

PAG.

Introducción 4

Capítulo I. Antecedentes 5

I.1 Panorama general de la depresión.

I.2 Situación actual de la depresión.

I.3 Definición de la depresión.

Capítulo II. Cuadro clínico 8

2.1 Trastornos afectivos

2.2 Trastornos intelectuales

2.3 Trastornos conductuales

2.4 Trastornos somáticos

Capítulo III. Características de la adolescencia 11

3.1 Definición de la adolescencia

3.2 Desarrollo físico

3.3 Pubertad

3.4 Crecimiento y sexualidad

3.5 Etapas del desarrollo (de los 12 a 22 años)

3.6 Adolescencia

3.7 Teoría cognitivo conductual que intervienen en la adolescencia

3.8 Factor biológico

3.9 Factor psicológico

3.10 Factor social

Capítulo IV. Depresión en la adolescencia 18

- Depresión en los adolescentes
- Factores desencadenantes
- Factor social
- La búsqueda de la identidad

- El desarrollo de la personalidad

Capítulo V. Teoría cognitivo conductual 21

- Definición de la terapia cognitiva conductual
- Características de la terapia cognitiva
- Principales exponentes

Capítulo VI. Evaluación cognitiva 25

- Entrevista clínica
- Entrevista con el paciente adolescente

Conclusiones 27

Propuesta 29

Bibliografía 30

INTRODUCCION

La presente investigación describe las características de la depresión enfocada a la segunda etapa del desarrollo del ser humano llamada etapa de la adolescencia La cual esta contemplada desde el enfoque cognitivo–conductual para su evaluación. La depresión ha sido estudiada durante mucho tiempo algunos la han considerado como una enfermedad y otros como un trastorno. Durante el desarrollo en la adolescencia influyen ciertos factores que son el biológico, psicológico, social y cultural que intervienen conjuntamente en la percepción que el adolescente tiene de sí mismo. Tomando en cuenta esto la depresión ha sido y es un trastorno mental que se presenta con mas frecuencia en la adolescencia pero también afecta a hombres y mujeres de cualquier edad y clase social en ciertos periodos del ciclo vital como la menopausia y andropausia. Es por esto que se considera importante hacer una revisión de la depresión en la adolescencia específicamente.

En el capítulo 1 se abarcan los antecedentes históricos de la depresión, haciendo una aproximación de cómo es que se considera dicho trastorno actualmente y dar una definición. El capítulo 2 nos hará referencia sobre la sintomatología que puede padecer cualquier individuo tomando como cuadro clínico los trastornos afectivos, intelectuales, conductuales y somáticos. Así como se considera hacer el capítulo 3 sobre las características de la adolescencia, abarcando el desarrollo físico del adolescente. Ya que los adolescentes atraviesan por cambios característicos de la pubertad en la cual maduran los órganos sexuales implicados en la reproducción. Este periodo de transición en el desarrollo entre la infancia y la edad adulta, que se caracteriza por profundos cambios físicos, emocionales, cognitivos y sociales. En el capítulo 4 se describe ya la depresión en el adolescente, abarcando los factores que desencadenan dicho trastorno durante esa etapa. Ya que durante este periodo de transición de desarrollo, el adolescente se enfrenta a las necesidades de establecer un sentido de la identidad y para prepararse y convertirse en miembros independientes de la sociedad. No todos lo hacen al mismo tiempo, ritmo y velocidad, ya que en este periodo se presentan ciertas psicopatologías en el adolescente como las fobias, reacciones de ansiedad, la drogadicción, la mala alimentación y en ocasiones hasta pensamientos suicidas. El capítulo 5 describe las facetas de la terapia cognitivo–conductual abarcando desde sus inicios, describiendo la forma en la cual el terapeuta debe actuar desde el inicio de la terapia hasta la finalización, así como la duración de la misma y finalizando con algunos de sus principales exponentes. El capítulo 6 de esta investigación, se hablara sobre la utilización de la entrevista al adolescente de modo general y lo que se considera en la base de su aplicación , así como importantes instrumentos de la evaluación sobre depresión utilizados por Beck. Finalizando con las conclusiones y la propuesta para el manejo de este tema en investigaciones posteriores.

CAPITULO I. ANTECEDENTES

1.1 PANORAMA GENERAL DE LA DEPRESION.

El término depresión se remonta a un cuarto de siglo. El cuadro patológico en su forma severa fue descrito desde la época grecorromana con el nombre de melancolía. Ya en el siglo IV a. De C.. Hipocrates afirmaba que desde el punto de vista medica los problemas que hay se llaman psiquiátricos estaban relacionados por la conjunta de los cuatro humores corporales; sangre bilis negra, bilis amarilla y flema y que la melancolía era producida por la bilis negra o atrabilis. Posteriormente Celsus y Areteo de Cappadocia como hablan de la manía y de la melancolía como problemas médicos. Soranos de *Ephesus* describió los síntomas principales de la melancolía que son tristeza, deseos de morir, suspicacia acentuada tendencia al llanto irritabilidad en ocasiones jovialidad. Durante la Edad media filósofos destacados como Santo Tomas de Aquino sostenía que la melancolía era producida por demonios de influencias astrales. Galeno también en el siglo II desarrollo una teoría de enfermedad mental basada en supuestos humores, teoría que se mantuvo hasta la Edad media. En el Renacimiento surgió el interés en la depresión con un nuevo enfoque de sus causas. A principios del siglo XIX Philippe Pinel indicó que el pensamiento de los melancólicos estaba completamente concentrado en un objeto (obsesivamente), y que la memoria y la asociación de ideas estaban frecuentemente perturbadas , pudiendo en ocasiones inducir a suicidio. Como causas posibles de la melancolía señalo. En primer lugar las psicológicas (p/e el miedo, los desengaños amorosos ^ la pérdida de propiedades y las dificultades familiares), Y en segundo, la física (p/e la amenorrea y el puerpeno).

En 1896, Kraepelin estableció la diferencia entre psicomaníacodepresivo y demencia precoz, llamado. posteriormente esquizofrenia. Después los estudios genéticos en psiquiatría llevaron a considerar a los síndromes depresivos como parte de la psicosis maníacodepresiva, situación que prevaleció durante las tres primeras décadas de este siglo, en consecuencia el deprimido era calificado de psicóticos aunque sus síntomas fueron muy leves.

1.2 SITUACION ACTUAL DE LA DEPRESION

La importancia de los primeros registros de la depresión, reside en que ellos demuestran que la sintomatología del desorden afectivo sigue siendo la misma durante mucho tiempo. La constancia histórica de la descripción sintomatológica las causas y los tratamientos sugeridos para la depresión se han ido modificando permanentemente, como reloj de las tendencias etiológicas y teóricas de cada época,

Con la difusión de la revolución científica, los investigadores de psiquiatría comenzaron a considerar la enfermedad mental como causada por agentes fisiológicos.

Las contribuciones de Kraepelin. que revoluciono la psiquiatría estableciendo un sistema nosológico que continua aun. Discrimino los elementos comunes de entre la confusión de síndromes descritos individualmente y los consolido en tres categorías principales: demencia precoz, parafernalia y psicosis maniaco depresiva. Basó sus clasificaciones tanto en la similitud de los síntomas como en el eventual desenlace de la enfermedad. En el sistema nosológico de Kraepelin la categoría de psicosis maniaco-depresiva comprendía la psicosis interminente. La manía simple, algunos casos de confusión, la mayor parte de los casos de melancolía y algunos casos de desordenes leves del carácter precursores de perturbaciones mas graves. La gran contribución de Kraepelin a la psiquiatría fue el ordenamiento *del* caos nosológico. Adolfo Meyer cuyo propio sistema de clasificación se basa en una categoría mas amplia de tipos reactivos, comenzó a tratar los desordenes psiquiátricos dando preferencia a la influencia de las circunstancias existenciales más que a las condiciones estrictamente orgánicas que evolucionaba independientemente *de* los factores ambientales. Por ultimo descartó por completo el modelo de enfermedad, prefiriendo considerar los desordenes psiquiátricos como reacciones específicas de un individuo ante sucesión de circunstancias existenciales. En 1904 Meyer objeto el término melancolía, afirmando que daba un sello de certeza a un estado vago acerca de! cual poco se sabía. Sugirió en cambio denominarla *Depresión* a dicho desorden.

