

DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO PSICOLOGICO DE LA DEPRESION EN LOS
ALUMNOS DE NOVENO GRADO DEL COLEGIO INTEGRADO DE
FLORIDABLANCA

Rubiela Rojas Díaz

Psicóloga

Trabajo de Grado:

En La Modalidad De Proyecto De Grado Como Requisito Para Optar Al Título De
Especialista En Psicología Clínica

Directora:

Ph. D. Amparo Durán Mosquera



Universidad Pontificia Bolivariana

Escuela De Ciencias Sociales

Facultad de Psicología

Bucaramanga

2011

TABLA DE CONTENIDO

	Pág.
RESUMEN.....	7
ABSTRAC.....	8
INTRODUCCION.....	9
1. Depresión.....	9
2. Adolescencia.....	11
3. Depresión en Adolescentes.....	13
4. Evaluación Cognitiva.....	22
5. Tratamiento.....	24
5.1 Tratamiento Cognitivo	24
6. Técnicas Cognitivo Conductual.....	26
6.1 Técnicas Cognitivas.....	26
6.2 Técnicas conductuales.....	27
METODO.....	29
Objetivo general y específicos.....	29
Población.....	30
Muestra.....	30
Instrumentos.....	31
Procedimiento.....	31
Diseño o Metodología.....	33
RESULTADOS Y DISCUSION.....	33
Terapia Individual y Grupal.....	77
Historia Clínica con Tratamiento y Resumen de Casos.....	80
ESQUEMA DEL PROTOCOLO DE ATENCION.....	116
DISCUSION.....	117
CONCLUSIONES.....	121
RECOMENDACIONES.....	122
ANALISIS DE LA EXPERIENCIA.....	123
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.....	125
ANEXOS.....	129

LISTA DE TABLAS

	Pág.
TABLA 1. Resultados obtenidos el Inventario de Depresión de Beck de los 30 estudiantes preseleccionados.....	35
TABLA 2. Estadísticas de la prueba pre-test del Inventario de Depresión de Beck en 10 estudiantes con depresión moderada.....	36
TABLA 3. Estadísticas de la prueba pos-test del Inventario de Depresión de Beck en 10 estudiantes con depresión moderada.....	43
TABLA 4. Taller No. 1: Habilidades Sociales: Comunicación.....	80
TABLA 5. Taller No. 2: Habilidades Sociales: Comunicación.....	93
TABLA 6. Taller No. 3: Expresión de Sentimientos.....	110
TABLA 7. Taller No. 4: Solución de Conflictos.....	112
TABLA 8. Taller No. 5: Habilidades Sociales: Asertividad.....	113
TABLA 9. Historia Clínica Paciente AMGR.....	114
TABLA 10. Resumen Casos Clínicos.....	115

LISTA DE GRAFICAS

	Pág.
GRAFICA 1	Relación del género de la muestra con depresión moderada..... 34
GRAFICA 2	Relación de la edad de la muestra con depresión moderada..... 34
GRAFICA 3	Resultado total de la prueba pre-test y pos-test del Inventario de Depresión de Beck, de la muestra de estudiantes con depresión moderada..... 51
GRAFICA 4	Resultado de la escala Estado de Animo pre-test y pos-test de los pacientes..... 52
GRAFICA 5	Resultado de la escala Pesimismo pre-test y pos-test de los pacientes..... 53
GRAFICA 6	Resultado de la escala Sentimientos de Fracaso pre-test y pos-test de los pacientes..... 54
GRAFICA 7	Resultado de la escala Insatisfacción pre-test y pos-test de los pacientes..... 55
GRAFICA 8	Resultado de la escala Sentimientos de Culpa pre-test y pos-test de los pacientes..... 56
GRAFICA 9	Resultado de la escala Sentimientos de Castigo pre-test y pos-test de los pacientes..... 57
GRAFICA 10	Resultado de la escala Odio a si Mismo pre-test y pos-test de los pacientes..... 58
GRAFICA 11	Resultado de la escala Autoacusación pre-test y pos-test de los pacientes..... 60
GRAFICA 12	Resultado de la escala Impulsos Suicidas pre-test y pos-test de los pacientes..... 62
GRAFICA 13	Resultado de la escala Periodos de Llanto pre-test y pos-test de los pacientes..... 63
GRAFICA 14	Resultado de la escala Irritabilidad pre-test y pos-test de los pacientes..... 64
GRAFICA 15	Resultado de la escala Aislamiento Social pre-test y pos-test de

	los pacientes.....	65
GRAFICA 16	Resultado de la escala Indecisión pre-test y pos-test de los pacientes.....	66
GRAFICA 17	Resultado de la escala Imagen Corporal pre-test y pos-test de los pacientes.....	67
GRAFICA 18	Resultado de la escala Capacidad Laboral pre-test y pos-test de los pacientes.....	68
GRAFICA 19	Resultado de la escala Trastorno del Sueño pre-test y pos-test de los pacientes.....	70
GRAFICA 20	Resultado de la escala Cansancio pre-test y pos-test de los pacientes.....	71
GRAFICA 21	Resultado de la escala Pérdida de Apetito pre-test y pos-test de los pacientes.....	72
GRAFICA 22	Resultado de la escala Pérdida de Peso pre-test y pos-test de los pacientes.....	73
GRAFICA 23	Resultado de la escala Hipocondría pre-test y pos-test de los pacientes.....	74
GRAFICA 24	Resultado de la escala Libido pre-test y pos-test de los pacientes.....	76

LISTA DE ANEXOS

	Pág.
ANEXO No.1. Inventario de Depresión de Beck.....	129
ANEXO No.2: Consentimiento Informado.....	132
ANEXO No. 3: Formato Historia Clínica.....	133
ANEXO No. 4: FORMATO DE AUTOREGISTRO.....	138
ANEXO No. 5: PROTOCOLO DE INTERVENCIÓN	139

RESUMEN GENERAL DE TRABAJO DE GRADO

TITULO: DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO PSICOLOGICO DE LA DEPRESION EN LOS ALUMNOS DE NOVENO GRADO DEL COLEGIO INTEGRADO DE FLORIDABLANCA

AUTOR(ES): RUBIELA ROJAS DIAZ

FACULTAD: Esp. en Psicología Clínica

DIRECTOR(A): AMPARO DURAN MOSQUERA

RESUMEN

Actualmente los adolescentes se están viendo afectados por la aparición de síntomas depresivos, sumado a los cambios de comportamiento propios de la edad, según la OMS (2010) “En el periodo de un año, aproximadamente el 20% de los adolescentes sufren un problema de salud mental, como depresión o ansiedad”, debido a que en esta etapa enfrentan cambios físicos y cambios en su personalidad. Esta práctica de psicología clínica centra sus objetivos en el diagnóstico y tratamiento psicológico de la depresión en estudiantes de noveno grado del Instituto Rafael Pombo, con una muestra conformada por diez pacientes con depresión moderada, entre los 14 y los 17 años de edad. Se aplicó el Inventario de Depresión de Beck antes y después de la intervención psicológica. Finalmente se realiza el protocolo de intervención psicológica basada en la terapia cognitiva. Al aplicar el pre-test y pos-test permitió comparar los resultados de la terapia psicológica para determinar la eficacia de la intervención, la cual dejó observar la modificación de la conducta de los pacientes y la disminución de los síntomas depresivos.

Palabras claves:

Depresión en adolescentes, diagnóstico, tratamiento, protocolo.

V° B° DIRECTOR DE TRABAJO DE GRADO

GENERAL SUMMARY OF WORK OF GRADE

TITLE: DIAGNOSIS AND TREATMENT OF PSYCHOLOGICAL DEPRESSION IN THE NINTH GRADE STUDENTS OF INTEGRATED SCHOOL FLORIDABLANCA

AUTHOR(S): RUBIELA ROJAS DIAZ

FACULTY: Esp. en Psicología Clínica

DIRECTOR: AMPARO DURAN MOSQUERA

ABSTRACT

Adolescents currently are being affected by the emergence of depressive symptoms, coupled with the behavioral changes of old age, according to OMS (2010) "In a period of one year, approximately 20% of teenagers have a problem mental health such as depression or anxiety; "because at this stage face and physical changes in his personality. This practice of clinical psychology focuses its objectives in the diagnosis and psychological treatment of depression in freshmen Rafael Pombo Institute, with a sample made up of ten patients with moderate depression, between 14 and 17 years of age. We applied the Beck Depression Inventory before and after psychological intervention. Finally, there is psychological intervention protocol based on cognitive therapy. Applying the pre-test and post-test allowed to compare the results of psychological therapy to determine the effectiveness of the intervention, which allowed us to observe changes in behavior of patients and decreased depressive symptoms.

KEYWORDS:

Adolescent depression, diagnosis, treatment, protocol.

V° B° DIRECTOR OF GRADUATE WORK

INTRODUCCION

1. Depresión.

La depresión se ha convertido en uno de los trastornos más frecuentes entre la población de diferentes países, de ahí que sea reconocida como un problema de salud pública (Calderón, 1998) citado por Balcázar, P., Bonilla, M., Gurrola, G., Van, H. y Aguilar (2005a)

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS), la depresión es el trastorno mental más frecuente e incapacitante el cual requiere tratamiento y se genera por la interacción de factores biológicos, sociales y psicológicos. Se manifiesta con síntomas de tristeza profunda, desesperanza, llanto, ansiedad, autoinculpción, insomnio, pérdida de interés, disminución de la vitalidad, pérdida de confianza y de la autoestima.

Otro postulado más concreto es el de Sechel, L. (2007-2011) quien argumenta que “El trastorno depresivo se localiza principalmente en el cerebro, modificando sus funciones y provocando cambios en el estado de ánimo, los hábitos, la autoestima y la manera de pensar y sentir de quien la padece”.

Entre los conceptos de depresión, se destaca el de Calderón (1998), quien señala que la depresión “es un conjunto de manifestaciones afectivas de ideas, y de conducta, caracterizadas por la disminución de la autoestima, la aparición de variados síntomas físicos y en general, de un sufrimiento mental. En este cuadro,

destacan los trastornos de tipo afectivo, intelectual, conductual y somático” (Calderón, 1997) citado por Balcázar, P. y et al (2005b).

De acuerdo con Beck (1976), concibe a la depresión como un desorden del pensamiento. Supone que los signos y síntomas de la depresión son una consecuencia de la activación de patrones cognitivos negativos.

Otras teorías relacionan las causas de la depresión con la disposición genética, debida a que se ha encontrado varias personas de la misma familia con trastornos de este tipo. Aunque hay gran disposición genética, existe la posibilidad, de que una persona nunca desarrolle el trastorno de la depresión. (Sechel, L. 2007-2011)

En general, como expone García, J. (2010), los síntomas de la depresión se clasifican en tres clases: a) Cognitivos, b) Afectivos y c) Motores o conductuales. La persona puede padecer enfermedades somáticas como cansancio, dolores, debilitamiento, entre otros. Otro elemento importante que destaca García, J. es lo que él llama la triada depresiva: pensamientos negativos acerca del yo, el mundo y el futuro.

Basados en el DSM-IVR, se diferencian otras formas de depresión en función de su gravedad, duración, síntomas, entre otras. Su clasificación va desde el episodio depresivo agudo hasta los trastornos distímico que se relacionan más con los trastornos de personalidad.

Como se muestra anteriormente, son variadas las teorías que intentan explicar la depresión desde diferentes enfoques, sin embargo coinciden en que la depresión

causa cambios en el estado de ánimo de la persona que la padece, afectando sus sentimientos hacia sí misma, cambia sus hábitos de sueño y apetito, afecta su relación consigo mismo, con los otros y con su futuro.

2. Adolescencia.

La Organización Mundial de la Salud (OMS), define la adolescencia como la etapa que transcurre entre los 11 y 19 años, considerándose dos fases, la adolescencia temprana 12 a 14 años y la adolescencia tardía 15 a 19 años. En cada una de las etapas se presentan cambios tanto en el aspecto fisiológico (estimulación y funcionamiento de los órganos por hormonas, femeninas y masculinas), cambios estructurales anatómicos y modificación en el perfil psicológico y de la personalidad; Sin embargo la condición de la adolescencia no es uniforme y varía de acuerdo a las características individuales y de grupo.

La adolescencia está relacionada con el comienzo de la pubertad; es el proceso que lleva a la madurez sexual o la capacidad de reproducirse. Los cambios biológicos de la pubertad originan el aumento rápido de la estatura y el peso, la modifican las proporciones y las formas del cuerpo y da paso al desarrollo sexual. (Duskin, R, Papalia, D. y Wendkos, S., 2001a)

Por otra parte, Piaget plantea que la adolescencia es la etapa en la que se logra el mayor nivel de desarrollo cognitivo y la denomina *etapa de las operaciones formales*. Adquiriendo la capacidad de producir pensamiento abstracto. Ya no se limita al aquí y al ahora, puede comprender el tiempo histórico y el espacio exterior. Al tener la capacidad de producir pensamiento abstracto tiene discrepancias

emocionales; “el adolescente puede amar la libertad u odiar la explotación...lo posible y lo ideal cautiva la mente y los sentimientos” (H. Ginsburg y Opper, 1979, p. 201 citado por Duskin, R, Papalia, D. y Wendkos, S., 2001b, p. 426)

Cuando el adolescente llega a la etapa de las operaciones formales es capaz de producir razonamiento hipotético-deductivo, según Piaget, puede formular una hipótesis, diseñar experimentos y examinarla para probarla.

