ansiedad y la depresión en adolescentes se deben tomar en cuenta diferentes factores que influyen tanto en el aspecto interno como en el externo de cada joven.

El *cutting* es una práctica entre adolescentes y adultos jóvenes que consiste en hacerse heridas superficiales en diversas partes del cuerpo con objetos punzocortantes. Se trata de un acto compulsivo en el que incurren personas con alguna inestabilidad emocional con la finalidad de liberar dolor, enojo, presión o ansiedad o para llamar la atención. Este proceder deriva de factores sociales y culturales ya que el entorno actual es más exigente con los

adolescentes por la competencia en el trabajo y/o en la escuela lo que causa cierto sufrimiento

Segun los estudios las decisiones de los jovenes son determinadas en gran medida por el enfoque dado al problema. Por tanto la aplicacion del programa cognitivo conductual en grupo basado en el modelo de Aaron Beck resulta crucial para que estos adolescentes aprendan a identificar sus pensamientos disfuncionales reemplazandolos por otros que les permiten mejorar su estado ansioso depresivo y aumentar su auto percepcion lo que en gran medida un adecuado desarrollo psicoemocional

Este informe de investigacion presenta en su primer capitulo de fundamento teorico diversos aspectos sobre la ansiedad y la depresion como variables dependientes asi como tambien sobre el trastorno mixto ansioso depresivo y las autolesiones relacionadas con el mismo y con el cual se trabajo en este estudio. la definicion las causas los sintomas y el tratamiento fueron algunos de los puntos tratados

En un segundo capitulo de fundamentacion teorica se trata la terapia cognitivo conductual como variable independiente. Se tocan aspectos como los origenes de la terapia cognitivo conductual los principales exponentes algunas investigaciones sobre la efectividad de la misma y el desarrollo de aspectos

generales sobre las técnicas tanto cognitivas como conductuales que se utilizaron en el programa de tratamiento

El tercer capítulo sobre la metodología expresa la justificación y planteamiento del problema los objetivos las hipótesis y variables con sus respectivas definiciones tanto conceptual como operacional el diseño estadístico que se utilizó el preexperimental con un solo grupo comparando las diferencias de medias antes y después de que se aplicara el tratamiento También se recogen en este capítulo los instrumentos y el procedimiento utilizados para el desarrollo de esta investigación

El cuarto y último capítulo compila los resultados del estudio y el análisis de los mismos los cuales permitieron elucubrar las conclusiones y recomendaciones presentadas al final del informe de investigación

Finalmente se muestra la literatura consultada conformada por un amplio repertorio así como también un anexo que recoge gran cantidad de información de relevancia para esta investigación como lo son el desarrollo de las sesiones las tareas para casa asignadas en cada sesión y las copias de los instrumentos de evaluación

La culminación de este trabajo representa el esfuerzo por cumplir con los objetivos propuestos de tal forma que se espera que su contenido sea importante para el conocimiento general y también para futuras investigaciones

CAPITULO I
FUNDAMENTACION TEORICA

1 Ansiedad

La historia de la ansiedad se remonta a los tiempos antiguos. Sin embargo, no es hasta el siglo XVII cuando el médico escocés William Cullen habla por primera vez de una afección del sistema nervioso que produce nerviosismo. En el siglo XIX se llamaba a las personas que transmitían una conducta rígida y fracasada a las neuroticas. En el siglo XX, este concepto fue popularizado por Sigmund Freud, y dentro de él se incluía el concepto que hoy se entiende por ansiedad. La neurosis de ansiedad o neurosis de angustia fue hasta la década de 1980 el diagnóstico por excelencia en torno a la ansiedad. Sin embargo, la generalidad y poca especificidad del término neurosis, sumado a los desarrollos en torno a las bases biológicas, psicológicas y sociales de la ansiedad —que privilegiaban una clasificación más descriptiva que conceptual para las investigaciones— hicieron que este término fuera finalmente removido de la tercera edición del manual diagnóstico de la Asociación Psiquiátrica Americana (APA, 1980) así como también de sus posteriores ediciones. Sin embargo, los trastornos neuroticos siguen siendo una categoría actual, válida e íntimamente relacionada con la ansiedad y las fobias según la décima edición de la Clasificación Internacional de las Enfermedades de la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2010 – CIE 10) (Sarudiansky, 2012, página 31).

En la actualidad, las investigaciones epidemiológicas y clínicas indican que la ansiedad constituye uno de los problemas de mayor presencia

comparado con otros trastornos psiquiátricos y también que la misma es una de las principales causas por las que las personas acuden al médico de atención primaria esto lleva a proponer que a la ansiedad como ente patológico se le debe prestar mayor atención debido a su alto índice de ocurrencia (Belloch y col 2009 pagina 44)

Esta realidad no es diferente en Panamá pues los datos estadísticos investigados en el Ministerio de Salud indican que las morbilidades relacionadas con los trastornos de ansiedad han ido incrementándose en la población adolescente y en adultos jóvenes durante los últimos años

Los profesionales de la salud estiman que en los países centroamericanos se han detectado síntomas ansiosos o depresivos en el 40.5 % de la población adolescente de los cuales el 21.3 % presentó síntomas de ansiedad exclusivamente (Revista Salud Pública Colombia 2011)

1.1 Definición

La ansiedad es una respuesta de anticipación involuntaria del organismo frente a estímulos que pueden ser externos o internos —tales como pensamientos ideas o imágenes— que son percibidos por el individuo como amenazantes y peligrosos y se acompañan de sentimientos desagradables o de síntomas somáticos de tensión. Se trata de una señal de alerta que advierte

sobre un peligro inminente y permite a la persona que adopte las medidas necesarias para enfrentarse a una amenaza (Fernandez *et al* 2005 página 44)

La ansiedad adaptativa o no patológica es una sensación o un estado emocional normal ante determinadas situaciones y constituye una respuesta habitual a diferentes situaciones cotidianas estresantes. Por lo tanto, cierto grado de ansiedad es incluso deseable para el manejo normal de las exigencias o demandas del medio ambiente. Únicamente cuando sobrepasa cierta intensidad en la que se desequilibran los sistemas que ponen en marcha la respuesta normal de ansiedad o se supera la capacidad adaptativa entre el individuo y el medio ambiente es cuando la ansiedad se convierte en patológica provocando un malestar significativo con síntomas físicos, psicológicos y conductuales.

La ansiedad se considera patológica cuando el estímulo supera la capacidad de adaptación de respuesta del organismo y aparece una respuesta no adaptativa, intensa y desproporcionada que interfiere con el funcionamiento cotidiano y disminuye el rendimiento. Se acompaña de una sensación desagradable y desmotivadora, síntomas físicos y psicológicos y persiste más allá de los motivos que la han desencadenado (Nezu 2006 página 56).

La ansiedad patológica presenta las siguientes características se manifiesta intensamente se prolonga y mantiene en el tiempo más de lo debido aparece de forma espontánea sin un estímulo desencadenante (de manera endógena) surge ante estímulos que no debieran generar la respuesta de ansiedad y se presenta una respuesta inadecuada respecto al estímulo que lo suscita (SEAS 2015 página 23)

Baeza (2010) abordado por B. Tejada (2012) explica sobre el carácter anticipatorio de la ansiedad y que es una condición esencial en la misma

Sin anticipación no hay ansiedad si la función de la ansiedad es movilizar al organismo frente a posibles peligros o amenazas la ansiedad ha de activarse antes de que el peligro se materialice. La anticipación pues es un proceso de evaluación cognitiva que sobre la base de la experiencia y otras fuentes de conocimiento preve las consecuencias que un acontecimiento dado provocará en el individuo (Baeza, Balaguer y Belchi 2010 página 22)

Se refiere básicamente a dos componentes importantes e íntimamente relacionados la evaluación primaria del acontecimiento que provoca la ansiedad junto con la manera en que ese acontecimiento perjudica o beneficia al individuo y la evaluación secundaria que se refiere a los recursos con que cuenta la persona para afrontar la situación (Lazarus y Folkman 1986 en Baeza, Balaguer y Belchi 2010 página 22)

Los trastornos de ansiedad se caracterizan por tener a la ansiedad o el miedo como elementos principales del sufrimiento humano. Sin embargo a veces los síntomas que se presentan no alcanzan la intensidad, la frecuencia o la repercusión en la vida social, laboral o personal como para justificar un diagnóstico formal de trastorno de ansiedad (Moreno, 2008, página 31). Es importante esclarecer la vinculación estrecha entre la ansiedad y el terror o miedo, pero igualmente conocer con claridad sus diferencias.

Bastida de Miguel (2015) señala las diferencias entre los miedos, ansiedad y fobias de la siguiente manera: «El miedo es una emoción normal y universal, necesaria y adaptativa que todos experimentamos cuando nos enfrentamos a determinados estímulos tanto reales como imaginarios, las adolescentes más que los adolescentes a lo largo de su desarrollo sufrirán y experimentarán numerosos miedos. La mayoría serán pasajeros y no representarán ningún problema, irán apareciendo y desapareciendo en función de la edad y del desarrollo psiconeurológico. Estos miedos a través del aprendizaje resultarán muy útiles en muchas ocasiones, pues les podrán ayudar a enfrentarse de forma adecuada y adaptativa a situaciones difíciles, complicadas, peligrosas o amenazantes que puedan surgir a lo largo de su vida, y su función fundamental será protegerles de posibles daños, generando emociones que formarán parte de su continua evolución y desarrollo. Por tanto, no solo será normal sino también necesario que los niños experimenten miedos específicos y concretos ante situaciones, objetos y pensamientos que impliquen

peligro o amenaza real evitando así correr potenciales riesgos innecesarios que puedan poner en peligro su vida su salud o su bienestar físico o psicológico pero sin que en ningún momento estos sean lo suficientemente importantes como para alterar de forma significativa su vida o su desarrollo cognitivo o emocional»

Por su parte la ansiedad es una respuesta psicofisiológica de alarma que surge cuando la persona necesita reaccionar ante determinadas situaciones acontecimientos estresantes o estímulos percibidos como amenazantes peligrosos o causantes de incertidumbre bien sean reales o imaginarios internos o externos. Al igual que el miedo también es una respuesta normal necesaria adaptativa e incluso positiva pues prepara al organismo para movilizarse ante situaciones que requieran una activación neuronal superior a la requerida por otras muchas situaciones que no impliquen dificultad alguna. Mientras dura el estado de alarma o alerta el organismo pone en marcha toda una serie de mecanismos de defensa tanto fisiológicos como psicológicos con la finalidad de superar y enfrentarse a la posible amenaza y aunque durante este tiempo se incrementan los sentimientos nada agradables de angustia e inseguridad también se incrementa una mayor percepción del entorno y una mayor agudeza y concentración mental además de una mejor preparación física para facilitar que el enfrentamiento a la amenaza pueda realizarse con el mayor éxito posible e incluso podemos incrementar nuestro rendimiento siempre que la

respuesta ansiogena termine en cuanto concluya el factor —ansiogeno desencadenante (Bastidas de Miguel 2015)

El miedo y la ansiedad dejan de ser respuestas normales a—aptativas necesarias y positivas cuando superan el umbral de tolerancia no hay percepcion de control se produce una evitacion continuada del estimulo aversivo o interfieren considerablemente en el funcionamiento normal y adaptativo Las respuestas se siguen manteniendo a pesar de la c—ntidad de explicaciones racionales que puedan recibir al respecto pues el terror incapacita para escuchar razones o tomar decisiones racionales ante situacione s reales o imaginarias o ante objetos y animales que para la mayoria de las pe rsonas no representan ningun peligro excepto para quienes su cerebro los interp—reta como terriblemente peligrosos y amenazantes Estas respuestas son ex—cesivas y vienen cargadas de un estado de ansiedad considerable continuo y p—ersistente son poco razonables e intensamente desproporcionadas se prolongan en el tiempo y generan un malestar clinicamente significativo con enorme s—ufrimiento que lo sufre tanto el nino y el adolescente como los padres o adul—os que lo cuidan presentando un conjunto de sintomas que pueden lleg—ar a ser incapacitantes para la persona que los padece generando todo ello un estado que escapa a los mecanismos de control

En esta situacion el miedo se convierte en fobia ya no hay m—iedo sino panico y la ansiedad deja de ser positiva para pasar a ser negativa y p—atologica

lo que la convierte en altamente dañina y perjudicial para quien la sufre además de alterar sensiblemente su capacidad para afrontar situaciones cotidianas como dormir estar solo o con gente ir a la escuela salir de casa viajar enfrentarse a diferentes situaciones que dependeran del objeto temido etc y en definitiva poder llevar una vida normal y satisfactoria

Establecer la frontera entre miedo ansiedad y fobia no siempre sera facil pues dependera de factores como la edad la naturaleza del objeto o la situacion temida la frecuencia intensidad grado de incapacitacion etc Además el origen puede ser diverso y las causas multifactoriales Dependera de como actuemos al respecto de como los anticipemos o nos enfrentemos a los objetos temidos de como resolvamos de que lo hagamos con mayor o menor prisa que adquiramos mayor o menor numero de recursos y habilidades de enfrentamiento Dependera de que todo se quede en nada y desaparezca sin dejar ninguna secuela e incluso podamos salir fortalecidos de ello o por el contrario se convierta en un autentico cuadro clinico con mayor o menor complicacion patologica (Nezu 2006 pagina 67)

De esta manera si lo que acontece es grave pero no nos afecta el nivel de alarma sera bajo aunque no podamos hacer nada frente a los acontecimientos Si lo que sucede nos afecta si no podemos influir el curso de los hechos pero las consecuencias son menores el nivel de alarma sera pequeno Si lo que ocurre nos afecta de modo importante pero tenemos los recursos para poder afrontarlo la ansiedad sera moderada y se convertira en una valiosa ayuda para manejar la situacion Sin embargo si lo que sucede o pudiera suceder afecta a nuestro estatus o a nuestros

planes de manera grave si no contamos con los medios necesarios o no están disponibles es decir si nos vemos desbordados los niveles de alarma y miedo serán muy altos pudiendo llegar incluso a comprometer nuestro bienestar y nuestra actuación (Baeza Baiaquer y Belchi 2010 página 25)

La ansiedad entonces puede oscilar de un extremo a otro desde cuando se nos presenta como una alarma una defensa hasta cuando se nos pueda presentar como un trastorno. Es claro entonces que la ansiedad definida como normal no debe ni se puede eliminar ni tampoco sus manifestaciones lo que si se precisa es aprender a manejarla. Sin embargo cuando se define la ansiedad como un trastorno es claro que se debe reducir o minimizar si no eliminarla puesto que si estaría afectando la vida del individuo que la padezca

1.2 Causas

La conducta del ser humano está mediada por dos grandes factores la herencia y el ambiente. Y la conducta ansiosa no es una excepción. De esta forma es claro que una de las causas fundamentales de la ansiedad se encontraría en los factores genéticos existiendo una predisposición al trastorno (Lopez Garcia 2011 revista página 3)

Tener bajos niveles de GABA un neurotransmisor que reduce la actividad del sistema nervioso central contribuye a la ansiedad. El abuso de sustancias

como el alcohol puede inducir estados severos de ansiedad que decrecen con una abstinencia prolongada. Incluso cantidades moderadas de alcohol pueden incrementar la ansiedad en algunos individuos principalmente en los adolescentes debido a la inmadurez biológica de sus organismos (Lydiard 2003 pagina 21)

Ademas de los factores geneticos existen otros factores que atañen mas que nada a situaciones internas de la persona y al ambiente que los rodea entre los que se pueden mencionar los trastornos fisicos y fisiologicos (enfermedades) las experiencias negativas propias del ciclo de vida (noviazgo matrimonio hijos jubilacion etc) las relaciones interpersonales dentro del hogar de la comunidad y en el medio escolar o laboral que se desempeñan

1.3 Sintomas

La ansiedad tiene diversidad de sintomas concibiendo esto como la aportacion que hace el sujeto de su estado y tambien signos observables. Los trastornos de ansiedad suelen ser condiciones debilitantes que tienden a cronificarse con el paso del tiempo y exacerbarse en situaciones de estres. Pueden presentarse a edades muy tempranas o empezar súbitamente tras un estimulo desencadenante

Los síntomas de ansiedad pueden clasificarse de acuerdo a las diversas áreas en que se pueden dividir. Debe entenderse que los síntomas que a continuación se mencionaran no aparecen en su totalidad en todas las personas que manifiestan ansiedad. Cuando la ansiedad se convierte en patológica provoca malestar significativo con síntomas que afectan tanto al plano físico como al conductual y al psicológico.

1.3.1 Fisiológicos

Dentro de los síntomas físicos que son aquellos que al exponerse el sujeto a un estímulo sensorial alteran o producen cambios en la función del órgano o proceso específico están los que siguen: incremento del ritmo cardíaco (taquicardia), palpitaciones fuertes, opresión en el pecho, falta de aire, temblores, incremento de la temperatura que da como resultado la sudoración, molestias digestivas, náuseas, vómitos, nudo en el estómago, sensación de obstrucción en la garganta, agarrotamiento, tensión y rigidez muscular, dilatación muscular, cansancio, hormigueo, sensación de mareo e inestabilidad. Si la activación neurofisiológica es muy alta pueden aparecer alteraciones del sueño, la alimentación y respuesta sexual (Baeza, Balaguer y Belchí, 2010, página 26).

1 3 2 Conductuales

La ansiedad presenta síntomas conductuales (observables) los que la persona manifiesta en su actuar y entre ellos se pueden mencionar los que siguen estado de alerta o hipervigilancia inhibición bloqueos torpeza o dificultad para actuar impulsividad inquietud motora dificultad para estarse quieto y en reposo Estos síntomas vienen acompañados de cambios en la expresividad corporal y el lenguaje corporal posturas cerradas rigidez movimientos torpes de manos y brazos cambios en la voz expresión facial de asombro duda o crispación etc (Baeza Balaguer y Belchi 2010 página 26)

1 3 3 Cognitivos

Los síntomas psicológicos o cognitivos son aquellos que tienen que ver con la alteración de los contenidos del pensamiento y del ánimo Se refieren a todos los pensamientos creencias e imágenes todo ello con un gran contenido de peligro o amenaza y que derivan del temor percibido ante el estímulo fóbico Estos pensamientos se producen de forma automática con total percepción de pérdida de control gran convencimiento de que no podrá soportarse de que ocurrirá siempre lo peor con gran anticipación de todo tipo de desastres La anticipación será totalmente negativa y se producirá incluso con mucho tiempo de antelación

Entre ellos tenemos los siguientes dificultades de atención concentración y memoria aumento de los descuidos preocupación excesiva expectativas negativas rumiaciones pensamientos distorsionados e inoportunos incremento de las dudas y de la sensación de confusión tendencia a recordar sobre todo cosas desagradables sobrevaloración de pequeños detalles desfavorables abuso de la prevención y de la sospecha interpretaciones inadecuadas susceptibilidad dificultad para tomar decisiones etc (Baeza Balaguer y Belchi 2010 pagina 26)

1.3.4 Afectivos

Los síntomas afectivos o emocionales en la ansiedad son aquellos que tienen que ver con lo que siente y experimenta emocionalmente la persona. Entre ellos pueden observarse la inquietud el agobio la sensación de amenaza o peligro las ganas de huir o atacar la inseguridad la sensación de vacío la sensación de extrañeza o despersonalización el temor a perder el control los celos las sospechas la incertidumbre (Baeza Balaguer y Belchi 2010 pagina 26). Estos niveles pueden influir unos en otros es decir los síntomas cognitivos pueden exacerbar los síntomas fisiológicos y estos a su vez activar los síntomas conductuales.

1.4 Tratamiento

La ansiedad ha sido un trastorno con identidad propia desde hace mucho tiempo y desde entonces se trata como tal. Generalmente la misma se aborda con un tratamiento que combina la utilización de fármacos y psicoterapia dando resultados positivos en muchas ocasiones.

La mayoría de trastornos de ansiedad tiene un curso crónico con periodos de exacerbación ante situaciones de estrés vital o enfermedad. La terapia psicológica y farmacológica es eficaz a corto plazo para el alivio de los síntomas. A largo plazo el pronóstico depende del tipo de trastorno y su gravedad y poco se sabe actualmente sobre el mismo (Swales *et al* 2012).

Dentro de la terapia farmacológica se utiliza una amplia gama de medicamentos. Los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS) los fármacos más utilizados para tratar la depresión son también la primera línea de tratamiento para los trastornos de ansiedad. Un estudio en 2004 que usó técnicas de imagen funcional cerebral sugiere que los ISRS alivian la ansiedad resultado de su acción directa en las neuronas GABA en vez de ser consecuencia de la mejora del humor (Dunlop Davis Clin 2008).

La terapia cognitivo conductual ha demostrado ser altamente eficaz para los diversos trastornos de ansiedad (Bhagwagar Wylezinska Taylor *et al* 2004 página 61). Esta terapia trabaja dos componentes principales de la psique

humana las cogniciones o pensamientos y la conducta. Mediante la terapia cognitiva se intenta identificar y modificar los pensamientos disfuncionales automáticos o irracionales que generan respuestas inadaptativas (Rodríguez Vetere 2011 página 158)

Los libros de autoayuda y guías para pacientes son una opción de tratamiento para las personas con trastornos de ansiedad que en todo caso complementan el resto de medidas terapéuticas (Warren 2012 página 67)

Otra de las alternativas de tratamiento para la ansiedad es el EMA (Entrenamiento en Manejo de la Ansiedad). El EMA consiste en enseñar a los pacientes a utilizar la relajación y otras habilidades en diversas situaciones con el propósito de controlar las reacciones de ansiedad (Sunn 1972 en Tejada 2012 página 15). Los pasos que sigue el EMA son los siguientes:

- Entrenamiento en racionalidad y en relajación
- Práctica de aumento de la ansiedad y el control de la misma
- Entrenamiento en discriminación de señales
- Entrenamiento graduado en autocontrol
- Transferencia a la vida real

2 Depresion

En la Antigüedad Hipócrates describió el estado psicológico que luego se llamaría *depresion* y que él designó como *melancolia*. La depresion suele estar relacionada con desordenes mentales y físicos y se la considera la perturbacion psiquiatrica mas comun. Afecta directamente al estado de animo presentandose una disminucion en las actividades cotidianas de la vida. «Se manifiesta a traves de falta de voluntad para hacer trabajos, tareas y demas actividades. En el lado afectivo se expresa con tristeza, vacio existencial, auto culpa, soledad, pesimismo e inseguridad» (Guerra 2000, pagina 22)

Aunque en los albores de la epoca moderna el termino *melancolia* era la etiqueta diagnostica mas usada, la palabra *depresion* se comienza a utilizar con frecuencia durante el siglo XIX, y ya a principios del siglo XX se emplea como termino diagnostico con bastante asiduidad (Jackson 1985, en Bellach y col 2009, pagina 35). El cambio del termino lo proporciona el psiquiatra aleman Kraepelin a finales del siglo XIX.

La depresion, al igual que la ansiedad, se presenta como un fenomeno normal en la vida de todos los individuos cuando pasan por situaciones de fracasos, frustraciones, decepciones, otros. Generalmente la persona que la experimenta logra salir de ese estado pasajero, puesto que actua como proceso adaptativo y guarda relacion con el sistema de defensa del organismo ante

riesgos o amenazas (Belchi, 2010, página 63). Sin embargo, cuando la depresión se presenta como un trastorno, entonces es urgente que se busque la ayuda necesaria.

De acuerdo a la Organización Mundial de la Salud (OMS), la prevalencia global de los trastornos mentales a nivel mundial es de aproximadamente 851 millones de personas y constituyen alrededor del 15 % de la carga mundial de enfermedad. Entre los trastornos que destacan se encuentra la depresión, la cual se estima que para 2020 será la segunda causa de carga de enfermedad en el mundo y que actualmente ha sido asociada con diversas problemáticas como el incremento de la mortalidad, la tasa de suicidios y homicidios, comportamientos agresivos y el consumo de drogas (OMS, 2005).

En países como México se estima que la depresión ha afectado por lo menos una vez en su vida al 40 % de la población, es decir a casi tres millones de personas (Salgado, 2008). De acuerdo a la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica (Medina Mora et al., 2003) los trastornos depresivos se encuentran entre los cinco trastornos con mayor presencia en la población mexicana y entre los tres principales en la población femenina. Dicho estudio muestra que la adolescencia y la etapa madura son las dos etapas donde existe un mayor riesgo de que se presente, lo que coincide con estudios realizados en otros países de Latinoamérica que señalan a la adolescencia como una etapa crítica para la aparición de la depresión, además de mencionar que en esta

etapa de la vida ha aumentado en los últimos años entre un 8 y un 10 % (Jimenez Murgui y Musitu 1999 Pardo et al 2004 pagina 34 35)

Autores como Rice (2000) señalan la importancia de analizar los problemas de los adolescentes tomando en cuenta la influencia de los principales contextos en donde se desarrollan entre los que destacan aquellos entornos con los que tiene un contacto inmediato principalmente la familia los amigos y la escuela Sin duda alguna es la familia la que tiene una mayor importancia en la vida de los adolescentes Desde una perspectiva sistémica los problemas o síntomas que presenta un individuo no son atribuibles a él sino a las diversas interrelaciones que establece en los contextos en los que se desenvuelve (Minuchin 1984 pagina 33)

La función de la comunicación entre el adolescente y su familia ha sido estudiada como un factor importante en la propensión hacia los estados depresivos en especial se ha encontrado que el apoyo familiar es un factor importante y significativo para prevenir el ánimo depresivo (Jimenez et al 1999 pagina 35)

Los teóricos de la depresión no han llegado a un acuerdo respecto a las fronteras que delimitan una respuesta depresiva normal de una respuesta depresiva patológica Para algunos autores los estados depresivos simplemente varían en una única dimensión en un continuo de gravedad de tal modo que los

cuadros depresivos se diferenciaran solo por la intensidad cuantitativa de los síntomas (Beck 1976 Goldberg y Huxley 1992 en Belloch y col 2009 pagina 236)

A pesar de que se está investigando y enfocando mucho la atención sobre la biología de la depresión —y muy ligado a esto sobre la quimioterapia de la depresión— durante los tres últimos lustros los índices de la misma no parecen estar disminuyendo de hecho las estadísticas sobre suicidio (que con frecuencia se toman como índices significativos de la depresión) mas que disminuir parecen ir en aumento a nivel mundial (Beck 2000 en Tejada 2012)

La depresión no debe entenderse como un ente aislado pues su presencia puede encontrarse en cuadros de enfermedades orgánicas para las cuales la primera puede representar un elemento dentro de la etiología de las segundas. En alguna literatura se ha encontrado que la depresión se asocia a un aumento del riesgo de desarrollar cardiopatía isquémica un aumento de la mortalidad a corto y largo plazo después de un infarto de miocardio y una disminución de los éxitos en la rehabilitación después del infarto de miocardio (Evans Charney Lewis 2007 pagina 30)

Es evidente entonces que de acuerdo a estadísticas a nivel mundial el número de personas que sufren depresión va en aumento. Con base en los datos de los hospitales y los estudios comunitarios dicho trastorno del ánimo se

encuentra entre las condiciones psiquiátricas más prevalentes un descubrimiento que es extraordinariamente consistente en todo el mundo. Datos epidemiológicos recientes obtenidos de aproximadamente 14 000 pacientes encuestados en 6 países europeos plantean que el 17 % de la población informó haber experimentado depresión durante los 6 meses anteriores (Segal y col. 2008 página 30)

Hallazgos consistentes en la investigación sobre el trastorno depresivo han reportado que existe una mayor prevalencia de depresión en las mujeres que en los hombres. Esta diferencia por sexo aparece en el inicio de la adolescencia alcanzando una razón de 2 a 1 en la adolescencia media y persiste al menos hasta al final de la etapa adulta (Kessler, Berglund, Demler, Jin et al. 2003 página 289)

De acuerdo con estadísticas mundiales sobre la depresión presentadas por la Organización Mundial de la Salud (OMS 2013) se calcula que esta afecta a unos 350 millones de personas. La depresión es distinta de las variaciones habituales del estado de ánimo y de las respuestas emocionales breves a los problemas de la vida cotidiana. Puede convertirse en un problema de salud serio especialmente cuando es de larga duración e intensidad moderada a grave y puede causar gran sufrimiento y alterar las actividades laborales, escolares y familiares. En el peor de los casos puede llevar al suicidio. Cada

año se suicidan más de 800 000 personas y el suicidio es la segunda causa de muerte en el grupo etario de 15 a 29 años

Aunque hay tratamientos eficaces para la depresión más de la mitad de los afectados en todo el mundo (y más del 90 % en muchos países) no reciben esos tratamientos. Entre los obstáculos a una atención eficaz se encuentran la falta de recursos y de personal sanitario capacitados además de la estigmatización de los trastornos mentales y la evaluación clínica inexacta. Otra barrera para la atención eficaz es la evaluación errónea. En países de todo tipo de ingresos las personas con depresión a menudo no son correctamente diagnosticadas mientras que otras que en realidad no la padecen son a menudo diagnosticadas erróneamente y tratadas con antidepresivos.

La carga mundial de depresión y de otros trastornos mentales está en aumento. En una resolución de la Asamblea Mundial de la Salud adoptada en mayo de 2013 se abogó por una respuesta integral y coordinada de los países al problema de los trastornos mentales.

Es obvio que estas estadísticas mundiales incluyen a Panamá como país que no escapa de esta realidad. Una nota de prensa señala que la depresión es la segunda causa de hospitalización en el Hospital Psiquiátrico de Panamá (La Prensa 2015). Es interesante presentar otros datos estadísticos recabados en el hospital regional de Veraguas Luis Fabrega en los cuales queda claro que los

trastornos del estado de ánimo parecen ir en aumento tomando en cuenta los años 2015 2016 y los informes de egresos hospitalarios de casos de morbilidad mental. En cuanto a las atenciones de consulta externa en 2015 los trastornos relacionados con el estado de ánimo son los segundos con más frecuencia de atención solo superados por los trastornos relacionados con la ansiedad. Para el año 2016 las consultas externas atendieron en el primer semestre más de la mitad de los casos de trastornos del estado de ánimo que el año pasado lo que reafirma el incremento anual de los casos capturados en el sistema de estadísticas de salud del hospital mencionado anteriormente (archivos del sistema estadístico de salud HRVLF 2015 2016)

2.1 Definición

Ocasionalmente todos nos sentimos melancólicos o tristes pero estos sentimientos por lo general son pasajeros y desaparecen en unos días. Cuando una persona tiene un trastorno depresivo este interfiere con la vida diaria y el desempeño normal y causa dolor tanto para quien padece el trastorno como para quienes se preocupan por él o ella. La depresión es una enfermedad común pero grave y la mayor parte de quienes la padecen necesitan tratamiento para mejorar (OMS 2013)

La depresión puede entenderse como un trastorno afectivo caracterizado por la tristeza y la pérdida de interés o de la capacidad para experimentar placer. El término *depresión mental* fue utilizado por primera vez por el psiquiatra escocés Robert Whytt (1714-1766) uno de los fundadores de la neurofisiología.

La depresión en el adolescente puede definirse como una situación afectiva de tristeza mayor en intensidad y duración que ocurre en el adolescente. La depresión como emoción expresa síntomas de ansiedad, ira, culpabilidad y vergüenza. Esta se vincula a una sensación de indefensión ante una pérdida importante, pero puede restaurarse. La tristeza evoca la carencia de esperanza de recuperar lo perdido y no está mediada por la desesperación. (Enciclopedia Encarta 2010)

2.2 Causas

No existe una causa única conocida de la depresión. Los factores que se asocian con la aparición, duración y recurrencia de la depresión son:

a) Factores biológicos: los niños o adolescentes que tienen un padre o ambos padres deprimidos cuentan con dos y cuatro veces más probabilidades de desarrollar un trastorno depresivo, respectivamente. Con frecuencia se asocia la depresión con una baja de neurotransmisores cerebrales, más de la serotonina que de la adrenalina, causada por alteraciones en el

funcionamiento del hipotálamo y la secreción de hormonas por encima del nivel normal llevando a alteraciones endocrinas e inmunológicas

- b) **Factores socioculturales** son factores externos como los familiares e incluyen depresión en los padres, conflicto o divorcio y muerte precoz de un padre, situaciones que generan estrés y causan trastornos afectivos por la pérdida de los lazos de unión
- c) **Factores psicológicos** derivan de conflictos o desórdenes originados desde la infancia ya que esta es la etapa en la cual el niño es susceptible de trastornos que se le pueden presentar como sonambulismo, terrores nocturnos, fobias y timidez, los cuales si no son atendidos se pueden presentar como problemas de personalidad y de conducta que se agravan con el tiempo. Estos se exteriorizan como sentimientos de inutilidad, culpa, tristeza, indefensión y desesperanza profundos. Se pueden acompañar de varios síntomas concomitantes, incluidos las perturbaciones del sueño y de la comida, la pérdida de iniciativa, el autocastigo, el abandono, la inactividad y la incapacidad para el placer (Guerra, 2000, página 23)

2.3 Síntomas

La depresión marca uno de los trastornos con una sintomatología amplia que puede manifestarse con una disminución psicomotora del habla, del andar y de los gestos, además de un rostro típicamente deprimido. El paciente dirá que siente que la vida no vale la pena, que no tiene por qué luchar, que no tiene ganas de seguir viviendo, que nada le proporciona placer, que nada le sale bien, que es una mala persona que no merece vivir. Todos estos síntomas generalmente hacen referencia a depresiones fuertes. Sin embargo, en muchas ocasiones el cuadro depresivo se presenta menos agudo, con manifestaciones generales de sentirse triste, desanimado, deprimido e infeliz y, de acuerdo a Bellack, esta sensación se marca con mayor énfasis en las mañanas (Guerra 2000, página 24).

La sintomatología de la depresión es muy amplia y para su mayor comprensión se clasifica en diversas áreas según sus características.

2.3.1 Fisiológicos

En el área de lo fisiológico, los principales síntomas que se manifiestan en el trastorno depresivo son los que siguen: las alteraciones del sueño (insomnio, despertar muy temprano o dormir demasiado) y las alteraciones sexuales y del apetito (comer excesivamente o perder el apetito).

2.3.2 Conductuales

La pasividad, evitación e inercia, dificultades para el manejo social que incluye rehuir las fiestas o reuniones sociales y la conversación con otras personas, etc. todos estos son síntomas que se manifiestan de una u otra forma en la mayoría de los casos que ilustran la depresión.

2.3.3 Afectivos

Dentro de los síntomas afectivos de la depresión pueden mencionarse los que siguen: sentimientos persistentes de tristeza, ansiedad o vacío, sentimientos de desesperanza y pesimismo, sentimientos de culpa, inutilidad e impotencia, sentimientos de vergüenza o de cólera.

2.3.4 Cognitivos

Los síntomas cognitivos que se observan en la depresión varían desde la indecisión, la autocrítica, la percepción de los problemas como abrumadores e insuperables, la visión polarizada ante los hechos (ver lo negativo en lo positivo), los problemas de memoria y concentración y, cuando se trata de una depresión aguda, la ideación suicida (Ruiz y Cano, 2002).

2.4 La depresión en la adolescencia

Durante la adolescencia se puede presentar la depresión. Esta se caracteriza por presentarse sentimientos persistentes de tristeza y desánimo, además de que comúnmente hay una pérdida de la autoestima y una ausencia de interés por las actividades cotidianas. Generalmente la depresión es transitoria y es una reacción usual a muchas situaciones y factores que generan estrés. «Este estado es común en los adolescentes como consecuencia del proceso normal de maduración, del estrés asociado con este, de la influencia de las hormonas sexuales y de los conflictos de independencia con los padres» (Goldenring, 2005). Por otro lado, existen factores externos que acentúan el estrés, como una muerte, el maltrato infantil, la ruptura con el novio o la novia, el abuso por parte de compañeros e inclusive el fracaso escolar asociados con una baja autoestima y una percepción negativa de la vida. Todos ellos pueden desencadenar una depresión. Esta puede tener efectos en el crecimiento y desarrollo, el desempeño escolar, las relaciones con iguales y la familia, y puede llevar inclusive a las autolesiones o al suicidio (Bhatia & Bhatia, 2007; Davis, 2005, página 56).

Existen diferentes grados de depresión. En algún momento de su vida hasta el 15 % de los niños y adolescentes presentan síntomas depresivos. Una depresión mayor en niños y adolescentes se desarrolla en un promedio de siete a nueve meses. La depresión mayor o severa está presente en el 3 al 5 % de los

adolescentes. La incidencia de la depresión aumenta en la pubertad y en las niñas los casos de depresión son el doble que en los niños por tanto el riesgo de padecer depresión entre los jóvenes es 10 veces mayor ahora que a principios de siglo. Los adolescentes a quienes se les diagnostica una depresión tienen más probabilidad de experimentar el problema de forma recurrente durante la etapa adulta que aquellos a quienes no se les diagnóstico este problema. Se calcula que el 50 % de los adultos que sufren de depresión presentaron síntomas en la infancia o la adolescencia (Bhatia & Bhatia 2007 Davis 2005 página 58)

Los síntomas depresivos experimentados durante la adolescencia permiten predecir con gran exactitud problemas similares en la etapa adulta (Santrock 2004 página 134). Por ello es de suma importancia tomar medidas con políticas de salud sostenibles que ayuden a reducir la depresión en los adolescentes.

Los síntomas de depresión más comunes en los adolescentes. Sobre todo en la etapa puberal son:

- Conducta negativista
- Hurto
- Agresividad
- Consumo de alcohol y/o drogas

- Deseos de marcharse de casa
- Sentimiento de no ser comprendido
- Malhumor e irritabilidad
- Desgana para cooperar en actividades familiares

- Tendencia a recluirse en la propia habitación
- Desinterés por el aseo personal
- Dificultades escolares
- Retraimiento social con hipersensibilidad especial respuesta al rechazo en relaciones amorosas
- Trastorno del estado de ánimo desmoralización y falta de alegría
- Desinterés por cosas que antes le atraían (Jimenez 2007 página 55)

Rivero (2007) explica el carácter que envuelve a la depresión en la adolescencia de la siguiente manera

Las depresiones de la adolescencia igualan a las de la edad adulta en severidad la sobrepasan en autodestructividad y muestran todavía el sello característico de su concomitante con el proceso de desarrollo

2.5 Tratamiento

La depresión adolescente se caracteriza por una amplia variabilidad clínica y la no satisfactoria respuesta a los tratamientos psicofarmacológicos. De

acuerdo con tales consideraciones una revisión comparativa de los estudios recientes ha evidenciado que los protocolos de intervenciones más eficaces son los constituidos por las terapias cognitivas conductuales por sí solas o asociadas con una farmacoterapia específica obteniendo porcentajes de remisión superiores al 65 % (Brent *et al* 1997 página 23)

Elkin (1999) expresa que la psicoterapia cognoscitiva y de comportamiento se encamina a que los pacientes aprendan a controlar los pensamientos negativos e intentar la modificación de los esquemas y modos de pensamiento de manera que puedan experimentar sus vivencias de forma más positiva (Elkin 1999 página 12)

En el último cuarto del siglo pasado en la década de los sesenta las incursiones como la de Aaron Beck fueron puntuales para lo que se considera los inicios de la terapia cognitivo conductual y específicamente para la terapia cognitiva enfocada al tratamiento de la depresión. El modelo cognitivo de la depresión surge de las observaciones clínicas e investigaciones experimentales (Beck 1963 1964 1967 2011)

De acuerdo con investigaciones del Instituto Nacional de Salud Mental de los Estados Unidos existen dos tipos de psicoterapias de gran relevancia para el tratamiento de la depresión la terapia cognitivo conductual (con el objetivo común de cambiar el modo en el que los pensamientos imágenes e

interpretaciones de la realidad contribuyen a la aparición y mantenimiento de los trastornos emocionales y conductuales asociados con la depresión) y la terapia interpersonal (que afirma que aprender a resolver disputas interpersonales y a cambiar roles aliviaría la depresión)

La terapia cognitivo conductual procura enseñar nuevas maneras de pensar y de comportarse de manera que las personas puedan cambiar sus estilos negativos de pensamiento y de comportamiento que contribuyen a su depresión. La terapia interpersonal ayuda a las personas a entender y resolver relaciones personales problemáticas que pueden causar o empeorar su depresión (NIMH 2009 página 19)

Esta claro que la terapia farmacológica coadyuva pero de acuerdo a las investigaciones es poco probable que en ausencia de otro tipo de tratamiento entendase psicoterapia sea completamente efectivo

3 Clasificación diagnóstica de la ansiedad y la depresión como entidades independientes

A pesar de que en esta investigación se trabajó con una muestra de adolescentes con diagnóstico de trastorno mixto ansioso depresivo se ha querido hacer una presentación de la ansiedad y la depresión como entidades independientes que se diferencian del trastorno antes mencionado. A continuación y fundamentados en el DSM V contrario al trastorno mixto ansioso

depresivo que solo se encuentra con entidad propia en el CI E 10 se desarrollara al respecto

3 1 Trastorno de ansiedad de acuerdo a la clasificacion de I DSM V

Los trastornos de ansiedad abarcan una larga lista de los cuales se mencionaran los directamente relacionados con la ansiedad como tal

3 1 1 El trastorno de ansiedad generalizada

Se caracteriza por la presencia de ansiedad y preocupaciones de carácter excesivo y persistente durante al menos 6 meses

3 1 2 El trastorno de ansiedad debido a enfermedad medica

Se caracteriza por sintomas prominentes de ansiedad que se consideran secundarios a los efectos fisiologicos directos de una enfermedad subyacente

3 1 3 El trastorno de ansiedad inducido por sustancias

Se caracteriza por sintomas prominentes de ansiedad que se consideran secundarios a los efectos fisiologicos directos de una droga farmaco o toxico

3.1.4 El trastorno de ansiedad no especificado

Se ha incluido en esta sección con el objetivo de poder acoger a aquellos trastornos que se caracterizan por ansiedad o evitación fóbica prominentemente que no reúnen los criterios diagnósticos de los trastornos de ansiedad específicos ya mencionados.

3.2 Modificaciones contempladas en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM V)

Las modificaciones que aparecen en la quinta edición del *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales* (DSM V American Psychiatric Association 2014) para la clase diagnóstica de los trastornos de ansiedad (TA) con respecto a su edición previa (DSM IV American Psychiatric Association 2001) pueden condensarse en cinco grandes epígrafes.

La inclusión de dos trastornos que anteriormente se encontraban en la sección de «Trastornos con inicio habitual en la infancia, la niñez o la adolescencia»: el trastorno de ansiedad por separación y el mutismo selectivo. Este último diagnóstico en la práctica sigue reservado para edades tempranas, mientras que para la ansiedad por separación se reconoce que el trastorno puede darse en la edad adulta y tener su inicio después de los 18 años de edad. Los aspectos centrales de los criterios

diagnosticos siguen siendo los mismos aunque para el trastorno de ansiedad por separacion se ha adaptado su redaccion para las presentaciones en la edad adulta y no unicamente en niños y adolescentes

Aunque sigue reconociéndose su estrecha relacion con los trastornos de ansiedad el trastorno obsesivo compulsivo y los trastornos por estres postraumatico y de estres agudo han dejado de pertenecer a esta clase diagnostica para ubicarse el primero en una seccion de la cual se erige en la alteracion central («Trastornos obsesivo compulsivo y relacionados») y los ultimos en el capitulo «Trastornos relacionados con estresores y acontecimientos traumaticos»

Centrandonos en los que se mantienen dentro de los trastornos de ansiedad las modificaciones mas relevantes son

Las crisis de angustia para las que se mantienen sus descriptores sin cambio alguno se consideran una especificacion potencialmente aplicable a cualquier trastorno de ansiedad y a muchos otros trastornos psicopatologicos En cuanto a los tipos de crisis de angustia se han limitado dos tipos crisis esperadas e inesperadas en sustitucion de las tres categorias contempladas en el DSM IV (situacionales predispuestas situacionalmente y no situacionales inesperadas)

- El trastorno de angustia y la agorafobia se erigen en diagnósticos independientes sin relación alguna a diferencia de lo que contemplaba el DSM IV donde sus posibles relaciones podían dar lugar a tres diagnósticos diferentes (trastorno de angustia con agorafobia, trastorno de angustia sin agorafobia, agorafobia sin historia de trastorno de angustia). En el caso de coexistencia de ambos cuadros clínicos, el trastorno de angustia y la agorafobia deberán codificarse en dos diagnósticos separados. Los criterios diagnósticos para la agorafobia son traslación prácticamente directa de los descriptores del DSM IV aunque ahora se incluye la necesidad para facilitar el diagnóstico diferencial con algunos subtipos de fobia específica de que el miedo/ansiedad/evitación se manifiesten en dos o más de entre cinco situaciones prototípicamente agorafóbicas.
- Tanto para el diagnóstico de agorafobia como para los de fobia específica y trastorno de ansiedad social (denominada fobia social en la versión precedente del *Manual*) se han producido tres modificaciones relevantes en cuanto a sus criterios diagnósticos: se elimina la necesidad de que las personas mayores de 18 años reconozcan que su miedo/ansiedad sea excesivo o irracional; se incluye que sea el clínico quien determine si esa ansiedad es desproporcionada respecto al peligro o amenaza real de la situación —teniendo en cuenta factores culturales y contextuales— y por último se añade el criterio temporal de que dichas alteraciones deben tener

una duracion minima de 6 meses aspecto que en el DSM IV se circunscribia a las fobias especificas en menores de 18 años

- Por lo que respecta al trastorno de ansiedad social además de lo indicado en el epigrafe anterior se ha eliminado la especificación «generalizado» que ha sido reemplazada por la de «relacionado solo con la ejecucion» que debera indicarse cuando el miedo fobico se limite a hablar o actuar en publico

3.3 Trastorno de depresion de acuerdo a la clasificacion del DSM V

En primer termino la seccion de trastorno del estado de animo incluye los trastornos que tienen como característica principal una alteracion del humor. Los trastornos depresivos se distinguen de los bipolares por el evento de que los trastornos depresivos no tienen historia previa de episodios maniacos episodios mixtos o hipomaniacos (DSM V 2014) Esta seccion se referira entonces a los trastornos del estado de animo relacionados con los trastornos depresivos. Estos se clasifican de acuerdo al DSM V en

3.3.1 Trastorno depresivo mayor

Se caracteriza por uno o mas episodios depresivos mayores por ejemplo al menos dos semanas de estado de animo depresivo o perdida de interes

acompañados por al menos otros cuatro síntomas de depresión. Incluye dos categorías que pretenden recoger con más exactitud la ideación suicida desorden del comportamiento suicida y autolesión no suicida

3.3.2 Trastorno distímico

Se caracteriza por al menos 2 años en los que ha habido más días con estado de ánimo depresivo que sin el acompañado de otros síntomas depresivos que no cumplen los criterios para un episodio depresivo mayor

3.3.3 Trastorno depresivo no especificado

Se incluye para codificar los trastornos con características depresivas que no cumplen los criterios para un trastorno depresivo mayor, trastorno distímico, trastorno adaptativo con estado de ánimo depresivo o trastorno adaptativo con estado de ánimo mixto ansioso y depresivo (o síntomas depresivos sobre los que hay una información inadecuada o contradictoria)

3.3.4 Trastorno del estado de ánimo disruptivo y no regulado

Caracteriza a los niños «con irritabilidad persistente y frecuentes episodios de descontrol de conducta (rabieta) tres o más veces a la semana

durante más de un año» con la finalidad de reducir el diagnóstico de trastorno bipolar en la infancia cuya prevalencia se ha visto aumentada debido a que el DSM IV incluía los problemas de irritabilidad crónica severa dentro de esta categoría diagnóstica y a menudo eran considerados por los profesionales de salud como un síntoma de manía en niños

El duelo no excluye el diagnóstico de depresión. Si bien el DSM IV excluía dentro de la depresión a las personas que mostraban dichos síntomas tras la pérdida de un ser querido en los dos meses anteriores, el DSM V omite esta exclusión.

3.4 Comorbilidad depresión ansiedad

La experiencia clínica sugiere que muchos pacientes que acuden a recibir tratamientos 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 el diagnóstico o el tratamiento?

Por otra parte, a pesar de los numerosos estudios clínicos llevados a cabo en 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.

Roths (2002) plantea tres modelos conceptuales principales que se intentan explicar la relación entre ansiedad y depresión

- 1 **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 estados 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 periodos prodromáticos de ansiedad persistente

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

- 2 **Modelo dualista** 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 mientras que los segundos son más sensibles a los comentarios críticos y sufren con más frecuencia de la ansiedad causada por el estrés cotidiano.

Los rasgos de independencia 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 (2004, en Lucas, 2006) 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.

- 3 Modelo mixto ansioso depresivo** esta hipótesis propone la existencia de una mezcla de dos síndromes fenomenológicamente diferentes tanto de la ansiedad primaria como de la depresión primaria.

Los estados sugieren que puede existir un síndrome depresivo ansioso característico separado de otros síndromes depresivos y diferenciados de acuerdo a su fenomenología y a la respuesta al tratamiento. La controversia en torno a esta formulación se fundamenta en determinar las diferencias entre depresión ansiosa y la depresión mayor con un trastorno de ansiedad concomitante y en definir el concepto de depresión atípica, depresión en que

algunos autores consideran que la ansiedad prominente constituye una característica básica. De igual manera, los estudios llevados a cabo mediante el análisis factorial, análisis de agrupación de variables y el análisis funcional discriminante han identificado grupos de pacientes con sintomatología mixta.

4 Clasificación diagnóstica del trastorno mixto ansioso depresivo CIE10

El trastorno mixto ansioso depresivo se encuentra clasificado por primera vez en el CIE 10 como entidad propia, no existe clasificación específica en el DSM V a no ser por separado y en trastornos específicos. Se procederá a citar lo que contiene el CIE 10 al respecto del trastorno que se está tratando.

Esta categoría debe usarse cuando están presentes síntomas de ansiedad y de depresión, pero ninguno de ellos predomina claramente ni tiene la intensidad suficiente como para justificar un diagnóstico por separado. Una ansiedad grave acompañada de depresión de intensidad más leve hace que deba utilizarse cualquiera de las categorías de trastorno de ansiedad o de ansiedad fóbica. Cuando ambas series de síntomas depresivos y ansiosos estén presentes y sean tan graves como para justificar un diagnóstico individual, deben recogerse ambos trastornos y no debería usarse esta categoría. Si por razones prácticas de codificación solo puede hacerse un diagnóstico, debe darse prioridad al de depresión. Algunos síntomas vegetativos (temblor, palpitaciones, sequedad de boca, molestias epigástricas, etc.) deben estar presentes aunque solo aparecen preocupaciones respecto a estos síntomas vegetativos. Si los síntomas que satisfacen las pautas de este trastorno se presentan estrechamente relacionados con cambios biográficos significativos o acontecimientos vitales estresantes, debe utilizarse la categoría F43.2 trastornos de adaptación (CIE 10 1992 pags 178 y 179).

Siendo reiterativos el trastorno mixto ansioso depresivo puede considerarse como una condición en la cual se observa el estado de ánimo disfórico persistente o recurrente que dura por lo menos un mes y se acompaña al menos durante un mes de otros síntomas depresivos y ansiosos (por ejemplo dificultades para concentrarse o tener la mente en blanco trastorno del sueño fatiga o falta de energía irritabilidad preocupaciones llanto fácil hipervigilancia anticipación del peligro desesperanza y baja autoestima o sentimientos de inutilidad) Estos síntomas pueden provocar deterioro social laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo (*Guías de práctica clínica* [GPC] pag 40)

Este tipo de enfermos con una mezcla de síntomas comparativamente leves se ve con frecuencia en atención primaria de 1.3 a 2 % y su prevalencia es aun mayor en la población general pero la mayoría de los afectados rara vez demandan cuidados médicos o psiquiátricos (CIE 10 1992 179)

Incluye depresión ansiosa (leve o no persistente)

Excluye depresión ansiosa persistente (distimia F34.1)

4.1 Sintomatología específica

La característica esencial de este trastorno es un estado de tristeza y ansiedad persistente o recurrente que tiene una duración de al menos un mes

Los síntomas más comunes en el trastorno mixto ansioso depresivo (en equivalencia de intensidad) son la ansiedad —que no se limita a una situación en particular— como también la depresión manifestada por un humor depresivo y disminución de la vitalidad (*Guías diagnósticas de salud mental 2006*)

Este estado de ánimo se acompaña de síntomas adicionales de idéntica duración entre los cuales se incluye un mínimo de cuatro de los siguientes: dificultades de concentración o de memoria, trastorno del sueño, fatiga o falta de energía, irritabilidad, preocupación, llanto fácil, hipervigilancia, sensación de peligro inminente para el o allegados, desesperanza y pesimismo ante el futuro y baja autoestima o sentimientos de inutilidad. Estos síntomas provocan un deterioro importante de la actividad social, laboral y familiar del individuo (Molina Andrade, Lerma Del Pozo Cruz 2004)

4.2 Diagnóstico diferencial

El trastorno mixto ansioso depresivo no debe considerarse cuando los síntomas se deben a los efectos fisiológicos directos de una sustancia o de una enfermedad sistémica o si en algún momento el individuo ha cumplido los criterios diagnósticos para un trastorno depresivo mayor, un trastorno distímico, un trastorno por angustia o un trastorno de ansiedad generalizada. Tampoco debe establecerse el diagnóstico si al mismo tiempo se cumplen los criterios para

cualquier otro trastorno de ansiedad o del estado de animo aunque estos se encuentren en remision parcial. Tambien es preciso que el cuadro sintomatico no pueda explicarse mejor por la presencia de otro trastorno mental.

La mayor parte de la informacion inicial sobre esta entidad se ha recabado en los centros de asistencia primaria donde el trastorno parece ser mas frecuente y probablemente tambien tenga una mayor prevalencia entre pacientes ambulatorios (*Guia diagnostica de salud mental 2006*)

4.3 Tratamiento recomendado

Teniendo entidad propia dentro del CIE 10 (*Clasificacion internacional de enfermedades decima version*) el trastorno mixto ansioso depresivo por sus manifestaciones inicialmente cursa con un tratamiento farmacologico sobre todo si se toma en cuenta que este trastorno es mayormente observado a nivel de atencion primaria. Sin embargo cada vez mas se tiende a combinar con psicoterapia. Con el correr del tiempo se ha incursionado en un tratamiento mas discursivo aunque en la mayoria de los casos acompañado del ya mencionado tratamiento farmacologico.

La terapia cognitivo conductual se ha empleado con cierta frecuencia en el tratamiento de este padecimiento debido a sus características es una tecnica estructurada con limite de tiempo orientada hacia el problema y dirigida a

modificar las actividades defectuosas del procesamiento de la información evidentes en trastornos psicológicos como la depresión y la ansiedad y sus manifestaciones (Gabalda 2009)

Estas características y propósitos de la terapia cognitiva permiten

comprender que sea propuesta como uno de los tratamientos que debe utilizarse para la atención del trastorno mixto ansioso depresivo entendiendo que los síntomas principales emanan de material antiguo probablemente mal procesado que da como resultado un pensamiento inexacto y que al entrar en contacto con situaciones adversas del exterior o interior presente de hecho causan daño a la persona

5 Autolesión o *self cutting*

El estudio de la autolesión como problema de salud data de finales de la década de los setenta. Desde entonces el interés de los investigadores en el tema ha crecido y se han formulado diversas propuestas teóricas que intentan dar cuenta de la naturaleza de este comportamiento

5.1 Definición de autolesión

La autolesión se define como la acción lesiva intencional que una persona lleva a cabo en sí misma produciéndose con ello un daño corporal de baja

letalidad de una naturaleza socialmente inaceptable se trata de una acción deliberada y comunmente repetitiva la cual puede implementarse de forma crónica como una forma de reducir el estrés o malestar emocional. La autolesión no es una conducta suicida su fin último no es terminar con la vida se trata de un mecanismo de enfrentamiento autodestructivo (Walsh 2006 página 88)

El daño autoinfligido en el tejido corporal no se inserta en un significado social específico por ejemplo religioso o de aceptación social sino en uno de naturaleza personal el cual varía entre los perpetradores de la autolesión. Esta conducta puede llevarse a cabo en forma ritualizada y habitualmente sin testigos puesto que la finalidad de la autolesión es modificar y reducir estados emocionales perturbadores. Las conductas varían desde intentos de manipulación hasta intentos fallidos de terminar con la propia vida e incluye actos deliberados que no tienen un fin fatal pero que provocan daños en la persona que los ejecuta (Favazza 1996 página 13)

El término *parasuicida* resulta particularmente importante en el presente tema debido a que comprende a las autolesiones. Brown, Comtois y Linehan (2002) definen la conducta parasuicida como la autolesión deliberada con el riesgo inminente de muerte con o sin intento de morir. Los autores asumen además que la conducta parasuicida es el mejor predictor aislado de una muerte por suicidio. Dividen la conducta parasuicida en tres subtipos: intento suicida, intento suicida ambivalente y autolesión no suicida, siendo que las categorías se han

distinguido entre sí por la claridad e intensidad del intento de morir así como de la expectativa de muerte. La autolesión se diferencia de las otras dos categorías de conducta parasuicida además de las razones ya especificadas (baja letalidad sin intención de morir) por la motivación psicológica subyacente o las razones del acto.