Karl Abraham., realiza la primera investigación psicoanalítica sobre la depresión. La psiconeurosis era interpretada como consecuencia de una regresión de la libido; de ahí que Abraham comparo depresión con ansiedad, que también era visto como el resultado de instintos reprimidos, también menciona la siguiente diferencia de estos dos estados, mientras la ansiedad surge cuando las represiones impiden el logro de la gratificación deseada, que aun es posible, la depresión aparece cuando el individuo ha renunciado a la esperanza de satisfacer sus tendencias libidinales. Además en la depresión la búsqueda de la satisfacción libidinal está tan profundamente deprimido que el individuo no puede sentirse amado ni capaz de amar y desespera de llegar nunca a la intimidad emocional. También explica otros aspectos significativos de la depresión sobre la base de la represión. Se ocupa de la manía y de la analizabilidad de los individuos deprimidos, considera que la manía es la manifestación franca de lo estuvo reprimido durante la fase depresiva. La explosiva expresión de amor y odio acertadamente calificado de frenesí de libertad que se observa en la fase maníaca, es interpretada como una vuelta al periodo de la infancia previo a la represión emocional.

Las líneas convergentes de la investigación proveniente de la psicología experimental básica y de psicopatología descriptiva condujeron a la articulación de las teorías cognitivas y conductuales de la depresión. Estas teorías a su vez estimularon el desarrollo de nuevos métodos de intervención aparentemente poderosas. Una teoría cognitiva plantea que la depresión es en parte, una consecuencia de interpretaciones erróneas negativas y perniciosas (pervasivas), de experiencias objetivas (Beck 1967-1976. Citado en Steven, D. 1981). Los individuos depresivos exhiben lo que Beck, ha catalogado como la tríada cognitiva negativa, considerándose así mismos como incapacitados, derrotados y enfermos a sus mundos llenos de obstáculos para la obtención aun de la mínima satisfacción.

1.3 DEFINICION DE LA DEPRESION

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

La depresión es el más frecuente de todos los trastornos mentales, afecta a hombres y a mujeres de cualquier edad y clase social, aunque las mujeres, y las personas en ciertos periodos del ciclo vital (adolescencia, menopausia y andropausia), y en general los periodos de crisis o cambios importantes parecen ser las más afectadas, i

La depresión comúnmente ha sido considerada como un trastorno psíquico de tipo afectivo, intelectual y de conducta caracterizado por tristeza, pesimismo, irritabilidad, ideas de culpa, desesperanza, problemas de memoria, concentración etc. (Calderón 1990).

Hollon y Beck (1979), citados en Calderón (1990), definen a la depresión como el síndrome en el que interactúan diversas modalidades somática, afectiva, conductual y cognitiva. Considerando que las distorsiones cognitivas en el análisis y procesamiento de la información, son la causa principal del desorden a partir del cual se desatan los componentes restantes.

Después de analizar las definiciones anteriores consideramos la siguiente como la más adecuada para abordar el tema de la depresión en adolescentes por que abarca factores representativos desde el punto de vista psicológico.

La depresión se trata de un trastorno psíquico, habitualmente recurrente, que causa una alteración del estado de ánimo de tipo depresivo (tristeza), a menudo acompañado de ansiedad en los que pueden darse, además,

otros síntomas psíquicos de inhibición, sensación de vacío y desinterés general, disminución de la comunicación y del contacto social, alteraciones del apetito y el sueño (insomnio tardío) agitación o enlentecimiento sicomor, sentimientos de culpa y de incapacidad, ideas de muerte e incluso intento de suicidio, etc. Así como síntomas somáticos diversos.

CAPITULO II. CUADRO CLINICO

El cuadro clínico de la depresión puede presentar dos aspectos, uno con alteraciones francas de la esfera afectiva que permiten un diagnóstico rápido y seguro, y otro en el cual esta se encuentran emboscadas, predominando síntomas somáticos que no son fácilmente identificables por el profesionalista como elementos constituyentes de un cuadro depresivo.

2.1. Trastornos afectivos

La afectividad seriamente perturbada en el síndrome depresivo origina síntomas diversos. El enfermo generalmente inicia su cuadro con un estado de indiferencia hacia situaciones o circunstancias que antes despertaban su interés. Pronto aparece la tristeza persistente y relativa mente impermeable a influencias exteriores, de tal modo que cosas que antes pudieran haber estimulado su ánimo, ahora abatido, no son afectivas. Quizá mas frecuente que la tristeza es la inseguridad. El enfermo deprimido que presenta casi siempre este síntoma en forma dominante, manifiesta que no tiene confianza en si mismo y que cuesta mucho trabajo tomar decisiones hecho que deteriora su voluntad y su actividad. El pesimismo que con frecuencia acompaña a la inseguridad, da origen a sentimientos de devaluación personal que las mas de las veces se manifiestan con frases como: Soy un inútil, Para mi ya no hay nada, Todo lo hago mal, etc. Otro síntoma frecuente es el miedo que a veces se presenta en forma no precisa; pero el paciente siente temor pero no puede explicar a que, pudiendo ser todo o nada en especial. La ansiedad suele presentarse en grado variable, con frecuencia aparece en la mañana y disminuye en el transcurso del día. Finalmente la irritabilidad, que muchas veces es el motivo básico de la consulta.

2.2. Trastornos intelectuales

Es frecuente que la sensopercepcion se encuentre disminuida, situación que determina que durante el examen del paciente sea necesario repetirle las preguntas dos o tres veces para obtener una respuesta. Muchos deprimidos se quejan de trastornos de memoria, sin embargo, en realidad existe dificultad para evocar los recuerdos almacenados, y se manifiesta por el impedimento para representar un hecho o encontrar la palabra precisa en el momento que se desea , lo que constituye una experiencia banal episódica del ser humano normal.

Aparte hay una disminución de la capacidad de la atención y concentración y esta dismnesia suele presentarse para circunstancias recientes, contemporáneas al episodio depresivo, refiriéndose a hechos de la vida cotidiana, insuficientemente expresivos para llamar la atención del sujeto. Las ideas de culpa y de fracaso son elementos frecuentes del cuadro clínico tales como: me he vuelto muy malo, soy nefasto para los demás, etc. El pensamiento obsesivo contribuye a torturar mas al enfermo; ideas repetitivas lo acongojan con frecuencia: trata de alejar de su mente pensamientos o recuerdos que lo atormentan.

2.3. Trastornos conductuales

Las alteraciones de la afectividad y del intelecto señaladas, dan lugar en el enfermo deprimido a trastornos de la conducta. La actividad y la productividad del sujeto disminuyen, con frecuencia se muestra vacilante, dudoso, perplejo; aun teniendo en mente la conducta por seguir, no puede decidirse a llevarla a cabo.

Los impulsos suicidas son los aspectos mas delicados y peligroso que debe valorarse al inicio de un tratamiento. Se ha observado en algunos pacientes el impulso de ingerir bebidas alcohólicas y fármacos que

pueden originar dependencia, posiblemente con el fin de utilizar sus efectos desinhibidos para moderar su angustia.

Por lo anterior nos damos cuenta que los síntomas psíquicos del deprimido son muy variados, ya que a cada momento se entremezclan elementos afectivos, intelectuales y conductuales.

2.4 Trastornos somáticos.

A este cuadro se le llama depresión enmascarada y en la mayor parte de los casos pasa inadvertida para el facultativo, quien sin tenerla presente inicia una búsqueda infructuosa de patología orgánica, que puede prolongarse por años. Esto provoca que el paciente vaya de médico en médico, en una lucha penosa por recuperar la salud, cuando un estudio sencillo y un tratamiento adecuado podían haber resuelto su problema en un tiempo relativamente breve.