Es esta etapa, la escuela es el escenario donde puede desarrollar mejor sus habilidades cognitivas, obtener nueva información, dominar nuevas habilidades y perfeccionar las que ya posee, participar en actividades deportivas lúdicas y artísticas, determinar su orientación profesional y establecer nuevas relaciones sociales, sin embargo, algunos adolescentes ven la escuela como una barrera hacia la edad adulta. . (Duskin, R, Papalia, D. y Wendkos, S., 2001c)

El desarrollo psicosocial también trae cambios significativos en la adolescencia, Erikson (1968) afirma que el principal reto en esta etapa es enfrentar *la crisis de identidad frente a la confusión de identidad*. Es importante que la crisis de identidad sea resuelta por completo en la adolescencia ya que los aspectos que enmarca la identidad resurgen en la edad adulta.

Así mismo, Erikson plantea que los adolescentes forman su identidad no solo tomando como modelo otra persona, sino que, en esta etapa, modifican y sintetizan identificaciones anteriores para formar una “nueva estructura psicológica, mayor que la suma de las partes” (Kroger, 1993, p.3 citado por Duskin, R, Papalia, D. y Wendkos, S., 2001d. p 447). La identidad se forma a medida que los jóvenes

resuelven tres aspectos: la elección de una ocupación, la adopción de valores en que creer y por qué vivir, y el desarrollo de una identidad sexual satisfactoria.

3. Depresión en Adolescentes.

La etapa de la adolescencia se ve enfrentada por diversos cambios físicos, cognitivos y psicosociales, como se cita anteriormente, es importante en ese mismo orden indagar como afectan estos cambios a los adolescentes, en especial en su estado de ánimo.

Actualmente los adolescentes se están viendo afectados por la aparición de síntomas depresivos, sumado a los cambios de comportamiento propios de la edad, según la OMS (2010) “En el periodo de un año, aproximadamente el 20% de los adolescentes sufren un problema de salud mental, como depresión o ansiedad”, debido a que en esta etapa enfrentan cambios físicos, cambios en su personalidad y en su cultura. La adolescencia es considerada un fenómeno sociocultural que toma características diferentes en cada cultura y en cada momento histórico.

De acuerdo con el Segundo Estudio en Salud mental y Consumo de Sustancias Psicoactivas (Santacruz, Gómez, Posada & Viracachá, 1995) se encontró que en los trastornos de estado de ánimo, los jóvenes Colombianos entre los 16 y 21 años muestran los más altos índices de depresión en comparación con otros rangos de edad. Así mismo, según los datos de la Secretaria de Salud de Bogotá, en el año 2000 la tercera causa de muerte en los jóvenes de 14 a 26 años se debió a lesiones auto infligidas intencionalmente (suicidios) con un 7.0% del total de muertes (mujeres 6.8% y hombres 7.1%), después de las agresiones violentas y los accidentes de

transito (Departamento Administrativo de Acción Comunal – DAACD, 2003) consultado por Pardo, Sandoval & Umbariila, (2004).

Los adolescentes son uno de los grupos etáreos que presenta mayor probabilidad de sufrir depresión, ya que, como se menciona anteriormente, en esta etapa se llevan a cabo procesos de cambio físico, psicológico, sociocultural y cognitivo, que demandan de los jóvenes el desarrollo de estrategias de afrontamiento que les permitan establecer un sentido de identidad, autonomía y éxito personal y social (Blum, 2000). Además, se ha encontrado que individuos con historias de depresión en la adolescencia presentan un alto porcentaje de continuidad del trastorno depresivo mayor en la edad adulta (Lewwinsohn, Rohde, Seeley, Klein & Gtlib, 2000) consultado por Pardo, Sandoval & Umbariila, (2004).

Los cambios emocionales que se producen en la etapa de la adolescencia que afectan el estado de ánimo del joven algunas veces se desencadena en depresión; de acuerdo con Sarbach en su documento “La psicología del Desarrollo”, entre dichos cambios del adolescente está:

El plano fisiológico

En la adolescencia se presenta un impulso biológico brusco, que lleva consigo al principio un desequilibrio general de las funciones, una aceleración del crecimiento, el desarrollo de los órganos genitales y de los caracteres sexuales secundarios. Durante este periodo de la vida, el papel de la hipófisis es relevante, puesto que segrega las hormonas de crecimiento. Las vísceras, los huesos y los músculos se

desarrollan. El corazón adquiere un tamaño casi doble entre los doce y los dieciséis años, la tensión arterial aumenta y el ritmo cardíaco disminuye.

El plano intelectual

Hacia los doce años, se efectúa una transformación fundamental en el pensamiento del niño: el paso del pensamiento concreto al pensamiento formal o «hipotético-deductivo». Hasta esa edad las operaciones de la inteligencia infantil son únicamente «concretas». Así, pues, el pensamiento formal del adolescente será hipotético-deductivo en el sentido de que será capaz de deducir las conclusiones que se pueden extraer de puras hipótesis y no solamente de la observación real. Como dice Piaget, «comparado con un niño, un adolescente es un individuo que construye sistemas y teorías». Otra característica importante de la actividad mental del adolescente es su egocentrismo intelectual. Este se manifestará por la creencia en la omnipotencia de su reflexión, como si el mundo debiera someterse y adaptarse a sus sistemas, y no los sistemas a la realidad. Posteriormente, ese egocentrismo casi metafísico va encontrando su corrección en una reconciliación entre el pensamiento formal y la realidad. La actividad intelectual del adolescente irá alcanzando el equilibrio cuando éste comprenda que la función propia de la reflexión no es la de contradecir la experiencia, sino la de interpretarla y, en el fondo, adaptarse a ella.

Plano afectivo

Al revés de lo que sucedía durante la niñez, el adolescente canaliza sus sentimientos y afectos hacia fuera de casa, hacia los compañeros o adultos, o sea, hacia cuantas personas se interesen por él, sean sensibles para con sus problemas y

comprensivos con su conducta. Estos sentimientos, además de proporcionarle seguridad personal y confianza en sí mismo, desencadenan en él una serie de asociaciones cada vez más placenteras y reconfortantes, lo que motiva que el adolescente se encuentre cada vez más a gusto entre esas personas y lo manifieste en sus actitudes y comportamiento. (Fernández, 2000)

Plano psicológico

Un adolescente puede sufrir altibajos emocionales, periodos de desaliento y preocupaciones sobre la aceptación por parte de sus compañeros. Puede experimentar ansiedad 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.

El plano social

Hacia los quince años sale del mundo cerrado familiar para ampliar sus relaciones en nuevas amistades. Vive sus primeros amores, se forman las bandas de adolescentes y todo ello entre continuos entusiasmos y decepciones, que configuran la imagen del adolescente en un constante estado de insatisfacción. Insatisfacción

provocada por el desfase que suele haber entre su mundo interior y la realidad. Son corrientes, por ejemplo, las decepciones que le acarrea el descubrir que la verdadera personalidad de su amigo o amiga no corresponde al arquetipo que había proyectado sobre él o ella. A menudo parece que el adolescente sea asocial y casi asociable. Se afirma en contra de ella, pero, en el fondo, en relación a ella, y la actitud que toma sigue siendo la de insertarse en una sociedad que, si bien al principio no es la de los adultos, será por lo menos el grupo restringido o la banda de adolescentes.

Finalmente, señala Sarbach, todos estos conflictos se irán resolviendo a medida que equilibre su vida en el doble plano afectivo y social. Equilibrio que será una adaptación al adquirir un estatuto social y profesional, y una estabilización sentimental y sexual. Se puede afirmar, sin embargo, que ciertos adultos son adolescentes prolongados, a pesar de que su desarrollo fisiológico se haya realizado completamente, cuando las condiciones de estabilización no se han realizado de forma satisfactoria.

Sin embargo, De acuerdo con Flour y Buchanan (2003), la construcción de la personalidad de los jóvenes está relacionada con los modelos parentales de educación. En una familia cohesiva, expresiva, organizada, en la que se fomenta la independencia de sus miembros, quienes a su vez experimentan cercanía y afecto de los demás, es poco probable que los adolescentes presenten desajustes emocionales y comportamentales. Sin embargo, la mayor incidencia de problemas emocionales y de conducta se produce durante la pubertad y la adolescencia (Moreno, Del Barrio y Mestre, 1996). Así mismo, Cummings y Davies (2002),

argumentan que la exposición de los adolescentes a contextos familiares hostiles, incongruentes y con patrones de educación autoritarios, está relacionada con diversos desajustes emocionales y cognitivos entre los que se encuentra la depresión. Consultado por Álvarez, M.; Ramírez, B.; Silva, A.; Coffin, N. y Jiménez, L. (2009).

En ese mismo orden, Escrivá, García & Pérez Delgado (2001) citado por Castro M. (p. 2) en su estudio “Clima Familiar y Desarrollo del Auto concepto. Un estudio Longitudinal en Población adolescente,” plantearon la importancia del entorno familiar en el desarrollo del concepto personal. Este estudio longitudinal constituye una aproximación a los cambios que se producen en los componentes cognitivos, afectivos y comportamentales de este constructo, así como las dimensiones de la vida familiar que aparecen relacionadas con el concepto y los sentimientos acerca del si mismo. La muestra estuvo formada por 333 participantes varones y mujeres, con una media de edad de 15.08 años en la primera evaluación y de 16.38 en el pre-test. Los resultados indican que las variables personales, edad y sexo modulan el autoconcepto de los adolescentes. En relación al clima familiar, los factores de cohesión, expresividad y organización familiar guardan relación positiva con todas las áreas del autoconcepto, mientras que la conflictividad familiar es el factor que mantiene la relación negativa.

Las Naciones Unidas, en el año 1994, propuso el concepto de familias expuestas a riesgos; este involucraba a aquellas familias incapaces de cumplir con las funciones básicas de producción, reproducción y socialización. Estas familias no satisfacen las necesidades de sus miembros en aspectos tales como la salud,

nutrición, vivienda, atención física y emocional. Algunos factores de riesgo tienen su origen en la propia familia, entre ellos la violencia doméstica, el abuso sexual, el abandono a los hijos, etc. (Huerta, 1999) citado por Castro M. (p. 2)

Existe una relación directa entre el comportamiento del niño y el adolescente con su familia, sin embargo el grado de interacción entre las partes se torna cada vez más frágil, afectando con esto su desarrollo personal. Definitivamente las transformaciones que tienen lugar dentro del entorno familiar, combinadas con la influencia del entorno amical (los amigos), la escuela y la televisión tienden a direccionar la capacidad de adaptación de la persona a su entorno (Huerta, 1999) citado por Castro M. (p. 2)

En el estudio que llevaron a cabo Vázquez, Ordóñez, Strausz, Arredondo y Lara (2004), citado por Álvarez, M.; Ramírez, B.; Silva, A.; Coffin, N. y Jiménez, L., (2009), se pretendió evaluar la diferencia en la depresión que presentan los adolescentes dependiendo del contexto en el que viven (con la familia o fuera del núcleo familiar). Los autores aplicaron el Inventario de Depresión de Beck a 68 estudiantes entre 13 y 17 años de edad, de los cuales 34 vivían con su familia y 34 fuera de ésta. De acuerdo a los datos informados, los adolescentes que no habitan con su familia presentan mayor depresión que aquellos que cuentan con redes de apoyo familiar.

La adolescencia es considerada un fenómeno sociocultural que toma características diferentes en cada cultura y en cada momento histórico. Actualmente la cultura de la adolescencia se ve influenciada por el grupo de amigos, la música, la imagen corporal, y el mundo virtual.

De acuerdo a diversos estudios (WHO, 2005 Dawes et Al., 1997, citados por Candia, X., 2009 p.15) los adolescentes pasan alrededor del doble de tiempo, con sus amigos en lugar de su familia, la relación cercana con ellos se torna un factor protector y se asocia al desarrollo de habilidades sociales, de participación, autoconfianza, entre otros. Dependiendo de las características del grupo, este puede operar también como un factor de riesgo para consumo de sustancias y delincuencia, entre otras.

Si bien las tecnologías de información y comunicación forman parte de los hábitos cotidianos de la mayoría de los/las adolescentes, siendo la internet preferida por los varones y el teléfono celular por las mujeres, según estudios europeos, estas formas de comunicación han sido asociadas más bien a bajo rendimiento escolar, déficit de habilidades sociales, aumento de peso y aislamiento social. Sin embargo, cuando la comunicación es sostenida entre pares conocidos, la asociación es diferente: y mejoran las relaciones sociales, el rendimiento y las habilidades comunicacionales. (CAHRU, 2005-2006, citado por Candia, X., 2009 p.15).