5.2 Características sintomáticas

Las características sintomáticas de las autolesiones se clasifican en

a Daño físico la primera característica definitoria de la autolesión es la presencia de daño físico objetivo es decir la persona se produce a sí misma lesiones en la piel habitualmente cortaduras con navajas u otros objetos se incluyen las excoiaciones con material abrasivo (trozos de madera tapas de envases etc) Asimismo quemaduras con cigarro e irritaciones con material químico tal como jabón detergente ácido etc (Levenkron 2006) En esta característica también se incluye la introducción de objetos lesivos en orificios corporales impedir la sanación de heridas pincharse con objetos punzocortantes golpearse etc

b Intencionalidad se refiere al hecho de que la autolesión es deliberada no se trata por tanto de accidentes o intentos ambiguos por el contrario la persona decide conscientemente lesionar parte de su cuerpo. Otras conductas que

implican riesgo por ejemplo la conducta alimentaria restrictiva purgativa la conducta violenta la promiscuidad sexual el sexo inseguro y conducta impulsiva en general no son contemplados dentro de esta clasificación debido a que las mismas se insertan en otras categorías del comportamiento anormal La definición de autolesión es descriptiva no peyorativa (Walsh 2006)

c Baja letalidad esta característica marca una diferencia fundamental con el intento suicida debido a que la persona que se autolesiona no busca conscientemente terminar con su vida El dano físico autoinfligido en casi la totalidad de los casos no pone en riesgo la vida de la persona (Nixon & Heath 2009)

d Socialmente inaceptable esta característica indica que la autolesión no posee un significado social específico es decir a través de la misma no se busca únicamente aprobación aceptación ni pertenencia a grupos sociales tampoco se trata propiamente de una moda Por tanto en esta clasificación no se incluyen las modificaciones corporales que tienen significados religiosos y/o sociales los tatuajes perforaciones autolesiones rituales/grupales etc Esta conducta puede iniciar por imitación puesto que en la cultura adolescente suele existir un fuerte reforzamiento de este comportamiento pero el significado atribuido a la autolesión es personal el cual es distinto para cada perpetrador (Favazza 1996)

e Mecanismo de enfrentamiento la literatura científica sobre el tema concuerda en señalar que la principal función que tiene este comportamiento para el perpetrador es la reducción de estados emocionales perturbadores (Mc Kay & Wood 2007). Se ha descrito que estas personas experimentan emociones intensas difíciles de manejar en forma asertiva tales como emociones varían desde la ira, la ansiedad, la tristeza, el desamparo, la culpa, etc. La autolesión les permite retornar al estado de funcionamiento previo anterior a la emoción intensamente perturbadora. Por tanto, este comportamiento no puede explicarse exclusivamente en función de mecanismos biológicos o neurológicos debido a que posee una motivación psicológica (Armey & Crowther (2008) Walsh & Rosen 1988).

f No hay causa física la autolesión no es debida a una causa física tal como una intoxicación (con medicamentos y/o por el abuso de sustancias), una enfermedad o deficiencia mental. Por tanto, las acciones autolesivas debidas a alucinaciones, delirios, autoestimulación, etc. propias de estados psicóticos y/o retraso mental no se incluyen en esta clasificación debido a que la intencionalidad consciente es parte esencial del proceso de identificación positiva (Prinstein 2008).

5.3 Clasificación de la autolesión

El perfil de la persona que presenta autolesiones es diverso así como la pauta y conductas autolesivas específicas de cada perpetrador. Por esta razón con la finalidad de definir y circunscribir el síndrome comportamental objeto de estudio a continuación se expone la clasificación de Simeon y Favazza (2001) dos autores altamente reconocidos en el estudio de la autolesión

a impulsiva Esta categoría se refiere al síndrome comportamental descrito hasta ahora como objeto de estudio. Como ya se ha dicho en este caso la autolesión es intencional y tiene una motivación psicológica. Las acciones comunes incluyen cortarse la piel, quemarse, golpearse, etc. En la literatura estos actos suelen estar asociados a distintos trastornos tales como el trastorno límite de la personalidad (Mendoza y Pellicer 2002), trastorno antisocial de la personalidad (Jeglic, Vanderhoff & Donovanick 2005), trastorno mixto o ansioso depresivo, trastorno de estrés posttraumático (Weierich & Nock 2008; Weaver, Chard, Mechanic & Etzel 2004) y trastornos de la conducta alimentaria (Levitt, Sansone & Cohn 2004; Vanrinden & Vandereycke 1997).

Simeon y Favazza (2001) dividen a su vez a esta categoría en otros subtipos

a Autolesión repetitiva este tipo de autolesión se constituye como una actividad organizada y repetitiva de interés central para quien la realiza

En la dinámica particular de la misma pueden incorporarse elementos rituales (por ejemplo un mismo lugar un mismo objeto un mismo procedimiento) la autolesión adquiere tintes adictivos y es incorporada al sentido de identidad de la persona. En este subtipo la autolesión se convierte en una respuesta casi automática para distintos estímulos perturbadores tanto internos como externos comúnmente inicia en la adolescencia y puede perdurar por décadas.

b Autolesión episódica se refiere a la autolesión que ocurre ocasionalmente en la cual el adolescente no atribuye mucha importancia a este comportamiento no se identifica con una conducta específica asociada a su pauta de autolesión (por ejemplo no se identifica como un cortador) si bien lesiona deliberadamente su cuerpo para sentirse mejor para obtener un alivio rápido de las emociones y pensamientos perturbadores y recuperar un sentido de control (Favazza 1996).

c Autolesión compulsiva suele tratarse de autolesiones de gravedad mínima con un fuerte componente ansioso subyacente. Estas acciones pueden ocurrir muchas veces en un día sin motivación consciente en muchos de los casos incluyen actos como jalarse y/o arrancarse el cabello morderse las uñas pellizcarse enterrarse las uñas etc. Se ha asociado esta variedad de autolesiones al trastorno obsesivo compulsivo y a otros trastornos de ansiedad (Walsh 2006).

5.4 Diagnóstico diferencial de la autolesión

A pesar del argumento de algunos autores la autolesión por sí misma no es considerada oficialmente una patología psiquiátrica sino que se trata de un **sintoma conductual/emocional que acompaña a diferentes trastornos psiquiátricos**. En sentido estricto entonces la autolesión no es una condición que pueda ser diagnosticada. No obstante el argumento en sentido clínico y metodológico es que debe ser correctamente identificada de acuerdo a los criterios sintomáticos descritos.

Las condiciones psiquiátricas que tanto en la práctica como en la investigación suelen vincularse e incluso confundirse con la autolesión son la depresión asociada a conducta suicida, trastorno límite de la personalidad, tricotilomanía y trastorno obsesivo compulsivo (Klonsky, Muehlenkamp, Lewis & Walsh, 2011). Debido a la importancia que conlleva para la práctica clínica una definición conceptual y operacional precisas en la siguiente sección se presentan las características distintivas entre la autolesión y las patologías antes mencionadas.

5.4.1 Diferencias entre la autolesión y el intento suicida

Existen diferencias básicas entre la autolesión y el intento suicida. Para el clínico y demás profesionales que se enfrentan a esta problemática resulta

indispensable conocer las características definitorias de la dinámica emocional y mental de ambos perpetradores debido a que cada uno remite a un manejo diferente. La distinción permite además identificar y prevenir con prontitud las acciones letales. Walsh (2006) expone las principales diferencias entre la autolesión y la conducta suicida las cuales se mencionan a continuación:

- 1 En la autolesión el malestar emocional suele ser intermitente. Esto significa que si bien la persona con autolesiones puede presentar períodos de descontrol y malestar emocional, estos se alternan con períodos positivos que pueden ser prolongados y/o constantes de optimismo y sentido de control, incluso legitimados a partir del acto autolesivo. Por el contrario, la persona con ideación suicida puede cursar por períodos prolongados y constantes con malestar emocional intenso, tristeza, desesperanza y desamparo.
- 2 Habitualmente la autolesión es crónica y de alta frecuencia. La persona que se autolesiona puede realizar múltiples acciones autolesivas a lo largo de un período prolongado de tiempo. Esto se debe a que la autolesión produce un alivio emocional rápido, desarrollándose características de adicción en algunos casos, en tanto que los actos suicidas normalmente son producto de reacciones agudas y de intención letal ante un estrés crónico. Las acciones concretas para terminar con la propia vida son entonces menos frecuentes en los estados suicidas.

- 3 En la autolesión la persona suele recurrir a más de un método a través del tiempo. Una de las características importantes de la autolesión es la implementación de diferentes comportamientos autolesivos a través del tiempo. Por el contrario, Walsh (2006) menciona que las personas con intento suicida usualmente recurren a un solo método con intenciones letales para terminar con su vida.
- 4 La finalidad de la autolesión es modificar el malestar emocional perturbador. Por tanto, quien se autolesiona busca alivio con esta conducta. Por otro lado, el suicida busca terminar por completo con su experiencia, escapar del dolor emocional crónico percibido como intolerable.
- 5 La autolesión produce una mejora anímica rápida. La descripción anecdótica de las personas que se autolesionan coincide en señalar que después del acto se produce un rápido retorno al estado cognitivo/afectivo usual, incluso asociado a bienestar. Por el contrario, después de un intento suicida, el estado emocional de la persona puede no solo mantenerse en su carácter crítico, sino agravarse aún más.
- 6 La autolesión produce daño físico en grado mínimo a medio, usualmente no compromete la vida del perpetrador. En tanto, en el intento suicida suele producirse un daño físico serio debido a la intención letal.

- 7 En la autolesión suele subyacer una alienación corporal una imagen del cuerpo excepcionalmente pobre. En tanto que en el intento suicida suele existir una depresión significativa aunada a una ira intensa debida al malestar emocional percibido como inevitable.

5.5 Prevalencia

Anteriormente la autolesión se asociaba a grupos clínicos restringidos tales como pacientes con enfermedades psiquiátricas crónicas y graves así como aquellos que acudían a la atención psiquiátrica de emergencia privados de libertad jóvenes de internados y escuelas de educación especial. Se asumía que la persona con este problema cursaba con alteraciones psiquiátricas severas y con un déficit de adaptación significativo. La autolesión aún se vincula casi exclusivamente con experiencias caóticas/traumáticas en la infancia tales como disfunción familiar abuso sexual violencia enfermedades mentales etc (Santos 2011).

El panorama actual se ha ampliado para incluir en mayor medida a jóvenes y adolescentes de escuelas de educación regular en secundarias preparatorias y universidades así como adultos de la población general. Este último grupo tiene un margen amplio de edad y dificultades psicológicas y de adaptación menos graves (Whitlock Eckenrode Silverman 2006).

No obstante el mayor interés y comprensión de los investigadores en el tema es necesario tomar con cautela la información de los estudios recientes a fin de verificar la exactitud de las posibles conclusiones una evidencia de esta necesidad es el margen amplio de variación de los estimados de prevalencia

Por ejemplo en un estudio con 424 adolescentes escolares Laye Grindu y Schonert Reichel (2005) reportaron que el 15 % de los participantes presentaban autolesión En tanto *The Massachusetts Department of Education* (MDOE 2006) reportó que el 19 % de estudiantes de su muestra habían presentado autolesiones intencionales al menos en una ocasión durante los pasados 12 meses Lloyd Richardson Perrine Dierker y Kelly (2007) reportaron una prevalencia de hasta el 46.5 % en población adolescente general y aun más alta en poblaciones clínicas

Algunos estudios reportados por distintos autores en cuanto a la prevalencia de la autolesión en diferentes poblaciones se presentan a continuación

5.5.1 Prevalencia en población clínica versus población de comunidad

Los estudios sobre prevalencia concuerdan en señalar que la autolesión tiene una mayor incidencia en población clínica en contraste con población general (de comunidad) tanto en duración como en frecuencia

Esto fue demostrado por Briere y Gil (1998) quienes realizaron un estudio comparativo de prevalencia con ambos tipos de muestras (N=633 adolescentes) encontraron que en población no clínica la prevalencia era del 4 % en tanto que en población clínica era del 21 %

Estos mismos autores concluyeron que la prevalencia en la muestra clínica se veía afectada fuertemente por la extracción de los pacientes ya fuera que estos provinieran de un medio intrahospitalario o fueran captados por el servicio ambulatorio

5.5.2 Prevalencia en población adolescente de comunidad

Se asume que la autolesión inicia en la adolescencia y que el problema va en aumento las estimaciones de prevalencia varían entre los diversos autores. Por ejemplo Nixon, Cloutier y Jansson (2008) estudiaron la prevalencia de autolesión ocurrida sin criterio temporal («¿Alguna vez te has lastimado en forma deliberada?») para lo cual solicitaron autorreportes y realizaron entrevistas con una muestra de 568 adolescentes canadienses cuyo promedio de edad fue de 17.8 años y estaba balanceada por sexo. Adicionalmente realizaron evaluaciones complementarias del estado emocional y mental. Hallaron que el 16.9 % cumplía los criterios de autolesión siendo que el 71.1 % eran mujeres y el 22.9 % hombres. La autolesión fue vinculada a humor depresivo y ansiedad.

Por su parte Lloyd Richardson *et al* (2007) estudiaron la presencia de autolesión en una muestra de 633 adolescentes norteamericanos de preparatoria de los cuales el 57 % eran mujeres (promedio= 15.5 años de edad) Tomaron como criterio la ocurrencia de este comportamiento en los últimos 12 meses e incluyeron en la definición operacional rayar la piel impedir que sanen heridas insertarse objetos bajo la piel/unas. Recurrieron a una lista de chequeo de respuesta forzada con un enfoque centrado en las dificultades que enfrentan los adolescentes. Los autores reportaron una prevalencia general en su muestra del 46.5 % siendo que el 27.7 % de ellos fueron considerados con autolesiones de moderadas a severa de acuerdo a sus criterios. La severidad no vario en funcion del sexo.

En tanto Laye Gindhu y Schonert Reichl (2005) en un estudio que buscaba evaluar conductas de salud y psicopatología realizaron un monitoreo de conductas autolesivas en una muestra de 424 estudiantes canadienses de preparatoria cuyo rango de edad fue de 13 a 18 años (promedio 15.34 años) 44 % hombres y 56 % mujeres. A traves de preguntas no especificas buscaba detectar autolesion que produjera «una herida inmediata y visible alguna vez en la vida». Los autores hallaron una prevalencia del 13.2 % siendo que la proporción por sexo era del doble en mujeres.

En otro estudio con adolescentes norteamericanos Muehlenkamp y Gutierrez (2004) estudiaron la prevalencia de la autolesion sin criterio temporal

(«¿Alguna vez te has herido intencionalmente?») utilizando listas de chequeo con opciones de respuesta predeterminadas. El enfoque del estudio fue tendiente a hallar elementos depresivos y suicidas en su muestra, la cual estuvo conformada por 390 adolescentes con un promedio de edad de 15,53 años. Se halló una prevalencia del 16,1 % para conductas de autolesión, si bien los autores no reportan las diferencias específicas entre sexos, la mayor parte de la submuestra con autolesión estuvo constituida por mujeres.

Nock y col (2004) realizaron un estudio centrado en la exploración de estilos de vida y habilidades de afrontamiento, conjuntando para ello una muestra de 6020 adolescentes ingleses de preparatoria (22 % eran hombres y 78 % mujeres) con un rango de edad de 15-16 años. Los investigadores recurrieron a una pregunta abierta con la finalidad de hallar autolesiones en los últimos 12 meses en forma de cortes autoinfligidos, pero sin incluir otras modalidades de autolesiones.

El cuestionario que administraron también incluía preguntas cerradas. La prevalencia hallada para esta muestra fue de 3,65 %. Este resultado es notoriamente distinto con los estudios previos y puede atribuirse tanto a la metodología como a la definición operacional empleada de autolesión.

De acuerdo con Klonsky Muehlenkamp Lewis y Wash (2011) ejemplos como los datos de investigación citados indican que la prevalencia de autolesiones en población adolescente va en aumento

Es claro también que la gran mayoría de personas que inician con este problema son adolescentes y que si bien muchos pueden hacerlo en forma experimental el primer episodio favorece la repetición del acto. Los ~~—~~estimados para esta población varían entre un 10 % y un 20 % y pueden llegar a ser más altos de acuerdo a los criterios de medición

5.5.3 Prevalencia en población clínica adolescentes

La manifestación en adolescentes de síntomas y/o dificultades suficientemente graves como para ser identificables y requerir atención especializada hace suponer que existe una mayor prevalencia de autolesiones en este tipo de población. Es importante recordar que anteriormente este problema se consideraba privativo de esta extracción poblacional ~~pe~~ro ante la evidencia del cambio del fenómeno resulta conveniente la revisión ~~de~~ los datos de investigación actuales. Por ejemplo Jacobsen Muehlenkamp y Miller (2008) realizaron una investigación enfocada al estudio específico de la conducta autolesiva así como de la intención suicida con una muestra de 227 pacientes de extracción psiquiátrica cuyo rango de edad fue de 12-19 años (media de 15

años) Realizaron entrevistas semiestructuradas sin contemplar un criterio temporal específico. En este caso, la muestra estuvo constituida en su mayor parte por mujeres (66 %). La serie de conductas exploradas y contempladas en la definición operacional de autolesión incluyeron las siguientes: cortarse, quemarse, inducción de sobredosis, saltar de alturas e ingerir veneno, considerando que ninguna de las conductas anteriores tenía una franca intención suicida. La prevalencia hallada fue de 12 % para autolesión sin intento suicida y de 17 % para la autolesión con historial de intento suicida adicional. Los autores concluyeron que las mujeres tuvieron una probabilidad mayor de ser incluidas en alguno de los 3 subgrupos: autolesión, autolesión con intento suicida y grupo con intento suicida.

Por su parte, Nock y Prinstein (2004) estudiaron la prevalencia de la autolesión ocurrida en el último año con una muestra de 108 internos psiquiátricos en Norteamérica, cuyo rango de edad fue de 12-17 años y una media de 14.8 años. La muestra estuvo constituida por mujeres en un 70 %. La definición operacional de autolesión incluyó: cortarse, quemarse, golpearse, jalarse el cabello, morderse, insertarse objetos bajo la piel y pincharse, todo ello sin intención de quitarse la vida y sin intentos suicidas. Se administró una escala preestructurada (*The Functional Assessment of Self Mutilation*) con la opción de aportar más alternativas a las conductas anteriores. La prevalencia hallada fue de 82.4 %, sin diferencias significativas para sexo en cuanto a método, frecuencia y edad de inicio.

En tanto Nixon Cloutier y Aggarwal (2002) estudiaron la frecuencia de conductas autolesivas con población clínica adolescente en Canadá. Se trató de 42 jóvenes hospitalizados en una clínica psiquiátrica (admitidos por este motivo en un periodo de 4 años) cuyo promedio de edad fue de 15.7 años siendo que el 86 % de la muestra estuvo constituida por mujeres. Los investigadores llevaron a cabo un tamizaje para identificar autolesión cuya definición operacional contemplaba «dano físico auto infringido sin intención suicida consciente». Se halló una prevalencia del 38 % con una proporción más alta de mujeres que se autolesionaban.

Es claro que si bien las estimaciones de prevalencia para esta población son divergentes algunos datos llegan a ser alarmantemente altos. Es evidente también que dichas divergencias son debidas a variaciones en la especificación del criterio temporal en la definición operacional así como en el procedimiento de medición. No obstante lo cual parecen confirmar que la prevalencia es definitivamente mayor superior al menos al 20 %.

CAPITULO II

TRATAMIENTO COGNITIVO CONDUCTUAL

1 Definición de terapia cognitivo conductual

La psicología ha demostrado en la actualidad que su función mediadora para procurar el bienestar en el ser humano se vale de técnicas y procedimientos terapéuticos que se enmarcan dentro de ciertos criterios propuestos por autores y profesionales de la psicología preocupados por mejorar el estado físico y emocional tanto de los adultos como de los niños y adolescentes Beck (2000) Burgos (2006) y Contreras (2011) coinciden en que para lograr resultados a corto plazo deben ser activos directivos ordenados y científicamente comprobados la terapia cognitivo conductual se convierte en una propuesta factible para lograr la reducción de la sintomatología del trastorno en estudio

La terapia cognitivo conductual (TCC) se ha convertido en las últimas tres décadas en la orientación psicoterapéutica que ha recibido mayor evidencia empírica y experimental sobre su eficacia y efectividad en una gran diversidad de problemas y trastornos psicológicos Este hecho ha generado una ampliación creciente de sus ámbitos de aplicación y no solo por su capacidad para resolver problemas sino por hacerlo además de una forma que resulte rentable en términos de coste beneficio al tratarse de intervenciones de tiempo limitado con la posibilidad de llevarse a cabo en grupo y capaces de integrarse con facilidad en ámbitos de tratamiento interdisciplinar La TCC se muestra por tanto con capacidad para atender de la mejor forma las necesidades sociales de

intervención tanto en el ámbito de la salud en general como en el área educativa industrial o comunitaria (Ruiz Díaz Villalobos 2012 página 24)

El Dr. Albert Ellis inició hacia 1956 una nueva corriente psicoterapéutica conocida hoy como terapia racional emotiva conductual (TREC). Seis años más tarde (1962) el Dr. Aaron Beck desarrolló la terapia cognitiva (TC) —como una nueva propuesta en psicoterapias la cual fue realmente muy eficaz en el tratamiento de depresiones y trastornos de ansiedad. Tanto la propuesta de Ellis como la de Beck, junto a diversos desarrollos, orientaciones y corrientes (como por ejemplo los modelos integrativos conductuales sociales etc.) conforman lo que actualmente se conoce en psicoterapia como corriente cognitivo conductual.

La terapia cognitivo conductual surge como tal en los años setenta y se ha desarrollado bajo los principios de la psicología aplicada por lo que se han diseñado intervenciones aplicadas en la práctica clínica comprobándose su efectividad empíricamente por lo que se han aportado técnicas, estrategias y componentes que posibilitan a los pacientes aprender a controlar excesos o déficits conductuales, cognitivos y/o emocionales (Contreras 2011 página 31)

La terapia cognitivo conductual se apoya en cuatro pilares teóricos básicos los cuales son los del aprendizaje clásico, operante, social y cognitivo. Es un modelo de tratamiento psicoeducativo y una forma de interacción psicoterapéutica a corto plazo que busca ser activo, directivo, estructurado y

dinámico y busca tomar en cuenta tres cosas que el ser humano hace de forma constante y natural como son el hacer, pensar y sentir (Beck, 2000)

Marissa Bosqued (en Tejada, 2012) define las terapias cognitivas como las que se componen de un conjunto de técnicas psicológicas que pretenden modificar aspectos cognitivos de la conducta del ser humano considerando que la forma de pensar es más que otros factores la causante del malestar psicológico de las personas (Bosqued, 2005)

De acuerdo a Beck, la terapia cognitiva se basa en el supuesto teórico de que la conducta del individuo está determinada entre otros factores por el modo en que el individuo estructura su pensamiento con respecto a todo cuanto lo rodea. Expresa que las técnicas que se utilizan dentro de la terapia cognitiva se enfocan en descubrir las conceptualizaciones distorsionadas y las creencias nucleares que están bajo el amparo de estas cogniciones de allí que el terapeuta cognitivo lleva al paciente a pensar de manera más adaptativa en cuanto a sus problemas psicológicos. Utilizando técnicas tanto cognitivas como conductuales, su objetivo se encamina a identificar, delimitar y debatir las creencias infundadas y distorsiones de pensamiento que socaban la tranquilidad del paciente (Beck, 2000, página 13)

El objetivo mediato de la terapia cognitiva es que la persona revise sus cogniciones y capte los significados que le han generado dificultades de estas

para luego aprender a ver la realidad desde un punto de vista más flexible. El terapeuta debe enseñar al paciente a interpretar datos y situaciones a dar significación a los datos más oportunos y finalmente tal vez lo más difícil a reconocer las situaciones ambiguas para luego darles significación (Keegan 2008 pagina 77)

Los programas de intervención cognitivo conductual se están utilizando con mayor frecuencia a nivel mundial y pareciera que incursionando en los intentos de poder ayudar en la mayor cantidad de trastornos y patologías de raíces psicológicas y mentales por lo cual los profesionales de la psicología parecen mostrar mucho interés hacia esa área de especialización

2 Orígenes de la terapia cognitivo conductual

La terapia cognitivo conductual (TCC) surge a lo largo de los años sesenta y setenta como un intento de conjugar la eficiencia de las técnicas y procedimientos de la terapia de conducta con los recursos ofrecidos por las terapias cognitivas. El primer congreso de TCC se celebró en Nueva York en 1976. Los resultados de esta simbiosis especialmente en trastornos psicológicos de población adulta están ampliamente documentados. Trabajos experimentales, clínicos y analíticos ilustran su eficiencia en numerosas psicopatologías. La TCC para niños y adolescentes se desarrolló

considerablemente en la década de los 90. De acuerdo a Isabel Gabalón (2009) las terapias de reestructuración cognitiva fueron desarrolladas por teóricos con entrenamiento psicodinámico y que ante todo destacaban el papel del significado. Se caracterizan por defender que lo que una persona piensa (o dice) no es tan importante como lo que cree (Caro 2009 página 39)

El nombre de terapia cognitivo conductual (TCC) se utiliza para describir las intervenciones que tienen por objeto reducir el malestar psicológico y las conductas desadaptativas mediante la modificación de los procesos cognitivos. Se basa en el supuesto subyacente de que las emociones y las conductas (lo que sentimos y lo que hacemos) constituyen en su mayor parte un producto de las cogniciones (de lo que pensamos) y de que en consecuencia las intervenciones cognitivo conductuales pueden generar cambios en la forma de pensar, sentir y actuar. La TCC incluye pues los elementos esenciales tanto de las teorías cognitivas como de las teorías conductuales y Kendal y Hollon (1979 en Tejada 2012) la definen como una terapia que pretende

Preservar la eficacia de las técnicas conductuales si bien dentro de un contexto menos doctrinario que incluye las interpretaciones cognitivas que realiza el niño además de sus atribuciones acerca de los acontecimientos

Existe un creciente interés por la aplicación de la TCC en niños y adolescentes. Dicho interés se ha visto alentado por toda una serie de estudios

que concluyen que la TCC constituye una intervencion terapeutica prometedora y eficaz para el tratamiento de los problemas psicologicos infantiles (Kazdin y Weisz 1998 Roth y Fonagy 1996 Wallace *et al* 1995)

Desde el punto de vista filosofico los antecedentes de la terapia cognitivo conductual se remontan a la filosofia estoica (del 350 a C al 180 a C) y la filosofia religiosa oriental budista y taoista. El sustento de ambas filosofias descansaba por un lado en la ciencia dirigida por la virtud que llevaba a la felicidad con el gobierno de las emociones a traves del autodomnio. Por el otro lado Gautama (Buda) expresaba que se llegaba al dominio del sufrimiento (tanto fisico como emocional) cuando se alcanzaba el Nirvana. Para alcanzarlo era necesario el dominio de las pasiones humanas (dominio emocional). Si se observa en ambas posturas se nota claramente la relacion de las emociones con lo racional con lo cognitivo que es precisamente lo que fundamenta a la terapia cognitiva (Bethancourt Madrid 2004 pagina 3)

Entre estas concepciones y las que se dieron en el siglo XX hubo muchas otras posturas filosoficas que manifestaban la noción de que las emociones humanas y las cogniciones estaban estrechamente ligadas a la conducta adaptada e integrada.

Muy relacionadas con las posturas anteriores (filosoficas) se pueden encontrar las corrientes psicologicas que marcaron su influencia en el

surgimiento de la terapia cognitiva conductual. La corriente conductista que surgió en los Estados Unidos figuró por muchas décadas como la de mayor auge en su influencia precursora. Sin embargo, sus explicaciones se limitaban a la conducta observable y medible de forma tal que para los años cincuenta (del siglo XX) surgieron muchas voces de poca conformidad con respecto a la radical postura conductista. De allí que se produjeran trabajos y teorías sobre la mente y la conducta. Se amplió entonces la gama de procesos mentales que hasta entonces nunca se habrían contemplado por la corriente conductista ortodoxa. Esta circunstancia facilitó el desarrollo de teorías subjetivas sobre el estrés y las emociones, destacando el hecho de que las personas toman muy en cuenta o sea valoran las experiencias y circunstancias de sus vidas. (Lazarus 2000, página 22)

Otra corriente que se entiende como precursora de la terapia cognoscitiva es la psicología individual. Su principal exponente, Alfred Adler, en su obra *Breves anotaciones sobre la razón, inteligencia y debilidad mental*, desarrolla un modelo cognitivo de la psicopatología y la psicoterapia, apartándose de los modelos motivacionales instintuales (psicoanálisis freudiano) de su época. Esta obra, junto a las publicaciones de Laugwitz, se puede considerar como la pionera de la psicoterapia cognitiva. (Bethancourt, Madrid, 2004, página 6)

Finalmente, otra corriente que influyó decisivamente en la terapia cognoscitiva fue la fenomenología, entendiéndose que esta corriente estudia las

experiencias de la conciencia que se traduce en la experiencia cognoscitiva cual es el fundamento básico de dicha terapia (Ruiz Cano Justo 1992)

Posteriormente surgen los trabajos de Walters (1963) y Bandura (1977) entre otros con el objeto de explicar el papel mediador de los procesos cognitivos y su teoría del aprendizaje social. No deja de reconocerse la importancia del entorno al tiempo que se subraya el efecto mediador de las cogniciones que intervienen entre los estímulos y la respuesta. La teoría de Bandura enfatiza que el aprendizaje puede tener lugar en virtud de la observación de alguna otra persona al tiempo que propone un modelo de autocontrol basado en la autoobservación, la autoevaluación y el auto refuerzo (Bas Verania 2007 página 19)

El interés suscitado por las cogniciones recibió nuevos impulsos a partir de los trabajos de Meichenbaum (1975) y el entrenamiento en autoinstrucciones. Este modelo subraya la idea de que gran parte de la conducta está bajo el control de los pensamientos o de los diálogos internos. La modificación de las autoinstrucciones puede conducir a desarrollar unas técnicas de autocontrol más apropiadas. El modelo de Meichenbaum adopta una perspectiva evolutiva y pone de manifiesto el proceso mediante el cual los niños aprenden a controlar su conducta. El resultado es la descripción de un proceso en cuatro pasos que incluye observar a otra persona realizando una tarea, ser guiado verbalmente por otra persona durante la realización de la misma tarea, hablarse a sí mismo

en voz alta durante la realización de la tarea y finalmente susurrarse en voz baja y para sí las instrucciones hasta acabar por interiorizarlas

El vínculo existente entre las emociones y las cogniciones fue subrayado por Albert Ellis (1962) en la llamada terapia racional emotiva. El modelo de Ellis propone que la emoción y la conducta se derivan de la forma en que se interpreta lo que sucede más que de lo que suceda en sí mismo o del acontecimiento *per se*. Según este modelo los sucesos activadores (A *activating events*) se valoran a la luz de las creencias (B *beliefs*) lo que genera a su vez unas consecuencias emocionales (C *consequences*). Las creencias pueden ser racionales o irracionales y las creencias irracionales tienden a suscitar y perpetuar los estados emocionales negativos. El papel de las cogniciones desadaptativas y distorsionadas en el desarrollo y el mantenimiento de la depresión fue analizado a lo largo de la obra de Aaron Beck culminando en la publicación de *Cognitive Therapy for Depression* [Terapia cognitiva de la depresión] (Beck 1976 Beck *et al* 1979). El modelo de Beck propone que los pensamientos desadaptativos respecto de uno mismo del mundo y del futuro (la llamada triada cognitiva) inducen distorsiones cognitivas que generan sentimientos negativos (Bas Verania 2007 página 20)

Hollon y Beck (2009) se refieren al desarrollo de las teorías cognitivo conductuales y de la psicología experimental como influencias muy directas en los orígenes del tratamiento cognitivo conductual. De allí surgen términos como

los de autoatención y autoconciencia de muy frecuente uso dentro de la teoría de dicho método terapéutico. Isabel Caro Gabalda (2009) explica que es posteriormente al empleo de la terapia cognitiva cuando un grupo de psicólogos y psiquiatras utiliza técnicas de corte conductista dentro de la terapia cognitiva. Continúa diciendo Gabalda que los teóricos de las terapias cognitivo conductuales desarrolladas por estudiosos con entrenamiento comportamental conceptualizan el pensamiento de forma más concreta, es decir, como un conjunto de enunciados propios pero encubiertos que pueden verse influidos por los principios del condicionamiento que influyen en otras conductas manifiestas (Hollon Beck 1994 en Caro 2009 página 33).

3 Principales exponentes de la terapia cognitivo conductual

Desde que aparece la terapia cognoscitiva hasta la actualidad han sido dos los exponentes por excelencia de la terapia cognitivo conductual y a los cuales se hará referencia: Albert Ellis y Aaron Beck.

3.1 Terapia racional emotiva de Albert Ellis

Albert Ellis (Pittsburgh, 27 de septiembre de 1913 - Manhattan, 24 de julio de 2007) fue un psicoterapeuta cognitivo estadounidense que a partir de 1955 desarrolló la terapia racional emotiva conductual (TREC). Fundador y presidente

emerito del Albert Ellis Institute en la ciudad de Nueva York (Albert Ellis Institute 2012) llego a ser considerado el segundo de los psicoterapeutas mas influyentes de la historia (por delante de Sigmund Freud que ocupo el tercer puesto el primero fue Carl Rogers) segun una encuesta distribuida en 1982 entre profesionales de la psicologia de EE UU y Canada (Ramirez 2006) El mismo año de la muerte de Ellis *Psychology Today* lo califico como el «mas importante psicologo vivo» (Jules 2007)

La terapia racional emotiva conductual cuyo acronimo es TRE C es una psicoterapia progresion de la terapia racional y la terapia racional emotiva creadas modificadas y ampliadas por el psicologo estadounidense Albert Ellis desde el año 1955 hasta su muerte en 2007 Se enfoca en resolver problemas emocionales y conductuales mediante un modelo de intervencion activo directivo filosofico y empirico representado por la secuencia A B C encaminado a la reestructuracion cognitiva (Ellis Abrahms 2005) Es frecuentemente comparada e incluso complementada con la terapia cognitivo conductual (TCC) creada por Aaron T Beck otro teorico importante de la terapia cognitiva (Riso 2006)

Ellis comenzo a desarrollar su modelo psicoterapeutico desde 1955 siendo por tanto un pionero del cognitivismo Su forma de trabajar guardaba similitudes con la de Beck y actualmente existen muchas subcorrientes variantes y escuelas que han utilizado los principios terapeuticos propuestos por

ambos autores Hoy la TREC de Ellis es seguida con un modelo que ha superado algunas de sus concepciones originales ha incorporado una visión constructivista y adoptado nuevos recursos (Riso 2006)

Ellis partió de los enfoques neofreudianos de Karen Horney Alfred Adler

Erich Fromm y Harry Stack Sullivan de los que más tarde se separó. Luego incorporó elementos del conductismo como la desensibilización sistemática y el refuerzo positivo de B. F. Skinner. Por otra parte muchos elementos de la TREC están basados en los estudios del lenguaje de Alfred Korzybski (Korzybski 1934 en Ellis 1991). Este autor comentaba que cuando las personas hablan de «ser» se refieren a una forma extremadamente generalizadora por lo que al haber una tendencia a identificar el *hacer* de las personas con *ser* de las personas es decir a definirse a partir de los actos se llega a diversos conflictos emocionales (Ellis Blau 2000). Además Ellis también tomó en cuenta la filosofía moderna y antigua (principalmente autores del racionalismo) así como sus propias experiencias.

Ellis creó la TREC como una forma más activa, directiva y dinámica en la que se requería que el terapeuta ayudase al cliente a comprender que su filosofía personal contenía creencias que contribuían a sus dolores emocionales. Ellis creía que a través del análisis racional la gente entendería sus creencias irracionales y las cambiaría por una posición más racional. Para esto el centro de su teoría en la sencilla frase atribuida al filósofo estoico griego Epicuro: «Las

cosas en sí no atormentan a los hombres sino las opiniones que tienen de ellas» (Barcena 2003) Por tanto la idea central de la TREC es que «son las percepciones y concepciones erróneas las que causan malestar y mediante un debate racional se mejora la percepción de los hechos y se consiguen emociones y comportamientos apropiados (Ellis Abrahms 2005)

El modelo básico de encuadre psicopatológico y clínico se sirve del modelo A B C. Tras un acontecimiento activador (suceso o situación) (llamado momento A) se da lugar al desarrollo de un sistema de creencias (B creencias) a partir de las cuales el sujeto desarrolla emociones, pensamientos y acciones (C consecuencias). Las perturbaciones emocionales pueden ser causadas por creencias, valoraciones y demandas inflexibles (exigencias absolutistas) llamadas creencias irracionales que derivarán en emociones y conductas disfuncionales o desadaptativas (Ellis Abrahms 2005). Siguiendo en esa misma línea, Ellis enumeró una serie de creencias irracionales, es decir, aquellas que perturban al sujeto y que no le dejan vivir de manera satisfactoria. Esta lista ha dejado de ser un punto de énfasis en la TREC actual, aunque no ha perdido su validez. Algunas de ellas son:

- Ser amado y aceptado por todos es una necesidad extrema
- Solo se puede considerar válido el ser humano si es competente suficiente y capaz de lograr todo lo que se propone

- Las personas que no actúan *como deberían* son viles y deben pagar por su maldad
- La desgracia y el malestar humano están provocados externamente y están fuera del control de una persona
- Si existe algún peligro debo sentirme bastante perturbado por ello
- Es más fácil evitar las responsabilidades y dificultades de la vida que hacerles frente
- Mi pasado ha de afectarme siempre

Las ideas irracionales se han definido dentro de la TREC como el conjunto de creencias que no coinciden con la lógica y el método empírico analítico que además no sean funcionales para el individuo y sean autoderrotistas. Son equiparables con las distorsiones cognitivas propuestas por Beck (Ellis Blau 2000)

Además de creencias irracionales que pueda tener el consultante las personas emocionalmente perturbadas quedan fijadas en demandas rígidas y absolutistas que no pueden más que crear necesidades falsas y perturbantes. Estas exigencias según George Boeree (1998 en Gautier 2002) versan sobre

- **Uno mismo** «Yo debo » o «Yo necesito » Por ejemplo «Debo hacer las cosas bien» «No debo hacer el ridículo»

- **Los demás** «El debe » o «tu debes » «Las personas deben tratarme con amabilidad y ser siempre justos conmigo»
- **El mundo** «El mundo debe » o «la vida debe » «El mundo debería ofrecerme una vida cómoda» «No es justo que la vida sea así»

La persona no siempre se da cuenta de que las tiene de forma clara y menos aun de que son irracionales. Por ejemplo la exigencia de «justicia» suele enlazarse con la creencia o noción personal sin fundamento de justicia de moralidad y de relaciones humanas vista como la única en el mundo o la única que es correcta sin que la persona haya examinado si realmente las cosas son así. Si estas exigencias no se cumplen surgen una serie de consecuencias como son el tremendismo, la poca tolerancia a la frustración y condena (hacia los demás o hacia uno mismo), ira, culpa, etc.

El énfasis de la TREC está en el cambio profundo en la filosofía de vida del consultante y no meramente en una remisión de los síntomas. Esto se logra llegando dentro del modelo A B C al punto D, el debate racional-emotivo o diálogo socrático modificado (que es la búsqueda de evidencias y refutación de ideas) enfocado a conseguir un nuevo efecto (punto E) más sano y adaptativo (Caballo 2008).

Para este propósito la TREC se destaca por

- Su concepto humanista de «autoaceptación» basado en calificar a las conductas pero nunca a las personas. Aunque las conductas pueden ser correctas o erróneas, no se modifica la valía de los seres humanos.
- Aunque se sugiere inicialmente un abordaje científico consistente en la discusión empírica, pragmática y lógica, se suman a este otros abordajes emotivos y conductuales acordes con las características y necesidades de cada paciente.

Este concepto es un punto medular dentro de la TREC. Ellis partió desde la definición de «estimación positiva incondicional» del psicólogo humanista Carl Rogers aplicada por las personas a sí mismas. Se distingue de «confianza en sí mismo» y «amor propio» pues Ellis suponía a estas como formas extremadamente condicionadas de aceptación al poseerse solo cuando se consigue un logro, un bien o una excelencia. Él argumentaba que para las personas es común basar su autoestima en situaciones variables como capacidades y cualidades que podían perderse y por tanto la autoestima se iría con ellas. Él propuso una autoaceptación o autoelección libre de condiciones, autoclasificaciones, valoraciones y comparaciones con otros individuos. Dada su filosofía, si una persona obra mal no significa que necesariamente sea malo, pues a partir de una conducta no puede definirse la totalidad del ser. Para esto

el uso un proverbio de tradicion catolica «Condena el pe—cado no necesariamente al pecador» (Ellis Abrahms 2005)

Relacionadas con las ideas irracionales como se menciona estan las distorsiones cognitivas que son habitos de pensamiento falaces que producen creencias irracionales y que por tanto perturban emocionalmente al individuo y lo disponen a conductas riesgosas. Entre ellas estan el pensamiento emocional, la personalizacion o la condenacion. En muchos casos son un intento de autoproteccion o autorregulacion ante estímulos adversos (estrategias de afrontamiento) que sin embargo no proveen una proteccion real al individuo, esto ocurre cuando se pretende actuar casi del mismo modo ante situaciones que se perciben como amenazas reales pero que estan lejos de serlo (Ellis Abrahms 2005).

3.1.1 Terapia racional emotiva conductual en niños y adolescentes

Los terapeutas de la TREC al intervenir con los más jóvenes procuran tomar en cuenta las tareas de desarrollo de sus clientes tanto para la evaluación como para la intervención. Sus técnicas en lugar de ser solo modificaciones de dialogo socrático incluyen actividades y métodos emocionales, cognitivos y conductuales diseñadas dentro de la clínica de tal manera que se considera una

vertiente terapéutica ajustada a estas poblaciones. Ha habido reportes preliminares de éxito y su uso se está extendiendo entre los clínicos, no obstante la necesidad de más estudios de resultado. Parte de la terapia se relaciona con los padres, puesto que son modelos de rol y agentes de reforzamiento. Se utilizan el ensayo conductual y desempeño de roles, entrenamiento autoinstruccional, fotocopias con dibujos llamativos o caricaturescos, ilustrando conceptos racionales emotivos (Bas 2007).

Dentro del amplio campo de las psicoterapias de orientación cognitiva conductual, las propuestas de Ellis han sido especialmente útiles en el abordaje de la ira, la ansiedad, las frustraciones, la fobia social, la timidez y las disfunciones sexuales. El impacto de la TREC ha influido a muchas otras teorías cognitivas conductuales como la terapia del comportamiento racional de Maxie Clarence Maultsby Jr., la terapia multimodal de Arnold A. Lazarus y la terapia cognitiva de Aaron T. Beck (Bas 2003, página 10).

3.2 Terapia cognitiva conductual de Aaron Beck

Otro de los grandes exponentes de la terapia cognitiva conductual es Aaron Beck, que ha aportado de manera ingente a la difusión y utilización a gran escala de dicha terapia. Aaron Temkin Beck es un psiquiatra y profesor estadounidense, presidente del Beck Institute for Cognitive Therapy and

Research y profesor de Psiquiatría en la Universidad de Pensilvania Se graduó en la Universidad de Brown en 1942 y en la Escuela de Medicina de Yale en 1946 (Instituto Beck para Terapia Cognitiva 2015)

La terapia cognitivo conductual de Beck es una de las terapias más investigadas y estudiadas sobre todo a través de los ensayos clínicos lo que le da una tremenda validación empírica Beck (1970) define la terapia cognitivo conductual como aquel tipo de terapia que trabaja con el grupo de operaciones centradas en las cogniciones verbales o imágenes de un paciente y en las premisas supuestos y actitudes que subyacen a estas cogniciones (Beck 1970 en Caro 2009 página 138)

La idea principal de la terapia cognitiva es que las personas sufren por la interpretación que realizan de los sucesos y no por estos en sí mismos. Por tanto Aaron Beck interesado por el tratamiento de la depresión desarrolló un modelo para el tratamiento de esta patología que posteriormente extendió a otros trastornos. A través de la reestructuración cognitiva un individuo es capaz de modificar el modo de interpretación y valoración subjetiva de los hechos y de las situaciones que vive y de esa manera se estimula a este para que altere los esquemas de pensamiento desordenados y se vea a sí mismo y al mundo de forma más realista y adaptativa (García Allen 2014 página 34)

El modelo propuesto por Beck afirma que ante una situación los individuos no responden automáticamente sino que antes de emitir una respuesta emocional o conductual perciben clasifican interpretan evalúan y asignan significado al estímulo en función de sus supuestos previos o esquemas cognitivos (también llamados creencias nucleares) (García Allen 2014 página 34)

En la teoría de Beck los procesos cognitivos son los mecanismos de codificación almacenamiento y recuperación de la información existentes en las estructuras cognitivas (**esquemas**). Por tanto se incluyen entre los procesos cognitivos la percepción la atención la memoria y la interpretación. En el procesamiento de la información pueden producirse errores en cualquiera de sus fases que tienen como consecuencia una alteración o distorsión en la valoración e interpretación de los hechos lo que el autor llama «distorsiones cognitivas» (García Allen 2014 página 35)

Para Beck «los esquemas son patrones cognitivos estables que constituyen la base de la regularidad de las interpretaciones de la realidad. Las personas utilizan sus esquemas para localizar codificar diferenciar y atribuir significaciones a los datos del mundo». En otras palabras los esquemas son construcciones mentales subjetivas más o menos estables que actúan como filtros a la hora de percibir el mundo por parte del individuo. Los esquemas provienen en gran medida de experiencias previas de aprendizaje (en

general tempranas) y pueden permanecer latentes hasta ser activadas por un evento significativo que interactúa con ellos. Este es uno de los conceptos más importantes que ha aportado la psicología cognitiva y aunque fue introducido originalmente por Frederick Bartlett para referirse a procesos relacionados con la memoria en el contexto social y también fue utilizado entre otros por Jean Piaget en el ámbito educativo Beck (junto con Ellis) lo introdujo en el ámbito psicoterapéutico (Gabalda 2009 página 138)

Las *creencias* son los contenidos de los esquemas y son el resultado directo de la relación entre la realidad y estos. Es todo aquello en lo que uno cree son como mapas internos que nos permiten dar sentido al mundo; se construyen y generalizan a través de la experiencia.

Beck distingue dos tipos de creencias:

- **Creencias centrales o nucleares** se presentan como proposiciones absolutas, duraderas y globales sobre uno mismo, los demás o el mundo. Por ejemplo: «soy un incompetente». Representan el nivel cognitivo más profundo, son difíciles de cambiar, dan el sentido de identidad y son idiosincrásicas.
- **Creencias periféricas** son influenciadas por las nucleares, por tanto están ubicadas entre estas y los productos cognitivos o pensamientos automáticos. Consisten en actitudes, reglas y presunciones (o supuestos).

Por lo tanto influyen en la forma de ver la situación y esa visión influye en como se siente, actúa o piensa un individuo

Los productos cognitivos hacen referencia a los pensamientos e imágenes que resultan de la interacción de la información proporcionada por la situación, los esquemas y creencias y de los procesos cognitivos. Los contenidos de los productos cognitivos suelen ser más fácilmente accesibles a la conciencia que los esquemas y los procesos cognitivos (García Allen 2014, página 36)

Para Beck, los trastornos psicológicos derivan de distorsiones cognitivas (errores en los procesos cognitivos) que son maneras equivocadas de pensar que aparecen en forma de pensamientos automáticos (productos cognitivos) ante determinadas situaciones y que provocan estados emocionales negativos y conductas inadecuadas. Por tanto, estas distorsiones cognitivas son provocadas por creencias irracionales o supuestos personales aprendidos en el pasado que condicionan inconscientemente la percepción e interpretación del pasado, presente y futuro (García Allen 2014, página 37)

Las personas que sufren depresión se vuelven vulnerables ante ciertas situaciones y es importante entender que en esta teoría no se plantea que las cogniciones sean la causa de la depresión o de otro trastorno emocional. Lo que realmente se postula es la primacía de los síntomas, la activación de esquemas

negativos y las distorsiones cognitivas consiguientes serian el primer eslabon de la cadena de sintomas depresivos (Garcia Allen 2014 pagina 37 38)

Cuando una persona se enfrenta a una determinada situacion el esquema es la base para transformar los datos en cogniciones. Pues lo que los esquemas que se activan en una determinada situacion van a determinar el como responde esa persona. En las personas que padecen un trastorno depresivo se activaran esquemas inadecuados. Por tanto el primer sintoma depresivo es la activacion de esquemas cognitivos relacionados con la vision de uno mismo, el mundo y el futuro. Las personas con esquemas negativos o tendencia a cometer errores de procesamiento seran mas proclives a padecer trastornos depresivos (Gabalda 2009 pagina 139)

Gabalda (2009) hace referencia a la triada cognitiva tal como propone Beck que se interrelacionan tres esquemas caracteristicos que inducen al individuo depresivo a percibirse a si mismo, al mundo y al futuro desde un punto de vista negativo. De estos tres patrones cognitivos se derivan el resto de sintomas depresivos que sufre

El esquema caracteristico que sufren las personas deprimidas y que Beck denomina *la triada depresiva* consiste en una vision negativa de

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

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

Los esquemas negativos activados en los individuos depresivos los llevan a cometer una serie de errores en el procesamiento de la información que facilitan los sesgos y permiten al depresivo mantener la validez de sus creencias. Beck enumeró una serie de distorsiones cognitivas. Son las siguientes:

- **Abstracción selectiva** se trata de prestar atención a un solo aspecto o detalle de la situación. Los aspectos positivos se suelen ignorar, dando más importancia a los aspectos negativos.
- **Pensamiento dicotómico** los acontecimientos se valoran de forma extrema: bueno/malo, blanco/negro, todo/nada, etc.
- **Inferencia arbitraria** consiste en sacar conclusiones de una situación que no están apoyadas por los hechos, incluso cuando la evidencia es contraria a la conclusión.
- **Sobregeneralización** consiste en extraer, sin base suficiente, una conclusión general de un hecho particular.

- **Magnificación y minimización** tendencia a exagerar lo negativo de una situación un suceso o una cualidad propia y a minimizar lo positivo
- **Personalización** hace referencia a la costumbre de relacionar los hechos del entorno con uno mismo mostrándose susceptible
- **Vision catastrófica** adelantar acontecimientos y de entre las distintas opciones pensar que siempre va a ocurrir lo peor
- **Deberías** consiste en mantener reglas rígidas y exigentes sobre como deben suceder las cosas
- **Etiquetas globales** consiste en poner etiquetas globales a nosotros mismos o a los demás sin tener en cuenta otros matices
- **Culpabilidad** consiste en atribuirse a uno mismo o a los demás toda la responsabilidad de los acontecimientos ignorando otros factores que contribuyen a los mismos

Por tanto al activarse estos esquemas característicos de las personas depresivas los productos cognitivos serán desadaptativos y negativos (Gabalda 2009 página 139 140)

Los pensamientos automáticos son los diálogos internos pensamientos o imágenes que aparecen ante una situación determinada y los pacientes suelen considerarlos afirmaciones verdaderas no distorsionadas (Gabalda 2009 página 141) Estos muestran las siguientes características

- Son mensajes o proposiciones específicas referidas a una situación concreta
- Siempre serán creídos independientemente de que sean irracionales o no
- Son aprendidos
- Entran de forma espontánea en la conciencia dramatizando y exagerando lo negativo de la situación
- No son fáciles de detectar ni de controlar pues aparecen en el flujo del diálogo interno

4 Terapia cognitiva conductual aplicada a los adolescentes

Para utilizar la terapia cognitiva conductual con adolescentes es preciso revisar una serie de cuestiones evolutivas o de desarrollo que podrían ejercer un impacto sobre el proceso terapéutico. Belsher y Wilkes (1994, en Bas 2003) mencionaron algunas de estas cuestiones o dificultades que conviene tomar en consideración.

4.1 Reconocer el egocentrismo del adolescente

Los adolescentes suelen ser egocéntricos y les resulta difícil ver y aceptar los puntos de vista de los demás. Suele ser útil reconocer y aceptar esta

situación y persistir en indagar con objeto de clarificar y comprender los puntos de vista y las opiniones del adolescente en lugar de cuestionar o de atacar directamente su egocentrismo. La adopción de dicha actitud terapéutica nos permite transmitirle al adolescente el mensaje positivo de que estamos escuchando sus puntos de vista y de que los respetamos. Nos parecen importantes dado que incluyen sus propias percepciones tan interesantes como únicas percepciones que el terapeuta está deseoso de comprender. Si no reconocemos el egocentrismo del adolescente, ello puede derivar en la aparición de una actitud oposicionista en virtud de la cual el adolescente se sentirá cada vez más impelido a alegar y defender sus propios puntos de vista.

Podemos contribuir a desarrollar el sentido de la autodeterminación del adolescente durante el transcurso de la TCC. Belsher y Wilkes (1994) sugieren que a los adolescentes se les deben exponer dos o tres versiones diferentes de una misma tarea de manera que puedan elegir. Por ejemplo, el profesional puede sugerir que la observación y el registro de los pensamientos se puede llevar a cabo rellenando una hoja de registro estandarizada o bien de manera más informal llevando un diario personal en el que escriban los distintos pensamientos o registrándolos en una grabadora portátil. El papel del profesional consiste en ofrecer opciones mientras que el adolescente es quien decide el método a seguir.

4.2 Fomentar la colaboración

La TCC implica un proceso de colaboración si bien los adolescentes suelen estar en una posición *inferior* en relación con el profesional adulto. Es preciso reconocer la diferencia de poder y de estatus entre el joven y el profesional y desplegar un esfuerzo consciente por fomentar una relación más igualitaria. El profesional tiene que transmitir la sensación de estar dispuesto de buen grado a trabajar con el adolescente para ayudarle a superar los problemas que este haya identificado como más importantes. El profesional es en este caso un educador y un facilitador que ofrece un marco de trabajo dentro del cual el joven puede analizar, comprender e identificar nuevas formas de pensar y de actuar.

El proceso de colaboración alienta al joven a reflexionar acerca de sus problemas y dificultades con objeto de descubrir posibles soluciones. El joven desempeña un papel crucial en el establecimiento de los objetivos y la toma de decisiones y el profesional puede llevar todavía más lejos este modelo colaborador haciendo las veces de mediador y como tal transmitiendo las opiniones y los puntos de vista del adolescente a otras figuras de autoridad importantes.

4.3 Fomentar la objetividad

Si bien el profesional puede eventualmente hacer las veces de mediador del joven también es importante que mantenga una actitud objetiva. Los adolescentes son egocéntricos, suelen aferrarse a sus opiniones y les resulta difícil tomar en consideración las perspectivas de los demás. Ello puede conducir a que el joven coaccione al profesional para que coincida con el o corrobore sus opiniones subjetivas. El profesional debe mantener la objetividad y fomentar un modelo de empirismo colaborador en virtud del cual se aliente al joven a comprobar sus propios puntos de vista y encontrar una posible evidencia que los apoye o los contradiga.