Uno de estos trastornos es el insomnio. La dificultad para dormir perturba considerablemente al enfermo, pudiendo ser su única pero angustiosa queja por muchos años. El insomnio puede presentarse al principio o al final del periodo de descanso, es decir, el enfermo tarda mucho en dormirse o se despierta por la madrugada sin poder conciliar nuevamente el sueño.

Otro trastorno importante es la anorexia, síntoma que se presenta en casi todos los cuadros agudos, cuando es pertinaz y se prolonga por años implica considerables pérdidas de peso, hasta de 10 y 15 kg. Por otro lado el enfermo puede reaccionar expresando un deseo compulsivo de comer con el correspondiente incremento de peso, esta diversidad de reacciones ha hecho que se denomine a la depresión la enfermedad de las mil caras.

Por otra parte se presentan trastornos en la sexualidad con debilitamiento o desaparición del deseo sexual. Este es un trastorno fundamental, los fracasos de realización que originan en el hombre la impotencia (falta de erección, o eyaculación precoz) no es otra cosa que la libido reducida, que provoca a su vez un profundo desaliento y un pensamiento obsesivo de minusvalía. En la mujer, la baja sexual es también, la baja sexual es también muy evidente, aunque suele perturbarla menos que al hombre.

Otro síntoma frecuente es la cefalea tensional. Se localiza especialmente en la nuca y a veces en las regiones temporales; se debe a estados emocionales, y suele ser intensa y persistente.

El aparato digestivo con frecuencia está implicado en las quejas del enfermo: la dispepsia, aerofagia, náusea y otros síntomas que se diagnostican generalmente como colon irritable son elementos comunes que se presentan en el síndrome depresivo.

Palpitaciones, disnea nerviosa, algias cardioracidas etc. Son trastornos por los que el deprimido acude al cardiólogo, quien al no encontrar ninguna explicación orgánica, elabora un diagnóstico de neurosis cardíaca o de astenia neurocirculatoria. Un conjunto adicional de síntomas del deprimido está constituido de mareos, prurito y alopecia, entre otros,

El examen clínico del enfermo pone en evidencia que se trata de una persona preocupada y triste; la cara presenta el ceño fruncido y las comisuras de la boca bajas; al caminar, el enfermo deprimido lo hace encorvado como si tuviera que soportar un gran peso. Con frecuencia se le ve desaliñado y con un total desinterés por lo que le rodea. (Calderón, 1990)

CAPITULO III CARACTERISTICAS DE LA ADOLESCENCIA

3.1 DEFINICION DE LA ADOLESCENCIA

La adolescencia es una etapa de transición, una etapa del ciclo de crecimiento físico que marca el final de la

niñez y pronuncia la adultez, para muchos jóvenes la adolescencia es un periodo de incertidumbre e inclusive de desesperación, pero en este periodo los adolescentes están conscientes de los cambios que experimentan sus cuerpos.

La adolescencia abarca un intervalo de años que se extiende hasta los veintitantos años. Se puede pensar en el periodo que va de los 12 a los 22 años como de transición física (pubertad), al igual que como un momento de transición psicológica hacia la edad adulta completa, que culmina en el logro de la independencia; con respecto a los padres, la adolescencia no termina sino hasta los primeros años de la segunda parte de nuestra vida.

Pero no se aplica la palabra adolescente a una persona joven de 19,20 o 22 años.; en lugar de ello, la frase adulto joven, como la palabra joven para describir el periodo que va de los 18 a los 22 años.

3.2. DESARROLLO FISICO.

Durante la adolescencia el desarrollo físico se divide en crecimiento externo e interno. El crecimiento externo se refiere a cambios en el tamaño y la forma: En cuanto al tamaño hay un impulso *de* crecimiento en los primeros años *de* la adolescencia, cuando tanto la estatura como el peso aumentan rápidamente. El crecimiento interno se refiere a músculos- grasas y hormonas. Aunque el crecimiento durante la adolescencia no es tan rápido como durante la infancia, ciertamente es mucho más rápido que durante el resto de la niñez. El impulso empieza y termina antes en el caso *de* las niñas y nunca alcanza en ellas la misma tasa que en los niños, (Tanner 1978 citado en Bee. H, Mitchell. S 1987) Una diferencia que existe tanto en los cambios externos como internos que ocurren en los adolescentes es que hay una amplia gama de tiempos normales para que se presenten tales cambios . Los niños de la misma edad pueden diferir ampliamente en su maduración física.

En cuanto a la forma durante la adolescencia, cambian las proporciones del cuerpo (esto es los tamaños relativos de la cabeza, el tronco y las piernas). Las piernas aumentan de longitud primero, unos seis a nueve meses antes *de* que lo haga el tronco, aunque la cabeza no cambie mucho de tamaño y cambie en otras maneras como la frente & e hace más prominente y ambas mandíbulas crecen hacia delante, la inferior más que la superior. Estos cambios son bastante notables en especial en los muchachos quienes les empieza a crecer el vello facial.

Durante el crecimiento interno los huesos, músculos y nervios, también muestran importantes cambios en la adolescencia.

El cuerpo esta conformado por dos tipos de tejido; masa corporal delgada (MCD), y grasa corporal total (GCT). La masa corporal delgada incluye todos los huesos, los órganos internos, los músculos y la piel; mientras que la grasa corporal total incluye principalmente al almacenamiento de la grasa bajo la piel (llamada algunas veces grasa subcutánea). Varios de los cambios externos son en realidad un resultado de los cambios de la masa corporal delgada, en particular en la maduración de los huesos. Los huesos largos en el cuerpo, particularmente los de los brazos y piernas, crecen a medida que se osifica el cartílago cerca de los extremos de los huesos. Durante la adolescencia- aumenta este proceso, disminuyendo en forma gradual alrededor de los 18 en el caso de las mujeres y de los 20 años para los hombres.

Tanto los niños como las niñas aumentan su MCD después de los 15 añoso más; los muchachos no muestran luego ningún cambio hasta un momento bastante avanzado. Los muchachos ,por otra parte continúan aumentando su MCD hasta el final *de* los " diesitantos y tal vez hasta principios de los " veintitantos. (Chumlea,1982; Citado en Bee. H, Michell.S. 1987.)

Las mujeres tienen ligeramente más grasa corporal total que los hombres al principio de la pubertad y esta diferencia se hace cada vez mayor durante la adolescencia a medida que los muchachas muestran incremento

y los muchachos reducciones.

3.3 PUBERTAD

Aunque los procesos básicos de crecimiento del Sistema Nervioso se completan antes de la adolescencia, el cerebro continúa desempeñando un importante papel en el desarrollo físico. Durante la pubertad, la glándula pituitaria esta en si bajo el control de la parte del cerebro en el hipotálamo, denominadas neuroreceptoras sirven para mantener la concentración de las hormonas en el cuerpo en un nivel preestablecido. Los niveles hormonales a los que responden los neuroreceptores están bajo el control de las influencias de la maduración (y en un grado menor, ambientales). Los puntos establecidos para los neuroreceptores son bastante bajos pero aumentan al principio de la pubertad. Aunque es cierto que las hormonas afectan al cerebro., el primer cambio que ocurre parece ser que afecta a las hormonas. Las hormonas entonces, proceden a dirigir la maduración de las características sexuales tanto en varones como en las mujeres

La pubertad periodo de la vida donde maduran los órganos sexuales implicados en la reproducción. Esta maduración se manifiesta en las mujeres por el comienzo de la menstruación, en los hombres por la producción de semen, y en ambos por el aumento de tamaño de los genitales externos. El rápido desarrollo indica una serie de cambios fisiológicos. Así mismo, durante la pubertad aparecen por primera vez los caracteres sexuales secundarios. En los hombres, se incrementa de forma notable la producción de vello en ciertas partes del cuerpo, en particular en la zona pubica, en las axilas y en la cara; además por lo general, la voz cambia y comienza a tener tono más grave. En las mujeres, también aparece vello en la región pubica y en las axilas y los senos empiezan a crecer. El desarrollo acelerado de las glándulas sudoríparas en ambos sexos puede provocar la aparición de acné. Otro importante cambio es el de la amplitud de los hombros y caderas, tanto los hombres como en las mujeres muestran un impulso en el crecimiento de la pelvis (los huesos planos, largos que determinan la forma del tronco inferior). Pero los hombres muestran un impulso similar en la amplitud de los hombros que no se observa en las mujeres.