Se han realizado muchos otros estudios frente a la problemática de la depresión en adolescentes, demostrando el grado de afectación en los jóvenes y los beneficios de la intervención oportuna en los mismos. De acuerdo con el estudio sobre "Prevalencia de Depresión e Ideación Suicida en Estudiantes de 8°, 9°, 10° y 11° grado, en Ocho Colegios Oficiales de Manizales". Cuyo objetivo era determinar la prevalencia, el grado de depresión e ideación suicida en estudiantes de colegios oficiales de la ciudad de Manizales durante los años 2000, 2001 y primer semestre del 2002 y 2003. La investigación fue empírico-analítica, diseño descriptivo

relacional, donde se aplicó el cuestionario para la Depresión de Beck (BDI) a 1298 estudiantes de ambos sexos entre las edades de 9 y 20 años. Se encontró una prevalencia de 38% de depresión clínico global; el más alto porcentaje de depresión correspondió a la categoría de leve, 21.3% y el 45% presento ideación suicida. (Amezquita, M., Gonzáles, R. y Zuluaga, D., 2008 p. 143)

Otro estudio realizado en Ecuador enmarca la influencia de la familia en el trastorno de la depresión en los adolescentes, en dicho estudio “La Depresión en Adolescentes y Desestructuración Familiar en la Ciudad de Guayaquil, Ecuador” se llevó a cabo una revisión de 1.042 historias clínicas de adolescentes que fueron atendidos en el Hospital Psiquiátrico Lorenzo Ponce de la ciudad de Guayaquil. Mostrando como resultado que las patologías más frecuentes correspondieron a los diferentes trastornos depresivos (22,9%) en los adolescentes que provenían de familias desestructuradas, según el género se encontró que cada 3 adolescentes de sexo femenino 1 era adolescente de sexo masculino, encontrando además, que las variables de sexo y escolaridad son dependientes a cualquier nivel de significación estadística. (Morla, R., Saad E. y Saad J., 2006, p. 149)

Por otra parte, se encontró un estudio psicométrico realizado en Argentina, donde se trabajó con 60 adolescentes de 3°, 4°, 5° y 6° año del Polimodal (sistema de educación que reemplazó la escuela secundaria) en un establecimiento educativo técnico de la ciudad de Corrientes en 2005. Las variables sociodemográficas que se indagaron fueron: edad, sexo, trabajo, pareja, actividades recreativas, consumo de alcohol y otras sustancias tóxicas. Se aplicó el Inventario de depresión de Beck (BDI) para evaluar la severidad de los síntomas depresivos.

La muestra de los 46 adolescentes fue de 99.98% masculina y 00.2% femenina. La edad fue entre 15 y 23 años. En los resultados mostró que la severidad del BDI para los varones fue: ninguna 38.64%, depresión leve 36.36%, depresión moderada 22.73%, depresión grave 6.82%, en cambio para las mujeres fue: severidad ninguna (0.02%). El 52.17% de los jóvenes trabaja, el 54.35% de los adolescentes afirma tener relación de pareja. Dos tienen un hijo. Con respecto al uso de tóxicos el 52.17% de los alumnos utiliza algún tipo de sustancia. De ellos, un 41.30% usa solo cigarrillo de tabaco, los otros utilizan combinaciones tóxicas, mencionando el 2.17% cigarrillo de tabaco-pegante; el 4.35% cigarrillos de tabaco-marihuana-PVC; 2.17% cigarrillo de tabaco-marihuana-pasta de cocaína-flunitrazepam. (Almirón, L., Romero, P., López, A. y Czernik, G., 2005)

4. Evaluación Cognitiva.

El inventario de Depresión de Beck (BDI) fue desarrollado inicialmente como una escala heteroaplicada de 21 ítems para evaluar la gravedad (intensidad sintomática) de la depresión, conteniendo cada ítem varias fases; sin embargo, con posterioridad su uso se ha generalizado como escala auto-aplicada. Beck y cols.(1979) da a conocer una nueva versión revisada de su inventario, adaptada y traducida al castellano por Vázquez y Sanz (1991), siendo la más utilizada en la actualidad.

El (BDI) es un cuestionario auto-aplicado de 21 ítems que evalúa un amplio grupo de síntomas depresivos. Se presentan 4 alternativas de respuestas para cada ítem, que evalúa la gravedad o intensidad del síntoma, se presentan ordenadas de menor

a mayor gravedad. El paciente debe responder teniendo en cuenta el momento actual y la semana anterior.

En el cuestionario no aparece ni la numeración de las alternativas de respuesta ni los enunciados de los ítems, para evitar influir en la opción de respuesta del paciente al darle una relación clínica. El contenido de la prueba se centra en el componente cognitivo de la depresión, ya que el 50% de la puntuación total están representados por los síntomas que enmarcan el aspecto cognitivo. Los síntomas somático/vegetativo componen el segundo segmento de mayor puntuación. 15 ítems corresponden a los síntomas psicológicos-cognitivos y 6 a los síntomas somáticos vegetativos, con un total de 21 ítems.

Para su interpretación, se suman los valores de las frases seleccionadas, que van de 0 a 3 para una puntuación total dentro de un rango de 0 a 63. El objetivo principal de esta prueba es cuantificar la sintomatología mas no proporciona un diagnóstico. Los puntos de corte para graduar la intensidad y severidad son los siguientes: a) No depresión: 0-9 puntos; b) Depresión leve: 10-18 puntos; c) Depresión moderada 19-29 puntos; y d) Depresión grave mayor a 30 puntos.

Los índices psicométricos de la prueba BDI han sido estudiados minuciosamente mostrando una buena consistencia interna (alfa de Crombach 0.76- 0.95) la fiabilidad del test oscila alrededor de $r= 0.8$, sin embargo su estudio ha presentado dificultades metodológicas.

5. Tratamiento

Hay que tener en cuenta que el desarrollo de una depresión se inicia, entre otros motivos, por acontecimientos vitales adversos como pérdida de familiares, ruptura sentimental, desempleo, o el post parto, de acuerdo con la OMS, afecta a unos 340 millones de personas en el mundo, lo que significa que un 14% de la población mundial sufre algún tipo de depresión. De ellos, sólo un 3% es atendido en alguna institución hospitalaria. Algunas personas logran superar el episodio con ayuda terapéutica. (Julio, K. y Mordoj, C.)

Teniendo en cuenta lo postulado por Sechel, L. (2007-2011) a la hora de intervenir un cuadro depresivo se debe evaluar al paciente con profundidad y en algunos casos, si es necesario, el psiquiatra receta un antidepresivo con el propósito de mejorar el estado general del paciente. El psiquiatra puede realizar la psicoterapia, pero hoy en día las personas frecuentan a los psicólogos o psicoterapeutas quienes ofrecen una amplia variedad de técnicas con las que los pacientes se sienten más cómodos.

5.1 Tratamiento Cognitivo.

Aarón Beck es uno de los exponentes de la terapia cognitiva-conductual quien plantea la existencia de varias estructuras cognitivas específicas que son centrales al desarrollo de la depresión: la triada cognitiva, los esquemas y los tres patrones cognitivos. La triada cognitiva se fundamenta de tres patrones cognitivos que controlan la ideación: una visión negativa de uno mismo, una visión negativa del futuro y una visión negativa del mundo. Los esquemas cognitivos, se supone, llevan

a los individuos a un filtrado sistemático o distorsión de la percepción y la memoria. Tales distorsiones son los errores cognitivos. Ellos son involuntarios e incluyen: la inferencia arbitraria, la abstracción selectiva, la sobre generalización, la magnificación y la minimización. (Beck y et al. 1979)

Para la intervención y tratamiento de la depresión, A. Beck centró su interés en los aspectos cognitivos de la psicopatología y de la psicoterapia y en 1967 publicó la obra “La Depresión” en el que expone un modelo cognitivo de la psicopatología, pero es en 1979 cuando publica su obra “Terapia Cognitiva de la Depresión” la que alcanza su máxima difusión y reconocimiento en el ámbito clínico. (Cano, J. y Ruiz, J, 1997-2010a)

La técnica cognitivo-conductual, cuyo propósito es brindar un medio de nuevas experiencias correctoras que modifiquen las distorsiones cognitivas y supuestos personales. La técnica cognitiva busca facilitar la exploración y detección de los pensamientos automáticos y supuestos personales; y la técnica conductual proporciona experiencias reales para comprobar las suposiciones cognitivas y crear nuevas habilidades. (Cano, J. y Ruiz, J, 1997-2010b).

Según Beck, la terapia cognitivo conductual, generalmente consta de 15 a 20 min; por sesión una vez a la semana. Los casos más graves suelen adquirir sesiones frecuentes, dos sesiones durante 4 o 5 semanas y posteriormente una de ellas durante 10-15 semanas. Normalmente se suele disminuir a una sesión de cada 2 semanas durante las últimas fases, al tiempo que se recomienda la terapia de apoyo una vez que ha finalizado el tratamiento.

Por otra parte, encontramos que la mayoría de modelos terapéuticos están diseñados para personas adultas por lo que se hace necesario adaptarlo al contexto de los adolescentes, quienes también se ven afectados por el trastorno de la depresión.

6. Técnicas Cognitiva Conductual

De acuerdo con lo postulado por Beck (1983), respecto a que todo comportamiento que tiene el individuo es determinado por la manera en cómo éste perciba su entorno, bajo la interacción establecida entre ambos; las técnicas que prevalecen bajo este modelo terapéutico, se retroalimentan de los dos enfoques que lo conforman y fortalecen. Éstos constan de técnicas tanto cognitivas como conductuales, ambas se compaginan para que el paciente logre reformular los pensamientos irracionales existentes y con ello modificación sus esquemas mentales para verse reflejado en su conducta.

6.1 Técnicas Cognitivas

Las técnicas cognitivas facilitan al paciente la oportunidad de reorganizar la estructura cognitiva, esto se logra mediante la identificación que realiza sobre sus pensamientos irracionales, así como la comprensión de las reglas que se formulan para organizar la realidad que soportan a estas cogniciones (Beck, 1983).

Considerando la efectividad de las técnicas cognitivas, Knell (1997, en O'Connor y Schaefer, 1997), citados en Hernández, M. (2010) en su manual de terapia con el modelo cognitivo conductual en la intervención a niños, retoma tres técnicas predominantes. La primera es nombrada "*estrategias de cambio cognoscitivo*", la

cual permite que el paciente haga un ejercicio en donde se promueve la comprobación de las hipótesis, bajo un corte científico o lógico, para que puedan ponerse a prueba todos aquellos pensamientos. Éste ejercicio implica juzgar la evidencia, sondear las alternativas y analizar las consecuencias. Mientras que las *“autoafirmaciones de enfrentamiento”*, consisten en aquellas afirmaciones que parten de la reestructuración cognitiva y que promueven la retroalimentación de los pensamientos que refuerzan cogniciones apropiadas, bajo la lógica de la realidad. La *“biblioterapia”* facilita al paciente la oportunidad de refugiar la atención en libros de autoayuda, los cuales permiten que el propio individuo pueda cuestionar sus creencias irracionales y comience por considerar aquellas opciones alternas que faciliten la solución de sus problemas.

6.2 Técnicas Conductuales

Estas técnicas sugieren que la atención terapéutica se centre en la conducta observable del paciente, y todas las actividades estarán dirigidas hacia el cumplimiento del objetivo terapéutico, a partir de la atención del comportamiento. Estas técnicas tienen como propósito, el lograr un cambio en las actitudes negativas del paciente, para que se promueva una mejoría en su ejecución; lo que permite llegar a comprobar la validez de los pensamientos negativos. Cuando éstas se ven refutadas, la persona se siente motivada para realizar tareas y actividades que pueden considerarse con mayor dificultad, al grado de enfrentarse con sus propias barreras (Beck,1983).

Así pues, las técnicas conductuales que Beck (1983) propone en la intervención hacia la atención de trastornos como la depresión, hacen referencia al empleo de la *“programación de actividades”*: La necesidad de formular actividades planeadas tiene

finalidad de contrarrestar la escasa motivación del paciente, esto permite que la planificación del tiempo, lo mantengan ocupado e impidan que retroceda a un estado de inmovilidad, que propicie el reforzamiento de los pensamientos distorsionados y los comportamientos inapropiados hacia su persona; *“técnicas de dominio y agrado”*: Esta técnica permite que el paciente incremente aquellas actividades que le promueven forjar sentimientos de placer, diversión o alegría; pues de lo contrario, si realiza actividades que no le aportan satisfacción, promoverá la presencia de los pensamientos distorsionados que le afectarán su área emocional; *“asignación de tareas graduales”*: En esta técnica es necesario que el terapeuta formule un plan de acción, en el cual deberá estar contemplado por un proceso que reside desde la definición del problema, planteando con esto la formulación de un plan en el que se establecerán las tareas tanto simples como complejas, que se deberán realizar. Así pues, durante la intervención se observará al paciente en el logro de cada tarea llevada a cabo con éxito; *“práctica cognitiva”*: Hace referencia a la manera de inducir las cogniciones del paciente hacia un ejercicio de imaginación, en la cual se pretende que la persona divague sobre alguna actividad, en ésta se identificarán los posibles obstáculos que pudieran interferirle, a lo cual es recomendable que el terapeuta identifique y desarrolle soluciones ante los problemas prevalecientes; *“role playing”*: Esta técnica constituye una manera de adoptar un papel en la que se tendrán como objetivos el clarificar todas aquellas cogniciones contraproducentes y facilitar la expresión de emociones del paciente, para que puedan reestructurar los pensamientos distorsionados a partir de la expresión de ideas y emociones de otro personaje asumido; y *“tareas para casa”*: Técnica empleada por Beck, para el tratamiento de trastornos como la depresión, manifiesta la importancia de asignar

tareas conductuales para casa, éstas permiten que el paciente pueda identificar y hacer frente a los problemas que le suceden día con día, la finalidad de ésta, es obtener una visión de cómo reacciona la persona y qué estrategias puede emplear para resolver determinadas situaciones. Así pues, con estas técnicas propuestas planteadas por Beck, se puede vislumbrar cómo el paciente a partir de la reestructuración cognitiva y conductual, puede modificar la percepción que tiene del mundo y la existencia de trastornos psicológicos que le aquejan cada día

METODO

Objetivo General:

Diagnosticar y realizar tratamiento psicológico de la depresión que presentan los alumnos de noveno grado del colegio integrado de Floridablanca, mediante evaluación cognitiva de Beck con el fin de contribuir a la implementación de estilos de vida saludables.

Objetivos Específicos:

- Realizar el diagnóstico precoz de la depresión en los adolescentes.
- Intervenir a través de la terapia individual a los/as adolescentes que arrojen en la prueba de depresión de Beck síntomas de depresión moderado.
- Brindar herramientas que faciliten estilos de vida saludable en los/as adolescentes con síntomas depresivos a través de intervenciones grupales.