El profesional es quien brinda la estructura dentro de la cual el joven pone a prueba y evalúa sus propios supuestos, creencias y pensamientos. Dado que las distorsiones cognitivas se encuentran en la base de muchos de los problemas psicológicos, es posible que el adolescente interprete sesgadamente los resultados de sus comprobaciones. Esto se puede abordar directamente durante las sesiones clínicas ayudándole al joven a concebir y analizar otras posibles explicaciones alternativas que a su vez puedan ser objeto de nuevas comprobaciones.

4.4 Formular preguntas socráticas

Los adolescentes están menos familiarizados con los procesos que fomentan su participación activa así como la expresión de sus creencias y sus ideas. Puede que sientan que sus opiniones no tienen importancia y que son equivocadas y en consecuencia esperan —como suele ocurrir también en otros muchos aspectos de sus vidas— que les digan que es lo que tienen que hacer. Una manera útil de superar este obstáculo suele ser el cuestionamiento socrático mediante el cual a través de una serie de preguntas ayudamos al joven a analizar, revisar y cuestionar sus creencias. El cuestionamiento es muy directo y específico y suele estar relacionado con hechos concretos.

A los adolescentes se los puede animar a expresar sus ideas ayudándose de unas preguntas predeterminadas y precedidas de una fórmula breve del tipo de «Probablemente hay muchas formas diferentes de abordar esta cuestión. ¿Como lo harías tú?» La idea de que puede haber situaciones para las que no tengamos ninguna respuesta la podemos transmitir ayudándonos de fórmulas tales como «No se me ocurre nada. ¿Se te ocurre algo a ti?» El hecho de retomar las declaraciones formuladas por el joven contribuye a reforzar el interés que sentimos por ellos al tiempo que también nos permite cuestionar y poner en entredicho las posibles distorsiones e inconsistencias.

4.5 Cuestionar el pensamiento dicotómico

Los razonamientos del tipo «todo o nada» son muy habituales en los adolescentes y suelen aparecer reflejados a través de las oscilaciones espectaculares que podemos encontrarnos de una sesión a la siguiente. En un primer momento el adolescente en cuestión puede dar muestras de estar deprimido o angustiado pero a la siguiente sesión puede venir contento o relajado. Estas oscilaciones suelen confundir a los profesionales y hacerles dudar de la necesidad de proseguir con la TCC. Si bien se pueden alcanzar mejoras importantes y duraderas con adolescentes a través de un número comparativamente reducido de sesiones, hay veces en que la aparente recuperación demuestra tener una vida muy corta y resulta ser más un reflejo del pensamiento dicotómico del adolescente.

Las escalas de valoración constituyen una forma útil de cuestionar el pensamiento dicotómico, además de ayudar al adolescente a reconocer que existe toda una amplia gama de posibilidades intermedias entre sus dos puntos de referencia extremos. Ello puede requerir cierto nivel de educación e implicar que el joven clasifique u ordene una serie de hechos en relación con un determinado factor. Las escalas pueden utilizarse para valorar la intensidad de los sentimientos, el nivel de creencia en los pensamientos, el grado de responsabilidad o de culpabilización, etc. Finalmente, Belsher y Wilkes (1994) subrayan la importancia que reviste el lenguaje utilizado por el profesional.

Preguntar que estaría *bien* o *mal* sugiere una categorización dicotómica en tanto que la inclusión de términos como *mejor* o *peor* transmite la impresión de un *continuum* gradual

4.6 Implicar e incluir a otras personas significativas o importantes

Los adolescentes se desenvuelven dentro del contexto de un complejo sistema social que incluye las influencias significativas de familiares/cuidadores, amigos y centros de enseñanza. Es importante reconocer e incluir dichas influencias considerándolas pertinentes, dado que con frecuencia los propios adolescentes suelen ser incapaces de tomar una decisión respecto a cosas que les afectan. Por ejemplo, los adolescentes que están practicando estrategias para que los ayuden a manejar la agresividad dentro del centro de enseñanza tal vez necesiten que sus profesores les permitan salir de clase cada vez que se sientan agresivos.

De forma similar, la inclusión de otras figuras importantes (padres, hermanos o amigos) en las sesiones puede brindar una perspectiva diferente que ayude a los jóvenes a poner a prueba y revisar sus propias cogniciones.

5 Investigaciones sobre la efectividad del tratamiento cognitivo conductual en la psicoterapia

En la actualidad el tratamiento no farmacológico simultáneo al tratamiento farmacológico de los trastornos del estado de ánimo y de ansiedad tanto como de otros trastornos psicológicos es bastante común y cada vez toma más auge. Teniendo en cuenta esta realidad es importante conocer algunas de las investigaciones al respecto que han desarrollado y que aportan sobre el tratamiento de los trastornos psicopatológicos.

La terapia cognitivo conductual se erige como particularmente útil en el trabajo terapéutico con adolescentes especialmente por las metas clínicas explícitas, la actitud de mutua colaboración que favorece el involucramiento del menor y sus padres, la práctica de una relación cordial con un adulto, la naturaleza sencilla y adaptable de las técnicas y finalmente la práctica en tareas cognitivas que favorece la sofisticación de las habilidades del menor. La investigación ha demostrado su eficacia en el tratamiento de síndromes clínicos tales como depresión, ansiedad, trastorno por déficit de atención e hiperactividad, trastorno de conducta, trastornos de la conducta alimentaria, etc. (Friedberg McCloure 2015).

De acuerdo con Kaplan, Thompson y Searson (1995) los adolescentes tratados con terapia cognitivo conductual no solo son capaces de adquirir las

herramientas sino que además las recuerdan y aplican para problemas futuros. Con esto, la asignación de un tratamiento a una determinada categoría depende de la evidencia que se va acumulando al respecto de tal forma que su posición no es estática. Desde esta perspectiva se alienta la generación de nuevos tratamientos los cuales deben ser evaluados a través de estudios controlados para demostrar su eficacia. Siguiendo estos lineamientos respecto al tratamiento de adolescentes se puede afirmar que las únicas intervenciones que han demostrado algún grado de eficacia son las cognitivas conductuales, bien solo para el tratamiento de algunos padecimientos pueden adscribirse al rubro de las bien establecidas (Ollendick & King, 2004). Para la ansiedad y depresión en adolescentes, la terapia cognitivo conductual, el manejo familiar de la ansiedad, la terapia de autocontrol conductual, así como el entrenamiento en habilidades de afrontamiento son procedimientos válidos (Chambless & Ollendick, 2001). Los datos de incidencia en otros países apuntan a que la autolesión es una conducta frecuente entre los adolescentes escolares en Estados Unidos (13-25 %) de acuerdo a Rodham y Hawton (2009). En México, la percepción es que la incidencia es alta y se encuentra en aumento, si bien se desconocen datos exactos al respecto. Por ejemplo, Medina Mora *et al.* (2002) estimaron la presencia de actos autolesivos sin intención de morir en el 17.4 % para los hombres y el 15 % para mujeres en su muestra de adolescentes. En tanto, el ya citado estudio de González Forteza y colaboradores (2005) con estudiantes de Guanajuato estimó una incidencia del 3.1 % para los hombres y de 10.7 % para

mujeres asumiendo que esta podría ser mayor. La definición de autolesión que se ha formulado para este trabajo propone esta como el daño voluntario infringido a los propios tejidos sin la intención de morir lo cual no necesariamente exime del riesgo pues puede conducir a muertes accidentales o bien a un posterior suicidio (Comtois 2006)

La creciente incidencia ha generado también un mayor interés de los investigadores en estudiar el fenómeno de tal manera que se han formulado algunos modelos teóricos explicativos así como intervenciones derivadas no obstante los trabajos de investigación con diseños aleatorios son escasos por lo que respecto al tema de tratamientos validados para autolesiones a la fecha solo pueden formularse conclusiones preliminares

Uno de los estudios actuales más influyentes sobre el tema fue realizado por Linehan Comtois Murray Brown Gallop Heard Korlund Tutek Reynolds y Lindenboim (2006) quienes compararon la efectividad de la terapia cognitiva conductual versus un tratamiento no conductual por expertos. Se trató de un diseño riguroso a fin de determinar si los componentes particulares de la intervención producían cambios clínicos significativos. La muestra estuvo conformada por 101 mujeres de al menos 18 años quienes cumplían con los criterios para el diagnóstico de trastorno mixto ansioso depresivo presentaban conducta suicida y autolesiones actuales se formaron dos grupos en forma aleatoria de acuerdo al tratamiento asignado. Los resultados al final del

tratamiento y durante el seguimiento mostraron que el grupo tratado con terapia cognitiva conductual presento una mejora significativa en todas las medidas clinicas incluida la autolesion. Los autores concluyen afirmando que sus resultados replican la efectividad demostrada por esta intervencion en estudios previos aseverando que los componentes unicos de su intervencion son los agentes del cambio clave para el manejo de la conducta suicida y parasuicida.

Algunos autores han llevado a cabo estudios para demostrar la eficacia de la terapia cognitivo conductual en adaptaciones especificas para el manejo exclusivo de la autolesion en adolescentes. Ejemplo de ello es el estudio preliminar en Nueva Zelanda de Cooney, Davis, Thompson, Wharewera, Mika y Stewart (2010) quienes investigaron la efectividad de la terapia cognitiva conductual para el manejo de la autolesion en adolescentes para lo cual evaluaron principalmente la adherencia y aceptacion del tratamiento. Seleccionaron 29 adolescentes a quienes asignaron aleatoriamente a una de las dos condiciones de tratamiento usual (n=15) o bien terapia cognitiva conductual durante seis meses (n=14) la cual incluyo terapia individual, intervencion familiar, intervencion con los padres para el entrenamiento en habilidades y asesoria telefonica. Se realizaron medidas repetidas (preevaluacion, posevaluacion y de seguimiento durante un ano) de intentos suicidas, autolesiones, ideacion suicida, uso de sustancias y habilidades para regular emociones. Los resultados preliminares de este estudio aun no presentan datos clinicos de eficacia pero confirman que este formato de

tratamiento fue aceptable para los participantes y sus familiares— quienes completaron el tratamiento en un 93 % y tuvieron un porcentaje de asistencia del 91 %. Los autores concluyen que los estudios de control aleatorio aun son escasos y que falta mas investigacion para sustentar la efectividad de la terapia cognitiva conductual para la autolesion en adolescentes (Cooney y Davis Thompson Wharewera Mika y Stewart 2010)

Uno de los primeros estudios sobre el tema fue realizado por Wood Trainor Rothwell Moore y Harrington (2001) quienes evaluaron la efectividad de una intervencion grupal basada en la teoria cognitiva conductual para la reduccion de la frecuencia de autolesiones. Seleccionaron a 63 adolescentes britanicos de entre 12 y 16 anos de edad a los cuales asignaron aleatoriamente a una de dos condiciones de tratamiento: terapia grupal (n= 32) o bien tratamiento usual (n=31) tomando medidas repetidas de depresion, ansiedad, ideacion suicida y de autolesiones. El contenido del tratamiento se describio como evolutivo (enfoque del desarrollo) e incluyo tecnicas diversas particularmente de la terapia cognitiva conductual. Los temas del tratamiento fueron: relaciones personales, dificultades escolares y familiares, manejo de la ira, depresion, ansiedad y autolesiones, desesperanza y preocupaciones por el futuro. Los resultados muestran que el grupo experimental mostro una reduccion significativa en la repeticion de las autolesiones, puntajes mas bajos en depresion y mayor comportamiento adaptativo, lo cual fue significativo al compararlo contra el grupo en tratamiento usual.

Los autores concluyen asumiendo que el formato grupal de intervención es útil para el tratamiento de la autolesión repetitiva en adolescentes pero sugirieron más investigación al respecto

Sobre este mismo tenor James Taylor Yinmill y Alford (2013)

seleccionaron una muestra de 25 mujeres adolescentes de una comunidad que presentaban autolesión resistente a tratamientos previos y tenían un promedio de edad de 16 años (15-18 años). La intervención se enfocó en el tratamiento de la autolesión entrenando a las participantes en habilidades de regulación de emociones, control de impulsos y de solución de problemas. El formato combinó tratamiento grupal, individual y de apoyo telefónico durante un año.

Las medidas postratamiento y de seguimiento a los 8 meses de concluida la intervención indicaron una reducción significativa en las medidas repetidas de autolesiones, depresión, ansiedad y desesperanza, combinado con una mejora clínica general. Por lo que los autores concluyen que la terapia cognitiva conductual es una intervención prometedoramente eficaz para el manejo de la sintomatología ansiosa depresiva con autolesiones en adolescentes.

En resumen, después de la revisión de datos de investigación queda claro que la cantidad de investigación es limitada. Sin embargo, los resultados demuestran que la terapia cognitiva conductual produjo la disminución significativa en la frecuencia de la ansiedad, la depresión y las autolesiones pero

puede afirmarse que si bien es eficaz aun faltan mas investigaciones concluyentes sobre el tema

En un intento por sistematizar una intervencion efectiva Slee y Garnefski Van der Leeden Arensman y Spinhoven (2008) formularon un manual de tratamiento cognitivo conductual especificamente desarrollado para el tratamiento de la autolesion el cual se basa en un analisis funcional del sintoma asi como en la discusion y modificacion de los factores que lo originan y mantienen. A fin de evaluar su efectividad conformaron una muestra de 90 participantes incluyendo adolescentes y adultos (de 15 a 35 años) los cuales fueron asignados aleatoriamente a una de dos condiciones de tratamiento: usual exclusivamente

(n=42) o bien usual mas cognitivo conductual durante 12 sesiones semanales (n=48). Se realizaron medidas repetidas pretratamiento, postratamiento y de seguimiento a los 6 y 9 meses de concluida la intervencion. Con respecto a las variables de interes medidas, los resultados muestran que el grupo que recibio la intervencion guiada con manual presento una mayor disminucion en la frecuencia de autolesiones y en la intensidad de la depresion, ansiedad e ideacion suicida, en tanto que mejoraron los puntajes relativos a autoestima y habilidades de solucion de problemas. Los autores concluyen que sus resultados evidencian la efectividad de una intervencion cognitivo conductual breve y estructurada para el manejo de la autolesion cronica.

En tanto Wood y colaboradores (2001) realizaron un estudio de control aleatorio de la terapia cognitivo conductual con componentes de trastorno ansioso depresivo con adolescentes. Se seleccionaron a 63 hombres y mujeres de entre 12 y 16 años los cuales presentaban ansiedad, depresión y autolesiones al menos dos veces en el último año. Se les asignó aleatoriamente a una de dos condiciones de intervención: terapia cognitiva grupal más tratamiento rutinario o bien solamente tratamiento rutinario. Se tomaron medidas repetidas pretratamiento, postratamiento y de seguimiento 6 meses después de las variables primarias: depresión, ansiedad y autolesión. Los resultados indican que el grupo intervenido con terapia grupal presentó una menor frecuencia de autolesión (Odds Ratio de 6.3), hizo menor uso de los servicios médicos, tuvo menos faltas escolares y menos problemas conductuales en general que el grupo en tratamiento usual.

Al igual que la depresión, la ansiedad se ha encontrado estrechamente vinculada a la dinámica de origen de la autolesión, hecho lógico precisamente porque estas dos variables comúnmente se asocian. El aporte de las investigaciones reseñadas apunta en este sentido que la terapia cognitivo conductual aplica métodos y técnicas específicas que ayudan a los adolescentes con esta sintomatología a mejorar su estado emocional, logrando resolver sus conflictos a través de respuestas más adaptativas.

6 El modelo de tratamiento utilizado para esta investigación

El modelo de tratamiento utilizado en esta investigación es el modelo de terapia cognitiva conductual de Aaron Beck. Uno de los motivos que llevaron a optar por este modelo es que este autor se interesó primordialmente por los pacientes que padecían depresión y su modelo evolucionó conforme seguía muy de cerca el tratamiento de la depresión.

Perez Conde (1996) médico de salud mental y colaborador en un estudio a nivel de salud mental expresa que se podría decir que el modelo que más ha contribuido a la introducción de las terapias cognitivas en el campo de las psicoterapias ha sido el modelo de Beck (Perez Conde Ruiz Narvona 1996).

Este modelo tiene como objetivo a largo plazo llevar al paciente a un crecimiento y maduración personal que incluye el desarrollo de habilidades que le procuraran una conducta física y emocional mucho más consecuente con su experiencia real (Beck 2011). En sus objetivos a corto plazo se propone eliminar los síntomas depresivos y prevenir las recaídas (Beck 2011 páginas 78 y 79).

El tratamiento a través de la terapia cognitivo conductual ha sido ampliamente investigado por lo cual influyó en la decisión de trabajar con esta línea específica de tratamiento psicológico aun cuando el propio Beck (2003) señalara refiriéndose a las limitaciones de la terapia que si bien es cierto que el modelo cognitivo conductual ha cobrado un tremendo auge a nivel mundial

tambien lo es que se necesitarian muchas mas investigaciones que confirmasen los resultados de manera que determinen los limites de aplicabilidad tomando en cuenta el diagnostico de depresion especifico

Al trabajar sobre el modelo de tratamiento cognitivo conductual Beck establece claramente la relacion que existe entre el pensamiento las emociones y las conductas de manera que dicho tratamiento enfoca su atencion a la transmision de la interrelacion de estos elementos que definen la dinamica especifica. Las emociones pueden considerarse como el ingrediente que hace que la vida discorra entre los matices que implican lo bueno y lo malo lo agradable y lo desagradable. Al respecto Beck escribe que al estar desprovistos de las emociones y sentimientos que hacen a las experiencias mas vibrantes y excitantes estas serian mecanicas como lo es la vida de los depresivos (Beck 2003 pagina 41)

Por este orden de ideas se considera que al trabajar con el trastorno mixto ansioso depresivo en adolescentes con autolesiones realmente seria mas oportuno aplicar el modelo de Beck el cual propone llevar al adolescente a tal grado de manejo y conocimiento de la estructura del programa que al final pudiera considerarse como un terapeuta neofito y este es uno de los objetivos de la terapia de Beck

7 Generalidades sobre las técnicas utilizadas en la terapia

Durante el trabajo de sesiones de terapia teniendo como modelo de tratamiento la terapia cognitivo conductual de Aaron Beck se emplearon tanto técnicas cognitivas como conductuales con el fin de obtener los objetivos propuestos. Como se está trabajando en esta investigación con adolescentes con trastorno mixto ansioso depresivo que se autolesionan los objetivos se enfocan tanto en la modificación del estado de ánimo depresivo como en la reducción de los síntomas de ansiedad. Durante las doce sesiones de tratamiento se utilizó la gama de técnicas (tanto cognitivas como conductuales) recomendadas por Beck para tratar estos síntomas.

Las tareas para casa son esenciales en un programa de terapia cognitivo conductual puesto que pretenden hacer más directa la participación de los pacientes en su mejora y bienestar. Beck (2003) hace referencia a la importancia de la estructuración de las tareas para casa y de la relevancia que estas tienen para el éxito de la terapia. A continuación se describen las técnicas utilizadas.

7.1 Técnicas conductuales

Las técnicas conductuales se basan en los principios del conductismo. Dichas técnicas pretenden enseñarle al paciente a emitir respuestas adaptativas.

ante los estímulos que le provocan respuestas inadaptadas a través de la extinción de la conducta o adoptando un comportamiento más adaptado.

7.1.1 Relajación

La relajación puede entenderse según expresa Sweeney (1978) como el estado o respuestas percibidas positivamente en que la persona se siente aliviada de la sobrecarga (Sweeney 1978 en Roldán 2012)

María Jesús Fernández Aguirre en su ponencia en el XIII Congreso de Psiquiatría describe la relajación como sigue:

La respuesta de relajación está constituida a nivel fisiológico por una disminución del ritmo cardíaco, ritmo respiratorio, presión sanguínea, cambios en la actividad muscular y cambios en la respuesta galvánica de la piel a nivel central por un descenso del arousal con cambios en los patrones de las ondas cerebrales controlados mediante EEG, cambios bioquímicos y cambios cognitivos acompañados por una disminución de la ansiedad y sensación de bienestar a nivel subjetivo (García Trujillo González de Rivera 1992 en Tejada 2012)

El objetivo primario de la relajación es producir la condición de baja activación del sistema nervioso autónomo bajo el control del propio sujeto. Es una técnica tradicional dentro de la psicología y de una alta frecuencia de utilización (Valldaura 2005). Las técnicas de relajación son muy utilizadas en el tratamiento de los trastornos de ansiedad y de depresión, puesto que cuando en el último caso la persona se mantiene con los músculos laxos, no significa que

este relajada pues no esta experimentando una situacion de bienestar sino por el contrario de baja condicion de salud fisica y emocional

Burgos *et al* (2006) realizan un estudio sobre la eficacia del aprendizaje grupal de las tecnicas de relajacion y respiracion controlada para reducir la ansiedad en la que concluyen que los talleres de tecnicas de relajacion pueden ser utiles para la reduccion de la ansiedad en atencion primaria (Burgos *et al* 2006)

- **Relajacion muscular progresiva de Jacobson**

En el programa de terapia desarrollado se utilizo la relajacion muscular de Jacobson por considerarla adecuada para tratar con los sintomas de ansiedad y depresion. La persona ansiosa generalmente se mantiene en sobresalto en activacion fisiologica pero no sana por lo cual se considero prudente utilizarla en diversas sesiones de la terapia.

La relajacion progresiva surge por los trabajos del fisioterapeuta Edmund Jacobson quien al trabajar con sus pacientes con grandes niveles de tension y sobrecarga (estres) durante el primer cuarto del siglo pasado elucubra sobre toda una secuencia logica de circunstancias que termino con un elaborado metodo de relajacion. Jacobson entreno a sus pacientes para relajar voluntariamente ciertos musculos de su cuerpo y asi reducir los sintomas de la ansiedad.

La practica de las tecnicas de relajacion requiere de un ambiente tranquilo sin estímulos que puedan distraer y todavía menos alterar a quien las practica. La relajacion de Jacobson se conforma por tres fases

■ La fase de respiracion

- La fase de tension muscular
- La fase de visualizacion

Como se observa la respiracion es la primera y muy importante fase de la relajacion progresiva puesto que creara las condiciones optimas para lograr el proceso completo. Las doctoras en psicologia de la Universidad Nacional a Distancia (UNED) Monserrat Conde y Maria del Prado consideran que la respiracion se convierte en un elemento basico e imprescindible para que el organismo consiga un estado de relajacion adecuado tanto desde el punto de vista fisico (muscular) como desde el punto de vista mental (emocional). Continuan diciendo que existe una relacion en ambas vias entre las emociones y el estado de los musculos. Un musculo relajado envia informacion sobre su estado a la mente (cerebro) y a la vez que este se beneficia de dicho estado puede influir tambien en que el musculo se relaje. Es imposible relajarse mentalmente si no lo hacen tambien los musculos asi como tambien es imposible relajarse muscularmente si no se logra una relajacion mental (Conde Del Prado 2009)

7.1.2 Visualización

La visualización es otra de las técnicas de corte conductual que se utiliza con mucha frecuencia en la terapia cognitivo conductual. Se puede definir la visualización como aquella técnica psicológica en la que imaginamos de manera vivida y sentida una situación, es decir, la imaginamos acompañada de todas las emociones y sensaciones que se experimentan cuando esa situación se está viviendo en la realidad. La visualización es una técnica *per se*, no obstante, está ligada indefectiblemente a la relajación, puesto que es parte inherente de ella y viceversa. Para lograr una buena relajación es prudente utilizar la visualización y para lograr esta es necesaria una actitud relajada. (Bosqued 2005, página 109)

Esta técnica parte de dos supuestos importantes: por un lado, el hecho de que la respuesta a los estímulos imaginados es idéntica a la que se tiene cuando esos mismos estímulos son reales; y por el otro, la visualización es producto de las expectativas que una persona tiene acerca de lo que va a ocurrir, y a la vez refuerza esas expectativas sobre hechos futuros. (Bosqued 2005, página 109) Tomando en cuenta este último supuesto, es claro que si lo que visualiza un individuo está influido por expectativas negativas, difícilmente podrá ofrecer un resultado positivo. Sin embargo, cuando las expectativas son positivas, sin lugar a dudas, estas redundarán en conductas lógicamente positivas y, por ende, se enfocan a desarrollar un comportamiento más adaptativo.

De acuerdo a Marisa Bosqued (2005) la tecnica de visualizacion es util para conseguir diferentes objetivos

- Ayuda a conseguir la relajacion cuando se experimenta ansiedad
- Anima a realizar una actividad y llevarla a cabo de una manera satisfactoria con lo que se eleva el estado de animo
- Lleva a ensayar mentalmente conductas para luego realizarlas en la realidad

7.1.3 Apoyo social

El apoyo social como tecnica de corte conductual es invaluable en el tratamiento con terapia cognitivo conductual. Baeza *et al* (2010) consideran que el apoyo social es la disponibilidad de ayuda proveniente de otras personas normalmente significativas para quien lo requiere. Estos autores argumentan que recibir dicha ayuda permite acrecentar la sensacion de que otros se preocupan y quieren a la persona de que esta es valorada y de que pertenece a una red de comunicacion intercambio y obligaciones mutuas. Cuando se cuenta con el apoyo social necesario los niveles de estres de ansiedad y de depresion van a disminuir con mucha seguridad situacion que permitira tomar mejores decisiones sobre todo en cuanto a las alternativas para afrontar o encarar la situacion especifica que se experimenta.

La terapia grupal como tal se convierte en apoyo social para las personas que participan de ella. El intercambio de experiencias de información, el poder percibir la manera en que cada uno de los participantes maneja sus conflictos, el ofrecer el apoyo y comprensión a todos los participantes, poder observar la mejoría de los síntomas en su propia persona y en la de los demás se convierte en un gran apoyo que lleva a una mejoría cuantiosa y a elevar la autoestima.

7.1.4. Asertividad y comunicación asertiva

El nombre «habilidades sociales» puede considerarse como el conjunto de conductas emitidas por un individuo en un contexto interpersonal que expresa los sentimientos, actitudes, deseos, opiniones o derechos de ese individuo de un modo adecuado a la situación, respetando esas conductas en los demás, y que generalmente resuelve los problemas inmediatos de la situación, mientras minimiza la probabilidad de futuros problemas. Una respuesta competente es normalmente aquella sobre la que la gente está de acuerdo que es apropiada para un individuo en una situación particular (Caballo, 1993, en Baeza, Balaguer y Belchi, 2010, página 103).

Las habilidades sociales son necesarias para una buena convivencia dentro de la sociedad. Estas necesitan ser desarrolladas y practicadas, puesto que existen personas que, aun teniendo ciertas habilidades sociales, no son

capaces de desenvolverse de manera adecuada a la circunstancia social que enfrentan. Una de estas habilidades sociales es la asertividad que trae consigo la comunicacion asertiva. Como dijera Castañer (1996)

La asertividad es una habilidad social que supone la capacidad de autoafirmar los propios derechos sin dejarse manipular y sin manipular a los demas (Castaner 1996 en Tejada 2012)

Caballo (1993) habla sobre el desarrollo de la asertividad y expresa que esta como habilidad social facilita el camino hacia una mejor consideracion personal y optimiza la capacidad para relacionarse con los demas de manera eficaz y satisfactoria (Caballo 1993 en Baeza Balaguer y Belchi 2010 pagina 105). Tanto la asertividad como la comunicacion asertiva se trabajaron como tecnicas conductuales puesto que se tornan de gran utilidad en el desarrollo de la autoestima tan socavada en las personas con sintomas de depresion sobre todo y en la confianza que ofrecen a las personas con sintomas de ansiedad.

7.1.5 Role playing

De acuerdo a Beck (2003) el role playing (juego de roles) se puede entender como el asumir un papel por parte del terapeuta, del paciente o de ambos y la consabida interaccion social basada en el papel asignado. El entrenamiento del role playing puede emplearse con exito en el tratamiento de

los pacientes depresivos. También se utiliza con mucha frecuencia como forma de presentarle al paciente una opción que pudiera llevar a elucidar los factores que interfieren en la expresión emocional adecuada. También es apropiado para elicitación de respuestas de auto-comprensión, tomando en cuenta el carácter de rigidez en la autocrítica de los pacientes depresivos (Beck, 2003, páginas 133 y 134).

7.2 Técnicas cognitivas

Las técnicas cognitivas son todas aquellas que implican un proceso reflexivo consciente y psicológico sobre aquellas tareas que propenden al mejoramiento y mejor adaptación de la persona ante el medio en el cual se desenvuelve. Estas se centran fundamentalmente en trabajar el componente de pensamientos, creencias y actitudes, pero tiene como efecto cambios en los sistemas fisiológicos y conductual o motor (Bosqued, 2005, pag. 121).

Dentro de la terapia cognitivo conductual, las técnicas cognitivas son fundamentales, proporcionando las herramientas a través de las cuales se lograrán los objetivos propuestos en cada sesión. Claro está, utilizando además técnicas de corte conductual que de manera importante coadyuvan a alcanzar un comportamiento más adaptativo de quien las requiere.

7.2.1 Reestructuración cognoscitiva

Esta técnica permite modificar los pensamientos para poder actuar de una manera mucho más adaptada y positiva quien padece problemas. Marissa Bosqued expresa que en esta técnica psicológica se parte del presupuesto teórico de que cuando la persona se siente muy angustiada, deprimida, tremendamente frustrada, desesperada, se experimenta pánico o ansiedad, etc. es decir, cuando las emociones se exageran, no es tanto por los acontecimientos que le han ocurrido a la persona, sino por la forma distorsionada de interpretarlos y valorarlos, con la consecuencia de sus planteamientos poco realistas y poco lógicos acerca de la vida de la misma persona y de los demás. Dicho en otras palabras, no perturban los acontecimientos por sí mismos, sino la evaluación cognitiva subjetiva que realiza la persona de los mismos. (Bosqued 2005, página 122)

Cuando se trabaja la reestructuración cognoscitiva es importante que el o los pacientes manejen los conceptos básicos para que se operen cambios adaptativos en su persona. Es claro que una de las técnicas fundamentales en el tratamiento cognitivo conductual es la reestructuración cognoscitiva, a través de la cual la persona es capaz de reemplazar sus esquemas de pensamientos distorsionados por esquemas que le permitan un desenvolvimiento cognoscitivo adaptado a las situaciones reales.

7.2.2 Clasificación de distorsiones cognoscitivas

Dentro de la propuesta de Beck es de suma importancia que el terapeuta que dirige el tratamiento explique y enseñe a sus pacientes a conocer todas aquellas distorsiones que se tienen sobre uno mismo, los demás y el mundo. Las consideraciones erróneas se forjan en la persona desde que es muy pequeña durante su desarrollo a través de sus interacciones con sus progenitores, las personas que forman parte de su entorno y las experiencias en su medio. Cuando los pensamientos se caracterizan por funcionar bajo el tamiz de las distorsiones cognoscitivas es obvio que se presentarán síntomas de uno u otro trastorno psicológico puesto que se evidencia que no se está percibiendo de manera objetiva lo relacionado con la propia persona, la persona de los demás y todo lo que se relacione con el mundo. Albert Ellis y Aaron Beck proponen una lista de distorsiones cognoscitivas que es imprescindible discutir con los pacientes o el paciente hacer que las identifiquen y expresen cuáles forman parte de sus pensamientos para lograr así cambiarlas (Beck, 2003).

7.2.3 Detección de pensamientos automáticos

Otra de las técnicas cognoscitivas utilizadas en el tratamiento cognitivo conductual propuesto por Aaron Beck es la detección de pensamientos automáticos. Estos pueden entenderse como pensamientos que surgen de

manera fugaz rápida automática en situaciones específicas causando daño (angustia depresión y otros) y alteración en quienes los experimentan

La detección de pensamientos automáticos consiste en un entrenamiento en base a un autorregistro en la detección de los pensamientos que acompañan a sus reacciones emocionales y conductuales ante determinados eventos internos y externos

7 2 4 Debate de los pensamientos automáticos

Una vez el paciente está claro sobre lo que son los pensamientos automáticos y cuando surgen se puede considerar que está listo y preparado para debatirlos y por ende modificarlos

Siendo la base de los pensamientos automáticos las distorsiones cognitivas al debatir los primeros y poder contrarrestarlos es claro que se modificarán las segundas transformándolas en pensamientos más positivos y por tanto más adaptativos. Para debatir los pensamientos automáticos se tienen que someter a una lista de cuestionamientos que llevarán a quien o quienes los experimentan a darse cuenta de si realmente son válidos o no

7 2 5 Trabajo con las creencias nucleares

Las creencias nucleares son las que originalmente cimentan las distorsiones cognoscitivas. Son creencias muy arraigadas que luego dan lugar a pensamientos igualmente arraigados como lo son las distorsiones cognoscitivas.

7 2 6 Uso de la imaginación

En la técnica del uso de imágenes, el terapeuta propone al paciente el manejo de determinadas situaciones o interpretaciones alternativas mediante el ensayo de escenas en la imaginación que fomentan el afrontamiento de diversas situaciones.

7 2 7 Resolución de problemas

La resolución de problemas es una técnica cognitiva que intenta proporcionar una estructura para la consideración y abordaje formal de aquellos problemas que no se pueden resolver fácilmente. Dentro del contexto terapéutico de grupo se pide a los participantes que usen diferentes recursos para crear soluciones alternativas a los problemas de cada uno de los miembros del grupo (Sunk y Shaffer 1984 en Madrid 2000).

La solución de problemas es útil para reducir la ansiedad asociada a la incapacidad para tomar decisiones (Bas 2003 página 16)

CAPITULO III
METODOLOGIA

1 Justificación del Problema

En la actualidad se evidencia una preocupación alarmante por parte de los profesionales de la salud mental, padres de familia y educadores en cuanto a los altos niveles de conductas ansiosas y depresivas con nuevas modalidades que incluyen las autolesiones o *cutting* que manifiestan muchos de los adolescentes en los centros de educación básica general de Panamá, conducta que se ha incrementado en los últimos años exacerbando el estado de ánimo de los adolescentes y llevándolos a manifestar una serie de síntomas que pueden clasificarse en muchas ocasiones dentro de la categoría de ansiedad y de depresión como signos característicos de un trastorno específico.

Los trastornos mentales son patrones de comportamiento de significación clínica que aparecen asociados a un malestar emocional o físico de la persona, a una discapacidad, al deterioro en el funcionamiento cotidiano, a la pérdida de libertad o incluso a un riesgo significativamente aumentado de implicarse en conductas contraproducentes o de morir prematuramente. Los estudios relacionados con ansiedad y depresión han sido ampliamente abordados a través de los tiempos. Sin embargo, las nuevas conductas que presentan nuestros estudiantes de los distintos centros educativos de nuestro país, como lo son las autolesiones o *self cutting*, dan un giro importante en la búsqueda de nuevas alternativas para la reducción de los niveles de ansiedad y depresión y la remisión de dichas prácticas autolesivas en los adolescentes.

Segun el estudio europeo dirigido por Wittchen *et al* (2011) el 32 % de los europeos sufre un trastorno mental pero solo un tercio de ellos recibe tratamiento. Asimismo segun un estudio reciente de este mismo grupo en relacion con los costes (Olesen, Gustavsson, Svensson, Wittchen, Jönsson *et al*, 2012) los trastornos mentales (ansiedad, depresión, adicciones, trastornos de la infancia y adolescencia) y neurologicos (tumores cerebrales, migrañas y cefaleas tensionales, trastornos del sueño, enfermedad de Parkinson y demencias) suponen uno de los mayores retos economicos para la sanidad europea y del resto del mundo.

En el año 2011 en Colombia Fanny Ospina Ospina *et al* concluyo en su estudio que la prevalencia de los sintomas ansiosos y depresivos en adolescentes escolarizados entre los 10-17 años se estimaba en un 6.9%. Esto indica que los sintomas ansiosos y depresivos son frecuentes en adolescentes y se hace indispensable sospecharlos y diagnosticarlos tempranamente con el objetivo de poder brindar una atención oportuna para una buena salud mental en esta población.

Ulloa (2013) menciona en su estudio que las autolesiones en adolescentes con psicopatología se han incrementado y están frecuentemente asociadas a trastornos depresivos, de ansiedad y de conducta. Las características que se encontraron con mayor frecuencia en estos grupos fueron el sexo femenino, el nivel socioeconómico bajo, la violencia intrafamiliar

antecedentes de abuso sexual. Siendo los principales motivos para autolesionarse la baja tolerancia a la frustración, el llamar la atención de otros, los síntomas afectivos y ansiosos.

Las autolesiones se definen como actos intencionales y autodirigidos que ocasionan daños corporales de baja letalidad realizados para disminuir la ansiedad, la depresión o el estrés. En estudios conducidos en países como Australia (Ulloa Contreras, Paniagua Figuroa, 2013) se ha reportado que el 8.1% de la población general se ha autolesionado en algún momento de la vida. Específicamente, algunos estudios de revisión muestran que en adolescentes las prevalencias van del 13 al 23.2% y en la población que acude a los hospitales por atención se ha reportado un incremento de este fenómeno a lo largo del tiempo.

Uno de los estudios más importantes de autolesiones en adolescentes es el estudio basado en población escolar CASE (*Child and Adolescent Self-harm in Europe*) en el que cerca de 30,000 adolescentes de 15 y 16 años completaron un cuestionario anónimo sobre autolesiones, un reporte de eventos estresantes y escalas para evaluar depresión, ansiedad e impulsividad. Los resultados de este estudio muestran que las autolesiones estaban relacionadas con síntomas de depresión, ansiedad e impulsividad, además de eventos estresantes (Madge, Hawton, McMahon, Corcoran *et al.* 2011).

Hasta la fecha no existen reportes de la frecuencia de autolesiones en poblacion clinica de adolescentes. Los estudios en Europa y en los Estados Unidos de America han mostrado que los individuos con dicha conducta constituyen un grupo heterogeneo por lo que se requiere informacion acerca de la frecuencia y características asociadas a las autolesiones en nuestra poblacion.

El constante dinamismo que proponen las sociedades actuales parece propiciar una presion tremenda en nuestros jovenes que forman parte de ellas lo que se suma a la realidad del entorno particular y a la constitucion personal de cada individuo. Esta presion fomenta entonces en muchas ocasiones trastornos del estado de animo, trastornos de ansiedad, como tambien y entre otros, el trastorno mixto ansioso depresivo, trastorno que es objeto de este trabajo.

El trastorno mixto ansioso depresivo se define como una categoria en la que estan presentes sintomas de ansiedad y de depresion pero ninguno de ellos predomina claramente ni tiene la intensidad suficiente como para justificar un diagnostico por separado. Cuando ambas series de sintomas depresivos y ansiosos esten presentes y sean tan graves como para justificar un diagnostico individual, deben recogerse ambos trastornos y no debera usarse esta categoria. Si por razones practicas de codificacion solo puede hacerse un diagnostico, debe darse prioridad al de depresion (CIE 10, 1992). Este trastorno esta

presente en un porcentaje alto de personas a nivel mundial y sabemos que la realidad social de nuestro país no escapa a la presión descrita con anterioridad dándose esta en todos los ámbitos de nuestra sociedad en los hogares en el medio laboral en las escuelas en los grupos sociales causando de esta manera un incremento significativo en las estadísticas a nivel de salud mental

Los profesionales de la salud estiman que en los países centroamericanos se han detectado síntomas ansiosos o depresivos en el 40.5 % de la población adolescente de los cuales el 21.3 % presentó síntomas de ansiedad exclusivamente el 12.3 % presentó síntomas de depresión exclusivamente y un 6.9 % presentó tanto síntomas de ansiedad como de depresión (Revista Salud Pública Colombia 2011)

En otro estudio realizado en Estados Unidos en 2012 por el Dr. Generali se estimó que 1 de cada 8 adolescentes estadounidenses padecían algún tipo de trastorno de ansiedad o depresión. Lo que significa que al menos 3.500.000 adolescentes norteamericanos han sido diagnosticados con alguna de estas patologías clínicas.

Ese mismo año en Estados Unidos la revista *Teen Depression* publica los datos obtenidos en la investigación dirigida por las doctoras Johnson Maya y Zumwalt en la cual se da a conocer según datos estadísticos que el 20 % de las personas padecen depresión antes de la edad adulta siendo la primera causa

de suicidio y la tercera causa principal del suicidio entre los adolescentes. Esto quiere decir que al referirnos a la depresión en adolescentes se deberá tomar en cuenta diferentes factores que influyen tanto en el aspecto interno como en el externo de cada joven. Según los estudios, las decisiones de los jóvenes son determinadas en gran medida por el enfoque dado al problema; por tanto, un programa cognitivo conductual en grupo ayudaría a esta población a cambiar su perspectiva ya que enseña a la persona a identificar sus pensamientos disfuncionales reemplazándolos por otros que le permiten mejorar su estado ansioso depresivo y aumentar su auto percepción logrando en gran medida un adecuado desarrollo psicoemocional.

Panamá ha tenido una de las experiencias más innovadoras y exitosas en relación a la salud mental con una reforma de los servicios de salud mental llevada a cabo de una manera progresiva pero muy efectiva. Los trastornos mentales y del comportamiento más frecuentes encontrados en República de Panamá y responsables de discapacidades son los trastornos depresivos, los trastornos de ansiedad, los debidos al uso de sustancias psicoactivas hasta los trastornos relacionados con el estrés de la vida diaria.

Entre 2015 y 2016 se registraron un total de 3323 casos de depresión en República de Panamá siendo más prevalente en las mujeres (51 %). El número de niños y adolescentes de 10 a 19 años que padecen depresión es tan alto como en los adultos, el problema es que no se detecta porque no hay conciencia

de su real incidencia. Es importante mencionar que la prevalencia de la depresión en los adolescentes justifica el desarrollo de metodologías de intervención específicas en esta problemática.

Los casos atendidos con problemas relacionados con trastornos de ansiedad (trastorno de ansiedad generalizada, otros trastornos de ansiedad específicos, trastorno mixto ansioso depresivo) hacen un total de 2456 casos entre los años 2015 y 2016 (Archivos del sistema estadístico de salud 2015-2016).

Se puede añadir a esta realidad el hecho de que existen muchas personas aquejadas de estas patologías pero que por situaciones personales o culturales no buscan la ayuda profesional que requieren, quedando fuera de todas las estadísticas que se manejan a nivel institucional y específicamente en el área de salud.

Afortunadamente, así como existen entes patológicos como los descritos, también existen profesionales que se preparan para tratar y manejar dichas patologías. Estos profesionales utilizan diversas herramientas clínicas que les permiten tratar las mismas. Entre estas herramientas están los modelos terapéuticos como, por ejemplo, la terapia cognitiva conductual, que es ampliamente utilizada toda vez que se torna en una alternativa muy viable para tratar diversos trastornos de orden mental y psicológico. Generalmente los

sintomas que aquejan a los pacientes tienen que ver de algún modo con maneras de pensar con actitudes y pensamientos muy arraigados que les causan daño. Este tipo de terapia ofrece una forma que mantiene vínculos con las técnicas hasta ahora utilizadas pero también introduce elementos novedosos que ofrecen una nueva perspectiva en el tratamiento psicológico y psiquiátrico del paciente aquejado de algún trastorno de este orden.

Todo lo expresado anteriormente hizo que el interés de esta investigación se enfocara hacia el trastorno mixto ansioso depresivo y trabajarlo en el C. E. B. G. La Primavera en el cual se presenta una incidencia de dicho trastorno entre el grupo de adolescentes de séptimo grado.

Es importante destacar que es la primera vez tomando en cuenta la incidencia y prevalencia de dicho trastorno a nivel de consulta que se lleva a cabo una investigación de esta índole en un centro educativo. Igualmente se decidió trabajar con una modalidad cuya utilización no es muy frecuente la grupal. Se considera plausible que utilizando un abordaje cognitivo conductual y llevando a cabo dicho programa de manera grupal se lograrán mejores resultados a la vez de introducir una forma poco común en los colegios que comparten características similares a las encontradas en el C. E. B. G. La Primavera en el distrito de Santiago provincia de Veraguas.

2 Planteamiento del problema

Los profesionales de la salud mental afirman que autolesionarse es un modo por el cual los jóvenes tratan de sustituir el dolor psicológico por el físico siendo por lo general adolescentes con baja autoestima, depresión o ansiedad debido a que han padecido violencia intrafamiliar o acoso escolar y que se sienten rechazados además se caracterizan por una mala o deficiente relación con los padres o por no superar la separación de estos por haber sufrido abuso físico, psicológico y/o sexual, tristeza por la muerte de algún ser querido, problemas de pareja e inclusive por padecer algún trastorno de alimentación (Gomez Maqueo 2015)

Si bien es una práctica de la que no están exentos los adultos, la mayoría de los casos se presenta en adolescentes de entre 10 y 16 años de acuerdo con la experta universitaria. Algunas organizaciones internacionales indican que la edad promedio en la que comienza a registrarse esa conducta es a los 12 años, pero existen casos de niños de entre 5 y 7 años que lo hacen y también se da en jóvenes de entre 18 y 25 años.

Los estudios realizados en México por la UNAM señalan que 1 de cada 10 pacientes con depresión se autolesiona y que quienes efectúan el primer intento son más propensos al segundo. Los individuos con esta conducta

autolesiva inician con cortadas pequeñas pero algunos con el paso del tiempo lo hacen con mayor frecuencia y en ocasiones pueden llegar a ser letales.

Esta conducta puede convertirse en un hábito o inclusive en una práctica de moda. En Internet se pueden hallar cientos de videos o fotografías donde se da muestra de diversas formas para autolesionarse. También existen foros en línea donde los adolescentes comparten sus experiencias en esta práctica encontrándose entre el dolor y el placer pues su cerebro comienza a asimilar que aquello que los lastima genera gozo porque es una manera de aliviar algún dolor o pena. Además muchos de ellos aseguran (en los foros de la web) que lo hacen porque sienten placer para hacerse cicatrices, sentirse diferentes o para aliviar la ansiedad y la depresión que les genera estar solos.

Por todo lo expuesto anteriormente y en la búsqueda de implementar una estrategia que ayude a los adolescentes a evaluar opciones positivas para resolver sus conflictos tanto internos como externos, considero prudente formular el problema de investigación de la siguiente manera: ¿Qué efecto tendrá un programa cognitivo conductual en grupo sobre los niveles de ansiedad y depresión reflejados en las adolescentes que se autolesionan, que asisten al séptimo grado del C.E.B.G. La Primavera del distrito de Santiago, diagnosticadas con el trastorno mixto ansioso depresivo?

3 Objetivos generales

- Reducir los niveles de ansiedad y depresión en adolescentes que se autolesionan y que han sido diagnosticadas con el trastorno mixto ansioso depresivo
- Evaluar los efectos de la terapia cognitivo conductual en la reducción de los niveles de ansiedad y depresión en un grupo de estudiantes de séptimo grado que se autolesionan diagnosticadas con trastorno mixto ansioso depresivo del C E B G La Primavera del distrito de Santiago

4 Objetivos específicos

- Diagnosticar los niveles de ansiedad y depresión en las adolescentes con trastorno mixto ansioso depresivo que se autolesionan
- Aplicar la terapia cognitivo conductual a un grupo de estudiantes de séptimo grado diagnosticadas con trastorno mixto ansioso depresivo y que se autolesionan
- Medir en términos estadísticos la efectividad del programa cognitivo conductual en grupo
- Comparar los resultados del pretest con el postest de ansiedad y depresión para adolescentes al final del tratamiento

5 Hipotesis

5.1 Hipotesis de investigación

H_0 . No existe diferencia significativa en los niveles de ansiedad y depresión en las adolescentes diagnosticadas con trastorno mixto ansioso depresivo que se autolesionan antes y después del tratamiento cognitivo conductual aplicado en grupo

H_1 . El programa cognitivo conductual en grupo disminuirá los niveles de ansiedad y depresión en las adolescentes diagnosticadas con el trastorno mixto ansioso depresivo que se autolesionan

5.2 Hipotesis estadísticas

Hipotesis estadística 1 **Ansiedad**

$H_1 = \mu_D > 0$ El nivel de ansiedad total que presentan las estudiantes de séptimo grado diagnosticadas con trastorno mixto ansioso depresivo y que se autolesionan será menor después de la aplicación de la terapia cognitivo conductual que antes de haberla recibido

$H_0 = \mu D \leq 0$ El nivel de ansiedad total que presentan las estudiantes de séptimo grado diagnosticadas con trastorno mixto ansioso depresivo y que se autolesionan será igual o mayor después de la aplicación de la terapia cognitivo conductual que antes de haberla recibido

$H_2 = \mu D = > 0$ La ansiedad fisiológica que presentan las estudiantes de séptimo grado diagnosticadas con trastorno mixto ansioso depresivo y que se autolesionan será menor después de la aplicación de la terapia cognitivo conductual que antes de haberla recibido

$H_0 = \mu D \leq 0$ La ansiedad fisiológica que presentan las estudiantes de séptimo grado diagnosticadas con trastorno mixto ansioso depresivo y que se autolesionan será igual o mayor después de la aplicación de la terapia cognitivo conductual que antes de haberla recibido

$H_3 = \mu D = > 0$ La inquietud/hipersensibilidad que presentan las estudiantes de séptimo grado diagnosticadas con el trastorno mixto ansioso depresivo y que se autolesionan será menor después de la aplicación de la terapia cognitivo conductual que antes de haberla recibido

$H_0 = \mu D \leq 0$ La inquietud/hipersensibilidad que presentan las estudiantes de séptimo grado diagnosticadas con trastorno mixto ansioso depresivo y que se autolesionan será igual o mayor después de la aplicación de la terapia cognitivo conductual que antes de haberla recibido

$H_4 = \mu D = > 0$ Las preocupaciones sociales/concentracion que presentan las estudiantes de septimo grado diagnosticadas con trastorno mixto ansioso depresivo y que se autolesionan sera menor despues de la aplicacion de la terapia cognitivo conductual que antes de haberla recibido

$H_0 = \mu D \leq 0$ Las preocupaciones sociales/concentracion que presentan las estudiantes de septimo grado diagnosticadas con trastorno mixto ansioso depresivo y que se autolesionan sera igual o mayor despues de la aplicacion de la terapia cognitivo conductual que antes de haberla recibido

Hipotesis estadistica 2 depresion

$H_1 = \mu D = > 0$ El nivel de depresion total que presentan las estudiantes de septimo grado diagnosticadas con trastorno mixto ansioso depresivo y que se autolesionan sera menor despues de la aplicacion de la terapia cognitivo conductual que antes de haberla recibido

$H_0 = \mu D \leq 0$ El nivel de depresion total que presentan las estudiantes de septimo grado diagnosticadas con trastorno mixto ansioso depresivo y que se autolesionan sera igual o mayor despues de la aplicacion de la terapia cognitivo conductual que antes de haberla recibido

$H_2 = \mu D = > 0$ La disforia que presentan las estudiantes de septimo grado diagnosticadas con trastorno mixto ansioso depresivo y que se autolesionan

sera menor despues de la aplicacion de la terapia cognitivo conductual que antes de haberla recibido

$H_0 = \mu D \leq 0 =$ La disforia que presentan las estudiantes de septimo grado diagnosticadas con trastorno mixto ansioso depresivo y que se autolesionan sera igual o mayor despues de la aplicacion de la terapia cognitivo conductual que antes de haberla recibido

$H_3 = \mu D = > 0$ La autoestima negativa que presentan las estudiantes de septimo grado diagnosticadas con trastorno mixto ansioso depresivo y que se autolesionan sera menor despues de la aplicacion de la terapia cognitivo conductual que antes de haberla recibido

$H_0 = \mu D \leq 0$ La autoestima negativa que presentan las estudiantes de septimo grado diagnosticadas con trastorno mixto ansioso depresivo y que se autolesionan sera igual o mayor despues de la aplicacion de la terapia cognitivo conductual que antes de haberla recibido

6 Diseño de la investigación

6.1.1 Estudio explicativo

Este tipo de estudio se centra en explicar por qué ocurre un fenómeno y en qué condiciones se da este o por qué dos o más variables están relacionadas (Hernández Sampieri y otros 2002)

6.1.2 Diseño cuasi experimental

Es un estudio preexperimental de tipo antes y después según Hernández Sampieri 2002 «este es un experimento que consiste en administrar a un grupo una prueba para medir la variable en estudio previa al tratamiento después se administrará el tratamiento y finalmente se aplicará una prueba para medir dicha variable»

En este tipo de diseño hay un seguimiento del grupo. Se observa si el tratamiento produjo algún cambio en el sujeto. Se comparan las medidas antes y después del tratamiento para observar y medir si hay cambio en ellos.

Diagrama del diseno

G O₁ X O₂

En donde

G grupo que recibe el tratamiento

O₁ preprueba

X tratamiento

O₂ postprueba

6 1 3 Diseño de investigacion

Se utilizo un diseno de investigacion preexperimental de pr eprueba postprueba con un solo grupo Este diseno tiene la ventaja de que ofrece un punto de referencia inicial para ver que nivel tenia el grupo en la variable dependiente antes del estimulo (Hernandez Sampieri *et al* 1998 pagina 139) Este tipo de diseno permite establecer si se operan cambios que podamos presumir se deban a la terapia utilizada

No obstante tiene desventajas como la de poseer poca validez interna y externa Se tomo la decision de utilizar este tipo de diseno debido a las características de los factores que se tenian propuestos para esta investigacion como por ejemplo la cantidad de adolescentes con disponibilidad para el estudio

7 Definición de las variables

7.1 Variable independiente programa cognitivo conductual

7.1.1 Definición conceptual

Programa cognitivo conductual La terapia cognitiva conductual esta basada en el modelo de Aaron Beck que postula que las emociones y conductas de las personas estan influidas por su percepcion de los eventos. No es una situacion en y por si misma la que determina lo que una persona siente sino mas bien la forma en que interpreta la situacion. De cierta forma todas las perturbaciones psicologicas tienen en comun una distorsion del pensamiento que influye en el estado de animo y en la conducta del paciente (Beck 2000)

7.1.2 Definición operacional

Este programa cognitivo conductual tiene como objetivo lograr que las adolescentes aprendan a identificar las distorsiones cognitivas y modificarlas para disminuir los niveles de ansiedad y depresion sustituyendo las practicas de autolesion por tecnicas adecuadas de afrontamiento a las diferentes situaciones de la vida

Se utilizarán las siguientes técnicas: la reestructuración cognitiva, técnicas de relajación, técnicas y entrenamiento en habilidades sociales. Será aplicado en 12 sesiones durante 3 meses, 2 horas a la semana. Las sesiones incluyen contenidos, actividades, realimentación periódica y evaluación.

7.2 Variables dependientes: ansiedad y depresión

7.2.1 Definición conceptual de las variables dependientes

Ansiedad. La palabra ansiedad viene del latín *anxietas*, derivado de *angere* que significa estrechar y se refiere a un malestar físico muy intenso que se manifiesta principalmente por respiración anhelante. La ansiedad se presenta ante estímulos que el sujeto percibe como potencialmente peligrosos e incluye síntomas neurovegetativos, conductuales, cognitivos y vivenciales (Grupo Oceano 2005).

Depresión. Es un trastorno del humor caracterizado por una alteración significativa del estado de ánimo, primordialmente compuesto de tristeza y ansiedad que suele asociarse a síntomas físicos (cansancio, pérdida del apetito, insomnio, disminución del deseo sexual) y una reducción de la actividad social (Grupo Oceano 2005).