La pubertad suele ocurrir en los hombres entre los 13 y 16 años de edad, y en las mujeres entre los 11 y los 14 años aproximadamente. Ciertas patologías relacionadas con la pubertad son la amenorrea y la pubertad precoz.

La primera se caracteriza por una ausencia o cese de flujo menstrual sin que exista embarazo. La segunda es la aparición prematura, en hombres o mujeres de las características fisiológicas típicas de la pubertad esta causada por trastornos de las secreciones del lóbulo anterior de la hipófisis o adenohipófisis, de las glándulas adrenales o de las gónadas (Enciclopedia M. 2000)

3.4. CRECIMIENTO Y SEXUALIDAD

Los cambios mas notables de la adolescencia no son los del peso y la estatura, ni siquiera los de las composiciones corporales, sino los concernientes al desarrollo de las características sexuales; estas se dividen en dos grupos en las características sexuales primarias, que son las necesarias para la reproducción:, incluyen los testículos y el pene en el varón, el útero y la vagina en la mujer, las características sexuales secundarias, son las no necesarias para la reproducción e incluyen el desarrollo del pecho (en el caso de las mujeres), el crecimiento de vello pubico (en mujeres y hombres), el tono de voz y el crecimiento de vello en la cara y en las axilas.

En los jóvenes los cambios en los órganos reproductores son graduales; pero hay un hecho único claramente marcado que con frecuencia es tomado como medida de madurez sexual en la mujer, a saber la primera menstruación, llamada menarca.

Se creó que la primera menstruación señala que la niña o Joven es fértil y esta biológicamente lista para tener hijos, este no es realmente el caso. En la mayoría de las muchachas, los primeros periodos menstruales no van

acompañados por la producción de un óvulo. Por algún tiempo sólo algunos ciclos son fértiles, hasta que finalmente se alcanza la total fertilidad, la mayor parte de las mujeres alcanza la menarca entre las edades de 10 y 16 años. Por lo regular sigue poco después de que se ha alcanzado el punto máximo del impulso de crecimiento y por lo tanto es bastante tarde en la secuencia de cambios pubertales en los jóvenes.

En los hombres hay cambios importantes en los órganos reproductores que empiezan alrededor de los 11 –12 años. Los primeros signos de cambio son un alargamiento de los testículos y del escroto; el pene empieza a crecer un poco más tarde. Todo el proceso de cambio normalmente toma tres o cuatro años para completarse la madurez reproductora masculina, no sólo es la primera emisión nocturna (este es un hecho privado , algunas veces considerado como vergonzoso) ,también es difícil decir cuando empieza el liquido seminal a incluir espermatozoides viables.

Se piensa que la fertilidad reproductora empieza entre los 12 y 16 años para la mayoría de los muchachos. Los cambios más importantes en las características sexuales secundarias son los pechos en la mujer y el vello púbico, tanto en la mujer como en el hombre. Las mujeres empiezan el desarrollo de estas características secundarias antes que los hombres (Grinder, 1996)

3.5. ETAPAS DEL DESARROLLO (DE LOS 12 A LOS 22 AÑOS) Durante el desarrollo del niño se divide en dos periodos o etapas que comprenden de los 12 a los 22 años. La primera de éstas, que se ha denominado adolescencia se inicia con la pubertad hasta casi los 18 años, hasta que el joven deja su hogar para ir a la universidad o para buscar un empleo o una existencia independiente. El periodo de la juventud empieza de los 18 años aproximadamente y dura hasta los 22 o más, cuando se ha terminado la universidad o cuando se ha llevado a cabo una transición a una independencia más completa.

3.6 ADOLESCENCIA

ADOLESCENCIA (12 –18 AÑOS): Este periodo esta marcado por cambios muy importantes en tres dominios. Físicamente, el adolescente experimenta todos los cambios corporales de la pubertad.

La pubertad esta completa durante este periodo con velocidades que varían ampliamente, tanto en el inicio como en la duración de los cambios pubertales. No sólo el joven se vuelve físicamente capaz de reproducirse sino que también alcanza rápidamente la estatura y la mayoría de las proporciones de los adultos, esto se ve acompañado por fortalecimientos en el tejido muscular, así como el crecimiento de la capacidad de los pulmones y el corazón produciendo mayor fuerza y velocidad.

En cuanto al desarrollo cognoscitivo, los adolescentes empiezan a tomar los primeros pasos hacia el pensamiento operacional formal y los primeros pasos hacia la construcción de una identidad ocupacional y sexual.

Las primeras etapas de las operaciones formales son visibles para muchos, pero no para todos los adolescentes en este periodo. Estas etapas de los 14 años o más son acompañadas por un razonamiento moral convencional. A los 17 o 18 años, algunos adolescentes han alcanzado operaciones formales mas consolidadas por un razonamiento moral.

En el desarrollo social estos cambios no sólo afectan sus relaciones con sus compañeros, también afectan sus relaciones con sus padres, periodo de desequilibrio social con mayores problemas en las relaciones padre-hijo, influencia máxima de la presión de los compañeros y problemas de la conducta y depresión. El adolescente empieza a cuestionar los antiguos valores, los viejos papeles, las viejas ideas de la identidad. Las amistades individuales son importantes a lo largo de este periodo, aunque también se inicia las relaciones heterosexuales.

Parece haber un desequilibrio muy importante casi en todos los aspectos en particular en los primeros años de

la adolescencia, los viejos patrones son hechos a un lado, y se deben encontrar nuevos patrones en los ámbitos sexual, intelectual y socialmente (Conger, 1980)

3.7. FACTORES QUE INTERVIENEN EN LA ADOLESCENCIA

La adolescencia es la etapa de la vida cuando ocurre una decisiva transición de una niñez dependiente a una autosuficiencia psicológica, social y económica, en la cual estos factores intervienen tanto en el desarrollo y la aceptación y que con un buen manejo de ellos permitirá que se culmine de una manera mas satisfactoria

3.8. FACTOR BIOLOGICO

El desarrollo de las características sexuales empieza con el cerebro (en particular el hipotálamo), que controla a la glándula pituitaria, la cual se encarga del crecimiento de los ovarios y los testículos en los cuales se producen la cantidad de estrógenos y andrógenos en el cuerpo.

El estudio de las hormonas nos muestra que algunos son detectados más fácilmente en la sangre y otras en la orina, y que muchas hormonas indican ciclos en sus niveles; esto es, son más altas en ciertos momentos del día o en especial en las mujeres en ciertos momentos del mes.