- Aplicar prueba pos-test de depresión de Beck para determinar los cambios en los/las adolescentes una vez intervenidos.

-Elaborar un protocolo dirigido a la comunidad educativa, con el fin de hacer una detección temprana de los síntomas depresivos y su respectivo tratamiento.

Población:

En este estudio se trabajó con la población de 110 estudiantes del colegio Instituto Rafael Pombo, que cursan noveno grado de educación básica secundaria, organizado en tres grupos, cuyas edades oscilan entre los 14 y 17 años; pertenecientes al estrato socioeconómico 3.

Muestra

Inicialmente se le presentó la propuesta a los 110 estudiantes de noveno grado y se invitaron a la presentación de la investigación sobre Depresión en adolescentes; de los cuales solo 60 jóvenes asistieron a la reunión, se presentaron los objetivos de la propuesta y el horario de trabajo, se pidió que los jóvenes interesados en el proyecto y que quisieran participar voluntariamente se inscribieran. En esta lista se inscribieron 30 estudiantes, se citaron a los padres o acudientes de los 30 estudiantes para comunicar sobre la participación de sus hijos y firmar el consentimiento informado; posteriormente se citaron a los estudiantes y se aplicó la prueba psicológica de la depresión de Beck, para seleccionar la muestra de estudiantes con depresión moderada.

Instrumentos

Test de Beck: El inventario de depresión de Beck, es una escala que consta de 21 ítems, que describe cada uno, una manifestación depresiva que es autoevaluada por el sujeto marcando la frase que mejor se adapte a su situación actual entre varias que suponen una graduación cuantitativa de la intensidad del síntoma. Se dan 4 opciones de respuesta, clasificadas según su severidad. Los datos normativos sugieren 4 categorías de nivel de severidad: ausente, leve, moderado y severa. (Ver anexo No. 1)

Historia Clínica: Instrumento diseñado por el Centro de Servicios Psicológicos de la Universidad Pontificia Bolivariana, con uso autorizado por la especialidad de Psicología Clínica y orientada a la recolección de información personal de los pacientes. (Ver anexo No.3)

Procedimiento

Fase de Valoración Inicial o Diagnóstico: En esta fase se realizó la preselección al azar de los estudiantes de noveno, los estudiantes seleccionados se convocaron a una charla informativa sobre el proyecto de investigación, donde se invitaron a los estudiantes a participar voluntariamente, posteriormente se cita a los padres o acudientes de los estudiantes que participaron de la investigación para que ellos dieran el consentimiento informado (ver anexo No. 2). Se aplicó la prueba de depresión de Beck para seleccionar la muestra de los/las adolescentes que fueron intervenidos en psicología individual con depresión moderada. (Ver tabla 1).

Adicionalmente, se tuvo en cuenta los criterios diagnósticos propios de la depresión del DSM IV-R e historias clínicas, según protocolo para la detección de los síntomas depresivos en los/las adolescentes.

Fase de Intervención: Se realizaron talleres grupales con todos los estudiantes que aplicaron la prueba y puntuaron con depresión moderada según la prueba de depresión de Beck para desarrollar estilos de vida saludable.

Se realizó la intervención psicológica individual con la muestra de 10 estudiantes cuyos síntomas correspondan a la depresión moderada; en esta fase se aplicó el enfoque cognitivo, el cual se considera notable entre las propuestas psicoterapéuticas y su eficacia en la práctica clínica es cada vez más reconocida en las investigaciones sobre diversos trastornos de gran incidencia actual, tales como: depresión, adicciones, ansiedad, trastornos de pánico, agorafobia, fobia social, entre otros.

Fase de Evaluación Del Proceso: En esta fase se aplicó nuevamente el inventario de Beck (prueba pos-test) para la detección de la depresión, para comparar con los resultados de la prueba Pre-test y determinar la pertinencia del tratamiento. (Ver tabla 2 y 3) (Ver graficas de la 3 al 24).

Fase de Elaboración Del Protocolo: En esta última fase se elaboró un protocolo dirigido a la comunidad educativa, como herramienta para hacer una detección temprana de los síntomas depresivos en los/las adolescentes y su respectivo tratamiento. (Ver anexo No.5)

Diseño o Metodología

El presente trabajo de investigación es de tipo cuantitativo de enfoque experimental, ya que se aplicará un tratamiento de intervención cognitivo conductual y con pruebas psicológicas pre-test y pos-test para determinar el efecto del tratamiento.

RESULTADOS Y DISCUSION

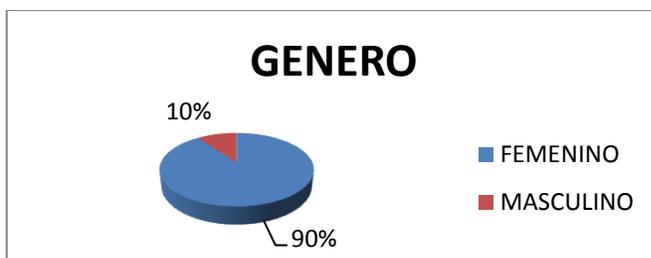
A continuación se dan a conocer los datos socio-demográficos de la población recolectada en las historias clínicas y los resultados tras la aplicación del inventario de Beck para la depresión, en el pre-test y pos-test del tratamiento psicológico en los estudiantes. Junto a ellos el análisis de los cambios encontrados en las diferentes aplicaciones de la prueba.

Posteriormente se da a conocer brevemente las características de la intervención individual y grupal, los objetivos terapéuticos y los logros alcanzados por los pacientes en su intervención.

Datos Sociodemográficos de la Población

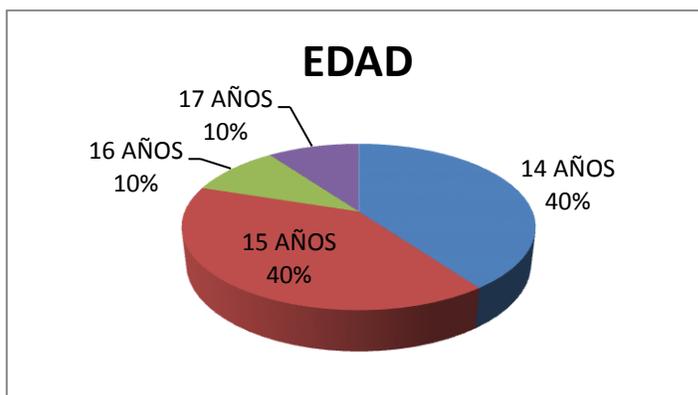
Encontramos que la muestra está conformada por 10 estudiantes de noveno grado del Colegio Rafael Pombo de Floridablanca, pertenecientes al estrato socioeconómico 3; de los cuales 9 son del género femenino y 1 del género masculino, esto muestra que la mayoría de la muestra con depresión son mujeres, como señala muchas investigaciones, La depresión es una enfermedad persistente y debilitante que afecta tanto a las mujeres como a los hombres, pero las mujeres

experimentan la depresión a una tasa casi al doble que la de los hombres. Los investigadores siguen explorando cómo los asuntos especiales que son únicos para las mujeres (biológicos, ciclo de vida, y psico-social) pueden estar asociados con la alta tasa de depresión en las mujeres (Blehar MC & Oren DA, 1997). Comparando, el 90% de la muestra son mujeres y el 10% son hombres (ver grafica 1) en relación a la edad, oscilan entre los 14 y los 17 años, donde la mayoría (80%) están entre los 14 y 15 años de edad. (Ver grafica 2.) La procedencia de la población es del 60% de Floridablanca (Santander), el 30% de Bucaramanga (Santander) y el 10% de Florencia (Caquetá).



Gráfica 1. Relación del género de la muestra con depresión moderada.

En la gráfica 1. Se observa que la mayoría de los estudiantes que hacen parte de la muestra con depresión moderada, son mujeres y un solo hombre hace parte del grupo de participantes.



Gráfica 2. Relación de la edad de la muestra con depresión moderada.

La gráfica 2, muestra el porcentaje por edades de los participantes de la investigación, donde la mayor parte de la muestra está entre los 14 y 15 años de edad. El promedio de los estudiantes de noveno grado; el 40% de 14 años, otro 40% de 15 años, el 10% de 16 años y el otro 10% de 17 años.

El acercamiento a la población se logró con la colaboración del coordinador de disciplina del colegio, quien facilitó las listas de los grupos de noveno grado y presentó la terapeuta a la población, para invitarlos a participar activamente en la investigación. La selección de la muestra se tomó del resultado de la prueba pre- test (BDI) quienes arrojaron Depresión Moderada para la intervención individual y grupal; en total fueron 10 estudiantes

A continuación se muestra los resultados de la prueba pre-test de los 10 estudiantes seleccionados para la intervención psicoterapéutica.

Tabla 1. Resultados obtenidos del Inventario de Depresión de Beck de los 30 estudiantes preseleccionados.

Género	Sin Psicopatología	Depresión mínima o Leve	Depresión Moderada	Depresión Severa	Total
Femenino	7	3	9	0	19
	23.3%	10%	30%	0%	63.3%
Masculina	4	6	1	0	11
	13.3%	20%	3.3%	0%	36.7%
total	11	9	10	0	30
	36.6%	30%	33.3%	0%	100%

En la *tabla 1* se observa los estudiantes que aplicaron la prueba, según el género, y quienes fueron clasificados de acuerdo a los resultados. Del total del grupo que aplico la prueba, el 33.3% (diez estudiantes) dio como resultado Depresión Moderada de los cuales el 30% (nueve estudiantes) del total del grupo son mujeres y el 3.3% (1 estudiante) es hombre.

A continuación se mostrará la tabla de resultados de la aplicación de la prueba pre-test de Depresión de Beck (BDI) de los estudiantes que dieron como resultado Depresión Moderada, con quienes se realizó, posteriormente la intervención terapéutica.

Tabla 2. Estadística de la prueba pre-test del Inventario de Depresión de Beck en 10 estudiantes de noveno grado del Instituto Rafael Pombo.

ITEM	OPCION DE RTA	PACIENTE										RTA .	
		SA M	MC DR	WN PG	AM GR	NSS	LCO R	MA BM	KVG B	KJP L	PLV		
1) Estado de animo	No me siento triste	-	-	0	-	-	-	-	-	-	-	-	10%
	Me siento triste	1	1	-	1	1	1	1	-	-	-	60%	
	Me siento triste todo el tiempo y no puedo librarme de ello	-	-	-	-	-	-	-	2	2	2	30%	
	Me siento tan triste o desdichado que no puedo soportarlo	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0%	
2) Pesimismo	No estoy particularment e desanimado con respecto al futuro.	0	-	0	-	0	-	-	0	-	-	40%	
	Me siento desanimado con respecto al futuro.	-	1	-	1	-	1	-	-	1	-	40%	
	Siento que no puedo esperar	-	-	-	-	-	-	2	-	-	2	20%	

	nada del futuro.											
	Siento que el futuro es irremediable y que las cosas no pueden mejorar.	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0%
3) Sentimientos de fracaso	No me siento fracasado.	-	-	-	-	-	0	-	-	-	-	10%
	Siento que he fracasado más que la persona normal.	1	-	1	1	1	-	-	1	-	1	60%
	Cuando miro hacia el pasado lo único que puedo ver en mi vida es un montón de fracasos.	-	2	-	-	-	-	2	-	2	-	30%
	Siento que como persona soy un fracaso completo.	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0%
4) Insatisfacción	Sigo obteniendo tanto placer de las cosas como antes.	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0%
	No disfruto de las cosas como solía hacerlo.	1	1	1	-	1	1	1	1	1	-	80%
	Ya nada me satisface realmente.	-	-	-	2	-	-	-	-	-	2	20%
	Todo me aburre o me desagrada.	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0%
5) Sentimientos de culpa	No siento ninguna culpa particular.	-	-	0	0	-	-	-	-	-	0	30%
	Me siento culpable buena parte del tiempo.	1	1	-	-	1	1	1	-	1	-	60%
	Me siento bastante culpable la mayor parte del tiempo.	-	-	-	-	-	-	-	2	-	-	10%
	Me siento	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0%

	culpable todo el tiempo.											
6) Sentimientos de castigo	No siento que esté siendo castigado.	0	-	-	-	-	-	-	-	-	0	20%
	Siento que puedo estar siendo castigado.	-	1	-	1	1	-	-	-	1	-	40%
	Espero ser castigado.	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0%
	Siento que estoy siendo castigado.	-	-	3	-	-	3	3	3	-	-	40%
7) Odio a sí mismo	No me siento decepcionado en mí mismo.	-	-	-	-	0	0	-	-	-	-	20%
	Estoy decepcionado conmigo.	1	1	1	1	-	-	1	1	1	1	80%
	Estoy harto de mí mismo.	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0%
	Me odio a mí mismo.	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0%
8) Autoacusación	No me siento peor que otros.	-	-	-	-	0	-	-	-	-	-	10%
	Me critico por mis debilidades o errores.	1	1	1	-	-	1	1	1	-	1	70%
	Me culpo todo el tiempo por mis faltas.	-	-	-	2	-	-	-	-	2	-	20%
	Me culpo por todas las cosas malas que suceden.	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0%
9) Impulsos suicidas	No tengo ninguna idea de matarme.	-	0	0	0	-	0	0	-	0	0	70%
	Tengo ideas de matarme, pero no las llevo a cabo.	1	-	-	-	1	-	-	1	-	-	30%
	Me gustaría matarme.	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0%
	Me mataría si tuviera la oportunidad.	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0%
10) Periodos de llanto	No lloro más de lo habitual.	-	-	-	-	0	0	-	-	-	-	20%
	Lloro más que antes.	-	1	1	1	-	-	1	1	1	1	70%
	Ahora lloro	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0%