9 Criterios de inclusion

- Cursar el septimo grado en el C E B G La Primavera distrito de Santiago
- Tener diagnostico de trastorno mixto ansioso depresivo y haberse infringido autolesiones
- Participar de forma voluntaria asumiendo el compromiso de asistir puntualmente y con responsabilidad a las sesiones de tratamiento

10 Criterios de exclusion

- Recibir tratamiento previo al estudio por parte de otro profesional de salud mental (psicologo clinico y/o psiquiatra)
- No asistir a la aplicacion simultanea de las escalas de valoracion (pre prueba) utilizadas para el estudio

11 Instrumentos y tecnicas de medicion

La recopilacion de la informacion para llevar a cabo el siguiente estudio de investigacion contempla la utilizacion de diferentes instrumentos y tecnicas de medicion tales como

11.1 Consentimiento informado

Para este estudio se utilizó consentimiento informado donde se les dio a conocer a los padres de familia el tratamiento cognitivo conductual aplicado a sus hijas con el cual ambas partes nos comprometimos a respetar lo establecido cumpliendo con los aspectos éticos y legales (Ver anexo)

11.2 Entrevista clínica de Amílcar Ivan Valladares

Tanto el diagnóstico de la depresión como de la ansiedad son clínicos por lo tanto deben descartarse en primer lugar causas orgánicas, medicamentosas o tóxicas compatibles con un cuadro clínico de un trastorno mixto ansioso depresivo.

La evaluación diagnóstica debe incluir una historia médica completa que contemple el inicio y evolución de la sintomatología así como su duración e intensidad.

La entrevista clínica de Amílcar Ivan Valladares reúne además las características como parte de la evaluación psicológica y consiste en la recopilación de datos tales como datos generales del niño, historia familiar, historia personal (antecedentes prenatales, perinatales y posnatales), antecedentes escolares, antecedentes de socialización y afectividad, intereses y

pasatiempos desarrollo psicosexual —preadolescente y adolescente—
 síntomas neuroticos castigos entre otros) Por lo tanto nos permite abordar de
 forma integral todos los aspectos que comprenden el crecimiento y desarrollo de
 niños y adolescentes razón por la cual se convirtió en uno de los instrumentos
 de medición básicos para este estudio de investigación (Ver anexo)

11.3 Escala de ansiedad manifiesta en niños y adolescentes (CMAS R)

La escala de ansiedad manifiesta en niños y adolescentes revisada
 (CMAS R) de Reynolds y Richmond (1997) está dirigida a niños y adolescentes
 entre los 6 y 19 años. Consta de 37 afirmaciones, 28 de las cuales corresponden
 a conductas relacionadas con la ansiedad y 9 a una subescala de sinceridad
 enfocadas en conductas socialmente aceptables. El evaluado debe responder si
 la conducta que se presenta en el enunciado corresponde con su
 comportamiento en una escala dicotómica (SÍ/NO). Dicha escala busca evaluar
 la ansiedad en niños y adolescentes considerando diferentes aspectos tales
 como ansiedad fisiológica, inquietud/hipersensibilidad y preocupaciones
 sociales/concentración, además de contar con una puntuación total obtenida de
 la sumatoria de los totales de las escalas mencionadas. El cuestionario cuenta
 con las siguientes subescalas:

Subescala 1 (ansiedad fisiológica) esta asociada con manifestaciones fisiológicas de ansiedad como dificultades del sueño, náuseas y fatiga. Esta subescala está compuesta por los reactivos 1, 5, 9, 13, 17, 19, 21, 25, 29 y 33.

Subescala 2 (inquietud/hipersensibilidad) esta asociada con una preocupación acerca de una variedad de circunstancias, junto con miedos de ser lastimado o aislado en forma emocional. La componen los ítems 2, 6, 7, 10, 14, 18, 22, 26, 30, 34 y 37.

Subescala 3 (preocupaciones sociales/concentración) se ocupa de los pensamientos distractores y ciertos miedos, muchos de naturaleza social o interpersonal, que conducen a dificultades con la concentración y la atención. Esta conformada por los reactivos 3, 11, 15, 23, 27, 31 y 35.

Escala de mentiras hace referencia a conductas socialmente aceptadas a las que se esperaría una respuesta negativa como medida de sinceridad. La componen los ítems 4, 8, 12, 16, 20, 24, 28, 32 y 36.

La ventaja del CMAS R es que recoge una gama de emociones y pensamientos ligados a situaciones particulares a las que está expuesto el niño o adolescente y que pueden ser fácilmente identificables y se podría intervenir en base a sus respuestas.

VALIDEZ Y FIABILIDAD

Las propiedades psicométricas de la escala de ansiedad manifiesta en niños revisada (CMAS R) han sido estudiadas en otros contextos. Reynolds y Richmond (1979) estudiaron el instrumento en una muestra de 329 niños estadounidenses. Analizaron su estructura interna mediante el análisis factorial con rotaciones oblicuas (oblimin) y ortogonales (varimax). Se decidieron por la solución varimax de tres factores como la alternativa más conveniente. Dichos factores hacían referencia a las manifestaciones fisiológicas (factor I) a la inquietud e hipersensibilidad en la persona (factor II) y último factor que se caracteriza por preocupaciones sociales y dificultades en la concentración (factor III). Exploraron la confiabilidad por medio del KR20 encontrando indicadores de 0.65, 0.64 y 0.60 para el factor I, II y III respectivamente. Los elementos a destacar son los valores propios (valores Eigen). De los tres valores solo uno el del primer factor es mayor que 1. El valor Eigen del factor II es de 0.91 y del factor III es de 0.86.

Reynolds y Paget (1981) analizaron posteriormente la estructura factorial de una muestra mucho mayor que en el anterior estudio contando con 4972 niños estadounidenses: 2497 varones y 2475 mujeres. Para determinar la estructura factorial se usó el análisis factorial con rotación varimax. Los autovalores y el gráfico de sedimentación fueron utilizados como criterios para determinar los cinco factores que extrajeron. Los autores refieren que los

hallazgos son esencialmente los mismos que el estudio inicial mas en este caso se añade la *escala de mentiras* la que se desglosa en dos factores dando como resultado los cinco factores. Estos se referian a las manifestaciones fisiológicas (factor I) inquietud e hipersensibilidad (factor II) y a las preocupaciones sociales y dificultades en la concentración (factor III). Los valores propios de los tres factores estaban por encima de 1 que es lo mas recomendable. La confiabilidad fue explorada tambien por medio del KR20 encontrando indicadores entre 0.56 y 0.70 en el factor I entre 0.76 y 0.81 en el factor II y entre 0.60 y 0.73.

En la estandarización realizada en Uruguay de la escala de ansiedad manifiesta en niños CMASR (Rodrigo y Lusiardo 1992 en Reynolds y Richmond 1997) realizaron la traducción del instrumento del original en ingles. Fue utilizada una muestra de 1423 niños (771 mujeres y 652 varones) provenientes de los 12 grados academicos del sistema educativo uruguayo. No se replicó la estructura del instrumento original. La escala obtuvo coeficientes alfa de Cronbach de 0.76 para la escala total 0.61 para ansiedad fisiológica 0.66 para inquietud/hipersensibilidad y 0.58 para preocupaciones sociales/concentración.

Como una regla general debe tenerse precaución cuando se dan interpretaciones basadas en la ansiedad para las puntuaciones de los niños cuando tanto las puntuaciones de ansiedad total como de la escala de mentira excedan la media de la prueba por una desviación estándar o más (es decir

puntuacion escalar de la subescala de mentira >13 y puntuacion T de ansiedad total >60)

11.4 Cuestionario de depresion infantil (CDI)

El inventario CDI (Children's Depression Inventory) o inventario de depresion infantil de M. Kovacs es el test para la depresion infantil mas utilizado en todo el mundo. Su objetivo es evaluar los sintomas depresivos en ninos y adolescentes y su facilidad de lectura permite la aplicacion a partir de los 7 y hasta los 17 años. El CDI puede administrarse de manera individual o colectiva oscilando el tiempo de aplicacion entre 10 y 25 minutos en funcion de la habilidad lectora del niño.

Consta de 27 items cada uno de ellos enunciado en tres frases que recogen la distinta intensidad o frecuencia de su presencia en el niño o adolescente por lo que a efectos de duracion es como si la prueba tuviese 81 elementos. El contenido de los items cubre la mayor parte de los criterios para el diagnostico de la depresion infantil. En algunos casos tambien puede ser contestado por adultos de referencia (padres y maestros del niño).

Instrucciones de aplicacion

«Este es un cuestionario que tiene oraciones que estan en grupos de tres. Escoge en cada grupo una oracion la que mejor diga como te has portado como te has sentido en las **ULTIMAS DOS SEMANAS**. luego coloca una marca como una X en los espacios que correspondan. No hay respuesta correcta ni falsa solo trata de contestar con la mayor sinceridad lo que es cierto para ti»

Correccion Las puntuaciones directas se obtienen sumando las respuestas marcadas por el sujeto de acuerdo a estas puntuaciones

La ausencia del sintoma (respuesta A) se puntua con 0 la presencia en una forma leve (respuesta B) se puntua con 1 y la presencia en una forma grave (respuesta C) se puntua con 2 por lo que la puntuacion total puede oscilar entre 0 y 54 puntos

El punto de corte es 19 por lo que a partir de esa puntuacion se presenta depresion

La confiabilidad del CDI oscila entre 0.71 y 0.94 lo que nos indica que entre un 71 % y un 94 % de las puntuaciones son verdaderas

Hay baremos en puntuaciones percentiles tipicas Z y T para estos tres rangos de edad y sexo

- De 7 a 8 años.
- De 9 a 10 años.
- De 11 a 17 años.

Valoración:

Para esta escala de valoración de la depresión, los percentiles se proponen como sigue:

CUADRO N.º 1. PERCENTILES DEL CUESTIONARIO DE DEPRESIÓN INFANTIL (CDI).

Percentiles	Niveles de depresión
01 - 25	No hay presencia de síntomas depresivos, está dentro de los límites normales
26 - 74	Presencia de síntomas depresivos mínima y moderada
75 - 89	Presencia de síntomas depresivos marcada o severa
90 - 99	Presencia de síntomas depresivos en grado máximo

Además de la puntuación total de depresión, el CDI permite una puntuación por escalas o subdimensiones:

Escala 1 (disforia): el estado de ánimo disfórico es la expresión de tristeza, soledad, desdicha, indefensión y/o pesimismo, lo que lleva al niño o adolescente a manifestar cambios en su estado de ánimo, con presencia de mal humor e

irritabilidad llorando o enfadándose con facilidad La dimensión de **disforia** es evaluada por los items 1 2 3 4 6 10 11 12 16 17 18 19 20 21 **22** 26 27

La puntuación máxima es de 34 detectándose mayor presencia **de** ánimo disforico con una puntuación mas alta

Escala 2 (autoestima negativa) las ideas de autodesprecio incluyen sentimientos de incapacidad fealdad y culpabilidad presentándose ideas de persecución deseos de muerte y tentativas de suicidio junto con ideas **de** huida de casa

La dimensión de autoestima negativa es evaluada por los items 5 7 8 9 13 14 15 23 24 25

La puntuación máxima es de 20 detectándose mayor presencia **de** ideas de autodesprecio con una puntuación mas alta

Los puntos de corte usualmente aceptados para graduar la **intensidad/** severidad de los síntomas son los siguientes

CUADRO N.º 2. PUNTUACIONES DEL CUESTIONARIO DE DEPRESIÓN INFANTIL (CDI)

Puntuación total de la tabla de 27 ítems	Niveles de depresión
1- 10	Estos altibajos son considerados normales
11- 16	Leve perturbación del estado de ánimo
17 - 20	Estado de depresión intermitente
21- 30	Depresión moderada
31- 40	Depresión grave
Más de 40	Depresión extrema

12. Análisis estadísticos de los resultados

12.1. Análisis descriptivo

Se utilizaron frecuencias y porcentajes para describir las características generales de la muestra.

12.2. Análisis comparativo

Se utilizó la t de Student, la cual consiste en un procedimiento estadístico de comparación de medias en grupos pequeños. Se utilizó la versión de t de Student para el mismo grupo medido antes y después de un tratamiento.

Para este análisis se utiliza

- La prueba t para grupos dependientes cuya fórmula se expresa como sigue

$$t = \frac{X_1 - X_2}{\sigma_{dif}}$$

- Nivel de significancia de 0.05 a una cola

13 Procedimiento

- Se envió una solicitud de permiso para realizar el trabajo de investigación a las autoridades de la policlínica de la Caja de Seguro Social Dr. Horacio Díaz Gómez y a la directora del C. E. B. G. La Primavera recibiendo poco después la respuesta positiva para el objetivo propuesto.
- Luego se coordinó con la asesora de la investigación la población referida por las autoridades del C. E. B. G. La Primavera a la policlínica Dr. Horacio Díaz Gómez a través del Programa materno infantil. Esta población presentaba sintomatología ansiosa, depresiva y autolesiones. Sin embargo, aún no habían sido diagnosticadas con trastorno mixto ansioso depresivo.

- Igualmente se coordinó con la administración del plantel educativo el lugar específico que se utilizaría para llevar a cabo las terapias dos horas cada semana por tres meses
- Se realizó la entrevista clínica a 13 adolescentes de séptimo grado con entrevista a los padres de familia para realizar el diagnóstico y obtener mayor información al respecto de cada una de las participantes
- Se verificó el diagnóstico de trastorno mixto ansioso depresivo en cada una de las adolescentes participantes
- Se les entregó a los padres de familia el formato de consentimiento informado sobre los objetivos y finalidad del estudio de investigación y un documento que explicaba en detalle los conceptos que se abordarían durante la ejecución de las sesiones de terapia
- Se aplicaron la prueba de ansiedad y la de depresión simultáneamente a toda la población y se conformó la muestra no aleatoria de acuerdo con las que acudieron a la evaluación y con las escalas de valoración que fueron 8 adolescentes que cumplían los criterios de inclusión y exclusión para el estudio
- Se les entregó un calendario con las fechas de las terapias y se discutieron los aspectos más relevantes de las mismas
- Se inició la terapia grupal

- Se aplico la posprueba de ansiedad y la de depresion simultaneamente a toda la poblacion en la ultima sesion de terapia
- Al terminar las sesiones de terapia se tomo toda la informacion y se realizo el analisis estadistico luego se llevo a cabo la interpretacion de los resultados para confrontarlos con las hipotesis
- Se elaboro el informe final
- Posteriormente se sustento la investigacion ante las autoridades universitarias

14 Plan individual de cada una de las sesiones de la terapia que describen el tratamiento

El anexo contempla el desarrollo completo de las sesiones de tratamiento

ATENCION INDIVIDUAL PARA REALIZAR

LA ENTREVISTA CLINICA

En dos fechas previas a la sesion inicial se llevo a cabo la atencion para diagnosticar el trastorno mixto ansioso depresivo y corroborar que en efecto las adolescentes se autolesionaban En dichas entrevistas fueron atendidas individualmente para conocer los problemas que aquejaban a cada participante y poder entender la problematica y llegar a conceptualizaciones mas acertadas

Posteriormente se convocó a los padres de familia se les expuso un tema sobre depresión y ansiedad en la adolescencia y luego fueron entrevistados individualmente para corroborar los datos referidos por las adolescentes cuando aportaron información relevante para el diagnóstico de las mismas

Se realizó un total de 14 entrevistas. Posteriormente se les dio la cita de iniciación del tratamiento y se les pidió puntualidad para el inicio de las sesiones recordándoles su acuerdo con la participación en la terapia y el nivel de compromiso que ello conlleva

ATENCIÓN GRUPAL A LAS ADOLESCENTES, TRATAMIENTO COGNITIVO CONDUCTUAL

Una vez concluida la fase de atenciones individuales para realizar la entrevista clínica se procedió a aplicar el tratamiento cognitivo conductual que se realizó de manera grupal. En la sesión inicial se explicó la metodología empleada para la aplicación del tratamiento enfatizando los compromisos que cada participante debía cumplir. Luego se procedió a aplicar el pretest de ambas escalas: la de ansiedad y la de depresión. De las 13 personas que inicialmente se entrevistaron solamente quedaron 10 con las que se inició el tratamiento. De esta sesión inicial en adelante todas fueron grupales. Al finalizar la terapia solo 8 adolescentes de la muestra original de 10 terminaron el tratamiento. La atención grupal fue de gran importancia en esta investigación pues se convirtió

en una modalidad que pudo ofrecer de forma integral una gran ayuda como apoyo social a todas las participantes como tambien un reto positivo para lograr culminar este estudio de investigacion

SESION INICIAL

TRATAMIENTO DE TERAPIA GRUPAL

A UNA MUESTRA DE ADOLESCENTES

SESION INICIAL N ° 1 Presentacion y preparacion para la terapia

- Presentacion de la terapeuta
- Presentacion del grupo de participantes (dinamica de la cadena humana)
- Presentacion de los objetivos de la sesion
- Lineamientos del trabajo en grupo
- Aclaracion por la terapeuta de las normas de funcionamiento del programa
- Comentarios de la terapeuta sobre la terapia (cognitivo conductual) que van a recibir
- Establecer el plan de trabajo de la proxima sesion (tareas para la casa)
- Aplicacion del pretest (cuestionario de depresion infantil y escala de ansiedad manifiesta en ninos y adolescentes) a todas las adolescentes de la muestra

- Aplicación de la entrevista clínica tanto a las adolescentes como a los padres de familia

OBJETIVOS DE LA SESION INICIAL

- Aplicar las escalas de valoración en su fase de pretest a las participantes del programa de terapia grupal
- Incrementar el conocimiento de cada participante sobre el programa y la terapia grupal

OBJETIVOS DEL PROGRAMA DE TERAPIA GRUPAL

- Reducir la sintomatología ansiosa depresiva que aqueja a las adolescentes que participan en la terapia grupal
- Enseñar la utilización de diversas técnicas de corte cognitivo conductual a las adolescentes que participan en la terapia grupal y que las ayudaran a manejar adecuadamente los síntomas

PRIMERA SESIÓN DE TRATAMIENTO

SESIÓN UNO: módulo educativo

- Comentarios de las participantes sobre las expectativas que tienen acerca de la terapia que recibirán.
- Explicación de la terapeuta acerca de la ansiedad y la depresión como síntomas con los que se trabajará en la terapia.
- Reestructuración cognoscitiva (iniciar el trabajo con los activadores y pensamientos automáticos como modelo básico de la terapia, de iniciación de conceptos).
- Tareas para casa.
- Síntesis de la sesión.

Desglose:

1. Modelo de reestructuración cognoscitiva:

Situación → pensamiento → emoción

2. Conceptos a definir:

- Pensamientos automáticos.
- Distorsiones cognoscitivas:
 - Ideas irracionales.
 - Creencias centrales (sobre sí mismo, sobre los demás y sobre el mundo).

3. Tarea para casa:

- Hacer una lista con 3 situaciones que durante la semana pueda tener que le cambien el estado de ánimo. Con estas situaciones, anotar el pensamiento que le cruzó la mente en el momento de la misma y anotar también las reacciones (emocionales, conductuales y fisiológicas).

Situación	Pensamiento automático	Reacciones		
		Emocional	Conductual	Fisiológica

SEGUNDA SESION DE TERAPIA

SESION DOS Reestructuracion cognoscitiva

- Revision de la tarea para la casa
- Enlace con la sesion anterior
- Abordar la importancia de los pensamientos en el papel del desarrollo de la ansiedad la depresion y las autolesiones como consecuencia de la sintomatologia ansiosa depresiva (Explicar esquema de Beck)
- Reestructuracion cognoscitiva (iniciar el trabajo con los activadores y pensamientos automaticos como modelo basico de la terapia explicar el control de autorregistro y practicar el llenado del mismo)
- Practicar tecnicas de relajacion por medio de la respiracion y autoverbalizacion
- Tareas para casa
- Sintesis de la sesion

Desglose

- Continuar con la relacion entre los pensamientos emociones y comportamientos
- Aplicacion de ejercicios de respiracion y autoverbalizacion

- Tarea para casa: se le entregó un cuadro de autorregistro de unidades subjetivas de ansiedad, para que llenen durante la semana, cuando experimenten diferentes niveles de ansiedad.

Hoja de autorregistro de unidades subjetivas de ansiedad (SUD)

Nombre: _____ Fecha: _____

Día y hora	SUD	Describe la situación (síntomas o señales)	Describe la respuesta de ansiedad/relajación
	0-9		
	10-19		
	20-29		
	30-39		
	49-49		
	50-59		
	60-69		
	70-79		
	80-89		
	90-100		

TERCERA SESION DE TRATAMIENTO

SESION TRES Reestructuracion cognoscitiva

- Revision de la tarea para casa
- Enlace con la sesion anterior
- Reestructuracion cognoscitiva aplicacion del debate de los pensamientos automaticos y distorsiones (explicar evaluar y debatir las distorsiones cognoscitivas)
- Diferenciar nuestras emociones de los pensamientos automaticos y clasificarlos segun las distorsiones (lluvia de ideas)
- Tarea para casa
- Sintesis de la sesion

Desglose

- Solicitar a cada una de las participantes que den un ejemplo de su tarea para casa
- En base a las tareas anteriores enfatizar la conexion entre pensamiento emociones conducta y respuesta organica como tambien las diferencias entre ellos

- Tarea para casa: agregar al esquema de la tarea n.º 1 la distorsión cognitiva que le generó las distintas situaciones que experimentaron durante la semana.
- Trabajar sobre dos situaciones, desarrollando el siguiente esquema:

Situación	Pensamiento automático	Reacciones			Distorsión cognoscitiva
		Emocional	Conductual	Fisiológica	

- En base a esas distorsiones cognitivas, aplicar el debate generado en la terapia, modificando el pensamiento, y anotar la alternativa más adecuada para manejar la situación dada.

CUARTA SESION DE TRATAMIENTO

SESION CUATRO Reestructuracion cognoscitiva y tecnicas de relajacion

- Revisar las tareas para casa
- Reestructuracion cognoscitiva enfatizar la relacion y diferencia entre pensamiento emocion conducta y respuesta fisiologica
- Reestructuracion cognoscitiva aplicacion del debate a los pensamientos automaticos
- Pensamientos positivos (situacion pensamiento emocion conducta \Rightarrow reaccion fisiologica)
- Pensamientos negativos (situacion pensamiento emocion conducta \Rightarrow reaccion fisiologica)
- Tecnica de tension y relajacion muscular progresiva
- Tarea para casa
- Sintesis de la sesion

Desglose

- Se trabajara en grupos de dos la modificacion de los pensamientos automaticos reemplazandolos por pensamientos mas adaptativos Son dos situaciones una de cada integrante Una expresa la situacion y la otra ayuda a encontrar los pensamientos alternativos y luego intercambian los roles

Cuadro de guía para la práctica de la sesión

Situación:

Pensamiento automático:

Pensamiento alternativo!

(Tomado de J. J. Ruíz S. y J. J. Canc S., 1992).

- **Tarea para casa:**
- **Tarea n.º 1:** hacer una lista de 3 situaciones con sus respectivos pensamientos automáticos, la aplicación del debate y el pensamiento alternativo.
- **Tarea n.º 2:** en el caso particular, hacer una lista de al menos 3 situaciones que pueden ser modificadas y 3 que no lo sean.

Situación modificable	Situación no modificable

Cuadro tomado del trabajo realizado por la mágister María Inés Barrios Pinilla en su tesis de maestría (2005).

QUINTA SESION DE TRATAMIENTO

SESION CINCO Reestructuracion cognoscitiva, habilidades sociales y tecnicas de relajacion

- Revision de la tarea para casa
- Enlace con la sesion anterior
- Reestructuracion cognoscitiva trabajar en grupos de dos la modificacion de pensamientos automaticos enfocados en la ansiedad de depresion y autolesiones (*cutting*) como un problema de salud
- Practicar tecnicas de tension y relajacion muscular progresiva
- Asignar las tareas para casa
- Resumen de la sesion

Desglose

- Se iniciara en la relajacion con la utilizacion de una situacion que evoque sensaciones y emociones positivas (aproximadamente 20 minutos para la relajacion) luego de ello las participantes deberan expresar su nivel emocional (utilizando la escala de 0 a 100 dada en la segunda sesion)

- En el proximo punto se continuara con el debate de pensamientos automaticos y su reemplazo por pensamientos mas adaptativos para evitar autolesiones
- **Tareas para la casa** se asignaran 2 tareas para casa
- **Tarea n° 1** practicar la relajacion y traer escrito al respecto de su nivel emocional (con la escala) antes y despues de utilizar la relajacion
- **Tarea n° 2** utilizando el cuadro usado anteriormente trabajar sobre los pensamientos automaticos

SEXTA SESION

SESION SEIS modulo educativo Reestructuracion cognoscitiva con los padres de familia

- Enlace con la sesion anterior
- Presentacion teorica sobre los sintomas sobresalientes del trastorno mixto ansioso depresivo
- Identificacion de las situaciones que perturban a los padres de familia ante el trastorno mixto ansioso depresivo y las autolesiones que presentan sus hijas
- Generar un debate de pensamientos automaticos buscando pensamientos alternativos para mayor adaptacion
- Aplicar la dinamica del canal abierto
- Conversatorio sobre la importancia del apoyo social (familiares) en el proceso terapeutico
- Asignacion de tareas para casa
- Sintesis de la sesion

Desglose

- Se presento un tema sobre ansiedad depresion y sus consecuencias (autolesiones) a los padres de familia y luego se genero un debate sobre el

mismo Posteriormente se aplico la reestructuracion cognitiva reemplazando los pensamientos automaticos por pensamientos mas adaptativos

- Se aplico la dinamica del canal abierto en donde los padres de familia expresaron sus pensamientos y emociones compartiendo con otros padres de familias experiencias similares y proponiendo nuevas estrategias de afrontamiento de esas situaciones conflictivas con sus hijas adolescentes
- Finalmente se hizo énfasis en la importancia que tiene el apoyo familiar y social como técnica de afrontamiento
- **Tareas para casa**
- **Tarea n° 1** practicar la relajacion progresiva anotar la valoración de la emoción y la del o de los pensamientos automaticos
- **Tarea n° 2** seguir trabajando con respecto a los pensamientos automaticos y su reemplazo por otros mas adaptativos

SEPTIMA SESION DE TRATAMIENTO

SESION SIETE Reestructuracion cognoscitiva familiar

- Revision de la tarea para la casa
- Enlace con la sesion anterior
- Conversatorio sobre la importancia del apoyo social (familiares) en el proceso terapeutico (comunicacion familiar asertiva)
- Reconocimiento y expresion de los sentimientos favorables que tienen los padres hacia sus hijas y las jovenes hacia sus padres (llenado del registro de sentimientos)
- Asignacion de tareas para casa
- Sintesis de la sesion

Desglose

- Se expuso verbalmente la importancia de la comunicacion familiar asertiva para la reduccion de los sintomas de ansiedad y depresion
- Al finalizar la exposicion se solicito que tanto los familiares como las participantes expresaran sus sentimientos hacia ellos
- Luego se les entrego un cuadro en el cual registraron los sentimientos favorables hacia cada uno de sus familiares

- **Tarea para casa**
- **Tarea n° 1** hacer una lista de 5 situaciones activadoras que vayan de la que causa menor ansiedad y/o depresión hasta la que cause mayor ansiedad y/o depresión en el ambiente familiar
- **Tarea n° 2** reemplazar esas 5 situaciones activadoras de ansiedad y depresión generadas en el ambiente familiar por otras más adaptativas

OCTAVA SESION DE TRATAMIENTO

SESION OCHO Habilidades sociales y tecnicas de relajacion

- Revision de las tareas para casa
- Enlace con la sesion anterior
- Explicacion de la tecnica del espejo mundo afuera mundo adentro mundo real
- Se inicio un conversatorio sobre la relacion con los demas segun mi mundo objetivo subjetivo o real
- Se expusieron los aspectos teoricos de la asertividad
- Practicar la relajacion muscular progresiva
- Asignacion de tareas para casa
- Sintesis de la sesion

Desglose

- Confrontando las situaciones expuestas en las tareas se trabajo sobre las situaciones que aun causaban ansiedad y depresion

- Posteriormente utilizando las situaciones expuestas en las tareas y usando la tecnica de relajacion se trabajaron dichas situaciones y su afrontamiento de acuerdo a los recursos que tiene cada adolescente
- **Tareas para casa**
- **Tarea n° 1** utilizar el registro de las 3 columnas (situacion pensamiento reacciones) al menos con 2 situaciones activadoras
- **Tarea n° 2** practicar la relajacion y registrar la valoracion del pensamiento automatico y de las emociones

NOVENA SESION DE TRATAMIENTO

SESION NUEVE Habilidades sociales y tecnicas de relajacion

- Revision de las tareas para casa
- Enlace con la sesion anterior
- Explorar sobre el mantenimiento o superacion de las distorsiones cognoscitivas abordadas en las primeras sesiones practicando la asertividad
- Aprendiendo a decir NO con el abordaje de situaciones activadoras aplicar la resolucion de problemas a dichas situaciones
- Se practicaron tecnicas de autocontrol y de relajacion muscular
- Asignacion de tareas para casa
- Sintesis de la sesion

Desglose

- Luego de revisar las tareas para casa las participantes practicaron la relajacion con musica y tecnicas de autocontrol
- Se exploraron las distorsiones cognoscitivas que aun caracterizan a nuestros pensamientos y cuales han podido ser superadas insistiendo en que debemos evitar incurrir en dichas distorsiones o utilizar ese tipo de pensamiento con gran frecuencia

- Tareas para casa
- **Tarea n ° 1** practicar la relajacion y traer escrito al respecto de su nivel emocional antes y despues de utilizar la relajacion
- **Tarea n ° 2** aplicar la tecnica de resolucion de problemas (autocontrol) a una situacion activadora

DECIMA SESION DE TRATAMIENTO

SESION DIEZ Habilidades sociales y tecnicas de relajacion

- Revision de las tareas para casa
- Enlace con la sesion anterior
- Explicacion sobre las actividades que puedan afectar el estado de animo en la adolescencia (actividades desagradables)
- Exposicion sobre autoestima («piensa bien y sientete bien»)
- Practicar la tecnica de la visualizacion
- Tareas para casa
- Sintesis de la sesion

Desglose

- Luego de la revision de las tareas para casa se procedio a ofrecer una explicacion sobre las actividades que pueden afectar el estado de animo de las participantes y como estas repercuten en nuestros pensamientos y reacciones
- Debate sobre el tema expuesto Las adolescentes expresaron sus comentarios y experiencias personales sobre el mismo

- Practica de la técnica de visualización guiada para reforzar los conocimientos adquiridos
- **Tareas para la casa**
- **Tarea n° 1** practicar la utilización de la imaginación con situaciones activadoras o situaciones que han experimentado (valorar emoción y pensamiento)
- **Tarea n° 2** trabajar sobre sus creencias centrales y creencias intermedias (presunciones actitudes y reglas)

DECIMO PRIMERA SESION DE TRATAMIENTO

SESION ONCE Integracion de lo aprendido

- Revision de las tareas para casa
- Enlace con la sesion anterior
- Reestructuracion cognoscitiva se abordo el tema *Comprometida con mi salud fisica mental y emocional*
- Se abordo el tema de la autoconfianza y el autocontrol
- Utilizacion de la tecnica de relajacion que mas les agradaba
- Tareas para casa
- Sintesis de la sesion

Desglose

- Una vez revisadas las tareas se procedio a darles un tema sobre el compromiso de cada participante con su salud tanto fisica como mental y emocional
- Posteriormente se hizo una practica rapida sobre tecnicas de autocontrol como forma de enfatizar en su buen empleo y tambien para observar la manera en que esta puede llevar al desarrollo de un pensamiento mas

adaptativo abriendo el compas para preguntas y respuestas con o tambien para comentarios

- Se orientaron a que utilizaran como recurso la tecnica de relajacion que mas les agradaba
- **Tareas para casa**
- **Tarea n ° 1** practicar la tecnica de resolucion de problemas con situaciones activadoras que lleven a pensamientos automaticos (utilizar valoracion de emociones y pensamientos)
- **Tarea n ° 2** practicar la comunicacion asertiva tanto en su casa como en el colegio exponiendo los pasos utilizados
- **Tarea n ° 3** practicar el registro de la triple columna (situacion pensamiento automatico y el pensamiento alternativo) valorando la credibilidad en el pensamiento automatico como las emociones

DECIMA SEGUNDA SESION DE TRATAMIENTO

SESION DOCE modulo educativo Realimentacion

- Revision de las tareas
- Enlace con la sesion anterior
- Conclusiones y recomendaciones (exposicion y comentarios sobre prevencion de recaidas)
- Aplicacion del postest (escala de ansiedad manifiesta en niños y adolescentes CMAS R y cuestionario de depresion infantil CDI)

Desglose

- Se realizo una revision rapida de las estrategias aprendidas durante cada una de las sesiones de tratamiento como forma de reforzar el aprendizaje adquirido
- Se realizo una exposicion sobre la prevencion de las recaidas con el proposito de que las participantes se preparen para tomar las medidas pertinentes en caso de que haya involucion de los sintomas
- Posteriormente se aplicaron las pospruebas escala de ansiedad manifiesta en niños y adolescentes CMAS R y el cuestionario de depresion infantil CDI

15 Local para el tratamiento

Las sesiones de tratamiento se llevaron a cabo en el C E B G La Primavera en Santiago. El salón de clases donde se llevaron a cabo las sesiones de tratamiento cuenta con buena ventilación, buena iluminación y nivel de privacidad.

16 Limitaciones

- Las limitaciones más importantes que se presentaron son las relacionadas con el diseño de investigación preexperimental (pretest y posttest de un solo grupo). El hecho de trabajar con un solo grupo y no aleatorio afecta a la validez interna y principalmente externa de la investigación, lo cual implica que los resultados sean válidos únicamente para los sujetos en estudio.
- Algunas de las sesiones de tratamiento (2 sesiones) no se pudieron realizar en el salón asignado inicialmente debido a limitaciones en el espacio físico. Por tal motivo nos desplazamos a otro salón con menos recursos de apoyo.
- Algunas sesiones no se pudieron iniciar a la hora acordada debido a que se debió esperar a que algunas de las participantes salieran de sus clases regulares.

CAPITULO IV
ANALISIS DE RESULTADOS

1. Datos generales de la muestra

En primer lugar se presentan los datos generales, como edad, relaciones familiares, tipo de familia, número de hermanos/as y condición académica y conductual de la muestra del estudio. Vale la pena indicar que la muestra utilizada fue conformada totalmente por adolescentes (mujeres) con diversas características personales.

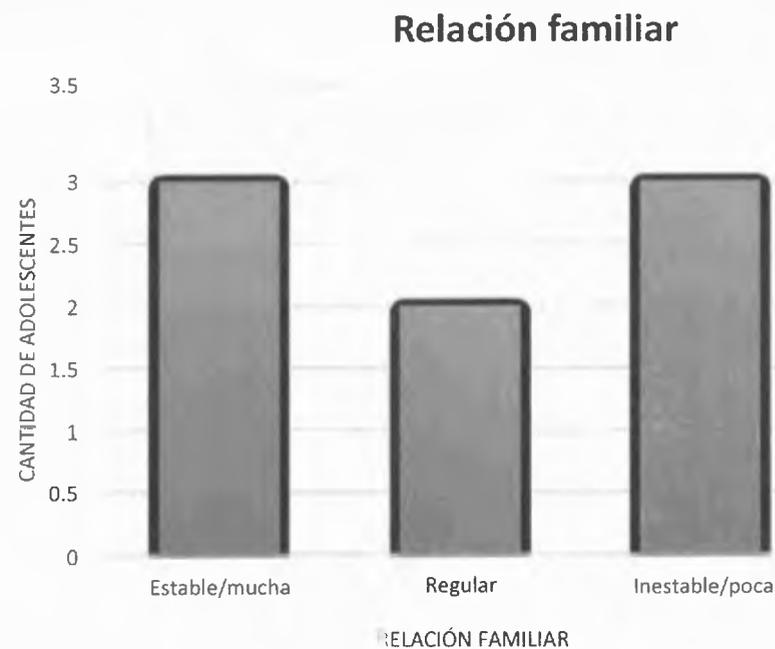
Cuadro n.º 3. RANGO DE EDADES DE LA MUESTRA DE ADOLESCENTES CON TRASTORNO MIXTO ANSIOSO DEPRESIVO.

Rango de edades	Cantidad de sujetos por rango de edad
12 años	4
13 años	4
Total	8

Se puede observar en el cuadro que el 50 % de las adolescentes tienen una edad de 12 años, mientras que el otro 50 % de la muestra de participantes tienen 13 años. Esto nos indica que la muestra fue homogénea.

Como ya se dijo, la muestra está conformada por el sexo femenino; las relaciones familiares de las adolescentes se recogen en la gráfica n.º 1.

GRÁFICA N.º 1. RELACIÓN FAMILIAR DE LAS ADOLESCENTES DE LA MUESTRA



La gráfica n.º 1 indica que 3 adolescentes (37.5 %) mantienen una relación estable (mucha) con su familia, 2 (25 %) de la muestra son adolescentes con una relación familiar regular y 3 (37.5 %) son adolescentes con relaciones familiares inestables (poca).

Como parte importante de las características de la muestra de estudio, se incluye la clasificación según tipo de familia en donde se relacionan las participantes, expresado a través del cuadro n.º 4.

CUADRO N.º 4. CLASIFICACIÓN SEGÚN TIPO DE FAMILIA DE LA MUESTRA DEL ESTUDIO

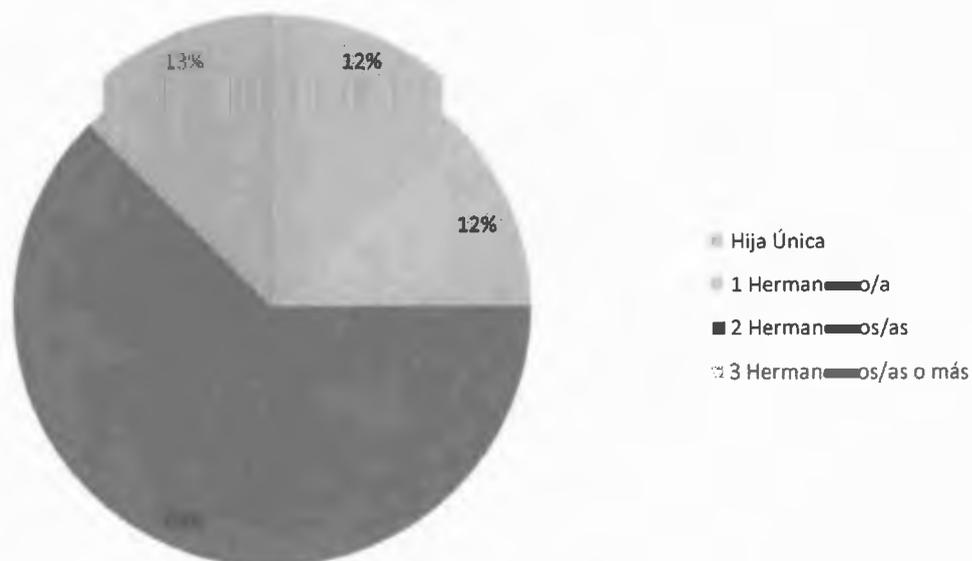
Clasificación según tipo de familia	Cantidad de sujetos
Familia monoparental	3
Familia nuclear	4
Familia extendida	1
Total	8

El cuadro nos explica claramente que 4 adolescentes (50 %) viven con sus padres y hermanos/as; que 1 (12.5 %) vive con sus padres, abuelos, tíos y primos, mientras que las 3 restantes (37.5 %) viven solas con uno de sus progenitores y con sus hermanos/as. Estos datos nos indican que el 25 % de las adolescentes del estudio cuenta con el apoyo de ambos padres para continuar con el seguimiento de las técnicas aprendidas durante las sesiones de la terapia.

El número de hermanos/as que tienen las adolescentes con trastorno mixto ansioso depresivo se muestra con la gráfica n.º 2, a continuación .

GRÁFICA N.º 2. NÚMERO DE HERMANOS/AS DE LA MUESTRA DE ADOLESCENTES CON TMAD

CANTIDAD DE HERMANOS/AS



La gráfica n.º 2 indica que actualmente 5 adolescentes de la muestra tienen 2 hermanos/as, lo que representa un 63 %; 1 del total de sujetos de la muestra es hija única, lo que representa un 12 %; mientras que 1 adolescente de la muestra tiene 1 hermana, lo que representa el 12 %, y finalmente 1 de las participantes tiene 3 o más hermanos/as, representando el 13 % de l total. Es interesante señalar que la cantidad de hermanos/as que tienen las adolescentes en el estudio fue un factor significativo en la evolución de la terapia, debido a que muchas enfocaban sus dificultades en el ambiente familiar debido a la presión o actitudes diferentes de sus padres hacia ellas debido a la presencia de sus hermanos/as. Cabe señalar además que de las 5 adolescentes que tienen 2

hermanos/as, 4 se encontraban en la segunda posición, por lo que referían que en muchas ocasiones se sentían excluidas de las actividades familiares. Por otro lado, 2 de las adolescentes que tienen hermanos/as refirieron durante las sesiones de terapia haberse esforzado en mejorar su sintomatología ansiosa depresiva por la admiración que sienten hacia sus hermanos/as.

La condición académica y conductual que tienen las adolescentes con TMAD se muestran con el gráfico n.º 3, a continuación.

GRÁFICA N.º 3. CONDICIÓN ACADÉMICA Y CONDUCTUAL DE LA MUESTRA DE ADOLESCENTES CON TMAD



La grafica n ° 3 indica que actualmente 1 adolescente de la muestra mantiene una condicion academica buena lo que representa un 12.5 % mientras que 4 adolescentes presentan una condicion academica regular lo que representa un 50 % y 3 adolescentes de la muestra tienen dificultades academicas con 2 o

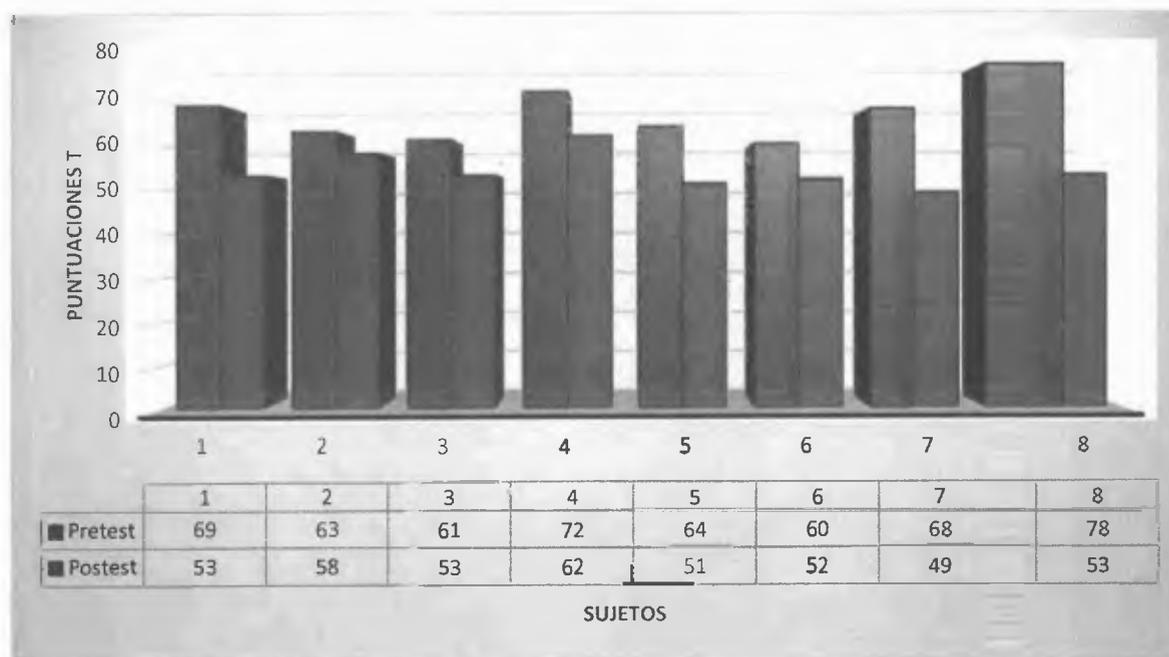
mas deficiencias en el promedio final lo que representa el 37.5 %. Por otro lado 2 de las participantes mantienen buena conducta tanto en la escuela como en casa lo que representa el 25 % mientras que 5 de las adolescentes presentan una conducta regular lo que representa el 62.5 % y finalmente una de las participantes tiene una conducta deficiente con dificultades marcadas tanto en el aula de clases como en casa representando el 12.5 % del total

2. Presentación y análisis descriptivos y comparativos de los resultados

Luego de presentar los datos con las características de la muestra, se entrará a expresar a través de gráficos, y a realizar el análisis descriptivo de los resultados de la investigación.

2.1. Ansiedad

GRÁFICA N.º 4. COMPARACIÓN DEL GRUPO SEGÚN LAS PUNTUACIONES T EN LA ESCALA DE ANSIEDAD MANIFIESTA EN NIÑOS Y ADOLESCENTES EN EL PRETEST Y POSTEST



Observamos en la gráfica que las puntuaciones t en el pretest, son iguales o mayores a 60, lo que indica que todas las adolescentes tenían niveles de ansiedad. Igualmente, podemos observar que en el postest la mayoría de las puntuaciones de las adolescentes disminuyeron, a excepción de la n.º 4, la cual

presentó ansiedad leve en el postest. Si observamos en detalle, todas las puntuaciones T en el pretest 3 (37.5 %) marcaron ansiedad leve y las 5 (62.5 %) marcaron niveles de ansiedad moderada/grave. En el postest, 7 adolescentes (87.5 %), disminuyeron los niveles de ansiedad considerablemente (ansiedad ausente), mientras que 1 (12.5 %), disminuyó su nivel de ansiedad de moderado/grave a presentar un nivel de ansiedad leve.

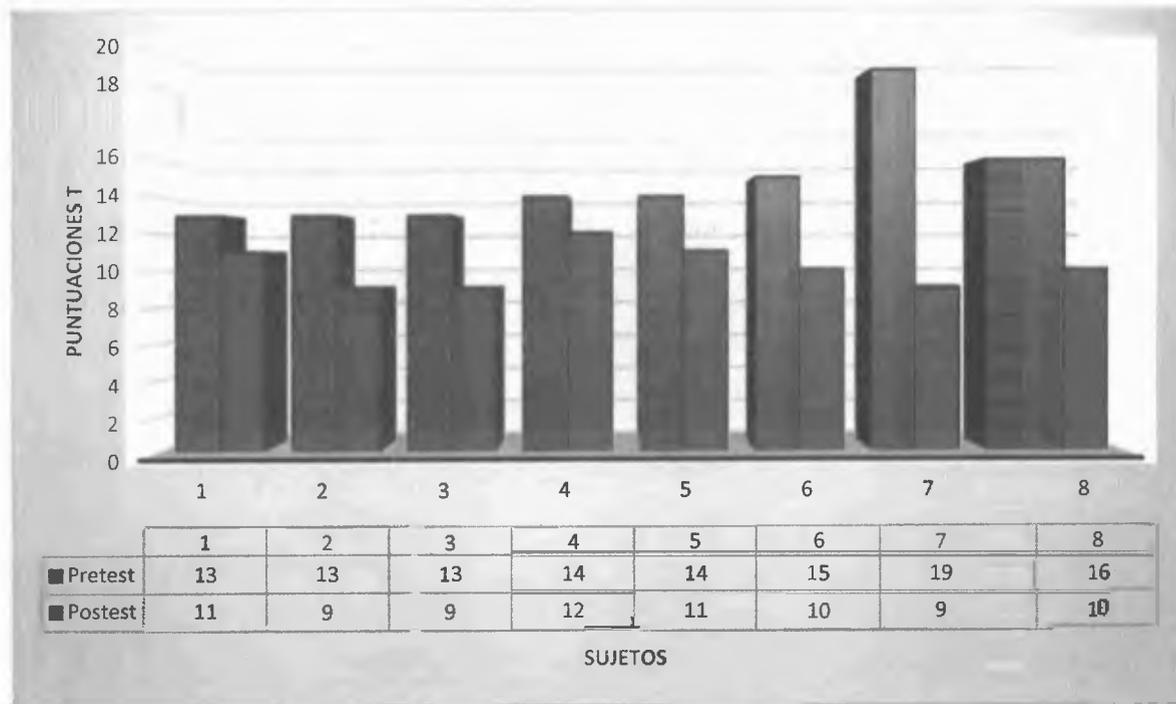
CUADRO N.º 5. PRUEBA ESTADÍSTICA PARA GRUPOS DEPENDIENTES. ESCALA DE ANSIEDAD MANIFIESTA EN NIÑOS Y ADOLESCENTES.

Pruebas t para medias de una muestra antes y después		
	Pretest	Postest
Media	66.87	53.87
Varianza	37.26	17.26
Observaciones	8	8
Grados de libertad	7	
Estadístico t	5.5076	
Valor crítico de t (una cola)	1.8946	

$$\alpha < 0.05$$

La t calculada es de 5.5076 y es mayor que la t_c de 1.8946, por lo tanto estos resultados sugieren que hay evidencia estadística para rechazar la hipótesis nula, considerando que la hipótesis alterna de investigación es cierta, lo cual indica que los niveles de ansiedad total en las adolescentes son menores después del tratamiento.

GRÁFICA N.º 5. COMPARACIÓN DEL GRUPO SEGÚN LAS PUNTUACIONES T EN LA ESCALA DE ANSIEDAD FISIOLÓGICA EN EL PRETEST Y POSTEST



Observamos en la gráfica de las puntuaciones T en el pretest —que todas las adolescentes obtuvieron valores T igual o mayores a trece, lo que indica que 5 (62.5 %) de ellas presentaban ansiedad fisiológica leve mientras que 3 (37.5 %) presentaban ansiedad fisiológica moderada/grave. Igualmente, podemos observar que en el posttest las puntuaciones T obtenidas fueron iguales o menores a 12, lo que indica que todas las adolescentes (100 %) presentaron ausencia de ansiedad fisiológica.

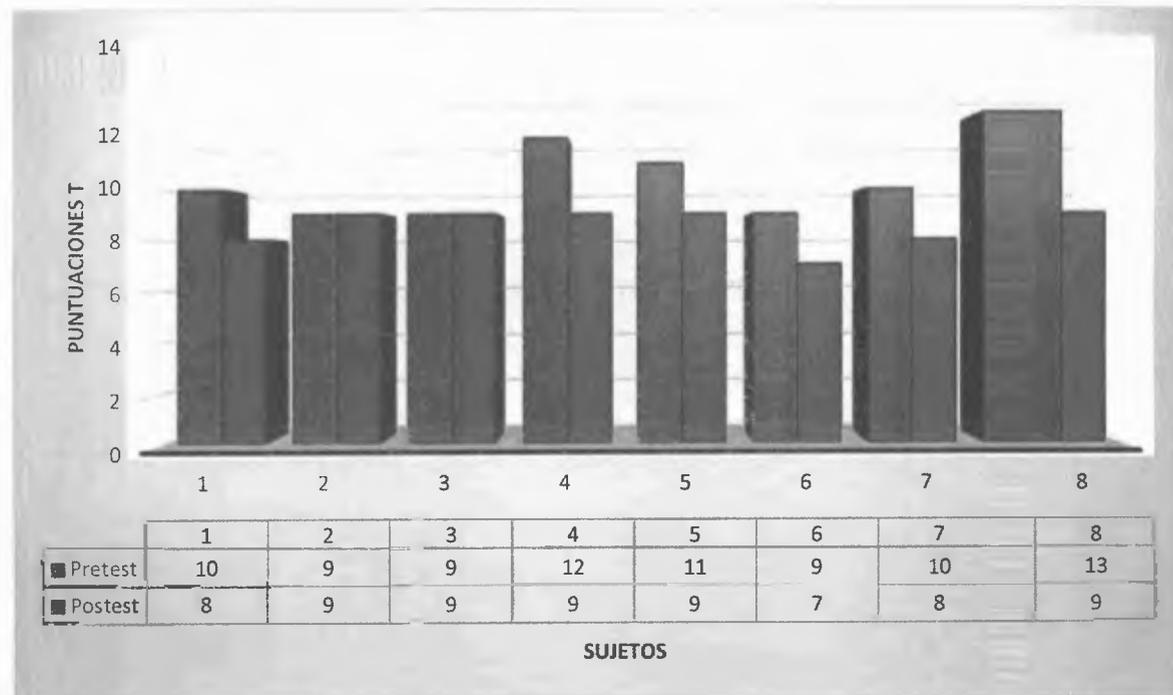
**CUADRO N.º 6. PRUEBA ESTADÍSTICA PARA GRUPOS DEPENDIENTES;
ESCALA DE ANSIEDAD FISIOLÓGICA**

Pruebas t para medias de una muestra antes y después		
	Pretest	Postest
Media	14.625	10.125
Varianza	4.2678	1.2678
Observaciones	8	8
Grados de libertad	7	
Estadístico t	4.8605	
Valor crítico de t (una cola)	1.8946	

$$\alpha < 0.05$$

La t calculada es de 4.8605 y es mayor que la t_c de 1.8946, por lo tanto estos resultados sugieren que hay evidencia estadística para rechazar la hipótesis nula, considerando que la hipótesis alterna de investigación es cierta, lo cual indica que los niveles de ansiedad fisiológica en las adolescentes son menores después del tratamiento.

GRÁFICA N.º 6. COMPARACIÓN DEL GRUPO SEGÚN LAS PUNTUACIONES T EN LA ESCALA DE INQUIETUD/HIPERSENSIBILIDAD EN EL PRETEST Y POSTEST



Observamos en la gráfica las puntuaciones T en el pretest, de las cuales una adolescente (12.5 %) obtuvo una T de 13, lo que indica que presentaba niveles de inquietud/hipersensibilidad leves. Por otra parte, 7 adolescentes (87.5 %) presentaban niveles de inquietud/hipersensibilidad subclínica. Por lo tanto, podemos observar que en el posttest todas las puntuaciones T de las adolescentes (100 %) fueron iguales o menores a nueve, lo que indica que hubo una disminución de la escala de inquietud/hipersensibilidad.

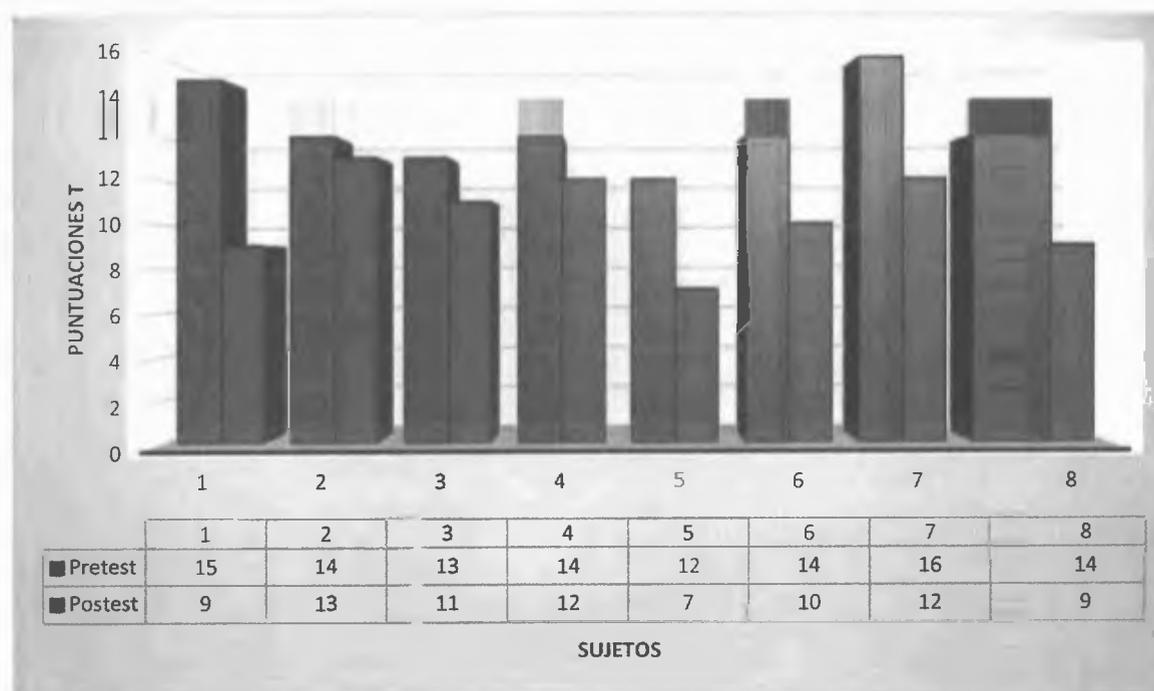
**CUADRO N.º 7. PRUEBA ESTADÍSTICA PARA GRUPOS DEPENDIENTES;
ESCALA DE INQUIETUD/HIPERSENSIBILIDAD**

Pruebas t para medias de una muestra antes y después		
	Pretest	Postest
Media	10,375	8,5
Desviación estándar	2,2678	0,5714
Observaciones	8	8
Grados de libertad	7	
Estadístico t	3,9104	
Valor crítico de t (una cola)	1,8946	

$$\alpha < 0.05$$

La t calculada es de 3.9104 y es mayor que la t_c de 1.8946, por lo tanto estos resultados sugieren que hay evidencia estadística para rechazar la hipótesis nula, considerando que la hipótesis alterna de investigación es cierta, lo cual indica que los niveles de inquietud/hipersensibilidad en las adolescentes son menores, después del tratamiento.