La forma como las hormonas influyen en los patrones de crecimiento en la pubertad es por medio de la glándula pituitaria que empieza a secretar hormonas gonadotrópicas (dos en los hombres., tres en las mujeres) que son hormonas que estimulan el desarrollo de los órganos sexuales. Al mismo tiempo, la pituitaria secreta tres hormonas relacionadas con el crecimiento pero no con el desarrollo sexual: una regula a la glándula adrenal una que regula a la glándula tiroides y una que regula el crecimiento general especialmente de los huesos. Lo que significa que hay por lo menos cinco hormonas (seis en la mujer), que influyen en el crecimiento y el desarrollo durante la pubertad. Juntas regulan la forma y función del sistema endocrino, el metabolismo basal, el crecimiento del esqueleto y las características sexuales tanto primarias como secundarias (Dreyer. Citado en Bee. H, Mitchell. S., 1987),

El sistema bioquímico es lo suficientemente complejo, las hormonas gonadotrópicas estimulan a los ovarios y testículos a producir hormonas propias – el estrógeno y andrógeno– Estas dos hormonas son las mas importantes para el desarrollo de las característica sexuales secundarias y para el desarrollo genital de los muchachos. Aunque se piensa en el estrógeno como la hormona femenina y en el andrógeno como la hormona masculina, lo importante es que ambos sexos tienen parte de ambas. Una chica desarrolla un cuerpo femenino debido a que tiene mas estrógenos en relación con el andrógeno, y un chico desarrolla características masculinas debido a que esta relación es inversa.

3.9. FACTOR PSICOLOGICO

Durante el transcurso del crecimiento, todo joven se enfrenta a determinados problemas psicológicos, la mayoría experimenta sentimientos de angustia, frustración o conflictos con si mismo y con los demás, también alegría y amor. Estos problemas tienden a surgir con más frecuencia durante los periodos de rápidos cambios en el desarrollo y transición social como la adolescencia.

Un adolescente puede sufrir altibajos emocionales, periodos de desaliento y preocupaciones sobre la aceptación por parte de sus compañeros. Puede experimentar ansiedad p/e de un examen importante, arrebatos ocasionales de enojo o rebelión participando con otros jóvenes en actos delictivos menores, tristeza por la pérdida del novio (a), preocupaciones en lo relativo al sexo o dudas sobre su verdadera identidad.

Algunos problemas psicológicos son comprensibles ya que un adolescente que es rechazado continuamente por sus compañeros puede volverse ansioso y refugiarse en el aislamiento. Un muchacho sometido a una disciplina dura o incongruente, así como el rechazo o ridículo por parte de los padres, mientras crece puede

convertirse en un adolescente irritable o destructivo.

3.10. FACTOR SOCIAL

Aproximadamente a los doce años de edad, la habilidad para pensar acerca de sí mismo y de las relaciones sociales es muy grande (Selman y Byrne 1974: en Sarafino, E. 1988). Durante los años intermedios y finales de la niñez el niño es capaz de inferir los sentimientos, los pensamientos y las intenciones de otras personas con cierta exactitud. Después junto con su continuo crecimiento cognoscitivo, el adolescente logra una mayor conciencia de sus pensamientos y del de los demás. Aunque las habilidades cognoscitivas se expanden durante la adolescencia en algún grado, el egocentrismo los obstaculiza, es decir por la incapacidad para adoptar el rol o el punto de vista de otra persona. Para algunos adolescentes, la transición de la dependencia en la niñez a la auto-regulación independiente está llena de conflictos y tensiones interpersonales, aunque otros cumplen sus tareas con poca tensión.

La mayoría de los adolescentes se llevan muy bien con sus padres y hermanos: participan cada vez más en las decisiones que los afectan particularmente entre las familias de clase media. Estos adolescentes están dispuestos a tomar decisiones importantes con respecto a la elección de una carrera profesional y a las relaciones con sus compañeros por su cuenta o aconsejados por sus padres (Psathas. 1957. En Serafino, 1988). Conforme el adolescente se aleja de su familia comienza a depender más de sus compañeros y de sí mismo

Los conflictos que surgen a edad temprana en la adolescencia por lo general se deben a cuestiones más bien triviales, p/e. tal a la forma de vestirse. Las relaciones sociales entre hermanos dependen de diversos factores como la edad, el sexo. En la mayoría de las familias, estas relaciones pueden formalizarse cuando los padres asignan obligaciones y roles. El resentimiento por la asignación de tareas puede depender de la manera como se plantean. Los padres pueden reducir el resentimiento al explicar la necesidad de que dichas tareas domesticas sean realizadas y preguntar que se piensa. Las relaciones sociales de los adolescentes incluyen también el pertenecer a grupos mayores, las agrupaciones de adolescentes se constituyen en tomo a intereses, habilidades e ideales comunes.

Algunos adolescentes tienden más que otros a orientarse hacia las actitudes de los adultos (Schwartz y Merten, 1967 citados en Serafino E, 1988) . Los que se inclinan por ellas son formales y participan en las actividades escolares y en los grupos serios. Los que están orientados hacia los compañeros, manifiestan menos interés en los estudios académicos y los grupos formales. Normalmente los adolescentes orientados hacia los compañeros tienen una opinión más negativa de sí mismos que los orientados hacia los adultos.

CAPITULO IV. DEPRESION EN LA ADOLESCENCIA

4.1 DEPRESION EN LA ADOLESCENCIA

Durante siglos ninguna otra etapa de la vida ha sido más exaltada y censurada que esta, por los poetas, filósofos y políticos. Es fácil reconocer algunas opiniones de nuestros contemporáneos ya que en aquellos comentarios exasperados dichos por Aristóteles hace 23 siglos: los jóvenes, decía son apasionados y rascibles y tienden a dejarse llevar por sus impulsos, particularmente los sexuales... y en este sentido no conocen la continencia. También son volubles y sus deseos inconstantes, además de transitorios y vehementes todos los llevan al extremo, aun tratándose del amor, el odio o cualquier otra cosa se sienten sabelotodo.

Cuando se dice que una persona esta "deprimida"" resulta muy poco específicas las circunstancias que producen la depresión, pueden variar desde los estados temporales (relativamente no perjudiciales), aunque agudos de tristeza, como respuesta una pérdida genuina (p/e, de una persona amada o de un amigo de toda la vida), hasta las condiciones psicóticas sumamente perturbadas, que comprenden las alteraciones mentales y emocionales. Dichos desórdenes depresivos psicóticos son raros en la adolescencia en tanto que las

sensaciones de depresión, en una escala menos peligrosa, son muy comunes.

En realidad "si hubiera un estado emocional universalmente reconocido para esta etapa de la vida este sería la depresión". (Irene Joselyn citado en Garver, 1920). Para la mayoría *de los adolescentes* tales sentimientos son pasajeros, son parte de los altibajos emocionales que suelen presentarse entre los jóvenes. No obstante, para algunos la depresión o la melancolía puede ser el estado de animo predominante, en este tipo de casos es cuando se debe poner atención para que el estado de depresión no se tome crónico y acarree problemas mas serios.

La depresión, en los adolescentes suele manifestarse de una manera distinta a la que se encuentra comúnmente entre los adultos que la sufren. Los adolescentes pueden mostrarse renuentes a expresar abiertamente sus sentimientos, y pueden revelar actitudes equivalentes de depresión, tales como el aburrimiento o la inquietud, así como la incapacidad de estar a solas o bien una continua búsqueda de nuevas actividades. Algunos síntomas de la depresión oculta puede ser la drogadicción, promiscuidad, actos delictivos y la búsqueda del peligro, pueden ser todos indicios de una fuerte depresión oculta aunque obviamente también pueden ser el resultado de otros.

La depresión puede tomar dos formas, en la primera el joven puede quejarse de una falta de sentimientos y de una sensación de vacío, semejante al estado de aflicción. Esto no se debe a que el adolescente carezca de sentimientos, si no que no puede manejar o expresar lo que ahora tiene. La segunda se basa en las antiguas y repetidas experiencias de derrota y fracaso. Lo que desencadena este tipo de depresión; es la pérdida de una relación querida, como los padres, la novia o un amigo.

4.2 FACTORES DESENCADENANTES

Cuando se inicia la adolescencia, a muchos jóvenes y en particular a los más brillantes y de mentalidad más compleja, les puede resultar difícil adaptarse sin objeción a las creencias sociales, políticas y religiosas de sus padres, no creen que por el solo hecho de que sus padres tienen ciertas creencias particulares, necesariamente toda las personas de pensamiento recto tiene que compartirlas, si no que personas absolutamente honorable pueden sostener opiniones totalmente opuestas, sin dejar por esto de ser respetables.