	todo el tiempo.											
	Antes era capaz de llorar, pero ahora no puedo llorar nunca aunque quisiera.	3	-	-	-	-	-	-	-	-	-	10%
11) Irritabilidad	No me irrito más ahora que antes.	-	-	-	-	-	-	0	-	-	-	10%
	Me enojo o irrito más fácilmente ahora que antes.	1	1	-	1	1	-	-	-	1	-	50%
	Me siento irritado todo el tiempo.	-	-	-	-	-	2	-	2	-	2	30%
	No me irrito para nada con las cosas que solían irritarme.	-	-	3	-	-	-	-	-	-	-	10%
12) Aislamiento social	No he perdido interés en otras personas.	-	-	0	-	-	-	-	-	-	0	20%
	Estoy menos interesado en otras personas de lo que solía estar.	1	-	-	1	1	1	-	1	-	-	50%
	He perdido la mayor parte de mi interés en los demás.	-	2	-	-	-	-	-	-	2	-	20%
	He perdido todo interés en los demás.	-	-	-	-	-	-	3	-	-	-	10%
13) Indecisión	Tomo decisiones como siempre.	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0	10%
	Dejo de tomar decisiones más frecuentemente que antes.	1	1	1	-	-	-	1	1	1	-	60%
	Tengo mayor dificultad que antes en tomar	-	-	-	2	2	2	-	-	-	-	30%

	decisiones.											
	Ya no puedo tomar ninguna decisión.	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0%
14) Imagen corporal	No creo que me vea peor que antes.	-	0	-	-	-	-	0	-	-	-	20%
	Me preocupa que esté pareciendo avejentado (a) o inatractivo (a).	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	10%
	Siento que hay cambios permanentes en mi apariencia que me hacen parecer inatractivo (a).	-	-	-	-	-	-	-	2	2	2	30%
	Creo que me veo horrible.	3	-	3	-	3	3	-	-	-	-	40%
15) Capacidad laboral	Puedo trabajar tan bien como antes.	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0%
	Me cuesta un mayor esfuerzo empezar a hacer algo.	1	-	-	1	1	-	-	1	1	1	60%
	Tengo que hacer un gran esfuerzo para hacer cualquier cosa.	-	2	2	-	-	2	2	-	-	-	40%
	No puedo hacer ningún tipo de trabajo.	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0%
16) Trastorno del sueño	Puedo dormir tan bien como antes.	-	-	-	-	-	0	0	-	0	0	40%
	No duermo tan bien como antes.	1	1	1	1	1	-	-	1	-	-	60%
	Me despierto 1 ó 2 horas más temprano de lo habitual y me cuesta volver a dormir.	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0%

	Me despierto varias horas más temprano de lo habitual y no puedo volver a dormirme.	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0%
17) Cansancio	No me canso más de lo habitual.	-	-	0	-	0	0	0	-	-	-	40%
	Me canso más fácilmente de lo que solía cansarme.	-	1	-	1	-	-	-	-	1	1	40%
	Me canso al hacer cualquier cosa.	2	-	-	-	-	-	-	2	-	-	20%
	Estoy demasiado cansado para hacer cualquier cosa.	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0%
18) Pérdida de apetito	Mi apetito no ha variado.	0	-	-	-	-	0	0	-	-	-	30%
	Mi apetito no es tan bueno como antes.	-	1	1	1	-	-	-	-	1	-	40%
	Mi apetito es mucho peor que antes.	-	-	-	-	2	-	-	2	-	2	30%
	Ya no tengo nada de apetito.	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0%
19) Pérdida de peso	Últimamente no he perdido mucho peso, si es que perdí algo.	0	0	0	0	0	0	0	0	-	-	80%
	He perdido más de 2 kilos.	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	10%
	He perdido más de 4 kilos.	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2	10%
	He perdido más de 6 kilos.	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0%

20) Hipocondría	No estoy más preocupado por mi salud de lo habitual.	-	0	-	0	-	0	-	-	0	-	40%
	Estoy preocupado por problemas físicos tales como malestares y dolores de estómago o constipación.	1	-	1	-	1	-	1	-	-	-	40%
	Estoy muy preocupado por problemas físicos y es difícil pensar en otra cosa.	-	-	-	-	-	-	-	2	-	2	20%
	Estoy tan preocupado por mis problemas físicos que no puedo pensar en nada más.	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0%
21) Libido	No he notado cambio reciente de mi interés por el sexo.	-	0	0	-	-	-	0	-	0	0	50%
	Estoy interesado por el sexo de lo que solía estar.	-	-	-	1	1	1	-	-	-	-	30%
	Estoy mucho menos interesado por el sexo ahora.	2	-	-	-	-	-	-	2	-	-	20%
	He perdido por completo mi interés por el sexo.	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0%
	TOTAL	23	19	20	20	19	19	20	29	22	22	

Fecha toma del pre-test 18-08-11

Según La *tabla 2*, muestra el número de respuestas seleccionadas por los 10 estudiantes con depresión moderada, en cada ítem, de acuerdo a su valor correspondiente, según la respuesta seleccionada.

Cabe recordar que estos participantes dieron una puntuación entre 19 y 29 puntos, resultado que es interpretado como Depresión Moderada, posteriormente se corroboró dicho resultado con el DSM IV-R y se recolectaron los datos de la historia familiar y psicosocial de cada paciente en la Historia Clínica, para verificar que los síntomas cumplen con el criterio para un episodio depresivo.

Una vez identificado el problema de cada participante se da inicio a la terapia individual y grupal. En la terapia individual, inicialmente se llevó a cabo el auto registro en casa, de las situaciones que desencadenaban pensamientos, emociones y acciones, para posteriormente, abordar las ideas irracionales y los esquemas distorsionados y como estos afecta la triada cognitiva de los pacientes; basados en la terapia cognitiva-conductual.

Tabla 3. Estadística de la prueba pos-test del Inventario de Depresión de Beck en 10 estudiantes de noveno grado del Instituto Rafael Pombo.

ITEM	OPCION DE RTA	PACIENTE										RTA .
		SA M	MC DR	WN PG	AM GR	NSS	LCO R	MA BM	KVG B	KJP L	PLV	
1) Estado de animo	No me siento triste	0	0	0	0	0	0	0	-	-	0	80%
	Me siento triste	-	-	-	-	-	-	-	1	1	-	20%
	Me siento triste todo el tiempo y no puedo librarme de ello	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0%

	Me siento tan triste o desdichado que no puedo soportarlo	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0%
2) Pesimismo	No estoy particularment e desanimado con respecto al futuro.	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	100 %
	Me siento desanimado con respecto al futuro.	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0%
	Siento que no puedo esperar nada del futuro.	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0%
	Siento que el futuro es irremediable y que las cosas no pueden mejorar.	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0%
3) Sentimientos de fracaso	No me siento fracasado.	0	0	0	0	0	0	0	0	-	0	90%
	Siento que he fracasado más que la persona normal.	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	10%
	Cuando miro hacia el pasado lo único que puedo ver en mi vida es un montón de fracasos.	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0%
	Siento que como persona soy un fracaso completo.	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0%
4) Insatisfacción	Sigo obteniendo tanto placer de las cosas como antes.	-	0	0	0	0	-	0	0	-	0	70%
	No disfruto de las cosas como solía hacerlo.	1	-	-	-	-	1	-	-	1	-	30%
	Ya nada me satisface realmente.	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0%

	Todo me aburre o me desagrada.	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0%
5) Sentimientos de culpa	No siento ninguna culpa particular.	0	0	0	0	0	0	0	0	-	0	90%
	Me siento culpable buena parte del tiempo.	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	10%
	Me siento bastante culpable la mayor parte del tiempo.	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0%
	Me siento culpable todo el tiempo.	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0%
6) Sentimientos de castigo	No siento que esté siendo castigado.	0	0	0	0	0	-	-	0	0	0	80%
	Siento que puedo estar siendo castigado.	-	-	-	-	-	1	1	-	-	-	20%
	Espero ser castigado.	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0%
	Siento que estoy siendo castigado.	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0%
7) Odio a sí mismo	No me siento decepcionado en mí mismo.	0	0	0	0	0	0	0	-	-	-	70%
	Estoy decepcionado conmigo.	-	-	-	-	-	-	-	1	1	1	30%
	Estoy harto de mí mismo.	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0%
	Me odio a mí mismo.	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0%
8) Autoacusación	No me siento peor que otros.	0	-	-	0	0	0	-	-	0	-	50%
	Me critico por mis debilidades o errores.	.	1	1	-	-	-	1	1	-	1	40%
	Me culpo todo el tiempo por mis faltas.	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	10%
	Me culpo por todas las cosas malas que suceden.	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0%

9) Impulsos suicidas	No tengo ninguna idea de matarme.	0	0	0	0	0	0	0	-	0	0	90%
	Tengo ideas de matarme, pero no las llevo a cabo.	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	10%
	Me gustaría matarme.	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0%
	Me mataría si tuviera la oportunidad.	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0%
10) Periodos de llanto	No lloro más de lo habitual.	0	0	0	0	0	0	0	-	0	0	90%
	Lloro más que antes.	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	10%
	Ahora lloro todo el tiempo.	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0%
	Antes era capaz de llorar, pero ahora no puedo llorar nunca aunque quisiera.	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0%
11) Irritabilidad	No me irrito más ahora que antes.	0	0	0	-	0	0	0	-	0	0	80%
	Me enojo o irrito más fácilmente ahora que antes.	-	-	-	1	-	-	-	1	-	-	20%
	Me siento irritado todo el tiempo.	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0%
	No me irrito para nada con las cosas que solían irritarme.	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0%
12) Aislamiento social	No he perdido interés en otras personas.	-	0	0	0	0	0	-	0	-	0	70%
	Estoy menos interesado en otras personas de lo que solía estar.	1	-	-	-	-	-	1	-	1	-	30%
	He perdido la mayor parte de mi interés	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0%

	en los demás.											
	He perdido todo interés en los demás.	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0%
13) Indecisión	Tomo decisiones como siempre.	0	0	0	0	0	-	0	-	0	0	80%
	Dejo de tomar decisiones más frecuentement e que antes.	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	10%
	Tengo mayor dificultad que antes en tomar decisiones.	-	-	-	-	-	2	-	-	-	-	10%
	Ya no puedo tomar ninguna decisión.	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0%
14) Imagen corporal	No creo que me vea peor que antes.	0	0	0	0	-	0	0	-	0	0	80%
	Me preocupa que esté pareciendo avejentado (a) o inatractivo (a).	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0%
	Siento que hay cambios permanentes en mi apariencia que me hacen parecer inatractivo(a).	-	-	-	-	2	-	-	-	-	-	10%
	Creo que me veo horrible.	-	-	-	-	-	-	-	3	-	-	10%
15) Capacidad laboral	Puedo trabajar tan bien como antes.	0	0	-	0	0	0	0	-	0	-	70%
	Me cuesta un mayor esfuerzo empezar a hacer algo.	-	-	1	-	-	-	-	1	-	1	30%
	Tengo que hacer un gran esfuerzo para hacer cualquier cosa.	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0%

	No puedo hacer ningún tipo de trabajo.	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0%
16) Trastorno del sueño	Puedo dormir tan bien como antes.	0	0	0	0	0	0	-	-	-	0	70%
	No duermo tan bien como antes.	-	-	-	-	-	-	1	1	1	-	30%
	Me despierto 1 ó 2 horas más temprano de lo habitual y me cuesta volver a dormir.	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0%
	Me despierto varias horas más temprano de lo habitual y no puedo volver a dormirme.	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0%
17) Cansancio	No me canso más de lo habitual.	0	0	0	0	0	0	0	-	0	0	90%
	Me canso más fácilmente de lo que solía cansarme.	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	10%
	Me canso al hacer cualquier cosa.	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0%
	Estoy demasiado cansado para hacer cualquier cosa.	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0%
18) Pérdida de apetito	Mi apetito no ha variado.	0	0	0	0	-	-	-	-	0	0	60%
	Mi apetito no es tan bueno como antes.	-	-	-	-	1	1	1	1	-	-	40%
	Mi apetito es mucho peor que antes.	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0%
	Ya no tengo nada de apetito.	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0%
19) Pérdida de peso	Últimamente no he perdido mucho peso,	0	0	0	0	0	-	0	0	0	0	90%

	si es que perdí algo.											
	He perdido más de 2 kilos.	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	10%
	He perdido más de 4 kilos.	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0%
	He perdido más de 6 kilos.	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0%
20) Hipocondría	No estoy más preocupado por mi salud de lo habitual.	0	0	0	-	0	0	0	-	0	-	70%
	Estoy preocupado por problemas físicos tales como malestares y dolores de estómago o constipación.	-	-	-	1	-	-	-	-	-	1	20%
	Estoy muy preocupado por problemas físicos y es difícil pensar en otra cosa.	-	-	-	-	-	-	-	2	-	-	10%
	Estoy tan preocupado por mis problemas físicos que no puedo pensar en nada más.	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0%
21) Libido	No he notado cambio reciente de mi interés por el sexo.	0	0	0	0	0	-	-	0	0	0	80%
	Estoy interesado por el sexo de lo que solía estar.	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	10%
	Estoy mucho menos interesado por el sexo ahora.	-	-	-	-	-	-	2	-	-	-	10%
	He perdido	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0%

	por completo mi interés por el sexo.											
	TOTAL	2	1	2	2	3	7	7	16	7	4	

Toma del pos-test 28-10-11

La tabla 3 muestra los resultados de la prueba pos-test del inventario de Depresión de Beck, el cual se aplicó después del tratamiento psicoterapéutico, a los diez pacientes del Instituto Rafael Pombo.