GRÁFICA N.º 7. COMPARACIÓN DEL GRUPO SEGÚN LAS PUNTUACIONES T EN LA ESCALA DE PREOCUPACIONES SOCIALES/CONCENTRACIÓN



Observamos en la gráfica que en el pretest 7 adolescentes (87.5 %) obtuvieron puntuaciones T igual o mayores a trece, lo que indica que las adolescentes tenían niveles de preocupación social y concentración que oscilaban entre leves, moderados y graves. Por otra parte, en el posttest podemos observar que las puntuaciones T disminuyeron a excepción de la n.º 2, en la cual se mantuvo un nivel de preocupación social/concentración en leve. Si observamos en detalle todas las puntuaciones T, en el pretest, 5 (62.5 %) marcaron niveles de preocupación social/concentración leves, mientras que 2 (25 %) marcaron niveles de preocupación social/concentración media grave. En el

postest, 7 adolescentes (87.5 %) disminuyeron los niveles de preocupación social/concentración (ausencia de preocupación social/concentración) mientras que 1 (12.5 %) mantuvo su nivel de preocupación social/concentración leve.

CUADRO N.º 8. PRUEBA ESTADÍSTICA PARA GRUPOS DEPENDIENTES. ESCALA DE PREOCUPACIÓN SOCIAL/CONCENTRACIÓN

Pruebas t para medias de una muestra antes y después		
	Pretest	Postest
Media	14.000	10.375
Desviación estándar	1.4285	3.9821
Observaciones	8	8
Grados de libertad	7	
Estadístico t	5.8000	
Valor crítico de t (una cola)	1.8946	

$$\alpha < 0.05$$

La t calculada es de 5.8000 y es mayor que la t_c de 1.8946, por lo tanto estos resultados sugieren que hay evidencia estadística para rechazar la hipótesis nula, considerando que la hipótesis alterna de investigación es cierta, lo cual indica que los niveles de preocupación social/concentración en las adolescentes son menores después del tratamiento.

2.1.1 Interpretación de los resultados en cuanto a la ansiedad

Se puede observar claramente que las puntuaciones T disminuyeron en su gran mayoría luego del tratamiento al igual que en la media también se observó una disminución si se compara con los valores antes de recibir el tratamiento. Sin embargo, realizando un análisis de manera detallada y cuidadosa, es necesario detenerse en la participante n° 4 para analizar el caso. Esta participante presentó niveles de ansiedad total tanto en el pretest como en el postest, por lo cual se le entregó una referencia para continuar su atención con psicología clínica en el Departamento de Salud Mental de la polí-clínica Dr. Horacio Díaz Gómez. La misma dio muestra de ansiedad tanto en la manera de expresarse como dificultades significativas en la integración social, además se puede considerar que presumiblemente la misma no haya comprendido las indicaciones o no se haya ubicado en la realidad durante el pretest y el postest, manifestando una falta de objetividad en la ejecución de la prueba. De la misma manera, las medias tuvieron una disminución en el pretest comparado con el postest, afirmando en este caso que el tratamiento cognitivo conductual tuvo efectos positivos en la muestra de pacientes, a excepción de una paciente n° 4 (de lo cual se hizo una explicación anteriormente) que en el postest marcó niveles ligeramente elevados de ansiedad total.

La prueba t sustenta lo expresado y corrobora las hipótesis de investigación, por lo que se puede expresar que el tratamiento fue efectivo en las

adolescentes para disminuir los niveles de ansiedad total ansiedad fisiológica inquietud/hipersensibilidad y de preocupacion social/concentracion

Lo anterior puede traducirse como que antes del tratamiento las adolescentes de la muestra se mostraban ansiosas ante diversas situaciones que formaban parte de su experiencia diaria pero que posteriormente al tratamiento cognitivo conductual dicha muestra de participantes ha logrado enfrentar las experiencias diarias mostrando una disminucion en sus manifestaciones de ansiedad

Se ofrece un cuadro integrativo en la siguiente pagina con los resultados en el pretest y en el postest incluyendo los niveles de ansiedad y depresion obtenidos en cada una de las adolescentes

CUADRO N.º 9. RESULTADOS ANTES Y DESPUÉS DE NIVELES DE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN CON SUS NOMINACIONES CLÍNICAS RESPECTIVAS

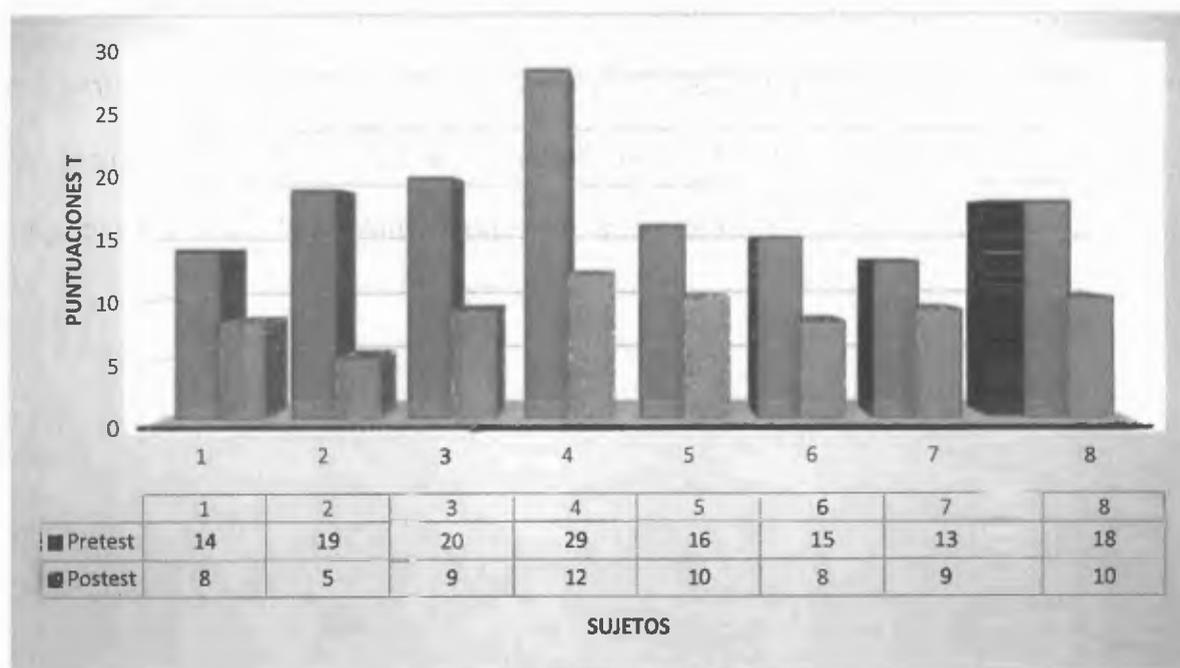
N.º de pret.	Ansiedad				Depresión			
	Punt. T	Antes	Punt. T	Después	Punt. T	Antes	Punt. T	Después
1	69	Ansiedad media grave	53	Ansiedad ausente	14	Leve perturb. del estado de ánimo	8	Altibajos normales
2	63	Ansiedad leve	58	Ansiedad ausente	19	Estado de depresión intermedia	5	Altibajos normales
3	61	Ansiedad leve	53	Ansiedad ausente	20	Estado de depresión intermedia	9	Altibajos normales
4	70	Ansiedad media grave	62	Ansiedad leve	29	Depresión moderada	12	Leve perturb. del estado de ánimo
5	64	Ansiedad moderada	51	Ansiedad ausente	16	Leve perturb. del estado de ánimo	10	Altibajos normales
6	60	Ansiedad leve	52	Ansiedad ausente	15	Leve perturb. del estado de ánimo	8	Altibajos normales
7	69	Ansiedad media grave	50	Ansiedad ausente	13	Leve perturb. del estado de ánimo	9	Altibajos normales
8	70	Ansiedad media grave	53	Ansiedad ausente	18	Estado de depresión intermedia	10	Altibajos normales

Elaborado por la autora de la investigación, la Lic. Diana Méndez G.

Como se muestra en el cuadro n.º 9, aparecen el número de participantes de la muestra y los puntajes T antes y después para la ansiedad y la depresión, con su correspondiente nominación clínica para cada puntaje T.

2.2. Depresión

GRÁFICA N.º 8. COMPARACIÓN DEL GRUPO SEGÚN LAS PUNTUACIONES T EN EL CUESTIONARIO DE DEPRESIÓN INFANTIL, EN EL PRETEST Y POSTEST



En la gráfica n.º 8, con la variable «depresión», se observa que al comparar las puntuaciones T del pretest con las puntuaciones T del posttest se evidencia claramente la disminución de las mismas en todas las participantes. Explicado de manera detallada, se percibe que en el pretest 4 adolescentes (50 %) marcaron una leve perturbación del estado de ánimo; 3 adolescentes (37.5 %) marcaron estados de depresión intermitentes y 1 adolescente (12.5 %) marcó depresión moderada. Mientras que, en el posttest, 7 adolescentes (87.5 %)

mostraron altibajos normales y 1, la n.º 4, presentó leve perturbación del estado de ánimo, aunque disminuyó comparándolo con su nivel en el pretest, que donde marcaba estado de depresión moderada.

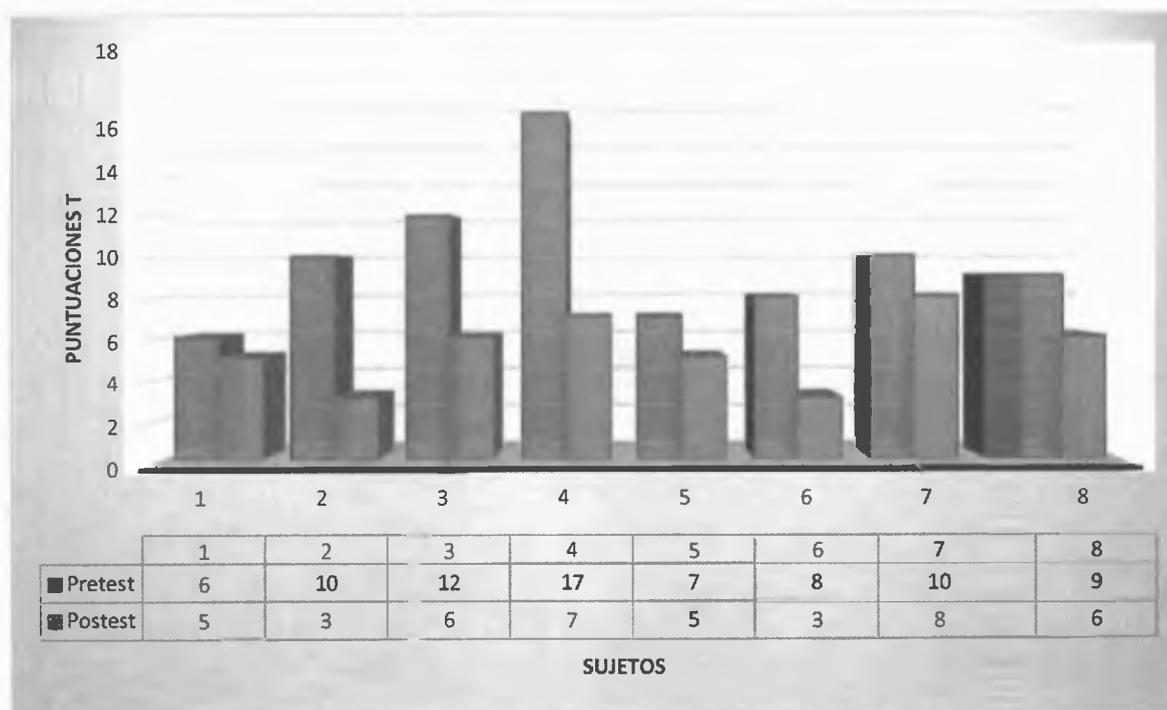
CUADRO N.º 10. PRUEBA ESTADÍSTICA PARA GRUPOS DEPENDIENTES; CUESTIONARIO DE DEPRESIÓN INFANTIL

Pruebas t para medias de una muestra antes y después		
	Pretest	Postest
Media	18.000	8.875
Varianza	25.7142	4.125
Observaciones	8	8
Grados de libertad	7	
Estadístico t	5.7532	
Valor crítico de t (una cola)	1.8946	

$$\alpha < 0.05$$

La t calculada es de 5.7532 y es mayor que el valor crítico de $t = 1.8946$, por lo tanto estos resultados sugieren que hay evidencia estadística para rechazar la hipótesis nula y para aceptar la hipótesis de investigación, la cual expresa que sí existe diferencia entre el pretest y el postest y, por ende, los niveles de depresión en las adolescentes son menores después del tratamiento.

GRÁFICA N.º 9. COMPARACIÓN DEL GRUPO SEGÚN LAS PUNTUACIONES T DE LA ESCALA DE DISFORIA EN EL PRETEST Y EL POSTEST



En la gráfica n.º 9 se observa que, al comparar las puntuaciones T del pretest con las puntuaciones T del posttest en la escala de disforia, se evidencia claramente la disminución de las mismas en todas las participantes. Explicado de manera detallada, se percibe que en el pretest 1 adolescente (12.5 %) marcó leve perturbación del estado de ánimo; 1 adolescente (12.5 %) marcó estados de depresión intermitentes y 6 (75 %), mostraron altibajos normales. En el posttest se observa que todas las adolescentes (100 %) disminuyeron su nivel de disforia, mostrando algunos altibajos considerados como normales.

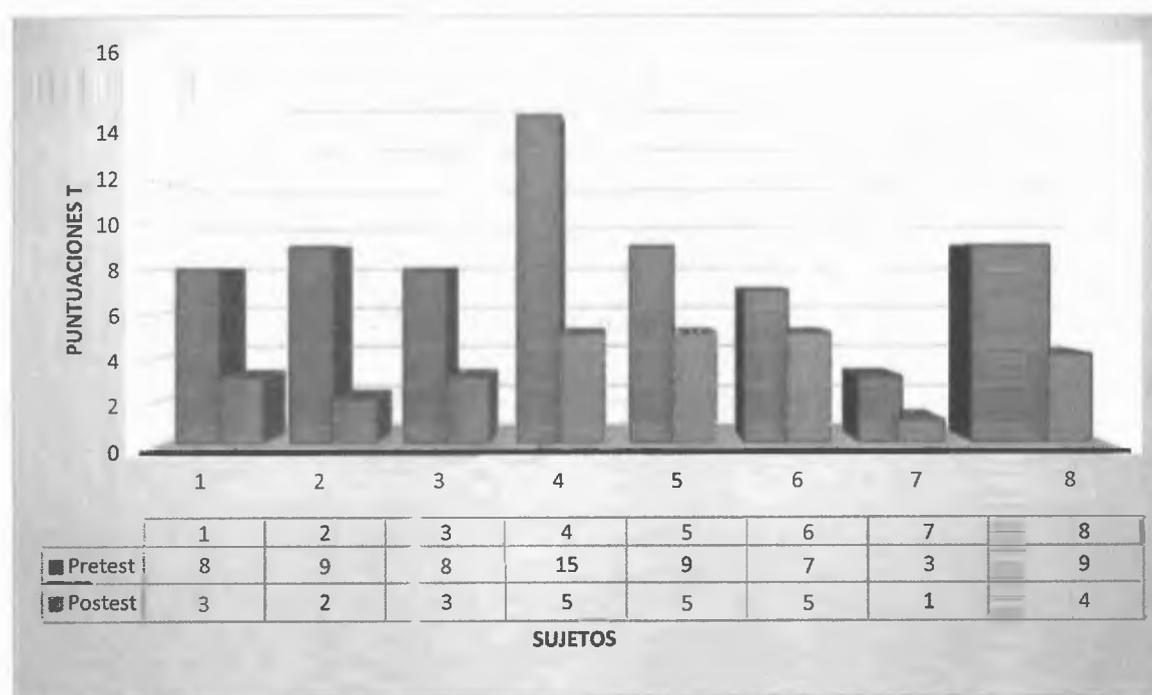
**CUADRO N.º 11. PRUEBA ESTADÍSTICA PARA GRUPOS DEPENDIENTES;
ESCALA DE DISFORIA**

Pruebas t para medias de una muestra antes y después		
	Pretest	Posttest
Media	9.875	5.375
Varianza	11.8392	3.125
Observaciones	8	8
Grados de libertad	7	
Estadístico t	4.1450	
Valor crítico de t (una cola)	1.8946	

$$\alpha < 0.05$$

La t calculada es de 4.1450 y es mayor que el valor crítico de $t = 1.8946$, por lo tanto estos resultados sugieren que hay evidencia estadística para rechazar la hipótesis nula y para aceptar la hipótesis de investigación, la cual expresa que sí existe diferencia entre el pretest y el posttest y, por ende, los niveles de disforia en las adolescentes son menores después del tratamiento.

GRÁFICA N.º 10. COMPARACIÓN DEL GRUPO SEGÚN LAS PUNTUACIONES T DE LA ESCALA DE AUTOESTIMA NEGATIVA EN EL PRETEST Y POSTEST



En la gráfica n.º 10, que reúne los valores obtenidos en la escala de autoestima negativa, se observa que, al comparar las puntuaciones T en el pretest con las puntuaciones T del postest, se evidencia claramente la disminución de las mismas en todas las adolescentes. Explicado de manera detallada, se percibe que en el pretest la n.º4 fue la única en marcar leve perturbación del estado de ánimo, mientras que las otras 7 adolescentes (87.5 %) marcaron altibajos normales. Por otra parte, en el postest todas las adolescentes (100 %) mostraron altibajos normales.

**CUADRO N.º 12. PRUEBA ESTADÍSTICA PARA GRUPOS DEPENDIENTES;
ESCALA DE AUTOESTIMA NEGATIVA**

Pruebas t para medias de una muestra antes y después		
	Pretest	Postest
Media	8.5	3.5
Varianza	10.8571	2.2857
Observaciones	8	8
Grados de libertad	7	
Estadístico t	5.4006	
Valor crítico de t (una cola)	1.8946	

$$\alpha < 0.05$$

La t calculada es de 5.4006 y es mayor que el valor crítico de $t = 1.8946$, por lo tanto estos resultados sugieren que hay evidencia estadística para rechazar la hipótesis nula y para aceptar la hipótesis de investigación la cual expresa que sí existe diferencia entre el pretest y el postest y, por ende, los niveles de autoestima negativa en las adolescentes son menores de después del tratamiento.

2.2.1 Interpretación de los resultados en cuanto a la depresión

En términos globales podemos observar que en todas las adolescentes los niveles de depresión disminuyeron significativamente puesto que en el postest 1 adolescente marcó leve perturbación del estado de ánimo y el resto no marcó depresión. Al hacer un análisis más detallado se puede observar que en el pretest el nivel de disforia fue mayor que el nivel de autoestima negativa y así tenemos que 2 adolescentes presentaron estados de depresión intermitentes sin embargo en el postest ambas escalas disminuyeron considerablemente los niveles tanto de disforia como de autoestima negativa.

Lo anterior nos demuestra que antes del tratamiento todas las adolescentes marcaron depresión en diferentes grados luego de la aplicación del tratamiento cognitivo conductual se experimentó una disminución de los síntomas que llegó a marcar incluso «no depresión» en 7 de las 8 adolescentes. La participante n° 4 fue la única que al finalizar la aplicación del tratamiento continuó marcando leve perturbación del estado de ánimo pero antes de recibir el tratamiento cognitivo conductual había marcado niveles de depresión moderada. Cabe destacar que se le entregó su referencia para continuar sus atenciones en psicología clínica en la policlínica de la C. S. S. Dr. Horacio Díaz en la ciudad de Santiago provincia de Veraguas.

La prueba t de student evidencia que lo propuesto en la hipótesis de investigación era cierto cuando se expuso que luego del tratamiento cognitivo conductual los niveles de depresión serían más bajos o disminuirían

Esto indica que las adolescentes ante ciertas situaciones de la vida diaria (como conflictos familiares personales acoso escolar dificultades en el establecimiento de nuevas relaciones interpersonales cambios continuos en su proceso de crecimiento y desarrollo problemas comunes o extraordinarios) evidenciaban no tener recursos propios para manejarlos sin caer en estados depresivos. Luego de recibir el tratamiento cognitivo conductual parece que lograron enfrentar las situaciones desencadenantes con mejores recursos psicológicos como el modificar los pensamientos que usualmente las llevaban a deprimirse y por ende a realizarse autolesiones cambiando los pensamientos más positivos más adaptativos de manera que lograron enfrentar la situación asumiendo un pensamiento y una actitud mucho más acorde a la situación real y mejorando de esta manera su salud mental

3 Análisis integrativo de los resultados

Al realizar esta investigación se considero tanto el beneficio del investigador como el de las adolescentes que participaron de la misma

La aplicación del programa de terapia cognitivo conductual trajo beneficios a quienes participaron toda vez que los resultados indican que disminuyeron los síntomas del trastorno mixto ansioso depresivo que presentaban las adolescentes. Cuando se realizaron las entrevistas de manera individual se pudieron notar los niveles de ansiedad y depresión que presentaban al evocar situaciones específicas como parte de la misma evidencias de no tener los recursos ni las respuestas adaptativas para enfrentar la diversidad de eventos que a diario experimentaban y que su respuesta o alternativa más viable hasta ese momento era infringirse autolesiones en diferentes partes de su anatomía (muñecas y piernas).

Con los resultados de este programa de terapia a pesar del diseño de investigación utilizado con bajos niveles de control experimental se considera que los primeros tienen que ver en alto porcentaje con la aplicación de la terapia cognitivo conductual puesto que estas adolescentes no habían recibido tratamiento previo ni habían recibido medicación antes de comenzar la terapia por lo tanto es poco probable que los cambios manifestados en el posttest no estén influenciados por la experiencia con dicha terapia.

En cuanto a los resultados globales entre la ansiedad y la depresión en el pretest y el posttest resulta evidente que la terapia incidió de manera positiva en la reducción de los síntomas depresivos más que en los síntomas de ansiedad y esto puede indicar que el programa es más efectivo para la depresión que para

la ansiedad toda vez que al tomar en cuenta que el modelo terapéutico en que se basó la investigación fue el propuesto por Beck, modelo que en sus orígenes se esbozó y creó tomando en cuenta los altos índices de depresión a nivel mundial. A través de la aplicación de este modelo se propusieron técnicas específicas que llevaron a las adolescentes a reestructurar sus esquemas y a identificar y debatir sus cogniciones distorsionadas, permitiéndoles afrontar sus dificultades con pensamiento renovado, mucho más positivo y justo con sus habilidades reales y potenciales. Es obvio que en la realización de este estudio se utilizaron técnicas que se enfocaron hacia los síntomas de ansiedad, tales como la relajación, la comunicación asertiva y la visualización, planificando las técnicas con potencial acierto y efectividad en la sintomatología que se trabajó.

Se infiere entonces que a través de la aplicación de la terapia cognitivo conductual y con el aprendizaje de las técnicas utilizadas en la misma, las adolescentes fueron capaces de reestructurar sus esquemas mentales pensando de forma diferente y con una actitud más realista hacia sí mismas, logrando incrementar su autoestima sin la necesidad de autolesionarse para lograr reducir momentáneamente y de manera distorsionada la sintomatología experimentada antes de recibir la terapia. Por otra parte, las técnicas utilizadas en su conjunto les permitieron aprender a detectar los pensamientos automáticos que les causaban malestar y las llevaban a reforzar las distorsiones cognoscitivas, cambiando dichos pensamientos por unos que les proveyeran de actitudes y conductas más asertivas y adaptativas, permitiéndoles darse cuenta

de que su forma de pensar tiene una gran importancia en lo que puedan experimentar y sentir

Otros de los factores que incidieron de manera positiva para lograr los resultados fue la utilización de la terapia en grupo con la cual se dio un intercambio de experiencias que paulatinamente permitieron que cada una de ellas pudiera observar el avance en las demás y en la forma de utilizar las técnicas para lograr una mejor manera de pensar. Esta claro que la terapia grupal se convirtió en un apoyo social significativo para cada una de las adolescentes. La participación de sus padres en dos de las sesiones ayudó a generar mayor confianza en ellas y en su capacidad para apoyarlas brindándoles la seguridad emocional que muchas referían les faltaba recibir por parte de sus familiares. La integración de los factores tanto sociales como familiares y personales les ha ayudado a mejorar su auto percepción y autoafirmación logrando entonces en esta etapa crucial de sus vidas que es la adolescencia encontrar formas de comunicación y desarrollo de habilidades sociales asertivas.

Las adolescentes mostraron gran disposición para aprender y practicar las técnicas y a realizar las tareas para la casa asignaciones para las que al inicio mostraron algunas dificultades de comprensión y que paulatinamente al ir conociendo más conceptos teóricos y ejemplos se convirtió en una área más sencilla de resolver. Este ejercicio continuo las ayudó a darse cuenta de sus

avances y al compartir las dificultades que encontraron en el camino sin duda les proporciono la destreza necesaria para lograr los objetivos propuestos

La ejecución de la técnica de relajación durante las sesiones resulto ser un factor positivo que les permitio finalmente adoptar una postura más relajada ante las situaciones que ocurren tanto con sus familiares como con sus compañeros de clases y en última instancia lograron sentirse mejor consigo mismas con los demás y con el entorno que las rodea. Otro de los beneficios alcanzados con la terapia es que al disminuir los niveles de ansiedad sus relaciones interpersonales mejoraron desarrollando nuevas habilidades sociales logrando así comunicarse de manera asertiva.

En cuanto al hallazgo de las muertes experimentales las mismas no parecieron tener relación con el desinterés o falta de expectativas de las participantes que abandonaron el programa sino que por razones de los criterios de exclusión (el caso de dos que ya mantenían tratamiento previo a la terapia) fue necesario excluirlas de la misma.

Finalmente esta experiencia terapéutica de manera grupal aportó elementos positivos en la reestructuración del pensamiento y actitud de la muestra de adolescentes con trastorno mixto ansioso depresivo que participaron en el estudio. Las adolescentes pese a los síntomas manifestados se mostraron interesadas en participar en el programa y junto a sus familiares

manifestaron muchas expectativas dentro de lo esperado por su estado animico encontrando asi tecnicas mas adaptativas y funcionales para comprobar en la realidad su pensamiento y su conducta lo que las ayudo a sustituir sus pensamientos disfuncionales e irracionales por pensamientos mas racionales y ajustados a su realidad

CONCLUSIONES

Sobre la base del análisis de los resultados obtenidos en la investigación se concluye lo siguiente

- 1 Los resultados estadísticos de la muestra marcan una diferencia de media que indica una variación significativa en los resultados del pretest y el posttest tanto en los síntomas de ansiedad como en los síntomas de depresión lo que indica que el tratamiento fue efectivo para disminuir la sintomatología en la muestra de adolescentes con trastorno mixto o ansioso depresivo que se autolesionaban
- 2 Basandome en la conclusión anterior puedo inferir que la muestra de adolescentes que participaron en el programa de terapia logro reestructurar sus esquemas cognitivos de manera tal que existe evidencia de la mejora de sus síntomas y es claro que esto se logro al alcanzar una comprensión lo suficientemente clara de la esencia de la reestructuración cognoscitiva incidiendo directamente en la relación entre pensamiento emoción y conducta
- 3 Los resultados que obtuve tanto en la variable ansiedad como en la variable depresión parecen indicar que el tratamiento brindo resultados positivos a la mayoría de las adolescentes. Los datos estadísticos marcan una diferencia de media significativa lo que probablemente indica que

las adolescentes en su mayoría lograron manejar con mayor acierto las técnicas cognitivas que les permitieron la modificación de los modos de pensamiento sobre todo los vinculados con las creencias nucleares y distorsiones cognoscitivas relacionadas con las situaciones de su vida diaria

- 4 A pesar de los resultados positivos obtenidos luego de la aplicación de la terapia cognitiva conductual es oportuno señalar que una de las adolescentes si bien logro reducir su sintomatología ansiosa y depresiva no logro obtener resultados que indicaran la ausencia de los síntomas de ansiedad o depresión. Esta circunstancia podría indicar que no hubo un buen manejo por parte de la adolescente de las técnicas enfocadas en la reducción de los niveles de ansiedad como las técnicas de relajación, visualización e imaginación pero sobre todo a nivel de reestructuración cognoscitiva presumiblemente no logro manejar adecuadamente la identificación, el debate y la modificación de las cogniciones erráticas que hacen disparar el pensamiento hacia las respuestas negativas.
- 5 La participación activa de los familiares y el programa de terapia en grupo fueron factores que influyeron en la recuperación oportuna de las adolescentes debido a que una vez que se llevaron a cabo las sesiones con los familiares la actitud de las mismas fue mas positiva. De igual

forma el desarrollo de nuevas habilidades sociales les permitio ampliar su circulo de amistades y elaborar nuevas estrategias para darle continuidad a las nuevas relaciones interpersonales

- 6 Esta claro que el diseno de investigacion utilizado se ve amenazado por la falta de validez sobre todo externa Por consiguiente los resultados de esta investigacion son validos exclusivamente para la muestra con la que se trabajo de tal forma que los resultados no pueden ni deben extrapolarse a otras poblaciones No obstante queda la satisfaccion de haber logrado el beneficio para las adolescentes en el programa de tratamiento unida a la eliminacion total o parcial de las intenciones de autolesionarse
- 7 Por ultimo los resultados obtenidos en esta investigacion son alentadores y significativos de manera que se considera importante continuar realizando investigaciones dirigidas a optimizar los tratamientos cognitivo conductuales en poblaciones adolescentes

RECOMENDACIONES

Considerando los elementos necesarios para culminar este estudio de investigación como lo son los resultados obtenidos las limitaciones y las conclusiones a las que se ha llegado en esta investigación se recomienda que

- 1 Al encontrar hallazgos positivos en la investigación realizada para las adolescentes tratadas es recomendable que se repita la experiencia con otros jóvenes en diferentes colegios de la localidad tal vez haciendo algunas adaptaciones como utilizar otro diseño de investigación que nos permita tener mayor validez y rigor científico con el objetivo de extrapolar los resultados que se obtengan a otras poblaciones
- 2 Que se utilice la terapia cognitivo conductual debido a la alta incidencia de diagnósticos relacionados tanto con la ansiedad como con la depresión en la población adolescente y específicamente el trastorno mixto ansioso depresivo que no suele ser en la mayoría de los casos diagnosticado oportunamente para que se pueda evitar que otros adolescentes al no contar con estrategias efectivas para afrontar las diferentes situaciones que se le presenten en la vida utilicen formas frecuentes de autolesiones como cortes golpes quemaduras mordeduras rasguños pellizcos y jalarse el cabello lo cual concuerda con el presente estudio en particular con la alta frecuencia de cortes

- 3 Se deben implementar e incrementar programas que contemplen la utilización de la terapia cognitivo conductual tanto individual como grupal en las unidades de salud sobre todo con pacientes adolescentes de consulta externa con el ánimo de disminuir las estadísticas que manifiestan la incidencia marcada de diagnósticos de trastorno de ansiedad y del estado de ánimo y que suelen ir acompañados de conductas autolesivas que van en detrimento de la salud mental de nuestros jóvenes
- 4 Que sigan desarrollándose investigaciones que lleven al perfeccionamiento de la terapia cognitivo conductual en la población adolescente de manera que se convierta en una herramienta eficaz y eficiente que permita obtener los resultados de mayor beneficio tanto para los pacientes como para los terapeutas
- 5 Se deben tomar en cuenta los errores o desaciertos que pudieron cometerse en esta investigación evaluándolos en su justa dimensión para que en futuros estudios de investigación se eliminen con el objetivo de mejorar el proceso y alcanzar mayor efectividad tanto para sus investigadores como para los que participan en el mismo

BIBLIOGRAFIA

LIBROS

- 1 BAEZA J C BALAGUER G y BELCHI I (2010) *Higiene y prevención de la ansiedad* Madrid Ediciones Diaz de Santos
- 2 BAS RAMALLO F (2003) *Las terapias cognitivo conductuales una segunda revisión crítica* Madrid Colegio Oficial de Psicólogos de Madrid
- 3 BASTIDAS DE MIGUEL A M^a (2015) **Miedos ansiedad y fobias diferencias, normalidad o patología** Madrid Prentice Hall 428 paginas
- 4 BECK A T RUSH A SHAW B F (2011) (19^a ed) **Terapia cognitiva de la depresión** Bilbao Editorial Desclee de Brouwer
- 5 BECK J (2000) **Terapia cognitiva conceptos básicos y profundización** Barcelona Gedisa 365 paginas
- 6 BELCHI G (2010) **Depresión y ansiedad** Bilbao Desclee De Brouwen
- 7 BELLOCH A SANDIN B RAMOS F (2009) **Manual de psicopatología** Volumen II España Editorial McGraw Hill 666 paginas
- 8 BOSQUED LORENTE M (2005) **Vencer la depresión técnicas psicológicas que te ayudaran** Bilbao Desclee De Brouwen
- 9 BHAGWAGAR Z WYLEZINSKA M TAYLOR M JEZARD P MATTHEWS P M COWEN P J (2004) **Incremento de la concentración GABA administración de la selección de serotonina como recaptador / inhibidor** EE UU Editorial Prim Care C 161 paginas
- 10 CABALLO V E (1997) (1^a ed) **Manual para el Tratamiento Cognitivo Conductual de los Trastornos Psicológicos** España Editorial Siglo XXI Editores S A 750 pags
- 11 CABALLO V E (2008) **Manual de técnicas de terapia y modificación de conducta** Madrid Editorial Siglo XXI Editores S A

- 12 CONTRERAS A OBLITAS L A (2011) **Terapia cognitivo conductual teoria y practica** Editorial Psicom Editores 500 p aginas
- 13 DUNLOP B W DAVIS P G CLIN J (2008) **Tratamiento combinado con benzodicepinas y SSRL para los desordenes de ansiedad y depresion** Miami Editorial Prim Care C 140 paginas
- 14 ELKIN David (1999) **Psiquiatria clinica Mexico** Editorial McGraw Hill Interamericana 372 paginas
- 15 ELLIS A ABRAHMS E (2005) **Terapia racional emotiva** Mexico Editorial Pax 254 paginas
- 16 ELLIS A (1991) **General semantics and rational-emotive therapy 1991 Alfred Korzybski Memorial Lecture** Institute of General Semantics
- 17 ELLIS A BLAU S (compilador) (2000) **Vivir en una sociedad irracional una guia para el bienestar mediante la terapia racional emotiva conductual** Madrid Paidos Iberica
- 18 EVANS D CHARNEY D LEWIS L (2007) **Guia para el medico depresion y trastornos bipolares** España Editorial McGraw – Hill
- 19 FERNANDEZ M M^a N CARPINTERO H (2005) **La psicología clinica en España** Madrid Universidad Complutense de Madrid 280 paginas
- 20 FRIEDBERG R McCLURE J (2015) **Practica clinica de la terapia cognitiva con niños y adolescentes** Espana Editorial Guilford Press 494 paginas
- 21 JAMES A TAYLOR A WINMILL L ALFOADARI K (2013) **Tratamiento cognitivo conductual para niños y adolescentes principios y practica** Madrid Editorial Jill Ehrenreich May 447 paginas
- 22 JIMENEZ G G I TOBAL Juan J M (2007) **La depresion desde una perspectiva tridimensional elaboracion de un instrumento de medida** Madrid Universidad Complutense de Madrid

- 23 GERALI S (2011) **Que hacer cuando los adolescentes se deprimen y contemplan el suicidio** Mexico Editorial Vida 160 paginas
- 24 GOLDERING J (2005) **Depresion en adolescentes** Mexico Editorial Enciclopedia Medica 240 paginas
- 25 GONZALEZ FORTEZA C (2005) **Prevalencia del intento de suicidio en jovenes de la ciudad de Mexico** Mexico Editorial Vida 200 paginas
- 26 HERNANDEZ SAMPIERI R FERNANDEZ C BAPTISTA P (1998) (2^a ed) **Metodologia de la investigacion** Mexico Editorial McGraw Hill Interamericana 501 paginas
- 27 KEEGAN E (2008) **Escritos de psicoterapia cognitiva** Argentina Editorial Eudeba 200 paginas
- 28 KAZDIN A E (2001) (3^a ed) **Metodos de Investigacion en psicologia clinica** Mexico Edicion Editorial Prentice Hall 524 paginas
- 29 LAZARUS R (2000) **Estres y emocion manejo e implicaciones en nuestra salud** Bilbao Desclee De Brouwen 334 paginas
- 30 LINEHAN COMTOIS MURRAY BROWN GALLOP HEARD KORSLUND TUTEK REYNOLDS Y LINDENBOIM (2006) **Analisis multimodal de las autolesiones en pacientes con trastorno borderline** Alliant International University University of Washington and Simon Fraser University 130 paginas
- 31 LYDIARD R B (2003) **Manual de psiquiatria El rol del GABA en los trastornos de ansiedad** Mexico Editorial McGraw Hill 869 paginas
- 32 MEDINA MORA M BORGE G LARA C BENIAT C BLANCO J FLEIZ C VILLA TORO J ROJAS E ZAMBRANO J CASANOVA L y AGUILAR GAXIOLA S (2003) **Prevalencia de trastornos mentales y uso de servicios resultados de la encuesta nacional de epidemiologia psiquiatrica en Mexico** Mexico UNAM 115 paginas
- 33 MORENO Pedro (2008) (8^a ed) **Superar la ansiedad y el miedo un programa paso a paso** Bilbao Desclee De Brouwen

- 34 MINUCHIN S (1984) **Calendoscopio familiar** Buenos Aires Paidós 200 paginas
- 35 NEZU A (2006) **Formulacion de casos y diseños de tratamiento cognitivo conductuales Un enfoque basado en problemas** Mexico Manual Moderno S A 308 pags
- 36 RICE P (2000) **Adolescencia Desarrollo relaciones y cultura** Madrid Prentice Hall 340 paginas
- 37 RISO W (2006) **Terapia cognitiva Fundamentos teóricos y conceptualización del caso clínico** Bogotá Grupo Editorial Norma
- 38 RODRIGUEZ BIGLIERI R VETERE G (2011) **Manual de terapia cognitiva conductual para los trastornos de ansiedad**
- 39 ROTH M (2002) **Studies in the classification of affective disorders The relationship between anxiety states and depressive illness** 561 paginas
- 40 RUIZ J IMBERMON J CANOS J (1999) **Psicoterapia cognitiva de urgencias** 1ª edicion ESM UBEDA 69 pags
- 41 RUIZ FERNANDEZ M DIAZ GARCIA M VILLALOBOS CR ESPO A (2012) **Intervencion Cognitivo Conductual** España Editoria Desclee 560 paginas
- 42 SANTROCK J (2004) (9ª ed) **Psicología del desarrollo en la adolescencia** Mexico Editorial Mc Graw Hill Interamericana
- 43 SARUNDIANSKY M (2012) **Neurosis y ansiedad antecedentes conceptuales de una categoria actual** Argentina Editorial Eudeba 359 paginas
- 44 SEGAL Z V WILLIAMS J M TEASDALE J (2008) **Terapia cognitiva de la depresion basada en la consciencia plena un nuevo abordaje para la prevencion de las recaidas** Bilbao Desclee De Brouwen

- 45 SWALES P J Cass E L SHEIKH S I (2012) (2^a ed) **De sordenes de la ansiedad Principios y practica psicologica** Stanford University School of medicine Editorial McGraw Hill 650 paginas
- 46 ULLOA R CONTRERAS C PANIAGUA K FIGUEROA (2013) **Frecuencia de autolesiones y características clinicas asociadas en adolescentes que acudieron a un hospital psiquiatrico infantil** Mexico Editorial Scielo 235 paginas
- 47 WALSH B (2006) **Guia practica para el tratamiento de la autolesion** New York The Guilford Press
- 48 WALSH B ROSEN P (1988) **Automutilacion teorias investigacion y tratamiento** New York The Guilford Press

TESIS

- 1 BARRIOS PINILLA M^a I (2005) **Manejo del estres y de la ansiedad en un grupo de pacientes diabeticos, un abordaje cognitivo conductual** Tesis de maestria en Psicologia Clinica Universidad de Panama Vicerrectoria de Investigacion y Postgrado
- 2 LUCAS K (2006) **Eficacia de una tecnica en la prevencion de depresion en adolescentes** Tesis de maestria en Psicologia Clinica Universidad de Panama Vicerrectoria de Investigacion y Postgrado
- 3 MADRID FLORES I (2000) **Intervencion terapeutica en niños con depresion** Tesis de maestria en Psicologia Clinica Universidad de Panama Vicerrectoria de Investigacion y Postgrado
- 4 TEJADA M ISRAEL M (2013) **Desarrollo y evaluacion de una terapia cognitivo conductual para adolescentes que se autolesionan** UNAM Facultad de Psicologia Tesis doctoral en psicologia Mexico Universidad Nacional Autonoma de Mexico
- 5 TEJADA PERALTA B (2012) **Efectividad del tratamiento cognitivo conductual en la disminucion de los sintomas de ansiedad y depresion de una muestra de pacientes con trastorno mixto ansioso**

depresivo Tesis de maestria en Psicologia Clinica Unive[redacted]sidad de Panama Vicerrectoria de Investigacion y Postgrado

REVISTAS

- 1 Salud Publica **Estadística de poblacion adolescente con de[redacted]resion y ansiedad en Latinoamerica** Volumen 15 n° 1 ano 2011 (Revista) Colombia
- 2 CONDE PEREZ C RUIZ M M Y NARVONA V G (1996) **Una experiencia de tratamiento grupal con tecnicas cognitivo conductuales en un equipo de salud mental** Revista Psiquiatria Publica Vol 8 Num 5 Septiembre octubre de 1996 pag 45 305 <http://www.quillermonarbona.es/psicontrol/publicaciones/publicacion.htm#>
- 3 EVANS J (1 de agosto de 2007) «Prospect Magazine Albert Ellis» Numero 137
- 4 OSPINA F HINESTROSA M PAREDES M GUZMAN Y GRANADOS E (2011) **Sintomas de ansiedad y depresion en adolescentes escolarizados de 10 a 17 años en Centroamerica** Revista de Salud Publica Colombia
- 5 RAMIREZ A (10 de diciembre de 2006) «Despite Illness and Lawsuits, a Famed Psychotherapist Is Temporarily Back in Session» New York Times
- 6 SALGADO R (2008) **La depresion sera la causa principal de morbilidad en 2020** Gaceta UNAM Num 4052 7 (25 de febrero de 2008)

ARTICULOS

- 1 ARMEY M CROWTHER J (2008) **A comparison of linear versus non linear models of aversive self awareness, dissociation, and non suicidal self injury among young adults** Journal of Consulting and Clinical Psychology
- 2 BRENT D A HOLDER D KOLKO D BIRMAHER B BALJGER M ROTH C LYENGAR S JOHNSON B A (1997) **A clinic psychotherapy trial for adolescent depression comparing cognitive family, and supportive therapy** Archives of General Psychiatry 54 (9)
- 3 BRIERE J GIL E (1998) **Self Mutilation in clinical and general population samples prevalence correlates, and functions** American Journal of Orthopsychiatry
- 4 BROWN M COMTOIS K LINEHAN M (2002) **Causas de los intentos suicidas y autolesiones en mujeres con trastorno limite de la personalidad** Journal of Abnormal Psychology
- 5 CONDE PASTOR M PRADO RIVERO M (2009) Doctoras en psicología Universidad Nacional de Educacion a Distancia (UNED) [http //www google com/search?hl=es](http://www.google.com/search?hl=es)
CONDE+PASTOR+Monserrat B+PRADO+RIVERO
- 6 COONEY E DAVIS K THOMPSON P WHAREWERA MIKA J STEWART J (2010) **Feasibility of evaluating DBT for self harming adolescents A small randomised controlled Trial** Artículo publicado por Te Pou o Te Whakaaro Nui The National Centre of Mental Health Research Information and Workforce Development PO Box 108 244 Symonds Street Auckland New Zealand Web www.tepou.co.nz
- 7 FAVAZZA A (1996) **Bodies under siege** Baltimore Johns Hopkins University Press
- 8 GÓMEZ MAQUEO E (2014) Suicidio en adolescentes **Un problema de salud publica** Universidad Nacional Autonoma de Mexico Facultad de Psicología

- 9 KESSLER R BERGLUND P DEMLER O JIN R *et al* **Epidemiología de los trastornos depresivos mayores** JAMA 2003 289 3095-3105
- 10 KLONSKY D MUEBLENKAMP J LEWIS S WALSH JB (2011) **Nonsuicidal Self Injury** Advances in Psychotherapy USA Hogrefe
- 11 JEGLIC E VANDERHOFF H DONOVICK P (2005) **The Function of Self Harm Behavior in a Forensic Population** International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology
- 12 LA PRENSA (2016) **Situación del Hospital Psiquiátrico de Panamá** www.laprensa.com
- 13 LAYE GINDHU A SCHONERT REICHEL K (2005) **Nonsuicidal self harm among community adolescents** Understanding the whats and whys of self harm Journal of Youth and Adolescence
- 14 LLOYD RICHARDSON PERRINE DIERKER Y KELLY (2007) **Prevalencia de la autolesión en diferentes poblaciones clínicas** Journal of Consulting and Clinical Psychology
- 15 LEVENKRON S (2006) **Comprendiendo las características de la autolesión** New York W W Norton & Company
- 16 LEVITT J SANSONE R COHN L (2004) **Self Harm Behavior and Eating Disorders Dynamics Assessment and Treatment** New York Brunner Routledge
- 17 LOPEZ GARCIA Pilar Diciembre (2011) **Artículo de la Revista de Psiquiatría y Salud Mental Documento PDF Madrid** <http://www.psiquiatria.com/documentos/ansiedad/8065/Informacion> sustraída en abril de 2012
- 18 MC KAY M WOOD J Brantley J (2007) **The dialectical Behavior Therapy Skills Workbook** California New Harbinger Publications Inc
- 19 MOLINA M J de D C ANDRADE R LERMA C M DEL POZO M^a CRUZ Q L (2004) **El tratamiento del trastorno mixto ansioso depresivo en atención primaria** Los inhibidores duales de la receptación de serotonina y noradrenalina Salud Mental atención

primaria Año IV N° 6 2004 Artículo original
<http://www.juandediosmolina.com/saludmental.htm>

- 20 MUEHLENKAMP J GUTIERREZ P M (2004) **An investigation of differences between selfinjurious behavior and suicide attempts in a sample of adolescents** Suicide and Life Threatening Behavior
- 21 NIXON M CLOUTIER P JANSWALL S (2002) **Affect regulation and addictive aspects of repetitive self injury in hospitalized adolescents** Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry
- 22 NIXON M CLOUTIER P JANSONN S (2008) **Nonsuicidal Self Harm in youth A population based survey** Canadian Medical Association Journal
- 23 NIXON M HEATH N (2009) **Self Injury in Youth The Essential Guide to Assessment and Intervention** New York Routledge Taylor y Francis Group
- 24 NOCK M PRINSTEIN M (2004) **A functional approach to the assessment of self mutilative behavior** Journal of Consulting and Clinical Psychology
- 25 PRINSTEIN M (2008) **Introduction to the special section on suicide and nonsuicidal selfinjury A review of unique challenges and important directions for self injury science** Journal of Consulting and Clinical Psychology
- 26 SANTOS D (2011) (1ª ed) **Autolesion, que es y como ayudar** Mexico DF Ficticia behavioral group treatment for anxious children and their parents Journal of Clinical Child Psychology
- 27 SLEE N GARNEFSKI N VAN DER LEEDEN R ARENSMAN E SPINHOVEN P (2008) **Psicología clinica y psicoterapia Terapia cognitiva conductual en la prevencion de la autolesion** The British Journal of Psychiatry Feb 2008 192 paginas
- 28 SIMEON D FAVAZZA A (2001) **Self Injurious behaviors phenomenology and assessment** Journal of Consulting and Clinical Psychology

- 29 Sociedad Española para el Estudio de la Ansiedad y el Estrés **—Ansiedad normal y ansiedad patológica ¿Las diferencias individuales en la reacción de ansiedad ante una misma situación indican patología?** (2015) Editorial SEAS España
- 30 WEAVER T CHARD K MECHANIC M ETZEL J (2004) **Self Injurious behaviors PTSD arousal and General Health Complaints within a Treatment Seeking Sample of Sexually Abused Women** Journal of Interpersonal Violence
- 31 WEIERICH M NOCK M (2008) **Posttraumatic Stress Symptoms mediate the relation between childhood sexual abuse and nonsuicidal self injury** Journal of Consulting and Clinical Psychology
- 32 WHITLOCK J ECKENROAD J SILVERMAN D (2006) **The epidemiology of self injurious behavior in a college population** Pediatrics
- 33 WOOD TRAINOR ROTHWELL MOORE Y HARRINGTON (2001) Volume 40 Issue 11 Pages 1246–1253 **Randomized Trial of Group Therapy for Repeated Deliberate Self Harm in Adolescents** [http://www.jaacap.com/article/S0890-8567\(09\)60531-1/abstract](http://www.jaacap.com/article/S0890-8567(09)60531-1/abstract)

DICCIONARIOS

- 1 Enciclopedia Virtual Encarta 2010
- 2 Grupo Oceano (2005) **Enciclopedia de Psicología** Oceano Grupo Editorial S A Barcelona España Volumen 1 216 pags Vol 4 204 pags

FOLLETOS

- 1 BETHANCOURT F Y MADRID I (2004) **La Terapia Cognitiva Conductual y sus Aplicaciones a la Psicología Clínica** Universidad de Panama Facultad de Humanidades Division de Postgrado maestría en Psicología Clínica

- 2 MENDOZA Y PELLICER F (2002) **Percepcion del dolor en el Síndrome de Comportamiento Autolesivo** Salud Mental España
- 3 Instituto Nacional de Salud Mental, (NIMH) (2009) **Depresion Departamento de Salud y Servicios Humanos de Los Estados Unidos** Instituto Nacional de la Salud Mental Publicacion de NIH Num SPS 09 3561 Modificado en enero de 2009 folleto electronico 30 paginas <http://es.scribd.com/doc/45052437/depresion>
- 4 Organizacion Mundial de la Salud (2005) Factsheet **Depresion** http://www.who.int/mental_health/management/depression/definition/en/

MANUALES

- 1 ASOCIACION PSIQUIATRICA AMERICANA (APA) (1980) **DSM III Manual diagnostico y estadistico de los trastornos mentales** Barcelona Editorial Masson
- 2 BAS F y VERANIA A (2007) **Manual practico de terapia cognitiva conductual para niños y adolescentes Pensar bien – Sentirse bien** Bilbao Desclee De Brouwen
- 3 CIE 10 (1992) **Trastornos mentales y del comportamiento Descripciones clinicas y pautas para el diagnostico** Madrid Editorial Meditor 424 paginas
- 4 DSM V (2014) **Manual diagnostico y estadistico de los trastornos mentales** Barcelona Masson 1049 paginas
- 5 CARO GABALDA I (2009) (2ª ed) **Manual teorico practico de psicoterapias cognitivas** Bilbao Desclee De Brouwen
- 6 RUIZ S J J CANO S y JUSTO J (1992) **Manual de psicoterapia cognitiva** España <http://es.scribd.com/doc/17171783/Ruiz-Sanchez-y-Cano-Sanchez-MANUAL-DE-PSICOTERAPIA-COGNITIVA>

INTERNET

- 1 AARON BECK INSTITUTE (2015) <http://www.aaronbeckinstitute.com/doc/htm>
- 2 ALBERT ELLIS INSTITUTE (2012) <http://www.albertellisinstitute.com/doc/htm>
- 3 BHATIA Sh & BHATIA S (2007) **Depresion en niños y adolescentes**
American Family Physician 75(1) 73-80 Extraído el 17 de abril de 2007 desde Proquest Education Journals via Biblioteca Digital ITESM
- 4 BOEREE G (1998) Rafael Gautier (traductor) (2002) «**Teorías de la personalidad Albert Ellis**» Recuperado de [Psicología Online](#) (en español)
- 5 BURGOS VARO M L ORTIZ FERNANDEZ M D MUNOZ COBOS F VEGA GUTIERREZ P y BORDALLO ARAGON R (2006) **Intervencion grupal en los trastornos de ansiedad en atencion primaria tecnicas de relajacion y cognitivo conductuales** Vol 32 num 05 http://www.elsevier.es/es/revistas/semergen_medicina_general_familia_40/intervencion_grupal_los_trastornos_ansiedad_atencion_primaria_13089378_original_2006
- 6 CHAMBLESS D OLLENDICK T **Asistencia empirica en las intervenciones psicologicas Evidencias y controversias** Vol 52 1 716 (Volume publication date February 2001) DOI 10.1146/annurev.psych.52.1.685 Department of Psychology University of North Carolina at Chapel Hill Chapel Hill North Carolina 27599-3270 e mail chambles@email.unc.edu Child Study Center Department of Psychology Virginia Polytechnic Institute and State University Blacksburg Virginia 24061-0355 e mail tho@vt.edu
- 7 DOMINGUEZ S VILLEGAS G PADILLA O (2013) **Propiedades psicometricas de la escala de ansiedad manifiesta en niños y adolescentes -CMAS R** de Lima Metropolitana Revista Peruana de Psicología y Trabajo Social Volumen 2 n 1 15-32 Lima Universidad Inca Garcilaso de la Vega
- 8 GARCIA ALLEN J (2014) **Modelos de terapia cognitiva conductual de Aaron Beck** En www.psicomente.com

- 9 GARCIA BARCENA R (12 de junio de 2003) «Con la vara que midas Autoestima vs aceptacion incondicional del ser humano» «11 creencias irracionales basicas de Albert Ellis»
- 10 GUERRA A (2000) **Depresion Causas de la d epresion** http://www.saludalia.com/starmedia/temas_de_salud/doc/salud_mental/doc/depresion.htm
- 11 Guías Diagnosticas de Salud Mental **Trastorno mixto ansioso depresivo Hospital General de Mexico** hgm.salud.gob.mx/descargas/pdf/area_medica/12trastornomixto.pdf
- 12 Hawton K Rodham K (2009) **Deliberate self harm in adolescents self report survey in schools in England** <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12446536>
- 13 JIMENEZ T MURGUI S y MUSITU G (1999) **Comunicación familiar y animo depresivo el papel mediador de los recursos psicosociales del adolescente** <http://www.uv.es/lisis/terebel/5%20Terebel.pdf>
- 14 KAPLAN C THOMSON A Y SEARSON S (1995) **Terapia cognitiva conductual para niños y adolescentes** [Sitio web publicacionesdidacticas.com/hemeroteca/articulo/019038/articulo.pdf](http://publicacionesdidacticas.com/hemeroteca/articulo/019038/articulo.pdf)
- 15 MADGE N HAWTON K MCMAHON E CORCORAN P (2011) **Autolesiones en la adolescencia Estudios clinicos** http://www.ayph.org.uk/publications/316_RU13%20Selfharm%20summary.pdf
- 16 OLLENDICK T KING N (2004) **Tratamiento cognitivo basado en la evidencia para niños y adolescentes** funveca.org/revista/PDFenglish/2008/art01_3_16.pdf de TH Ollendick strategy for improving performance outcomes
- 17 Organizacion Mundial de la Salud OMS (2005) **Fact sheet – Depression** http://www.who.int/mental_health/management/depression/definition/
- 18 RIVERO C (2007) **Un Enfoque sobre la depresión en la adolescencia** http://geosalud.com/salud_mental_prof/depresion_adolescencia.htm

- 19 ROLDAN CARMONA M (2012) **Taller de iniciación a la relajación** XIII Congreso Virtual de Psiquiatría con página 4
<http://www.psiquiatria.com/libros/>
- 20 VALLDAURA I (2005) **Técnicas de relajación** Publicado en la Revista Farmacia Profesional 19 42 3 vol 19 núm 11
<http://www.elsevier.es/en/node/2043035> Esta información fue extraída el 11 de agosto de 2012

DOCUMENTOS DE ARCHIVOS

- 1 Archivos del sistema estadístico MINSA (2015 2016) Hospital Regional Luis Fabrega Veraguas Panama

ANEXOS

- ANEXO N° 1** CALENDARIO DE PROGRAMACION DE SESIONES DE
TERAPIA GRUPAL EN EL C E B G LA PRIMAVERA,
SANTIAGO
- ANEXO N° 2** DESARROLLO DE LAS SESIONES DE TRATAMIENTO
CON TERAPIA COGNITIVA CONDUCTUAL
- ANEXO N° 3** MATERIAL ENTREGADO A LAS ADOLESCENTES
PARTICIPANTES EN LA INVESTIGACION
- ANEXO N° 4** ENTREVISTAS CLINICAS
- ANEXO N° 5** ESCALAS DE VALORACION ESCALA DE ANSIEDAD
MANIFIESTA EN NIÑOS Y ADOLESCENTES Y
CUESTIONARIO DE DEPRESION INFANTIL

ANEXO N° 1

**CALENDARIO DE PROGRAMACION DE SESIONES DE TERAPIA  GRUPAL
EN EL C E B G LA PRIMAVERA, SANTIAGO**

CALENDARIO DE PROGRAMACION DE SESIONES DE TERAPIA GRUPAL
EN EL C E B G LA PRIMAVERA, SANTIAGO, VERAGUAS

A realizar por la Lic. Diana Mendez G

Asesorada por la magister Rita Medina Tenorio

Jornada de entrevista clinica	Miercoles 24 de agosto de 2016
Sesion inicial	Martes 30 de agosto de 2016
Primera sesion de terapia	Martes 6 de septiembre de 2016
Segunda sesion de terapia	Martes 13 de septiembre de 2016
Tercera sesion de terapia	Martes 20 de septiembre de 2016
Cuarta sesion de terapia	Martes 27 de septiembre de 2016
Quinta sesion de terapia	Martes 4 de octubre de 2016
Sexta sesion de terapia	Martes 11 de octubre de 2016
Septima sesion de terapia	Martes 18 de octubre de 2016
Octava sesion de terapia	Martes 25 de octubre de 2016
Novena sesion de terapia	Martes, 1 de noviembre de 2016
Decima sesion de terapia	Martes, 8 de noviembre de 2016
Decimo primera sesion de terapia	Martes, 15 de noviembre de 2016
Decimo segunda sesion de terapia	Martes, 22 de noviembre de 2016

- Todas las sesiones de terapia grupal iniciaran a las 9:40 a. m.
- Tendran una duracion de 2 horas
- Todas las sesiones de terapia se realizaran en el salon 7° E del C E B G La Primavera ciudad de Santiago provincia de Veraguas

ANEXO N ° 2

DESARROLLO DE LAS SESIONES DE TRATAMIENTO

SESION INICIAL

SESION INICIAL Presentacion

- Presentacion del terapeuta
- Presentacion del grupo de adolescentes
- Presentacion de los objetivos de la sesion
- Objetivos del programa de terapia grupal que se llevara a cabo
- Aclaracion por el terapeuta sobre las normas de funcionamiento del programa
- Comentarios del terapeuta acerca de la terapia (cognitivo conductual) que van a recibir
- Establecer el plan de trabajo de la proxima sesion
- Aplicacion de la preprueba a todos los participantes de la muestra
- Aplicacion de la entrevista clinica a las adolescentes y padres de familia

Presentacion del terapeuta se hizo una presentacion personal y profesional ante las adolescentes y los padres de familia

Presentacion del grupo de pacientes se pidio a las participantes de la terapia que se presentaran diciendo sus nombres y si lo deseaban algunos otros datos como el lugar de procedencia la edad y actividades favoritas. Ademas se exhorto a los padres de familia a que se presentaran tambien y si lo deseaban dijeran su lugar de trabajo y expectativas sobre la terapia que recibirian sus hijas etc

Presentacion de los objetivos de la sesion se explicaron el proposito y objetivos de la sesion inicial que no se contemplaba como parte de las sesiones de tratamiento las cuales se iniciarian en la sesion siguiente. Se explico que la sesion de ese dia era fundamental para la conformacion del grupo definitivo que participaria en el programa puesto que se aplicarían las escalas de evaluacion en su fase antes y que sin ello no se podia iniciar la terapia. A continuacion mostramos los objetivos de la sesion

- Incrementar el conocimiento de cada participante sobre el programa y la terapia grupal

- Aplicar las escalas de valoración en su fase de pretest a los participantes del programa de terapia grupal

OBJETIVOS DEL PROGRAMA DE TERAPIA GRUPAL

- Reducir la sintomatología ansiosa depresiva que aqueja a los adolescentes que participan en la terapia grupal
- Enseñar la utilización de diversas técnicas de corte cognitivo conductual a los adolescentes que participan en la terapia grupal y que las ayudaran a manejar adecuadamente los síntomas

Aclaración por el terapeuta de las normas de funcionamiento del programa en ese momento se procedió a explicar las normas que regularían las sesiones de tratamiento. Se comenzó diciendo que consistía en doce sesiones de tratamiento sin incluir la sesión en la que estábamos y cada sesión tendría una duración de dos horas aproximadamente. Se realizarían una vez por semana. Las sesiones serían secuenciales por ende no se debía faltar a ninguna de ellas. En cada una se dejarían tareas para casa las cuales debían ser resueltas pues se revisarían en la sesión siguiente. Se conversó sobre la importancia de la confidencialidad de todo lo que se trabajase en las sesiones incluida la información que allí se ventilase y se pidieron niveles de discreción al respecto. Se debe asumir un compromiso serio con respecto al programa que redundara en beneficio de todas las participantes. Se entregó a cada paciente una hoja con las fechas de todas las sesiones que se llevarían a cabo para este trabajo.