En esta etapa del desarrollo, el joven también puede tomar en cuenta la motivación, a fin de ver que no es simplemente una acción específica, buena o mala, si no también la intención de la persona que la realiza, lo que importa. Con su recién descubierta capacidad para pensar en forma abstracta, también es posible que el adolescente busque principios morales amplios que puedan proponerse como algo universalmente verdadero.

4.3 FACTOR SOCIAL

Además de los complejos procesos mentales, por los que tiene que pesar el adolescente es otra su mayor preocupación, las exigencias a las que se enfrenta. El adolescente debe llevar a cabo una selección constante; no solo cambian ellos sino también su mundo social y sus relaciones con él, se enfrenta a múltiples posibilidades acerca de cómo vivir, pudiendo optar solamente por una *de* esas formas a la vez.

A medida que los adolescentes se desarrollan cognoscitivamente, sus perspectivas del tiempo se extienden hacia el futuro. Esto también aumenta la sensación de que es urgente desarrollar un conjunto de valores. El joven que comienza a vislumbrar una vida en su totalidad necesita mucho más que un conjunto *de* principios morales que le sirvan como guía para que su vida parezca ordenada, congruente y significativa. Sus compañeros pueden presionarlos para aceptar una serie de valores, completamente opuestos a los propuestos por sus padres. Además sus compañeros mismos pueden estar divididos en este aspecto. Algunos pueden decirle que no hay nada de malo en las relaciones sexuales premaritales o en el empleo de marihuana o el alcohol, en tanto que otros pueden tener sus dudas al respecto o bien oponerse 'por completo. Existe otro tipo de influencias que también se presenta con mucha frecuencia en el escenario de la selección de los valores del

adolescente, como los profesores, el cine, los libros, la televisión así como los representantes *de* los grupos conflictivos de la sociedad en general.

4.4. LA BUSQUEDA DE LA IDENTIDAD

El desarrollo mental del adolescente también desempeña un papel importante en el surgimiento de una sensación bien definida de su identidad. La capacidad para considerar lo posible igual al lo que actualmente es para intentar dar soluciones, alternativas a los problemas y para mirar hacia al futuro, contribuyen a que el joven se plantee las preguntas centrales, ¿ Quién soy?, ¿ Que quiero ser?, ¿Que probabilidades tengo de realizarme?. El adolescente puede probar muchos papeles distintos buscando los que personalmente le parezcan más cómodos, gratificantes y desafiantes, así como los que parezcan realistas o irreales, habilidad y posibilidad . El simple hecho de darse cuenta de que una parte de sí mismo puede razonar, formular y modificar suposiciones considerar las alternativas y llegar a conclusiones, aunque sólo sean tentativas, ayuda a fomentar dicho sentido de identidad.

4.5 EL DESARROLLO DE LA PERSONALIDAD

El desarrollo cognoscitivo del adolescente también se refleja en sus actitudes personales hacia si mismo, así como en las características de su personalidad que pueden destacar durante este periodo. En esta etapa muchos adolescentes se vuelven mas introspectivos y analíticos. Suelen interesarse por los enigmas filosóficos como, p/e, si realmente existe el mundo que perciben y si ellos mismos son reales o sólo un producto de la conciencia.

A menudo los adolescentes se muestran egocéntricos en su forma de pensar y de comportarse. En esta etapa se pueden percatar de que otras personas son capaces de desarrollar procesos de pensamiento semejantes a los suyos.

CAPITULO V. TEORIA COGNITIVO – CONDUCTUAL

5.1 DEFINICION DE LA TERAPIA COGNITIVA

La terapia cognitiva es un procedimiento activo, directivo, estructurado y de tiempo limitado que se utiliza para tratar distintas alteraciones psiquiátricas (p/e, la depresión, la ansiedad, las fobias y problemas relacionados con el dolor, etc.). Se basa en el supuesto teórico subyacente de que los efectos y la conducta de un individuo están determinadas en gran medida por el modo que tiene dicho individuo de estructurar el mundo. Sus cogniciones como (eventos verbales o gráficos a su corriente de conciencia) ,se basan en actitudes o supuestos esquemas, desarrollados a partir de experiencias exteriores.

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

La terapia cognitiva se sirve de una amplia variedad de estrategias cognitivas y conductuales. El objeto de las técnicas cognitivas es delimitar y poner a prueba las falsas creencias y las supuestas experiencias de aprendizaje altamente específicas dirigidas a enseñar al paciente las siguientes operaciones.

- 1." Controlar los pensamientos (cogniciones), automáticos negativos.
- 2.– Identificar las relaciones entre cognición, afecto y conducta.
- 3."Examinar la evidencia a favor y en contra de sus pensamientos distorsionados,

- 4.- Sustituir estas cogniciones desviadas por interpretaciones *más* realistas.
- 5.- Aprender a identificar y modificar las falsas creencias que les predispone a distorsionar sus experiencias.

Generalmente la terapia cognitiva consta de 15 a 20 min. por sesión una vez a la semana, los casos mas graves suelen adquirir sesiones frecuentes, dos semanales durante 4 o 5 semanas y después una semanal durante 1015 semanas. Normalmente se suele disminuir a una sesión de cada 2 semanas durante las ultimas fases, al tiempo que se recomienda la terapia de apoyo una vez que ha finalizado el tratamiento.

Entre los supuestos generales en los que se basa la terapia cognitiva, se encuentran los siguientes.

- 1.- La percepción y en general la experiencia son procesos activos que incluyen tanto datos de inspección como de introspección.
- 2.- Las cogniciones del paciente son el resultado *de* estímulos internos y externos.
- 3.- El modo que tiene un individuo de evaluar una situación se hace evidente, por lo general a partir de sus cogniciones, (pensamientos e imágenes visuales).
- 4.- Estas cogniciones constituyen la corriente de conciencia o campo fenoménico de una persona que refleja la configuración de la persona acerca de sí mismo, su mundo, su pasado y su futuro.
- 5.- Las modificaciones del contenido de las estructuras cognitivas de una persona influyen en su estado afectivo y en sus pautas de conducta.
- 6.- Mediante la terapia psicológica, un paciente puede llegar a darse cuenta de sus distorsiones cognitivas.
- 7.- La corrección de estos constructos erróneos puede producir la mejoría clínica o mejores sesiones.

5.2 CARACTERISTICAS DE LA TERAPIA COGNTTIVA

La terapia cognitiva difiere de la terapia convencional en dos aspectos importantes : en la estructura formal de las sesiones, y en los tipos de problemas en los que se centra.

" Empirismo colaboratorio " , En contraste con las terapias tradicionales, como la terapia psicoanalista o la terapia centrada en el cliente, el terapeuta que aplica la terapia cognitiva se encuentra en continua actividad e interactua intencionadamente con el paciente. El terapeuta estructura la terapia según un diseño específico que requiere la participación y colaboración del paciente.

Al contrario *de* la terapia psicoanalítica, la terapia cognitiva se centra en el aquí y el ahora. Se presta escasa atención a la época de la infancia, salvo que pueda clasificar algunos hechos actuales.

El objetivo principal es integrar los pensamientos, sentimientos del paciente durante la sesión terapéutica y las subsecuentes sesiones.

La terapia cognitiva también difiere de la terapia de la conducta a su mayor énfasis sobre las experiencias internas (mentales), del paciente, tales como pensamientos, sentimientos, deseos, aspiraciones y actitudes. Las estrategia general de la terapia cognitiva se puede diferenciar del resto *de* la escuela de terapia por su énfasis en las investigación empírica de los pensamientos, inferencias, conclusiones y supuestos automáticos del paciente. Se formulan las ideas y creencias desviadas del paciente acerca de si mismo, de sus experiencias, y de su futuro *en* términos de hipótesis cuya validez se intenta comprobar de un modo sistemático.