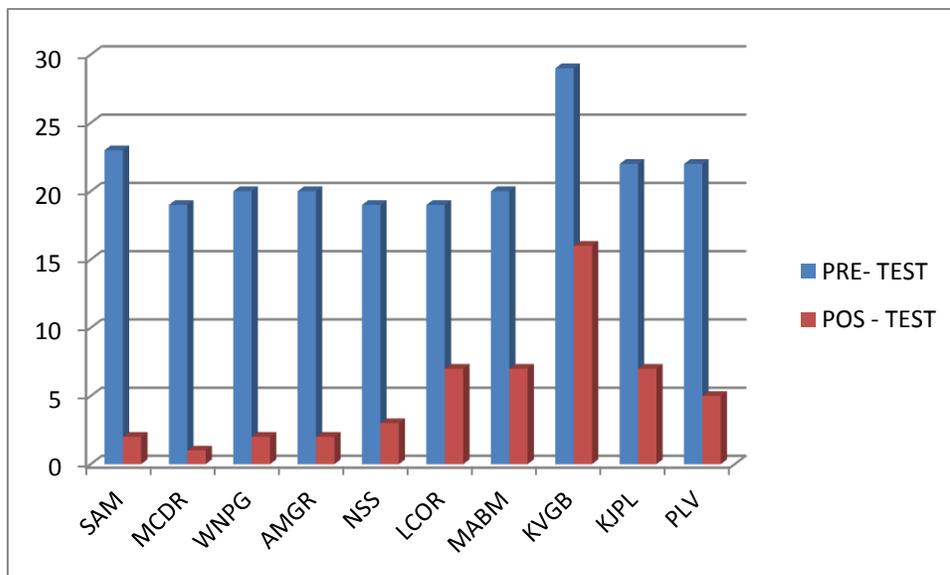
Teniendo en cuenta que el presente trabajo se realizó en un colegio oficial, donde la mayoría de los estudiantes pertenecen a estrato socioeconómico 1, 2 y 3, la situación de carácter psicosocial se ve reflejado en factores como disfuncionalidad familiar, influencia de consumo de drogas y alcohol, no satisfacción total de necesidades básicas, maltrato intrafamiliar, abandono por alguno de los padres, entre otros; además de las condiciones económicas, que obligan a los padres a llevar una vida laboral de mucha exigencia, ante todo de tiempo; generando un distanciamiento con sus hijos, situación que se trata de suplir satisfaciendo las necesidades básicas, dejando a un lado el afecto o las expresiones de la misma.

Estos factores influyen en los adolescentes y no les permite desarrollar un adecuado grado de tolerancia a la frustración, como dice Ramos, citado por Díaz (2003) “la depresión en la adolescencia se ha debido en parte a la mayor dificultad que tiene hoy la gente joven para aceptar la frustración,” lo que va acompañado de sentimientos de tristeza, culpabilidad, irritabilidad, pesimismo, autoimagen negativa, entre, otros.

Los resultados permiten ver una disminución significativa en las puntuaciones de la prueba, donde solo un paciente paso de depresión moderada a depresión leve, los

restantes pasaron de depresión moderada a estar sin síntomas depresivos; permitiendo analizar la pertinencia del tratamiento, el cual se enfocó en la terapia cognitiva.

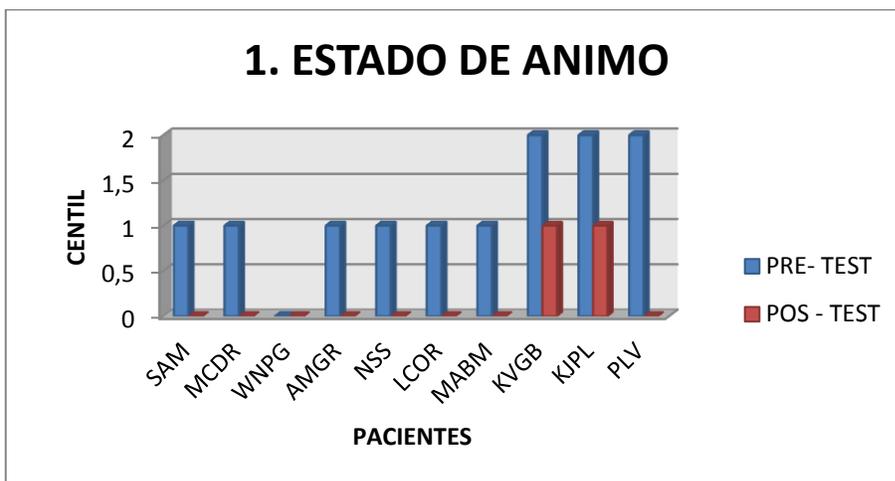
Una vez terminado el proceso terapéutico con los pacientes, se aplica el instrumento del Inventario de Depresión de Beck, para evaluar, no sólo la pertinencia del tratamiento; sino que a su vez determinar si existen síntomas depresivos en cada uno de los pacientes. Las diferentes técnicas cognitivas y conductuales permitió que los pacientes abordaron sus problemáticas de manera efectiva y acertada y a su vez disminuyeron sus síntomas propios de la depresión como: estado de ánimo bajo, sentimientos de culpa, irritabilidad, indecisión, periodos de llanto, aislamiento social, pérdida de apetito, cansancio, entre otros.



Grafica 3. Resultado total de la prueba pre-test y pos-test del Inventario de Depresión de Beck, aplicado a los estudiantes de noveno grado con depresión moderada.

Los puntos de corte para determinar la intensidad de la depresión Moderada en el inventario de Beck, está entre los 19 a los 29 puntos, de acuerdo a la *gráfica 3*, en el pre-test, la mayoría de los pacientes se encontraron entre los 19 y los 23 puntos, solo un paciente presento 29 puntos, teniendo en cuenta que para depresión grave se requiere puntuar más de 30 puntos.

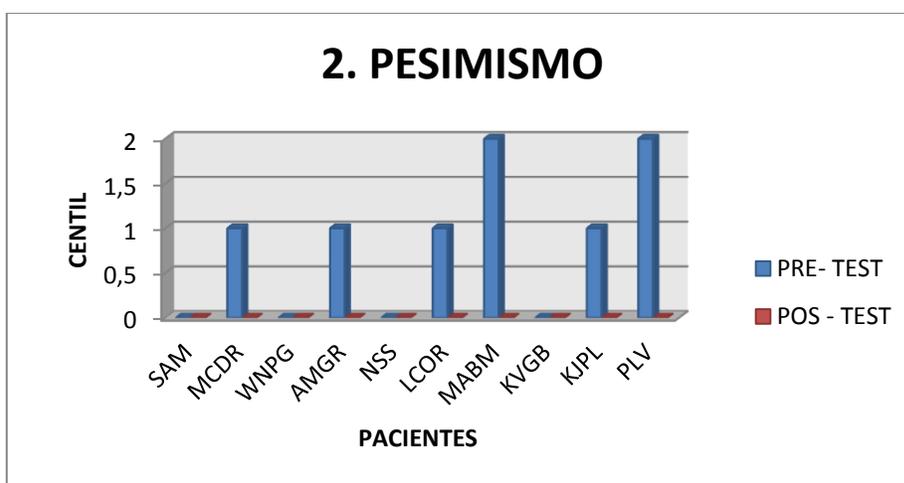
En el pos- test, la *gráfica 3*, muestra una disminución de la puntuación, donde 9 de los 10 pacientes se encuentran por debajo de los 9 puntos, ubicando su resultado en "sin depresión"; solo un paciente se encuentra con depresión leve, según el inventario de Beck, quien en el pre-test presentó la puntuación más alta.



Gráfica 4. Resultado de la escala Estado de Animo pre-test y pos-test de los pacientes.

De acuerdo con la *gráfica 4*, en el primer ítem del inventario de depresión de Beck, corresponde a medir el estado de ánimo de los pacientes. Entendiendo estado de ánimo como ánimo profundo que prevalece en la vida afectiva del sujeto en forma duradera (más de una o dos semanas) y que puede seguir un patrón cíclico (enciclopedia de la psicología). En el pre- test, nueve pacientes puntuaron entre 1 y 2 centiles (seis pacientes puntuaron 1 centil: SAM, MCDR, AMGR, NSS, LCOR y

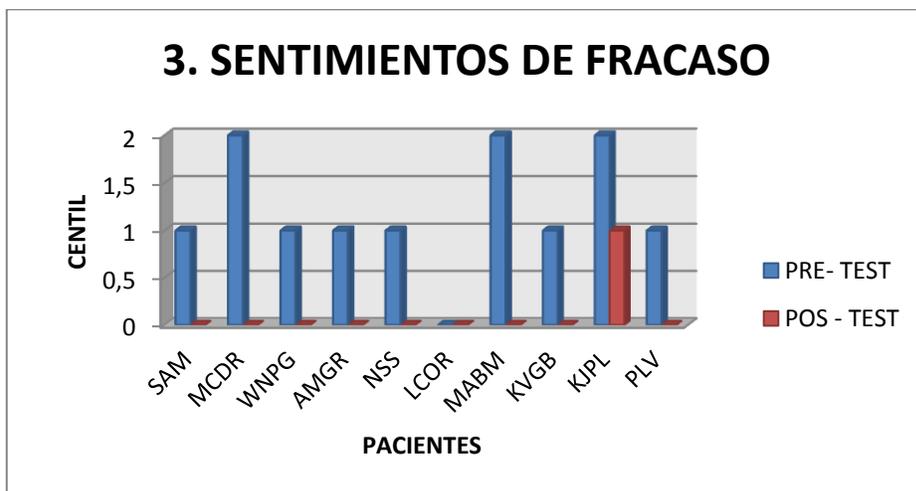
MABM; tres pacientes marcaron 2 centil: KVGB, KJPL y PLV), solo un paciente, WNPG, contestó 0 y mantuvo su respuesta en el pos-test. En el pos-test, dos pacientes puntuaron en el centil1, quienes en el pre-test estaban en 2 centil, KVGB y KJPL. Lo que significa que para todos los pacientes su estado de ánimo mejoró después del tratamiento psicoterapéutico. Situación que se vio reflejada en las actitudes dentro de la terapia individual con la técnica de dominio y agrado, y la participación en los talleres.



Gráfica 5. Resultado de la escala Pesimismo pre-test y pos-test de los pacientes.

En segundo ítem de la grafica 5 del pre- test mide el pesimismo; enunciado que es definido por Beck como la tendencia a pensar que las cosas no funcionan como uno desearía, el pesimismo es lo que alimenta el diálogo interno negativo y a la distorsión cognitiva negativa. Se encontró que seis pacientes puntuaron entre 1 y 2 centil (cuatro puntuaron 1 centil: MCDR, AMGR, LCOR y KJPL; 2 puntuaron 2 centil: MABM y PLV). Al aplicar el pos-test todos puntuaron cero (0) centil, revelando disminución de este síntoma en los seis pacientes después del tratamiento psicoterapéutico. Esta disminución se vio reflejada en el transcurso de la terapia; en

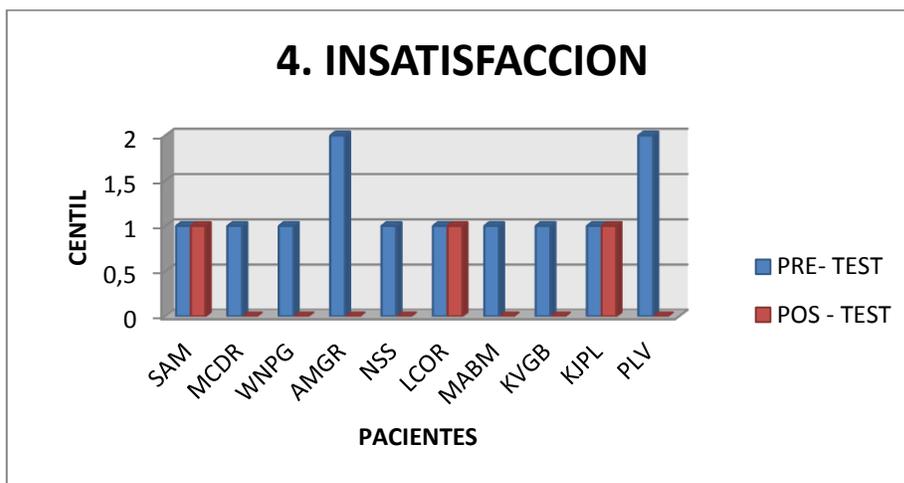
el proceso se pudo ver los cambios de ideas negativas a positivas y más optimistas, apoyados en las técnicas de la detección de ideas irracionales y diálogo socrático.



Gráfica 6. Resultado de la escala Sentimientos de Fracaso pre-test y pos-test de los pacientes.