Comentarios del terapeuta acerca de la terapia (cognitivo conductual) que van a recibir luego se hizo un esbozo sobre el modelo terapéutico que se llevaría a cabo explicándoles los orígenes y fundamentos teóricos de la terapia cognitivo conductual además de que esta terapia surge de dos grandes exponentes Albert Ellis y Aaron Beck. Estos dos estudiosos proponen lineamientos generales muy parecidos que dicen que en las personas con problemas psicológicos sus conductas emocionales surgen de la manera en que interpretan la realidad más que de la realidad misma. Se les explicó que se trabajaría con la terapia cognitivo conductual propuesta por Aaron Beck. Este modelo es uno de los modelos cognitivos más utilizados y divulgados en la actualidad y se continuaron explicando los conceptos esenciales del modelo a través del cual se desarrollaría el programa de tratamiento.

Establecer el plan de trabajo de la proxima sesion se propuso en terminos generales lo que se trabajaria en la proxima sesion como sesion uno de tratamiento

Aplicacion de la preprueba a todos los pacientes de la muestra finalmente se entrega la escala manifiesta de ansiedad para niños y adolescentes para ser desarrollada por cada una de las adolescentes y terminando esta se les entrega el cuestionario de depresion infantil para que igualmente la llenasen. Se dan las instrucciones para su desarrollo y se espera hasta que cada una termine

Aplicacion de la entrevista a los padres de familia y a las adolescentes una vez que las adolescentes finalizaron sus pruebas se les llamo de manera individual con sus padres para realizar la entrevista clinica y que aclararan sus dudas y firmaran el consentimiento informado (los padres) y un contrato que fue firmado entre cada participante y mi persona para dejar por escrito los compromisos que tenia cada una de las partes. Una vez finalizado el proceso se podian retirar

DESARROLLO DE LAS SESIONES DE TRATAMIENTO

PRIMERA SESION DE TRATAMIENTO

SESION UNO Modulo educativo

- Bienvenida y breve explicacion sobre la conformacion de l grupo y reiteracion de los compromisos
- Explicacion del terapeuta acerca de la ansiedad y la depresion como sintomas con los que se trabajara en la terapia
- Reestructuracion cognoscitiva (iniciar el trabajo con los activadores y pensamientos automaticos como modelo basico de la terapia definicion de conceptos)
- Comentarios de los pacientes acerca de su vision acerca de la terapia que recien inician
- Tareas para casa
- Finalizacion de la sesion (resumen de la sesion)

Bienvenida y breve explicacion sobre la conformacion del grupo y reiteracion de los compromisos iniciamos la sesion ofreciendo la bienvenida una vez mas a todas las participantes del grupo recordando los compromisos que aceptamos en la sesion inicial. Se reitero igualmente el objetivo de la terapia cognitivo conductual haciendo hincapie en la importancia del pensamiento en la manifestacion de los sintomas con los que se iba a trabajar.

Explicacion por parte del terapeuta sobre la ansiedad y la depresion como sintomas con los que se trabajara en la terapia se hace una clara explicacion de que el grupo conformado es heterogeneo en muchas de sus caracteristicas sin embargo la relacion de homogeneidad se establece en el trastorno o sintomatologia que se trabajara ansiedad y depresion con autolesiones.

Se distribuyo para todos los miembros del grupo material escrito (corto) con la definicion y principales sintomas de la ansiedad y la depresion.

Se toma inicialmente el tema de la ansiedad explicando que es un estado que manifiesta la persona cuando experimenta temor y angustia ante algo no concreto ni especifico pero que causa todo un malestar que repercute negativamente en el individuo. Este estado de malestar puede afectar la vida del individuo en el seno familiar en el trabajo y en su vida social.

Se enfatizo en que la ansiedad puede ser considerada como normal y hasta necesaria para enfrentar los retos de la vida diaria y se converso igualmente sobre los sintomas mas comunes de la ansiedad que pueden ser preocupaciones y tensiones excesivas poco realismo en como ver los problemas sentimientos de irritabilidad tension muscular sudoracion excesiva dificultad para la concentracion nauseas necesidad de ir al baño con frecuencia sensacion de cansancio dificultad con el sueño t emblores

asustarse con facilidad

Luego pasamos a explicar sobre la depresion en general como durante la adolescencia entendiendola esta como un trastorno de tipo emocional que se manifiesta con abatimiento sin ganas de hacer nada desmotivacion total y desinteres por cualquier cosa que anteriormente se deseaba Se puede tratar de algo pasajero, o transformarse en una condicion patologica Se hablo sobre el hecho de que todos los seres humanos experimentan por una u otra circunstancia vinculada a su vida momentos de tristeza y de depresion considerados dentro de los parametros de la normalidad y que sin embargo cuando ya estos periodos de tristeza y depresion se extienden y salen del control es necesario buscar ayuda profesional

Se converso sobre algunos de los sintomas mas importantes de la depresion como son tristeza trastorno del humor decaimiento irritabilidad fatiga insomnio perdida de apetito desinteres por el sexo agobios otros

Se enfatizo que cuando la depresion se sale del control del propio individuo es necesario buscar una pronta solucion antes de que toda esa sintomatologia afecte al desenvolvimiento integral del individuo y se les presentaron algunas estadisticas en poblacion adolescente afectada con ansiedad y depresion mostrando que todos en algun momento de nuestras vidas estamos propensos a padecerla

Reestructuracion cognoscitiva (iniciar el trabajo con los activadores y pensamientos automaticos como modelo basico de la terapia, definicion de conceptos) se inicia la explicacion sobre la base conceptual del modelo cognitivo conductual de Aaron Beck Se comienza diciendo que nuestras conductas y emociones generalmente estan supeditadas a la accion del pensamiento de tal forma que las situaciones que se nos presentan son interpretadas por nuestro pensamiento y esta interpretacion es la que mueve nuestras reacciones emocionales conductuales y fisiologicas Se comenzo como ante un evento nuestro pensamiento interpreta el hecho enviando

inmediatamente una respuesta de tipo emocional fisiológica y conductual de manera que inmediatamente asumimos que la situación fue la que desencadenó nuestras reacciones sin tomar en cuenta que realmente es nuestro pensamiento el que influye sobre nuestras respuestas

Se continúa enfatizando sobre la relación de lo que pensamos con nuestras reacciones emocionales fisiológicas y conductuales a la vez que se dejaba el espacio abierto para comentarios y preguntas. Igualmente se pidió a los miembros del grupo que si alguno quería exponer algún ejemplo vivido que lo hiciera algunas expusieron

Posteriormente se procedió a la explicación de algunos conceptos básicos dentro de la propuesta de A. Beck como son los pensamientos automáticos que se dan muchas veces de forma inconsciente y que se dirigen a las situaciones específicas que enfrentan a diario las personas. Las distorsiones cognitivas que son pensamientos errados errores que se generan con el tiempo y que pueden llevar a los pensamientos automáticos. Estas distorsiones generalmente llevan a interpretaciones erróneas de la realidad. Por último también se les habló sobre lo que son las creencias centrales o esquemas centrales que se refieren a estructuras de connotación global que se han formado desde muy temprana edad y que llevan igualmente a desvirtuar la realidad

Una vez discutidos los conceptos se les entregó primeramente una hoja con las distorsiones cognitivas más comunes en personas con síntomas de ansiedad y depresión (tomado de A. Beck 1985 en Bethancourt y Madrid 2004) se les pidió que las leyeran y trataran de ubicarse en las distorsiones que pudieron ubicarse en ellas mismas. A continuación se presenta el material

Distorsiones cognitivas más comunes en la ansiedad (Beck 1985 En B Tejada 2012)

1. **Inferencia arbitraria - visión catastrófica** consiste en la anticipación o valoración catastrófica no basada en evidencias suficientes acerca de ciertos peligros anticipados que se perciben como muy amenazantes por el sujeto
2. **Maximización** el sujeto incrementa las probabilidades del riesgo de daño
3. **Minimización** el sujeto percibe como muy disminuida su habilidad para enfrentarse con las amenazas físicas y sociales

Distorsiones cognitivas más comunes en la depresión (Beck, op. cit.)

- 1 **Inferencia arbitraria** (leer arriba)
- 2 **Abstracción selectiva** consiste en centrarse en un detalle de la situación ignorando otros aspectos de la situación (visión de túnel) llegando a una conclusión general a partir de ese detalle
- 3 **Sobregeneralización** consiste en sacar una conclusión general y aplicarla a hechos particulares que son diferentes o no relacionados entre sí
- 4 **Maximización y minimización** (leer arriba)
- 5 **Personalización** Se refiere a la tendencia del paciente a relacionar acontecimientos externos (normalmente evaluados como negativos) como relacionados o referentes al mismo sin que exista evidencia suficiente para ello
- 6 **Pensamiento dicotómico o polarización** se refiere a la tendencia a clasificar la experiencia en términos extremos y opuestos sin tener en cuenta la evidencia de categorías intermedias. El paciente suele clasificarse en los extremos negativos (por ejemplo «incapaz frente a capaz»)

Una vez se discutió con respecto a las distorsiones cognitivas y su relación con las creencias centrales y los pensamientos automáticos se procedió a solicitarles realizar un trabajo en grupo sobre las distorsiones con respecto a los pensamientos automáticos y a las diversas reacciones de la persona (emocionales, conductuales y fisiológicas)

Situación → pensamiento → reacción (emocional, conductual y fisiológica)

Se les dio un tiempo prudente para que resolvieran en grupo la propuesta y luego se hizo la plenaria

Una vez se discutió sobre los trabajos realizados con las experiencias propias se pasó al punto siguiente

Comentarios de las adolescentes acerca de su visión sobre la terapia que recién inician al llegar a este punto y luego de que se les adentró en la estructura y los conceptos básicos de la terapia se abordó a las participantes sobre lo que experimentaban con respecto a su participación en la terapia. Algunas hicieron comentarios sobre que les parecía bueno participar porque les

ayudaría a mejorar, otras refirieron que estaban agradecidas porque al fin alguien tomaba en cuenta sus problemas y podían entenderlas.

Tarea para casa: se explicó la tarea para casa y se les pidió que durante la semana trabajaran sobre ella. Se les entregó un cuadro para que desarrollaran las tareas, que consistía en hacer una lista de tres situaciones que ellas hayan vivido y en que pudieron haber reconocido pensamientos automáticos relacionados con las distorsiones cognoscitivas que se discutieron en la sesión, con sus respectivas reacciones emocionales, conductuales y fisiológicas. A continuación se muestra el cuadro modelo:

Situación	Pensamiento automático	Emoción	Conducta	Respuesta fisiológica

Finalización de la sesión (resumen de la sesión): se hizo un breve resumen de lo que se había dado en la sesión y se dio por finalizada la misma.

SEGUNDA SESION DE TRATAMIENTO

SESION DOS Reestructuracion cognoscitiva

- Revisión de las tareas para casa
- Breve recordatorio de lo conversado en la sesión pasada
- Reestructuración cognoscitiva trabajar sobre la conexión entre pensamiento y emoción abordar la importancia del papel de los pensamientos en el desarrollo de la ansiedad la depresión y las autolesiones como consecuencia de la sintomatología ansiosa depresiva (modelo de Beck) Explicar el control del autorregistro y llenado del mismo
- Practicar técnicas de relajación por medio de la respiración y autoverbalización
- Tareas para casa
- Finalización de la sesión (resumen de lo trabajado en ella)

Revisión de las tareas para casa se procedió a revisar la tarea enviada para casa pidiendo a cada participante que leyera un ejemplo. En la dinámica participaron seis dos refirieron que no recordaron como realizar la tarea. Las adolescentes entregaron las tareas aunque algunas no las desarrollaron completamente.

Breve recordatorio de lo conversado en la sesión pasada en este momento se hizo una breve reseña de lo hablado en la sesión anterior sobre todo acerca de la relación entre pensamiento y reacción (emoción conducta y respuesta fisiológica). También se hizo un esbozo rápido de los conceptos tocados con anterioridad (pensamientos automáticos distorsiones cognoscitivas y creencias centrales). Al finalizar mi exposición procedimos brevemente a retomar el tema de la tarea para la casa y aquellas participantes que tuvieron dificultades con la comprensión de la misma desarrollaron un ejemplo comprendiendo mejor el material dado.

Reestructuración cognoscitiva trabajar sobre la conexión entre pensamiento y emoción utilizar la escala de valoración subjetiva de SUDS aplicar ejercicios de imaginación. Se enfatizó nuevamente lo relativo a los pensamientos automáticos insistiendo en la relación de estos con referencia a las emociones conductas y respuesta fisiológica tomando los ejemplos de las participantes. Luego se explicó el concepto de creencias intermedias que no habrían sido

explicados en la sesión anterior aduciendo que se trataba de creencias que se situaban entre las creencias centrales y los pensamientos automáticos. Son estructuras que se manifiestan a través de tres elementos: actitudes, reglas y presunciones. Estos tres elementos se conforman o provienen de las ideas o creencias centrales.

Se les explicó el papel que desempeñan los pensamientos en el desarrollo de la ansiedad, la depresión y las autolesiones como consecuencia de estas patologías. Hubo intercambio de preguntas y comentarios al respecto.

Posteriormente a dicha explicación se procedió a entregarles copias de la escala SUD (Unidades Subjetivas de Ansiedad por sus siglas en inglés) para leer el documento y luego explicarlo. Se les expresó que es una forma de medir su propia ansiedad pero de forma personal y subjetiva. Se leyó y explicó simultáneamente.

La escala SUD (Unidades Subjetivas de Ansiedad) se emplea para comunicar el nivel de ansiedad experimentado de forma subjetiva. Al emplear la escala evaluaras tu nivel de ansiedad desde 0 completamente relajada hasta 100 muy nerviosa y tensa.

Imaginate que estas completamente relajada y tranquila. Para algunas personas esto ocurre mientras descansan o leen un buen libro. Para otras ocurre mientras están en la playa o se encuentran flotando en el agua. Da una puntuación 0 a la manera en que te sientes cuando estas lo más relajada posible.

Luego imaginate una situación en la que tu ansiedad es extrema. Imagina el sentirte extremadamente tensa y nerviosa. Quizas en esta situación tus manos se encuentran frías y temblorosas. Puedes sentirte mareada o temblorosa o puedes sentirte cohibida. Para algunas personas las ocasiones en las que se sienten más nerviosas son aquellas en las que una persona cercana a ellas ha tenido un accidente cuando se ejerce una presión excesiva sobre ellas (exámenes, trabajos, etc.) o cuando hablan delante de un grupo. Da una puntuación 100 a la manera en que te sientes en esa situación.

Ya has identificado los dos puntos extremos de la escala SUD. Imagina la escala entera (como una regla) que va desde 0 SUD completamente relajada hasta 100 SUD muy nerviosa.

0 5 10 15 20 25 30 35 40 45 50 70 75 85 90 95 100

*Completamente
Totalmente*

*relajada
nerviosa*

Tienes ahora el rango entero de la escala para evaluar tu nivel de ansiedad. Para practicar como usar esta escala, escribe tu puntuación SUD en este momento.

La puntuación SUD la puedes utilizar para evaluar las situaciones sociales con las que te encuentres en la vida real. El método de relajación que has aprendido te servirá para disminuir tu puntuación en la escala SUD. La experiencia de altos niveles de ansiedad es desagradable para la mayoría de la gente. Además, la ansiedad puede inhibirte para decir lo que quieres y puede interferir con la forma en que expresas el mensaje.

Para practicar el empleo de la puntuación SUD, se puede describir una serie de situaciones. Para cada situación, escucha la descripción de cada escena y luego imagínate que te está sucediendo esa situación. Después de que te imaginas la situación, escribe la cantidad de ansiedad (puntuación SUD) que sientes. Cuando te imagines en esa situación, intenta describir como te sentirías si estuviera ocurriendo realmente. Finalmente, si estuvieras nervioso/a o tenso/a mientras te imaginas la escena, intenta fijarte en esas partes de tu cuerpo en las que sientes más ansiedad: ¿Sentías el estómago tenso? ¿Sentías un nudo en la garganta? ¿Tenías las manos frías o sudorosas? ¿Te dolía la cabeza? ¿Tenías movimientos nerviosos en los párpados? Si localizas el área o las áreas en las que te sientes más tenso/a, puedes emplear mejor los ejercicios de relajación (Cotler y Guerra, 1976, en Barrios P. M. I., página 123 – 124).

Hubo intercambio de preguntas y comentarios al respecto.

Tareas para casa: se enfatizó la importancia de que cumplieran las tareas para casa como forma de reforzar sus conocimientos y de practicar para que adquirieran las habilidades necesarias para resolver sus dificultades con respecto a sus síntomas. Durante la semana debían trabajar sobre la escala SUD registrando sus niveles de ansiedad en las diversas situaciones en que sentían los síntomas. Se les entregó una hoja de registro de las unidades de ansiedad explicándoles lo que debían hacer para llenarlas.

CUADRO. Hoja de autorregistro de unidades subjetivas de ansiedad (SUD)

Nombre: _____ Fecha: _____

Día y hora	SUD	Describe la situación (síntomas o señales)	Describe la respuesta de ansiedad/relajación
	0-9		
	10-19		
	20-29		
	30-39		
	40-49		
	50-59		
	60-69		
	70-79		
	80-89		
	90-100		

Finalización de la sesión (resumen de lo trabajado en la sesión): finalizó la sesión reiterando la importancia de cumplir con las tareas para casa.

TERCERA SESION DE TRATAMIENTO

SESION TRES Reestructuracion cognoscitiva

- Revisar la tarea para la casa
- Breve enlace con la sesion anterior
- Reestructuracion cognoscitiva diferenciar nuestras emociones con los pensamientos automaticos clasificandolos segun las distorsiones

(explicar evaluar y debatir las distorsiones cognoscitivas)
- Reestructuracion cognoscitiva aplicacion del debate a los pensamientos automaticos y distorsiones
- Tarea para la casa
- Sintesis de la sesion

Revisar la tarea para casa se inicio la sesion revisando la tarea para la casa sobre la aplicacion de la escala de SUD. Practicamente todas las participantes expusieron ejemplos de sus tareas.

Breve enlace con la sesion anterior luego se hizo un resumen breve del tema tratado en la sesion anterior.

Reestructuracion cognoscitiva una vez que se dio inicio al tema de la sesion se enfatizo la relacion y diferencia entre nuestras emociones y los pensamientos automaticos clasificandolos segun las distorsiones. Nuevamente se les explico que las emociones se refieren a nuestros sentimientos y los pensamientos son las ideas que tenemos sobre las personas, objetos y/o eventos que vivimos. Se evaluo la comprension del tema a traves de ejemplos dados por las participantes.

Reestructuracion cognoscitiva, aplicacion del debate a los pensamientos automaticos tras el punto anterior se procedio a iniciar con la explicacion sobre el debate de los pensamientos automaticos expresando que luego que se descubren dichos pensamientos y se determinan las reacciones ante los mismos se toma la decision de si evaluarlos para su debate con el proposito de determinar si son falsos, ciertos o parcialmente falsos y de alli modificarlos con el proposito de encontrar pensamientos alternativos que permitan conductas mas adaptativas. Luego se entrego una hoja a cada paciente en donde aparece el interrogatorio acerca de los pensamientos automaticos (Beck J. 1993 en Barrios M. I. 2005 tesis pagina 126).

INTERROGATORIO ACERCA DE PENSAMIENTOS AUTOMATICOS

(Beck J 2000 en Barrios M I 2005 pagina 126)

- 1 ¿Cual es la evidencia?
 - ¿Cual es la evidencia a favor del pensamiento?
 - ¿Cual es la evidencia en contra?

- 2 ¿Hay alguna explicacion alternativa?
- 3 ¿Cual es la peor cosa que podria ocurrir? ¿Podria sobrellevarlo?
 - ¿Que es lo mejor que podria ocurrir?
 - ¿Cual es la posibilidad mas realista?
- 4 ¿Cual es el efecto de creer en ese pensamiento automatico?
 - ¿Cual seria la consecuencia en caso de cambiarlo?
- 5 ¿Que debo hacer al respecto?

- 6 ¿Que le diria a _____ (un amigo) si estuviera en esta misma situacion?

Se formaron cuatro grupos de dos integrantes cada uno y se les pidio que expusieran una situacion especifica que les causaba ansiedad. Al exponerla todas ayudamos a encontrar los pensamientos automaticos que surgieron y las reacciones que se derivaron de los mismos. Luego de haber completado esta fase se procedio a buscar pensamientos alternativos a los pensamientos automaticos para lograr una conducta mas adaptativa. Luego se como una situacion especifica de otro grupo hasta que todos los grupos expusieron

Tarea para la casa al finalizar el ejercicio anterior se les instruyo sobre la tarea para la casa

- **Tarea n° 1** se les pidio que agregaran al esquema de la tarea 1 la distorsion cognitiva que les generaron las distintas situaciones que experimentaron durante la semana. Debian hacer una lista de 2 situaciones con sus pensamientos automaticos, sus reacciones (emocionales, conductuales y fisiologicas) y finalmente mencionar la distorsion cognoscitiva donde quedan ubicados dichos pensamientos automaticos, ademas anotar el pensamiento alternativo que ayudaria a mejorar la situacion que les genera ansiedad.

Como guía, tendrían el siguiente cuadro:

Situación	Pensamiento automático	Reacciones			Distorsión cognoscitiva
		Emocional	Conductual	Fisiológica	

Síntesis de la sesión: para terminar la sesión, se realizó un resumen de lo trabajado en la misma, como lo fue la aclaración de la relación y diferencias entre los conceptos implicados en el esquema. Igualmente se dieron explicaciones sobre el debate de los pensamientos automáticos y la modificación de los mismos por unos más adaptativos.

CUARTA SESIÓN DE TRATAMIENTO

SESIÓN CUATRO: Reestructuración cognoscitiva y técnica de relajación

- Revisión de la tarea para la casa.
- Reestructuración cognoscitiva: enfatizar en la relación y diferencia entre pensamiento, emoción, conducta y respuesta fisiológica. Aplicación del debate a los pensamientos automáticos y la diferencia entre pensamiento positivo (situación-pensamiento-emoción y conducta-reacción fisiológica) y pensamiento negativo (situación-pensamiento-emoción y conducta-reacción fisiológica).
- Introducción a la técnica de tensión y relajación muscular de Jacobson.
- Asignar las tareas para la casa.
- Síntesis de la sesión.

Revisión de las tareas para la casa: se inicia la sesión revisando la tarea para la casa. Se pidió a las participantes que voluntariamente comentaran sus tareas y así lo hicieron, logrando explicar varios ejemplos.

Reestructuración cognoscitiva; enfatizar la relación y diferencia entre pensamiento, emoción, conducta y respuesta fisiológica, aplicación del debate a los pensamientos automáticos y la diferencia entre pensamiento

positivo y pensamiento negativo debido a que la reestructuración cognoscitiva guardaba similitud con la sesión anterior procedí a explicar los ejemplos dados reconociendo los pensamientos automáticos y sus respectivas reacciones sobre la base de pensamientos alternativos para lograr respuestas más adaptativas. Se comentó que luego que realizamos el debate a los pensamientos automáticos podríamos darnos cuenta de que no logramos disminuir nuestra creencia en ellos o que no logramos encontrar evidencia en

contra de ellos lo que nos sugeriría que los pensamientos alternativos permitirían adaptarnos a la situación de la mejor manera posible logrando así disminuir los síntomas y conductas inadecuadas que afectan nuestro desenvolvimiento en los diversos grupos y actividades en las que participamos a diario.

Se les explicó además la diferencia entre los pensamientos positivos y los pensamientos negativos y a través de ejemplos dados por las adolescentes sobre sus propias experiencias se lograba una respuesta más adaptativa cuando el pensamiento es positivo.

Se trabajaron en grupos de dos las modificaciones de los pensamientos y luego se procedió a exponerlas. Finalmente se aclararon las dudas que aún tenían las participantes.

Exponer sobre la relajación posteriormente se pasó a definir y explicar en qué consiste la técnica de relajación muscular progresiva entendiéndose que la misma es una técnica conductual de gran valor para disminuir los síntomas de ansiedad, estrés, temores, etc. Se hizo una panorámica sobre los inicios de esta técnica en el primer cuarto del siglo pasado cuando un fisioterapeuta llamado Edmund Jacobson en su labor con sus pacientes descubrió que trabajando la contracción y relajación muscular conseguía buenos resultados.

Se les explicó que se practicaría en la siguiente sesión.

Asignar las tareas para casa se enfatizó la importancia de realizar las tareas para casa puesto que de ellas dependía el grado de destreza para lograr un mejor manejo cognitivo y disminuir o eliminar así los pensamientos que les pudieran causar daño. Para la semana siguiente se asignaron dos tareas:

- **Tarea 1** hacer una lista de 3 situaciones con sus respectivos pensamientos automáticos, la aplicación del debate y el pensamiento alternativo.

Situación:

Pensamiento automático:

Pensamiento alternativo:

- **Tarea 2:** en el caso particular, hacer una lista de al menos 3 situaciones que pueden ser modificadas y 3 que no lo sean. Abajo, el cuadro de guía

para realizar esta tarea.

Situación modificable	Situación no modificable

Síntesis de la sesión: al final de la sesión se realizó un rápido resumen de lo trabajado en la misma.

QUINTA SESIÓN DE TRATAMIENTO

SESIÓN CINCO: Reestructuración cognoscitiva, habilidades sociales y técnica de relajación

- Revisión de la tarea para la casa.
- Enlace con la sesión anterior.
- Reestructuración cognoscitiva: trabajar en grupo (dos o tres personas) la modificación de pensamientos automáticos enfocados en la ansiedad, depresión y autolesiones (*cutting*) como un problema de salud pública.
- Entrenamiento en habilidades sociales.
- Iniciar el entrenamiento en relajación
- Asignación de tareas para la casa.
- Síntesis de la sesión.

Revisión de la tarea para la casa: se recogieron las tareas para la casa y se pidió voluntarias para exponerlas. Se hizo la salvedad de que aún tienden a

confundir ciertos conceptos inmersos en las tareas y se procedió a explicarlos (situación emociones pensamientos) logrando de esta manera realizar el enlace con la sesión anterior

Reestructuración cognoscitiva se les pidió a las participantes que formaran grupos para trabajar la modificación de pensamientos automáticos enfocados en su sintomatología (ansiedad – depresión – autolesiones) Cada grupo trabajaría en una sintomatología específica. Dos grupos estaban conformados por tres integrantes un grupo se enfocaría en la modificación de pensamientos acerca de la ansiedad otro grupo en la modificación acerca de la depresión y el último grupo conformado por dos participantes se enfocaría en la modificación de pensamientos de una persona que se autolesiona. Posteriormente cada grupo expuso sus ejemplos y se aclararon las dudas que tenían las participantes

Habilidades sociales posteriormente se les explicó la importancia de desarrollar habilidades sociales para mejorar su estado de ánimo y reducir su ansiedad. Se definió que el entrenamiento en habilidades sociales es un procedimiento de intervención que integra un conjunto de técnicas derivadas de las teorías de aprendizaje social de la psicología social de la terapia de conducta y de la modificación de conducta y que se aplica para que las personas adquieran habilidades que les permitan mantener interacciones más satisfactorias en las diferentes áreas sociales de su vida. Los orígenes del entrenamiento en habilidades sociales se atribuyen a Salter que habla de 6 técnicas para aumentar la expresividad de las personas: expresión verbal y facial de las emociones, empleo deliberado de la primera persona al hablar, estar de acuerdo cuando se reciben cumplidos o alabanzas, expresar desacuerdo y la improvisación y actuación espontáneas.

Las habilidades sociales son importantes en la medida en que las conductas manifestadas por una persona en una situación de interacción social se pueden modificar a través de correcciones en determinados objetivos.

Hay que tener en cuenta varios aspectos de la habilidad social. Se trata de una característica de la conducta y no de la persona. No es universal es específica de la persona y de la situación y se debe tener en cuenta el contexto cultural donde se produce. Son comportamientos aprendidos que pueden mejorarse a través de experiencias de aprendizaje adecuadas. Estos consisten en observar a quienes ejecutan adecuadamente las conductas, practicarlas, corregirlas y perfeccionando las propias ejecuciones, recibir reforzamiento por las

ejecuciones adecuadas y practicar lo mas posible en situaciones reales y variadas. Este proceso de aprendizaje se desarrolla en la vida cotidiana y en muchas ocasiones no consiguen que el individuo adquiera las habilidades necesarias para su adecuada adaptacion social.

El entrenamiento en habilidades sociales consistiria en un paquete de tratamiento en donde se trabajarían

Estrategias a entrenar: instrucciones, modelado, ensayo de conducta

Reduccion de la ansiedad (desensibilizacion sistematica) se suele conseguir de forma indirecta siendo la conducta aprendida incompatible con la respuesta de ansiedad (Ej. relajacion)

Reestructuracion cognitiva

Entrenamiento en solucion de problemas

Se les entrego un documento donde se presentaban las **estrategias a entrenar para mantener y manejar relaciones sociales**

Preguntas con final cerrado/abierto es mejor hacer preguntas abiertas pues el que responde tiene un elevado grado de libertad para decidir que contestar

La mirada si miramos a nuestro interlocutor conseguiremos mayor respuesta que si estamos mirando hacia otro lado. Esto es un indicador de que seguimos la conversacion y de que nos interesa. Sin embargo hay que tener en cuenta que un exceso de contacto ocular muy fijo y continuo puede resultar molesto a nuestro interlocutor. Si retiramos la mirada estamos indicando desinteres, timidez, sumision o sentimientos de superioridad.

La postura la postura es la posicion que adoptan los miembros (brazos y piernas) de una persona con respecto a su cuerpo. La cual influye en la disposicion que tiene este en el espacio. La postura de nuestro cuerpo es algo que nuestro interlocutor percibe a simple vista y que conlleva un mensaje. Tener los brazos cruzados se ha asociado con una actitud defensiva mientras que la

distención y relajación de los brazos transmite una actitud confiada. El mantener una conversación con alguien que tiene sus brazos cruzados puede indicarnos que la persona no pretende cambiar sus planteamientos.

La escucha activa se da cuando manifestamos ciertas conductas que indican que claramente estamos prestando atención a la otra persona como verbalizaciones cortas, asentimientos de cabeza, sonrisas,

contacto ocular directo, postura atenta.

Las pausas terminales cuando se agota un tema de conversación superficial se produce una larga pausa en donde no hay ningún tipo de reacción. Si no se rescata la conversación esta se terminará o vagará sin rumbo. Una forma de rescatarla sería una frase de este tipo: «a propósito de lo que estuvimos hablando antes de todo esto...»

Los silencios todas las conversaciones conllevan períodos breves de silencio. Hay que saber manejar la ansiedad causada por ellos normalizando la situación y atribuyendo nuestra ansiedad no al silencio sino a nuestras autoverbalizaciones negativas hacia el

Una vez finalizo la exposición procedimos a ejemplificar cada una de ellas y las participantes expusieron situaciones en las cuales habían experimentado algún grado de ansiedad al no saber como manejar la situación.

Iniciar el entrenamiento en relajación como ya se les había explicado en la sesión anterior los orígenes de la técnica, su fundador y los objetivos de la misma, se les indica ahora que se va a trabajar con una de las mencionadas adaptaciones de la técnica de Jacobson, la presentada por T. Carneth y D. Miller, la cual tiene tres fases: la fase de respiración, la fase de relajación progresiva y finalmente la fase de visualización. A continuación se les describió cada una de las fases a las pacientes.

Se cerraron las cortinas del salón donde realizamos las sesiones para lograr una menor iluminación y se les pidió a las participantes que desde sus asientos se despojara de las libretas o cualquier otro artículo que tuvieran en sus manos que colocaran sus manos y antebrazos en los portabrazos de las sillas, sus pies (era preferible quitarse los zapatos) sobre el piso con las piernas en posición vertical a la silla. Finalmente que se concentraran en su respiración.

Fase de respiracion en esta fase se les pide que tomen aire pausadamente hasta que su diafragma se llene y luego con igual o mayor pausa boten dicho aire permitiendo de esta manera que los organos tomen el oxigeno necesario y de igual manera exhalen el dioxido de carbono que no necesitan. Deben hacer este ejercicio cinco veces inhalar y exhalar de manera lenta y pausada y repitiendo

Fase de relajacion progresiva para este momento se les pidio que en primer lugar tensaran el grupo muscular que se les pidiera y luego de un momento aflojaran de golpe relajandolo de esta manera. Se les fue indicando guiados por la lista tomada de T. Carnwath y D. Miller lo que sigue

Las piernas tensar firmemente relajar de golpe Respirar
 Los muslos tensar firmemente relajar de golpe Respirar
 Las nalgas tensar firmemente relajar de golpe Respirar
 La pelvis tensar firmemente relajar de golpe Respirar
 El abdomen tensar firmemente relajar de golpe Respirar
 La espalda (requiere un poco mas de tiempo) tensar firmemente relajar de golpe Respirar
 El torax tensar firmemente relajar de golpe Respirar
 El cuello tensar firmemente relajar de golpe Respirar
 La mandibula tensar firmemente relajar de golpe Respirar
 La frente tensar firmemente relajar de golpe Respirar
 Los hombros todo bien tenso relajar de golpe Respirar
 Al final se les pidio que tensaran todo su cuerpo y luego se relajaran

Fase de visualizacion en esta fase se les pidio que cerraran los ojos y que imaginaran una situacion o un sitio que los llenara de bienestar y de paz que podia ser un lugar en la playa en una inmensa llanura en una casa en las montañas lo que para cada cual implicara una imagen grata y tranquilizadora. Por supuesto manteniendo una respiracion pausada y un cuerpo relajado flojo nada tenso. Mientras se metian en su imaginacion se les reforzaba diciendo palabras o frases como las que siguen estan en un lugar hermoso acogedor su cuerpo flota sus pensamientos fluyen al igual que su energia positiva estan llenas de paz de tranquilidad estan dejando fluir sus emociones entrando en un mundo de paz de armonia etc

Luego de un buen tiempo (alrededor de 6 a 8 minutos) se les pide que abandonen lentamente sus respectivas imagenes y que muy lentamente vayan

ubicandose en el lugar real donde están y abriendo los ojos igualmente de forma lenta

Cuando terminaron expresaron que la experiencia había sido buena y saludable

Asignación de la tarea para la casa se les pidió que continuaran el trabajo realizado en las tareas para la casa modificando los pensamientos automáticos y buscando pensamientos alternativos. Se asignaron dos tareas para casa

- **Tarea 1** practicar la relajación y traer escrito al respecto de su nivel emocional (con la escala) antes y después de utilizar la relajación
- **Tarea 2** con el cuadro utilizado anteriormente trabajar sobre los pensamientos automáticos

Síntesis de la sesión luego de la asignación de tareas para casa se hizo un breve resumen de lo dado durante la sesión reiterando la importancia de realizar las tareas que se habían asignado para la casa

SEXTA SESIÓN DE TRATAMIENTO

SESIÓN SEIS Módulo educativo reestructuración cognoscitiva con los padres de familia

- Presentación teórica sobre los síntomas sobresalientes de trastorno mixto ansioso – depresivo a los padres de familia
- Identificación de las situaciones que perturban a los padres de familia ante el trastorno mixto ansioso depresivo y las autolesiones que presentan sus hijas
- Generar un debate sobre pensamientos automáticos buscando pensamientos alternativos para mayor adaptación
- Aplicar la dinámica del canal abierto
- Conversatorio sobre la importancia del apoyo social (familiares) en el proceso terapéutico
- Asignación de tareas para la casa
- Síntesis de la sesión

Presentacion teorica sobre los sintomas sobresalientes del trastorno mixto ansioso depresivo los padres fueron citados a la sexta sesion para abordar algunos temas importantes que ayudarian a mejorar la sintomatologia que presentaban sus hijas. Se les dieron explicaciones al respecto de las manifestaciones de la ansiedad y de la depresion como sintomas con los que se esta trabajando en la terapia como caracteristicos del trastorno mixto ansioso depresivo (a las adolescentes no se les hablo del trastorno solo de los sintomas

de ansiedad y depresion por considerarlo mas conveniente) sin embargo a sus padres se les hablo sobre el trastorno de manera abierta y directa. La mayoría de los padres de familia desconocian que su hija presentara esta patologia e incluso tres desconocian que su hija se autolesionara. Se inicio con la ansiedad indicandoles que las manifestaciones mas comunes de la misma son tension muscular dificultad en la concentracion sudoracion temblores y otros. Se les pidio a los padres que expresaran algunos otros sintomas que observaran en sus hijas considerando parte de las manifestaciones de la ansiedad y expresaron entre otros irritabilidad no poder mantenerse en un lugar quieta por mucho tiempo comerse las unas dificultad para dormir. Se continuo exponiendo al respecto de la ansiedad especificamente sobre sus sintomas diciendoles que aun cuando muchas personas padezcan de ansiedad no todas presentan las mismas manifestaciones que hay personas cuyas manifestaciones pueden ser dificultad para dormir comerse las unas sudoraciones sin embargo otras pueden manifestar sobre todo dificultad para concentrarse tension muscular taquicardias temblores no obstante ser ambas personas ansiosas. Luego se les abordo el tema de la depresion en el cual se les explico que la misma obedece a una alteracion en el estado de animo de la persona y que los adolescentes son propensos a padecerla debido a las presiones y exigencias continuas que reciben del medio ambiente en el que se desarrollan. Posteriormente se les refirio que algunos de los sintomas mas frecuentes que acompañan a la depresion son una tristeza marcada llanto facil dificultades para dormir comer en exceso o privarse de la alimentacion no mostrar interes en las actividades que anteriormente generaban placer y aislarse (mantenerse mucho tiempo encerrada en su cuarto no compartir con la familia o evitar la presencia de otras personas) ademas de que muchas veces una conducta irritable podria estar enmascarando una depresion y ser confundirla con una *malcriadez* o *groseria* aparentemente comun durante la adolescencia. Finalmente se les explico a los padres de familia que las autolesiones no obedecen a características propias del trastorno mixto ansioso depresivo por lo que no pueden considerarse como una

patología *per se* y pueden ocurrir por la presencia o no de un trastorno de ansiedad, depresión o del trastorno en estudio.

Una vez finalizó la exposición se les pidió a los padres de familia que expusieran sus dudas, inquietudes o experiencias personales acerca de la sintomatología ansiosa-depresiva que presentaban las adolescentes. Se generó un debate sobre pensamientos automáticos, puesto que algunos padres aún no aceptaban que su hija presentara dicha patología, pues consideraban que sus actitudes se debían a procesos normales en la adolescencia o a la pereza o desobediencia para con ellos, y se buscaron pensamientos alternativos para lograr una mayor adaptación a la situación que se les estaba presentando. Por otra parte, dos padres de familia se mostraron muy preocupados porque no lograban comprender que su hija presentara la sintomatología y ellos no se hubieran dado cuenta, y no sabían cómo ayudarlas.

La aplicación de la dinámica del canal abierto fue importante porque los padres expusieron sus dudas, comentarios y pensamientos alternativos para ayudar a mejorar la condición clínica de sus hijas.

Conversatorio sobre la importancia del apoyo social en el proceso terapéutico. Luego que termine la exposición, pasamos al tema del apoyo social como parte de los recursos con que contamos para afrontar nuestros problemas y los de las participantes. Se inició explicando que ante el estrés, la ansiedad y otros problemas, debemos hacer dos tipos de valoración: la primaria y la secundaria (Lazarus, 2004), indicándoles que la primera tenía que ver con el conocimiento claro de la situación a la que se enfrentaban y la segunda tenía que ver con los recursos que cuenta la persona para afrontar dicha situación. Continuamos diciendo que el apoyo social es uno de los recursos que, si bien es cierto, no se trata de un recurso intrínseco a la persona, si es de gran valor para la persona, si tenemos claro que la misma es un ente social y por ende necesita a sus congéneres. Se explica que el apoyo social es aquel que en un momento dado se puede tener de personas muy cercanas y que se estiman mucho y por ende su acercamiento es importante (el de la pareja, familiares, amigos, etc.) pero que además también se convierte en apoyo social la interacción en esta terapia de grupo que estamos desarrollando, pues a través de ella nos sentimos apoyados y a la vez apoyamos a los demás miembros del grupo, produciendo esta situación un refuerzo positivo para cada uno de las participantes. De allí se les dio participación nuevamente a los padres de familia para que comentaran al respecto y se produjo un intercambio efectivo de ideas e inquietudes que se solventaron entre todos.

Asignacion de tareas para casa para la siguiente semana se asignaron tres tareas aunque realmente novedosa una sola puesto que las otras ya se habian hecho pero debian ser reforzadas

Tarea 1, practica de la relajacion progresiva anotar la valoracion de la emocio n y del porcentaje de credibilidad del pensamiento automatico

Tarea 2 seguir trabajando con respecto a los pensamientos automaticos y su reemplazo por otros mas adaptativos

Sintesis de la sesion luego de la asignacion de las tareas para la casa se procedio a hacer un resumen de lo dado en la sesion del dia enfatizado en los puntos claves para apoyar a sus hijas en su recuperacion

SEPTIMA SESION DE TRATAMIENTO

SESION SIETE Reestructuracion cognoscitiva familiar

- Revision de las tareas para la casa
- Enlace con la sesion anterior
- Reestructuracion cognoscitiva conversatorio sobre la importancia del apoyo social (familiares) en el proceso terapeutico (comunicacion familiar asertiva)
- Reconocimiento y expresion de los sentimientos favorables que tienen los padres hacia sus hijas y las jovenes hacia sus padres (llenado del registro de sentimientos)
- Asignacion de tareas para la casa
- Sintesis de la sesion

Revision de las tareas para la casa se solicitaron las tareas luego de que cada una expusiera el desarrollo de la misma

Enlace con la sesion anterior se realizo una realimentacion del tema dado en la sesion anterior puesto que las jovenes no habian participado en dicha sesion pero no se profundizo en el tema del trastorno mixto ansioso depresivo sino que se abordó de forma breve su sintomatologia

Reestructuración cognoscitiva luego de terminado el enlace con la sesión anterior se procedió a explorar las opiniones de los padres de familia sobre el apoyo que deben recibir sus hijas tanto del entorno familiar como social en el que se desenvuelven. Se les explicó brevemente la comunicación asertiva como una técnica utilizada para mejorar las relaciones interpersonales entre los miembros de una familia y aceptar las opiniones de los demás para luego llegar a un consenso que sirva de beneficio para todos.

Una vez que se exhortó a los padres de familia a participar para encontrar alternativas que ayudaran a mejorar la comunicación familiar se abordaron tanto el reconocimiento como la expresión de sentimientos favorables hacia los miembros de su familia. Se les entregó una hoja en blanco tanto a los padres de familia como a sus hijas para que escribieran lo que admiraban de cada uno, los sentimientos que tenían hacia ellos y alternativas para alcanzar la asertividad en la comunicación familiar.

Asignación de las tareas para la casa luego de terminado el conversatorio se les asignó la tarea para la casa:

- **Tarea 1** hacer una lista de 5 situaciones activadoras que vayan de la que causa menor ansiedad y/o depresión hasta la que cause mayor ansiedad y/o depresión en el ambiente familiar
- **Tarea 2** reemplazar esas 5 situaciones activadoras de ansiedad y/o depresión generadas en el ambiente familiar por otras más adaptativas

Síntesis de la sesión luego de informar sobre las tareas para casa se procedió a realizar un resumen de lo trabajado en la sesión.

OCTAVA SESIÓN DE TRATAMIENTO

SESIÓN OCHO Habilidades sociales y técnicas de relajación

- Revisión de las tareas para la casa
- Enlace con la sesión anterior
- Explicación de la técnica del espejo mundo afuera mundo adentro mundo real
- Se inició un conversatorio sobre la relación con los demás según mi mundo objetivo subjetivo o real
- Se expusieron los aspectos teóricos de la asertividad

- Práctica de la relajación muscular progresiva
- Asignación de tareas para la casa
- Síntesis de la sesión

Revisión de las tareas para casa se inicia la sesión con la revisión de las tareas para la casa dando la oportunidad a cada una de las participantes de que expongan al respecto. Se piden voluntarias para que realicen el enlace con la sesión anterior y dos jóvenes participan exponiendo sus experiencias positivas al respecto.

Explicación de la técnica del espejo mundo afuera mundo adentro mundo real posteriormente se les explica en que consiste la técnica del espejo. Según el doctor Rojas Marcos la autoestima es el sentimiento de aprecio o de rechazo que acompaña a la valoración global que hacemos de nosotros mismos. El autoconcepto es un amplio espectro de actitudes y comportamientos que forman la concepción que tenemos acerca de nosotros mismos como una imagen total de como somos como personas. Este sentimiento es algo propio y personal ya que cada uno construimos la imagen de nosotros mismos. En el proceso de esta construcción intervienen multitud de factores:

- La imagen que proyectamos en los demás según como nos comportamos como tratamos a la gente etc
- Los logros personales ya sean académicos deportivos o sociales
- El nivel de integración en el grupo en clase en casa con el grupo de amigos etc
- Las cosas materiales que poseemos
- Como nos relacionamos con el entorno

Una técnica para mejorar este concepto está basada en la observación personal de cada uno frente al espejo así como en la que realiza el entorno en el que nos desarrollamos. La técnica del espejo persigue mejorar el autoconcepto de los niños y adolescentes con la ayuda de un espejo y a través de una serie de preguntas podremos guiar al joven para que se observe para que realice una introspección y exprese que ve en el espejo cuando se mira. Esta está destinada a trabajar con niños y adolescentes de todas las edades puesto que siempre es un buen momento para mejorar el autoconcepto que tienen de ellos mismos.

Algunas preguntas frecuentes que se realizan para guiar al adolescente son las siguientes:

- ¿Cuando te miras en el espejo te ves guapo/a?
- ¿Piensas que tienes cosas buenas que aportar a los demas? ¿Cuales?
- ¿Crees que les gustas a tus amigos y companeros tal y como eres?
- ¿Que cambiaras de tu apariencia?
- ¿Cuando te sientes y te ves bien te sientes mas seguro de ti mismo?

Una vez hemos logrado que el joven nos cuente su punto de vista sobre estos aspectos sera hora de pasar al espejo. Deberemos situarlo a su altura en un

sitio que sea comodo para ellos e ir haciendole preguntas del tipo

- ¿Que ves en el espejo?
- ¿Como es la persona que te mira desde el espejo?
- ¿Lo conoces?
- ¿Que cosas buenas tiene esa persona?
- ¿Que cosas malas tiene quien te mira desde el espejo?
- ¿Que es lo que mas te gusta de esa persona?
- ¿Cambiaras algo de la persona del espejo?

Tenemos que hacerle ver todos los aspectos positivos que tiene el joven del espejo que son muchos y que aprenda a valorarlo. Apoyamos la tecnica del espejo con las participantes puesto que ayudaron a realizar un intercambio de informacion saber si estan de acuerdo con lo que opina su compa ñera que cosas ven ellas en el que no haya dicho

La adaptacion de la dinamica creada por el Dr. Fernando Bianco Colmenares en el año 1975 tiene sus raices en la tecnica de *Body Imagery* descrita por Hartman y Fithian y en los principios asertivos descritos por Salter

Observacion durante la ejecucion de la tecnica del espejo cuatro participantes no lograron mirarse al espejo refirieron que les incomodaba mirarse y respondieron a algunas de las preguntas superficialmente

Aspectos teoricos sobre la asertividad en este punto se les da la definicion de asertividad aspectos teoricos y beneficios de practicarla

El termino *asertividad* fue utilizado por primera vez por Wolpe en 1958 definido como «expresion adecuada dirigida hacia otra persona de cualquier emocion que no sea la respuesta de ansiedad». Por su falta de claridad en su concepto se entendió en un inicio como agresividad atrevimiento social por lo que se abandono de manera progresiva ese termino denominandolo a fines de los años 70 como *habilidades sociales*

Segun Paula Perez (2000) la tendencia actual considera la asertividad como un comportamiento de defensa de los derechos y opiniones personales y de respeto a los derechos y opiniones de los demas asi como el autorrefuerzo y el refuerzo de los demas. Este concepto tiene mucha relacion con la autoestima. El termino *asertividad* actualmente es considerado como parte importante de las conductas que se integran dentro de las habilidades sociales. Segun Novel y coautores la asertividad puede ser entendida como un modelo de relacion

interpersonal que permite establecer relaciones gratificantes y satisfactorias tanto con uno mismo como con los demas. Ellos conciben la interaccion asertiva como un conjunto de habilidades relacionales que favorecen y potencian las relaciones intra e interpersonales. Considerada como habilidad puede aprenderse y potenciarse mediante un entrenamiento adecuado dado que no es un rasgo estable de las personas sino que constituye uno de los posibles estilos de relacion que las personas pueden emplear en sus interacciones con los demas.

Kelly (1992) define asertividad como « la capacidad de un individuo para transmitir a otra persona sus posturas, opiniones, creencias o sentimientos de manera eficaz y sin sentirse incomodo ». Segun los autores antes mencionados el desempeño de la habilidad de asertividad puede dar lugar a la aceptación asertiva y a la oposición asertiva. La primera se refiere a la habilidad de un individuo para transmitir calidez y expresar cumplidos u opiniones a los demas cuando la conducta positiva de estos lo justifica. Los componentes de este tipo de habilidad son los siguientes: el afecto, las expresiones de elogio/aprecio, la expresion de sentimientos personales y la conducta positiva reciproca. La oposición asertiva difiere de las formas de competencia social en cuanto a que no va dirigida principalmente a establecer nuevas relaciones sociales, mas bien sirve para impedir la perdida de reforzamiento, es decir, el individuo se opone o rechaza la conducta inaceptable del antagonista y trata de conseguir una conducta mas aceptable en el futuro. En resumen plantea Kelly (1992, pagina 176) « el objetivo de la oposición asertiva es comunicar tranquilamente nuestros sentimientos e invitar al antagonista a que cambie su conducta, no es descargar comentarios beligerantes sobre el otro ». Los componentes conductuales de esta habilidad son el contacto visual, el afecto y el volumen de la voz, la comprension de lo que el otro dice o la expresion del problema, el desacuerdo y la peticion de un cambio de conducta o propuesta de solucion.