5.3 PRINCIPALES EXPONENTES

Desde las primeras descripciones de la enfermedad depresiva, *Aaron Beck* coincidió con la mayoría de los autores en señalar como parte del complejo sintomatológico, distorsiones cognitivas tales como pesimismo extremo o una visión irreal de la propia personalidad. La originalidad del punto de vista de Beck reside en que considera que estas distorsiones cognitivas son la causa primaria del desorden y no elaboraciones secundarias. Según Beck, todas las formas de psicopatología (no solo la esquizofrenia), presentan algún grado de desorden del pensamiento. Es obvio que nadie puede conocer la realidad de manera totalmente objetiva y que la apreciación que cada individuo hace de su mundo está coloreado por sus experiencias pasadas.

En la psicopatología, según Beck, se producen distorsiones características, que parecen apartarse de lo que la mayoría de los individuos considerarían una manera realista de pensar o interpretar la realidad.

La depresión presenta sus propias formas de distorsión que Beck reúne bajo la denominación de *triada cognitiva* (Beck,1979), compuesta:

- 1.- Expectativas negativas respecto del ambiente. 2.- *Autoapreciación negativa de sí mismo.*
- 3.- Expectativas negativas respecto al futuro.

Concepto de Triada cognitiva La triada consiste en tres patrones cognitivos principales que inducen al paciente a considerarse a sí mismo. El paciente se ve desgraciado, torpe, enfermo, con poca valía. Tiende a atribuir sus experiencias desagradables a un defecto suyo, de tipo psíquico, moral, o físico. Debido a este modo de ver las cosas, el paciente cree que, a causa de estos defectos, *es un inútil* carece de valor. Tiende a subestimarse a criticarse a sí mismo en base a sus defectos. Por último, piensa que carece de los atributos que considera esenciales para lograr la alegría y felicidad.

El segundo componente de la triada cognitiva se centra en la tendencia del depresivo a interpretar sus experiencias de una manera negativa. Le parece que el mundo le hace demandas exageradas y/o le presentan obstáculos insuperables para alcanzar sus objetivos. Interpretar sus interacciones con el entorno, animado o inanimado, en términos de relaciones de derrota o frustración. Estas interpretaciones negativas se hacen evidentes cuando se observa cómo construye el paciente las situaciones en una dirección negativa aun cuando pudiera hacerse interpretaciones alternativas mas posibles. La persona depresiva puede darse cuenta de que sus interpretaciones negativas iniciales estaban desviadas si se le anima a reflexionar sobre otras explicaciones alternativas menos negativas. En sentido, puede llegar a darse cuenta de que estaba tergiversando los hechos para que se ajustasen a las conclusiones negativas que se había formando de antemano.

El tercer componente de la *triada* cognitiva se centra en la visión negativa acerca del futuro. Cuando la persona depresiva hace proyectos de gran alcance, está anticipando que sus dificultades o sufrimientos actuales continuaran indefinidamente. Espera pena, frustraciones y privaciones interminables.

George Kelly, con su terapia de los constructos personales describe el proceso continuo por el que un individuo construye interpretaciones personales acerca del mundo y luego los eleva nuevamente, considerando los eventos resaltantes. Para Kelly un constructo personal es la forma en la que se ve al mundo, o se atribuye significado a la propia experiencia. Una persona no necesariamente es capaz de expresar las construcciones que hace del mundo pero sin embargo, estos constructos influyen en la forma de evaluar los eventos, los constructos personales inadecuados como p/e, ver al mundo como un lugar inseguro o verse así mismo como despreciable pueden contribuir al trastorno emocional y la conducta inadaptada.

Albert Ellis, quien desarrollo la terapia racional emotiva, que su premisa básica es que gran parte, si no, todo el sufrimiento emocional, es debido a los modos inadaptativos en que la persona construye el mundo y a las creencias irracionales que mantienen. Dichas creencias conducen a pensamientos autoderrotistas que ejercen

un efecto adverso sobre la conducta. En consecuencia la tarea del terapeuta de la T.R.E. encierra tres tipos de acción. Primera debe determinar los eventos que perturban al cliente. Segundo, el terapeuta debe ayudar al paciente a describir las pautas específicas *de* pensamiento y las creencias subyacentes que constituyen la respuesta interna a estos eventos y que dan nacimiento a las emociones negativas. Tercera, el terapeuta ayuda al paciente a alternar estas pautas de pensamiento y creencias.

Albert Bandura, se refiere ahora a su teoría del aprendizaje social como teoría social cognitiva. En realidad es un complemento a la teoría de Ratter. Dificilmente es una teoría en si, en el sentido de ofrecer una serie integrada de conceptos que explican la conducta que una persona elige emplear a una situación específica. Su fortaleza reside en su explicación de manera en que las personas adquieran una variedad de conductas complejas en entornos sociales. Para Bandura el énfasis esta en la adquisición de la conducta, para Ratter el énfasis esta en las elecciones.

Bandura define el principio del determinismo recíproco. Esto significa que las tres variables *de* conducta, persona y situaciones se influyen entre si. Por lo común se podría decir p/ e., que un hombre entra en una pelea dentro de un Juego de fútbol porque es una persona agresiva y porque por casualidad un sujeto especialmente molesto se encuentra sentado junto a e len el juego.

CAPITULO VI. EVALUACION COGNITIVA

6.1 ENTREVISTA CLINICA

Todas las profesiones consideran a la entrevista como una de las técnicas principales para obtener datos y tomar decisiones. Para cualquier profesionista .La entrevista se ha vuelto una herramienta muy importante. Como con cualquier otra actividad de gran difusión. La entrevista de evaluación es a la vez la técnica *mas* básica y servicial que emplean los clínicos. En manos de un clínico hábil su aplicación a muchos campos y su adaptabilidad la hacen uno de los instrumentos principales para la toma *de* decisiones, comprensión y predicción clínicas. Pero por todo ello no debe perderse de vista el hecho de que la utilidad clínica de la entrevista no puede ser mayor que la habilidad y sensibilidad del clínico que la emplea.

La entrevista es una interacción entre, al menos dos personas cada participante contribuye al proceso y cada uno a las respuestas del otro. La entrevista al igual que la conversación implican encuentros o intercambios verbales cara a cara. La interacción de entrevista se diseña para lograr un propósito : seleccionar a nivel consiente. El entrevistador tiene la responsabilidad *de* mantener el rumbo de la entrevista y se dirige hacia la meta. Así es menos evidente la informalidad que con frecuencia caracteriza a la conversación común. Una buena entrevista es aquella que se planea con cuidado, se ejecuta deliberada y hábilmente y se orienta por completo hacia una meta-

Es evidente que existen muchas maneras de entrevista desde encontrar hechos hasta la liberación emocional y el interrogatorio. Los entrevistadores no utilizan el intercambio para lograr satisfacción personal o aumentar el prestigio. Lo emplean para obtener datos, inferir . creencias o actitudes del modo mas hábil posible. Al describir la entrevista psiquiátrica, Calderon, N. 1990 comenta acerca *del* tabú, de traficar con las creencias comunes de las relaciones interpersonales.

6.2. ENTRE VISTA CON EL PACIENTE ADOLESCENTE

La adolescencia tiene un lenguaje que le es peculiar, con términos y frases *de* una jerga característica que es diferente del lenguaje de los adultos. Surge así una pregunta inmediata: ¿ en que lenguaje debe hablarle al paciente adolescente el profesional de la salud?. Algunos terapeutas que tiene un trato muy frecuente con los adolescentes han aprendido y hablan su lenguaje, ya que pasando a formar parte de su comportamiento natural del terapeuta, o la pregunta es ¿ debemos tratar de hablar como los adolescentes cuando tratamos con ellos?. El terapeuta debe interesarse en el lenguaje y en las costumbres de los pacientes, y en este sentido el

adolescente es como cualquier otro paciente. No obstante, uno de los rasgos mas generales de los adolescentes es su intolerancia frente a la falsedad y la hipocresía, y el elevado valor que le conceden a la autenticidad. El terapeuta que finge familiaridad con el lenguaje de los adolescentes se arriesga a que sus pacientes adolescentes lo consideren un falso, mas que uno de la pandilla.