La gráfica 6, hace referencia al ítem 3 de la prueba que mide los sentimientos de fracaso. Entendidos como la reacción negativa ante la frustración, cuando sucede algo negativo, el sujeto se siente culpable o suele buscar culpables, observando en los pacientes una baja tolerancia a la frustración. Al observar la gráfica 6, nueve pacientes puntuaron entre 1 y 2 centil (seis pacientes puntuaron 1 centil: SAM, WNPG, AMGR, NSS, KVGB y PLV; tres puntuaron 2 centil: MCDR, MABM y KJPL) y solo un paciente (LCOR) puntuó cero (0) y mantuvo su respuestas en el pos-test. Así mismo, al aplicar el pos-test, un paciente (KJPL) puntuó 1 centil (en el pre-test puntuó 2 centil) y los otros ocho que en el pre-test estuvieron entre 1 y 2 centil, puntuaron cero (0) en el pos-test. Lo que muestra que los nueve pacientes con sentimientos de fracaso disminuyeron dicho síntoma, al ser intervenidos con la terapia cognitiva conductual. La técnica que se utilizó para mejorar los sentimientos de fracasos fue la técnica del experimento conductual, se reflejó en conductas del

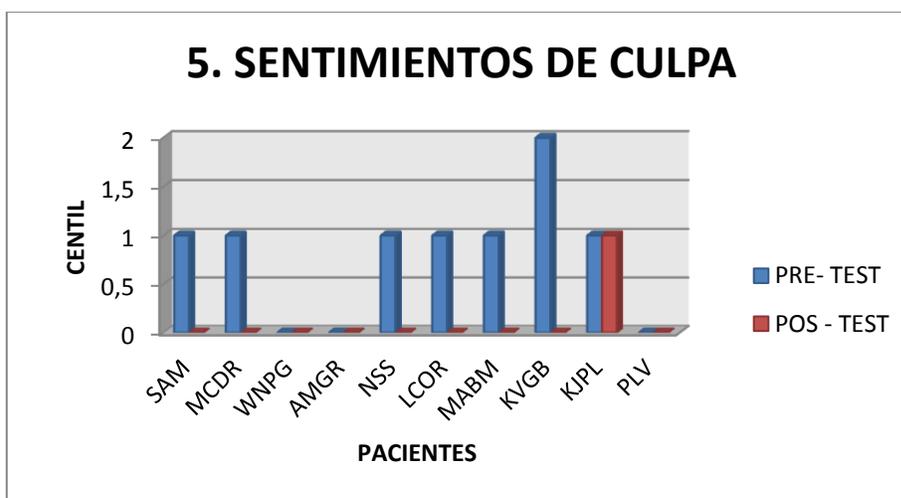
paciente haciendo un acercamiento a los grupos de pares y utilizando su tiempo libre en actividades lúdicas, deportivas y recreativas para experimentar que actividades me satisfacen y tener nuevas experiencias.



Gráfica 7. Resultado de la escala Insatisfacción pre-test y pos-test de los pacientes.

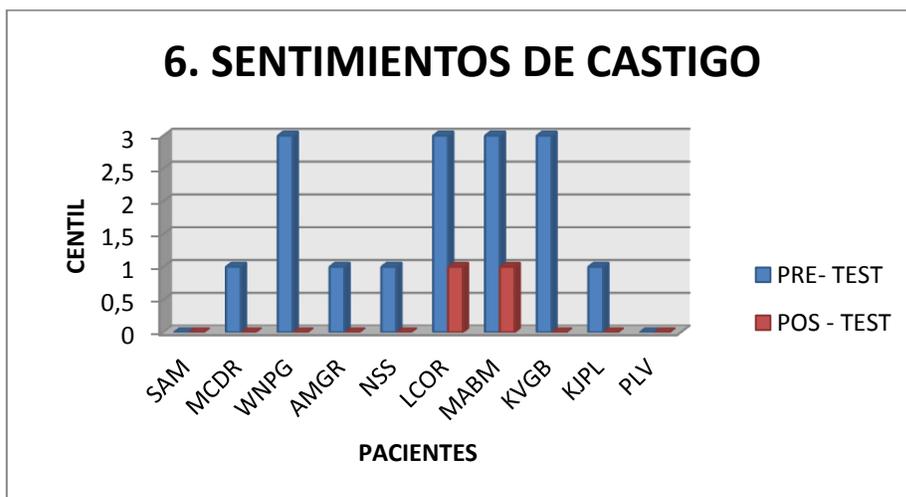
Al evaluar el nivel de insatisfacción, el cual hace referencia al sentimiento de malestar o disgusto que se tiene cuando no se colma un deseo o no se cubre una necesidad. De los pacientes, según la *gráfica 7*, encontramos que todos puntúan entre 1 y 2 centil en el pre-test (ocho pacientes puntuaron 1 centil: SAM, MCDR, WNPG, NSS, LCOR, MABM, KVGB y KJPL; dos pacientes puntuaron 2 centil: AMGR y PLV), ubicándolos en un grado de insatisfacción, teniendo en cuenta que son adolescentes, y de acuerdo en la etapa de desarrollo en la que se encuentran, son más exigentes en sus gustos y estilo de vida. Al aplicar el pos-test, tres pacientes puntuaron 1 centil, y mantuvieron la misma puntuación desde el pre-test (SAM, LCOR y KJPL); los demás pacientes puntuaron cero (0) en el pos-test. Se puede observar que siete pacientes disminuyeron su nivel de insatisfacción y en tres pacientes los niveles de insatisfacción se mantuvieron, evidenciándose que en los

pacientes SAM, LCOR, KJPL, en el pos-test, persiste el síntoma de insatisfacción; se observó que en el inicio de la terapia si tenían el síntoma, pero una vez intervenidos con el tratamiento cognitivo de Beck dicho síntoma desapareció. Argumentando los pacientes al respecto; refiere SAM: que las relaciones interpersonales con sus amigos mejoraron y que su autoestima subió significativamente; una vez culminado el tratamiento en LCOR, la paciente manifiesta: que el sentimiento desapareció con los resultados obtenidos con una rutina diaria de ejercicio y con una dieta balanceada mejorando significativamente su auto concepto y autoestima, sintiéndose emocional y psicológicamente bien y la paciente KJPL refiere: haber superado el sentimiento de insatisfacción después del tratamiento psicoterapéutico ya que mejoraron significativamente las relaciones interpersonales y su autoestima subió, sintiéndose optimista y segura de sí misma. Se utilizó las técnicas de entrenamiento asertivo y la técnica de programación de actividades para abordar los sentimientos de insatisfacción en los pacientes.



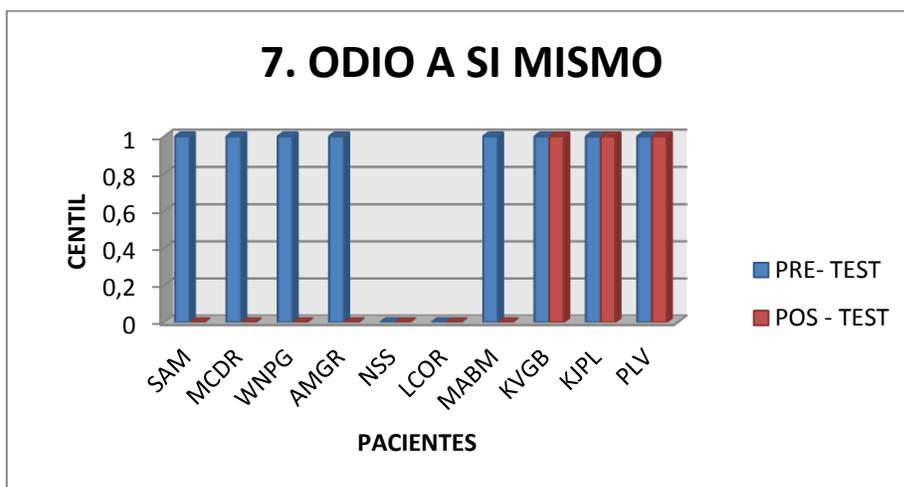
Gráfica 8. Resultado de la escala Sentimientos de Culpa pre-test y pos-test de los pacientes.

El ítem 5 de la prueba mide los sentimientos de culpa, entendiendo como sentimientos de culpa, sentirse culpable de cosas que objetivamente no son responsabilidad del joven; como muestra la *gráfica 8*, tres pacientes marcan cero (0) centil tanto en la prueba pre-test, como en el pos-test (WNPG, AMGR y PLV). Cinco pacientes puntuaron 1 centil en el pre-test y en el pos-test puntuaron cero (0) centil (SAM, MCDR, NSS, LCOR y MABM) excepto un paciente, KJPL que puntuó 1 centil y mantuvo su puntuación. Un paciente puntuó 2 centil en el pre-test, bajando a cero (0) en el pos-test (KVGB). Se puede analizar que en seis pacientes de los que presentaban sentimientos de culpa, luego de la intervención psicoterapéutica, bajaron a cero; solo en un paciente los síntomas persistieron, la paciente KJPL de acuerdo con el pos-test, pero en el transcurso de la terapia la paciente refiere: haber superado el síntoma una vez resuelto el problema del secuestro de su tío, sintiéndose bien consigo misma. Al abordar el síntoma de sentimientos de culpa se utilizó las técnicas de asertividad en la comunicación y la técnica de reestructuración cognitiva, que permitió cambiar su pensamiento distorsionado por unos más reales.



Gráfica 9. Resultado de la escala Sentimientos de Castigo pre-test y pos-test de los pacientes.

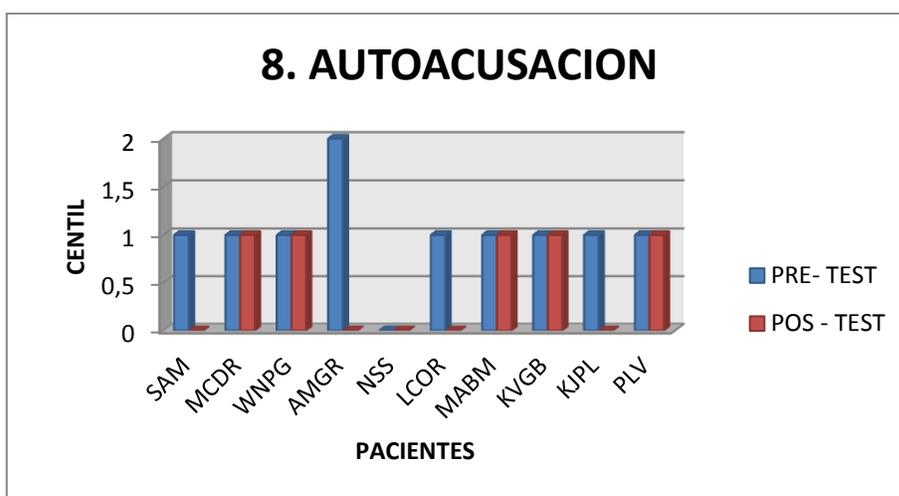
En la *gráfica 9*, en la prueba pre-test, cuatro pacientes señalaron 1 centil en sentimientos de castigo: definidos como sentir que deberían castigarle más de lo que hacen, el sentimiento de culpa, cuando no puede ser elaborado de forma adecuada resulta fuertemente paralizante. MCDR, AMGR, NSS y KJPL; y otros cuatro pacientes marcaron 3 centil: WNPG, LCOR, MABM y KVGB; dos marcaron cero (0) en el pre-test y pos-test: SAM y PLV. Al aplicar el pos-test todos marcaron cero (0) excepto dos pacientes que tuvieron 3 centil en el pre-test y bajaron a 1 centil en el pos-test: LCOR y MABM. En este ítem, ocho pacientes señalaron tener sentimientos de castigo en la prueba pre-test; y al aplicar el pos-test, se observa que los síntomas disminuyeron al ser intervenidos con el tratamiento psicoterapéutico cognitivo de Beck utilizando las técnicas de la metáfora, el parafraseo y la reestructuración cognitiva, estas técnicas permitieron que los pacientes abordaran su problemática de forma objetiva y cambiar su idea irracional por una más racional.



Gráfica 10. Resultado de la escala Odio a si Mismo pre-test y pos-test de los pacientes.

Dos pacientes tuvieron cero (0) centil en el pre-test y pos-test al evaluar sentimiento de odio a sí mismo: entendiendo como el sentimiento de odio que se tienen así mismo inconscientemente o sin darse cuenta, que se ve reflejado en los sentimientos hacia los demás. NSS y LCOR; ocho pacientes puntuaron 1 centil en el pre-test: SAM, MCDR, WNPG, AMGR, MABM, KVGB, KJPL y PLV, y en el pos-test, cinco de los ocho pacientes que puntuaron 1 centil en el pre-test, bajaron a cero (0) después de la psicoterapia: SAM, MCDR, WNPG, AMGR y MABM; y tres pacientes mantuvieron su puntuación en el pos-test: KVGB, KJPL y PLV. (*Grafica 10*). Este es uno de los ítems que tiene relación con la autoestima en el que ocho pacientes manifestaron tener sentimientos de odio a sí mismos, antes de ser intervenidos con las técnicas de autocontrol y la técnica de modificación de conducta en estilos de vida saludables (rutina de ejercicio y dieta balanceada) al aplicar el pos-test, cinco pacientes mostraron mejoría; y en otros tres pacientes no se observó cambios en la prueba en el pos-test pero los pacientes KVGB, KJPL, PLV, la paciente KVGB refieren al respecto que aunque el sentimiento esté presente en el pre-test y pos-test en la terapia se indagó el síntoma odio a sí mismo y no estaba presente ya que sus problemas eran relacionados al rechazo y abandono de su padre y a las relaciones negativas al interior de la familia, una vez superados los conflictos mejoraron significativamente los síntomas depresivos; y con respecto a la paciente KJPL, el síntoma estaba presente al inicio de la terapia pero una vez intervenida con el tratamiento, las relaciones interpersonales mejoraron y su autoestima subió significativamente, el síntoma desapareció sintiéndose bien consigo misma mejorando su estado de ánimo. En relación a la paciente PLV, en el inicio de la terapia el síntoma estaba presente pero una vez terminado el proceso de

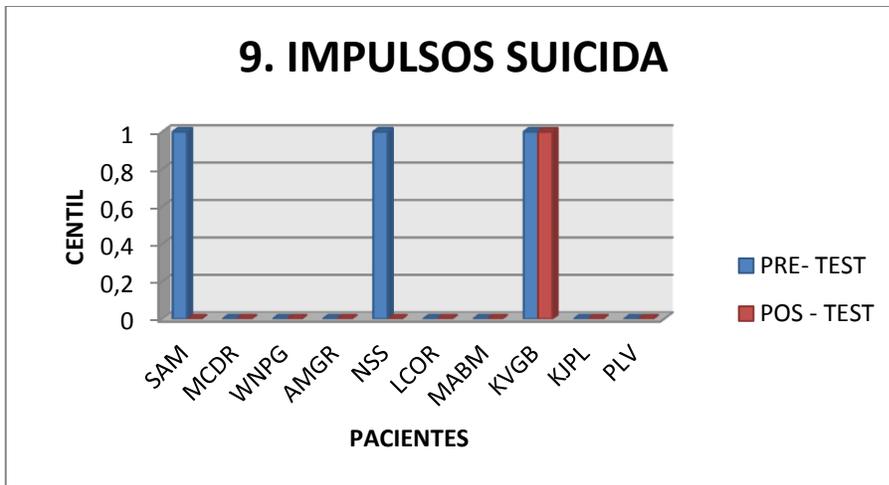
intervención mejoró la idea que tenía de sí misma “que se parecía a una calavera”, con la rutina de alimentos ricos en proteínas y minerales y por otra parte, las relaciones interpersonales al interior del hogar mejoraron notablemente, disminuyendo el sentimiento de odio a sí misma, subiendo su autoestima y mejorando su estado de ánimo.