Beneficios

Segun Sheldon y Burton (2004) comportarse con asertividad permite a la persona expresar sus necesidades pensamientos y sentimientos con sinceridad y sin ambages aunque sin violar los derechos de los demas Señala ademas que cuando se aprende a actuar con asertividad se puede proceder ante los propios deseos y necesidades al tiempo que se toman en consideracion los sentimientos de los demas Actuar con asertividad permite

Mejorar la autoestima al expresarse de manera honesta y directa

- Obtener confianza experimentando el exito derivado de ser firme
 - Defender sus derechos cuando sea necesario
 - Negociar provechosamente con los demas
 - Fomentar su crecimiento y realizacion personales
- Adoptar un estilo de vida en el que se pueda proceder ante sus deseos y necesidades sin conflictos
- Responsabilizarse de la calidad de las relaciones existentes con los demas

Por lo tanto el comportamiento asertivo se centra en resolver los problemas interpersonales a traves de una accion directa

Los principios basicos de la asertividad son

- **Ser directo** significa comunicar sentimientos creencias y necesidades directamente y en forma clara
- **Ser honesto** la honestidad significa expresar verdaderamente los sentimientos opiniones o preferencias sin menosprecio de los otros ni de si mismo Esto no significa decir todo lo que pasa por la mente o dar toda la informacion considerada como privada
- **Ser apropiado** toda comunicacion por definicion involucra al menos dos personas y ocurre en un contexto particular Asi una comunicacion asertiva necesita un espacio un tiempo un grado de firmeza una frecuencia etc
- **El lenguaje corporal**
- Cara colorada de enojo moviendo la cabeza disgustadamente de un lado a otro tono de voz desdenoso (agresivo) Ejemplo «No estoy de acuerdo contigo tonto Provocame y te me »
- Un tono sereno de voz contacto directo de los ojos lenguaje expresivo (asertivo) Ejemplo «Estoy de acuerdo contigo»

Un tono de voz débil la mano cubriendo la boca evitando el contacto visual (no asertivo) Ejemplo «No tengo derecho de decir esto Estoy en desacuerdo conmigo mismo y me siento tonto»

CARACTERISTICAS DE LA PERSONA ASERTIVA

- **Se siente libre de manifestarse como es** «ESTE SOY YO» «Esto lo que yo siento pienso y quiero»
Puede comunicarse con la gente de cualquier nivel con extraños amigos y familia Esta comunicacion es siempre abierta directa sincera y apropiada
- **Se orienta activamente hacia la vida** va detras de lo que quiere En contraste con la persona pasiva que espera que las cosas sucedan hace que las cosas sucedan
- **Actua de forma que se respeta a si mismo** acepta sus limitaciones consciente de que no siempre puede ganar sin embargo siempre se afana por hacer el bien de tal manera que gane pierda o se retire conserva su AUTOESTIMA

Practicar la relajacion muscular progresiva una vez finalizo la exposicion sobre los aspectos teoricos de la asertividad y su posterior discusion se procedio a practicar la tecnica de relajacion muscular progresiva

Asignacion de tareas para casa luego de terminado el ejercicio de relajacion pasamos a la asignacion de tareas para la casa Para la siguiente sesion se asignaron 3 tareas que a continuacion se especifican

- **Tarea 1** utilizar el registro de las 3 columnas (situacion pensamiento modificado) al menos con 2 situaciones activadoras
- **Tarea 2** practicar la relajacion y registrar la valoracion del pensamiento automatico y de las emociones

Sintesis de la sesion para finalizar se realizo un breve resumen de lo trabajado en la sesion y se les reitero la importancia de realizar las tareas para la casa y mantener la comunicacion con sus compañeras para apoyarse al desarrollarlas si fuera necesario

NOVENA SESION DE TRATAMIENTO

SESION NUEVE Habilidades sociales y tecnica de relajacion

- Revisión de las tareas para la casa
- Enlace con la sesión anterior
- **Practicar la técnica de autocontrol y de relajación muscular progresiva**
- Exploración sobre el mantenimiento o superación de las distorsiones cognoscitivas abordadas en sesiones anteriores practicando la asertividad
- Aprendiendo a decir NO con el abordaje de situaciones activadoras aplicando la resolución de problemas a dichas situaciones
- Asignación de las tareas para la casa
- Síntesis de la sesión

Revisión de las tareas para casa se inicia la sesión solicitando las tareas para la casa al igual que pidiendo que expliquen sus experiencias con las mismas y realizando ellas el enlace con la sesión anterior

Practicar la técnica de autocontrol y de relajación muscular progresiva en esta oportunidad se cambió el orden de la metodología de la sesión pidiéndoles que continuaran practicando los ejercicios de autocontrol y el ejercicio rápido de relajación en su fase de visualización y así lo hicieron. Las jóvenes refirieron que les agrado el cambio que se le dio al programa de terapia

Exploración de las distorsiones cognoscitivas abordadas en las primeras sesiones posteriormente se procede a realizar una exploración acerca de las distorsiones que aun persisten y aquellas que han sido superadas. Se enfatiza en la necesidad del uso del pensamiento positivo para lograr conductas más adaptativas a las situaciones que aun generan ansiedad. Luego se les explico la importancia de aprender a decir NO cuando surgen situaciones activadoras aplicando la técnica de resolución de problemas

Asignación de las tareas para casa las tareas asignadas fueron las que siguen

- **Tarea 1** practicar la relajacion y traer escrito su nivel emocional antes y despues de utilizar esta
- **Tarea 2** aplicar la tecnica de resolucion de problemas (autocontrol) a una situacion activadora

Sintesis de la sesion finalmente se hace el breve resumen de lo trabajado durante la sesion del dia enfatizando en la importancia de realizar las tareas

para casa y de que revisen constantemente todo lo tratado durante las diferentes sesiones y ponerlo en practica

DECIMA SESION DE TRATAMIENTO

SESION DIEZ Habilidades sociales y tecnicas de relajacion

- Revision de las tareas para la casa
- Enlace con la sesion anterior
- Explicacion sobre las actividades que pueden afectar el estado de animo en la adolescencia (actividades desagradables)
- Exposicion sobre autoestima («Piensa bien y sientete bien»)
- Practicar la tecnica de visualizacion
- Asignacion de tareas para la casa
- Sintesis de la sesion

Revision de las tareas para la casa se da inicio a la sesion con la revision de las tareas para la casa. Se le pidio a las participantes que leyeran sus tareas y dieran un ejemplo sobre la tarea 2 con el objetivo de observar el dominio de la tecnica de resolucion de problemas (autocontrol) cuando se les presento una situacion activadora. Posteriormente se realizo el enlace con la sesion anterior y una voluntaria resumio los temas tratados en la sesion anterior.

Explicacion sobre las actividades que pueden afectar el estado de animo en la adolescencia se pide una voluntaria para que exponga una situacion actual que sea activadora de pensamientos negativos y que por ende las actividades que realice sean consideradas como desagradables. Luego se llevo a cabo el debate de las mismas y se abordó el tema de la autoestima evaluando el grado de autopercepcion y autoaceptacion de las participantes. En esta

ocasion la dinamica consistian en que sus compañeras expresaban rasgos positivos unas de otras y el resto del grupo debia adivinar cual de ellas poseia dichas cualidades

Practicar la tecnica de visualizacion se les pidio que practicaran la tecnica de visualizacion y una vez que lo realizaron expusieron sus experiencias

Asignacion de tareas para la casa luego de la explicacion del tema se paso a la asignacion de las tareas para casa haciendo enfasis en la importancia de hacerlas durante la semana. Las tareas son las siguientes

- **Tarea 1** practicar la tecnica de visualizacion con situaciones activadoras o situaciones que han experimentado (valorar emocion y pensamiento)
- **Tarea 2** trabajar sobre sus creencias centrales y creencias intermedias (presunciones actitudes y reglas)

Sintesis de la sesion finalmente se hizo un breve resumen de lo trabajado en la decima sesion aclarando las dudas para lograr una mejor ejecucion de la tarea

DECIMA PRIMERA SESION DE TRATAMIENTO

SESION ONCE Reestructuracion cognoscitiva, integracion de lo aprendido

- Revision de las tareas para la casa
- Enlace con la sesion anterior
- Reestructuracion cognoscitiva tema «comprometida con mi salud fisica mental y emocional»
- Autoconfianza y autocontrol
- Utilizacion de la tecnica que mas les agrada
- Asignacion de tareas para la casa
- Sintesis de la sesion

Revision de las tareas para la casa se pidio al grupo que expusiera sus tareas luego de hacerlo y ofrecer reinformacion se les pidio a otras que hicieran lo mismo. Se insistio en la importancia de cumplir con las tareas asignadas puesto que en esa medida lograrán destreza en las tecnicas y herramientas

tanto cognitivas como conductuales que han aprendido. Cumplida la revisión pasamos al segundo punto.

Reestructuración cognoscitiva «Comprometida con mi salud física mental y emocional» se pasa a explicar la importancia de comprometerse a continuar aplicando los conocimientos brindados durante la terapia para lograr un equilibrio en sus vidas, entendiendo que como seres humanos no estamos exentos de que se nos presenten situaciones adversas, pero que la adquisición del conocimiento ayudara a superar esas adversidades logrando modificar pensamientos automáticos en alternativas más adaptativas.

Luego que cada participante brindara su aporte o experiencia se les pidió que mencionaran que pueden dejarle a la sociedad y como ayudaria a otros jóvenes a mejorar sus actitudes logrando integrar el material aprendido para luego aplicarlo en sus vidas.

Utilización de la técnica que más le agrade se les permitió a las participantes elegir la técnica que más les gustara exhortándolas a que describieran los pasos a seguir. Dos voluntarias sugirieron la técnica de relajación muscular progresiva con sus tres fases y el resto del grupo estuvo de acuerdo. Posteriormente se llevó a cabo la práctica de la técnica logrando comentarios satisfactorios sobre la realización de la misma.

Asignación de tareas para la casa se procedió entonces a asignar las tareas para la próxima sesión. Se asignaron 3 tareas que a continuación se describen:

- **Tarea 1** practicar la técnica de resolución de problemas con situaciones activadoras o problemas actuales. Valorar los pensamientos y las emociones.
- **Tarea 2** practicar la comunicación asertiva tanto en su casa como en el colegio exponiendo los pasos utilizados.
- **Tarea 3** practicar el registro de la triple columna (situación, pensamiento automático y el pensamiento alternativo) valorando la credibilidad en el pensamiento automático como las emociones.

Síntesis de la sesión se finalizó realizando un resumen breve de lo tratado en la sesión explicando el material brindado desde la primera sesión.

DECIMA SEGUNDA SESION DE TRATAMIENTO

SESION DOCE Modulo educativo, realimentacion

- Revision de las tareas para la casa
- Enlace con la sesion anterior
- Conclusiones / recomendaciones (exposicion y comentarios sobre
prevencion de recaidas)
- Aplicacion del postest (*Escala de ansiedad manifiesta en niños y adolescentes* y *Cuestionario de depresion infantil*)
- Resumen de la sesion

Revision de tareas para casa se revisaron las tareas de todas las pacientes aunque algunas no la completaron segun refirieron por compromisos escolares Se procedio a orientarlas para que las finalizaran

Enlace con la sesion anterior posteriormente a la revision de las tareas se procedio a pasar un vistazo a todas las tecnicas tanto cognitivas como conductuales que se trabajaron durante las diversas sesiones Ademas se les entregaron copias de dichas tecnicas y estrategias con el fin de que tuvieran claras las herramientas que pueden usar para combatir sus sintomas A continuacion se describen las tecnicas y estrategias revisadas

TECNICAS Y ESTRATEGIAS TRABAJADAS DURANTE LAS SESIONES DE TERAPIA

- 1 Reestructuracion cognoscitiva descubrir los pensamientos automaticos
- 2 Reestructuracion cognoscitiva reemplazar los pensamientos automaticos
- 3 Reestructuracion cognoscitiva reemplazar y/o eliminar las creencias centrales e intermedias (presunciones actitudes reglas)
- 4 Relajacion progresiva (respiracion tension muscular visualizacion)
- 5 Visualizacion
- 6 Reestructuracion familiar descubrir los pensamientos automaticos de los padres de familia y reemplazarlos por pensamientos adaptativos
- 7 Apoyo social (terapia de grupo)
- 8 Imaginacion
- 9 Resolucion de problemas
- 10 Conducta y comunicacion asertiva

Conclusiones/ recomendaciones, exposicion y comentarios sobre **prevencion de recaidas** se les explico sobre prevencion de recaida tomando en cuenta la vulnerabilidad propia de la etapa de la adolescencia

Aplicacion del postest luego de la lectura y explicacion del material antes mencionado pasamos a la aplicacion de la posprueba que nos permitira establecer o corroborar las hipotesis propuestas en la investigacion. Se entregaron las hojas a todas las participantes (8) se les dieron las instrucciones igual que en la preprueba y las participantes completaron sin dificultades la evaluacion

Resumen de la sesion para finalizar se hizo un resumen de lo trabajado en la sesion haciendo enfasis en la prevencion de recaidas terminando asi las sesiones de terapia

ANEXO N ° 3

**MATERIAL ENTREGADO A LAS
ADOLESCENTES EN LAS SESIONES**

MATERIAL ENTREGADO A LAS ADOLESCENTES
(Sesion inicial)

**REUNION DE INTRODUCCION AL PROGRAMA DE COMPETENCIAS DE
AFRONTAMIENTO**

Nombre PROGRAMA DE COMPETENCIAS DE AFRONTAMIENTO
(APLICACION DE UN PROGRAMA DE TERAPIA COGNITIVO CONDUCTUAL A ADOLESCENTES DE SEPTIMO GRADO QUE ASISTEN AL C E B G LA PRIMAVERA, DISTRITO DE SANTIAGO PROVINCIA DE VERAGUAS, AÑO 2016)

DE QUE SE TRATA

- 1 Se trata de enseñar a las participantes estrategias para resolver problemas de manera asertiva
- 2 Estas estrategias incluyen tecnicas para comprender las bases de muchos de sus problemas
- 3 Proporciona herramientas para abordar los problemas y reducir los niveles de ansiedad y depresion
- 4 Ayuda a los participantes a lograr un mejor control de sus vidas
- 5 Entrenamiento de competencias de autoayuda
- 6 Desarrollo de habilidades para mejorar las relaciones familiares

DURACION el programa se aplicara en 12 sesiones de 2 horas una vez por semana por un periodo de 3 meses. Las sesiones estan diseñadas para la participacion de cada estudiante en un ambiente grupal. una sesion contara con la participacion de los padres de familia y otra sesion estara constituida por la participacion tanto de los padres de familia como de las participantes. La ultima sesion esta programada para la evaluacion individual de cada participante. Las sesiones se llevaran a cabo en el C E B G La Primavera en horario matutino los martes.

VENTAJAS DEL GRUPO realizar terapias en grupo presenta las siguientes ventajas

- 1 **Aprendizaje vicario** observar a otros a realizar las tecnicas
- 2 **Promover la independencia** anima al participante a confiar en otras personas aparte del terapeuta

- 3 **Aprendizaje de los compañeros** darse cuenta de 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 publico** el hecho de declarar la intencion de cambio de la persona al grupo incrementa la probabilidad de que el cambio ocurra
- 6 **Estimulo a traves del exito de otros** el ver a otros superar sus problemas tienen un caracter inspirador

MITOS SOBRE INTERVENCIONES GRUPALES

- 1 **Tocar y sentir** no se obliga a nadie a hacer lo que no quiera. El ambiente es como el de un salon de clases es una experiencia didactica
- 2 **Menor costo, menor efectividad** este programa ha mostrado una alta eficacia en poblaciones moderadamente deprimidas y ansiosas en Estados Unidos Europa y otros lugares
- 3 **Problematicas identicas** este programa esta especialmente diseñado para la participacion de personas con un trastorno psicologico en comun que sin embargo posee diferencias individuales y familiares caracteristicas de cada participante
- 4 **Miedo a ser regañado en publico** el formato de este programa esta rigidamente estructurado y no permite criticas espontaneas ni inadecuadas por parte del terapeuta u otros participantes

COMPROMISOS DE LOS PARTICIPANTES

- 1 **Asistencia** cada sesion se construye sobre la base de las sesiones anteriores. Cada participante es importante no solo para su propia recuperacion sino para la de los otros miembros
- 2 **Puntualidad** al inicio de cada sesion se revisan las tareas asignadas de la sesion anterior y se explica lo programado para la presente sesion
- 3 **Tareas para la casa** el realizar las tareas asignadas afianza el aprendizaje. Estas pueden ser desde llevar un registro de actividades practicas de ejercicios aprendidos en las sesiones lecturas obligatorias y sugeridas (todo el material sera suministrado)
- 4 **Sistema de compañerismo** se emparejaran al azar con otro miembro del grupo y se comprometen a mantener contacto telefonico con su compañero asignado con el objeto de reforzar la realizacion de las tareas y servirse de apoyo. Su objetivo es recordar al participante que esta comprometido con un

programa de cambio que va mas alla de las sesiones semanales. Además se produce una sensación de pertenencia y camaradería con al menos otro miembro del grupo convirtiéndose en otra fuente de apoyo.

- 5 **Confidencialidad** es esencial para el éxito del grupo. Los participantes deben sentirse cómodos y seguros al revelar detalles de sus vidas. Está prohibido revelar nombres y problemáticas de sus compañeros.
- 6 **Participación** se estimula a los participantes a ser tan activos como les sea posible. Las investigaciones demuestran que los participantes más activos obtienen mejores beneficios del programa.
- 7 **Contrato y registro de asistencia** se registra la fecha de la sesión con sus actividades correspondientes.

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Santiago de Veraguas _____ de _____ de _____

En forma libre y voluntaria yo _____ con numero de identidad personal _____ acudiente de _____ acepto que mi hijo/a participe en la investigacion que tendra como objetivo mejorar los sintomas de ansiedad y depresion a traves de un programa de tratamiento cognitivo conductual en estudiantes de septimo grado del C. E. B. G. La Primavera que presentan un trastorno mixto ansioso depresivo y que se autolesionan. Este tratamiento estara a cargo de la Licda. Diana Mendez G. los resultados seran sustentados y publicados en la Universidad de Panama centro regional de Veraguas de esta provincia.

Habiendo sido informado(a) previamente de los objetivos, metodologia y beneficios que representara para mi acudido(a) acepto conforme.

Firma _____

Celular _____

**COMPROMISO DE PARTICIPACION EN EL PROGRAMA DE
COMPETENCIAS DE AFRONTAMIENTO (TERAPIA COGNITIVA
CONDUCTUAL)**

Por este medio los participantes y la Licda Diana Mendez G responsable de la aplicacion del programa de competencias de afrontamiento se comprometen a

lo siguiente

El participante acepta las siguientes condiciones

- 1 Asistir a todas las sesiones
- 2 Llegar a tiempo a las sesiones
- 3 Completar las tareas para realizar en casa
- 4 Mantener la confidencialidad de lo que se diga durante el desarrollo de las sesiones

Por otra parte la Licda Diana L Mendez G se compromete a

- 1 Guardar la confidencialidad de los participantes y de los problemas tratados
- 2 Mantener el respeto y consideraciones que merece cada participante
- 3 Utilizar los resultados de las evaluaciones unica y exclusivamente con fines investigativos
- 4 Revelar los resultados de la investigacion de forma que la identidad de los participantes sea mantenida en reserva

Nombre del participante _____ Firma _____

Fecha _____

Licda Diana L Mendez G
C I P 9 721 1850
Cod 2262

REGISTRO Y CONTRATO DE ASISTENCIA

Nombre _____ Fecha _____

SESIÓN	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Fechas												
Asistencia												
Puntualidad												
Tareas escritas												
Lecturas												
Dinámicas												
Contacto compañero/a												

Observaciones

CLAVE

+ Logrado

0 No obtenido

A/J Ausencia justificada

T/J Tardanza justificada

N/T No hizo la tarea

MATERIAL ENTREGADO EN LA SESIONES

PRIMERA SESION

Distorsiones cognoscitivas mas comunes en la ansiedad (Beck, 1985)

- 1 **Inferencia arbitraria vision catastrofica** consiste en la anticipacion o valoracion catastrofica no basada en evidencias suficientes acerca de ciertos peligros anticipados que se perciben como muy amenazantes por el sujeto
- 2 **Maximizacion** el sujeto incrementa las probabilidades del riesgo de dano
- 3 **Minimizacion** el sujeto percibe como muy disminuida su habilidad para enfrentarse con las amenazas fisicas y sociales

Distorsiones cognoscitivas mas comunes en la depresion (Beck, 1985)

- 1 **Inferencia arbitraria** (leer arriba)
- 2 **Abstraccion selectiva** consiste en centrarse en un detalle de la situacion ignorando otros aspectos de la situacion (vision de tunel) llegando a una conclusion general a partir de ese detalle
- 3 **Sobregeneralizacion** consiste en sacar una conclusion general y aplicarla a hechos particulares que son diferentes o no relacionados entre si
- 4 **Maximizacion y minimizacion** (leer arriba)
- 5 **Personalizacion** se refiere a la tendencia del paciente a relacionar acontecimientos externos (normalmente evaluados como negativos) como relacionados o referentes a el mismo sin que exista evidencia suficiente para ello
- 6 **Pensamiento dicotomico o polarizacion** se refiere a la tendencia a clasificar la experiencia en terminos extremos y opuestos sin tener en cuenta la evidencia de categorias intermedias. El paciente suele clasificarse en los extremos negativos (por ejemplo «incapaz frente a capaz»)

ANSIEDAD

La **ansiedad** (del latín *anxietas* angustia aflicción) es una respuesta de anticipación involuntaria del organismo frente a estímulos que pueden ser externos o internos tales como pensamientos ideas imágenes etc que son percibidos por el individuo como amenazantes y peligrosos y se acompaña de un sentimiento desagradable o de síntomas somáticos de tensión. Se trata de una señal de alerta que advierte sobre un peligro inminente y permite a la persona adoptar las medidas necesarias para enfrentarse a una amenaza.

La ansiedad adaptativa o no patológica es una sensación o un estado emocional normal ante determinadas situaciones y constituye una respuesta habitual a diferentes situaciones cotidianas estresantes. Por lo tanto cierto grado de ansiedad es incluso deseable para el manejo normal de las exigencias o demandas del medio ambiente. Únicamente cuando sobrepasa cierta intensidad en los que se desequilibra los sistemas que ponen en marcha la respuesta normal de ansiedad o se supera la capacidad adaptativa entre el individuo y el medio ambiente es cuando la ansiedad se convierte en patológica provocando un malestar significativo con síntomas físicos psicológicos y conductuales la mayoría de las veces muy inespecíficos.

Algunos de los síntomas de la ansiedad pueden ser

- Preocupaciones y tensiones excesivas
- Un poco realista en como ver los problemas
- Sentirse irritable
- Tensión en los músculos
- Sudar mucho
- Dificultad para concentrarse
- Náuseas
- Sentir que se tiene la necesidad de ir al baño frecuentemente
- Sentirse cansado
- Tener problema en coger el sueño
- Sentirse tembloroso
- Ser asustado fácilmente

DEPRESION

La **depresion** (del latin *depressio* que significa opresion encogimiento o abatimiento) es el diagnostico psiquiatrico que describe un trastorno del estado de animo transitorio o permanente caracterizado por sentimientos de abatimiento infelicidad y culpabilidad ademas de provocar una incapacidad total o parcial para disfrutar de las cosas y de los acontecimientos de la vida cotidiana. Los trastornos depresivos pueden estar en mayor o menor grado acompañados de ansiedad.

Este conjunto de sintomas afectan principalmente a la esfera afectiva como la tristeza constante el decaimiento la irritabilidad la sensacion de malestar impotencia o frustracion ante la vida y puede disminuir el rendimiento en el trabajo la escuela o limitar la actividad vital habitual independientemente de que su causa sea conocida o desconocida. Aunque ese es el nucleo principal de sintomas la depresion tambien puede expresarse a traves de afecciones de tipo cognitivo volitivo o incluso somatico. En la mayor parte de los casos el diagnostico es clinico aunque debe diferenciarse de cuadros de expresion parecida como los trastornos de ansiedad. La persona aquejada de depresion puede no vivenciar tristeza sino perdida de interes e incapacidad para disfrutar las actividades ludicas habituales asi como una vivencia poco motivada y mas lenta del transcurso del tiempo.

El origen de la depresion es multifactorial. En su aparicion influyen factores biologicos geneticos y psicosociales. Diversos factores ambientales aumentan el riesgo de padecer depresion tales como factores de estres psicosocial mala alimentacion permeabilidad intestinal aumentada intolerancias alimentarias inactividad fisica obesidad tabaquismo atopia enfermedades periodontales sueno y deficiencia de vitamina D.

Entre los factores psicosociales destacan el estres y ciertos sentimientos negativos (derivados de una decepcion sentimental la contemplacion o vivencia de un accidente asesinato o tragedia el trastorno por malas noticias pena contexto social aspectos de la personalidad el haber atravesado una experiencia cercana a la muerte) o una elaboracion inadecuada del duelo (por la muerte de un ser querido).

La depresion en la adolescencia puede tener importantes consecuencias sociales academicas y personales desde la incapacidad academica (ya que se

puede presentar un agotamiento que se vera reflejado en la falta de interes hacia uno mismo o incluso la desgana para la productividad lo cual no solo afectara a quien esta pasando por la depresion sino tambien a quienes lo rodean) hasta el suicidio Otros sintomas por los cuales se puede detectar este trastorno son cambio del aspecto personal enlentecimiento psicomotriz tono de voz bajo constante tristeza llanto facil o espontaneo disminucion de la atencion ideas pesimistas ideas hipocondriacas y alteraciones del sueño

Debemos diferenciar estar tristes que es algo normal y sano de la **depresion** patologica Podemos encontrarnos tristes por algo que sucedio o por momentos de fatiga y cansancio pero esto no quiere decir que se padezca una **depresion**

Si bien la depresion puede desarrollarse a partir un suceso sera normal un periodo **depresivo** en el cual se tramita un duelo y la situacion estresante que origina la **depresion** Si se resuelve mal este momento o no se tramita de la mejor forma la **depresion** puede perdurar y cronificarse como algo estable

SEGUNDA SESION

La escala SUDS (Unidades Subjetivas de Ansiedad) se emplea para comunicar el nivel de ansiedad experimentado de forma subjetiva Al emplear la escala evaluaras tu nivel de ansiedad desde 0 completamente relajado hasta 100 muy nervioso y tenso

Imaginate que estas completamente relajado y tranquilo Para algunas personas esto ocurre mientras descansan o leen un buen libro Para otras ocurre mientras estan en la playa o se encuentran flotando en el agua Da una puntuacion 0 a la manera en que te sientes cuando estas lo mas relajado posible

Luego imaginate una situacion en la que tu ansiedad es extrema Imagina el sentirte extremadamente tenso y nervioso Quizas en esta situacion tus manos se encuentran frias y temblorosas Puedes sentirte mareado o tembloroso o puedes sentirte cohibido Para algunas personas las ocasiones en las que se sienten mas nerviosas son aquellas en las que una persona cercana a ellas ha tenido un accidente cuando se ejerce una presion excesiva sobre ellos (exámenes trabajos etc) o cuando hablan delante de un grupo Da una puntuacion 100 a la manera en que te sientes en esa situacion

Ya has identificado los dos puntos extremos de la escala SUD. Imagina la escala entera (como una regla) que va desde 0 SUD completamente relajado hasta 100 SUD muy nervioso.

0 5 10 15 20 25 30 35 40 45 50 70 75 85 90 95 100

- Completamente
Totalmente

relajado
nervioso

Tienes ahora el rango entero de la escala para evaluar tu nivel de ansiedad. Para practicar como usar esta escala, escribe tu puntuación SUD en este momento.

La puntuación SUD la puedes utilizar para evaluar las situaciones sociales con las que te encuentres en la vida real. El método de relajación que has aprendido te servirá para disminuir tu puntuación en la escala SUD. La experiencia de altos niveles de ansiedad es desagradable para la mayoría de la gente. Además, la ansiedad puede inhibirte para decir lo que quieres y puede interferir con la forma en que expresas el mensaje.

La cantidad que sea capaz de reducir tu puntuación SUD en cualquier situación dependerá de una serie de factores, incluyendo el nivel de ansiedad que experimentas, generalmente, que puntuación SUD tenías inicialmente, que tipo de conducta se requiere y la persona a quien diriges el comentario. No pensamos que tu objetivo sea alcanzar un 0 o un 5 en todas las situaciones. Tu objetivo será reducir tu nivel de SUD hasta un punto en que te sientas lo suficientemente cómodo/a para expresarte.

Para practicar el empleo de la puntuación SUD, se pueden describir una serie de situaciones. Para cada situación, escucha la descripción de cada escena y luego imagínate que te está sucediendo esa situación. Después de que te imagines la situación, escribe la cantidad de ansiedad (puntuación SUD) que sientes. Cuando te imagines en esa situación, intenta describir como te sentirías si estuviera ocurriendo realmente. Finalmente, si estuvieras nervioso/a o tenso/a mientras te imaginas la escena, intenta fijarte en esas partes de tu cuerpo en las que sientes más ansiedad. ¿Sentías el estómago tenso? ¿Sentías un nudo en la garganta? ¿Tenías las manos frías o sudorosas? ¿Te dolía la cabeza? ¿Tenías movimientos nerviosos en los párpados? Si localizas el área o las áreas en las que te sientes más tenso/a, puedes emplear mejor los ejercicios de relajación (Cotler y Guerra, 1976, en Barrios P., páginas 123 y 124).

CUARTA SESION

TECNICA DE RELAJACION

Relajacion muscular progresiva de Jacobson

La relajacion muscular progresiva es una tecnica de tratamiento del estres desarrollada por el fisioterapeuta Edmund Jacobson en los primeros años 1920. Jacobson argumentaba que ya que la tension muscular acompaña a la ansiedad, uno puede reducir la ansiedad aprendiendo a relajar la tension muscular.

Pasos para relajarse

Sentarse en una silla confortable seria ideal que tuviese reposabrazos. Tambien puede hacerse acostandose en una cama. Ponerse tan comodo como sea posible (no utilizar zapatos ni ropa apretada) y no cruzar las piernas. Hacer una respiracion profunda completa, hacerlo lentamente una y otra vez. Despues alternativamente tensamos y relajamos grupos especificos de musculos. Despues de tensionar un musculo, este se encontrara mas relajado que antes de aplicar la tension. Debemos concentrarnos en la sensacion de los musculos, especificamente en el contraste entre la tension y la relajacion. Con el tiempo se reconocera la tension de un musculo especifico y de esta manera seremos capaces de reducir esa tension.

No se deben tensar musculos distintos que el grupo muscular que estamos trabajando en cada paso. No mantener la respiracion, apretar los dientes o los ojos. Respirar lentamente y uniformemente y pensar solo en el contraste entre la tension y la relajacion. Cada tension debe durar unos 10 segundos, cada relajacion otros 10 o 15 segundos. Contar «1 2 3 »

Hacer la secuencia entera una vez al dia hasta sentir que se es capaz de controlar las tensiones de los musculos. Hay que ser cuidadoso si se tienen agarrotamientos musculares, huesos rotos, etc. que hacen aconsejable consultar previamente al medico.

- 1 **Manos** Apretar los puños, se tensan y destensan. Los dedos se extienden y se relajan despues.

- 2 **Biceps y triceps** Los biceps se tensan (al tensar los biceps nos aseguramos de no tensar las manos para ello agitamos las manos antes despues relajamos dejandolos reposar en los apoyabrazos Los triceps se tensan doblando los brazos en la direccion contraria a la habitual y despues se relajan
- 3 **Hombros** Tirar de ellos hacia atras (ser cuidadoso con esto) y relajarlos
- 4 **Cuello (lateral)** Con los hombros rectos y relajados doblar la cabeza lentamente a la derecha hasta donde se pueda despues relajar Hacer lo mismo a la izquierda
- 5 **Cuello (hacia adelante)** Llevar el menton hacia el pecho despues relajarlo (Llevar la cabeza hacia atras no esta recomendado)
- 6 **Boca (extender y retraer)** Con la boca abierta extender la lengua tanto como se pueda y relajar dejandola reposar en la parte de abajo de la boca Llevar la lengua hasta tan atras como se pueda en la garganta y relajar
- 7 **Lengua (paladar y base)** Apretar la lengua contra el paladar y despues relajar Apretarla contra la base de la boca y relajar
- 8 **Ojos** Abrirlos tanto como sea posible y relajar Estar seguros de que quedan completamente relajados los ojos la frente y la nariz despues de cada tension
- 9 **Respiracion** Inspira tan profundamente como sea posible y entonces toma un poquito mas de aire espira y respira normalmente durante 15 segundos Despues espira echando todo el aire que sea posible entonces espira un poco mas respira normalmente durante 15 segundos
- 10 **Espalda** Con los hombros apoyados en el respaldo de la silla tira tu cuerpo hacia adelante de manera que la espalda quede arqueada relaja Hay que ser cuidadoso con esto
- 11 **Gluteos** Tensalas y eleva la pelvis fuera de la silla relaja Aprieta las nalgas contra la silla relaja
- 12 **Muslos** Extiende las piernas y elevarias 10 centimetros No tenses el estomago relajalo Aprieta los pies contra el suelo relajalos
- 13 **Estomago** Tirar de el hacia dentro tanto como sea posible relajar completamente Tirar del estomago hacia afuera relajar
- 14 **Pies** Apretar los dedos (sin elevar las piernas) relajar Apuntar con los dedos hacia arriba tanto como sea posible relajar
- 15 **Dedos** Con las piernas relajadas apretar los dedos contra el suelo relajar Arquear los dedos hacia arriba tanto como sea posible relajar

BENEFICIOS DE LA RELAJACION

La relajacion es un estado de conciencia en muchas ocasiones se define como un estado del cuerpo en que los musculos estan en reposo Sin embargo en las personas deprimidas el reposo no suele ir acompañado de una experiencia consciente de felicidad La relajacion es mucho mas es un estado de conciencia que se busca voluntaria y libremente con el objetivo de percibir los niveles mas altos que un ser humano puede alcanzar de calma paz felicidad alegría

La practica diaria de la relajacion nos aporta multiples beneficios

- Aumento del nivel de conciencia
- Disminucion de la ansiedad
- Aumento de la capacidad de enfrentar situaciones estresantes
- Aumento de la capacidad de concentracion y de la memoria
- Mayor nivel de reposo Descanso mas profundo
- Mas salud
- Mas resistencia frente a las enfermedades
- Aumento del nivel de energia vitalidad
- Predominio de los pensamientos positivos
- Disminucion del estres
- Incremento de la habilidad para relajarse cada vez que lo necesite
- Sintonizacion armonica de la mente y el cuerpo
- Aumento de la tendencia natural de conocerse a si mismo
- Incremento de la capacidad creativa
- Mayor capacidad de aprendizaje
- Tendencia creciente al mejoramiento de la autoimagen positiva
- Aumento de la confianza en si mismo
- Aumento de la recuperacion fisica y mental
- Mejora en la calidad del sueño
- Mejora de la capacidad de recordar datos

QUINTA SESION

ENTRENAMIENTO EN HABILIDADES SOCIALES

El entrenamiento en habilidades sociales es un procedimiento de intervención que integra un conjunto de técnicas derivadas de las teorías de aprendizaje social de la psicología social de la terapia de conducta y de la modificación de conducta y que se aplica para que las personas adquieran habilidades que les permitan mantener interacciones más satisfactorias en las diferentes áreas sociales de su vida. Los orígenes del entrenamiento en habilidades sociales se atribuyen a Salter que habla de 6 técnicas para aumentar la expresividad de las personas: expresión verbal y facial de las emociones, empleo deliberado de la primera persona al hablar, estar de acuerdo cuando se reciben cumplidos o alabanzas, expresar desacuerdo y la improvisación y actuación espontáneas.

Las habilidades sociales son importantes en la medida en que las conductas manifestadas por una persona en una situación de interacción social se pueden corregir a través de modificaciones en determinados objetivos.

Hay que tener en cuenta varios aspectos de las habilidades sociales. Se trata de características de la conducta y no de la persona. No son universales sino específicas de la persona y de la situación y se debe tener en cuenta el contexto cultural donde se producen. Son comportamientos aprendidos que pueden mejorarse a través de experiencias de aprendizaje adecuadas. Estos consisten en observar a quienes ejecutan adecuadamente las conductas, practicarlas, corregirlas, ir perfeccionando las propias ejecuciones, recibir reforzamiento por las ejecuciones adecuadas y practicar lo más posible en situaciones reales y variadas. Este proceso de aprendizaje se desarrolla en la vida cotidiana y en muchas ocasiones no consiguen que el individuo adquiera las habilidades necesarias para su adecuada adaptación social.

El entrenamiento en habilidades sociales consistiría en un paquete de tratamiento en donde se trabajarían:

Estrategias a entrenar: instrucciones, modelado, ensayo de conducta.

Reduccion de la ansiedad (desensibilizacion sistematica) se suele conseguir de forma indirecta siendo la aprendida una conducta incompatible con la respuesta de ansiedad (ej relajacion)

Reestructuracion cognitiva

Entrenamiento en solucion de problemas

Estrategias a entrenar para mantener y manejar relaciones sociales

Preguntas con final cerrado/abierto es mejor hacer preguntas abiertas pues el que responde tiene un elevado grado de libertad para decidir que contestar

La mirada si miramos a nuestro interlocutor conseguiremos mayor respuesta que si estamos mirando hacia otro lado. Esto es un indicador de que seguimos la conversacion y de que nos interesa. Sin embargo hay que tener en cuenta que un exceso de contacto ocular muy fijo y continuo puede resultar molesto a nuestro interlocutor. Si retiramos la mirada estamos indicando desinteres, timidez, sumision o sentimientos de superioridad.

La postura la postura es la posicion que adoptan los miembros (brazos y piernas) de una persona con respecto al cuerpo, los cuales influyen en la disposicion que tiene este en el espacio. La postura de nuestro cuerpo es algo que nuestro interlocutor percibe a simple vista y que conlleva un mensaje. El tener los brazos cruzados se ha asociado con una actitud defensiva, mientras que la distension y relajacion de los brazos trasmite una actitud confiada. El mantener una conversacion con alguien que mantiene sus brazos cruzados puede indicarnos que la persona no pretende cambiar sus planteamientos.

La escucha la escucha activa se da cuando manifestamos ciertas conductas que indican que claramente estamos prestando atencion a la otra persona, como verbalizaciones cortas, asentimientos de cabeza, sonrisas, contacto ocular directo, postura atenta.

Las pausas terminales cuando se agota un tema de conversacion superficial se produce una larga pausa en donde no hay ningun tipo de reaccion. Si no se rescata la conversacion esta se terminara o vagara sin

rumbo. Una forma de rescatarla sería una frase de este tipo «a propósito de lo que estuvimos hablando antes de todo esto»

Los silencios todas las conversaciones conllevan periodos breves de silencio. Hay que saber manejar la ansiedad causada por ellos normalizando la situación y atribuyendo nuestra ansiedad no al silencio sino a nuestras autoverbalizaciones negativas hacia el

OCTAVA SESION

CONDUCTA ASERTIVA

El término asertividad fue utilizado por primera vez por Wolpe en 1958 como «expresión adecuada dirigida hacia otra persona de cualquier emoción que no sea la respuesta de ansiedad». Por su falta de claridad en su concepto se entendió en un inicio como agresividad, atrevimiento social por lo que se abandonó de manera progresiva ese término denominándolo a fines de los años 70 como *habilidades sociales*.

Según Paula Pérez (2000) la tendencia actual considera la asertividad como un comportamiento de defensa de los derechos y opiniones personales y de respeto a los derechos y opiniones de los demás, así como el autorrefuerzo y el refuerzo de los demás. Este concepto tiene mucha relación con la autoestima. El término *asertividad* actualmente es considerado parte importante de las conductas que integran dentro de las habilidades sociales. Según Novell y coautores, la asertividad puede ser entendida como un modelo de relación interpersonal que permite establecer relaciones gratificantes y satisfactorias tanto con uno mismo como con los demás. Ellos conciben la interacción asertiva como un conjunto de habilidades relacionales que favorecen y potencian las relaciones intra e interpersonales. Consideradas como habilidades, pueden aprenderse y potenciarse mediante un entrenamiento adecuado, dado que no son rasgos estables de las personas sino que constituyen posibles estilos de relación que las personas pueden emplear en sus interacciones con los demás.

Kelly (1992) define asertividad como «la capacidad de un individuo para transmitir a otra persona sus posturas, opiniones, creencias o sentimientos de

manera eficaz y sin sentirse incomodo» Segun los autores antes mencionados el desempeño de la habilidad de la asertividad puede dar lugar a la aceptación asertiva y a la oposición asertiva. La primera se refiere a la habilidad de un individuo para transmitir calidez y expresar cumplidos u opiniones a los demás cuando la conducta positiva de estos lo justifica. Los componentes de este tipo de habilidad son los siguientes: el afecto, las expresiones de elogio/aprecio, la expresión de sentimientos personales y la conducta positiva recíproca. La

oposición asertiva difiere de las formas de competencia social en cuanto a que no va dirigida principalmente a establecer nuevas relaciones sociales, mas bien sirve para impedir la pérdida de reforzamiento, es decir, el individuo se opone o rechaza la conducta inaceptable del antagonista y trata de conseguir una conducta mas aceptable en el futuro. En resumen plantea Kelly (1992, pagina 176) « el objetivo de la oposición asertiva es comunicar tranquilamente nuestros sentimientos e invitar al antagonista a que cambie su conducta, no es descargar comentarios beligerantes sobre el otro». Los componentes conductuales de esta habilidad son el contacto visual, afecto y volumen de la voz, la comprensión de lo que el otro dice o expresión del problema, el desacuerdo y la petición de un cambio de conducta o propuesta de solución.

Beneficios

Segun Sheldon y Burton (2004) comportarse con asertividad permite a la persona expresar sus necesidades, pensamientos y sentimientos con sinceridad y sin ambages, aunque sin violar los derechos de los demás, señalan además que cuando se aprende a actuar con asertividad se puede proceder ante los propios deseos y necesidades al tiempo que se toman en consideración los sentimientos de los demás. Actuar con asertividad permite

- Mejorar la autoestima al expresarse de manera honesta y directa
- Obtener confianza experimentando el éxito derivado de ser firme
- Defender los derechos propio cuando sea necesario
- Negociar provechosamente con los demás
- Fomentar el crecimiento y realización personales
- Adoptar un estilo de vida en el que pueda proceder ante los propios deseos y necesidades sin conflictos
- Responsabilizarse de la calidad de las relaciones existentes con los demás

Por lo tanto, el comportamiento asertivo se centra en resolver los problemas interpersonales a través de una acción directa.

Los principios básicos de la asertividad son

- **Ser directo** significa comunicar sentimientos creencias y necesidades directamente y en forma clara
- **Ser honesto** la honestidad significa expresar verdaderamente los sentimientos opiniones o preferencias sin menosprecio de los otros ni de si mismo. Esto no significa decir todo lo que pasa por la mente o dar toda la información considerada como privada
- **Ser apropiado** toda comunicación por definición involucra al menos dos personas y ocurre en un contexto particular. Así una comunicación asertiva necesita un espacio un tiempo un grado de firmeza una frecuencia etc.
El lenguaje corporal cara colorada de enojo moviendo la cabeza con disgusto de un lado a otro tono de voz desdeñoso (agresivo) Ejemplo «No estoy de acuerdo contigo tonto Provocame y te me »
 Un tono sereno de voz contacto directo de los ojos lenguaje expresivo (asertivo) Ejemplo «Estoy de acuerdo contigo»
 Un tono de voz débil la mano cubriendo la boca evitando el contacto visual (no asertivo) Ejemplo «No tengo derecho a decir esto Estoy en desacuerdo conmigo mismo y me siento tonto»

CARACTERÍSTICAS DE LA PERSONA ASERTIVA

- **Se siente libre de manifestarse como es** «ESTE SOY YO» «Esto lo que yo siento pienso y quiero»
- **Puede comunicarse con la gente de cualquier nivel** con extraños amigos y familia Esta comunicación es siempre abierta directa sincera y apropiada
- **Se orienta activamente hacia la vida** va detrás de lo que quiere En contraste con la persona pasiva que espera que las cosas sucedan hace que las cosas sucedan
- **Actúa de forma que se respeta a si mismo** acepta sus limitaciones consciente de que no siempre puede ganar y sin embargo siempre se esfuerza por hacer el bien de tal manera que gane pierda o se retire conserva su AUTOESTIMA

TECNICA DE RESOLUCION DE CONFLICTOS

DEFINICION DEL CONFLICTO

Existe un conflicto cuando se atenta contra nuestros derechos o cuando se atenta contra nuestra integridad física

HABILIDADES PARA EL MANEJO DEL CONFLICTO

1 Ganese a quien lo atienda

- Haga contacto visual directo con quien lo atienda
- Salude al vendedor con un «buenos días» o «buenas tardes»
- Diga lo que quiere en forma directa clara y especifica
- Manifieste claramente que necesita que lo atiendan
- Utilice la expresion «por favor» dentro de los primeros 30 segundos de intercambio

2 Pida lo que quiere

- Este seguro de lo que realmente quiere y pidalo sin vacilar no suponga que quien le atiende adivina su pensamiento
- Si lo requiere especifique el plazo en el que necesita el servicio
- Asegurese de que quien lo atiende tenga la autoridad para hacer lo que usted pide
- Sea especifico en cuanto a los detalles que puedan diferir de la norma

Utilice los recursos de quien lo atiende, preguntandole

- ¿Que me recomienda usted?
- ¿Tiene alguna sugerencia?
- ¿Que haria si estuviera en mi caso?
- ¿Que me conviene hacer ahora?

Para reafirmar su mensaje

Utilice la comunicacion no verbal

- 1 Mantenga contacto ocular con su interlocutor
- 2 Mantenga una posicion erguida del cuerpo
- 3 Hable de forma clara audible y firme
- 4 No hable en tono de lamentacion ni en forma apologista
- 5 Utilice gestos expresiones del rostro y ademanes

Para no obstaculizar la comunicacion

- 1 Evite ser dominante
- 2 Evite el uso del sarcasmo

- 3 No utilice su poder para amenazar a alguien
- 4 Evite el enojo
- 5 No realice jamas un ataque personal
- 6 Trate de no perder la calma ni actuar de forma temerosa
- 7 Evite adoptar una posicion extrema de la que no pueda salir
- 8 No pierda la paciencia
- 9 No fume no tome cafe ni ingiera ningun alimento durante la entrevista
- 10 No use lentes para el sol mientras conversa

DECIMO PRIMERA SESION

TECNICAS Y ESTRATEGIAS TRABAJADAS DURANTE LAS SESIONES DE TERAPIA

- 1 Reestructuracion cognoscitiva descubrir los pensamientos automaticos
- 2 Reestructuracion cognoscitiva reemplazar los pensamientos automaticos
- 3 Reestructuracion cognoscitiva reemplazar y/o eliminar las creencias centrales e intermedias (presunciones actitudes reglas)
- 4 Relajacion progresiva (respiracion tension muscular visualizacion)
- 5 Visualizacion
- 6 Apoyo social (terapia de grupo)
- 7 Imaginacion
- 8 Resolucion de problemas
- 9 Comunicacion asertiva
- 10 *Role playing*

DECIMO SEGUNDA SESION

PREVENCION DE RECAIDAS

Segun el modelo teorico de prevencion de recaidas propuesto por Marily Gordon (1980 1985) la recaida se produce al exponerse el sujeto a una situacion de riesgo sin ser capaz de responder con las estrategias de afrontamiento pertinentes para garantizar el mantenimiento de su buen estado de salud

De acuerdo con varios investigadores uno de los factores que influye tremendamente en el éxito del tratamiento es la motivación y el interés que la persona muestre ante dicho tratamiento. Cuando las personas poseen estrategias de afrontamiento disponible incrementan la sensación de autocontrol y por ende de tener las cosas bajo control. Además, el ensayo mental de las respuestas de afrontamiento en una situación de alto riesgo puede favorecer los sentimientos de autoeficacia, disminuyendo con esto la posibilidad de recaída.

Aspectos importantes para la prevención de recaídas

- 1 Aprender a identificar aquellos sucesos y comportamientos que anteceden a un proceso de recaída con el objeto de hacer más fácil su control.
- 2 Aprender a identificar las situaciones que con mayor probabilidad los llevan o pueden llevarlos a la manifestación de los síntomas.
- 3 Reconocer que los pensamientos son mediadores entre la situación y el sentimiento. Identificar aquellos pensamientos que con mayor probabilidad van a generar estados emocionales negativos.
- 4 Reconocer los sentimientos como señales para el cambio de conducta. Aprender a observar las propias respuestas fisiológicas de los sentimientos.
- 5 Aprender a anticipar y valorar las consecuencias que se derivan de nuestras conductas.
- 6 Proporcionar estrategias de control, evitación y escape ante situaciones identificadas como de alto riesgo.
- 7 Parada de pensamientos y cambio de actividad ante pensamientos molestos y repetitivos.

Fuentes consultadas

- 1 JACKSON STANLEY W (2010) **Historia de la melancolía y la depresión** Madrid Turner
- 2 AYUDO GUTIERREZ J L (2013) **Trastornos afectivos** Manual de psiquiatría Madrid Karpos
- 3 HARTMAN FITHIAN SALTER (2005) **Principios asertivos** Adaptación de la dinámica del espejo creada por el Dr Fernando Bianco Colmenares en el año 1975 Bilbao Desclee De Bro uwen
- 4 TAYLOR S E (2003) (6^a ed) **Psicología de la salud** Mexico Editorial M^cGraw Hill 558 paginas

ANEXO N° 4

ENTREVISTAS CLINICAS

**(FORMATO DE ENTREVISTA PSICOLOGICA PARA NIÑOS Y
ADOLESCENTES DE AMILCAR VALLADARES)**

Entrevista clinica n ° 1

DATOS GENERALES

Nombre A S D

Lugar y fecha de nacimiento Santiago 13 de octubre de 2003

Edad en años y meses 13 años Sexo femenino

Direccion y telefono U V F

Grado escolar 7 ° Escuela La Primavera

Estado actual (motivo de consulta) «Desde pequeña soy rara nadie me entiende tengo pocas amigas mi mama dice que yo debo estar feliz porque no me falta nada y la relacion familiar es buena pero yo sigo sintiendo un vacio dentro de mi No me gusta salir muchas cosas me molestan me lastimaba cuando no podia controlar mi angustia y me encerraba en mi cuarto y entonces lo hacia Me cortaba en las muñecas para aliviar ese dolor y esa soledad Cuando estoy frente a la gente me siento tensa casi no puedo hablar o mi voz no se escucha Todos mis compañeros se burlan de mi porque soy rara»

HISTORIA FAMILIAR

Padre L A D Edad 46 años

Ocupacion Ayudante general en un restaurante de comida rapida

Adicciones No refiere

Relaciones con la niña Estable mucha

Madre M E D Edad 41 años

Ocupacion Independiente

Adicciones No refiere

Relaciones con la niña Estable mucha

Relaciones de pareja Regular

Hermanos sexo y edad C D (masculino 19 años) V D (femenina 15 años)

Relaciones con la niña (cada hermano) Estable mucha

Antecedentes familiares

Antecedentes medicos No refiere

Antecedentes psiquiatricos No refiere

Antecedentes toxicos No refiere

Reaccion de los padres ante el problema de su hija Mostraron preocupacion y atencion en las necesidades de su hija

HISTORIA PERSONAL

Antecedentes

Embarazo A termino Hija deseada Si

Dificultades prenatales (medicas intentos de aborto psicologicas) Ninguna

Periodo perinatal Parto vaginal sin complicaciones aparentes

Peso al nacer 7 libras Talla al nacer 52 cm

Lactancia maternal hasta los 24 meses con biberon hasta 4 anos

Tipos de semisolidos introducidos Papillas y cereales

Tipos de solidos introducidos Arroz menestras pollo

Problemas de alimentacion al nacer y hasta el primer año Ninguna

Dificultades para dormir Ninguna

Reacciones de la niña Tranquila

Edad de gateo 6 meses Edad de ponerse en pie 9 meses

Edad al caminar 11 meses Inicio del lenguaje 6 meses

Enfermedades medicas No refiere

Hospitalizaciones y cirugias No refiere

Problemas visoperceptivomotores No refiere

Antecedentes escolares

Nivel escolar Primer ciclo Índice academico 4.0 Escuela La Primavera

¿Como fue el proceso de adaptacion a la escuela? Regular

Problemas escolares (academicos conductuales) No refiere

¿Que le gusta mas de la escuela? Dibujar y pintar

¿Que no le gusta de la escuela? La vigilancia excesiva

¿Como es con las tareas? Responsable

¿Como maneja los utiles escolares? Bien

¿Que problemas posee a nivel de lectura escritura calculo? No refiere

¿Como se relaciona con los profesores? Bien

¿Como se relaciona con los compañeros? Regular

Aspectos de socializacion y afectivos

¿Hace amigos con facilidad? No ella es poco comunicativa y pasiva

¿De que edad son los companeros con los que se relaciona? De 12 a 13 años

¿Que tipo de juegos realiza? Solamente conversan

¿Que hace con otras companeras? Hablar de musica y de celulares

¿Como se relaciona con los adolescentes de otro sexo? Muy poco

¿Por que cosas se pelea con otros adolescentes? Uso de la television

¿Que la hace feliz? Usar el celular y pasear

¿Que la entristece? Que la ignoren y no la tomen en cuenta

¿Que la enoja? Que le llamen la atencion

¿Sobre que aspectos pregunta con mayor frecuencia? Su aspecto fisico

¿Que tan bien se baña se viste come duerme en la actualidad? Normal

Intereses y pasatiempos

- ¿Que le gusta hacer en su tiempo libre? Ver television y escuchar musica
- ¿Que hace cuando esta sola? Escuchar musica usar el celular para chatear
- ¿Que no le gusta hacer? Ordenar su cuarto y los quehaceres del hogar
- ¿Que tipo de deportes le gustan? Ninguno
- ¿Cuales son sus juegos favoritos? ¿alguna vez ha jugado al doctor o a la mama y papa? Cuando era pequeña si
- ¿Que programas de television mira? Farandula musica peliculas modernas

Desarrollo psicosexual

- Destete A los 2 años ¿Que tipo de alimentos prefiere? Frituras y bebidas
- ¿Alguna vez ha dejado de alimentarse? No
- Control anal 2 años Vesical diurno 18 meses Vesical nocturno 24 meses
Tecnica Ninguna
- ¿Que reacciones posee ante la defecacion? Agrado
- Succion del dedo No Masturbacion No
- ¿Con quien duerme? Sola en su cama comparte el cuarto con su hermana
- ¿Alguna vez ha observado actos sexuales? No
- ¿Que conocimientos tiene acerca de la sexualidad? Poca lo esencial
- Informacion sexual adquirida y fuentes Su sexualidad y cuidado personal/ fuente padres – escuela

Preadolescencia y adolescencia

- Menarquia 12 años Experiencia Normal
- Reacciones emocionales propias de la adolescencia Timida ansiosa

Noviazgo No refiere

Aceptacion familiar o restriccion familiar ante el noviazgo No refiere

Sintomas neuroticos

Pesadillas No Terrores nocturnos No Sonambulismo No Berrinches No

Regresiones No Enuresis No Encopresis No Onicofagia No Mentira No

Tricotilomania No Problemas de lenguaje no Tics No Convulsiones No

Robo No

Castigos

¿Quien es el responsable de la disciplina? Madre y padre

¿Que comportamientos le molestan? Irresponsabilidad en sus asignaciones escolares y que algunas veces no escucha y no obedece

¿Que tipo de castigos utiliza frecuentemente? Regaño

Observaciones finales

A S D es introvertida poco expresiva y afectiva ansiosa y frecuentemente se le observa triste y poco motivada a realizar las actividades cotidianas duerme mas de lo habitual y evita relacionarse con otros companeros porque siente que sus habilidades son inferiores a la de sus companeros de clases

Hace 3 meses se autolesiono debido a la sintomatologia ansiosa depresiva que presentaba

Diagnostico F33.1 trastorno mixto ansioso depresivo

Entrevista clinica n ° 2

DATOS GENERALES

Nombre K E M

Lugar y fecha de nacimiento Santiago 5 de febrero de 2004

Edad 12 años sexo Femenino

Direccion B S E

Grado escolar 7 ° Escuela La Primavera

Estado actual (motivo de consulta) «Desde los 9 años me he cortado en las manos porque ha sido para mí la forma de sentirme tranquila cuando tengo problemas con mis amigos cuando mis papas me dicen que haga algo y no lo quiero hacer Todos estos años me he sentido triste y no se por qué muchas veces me quedo acostada en la cama sin tener ganas de levantarme o de estudiar A veces siento un temor intenso las manos se me ponen frías cuando tengo que hacer un ejercicio En primaria era cuadro de honor pero ahora me siento tan mal porque mis notas son bajas y porque no puedo volver a ser la misma chica que era en ese tiempo»

HISTORIA FAMILIAR

Padre S J M Edad 51 años

Ocupacion Independiente Adicciones No refiere

Relaciones con la niña Estable

Madre M L G Edad 46 años

Ocupacion Administradora del hogar Adicciones No refiere

Relaciones con la niña Estable mucha

Relaciones de pareja Regulares

Hermanos sexo y edad J M (masculino 25 años) T M (Femenina 18 años)

Relaciones con la niña (cada hermano) Estable mucha

Antecedentes familiares

Medicos No refiere

Psiquiatricos Tía materna con depresiones recurrentes

Toxicos No refiere

Reaccion de los padres ante el problema de su hija Mostraron preocupacion

HISTORIA PERSONAL

Antecedentes

Embarazo A termino Hija deseada Si

Dificultades prenatales (medicas intentos aborto psicologicas) Ninguna

Periodo perinatal Parto vaginal sin complicaciones aparentes

Peso al nacer 6 libras Talla al nacer 49 cm

Lactancia maternal hasta los 6 meses con biberon hasta 2 años

Tipos de semisolidos introducidos Cereales

Tipos de solidos introducidos Arroz menestras carne

Problemas de alimentacion al nacer y hasta el primer año Ninguna

Dificultades para dormir Hasta los 5 años

Reacciones de niña Intranquila

Edad de gateo 8 meses Edad de ponerse en pie 12 meses

Edad al caminar 14 meses Inicio del lenguaje 12 meses

Enfermedades medicas No refiere

Hospitalizaciones y cirugias No refiere

Problemas visoperceptivomotores No refiere

Antecedentes escolares

Nivel escolar Primer ciclo Indice academico 3 4 Escuela La Primavera

¿Como fue el proceso de adaptacion a la escuela? Regular

Problemas escolares Conductuales y academicos

- ¿Que le gusta mas de la escuela? Poder hablar con las amigas
- ¿Que no le gusta de la escuela? Exponer algun tema frente a sus compañeros/as
- ¿Como es con las tareas? Irresponsable
- ¿Como maneja los utiles escolares? Bien
- ¿Que problemas posee a nivel de lectura escritura calculo? No refiere
- ¿Como se relaciona con los profesores? Bien
- ¿Como se relaciona con los compañeros? Bien

Aspectos de socializacion y afectivos

- ¿Hace amigos con facilidad? Si
- ¿De que edad son los companeros con los que se relaciona? De 12 a 14 años
- ¿Que tipo de juegos realiza? Poco deporte
- ¿Que hace con otras companeras? Hablar de musica
- ¿Como se relaciona con los adolescentes de otro sexo? Normal
- ¿Por que cosas se pelea con otros adolescentes? El uso del celular
- ¿Que la hace feliz? Usar el celular
- ¿Que la entristece? Que no la dejen salir con sus amigas
- ¿Que la enoja? Que le llamen la atencion
- ¿Sobre que aspectos pregunta con mayor frecuencia? Su apariencia
- ¿Que tan bien se baña se viste come duerme en la actualidad? Normal

Intereses y pasatiempos

- ¿Que le gusta hacer en su tiempo libre? Escuchar musica
- ¿Que hace cuando esta sola? Dormir y ver television

¿Que no le gusta hacer? Ordenar su cuarto

¿Que tipo de deportes le gustan? Futbol

¿Cuales son sus juegos favoritos? ¿Alguna vez ha jugado al doctor mama y papa? Cuando estaba pequeña si

¿Que programas de television mira? Farandula y peliculas modernas

Desarrollo psicosexual

Destete 6 meses ¿Que tipo de alimentos prefiere? Arroz ensaladas pollo

¿Alguna vez ha dejado de alimentarse? No

Control anal 3 años vesical diurno 24 meses Vesical nocturno 6 meses tecnica Ninguna

¿Que reacciones posee ante la defecacion? Agrado

Succion del dedo Si Masturbacion No

¿Con quien duerme? Sola en su cama comparte el cuarto con su hermana

¿Alguna vez ha observado actos sexuales? No

¿Que conocimientos tiene acerca de la sexualidad? Lo necesario

Informacion sexual adquirida y fuentes Su sexualidad / fuente padres escuela

Preadolescencia y adolescencia

Menarquia 11 años experiencia Normal

Reacciones emocionales propias de la adolescencia Ansiedad conducta desafiante con los padres

Noviazgo Si Aceptacion familiar o restriccion familiar ante el noviazgo No lo aprueban

Sintomas neuroticos

Pesadillas Si Terrores nocturnos No Sonambulismo No Berrinches No
 Regresiones No Enuresis No Encopresis No Onicofagia No Mentira Si
 Tricotilomania No Problemas de lenguaje No Tics No Convulsiones No
 Robo No

Castigos

¿Quién es el responsable de la disciplina? Madre y padre

¿Qué comportamientos le molestan? Irresponsabilidad en sus asignaciones escolares y que no obedezca en casa

¿Qué tipo de castigos utiliza frecuentemente? Regaño

Observaciones finales

K E M es sociable sin embargo se observa ansiosa y triste por no poder recuperar las calificaciones que obtuvo en años anteriores. Suele llorar con frecuencia debido a que se siente inferior a sus compañeras de clases y aunque refiere estar orgullosa de su hermano piensa que nunca podrá ser tan buena e inteligente como el.