La entrevista con el paciente adolescente plantea más problemas difíciles de confidencialidad que la sostenida con un niño o un adulto, ¿Que debe hacer el médico cuando una chica de 13 años le revela que está teniendo relaciones sexuales sin que sus padres lo sepan desea información sobre anticonceptivos?. Desde el punto de vista de la entrevista, sirve de ayuda tener presente el hecho de que se trata de problemas compartidos y que deben compartirse con el paciente. Al hacerlo, es posible que el paciente descubra el respeto que demuestra el terapeuta por los derechos del paciente. Por su parte, el médico acepta el derecho del paciente a la confidencialidad, pero reconoce que este derecho tiene sus limites. Acepta también que el paciente tiene derecho a conocer estos limites..

Algunas técnicas ponen el acento en la modificación de la conducta verbal en el tratamiento de la depresión.

CONCLUSIONES

Para finalizar esta investigación se concluye que el trastorno de la depresión se le debe especial atención ya que puede presentarse en cualquier momento de la vida especialmente en la adolescencia, tanto en hombres como en mujeres. Si durante la presencia del trastorno no se encuentra la ayuda psicológica necesaria el adolescente puede tener muchos problemas emocionales, debido a que en esta etapa experimentan cambios físicos y psicológicos. Durante este periodo de transición el adolescente esta en la búsqueda de la identidad y valores propios, suelen ser muy susceptibles y tener pensamientos erróneos como ideas suicidas, búsqueda de salidas fáciles que les permitan olvidarse del problema como te drogas y la delincuencia etc.

Es muy importante que para poder atender este tipo de trastornos se tenga toda la información así como la capacidad necesaria para que el psicólogo pueda tratar eficazmente al paciente depresivo antes de que el trastorno se agudice, ha esta conclusión se llega debido al amplio estudio que se ha realizado Es importante tomar en cuenta que el número de síntomas y la intensidad de los mismos son relevantes para una evaluación, tratamiento e intervención adecuada de la depresión.

Lo mas importante de esta investigación desde mi punto de vista es que la prevención que como profesionalista se pueda llevar a cabo en el ámbito en el cual nos desarrollamos sea detectada a tiempo y manejada de la mejor manera posible.

La evaluación que mostramos es meramente psicológica dado que en algunos casos será necesario la intervención de tipo multidisciplinario (psiquiatra) sin dejar a un lado la terapia psicológica que, es básica para la recuperación de la persona.

Las técnicas de intervención tratadas en este documento ponen de manifiesto desde el punto de vista de los autores mencionados son los mas adecuados, para el tratamiento de este trastorno, así como la prevención antes mencionada.

Un análisis de Robinson y Lewinsohn (1973) citado en Bouchar (1981) se propone usar el principio de Premack para reforzar lo que llaman conductas verbales de baja frecuencia (conductas agresivas-, afirmativas, constructivas, positivas). en las ejecuciones dependientes de las conductas verbales de alta frecuencia o sea, la conversación del depresivo. Participaron en el experimento veinte estudiantes que sufrían una depresión de *intensidad* mediana., siendo asignados a uno de cuatro grupos experimentales. El primer grupo (grupo de Premack) no debía tener conversaciones depresivas hasta que no se encendiera la luz verde (los primeros quince minutos); durante los siguientes quince minutos la luz verde quedaba iluminada durante un tiempo proporcional al tiempo durante el cuál el sujeto había tenido conversaciones constructivas durante

los quince primeros minutos. Mientras la luz estaba iluminada, el sujeto no tenía restricción. Para el siguiente grupo (grupo contingente) la luz verde se iluminaba cada vez que los sujetos emitían conversaciones constructivas; sin embargo, la extinción de la luz no restringía al grupo a ningún tipo particular de discurso. Por último– el cuarto grupo (grupo de expresión libre) podía expresarse como mejor le parecía,

Los resultados mostraron incrementos notables de la conducta verbal de baja frecuencia o, sea de las conversaciones constructivas, en el primer y tercer grupo. Aunque el efecto de la luz es poco valor, sin embargo, el efecto benéfico de la restricción de la expresión de conductas depresivas es notable.

PROPUESTA

Como resultado del trabajo presentado, la siguiente propuesta se espera sea de utilidad para aquellos que en un futuro puedan participar de la lectura del mismo.

Como primera instancia es importante evitar etiquetar al paciente y hacer prejuicios de valor ya que esto puede provocar que el paciente adolescente se sienta agredido y frustrado; para poder lograrlo se debe establecer un ambiente cálido y utilizando un lenguaje apropiado de acuerdo a las costumbres del adolescente ya que un paciente deprimido suele ser muy sensible. Detectar y hacer frente a las propias cogniciones distorsionadas, mantener el optimismo y transmitirlo al paciente procurando tener un alto nivel de tolerancia a la frustración.

El terapeuta debe preparar a cada paciente para la terapia cognitiva durante la primera sesión y parte de la segunda, presentando el plan general y el fundamento teórico del tratamiento cognitivo. Terapeuta y paciente proponen unos temas determinados para la agenda de cada sesión, que figuran al comienzo de esta. Los temas a tratar deben formularse en términos concretos y precisos de modo que la atención del paciente se centre en la tarea que se tiene entre manos. Los temas pueden ser basados en los problemas que más perturban al paciente, en técnicas de tipo conductual con pacientes más deprimidos y en los contenidos o apuntes que quedarán pendientes en la sesión, explicar con claridad cada paso del tratamiento y cada tarea que se deje para la casa, esto se debe mantener a lo largo de toda la terapia– El terapeuta debe hacer que el tratamiento sea lo más comprensible y creíble de modo que el paciente pueda participar activamente en la identificación de sus propios problemas y considerando el medio y cultura en el que se desarrolla para evitar confusiones de su parte.

Formular un plan de terapia con sus respectivos objetivos haciéndoselos partícipes tanto al paciente como a la familia del mismo, es importante estar en contacto con los familiares para intercambiar información acerca de la mejoría que va teniendo el paciente tanto en las sesiones como en el hogar, se recomienda que esto sea una o dos veces al mes. El terapeuta debe eliminar los síntomas del trastorno depresivo y prevenir las recaídas que pueda tener el paciente, entrenarlo a aprender a identificar y modificar sus pensamientos erróneos y su conducta inadecuada, reconociendo y cambiando los patrones cognitivos que producen estas ideas y conductas desadaptativas.

El objetivo a largo plazo de la terapia cognitiva se centra en facilitar la maduración, es decir en general habilidades para corregir e incorporar actitudes más racionales y adaptativas.

BIBLIOGRAFIA.

A. Polaino-Lorente, (1985). La depresión. España: Martínez Roca

Bee. H, Mitchell. S, (1987). *El Desarrollo de la Persona*, México: Harla

Beck. A.T., Rush. A, Sahaw, B y Emery, G. (1979). *Terapia Cognitiva de la Depresión*. New York: Desclee de Brouwer.

Bouchard, M.A.. Granger. L. Y Ladoucer. R. (1981). *Principios y Aplicaciones de las Terapias de la conducta*. Madrid: Debate.

Calderon N.G. (1990). Depresión . México: De. Trillas.

Conger. J,(1980). *Adolescencia*, México: Harla

Garver. C, (1920). *Adolescencia*. Madrid: Morata

Grinder. J, (1996). *Adolescencia*. México: Limusa.

"Pubertad." *Enciclopedia Microsoft Encarta 2000*.

Serafino E, (1988). *Desarrollo del niño y el adolescente*. México: Ed. Trillas

Steven. H, Beck. A, (1981). *Terapia Cognitiva de la depresión*. España:Gedisa

DEPRESION

1

29