Al inicio del año académico se autolesionó en las muñecas debido al manejo inadecuado de sus emociones con respecto a la ansiedad y depresión que le generaba el no poder obtener las calificaciones deseadas.

Diagnostico F33.1 trastorno mixto ansioso depresivo

Entrevista clinica n ° 3

DATOS GENERALES

Nombre S S S R

Lugar y fecha de nacimiento Panama 29 de abril de 2004

Edad en años y meses 13 años Sexo Femenino

Direccion y telefono B L B S

Grado escolar 7 ° Escuela La Primavera

Estado actual (motivo de consulta) «Desde que mi papa tuvo problemas con la ley yo me siento muy triste sola pienso mucho en que el no esta conmigo y yo lo extraño tanto Mi mama trabaja en Panama y tambien me hace mucha falta Hay veces que siento un temor pienso que algo malo les pueda pasar y yo no pueda hacer nada Mi primera autolesion fue a inicios de este año porque mis amigas me dijeron que eso me ayudaria a sentirme mejor y a olvidar mis problemas pero no fue asi al principio funcionaba pero ya despues sentia que mi corazon latia fuerte me sentia tensa y comence a usar pulseras para tapar las heridas y por momentos me sentia triste y en otros momentos tenia una sensacion extrana en el pecho como si me quedara sin aire y un dia en la escuela se dieron cuenta de que no me sentia bien y fue ahi que se dieron cuenta que yo me cortaba y me mandaron para donde usted»

HISTORIA FAMILIAR

Padre S S P

Edad 34 años

Ocupacion Independiente

Adicciones No refiere

Relaciones con la niña Estables

Madre R R R

Edad 28 años

Ocupacion Labora en almacen Panama

Adicciones No refiere

Relaciones con la nina Inestable

Relaciones de pareja Padres separados

Hermanos sexo y edad S S (masculino 10 años) Q J (femenina 13 años)

Relaciones con la niña (cada hermano) Estables

Antecedentes familiares

Medicos No refiere

Psiquiatricos No refiere

Toxicos No refiere

Reaccion de los padres ante el problema Mostraron preocupacion

HISTORIA PERSONAL

Antecedentes

Embarazo A termino Hija deseada No

Dificultades prenatales (medicas intentos aborto psicologicas) Ningun a

Periodo perinatal Parto vaginal sin complicaciones aparentes

Peso al nacer 6 6 libras Talla al nacer 46 cm

Lactancia maternal hasta los 12 meses con biberon hasta los 4 anos

Tipos de semisolidos introducidos Papillas cereales y sopas

Tipos de solidos introducidos Arroz pollo

Problemas de alimentacion al nacer y hasta el primer año Ninguno

Dificultades para dormir Ninguna

Reacciones de la niña Tranquila

Edad de gateo 9 meses Edad de ponerse en pie 14 meses

Edad al caminar 24 meses Inicio del lenguaje 3 años

Enfermedades medicas Hernia umbilical

Hospitalizaciones y cirugias No refiere

Problemas visoperceptivomotores No refiere

Antecedentes escolares

Nivel escolar Primer ciclo Indice academico 3 7 Escuela La Primavera

¿Como fue el proceso de adaptacion a la escuela? Excelente

Problemas escolares (academicos) (conductuales) No refiere

¿Que le gusta mas de la escuela? Estudiar

¿Que no le gusta de la escuela? Agropecuaria

¿Como es con las tareas? Regular

¿Como maneja los utiles escolares? Regular

¿Que problemas posee a nivel de lectura escritura calculo? No refiere

¿Como se relaciona con los profesores? Bien

¿Como se relaciona con los compañeros? Regular

Aspectos de socializacion y afectivos

¿Hace amigos con facilidad? Si refiere que es comunicativa

¿De que edad son los companeros con los que se relaciona? De 12 a 15 años

¿Que tipo de juegos realiza? Voleibol

¿Que hace con otras companeras? Conversar compartir y jugar

¿Como se relaciona con los adolescentes de otro sexo? Muy bien

¿Por que cosas se pelea con otros adolescentes? Son muy fastidiosas

¿Que la hace feliz? La musica

¿Que la entristece? Que la regañen o le peguen

¿Que la enoja? Que no la dejen salir

¿Sobre que aspectos pregunta con mayor frecuencia? Sobre su familia

¿Que tan bien se bana se viste come duerme en la actualidad? Normal

Intereses y pasatiempos

¿Que le gusta hacer en su tiempo libre? Escuchar musica

¿Que hace cuando esta sola? Escuchar musica

¿Que no le gusta hacer? Jugar beisbol

¿Que tipo de deportes le gustan? Futbol

¿Cuales son sus juegos favoritos? ¿Alguna vez ha jugado al doctor o a mama y papa? Solamente al doctor

¿Que programas de television mira? Peliculas de Disney para adolescentes

Desarrollo psicosexual

Destete 12 meses ¿Que tipo de alimentos prefiere? Ensaladas verdes

¿Alguna vez ha dejado de alimentarse? Mo

Control anal 18 meses Vesical diurno 12 meses Vesical nocturno 24 meses
Tecnica Ninguna

¿Que reacciones posee ante la defecacion? Desagrado

Succion del dedo Mo Masturbacion Mo

¿Con quien duerme? Sola en su cama

¿Alguna vez ha observado actos sexuales? No

¿Que conocimientos tiene acerca de la sexualidad? Ninguno

Informacion sexual adquirida y fuentes No refiere

Preadolescencia y adolescencia

Menarquia 11 años Experiencia Normal

Reacciones emocionales propias de la adolescencia cambios emocionales frecuentes actitud desafiante hacia las figuras de autoridad

Noviazgo No refiere

Aceptacion familiar o restriccion familiar ante el noviazgo Restriccion familiar

Sintomas neuroticos

Pesadillas Algunas veces Terrores nocturnos Si Sonambulismo No
 Berrinches Si Regresiones No Enuresis No Encopresis No Onicofagia
 No Mentira Si Tricotilomania no Problemas de lenguaje No Tics No
 Convulsiones No Robo No

Castigos

¿Quien es el responsable de la disciplina? La abuela

¿Que comportamientos le molestan? Algunas veces es grosera

¿Que tipo de castigos utiliza frecuentemente? Regaño

Observaciones finales

S S S R es expresiva y afectiva ansiosa y frecuentemente se observa triste y poco motivada para realizar las actividades cotidianas debido a que se preocupa por las dificultades familiares

Desde la separacion de sus padres a los 8 años S S S R comenzo a presentar dificultades en el control emocional provocandose autolesiones a inicios de este año debido a la necesidad de ser aceptada en su grupo de amigas y para sobreponerse equivocadamente a la sintomatología ansiosa depresiva que experimenta por las circunstancias familiares y psicosociales que enfrenta

Diagnostico F33 1 trastorno mixto ansioso depresivo

Entrevista clinica n ° 4

DATOS GENERALES

Nombre K R

Lugar y fecha de nacimiento Santiago 30 de septiembre de 2003

Edad en años y meses 12 años Sexo Femenino

Direccion y telefono A S

Grado escolar 7 ° Escuela La Primavera

Estado actual (motivo de consulta) «Cuando era niña siempre me gustó hablar mucho y en la escuela siempre me regañaban por eso pero desde que pase para VI grado comence a sentirme rara porque lo que antes me gustaba ya no me parecia interesante me gustaba quedarme encerrada en el cuarto y en ese tiempo mis padres se separaron porque ya no habia amor entre ellos y comence a sentir miedo angustia como que algo malo iba a pasarme y deje de salir a pasear con mis amigas y eso me hacia sentir triste a la vez porque era como que yo queria pero algo en mi no me dejaba Luego en la Navidad pasada me regalaron un celular y en Youtube vi como unas chicas se cortaban en los brazos para aliviar sus penas y asi fue como comence a cortarme yo tambien pero como mi mama se iba a dar cuenta decidi hacerlo en las piernas y cuando comence este año vi que otras compañeras lo hacian y me parecio normal y por eso lo hago pero mi estado de animo no ha cambiado del todo porque sigo sintiendome triste y angustiada y no se por que si mi mama dice que a mi no me falta nada»

HISTORIA FAMILIAR

Padre A E R P Edad 37 años

Ocupacion Bombero Adicciones No refiere

Relaciones con la niña Inestable

Madre M G S Edad 31 años

Ocupacion Administradora del hogar y vendedora independiente

Adicciones No refiere Relaciones con la niña Estables

Relaciones de pareja Separados

Hermanos Sexo y edad S S R (femenina 16 años)

Relaciones con la niña (cada hermano) Mucha

Antecedentes familiares

Medicos No refiere

Psiquiatricos No refiere

Toxicos No refiere

Reaccion de los padres ante el problema de su hija No se mostraron sorprendidos ni preocupados consideraron que era una actitud normal de la adolescencia

HISTORIA PERSONAL

Antecedentes

Embarazo 31 semanas Hija deseada Si

Dificultades prenatales (medicas intentos aborto psicologicas) Ninguna

Periodo perinatal Parto vaginal sin complicaciones aparentes

Peso al nacer 4 libras Talia al nacer 42 cm

Lactancia materna hasta los 12 meses con biberon hasta los 3 años

Tipos de semisolidos introducidos Papillas de frutas

Tipos de solidos introducidos Sopas y arroz

Problemas de alimentacion al nacer y hasta el primer año Ninguna

Dificultades para dormir Ninguna

Reacciones de la niña Tranquila

Edad de gateo 6 meses Edad de ponerse en pie 8 meses

Edad al caminar 12 meses Inicio del lenguaje 12 meses

Enfermedades medicas Bronquitis y bilirrubina alta al nacer

Hospitalizaciones y cirugias No refiere

Problemas visoperceptivomotores No refiere

Antecedentes escolares

Nivel escolar Primer ciclo Índice academico 3.2 Escuela La Primavera

¿Como fue el proceso de adaptacion a la escuela? Bueno

Problemas escolares Conductuales y academicos

¿Que le gusta mas de la escuela? El recreo

¿Que no le gusta de la escuela? El calor en los salones de clases

¿Como es con las tareas? Irresponsable

¿Como maneja los utiles escolares? Bien

¿Que problemas posee a nivel de lectura escritura calculo? No refiere

¿Como se relaciona con los profesores? Bien

¿Como se relaciona con los compañeros? Bien

Aspectos de socializacion y afectivos

¿Hace amigos con facilidad? Algunas veces cuando tiene animo se expresa en el grupo e interactua poco con los amigos

¿De que edad son los companeros con los que se relaciona? De 13 a 14 años

¿Que tipo de juegos realiza? No refiere

¿Que hace con otras companeras? Hablar y reirse de las bromas

¿Como se relaciona con los adolescentes de otro sexo? Bien

¿Por que cosas se pelea con otros adolescentes? Porque quieren que cambie su forma de comportarse quieren que haga cosas que ya no me gustan

¿Que la hace feliz? Usar el celular

¿Que la entristece? Que la regañen

¿Que la enoja? Que la molesten o se burlen de ella

¿Sobre que aspectos pregunta con mayor frecuencia? Su infancia

¿Que tan bien se bana se viste come duerme en la actualidad? Normal

Intereses y pasatiempos

¿Que le gusta hacer en su tiempo libre? Pasear

¿Que hace cuando esta sola? Escuchar musica y pensar

¿Que no le gusta hacer? Jugar cosas de niñas o que le digan que ~~haga un~~
mandado

¿Que tipo de deportes le gustan? Futbol

¿Cuales son sus juegos favoritos? ¿alguna vez ha jugado al doctor o ~~—~~a mama y papa? Cuando estaba pequena si jugo a papa y mama

¿Que programas de television mira? Novelas y programas de deportes ~~—~~

Desarrollo psicosexual

Destete 6 meses ¿Que tipo de alimentos prefiere? Frutas y verduras
(vegetales)

¿Alguna vez ha dejado de alimentarse? No

Control anal 18 meses Vesical diurno 18 meses Vesical nocturno ~~—~~4 meses
Tecnica ninguna

¿Que reacciones posee ante la defecacion? Asco

Succion del dedo Hasta los 5 años Masturbacion No

¿Con quien duerme? Sola en su cama

¿Alguna vez ha observado actos sexuales? No

¿Que conocimientos tiene acerca de la sexualidad? Muchas cosas

Informacion sexual adquirida y fuentes Su sexualidad y cuidado personal
fuente su mama

Preadolescencia y adolescencia

Menarquia 11 años Experiencia Normal

Reacciones emocionales propias de la adolescencia Al inicio extrovertida sin embargo desde un año y medio aproximadamente se observa tímida y ansiosa

NOVIAZGO Si

Aceptación familiar o restricción familiar ante el noviazgo Aceptación familiar

Síntomas neuróticos

Pesadillas No Terrores nocturnos No Sonambulismo No Berrinches Si

Regresiones No Enuresis No Encopresis No Onicofagia No Mentira Si

Tricotilomanía No Problemas de lenguaje No Tics No Convulsiones No

Robo No

Castigos

¿Quién es el responsable de la disciplina? Padres y profesores

¿Qué comportamientos le molestan? Poco interés en su aspecto físico llanto frecuente e irritabilidad constante

¿Qué tipo de castigos utiliza frecuentemente? Castigo negativo

Observaciones finales

Luego de la separación de sus padres K R comenzó a experimentar cambios en su estado de ánimo llanto fácil poca motivación en actividades cotidianas además de episodios de angustia temor y preocupación irracional principalmente cuando la invitan a compartir sus compañeros de clases

Diagnóstico F33.1 trastorno mixto ansioso depresivo

Entrevista clinica n ° 5

DATOS GENERALES

Nombre V P J G

Lugar y fecha de nacimiento Santiago 26 de abril de 2003

Edad en años y meses 13 años Sexo Femenino

Direccion y telefono B L P

Grado escolar 7 ° Escuela La Primavera

Estado actual (motivo de consulta) «Hay momentos en que no se por que me siento mal como triste a veces lloro y a veces todo me da rabia en la escuela no me concentro no recuerdo lo que dicen los profesores por eso no hago las tareas y mi mama se enoja conmigo porque voy mal tengo pesadillas y no puedo dormir bien a veces no me importan las cosas que les gustan a mis compañeros pero este año conocí a unas amigas que me dijeron que si me cortaba me sentiria mejor y lo hice por curiosidad no me dolia asi que lo hice varias veces esperando que me ayudara a sentirme mejor pero la verdad es que sigo sintiendome como inutil veo mal mi futuro porque mi papa esta en la carcel y hacer eso cortarme en el momento me ayuda a no sentirme tan triste ni a tener ese sentimiento de que algo malo va a pasar»

HISTORIA FAMILIAR

Padre M J P

Edad 34 años

Ocupacion Detenido

Adicciones No refiere

Relaciones con la niña Poca comunicacion inestable

Madre L P G

Edad 28 años

Ocupacion Administradora del hogar

Adicciones No refiere

Relaciones con la niña Estables

Relaciones de pareja Padres separados

Hermanos sexo y edad No refiere

Relaciones con la nina (cada hermano)

Antecedentes familiares

Medicos No refiere

Psiquiatricos No refiere

Toxicos No refiere

Reaccion de los padres ante el problema La madre se mostro interesada en que su hija recibiera atencion no estaba consciente de la situacion

HISTORIA PERSONAL

Antecedentes

Embarazo Al termino Hija deseada Si

Dificultades prenatales (medicas intentos aborto psicologicas) Ninguna

Periodo perinatal Parto vaginal sin complicaciones aparentes

Peso al nacer 6 libras Talla al nacer 52 cm

Lactancia maternal hasta los 24 meses con biberon hasta 3 años

Tipos de semisolidos introducidos Caldos de pollo y verduras (*vegetales*)

Tipos de solidos introducidos Lentejas pure pollo

Problemas de alimentacion al nacer y hasta el primer ano Ninguno

Dificultades para dormir Ninguna

Reacciones de la niña Tranquila

Edad de gateo 6 meses Edad de ponerse en pie 7 meses

Edad al caminar 11 meses Inicio del lenguaje 2 años

Enfermedades medicas Asmatica

Hospitalizaciones y cirugias A los 3 años por una crisis asmatica

Problemas visoperceptivomotores No refiere

Antecedentes escolares

Nivel escolar Primer ciclo Índice academico 3 5 Escuela La Primavera

¿Como fue el proceso de adaptacion a la escuela? Regular

Problemas escolares Academicos y conductuales

¿Que le gusta mas de la escuela? Artistica

¿Que no le gusta de la escuela? Las tareas de matematicas

¿Como es con las tareas? Regular

¿Como maneja los utiles escolares? Regular

¿Que problemas posee a nivel de lectura escritura calculo? Calculo

¿Como se relaciona con los profesores? Regular

¿Como se relaciona con los compañeros? Regular

Aspectos de socializacion y afectivos

¿Hace amigos con facilidad? No es poco comunicativa

¿De que edad son los companeros con los que se relaciona? de 10 a 15 años

¿Que tipo de juegos realiza? Algunas veces juega futbol en la escuela

¿Que hace con otras companeras? Jugar y ver peliculas de adolescentes

¿Como se relaciona con los adolescentes de otro sexo? Regular

¿Por que cosas se pelea con otros adolescentes? Que la molesten

¿Que la hace feliz? Ver television

¿Que la entristece? Ver a una persona sufriendo o llorando

¿Que la enoja? Que la molesten diciendole que es perezosa

¿Sobre que aspectos pregunta con mayor frecuencia? Sobre su apariencia

¿Que tan bien se baña se viste come duerme en la actualidad? Normal

Intereses y pasatiempos

¿Que le gusta hacer en su tiempo libre? Ver television y dormir

¿Que hace cuando esta sola? Escuchar musica

¿Que no le gusta hacer? Estudiar

¿Que tipo de deportes le gustan? Futbol

¿Cuales son sus juegos favoritos? ¿alguna vez ha jugado al doctor o a mama y papa? A Barbie

¿Que programas de television mira? Programas de series para adoles—centes

Desarrollo psicosexual

Destete 12 meses ¿Que tipo de alimentos prefiere? Pastas

¿Alguna vez ha dejado de alimentarse? No

Control anal 24 meses Vesical diurno 18 meses Vesical nocturno 6 meses
Tecnica Ninguna

¿Que reacciones posee ante la defecacion? Asco

Succion del dedo Si Masturbacion No

¿Con quien duerme? En la cama con su mama

¿Alguna vez ha observado actos sexuales? No

¿Que conocimientos tiene acerca de la sexualidad? Poco

Informacion sexual adquirida y fuentes Las docencias recibidas en la e—scuela

Preadolescencia y adolescencia

Menarquia 12 años Experiencia Normal

Reacciones emocionales propias de la adolescencia Timidez

Noviazgo No refiere

Aceptacion familiar o restriccion familiar ante el noviazgo Restriccion familiar

Sintomas reuoticos

Pesadillas Algunas veces Terrores nocturnos Algunas veces Sonambulismo
 No Berrinches No Regresiones No Enuresis No Encopresis No Onicofagia
 Si Mentira Si Tricotilomania No Problemas de lenguaje No Tics No

Convulsiones No Robo No

Castigos

¿Quien es el responsable de la disciplina? Mama

¿Que comportamientos le molestan? Algunas veces es grosera irritable poco colaboradora en casa

¿Que tipo de castigos utiliza frecuentemente? Castigo negativo (Retirarle el celular)

Observaciones finales

V P J G es hija unica mantiene poca comunicacion con su padre debido a diversas situaciones psicosociales que se lo impiden Muestra poco interes en las actividades cotidianas que antes le agradaban suele pasar gran parte del dia durmiendo o encerrada en su cuarto para no mantener contacto con su mama o con alguna vecina de su edad

En el salon de clases presenta onicofagia cuando debe presentar alguna exposicion o realizar un examen Se relaciona con 5 compañeras y suele aislarse cuando intentan acercarse a ella Ha presentado dificultades en la concentracion atencion memorizacion llanto facil y crisis de ansiedad luego de que su padre fue detenido hace aproximadamente 1 año

Diagnostico F33.1 trastorno mixto ansioso depresivo

Entrevista clinica n ° 6

DATOS GENERALES

Nombre R H E

Lugar y fecha de nacimiento Atalaya 24 de abril de 2004

Edad 12 años sexo Femenino

Direccion B V S N

Grado escolar 7 ° Escuela La Primavera

Estado actual (motivo de consulta) «Soy una persona que suele hablar mucho tengo muchas personas conocidas pero no todas son mis amigas En el salon de clases siempre me regañan porque hablo mucho pero es que me aburro rapido algunas veces me gusta trabajar en grupo y otras veces me gusta hacer los trabajos sola porque nadie me molesta La verdad me trajeron aca por mala conducta y porque a inicios de este ano cuando me llevaron a la direccion se dieron cuenta de que me habia cortado en los brazos pero no es la primera vez que lo hago Desde que estaba en cuarto grado una maestra me molestaba tanto que yo me sentia tan mal que intente ponerme un correa en el cuello pero mi abuela me vio y hablaron conmigo y con la maestra y las cosas mejoraron pero yo he seguido cortandome algunas veces porque me siento como aburrída no tengo ganas de hacer nada me siento mejor estando sola En la casa aunque estan mis hermanas no puedo hablar con ellas mi abuela y mi mama dicen que yo soy una persona muy querida pero no me siento asi porque la mayoría de las veces aunque este con ellos me siento como sola a veces me dan ganas de llorar de la nada todo me molesta y si me dicen que haga algo no me da la gana Otros dias estoy que las manos me sudan no quiero ni salir de la casa me cuesta decidirme y hay dias que no quiero ir a la escuela porque siento como miedo aunque no tenga ejercicio ni nada ese dia»

HISTORIA FAMILIAR

Padre J H C

Edad 41 años

Ocupacion Independiente

Adicciones No refiere

Relaciones con la niña Estables

Madre Y E H

Edad 40 años

Ocupacion Independiente Adicciones No refiere

Relaciones con la niña Estables

Relaciones de pareja Buenas

Hermanas sexo y edad F H (femenina 15 anos) J H (femenina 14 anos) y
A H (femenina 11 años)

Relaciones con la nina (cada hermana) Estables

Antecedentes familiares

Medicos No refiere

Psiquiatricos No refiere

Toxicos No refiere

Reaccion de los padres ante el problema Conversaron con su hija en casa

HISTORIA PERSONAL

Antecedentes

Embarazo A termino Hija deseada Si

Dificultades prenatales (medicas intentos aborto psicologicas) Ninguna

Periodo perinatal Parto vaginal sin complicaciones aparentes

Peso al nacer 8 libras Talla al nacer 50 cm

Lactancia maternal hasta los 6 meses con biberon hasta los 18 meses

Tipos de semisolidos introducidos Jugos

Tipos de solidos introducidos Arroz sopa

Problemas de alimentacion al nacer y hasta el primer año Ninguno

Dificultades para dormir Ninguna

Reacciones de la nina Tranquila

Edad de gateo 7 meses Edad de ponerse en pie 11 meses

Edad al caminar 12 meses Inicio del lenguaje 2 años

Enfermedades medicas No refiere

Hospitalizaciones y cirugias No refiere

Problemas visoperceptivomotores No refiere

Antecedentes escolares

Nivel escolar 7° grado Índice académico 3.5 Escuela La Primavera

¿Como fue el proceso de adaptacion a la escuela? Malo

Problemas escolares Conductuales y academicos

¿Que le gusta mas de la escuela? Artistica

¿Que no le gusta de la escuela? La presion para estudiar y por verse bien

¿Como es con las tareas? Regular

¿Como maneja los utiles escolares? Regular

¿Que problemas posee a nivel de lectura escritura calculo? En escritura

¿Como se relaciona con los profesores? Regular

¿Como se relaciona con los compañeros? Regular

Aspectos de socializacion y afectivos

¿Hace amigos con facilidad? Algunas veces

¿De que edad son los companeros con los que se relaciona? De 10 a 15 anos

¿Que tipo de juegos realiza? El futbol

¿Que hace con otras companeras? Hablar

¿Como se relaciona con los adolescentes de otro sexo? Regular

¿Por que cosas se pelea con otros adolescentes? Porque no la comprenden

¿Que la hace feliz? Estar sola

¿Que la entristece? Que la regañen

¿Que la enoja? Que no la dejen salir o le digan que haga cosas en casa

¿Sobre que aspectos pregunta con mayor frecuencia? Sobre su ninez

¿Que tan bien se baña se viste come duerme en la actualidad? Normal

Intereses y pasatiempos

¿Que le gusta hacer en su tiempo libre? Ver television

¿Que hace cuando esta sola? Escuchar musica

¿Que no le gusta hacer? Arreglar su cuarto

¿Que tipo de deportes le gustan? Futbol

¿Cuales son sus juegos favoritos? ¿Alguna vez ha jugado al doctor o a mama y papa? A mama y papa cuando estaba pequeña

¿Que programas de television mira? Peliculas de Disney para adolescentes

Desarrollo psicosexual

Destete 6 meses ¿Que tipo de alimentos prefiere? Frituras y golosinas

¿Alguna vez ha dejado de alimentarse? No

Control anal 24 meses Vesical diurno 18 meses Vesical nocturno 30 meses
Tecnica Ninguna

¿Que reacciones posee ante la defecacion? Verguenza

Succion del dedo No Masturbacion No

¿Con quien duerme? Sola en su cama

¿Alguna vez ha observado actos sexuales? No

¿Que conocimientos tiene acerca de la sexualidad? Ninguno

Informacion sexual adquirida y fuentes No refiere

Preadolescencia y adolescencia

Menarquia 12 años experiencia Normal

Reacciones emocionales propias de la adolescencia Ansiedad

Noviazgo No refiere

Aceptacion familiar o restriccion familiar ante el noviazgo Restriccion familiar

Sintomas neuroticos

Pesadillas Si Terrores nocturnos No Sonambulismo No Berrinches No
 Regresiones No Enuresis No Encopresis No Onicofagia Si Mentira Si
 Tricotilomania No Problemas de lenguaje No Tics No Convulsiones No
 Robo No

Castigos

¿Quien es el responsable de la disciplina? Padres

¿Que comportamientos le molestan? Aislamiento emocional

¿Que tipo de castigos utiliza frecuentemente? Castigo positivo

Observaciones finales

R H E es una joven que desde 4º grado presenta cambios constantes en su estado de animo. En la escuela intenta ser comunicativa y expresiva debido a la presion que ejercen sus compañeras sobre ella en cuanto a su apariencia fisica su conducta y su rendimiento academico. Se autolesiona cuando no es capaz de manejar adecuadamente sus emociones. Con frecuencia en casa se la observa triste pensativa aislada pasa mucho tiempo en su cuarto ocasionalmente suele presentar dificultades para organizarse tomar decisiones afrontar distintas situaciones movimientos continuos de manos y pies cuando se

presenta en publico dificultades en la atencion y memorizacion al momento de estudiar o realizar alguna actividad academica

Diagnostico F33 1 trastorno mixto ansioso depresivo

Entrevista clinica n ° 7

DATOS GENERALES

Nombre L Y A

Lugar y fecha de nacimiento Santiago 4 de abril de 2004

Edad en años y meses 12 años Sexo Femenino

Dirección y teléfono U A D S

Grado escolar 7 ° Escuela La Primavera

Estado actual (motivo de consulta) «Hasta el año pasado era buena estudiante y me portaba bien pero este año mi papa se fue de la casa mi abuela murió y mi abuelo se enfermó y ahora vive con mi mamá mis hermanos y yo. Cuando conocí a mis nuevas amigas todas teníamos algo en común y ellas me ayudaron a sentirme mejor unas ya se cortaban desde hace tiempo y otras comenzamos este año. Desde que pasó todo eso en casa yo me he sentido triste no me dan ganas de nada mis calificaciones bajaron de 4.8 a 3.9 lloro mucho cuando estoy sola en mi cuarto para que no se den cuenta siento mucho miedo no me concentro las manos me tiemblan y sudo mucho cuando voy a decir una charla a veces siento un dolor en el estómago o me dan muchas ganas de ir al baño cuando tengo un ejercicio. No se lo había dicho a mi mamá para que no se preocupara más pero siempre estoy pensando que soy un fracaso porque los demás son mejores que yo soy muy nerviosa me preocupa lo que otros piensan de mí y cuando veo a otras personas pienso que son más felices que yo»

HISTORIA FAMILIAR

Padre L E A Edad 38 años

Ocupación Ayudante general en un supermercado Adicciones No refiere

Relaciones con la niña Poca

Madre R G H Edad 35 años

Ocupación Administradora del hogar Adicciones No refiere

Relaciones con la niña Estable

Relaciones de pareja Padres separados

Hermanos sexo y edad P A (masculino 10 años) D A (masculino 8 años)
 Relaciones con la niña (cada hermano) Estables

Antecedentes familiares

Medicos No refiere

Psiquiatricos No refiere

Toxicos No refiere

Reaccion de los padres ante el problema mostraron preocupacion

HISTORIA PERSONAL

Antecedentes

Embarazo A termino Hija deseada Si

Dificultades prenatales (medicas intentos de aborto psicologicas) Ninguna

Periodo perinatal Cesarea sin complicaciones aparentes

Peso al nacer 7 libras Talla al nacer 48 cm

Lactancia maternal hasta los 6 meses con biberon hasta 2 años

Tipos de semisolidos introducidos Papillas jugos

Tipos de solidos introducidos Arroz

Problemas de alimentacion al nacer y hasta el primer año Ninguno

Dificultades para dormir Ninguna

Reacciones de la niña Tranquila

Edad de gateo 7 meses Edad de ponerse en pie 12 meses

Edad al caminar 15 meses Inicio del lenguaje 2 años

Enfermedades medicas No refiere

Hospitalizaciones y cirugias No refiere

Problemas visoperceptivomotores No refiere

Antecedentes escolares

Nivel escolar Primer ciclo Índice academico 3 9 Escuela La Primavera

¿Como fue el proceso de adaptacion a la escuela? Regular

Problemas escolares Academicos

¿Que le gusta mas de la escuela? Estar con sus amigas

¿Que no le gusta de la escuela? Las charlas

¿Como es con las tareas? Regular

¿Como maneja los utiles escolares? Regular

¿Que problemas posee a nivel de lectura escritura calculo? No refiere

¿Como se relaciona con los profesores? Bien

¿Como se relaciona con los compañeros? Regular

Aspectos de socializacion y afectivos

¿Hace amigos con facilidad? No solamente se relaciona con 4 amigas

¿De que edad son los compañeros con los que se relaciona? De 12 14 años

¿Que tipo de juegos realiza? Ninguno

¿Que hace con otras companeras? Ver el celular escuchar musica

¿Como se relaciona con los adolescentes de otro sexo? Regular

¿Por que cosas se pelea con otros adolescentes? Por las tareas

¿Que la hace feliz? Escuchar musica en el celular

¿Que la entristece? Que le pidan que haga los quehaceres en casa

¿Que la enoja? Que le digan que tiene que estudiar

¿Sobre que aspectos pregunta con mayor frecuencia? Sobre su papa

¿Que tan bien se baña se viste come duerme en la actualidad? Normal

Intereses y pasatiempos

¿Que le gusta hacer en su tiempo libre? Escuchar musica

¿Que hace cuando esta sola? Dormir

¿Que no le gusta hacer? Jugar deportes

¿Que tipo de deportes le gustan? Ninguno

¿Cuales son sus juegos favoritos? ¿Alguna vez ha jugado al doctor o s mama y papa? No

¿Que programas de television mira? Peliculas

Desarrollo psicosexual

Destete 6 meses ¿Que tipo de alimentos prefiere? Pollo frito y patacones

¿Alguna vez ha dejado de alimentarse? No

Control anal 24 meses Vesical diurno 12 meses Vesical nocturno 28 meses
Tecnica Ninguna

¿Que reacciones posee ante la defecacion? Asco

Succion del dedo Si Masturbacion No

¿Con quien duerme? Con su mama

¿Alguna vez ha observado actos sexuales? No

¿Que conocimientos tiene acerca de la sexualidad? Poca

Informacion sexual adquirida y fuentes Madre escuela

Preadolescencia y adolescencia

Menarquia 11 años experiencia Desagrado

Reacciones emocionales propias de la adolescencia Ansiedad y timidez

Noviazgo No refiere

Aceptacion familiar o restriccion familiar ante el noviazgo Restriccion familiar

Sintomas neuroticos

Pesadillas Si Terrores nocturnos No Sonambulismo No Berrinches No
 Regresiones No Enuresis No Encopresis No Onicofagia Si Mentira No
 Tricotilomania No Problemas de lenguaje No Tics No Convulsiones No
 Robo No

Castigos

¿Quien es el responsable de la disciplina? Madre

¿Que comportamientos le molestan? Su falta de confianza en si mismo

¿Que tipo de castigos utiliza frecuentemente? Regaño

Observaciones finales

L Y A inicia una sintomatologia ansiosa depresiva desde hace 1 año luego de darse cambios importantes en su estilo de vida y la relacion familiar Presenta dificultades con su autoestima falta de confianza tanto en sus habilidades sociales como en sus habilidades cognitivas dificultades en la concentracion y en la ejecucion de tareas principalmente al momento de presentarse ante sus compañeros/as

En casa se observa distante triste preocupada con llanto facil y desconcentrada en las tareas que se le asignan

Diagnostico F33.1 trastorno mixto ansioso depresivo

Entrevista clinica n ° 8

DATOS GENERALES

Nombre M A A L

Lugar y fecha de nacimiento Santiago 8 de abril de 2004

Edad en años y meses 13 años Sexo Femenino

Direccion y telefono R M M

Grado escolar 7 ° Escuela La Primavera

Estado actual (motivo de consulta) «Desde hace 2 años me lastimo primero me golpeaba la cabeza contra el closet o me golpeaba contra la pared pero mi mama me reganaba cuando se daba cuenta y este año que conoci a las otras compañeras me enseñaron que si me cortaba en las piernas no se darian cuenta y así comence a rayarme las manos y una sola vez en la pierna derecha. A mí me da miedo todo no tengo amigas de verdad pienso que todas se van a burlar de mí porque soy tonta me da mucha pena cuando voy caminando por los pasillos y por eso no compro nada en el recreo me preocupa mucho lo que otras personas piensan de mí desde primaria se burlaban de mí y me sentia tan triste que preferia no tener amigas porque todas querian algo de mí»

Cuando estoy en casa no me gusta hablar con mi familia porque me siento nerviosa si no logro que las cosas sean como yo las pienso y eso a veces me da rabia y a veces tristeza Siempre estoy nerviosa y si me presionan siempre me equivoco Me siento cansada duermo mas que antes a veces como bien y a veces como muy poco porque no me da hambre Mi mama piensa que todo esta bien pero me encierro en mi cuarto para llorar y alejarme de todos porque aunque este con ellos no puedo sentirme feliz y cuando estoy en la escuela entonces siento como miedo y todo lo hago mal»

HISTORIA FAMILIAR

Padre G A D

Edad 44 años

Ocupacion Mecanico

Adicciones Bebidas alcoholicas

Relaciones con la nina Inestable

Madre K D L

Edad 38 años

Ocupacion Independiente

Adicciones No refiere

Relaciones con la niña Estable

Relaciones de pareja Regular

Hermanos sexo y edad G A (masculino 14 años) K A (femenina 9 años)

Relaciones con la niña (cada hermano) Estables

Antecedentes familiares

Medicos Operada de apendicitis a los 9 años

Psiquiatricos No refiere

Toxicos No refiere

Reaccion de los padres ante el problema Mostraron preocupacion

HISTORIA PERSONAL

Antecedentes

Embarazo A termino Hija deseada Si

Dificultades prenatales (medicas intentos aborto psicologicas) Ninguna

Periodo perinatal Cesarea sin complicaciones aparentes

Peso al nacer 7 5 libras Talla al nacer 54 cm

Lactancia maternal hasta los 3 meses con biberon hasta los 3 años

Tipos de semisolidos introducidos Cereales

Tipos de solidos introducidos Arroz sopa de carne y pollo

Problemas de alimentacion al nacer y hasta el primer año Ninguno

Dificultades para dormir Ninguna

Reacciones de la niña Tranquila

Edad de gateo 7 meses Edad de ponerse en pie 11 meses

Edad al caminar 15 meses Inicio del lenguaje 18 meses

Enfermedades medicas No refiere

Hospitalizaciones y cirugias Apendicitis

Problemas visoperceptivomotores No refiere

Antecedentes escolares

Nivel escolar Primer ciclo Índice academico 3.3 Escuela La Primavera

¿Como fue el proceso de adaptacion a la escuela? Regular

Problemas escolares Academicos y conductuales

¿Que le gusta mas de la escuela? Tecnologias

¿Que no le gusta de la escuela? Agropecuaria

¿Como es con las tareas? Regular

¿Como maneja los utiles escolares? Regular

¿Que problemas posee a nivel de lectura escritura calculo? Calculo

¿Como se relaciona con los profesores? Regular

¿Como se relaciona con los compañeros? Regular

Aspectos de socializacion y afectivos

¿Hace amigos con facilidad? No logra una integracion adecuada

¿De que edad son los compañeros con los que se relaciona? De 12 a 13 años

¿Que tipo de juegos realiza? Ninguno

¿Que hace con otras compañeras? Conversar

¿Como se relaciona con los adolescentes de otro sexo? Mal

¿Por que cosas se pelea con otros adolescentes? Falta de intereses

¿Que la hace feliz? La musica pop

¿Que la entristece? Que la castiguen

¿Que la enoja? Que le mientan

¿Sobre que aspectos pregunta con mayor frecuencia? Sobre su apariencia

¿Que tan bien se baña se viste come duerme en la actualidad? Normal

Intereses y pasatiempos

¿Que le gusta hacer en su tiempo libre? Dormir

¿Que hace cuando esta sola? Escuchar musica usar la computadora

¿Que no le gusta hacer? Jugar beisbol

¿Que tipo de deportes le gustan? Futbol

¿Cuales son sus juegos favoritos? ¿alguna vez ha jugado al doctor o a mama y papa? Solamente al doctor

¿Que programas de television mira? Peliculas de Disney para adolescentes

Desarrollo psicosexual

Destete 12 meses ¿Que tipo de alimentos prefiere? Ensaladas verdes

¿Alguna vez ha dejado de alimentarse? No

Control anal 18 meses Vesical diurno 12 meses Vesical nocturno 24 meses
Tecnica Ninguna

¿Que reacciones posee ante la defecacion? Desagrado

Succion del dedo No Masturbacion No

¿Con quien duerme? Sola en su cama

¿Alguna vez ha observado actos sexuales? No

¿Que conocimientos tiene acerca de la sexualidad? Ninguno

Informacion sexual adquirida y fuentes No refiere

Preadolescencia y adolescencia

Menarquia 11 años Experiencia Normal

Reacciones emocionales propias de la adolescencia Tristeza y ansiedad

Noviazgo No refiere

Aceptacion familiar o restriccion familiar ante el noviazgo Restriccion familiar

Sintomas neuroticos

Pesadillas Si Terrores nocturnos No Sonambulismo No Berrinches No
 Regresiones No Enuresis No Encopresis No Onicofagia Si Mentira No
 Tricotilomania No Problemas de lenguaje No Tics No Convulsiones No
 Robo No

Castigos

¿Quien es el responsable de la disciplina? Padres

¿Que comportamientos le molestan? Su aislamiento

¿Que tipo de castigos utiliza frecuentemente? Regaño

Observaciones finales

M A A L presenta dificultades para manejar adecuadamente sus emociones es una adolescente introvertida con sintomatologia ansiosa depresiva debido a que se observa triste desanimada con baja autoestima perdida progresiva del interes en actividades cotidianas temerosa insegura de sus capacidades y habilidades evita el contacto con otras adolescentes y con algunos miembros de su familia

Diagnostico F33.1 trastorno mixto ansioso depresivo

ANEXO N ° 5

ESCALAS DE VALORACION

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

Nombre Escuela

Edad..... Fecha de aplicación Grado.....

INSTRUCCIONES

Aquí hay varias oraciones que dicen cómo 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”.

A.T.

MUESTRA

1. Me cuesta mucho trabajo hacer cosas nuevas.....

2. Me preocupan mucho las cosas que me van a pasar.....

3. Me siento solo aunque esté acompañado.....

4. Muchas veces siento que me falta el aire.....

5. Casi todo el tiempo estoy preocupado.....

6. Muchas cosas me dan miedo.....

7. Siempre soy amable.....

8. Me enojo con mucha facilidad.....

9. Me preocupa lo que mis papás me van a decir.....

10. Siento que a los demás no le gusta cómo hago las cosas.....

11. Siempre me porto bien.....

12. En las noches me cuesta trabajo quedarme dormido.....

13. Me preocupa lo que la gente piense en mí.....

14. Me siento solo aunque esté acompañado.....

15. Siempre soy bueno.....

16. Muchas veces siento asco o náuseas.....

17. Soy muy sentimental.....

- 18. Me sudan las manos..... _____
- 19. Siempre soy agradable a todos..... _____
- 20. Me canso mucho..... _____
- 21. Me preocupa el futuro..... _____
- 22. Los demás son más fáciles que yo..... _____
- 23. Siempre digo la verdad..... _____

- 24. Tengo pesadillas..... _____
- 25. Me siento muy mal cuando se enojan conmigo..... _____
- 26. Siento que alguien me va a decir que hago las cosas mal..... _____
- 27. Nunca me enojo..... _____
- 28. Algunas veces me despierto asustado..... _____
- 29. Me siento preocupado cuando voy a dormir..... _____
- 30. Me cuesta trabajo concentrarme en mis tareas escolares..... _____
- 31. Nunca digo cosas que no debo decir..... _____
- 32. Me muevo mucho en mi asiento..... _____

MUESTRA

SUMA DE PUNTUACIONES..... _____

PERCENTIL..... _____

Cuestionario de Depresión Infantil, que sirve para guiar una posible sospecha de Depresión en el niño

Nombre y Apellidos _____

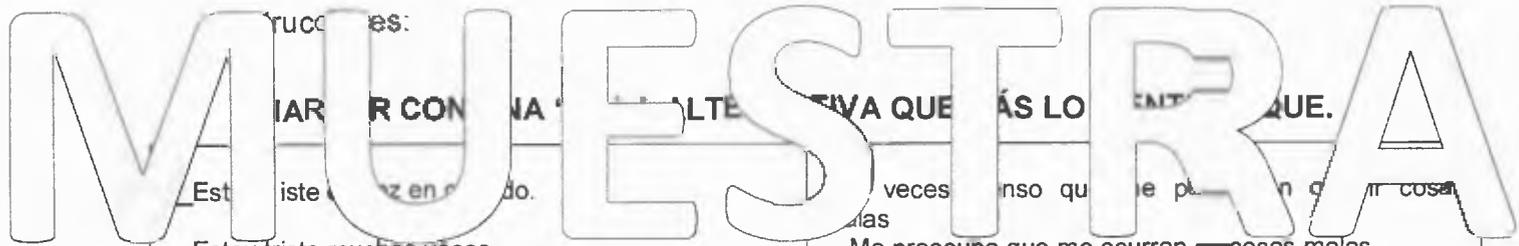
Edad _____ años _____ meses. Sexo _____ Curso escolar _____

Fecha de aplicación _____ de _____ de _____

Modalidad de aplicación: autoadministrado.

Puntuación _____

(Estos datos serán confidenciales. No se entregará información a nadie que no sea la persona que solicita el resultado del test y por la misma vía que lo requirió).



1. Estoy triste muchas veces.
 Estoy triste siempre.
2. Nunca me saldrá nada bien.
 No estoy seguro de si las cosas me saldrán bien.
 Las cosas me saldrán bien.
3. Hago bien la mayoría de las cosas.
 Hago mal muchas cosas.
 Todo lo hago mal.
4. Me divierten muchas cosas
 Me divierten algunas cosas
 Nada me divierte
5. Soy malo siempre.
 Soy malo muchas veces.
 Soy malo algunas veces.
6. Me preocupa que me ocurran cosas malas.
 Estoy seguro de que me van a ocurrir cosas malas.
7. Me odio.
 No me gusta como soy.
 Me gusta como soy.
8. Todas las cosas malas son mi culpa.
 Muchas cosas malas son culpa mía.
 Generalmente no tengo la culpa de las cosas malas
9. No pienso en matarme.
 Pienso en matarme pero no lo haría.
 Quiero matarme.
10. Tengo ganas de llorar todos los días.
 Tengo ganas de llorar muchos días.
 Tengo ganas de llorar de cuando en cuando.

11.
 Las cosas me preocupan siempre.
 Las cosas me preocupan muchas veces.
 Las cosas me preocupan de cuando en cuando.

12.
 Me gusta estar con la gente.
 Muy a menudo no me gusta estar con la gente.
 No quiero en lo absoluto estar con la gente.

13.
 No puedo decidirme.
 Me cuesta decidirme.
 Me decido fácilmente.

14.
 Siempre me cuesta ponerme a hacer los deberes.
 Muchas veces me cuesta ponerme a hacer los deberes.
 No me cuesta ponerme a hacer los deberes.

16.
 Todas las noches me cuesta dormirme.
 Muchas noches me cuesta dormirme.
 Duermo muy bien.

17.
 Estoy cansado de cuando en cuando.
 Estoy cansado muchos días.
 Estoy cansado siempre.

18.
 La mayoría de los días no tengo ganas de comer.
 Muchos días no tengo ganas de comer.
 Como muy bien.

19.
 No me preocupa el dolor ni la enfermedad.
 Muchas veces me preocupa el dolor y la enfermedad.
 Siempre me preocupa el dolor y la enfermedad.

20.
 Nunca me siento solo.
 Me siento solo muchas veces.
 Me siento solo siempre.

21.
 Nunca me divierto en el colegio.
 Me divierto en el colegio sólo algunas veces.
 Me divierto en el colegio muchas veces.

22.
 Tengo muchos amigos.
 No tengo amigos.
 Llevo muy mal las asignaturas que antes llevaba bien.

24.
 Nunca podré ser tan bueno como otros niños.
 Si quiero puedo ser tan bueno como otros niños.
 Soy tan bueno como otros niños.

25.
 Nadie me quiere.
 No estoy seguro de que alguien me quiera.
 Estoy seguro de que alguien me quiere.

26.
 Generalmente hago lo que me dicen.
 Muchas veces no hago lo que me dicen.
 Nunca hago lo que me dicen.

27.
 Me llevo bien con la gente.
 Me peleo muchas veces.
 Me peleo siempre.

Álvaro Valderas

Cédula: E-8-113751

Ciudad de Panamá, 27 de julio de 2017

Universidad de Panamá

Vicerrectoría de Investigación y Postgrado

Facultad de Psicología

Estimados señores:

Por la presente les confirmo que he revisado, conforme a la ortografía de 2010, la tesis que lleva por título *Tratamiento cognitivo conductual orientado a la reducción de síntomas de ansiedad y depresión en un grupo de adolescentes de séptimo grado diagnosticadas con trastorno mixto ansioso depresivo con autolesiones (cutting) que asisten al C. E. B. G. La Primavera, en el distrito de Santiago, provincia de Veraguas, año 2016*, de la estudiante Diana Lourdes Méndez García.

Añado copia de mis títulos con la apostilla de La Haya (licenciatura y doctorado en Filología Hispánica, Lengua y Literatura) y el currículo para avalar mi idoneidad como profesor de español (profesor de varias universidades panameñas, vicerrector y rector de una) y corrector en ejercicio (con más de cien ediciones de libros publicados, revistas, corrección para empresas e instituciones públicas panameñas).

Lo que firmo y rubrico para su uso posterior.

Atentamente,



Álvaro Valderas

REPUBLICA DE PANAMA
CARNE DE RESIDENTE PERMANENTE

Alvaro
Valderas Alonso



E 8 113751

NOMBRE USUAL
FECHA DE NACIMIENTO 01 DIC 1965

LUGAR DE NACIMIENTO ESPAÑA

NACIONALIDAD ESPAÑOLA

SEXO M TIPO DE SANGRE
EXPEDIDA 16 AGO 2013 EXPIRA 16 AGO 2023





Juan Carlos I, Rey de España

por su nombre

el Rector de la Universidad de León

que, conforme a las condiciones y circunstancias que se han convenido

Don Alvaro Valderas Alonso

Nacido el día 3 de diciembre de 1966 en La Bañeza
de nacionalidad española

Ha superado los estudios universitarios correspondientes, organizados por la Facultad de Filosofía y Letras
conforme a un plan de estudios aprobado por el Ministerio de Educación y Ciencia
expone el presente Título Universitario Oficial de

Licenciado en Filosofía y Letras (Filología)

con validez en todo el territorio nacional, que faculta al interesado para disfrutar los derechos que
a este Título otorgan las disposiciones vigentes.

León a 10 de mayo de 1989

El Rector

El Decano

El Secretario

2-AA-341

Registro Nacional de Títulos | Centro de CENTRO | Registro Universitario de Títulos
19900165 | 200000 | 8F00465

Centro: ESCUELA DE DOCTORADO

**DON JOSÉ ÁNGEL HERMIDA ALONSO,
RECTOR MAGNÍFICO DE LA UNIVERSIDAD DE LEÓN**

CERTIFICO:

Que **D. ALVARO VALDERAS ALONSO** nacido el 3 de Diciembre de 1965 en LA BAÑEZA, provincia de LEON, nacionalidad ESPAÑOLA, con Documento Nacional de Identidad **9759017**, ha superado en esta UNIVERSIDAD, con fecha **7 de Julio de 2015**, los estudios conducentes al título universitario oficial de **DOCTOR POR LA UNIVERSIDAD DE LEÓN**, y ha obtenido los derechos de explotación del título.

Y para que surta los mismos efectos del título con carácter provisional hasta que éste se edite, expido la presente certificación, a solicitud del interesado, en León, **10 de Julio de 2015**.

Sello

**Por delegación del Rector
(Res. 05/02/2015)
El DIRECTOR DE LA ESCUELA DE
DOCTORADO**

Edo: JULIO G. PRIETO FERNANDEZ