Gráfica 11. Resultado de la escala Autoacusación pre-test y pos-test de los pacientes.

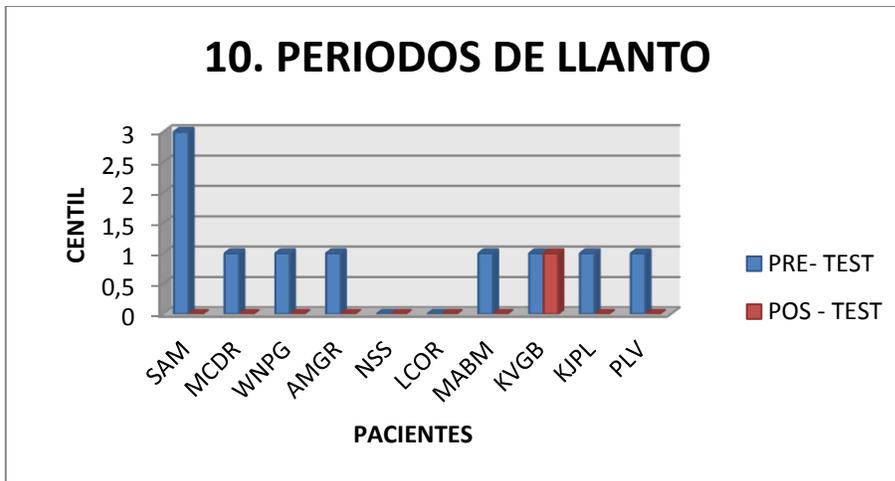
El ítem 8 de la gráfica 11 hace relación la autoacusación, que consiste en creerse culpable y acusarse a sí mismo, es una de las características más notables de los pacientes con depresión. Se observa que un paciente tuvo cero (0) centil en el pre-test y pos-test: NSS. Ocho pacientes tuvieron 1 centil en el pre-test: SAM, MCDR, WNPG, LCOR, MABM, KVGB, KJPL y PLV, de los cuales tres pacientes bajaron a cero (0) en el pos-test: SAM, LCOR y KJPL; cinco pacientes mantuvieron el mismo centil: MCDR, WNPG, MABM, KVGB y PLV. Por otra parte, un paciente tuvo 2 centil en el pre-test y bajó a cero (0) en el pos-test: AMGR. Esto nos muestra que cuatro pacientes disminuyeron los síntomas de autoacusación; en otros cuatro pacientes los

síntomas persistieron. La paciente MCDR le dio como resultado del pre-test y pos-test que persiste el síntoma de auto acusación, pero una vez la paciente se interviene en la psicoterapia se indaga por el síntoma, la paciente refiere: que siente que sus padres y su mejor amigo la engañaron y que por esa situación ella no puede confiar en los demás pero una vez es intervenida con la psicoterapia con la técnica de reestructuración cognitiva, la paciente mejora sus relaciones interpersonales, mejora la confianza en los demás y desaparece el síntoma de auto acusación mejorando su estado de ánimo. En la paciente WNPG se observa en un inicio de la terapia que el síntoma está presente, pero una vez intervenida con el tratamiento psicoterapéutico la idea que tenía que era la culpable de todo lo que sucedía en su casa, cambió y su síntoma desapareció, mejorando su estado de ánimo. La paciente MABM en un inicio de la terapia presentaba el síntoma porque sentía que sus amigos la iban a rechazar o a cuestionar por no tener un papá a su lado, pero una vez es intervenida con el tratamiento psicoterapéutico su idea cambia y su síntoma desaparece mejorando su estado emocional significativamente. En la paciente KVGB, al inicio de la terapia se cuestionaba de ser una persona desafortunada por no tener un padre a su lado pero al terminar el tratamiento psicoterapéutico la idea cambio y el síntoma desapareció y su estado de ánimo mejoro significativamente. En la paciente PLV el síntoma de autoacusación, en el pos-test, persiste pero al terminar el tratamiento psicoterapéutico la paciente cambia la idea que tiene de su autoimagen que se parece a una "calavera" mejorando significativamente su autoestima y el síntoma disminuye, así mismo mejora su estado de ánimo. Al abordar el sentimiento de culpa en los pacientes se trabajó con las técnicas de reestructuración cognitiva y juego de roles.



Gráfica 12. Resultado de la escala Impulsos Suicida pre-test y pos-test de los pacientes.

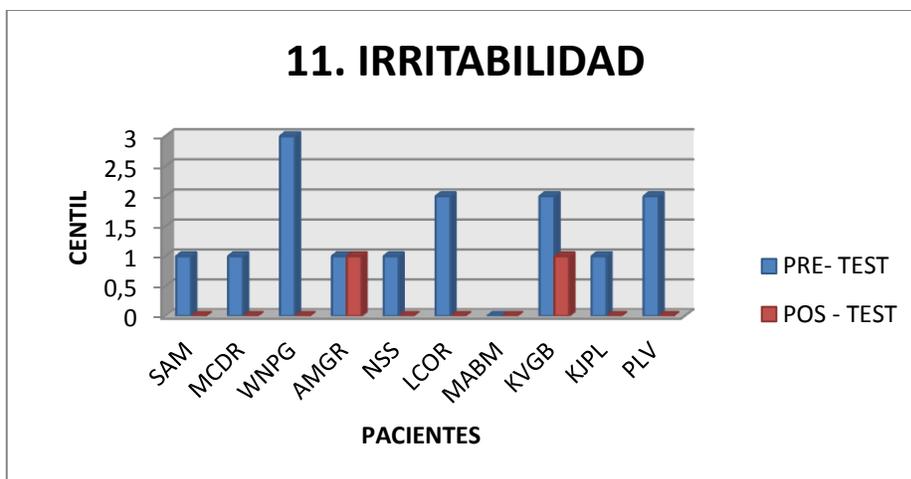
De acuerdo a las respuestas de los pacientes en el ítem que mide los impulsos suicidas, el cual se entiende como la idea, pensamiento o impulso de querer terminar con su vida (deseos de matarse) o hace referencia a los pacientes con ideas autodestructivas. En la *gráfica 12*, muestra que tres pacientes obtuvieron 1 centil en el pre-test: SAM, NSS y KVGB, de los cuales, un paciente mantuvo su puntaje en el pos-test (KVGB) y los dos pacientes bajaron a cero (0). Los demás pacientes (siete pacientes) marcaron cero (0) en el pre-test y pos-test, lo que permitió un mejor abordaje de los síntomas depresivos, pues ninguno presentó signos de alarma para una depresión mayor o comportamientos que afectaran su vida, lo que implicaría una remisión a un tratamiento más complejo con apoyo psiquiátrico. La paciente KVGB el resultado del pre-test y el pos-test puntúa 1 centil en la escala de impulsos suicidas pero el síntoma se indagó al inicio de la psicoterapia en la historia clínica y se descarta el síntoma, ya que la paciente no manifiesta ningún tipo de idea suicida.



Gráfica 13. Resultado de la escala Periodos de Llanto pre-test y pos-test de los pacientes.

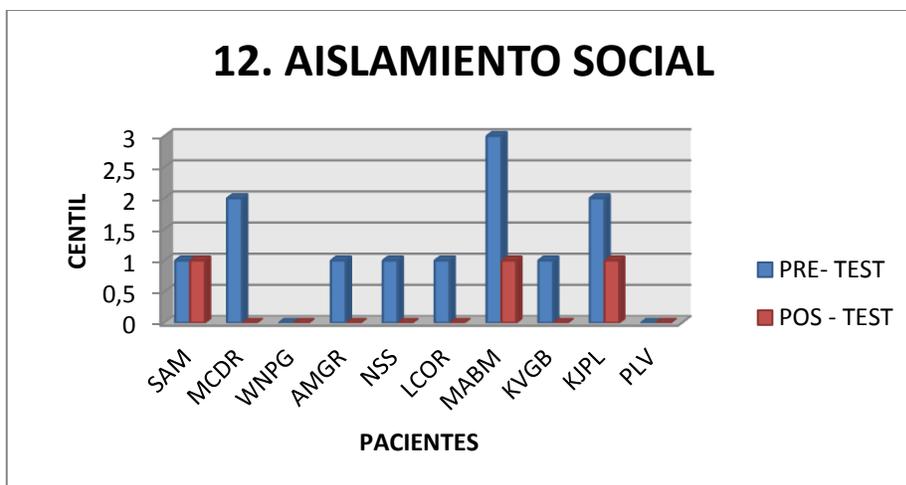
En la gráfica 13 se puede observar el ítem 10 de periodos de llanto el cual consiste en periodos prolongados de llanto acompañado de sentimientos de tristeza. Los resultados de la escala Periodos de Llanto pre-test y pos-test de los pacientes, como se ve en la *gráfica 13*, señala que en el pre-test siete pacientes marcaron 1 centil (MCDR, WNPG, AMGR, MABM, KVGB, KJPL y PLV), de los cuales seis bajaron a cero (0) y uno mantuvo su resultado en el pos-test (KVGB). Un paciente tuvo como resultado 3 centil en el pre-test (SAM) y bajo a cero (0) en el pos-test. Dos pacientes obtuvieron cero (0) centil en el pre-test y pos-test (NSS y LCOR).

En este ítem, muestra que nueve pacientes disminuyeron los periodos de llanto después de la terapia, y solo un paciente mantuvo el mismo puntaje. La paciente KVGB el síntoma persiste en el pos-test al terminar el tratamiento en 1 centil por que la paciente refiere: que cuando su papá no le cumple las citas pactadas, la paciente recurre al llanto, para desahogarse debido a un sentimiento de frustración o desilusión.



Grafica 14. Resultado de la escala Irritabilidad pre-test y pos-test de los pacientes.

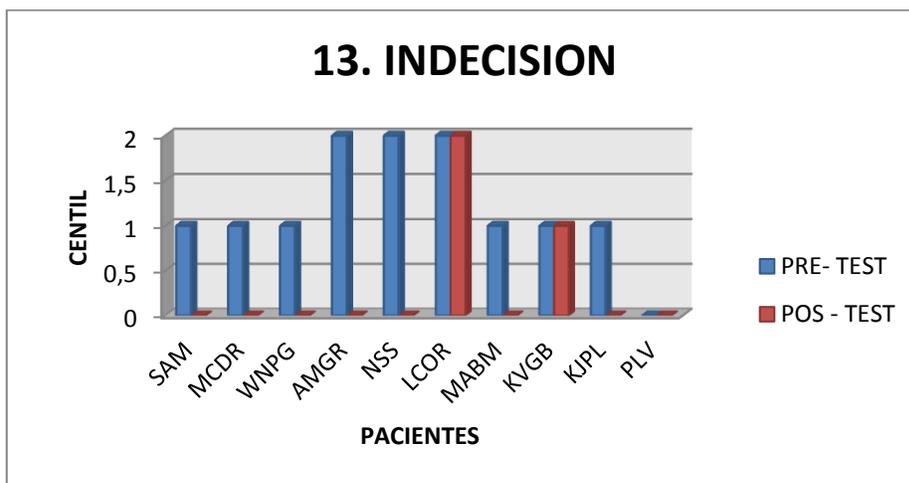
Al medir el grado de irritabilidad, ítem definido como un proceso que caracteriza a las personas que lo padecen por una hipersensibilidad a los estímulos externos. La respuesta a un estímulo suele ser exagerada o desproporcionada. En los adolescentes de la muestra, se observa los siguientes resultados, uno puntúa cero (0) en el pre-test y pos-test (MABM); cinco puntúan 1 centil (SAM, MCDR, AMGR, NSS y KJPL), de los cuales cuatro bajan a cero en el pos-test y uno mantiene su puntaje (AMGR). De los participantes, tres puntúan en centil 2 en el pre-test (LCOR, KVGB y PLV), de los cuales, dos de ellos bajan a cero (0) en el pos-test y uno baja a un centil (KVGB). Un participante puntuó 3 centil en el pre-test, y en el pos-test baja a cero (0) (WNPG). Se puede observar que siete pacientes disminuyeron los síntomas de irritabilidad luego de terminar la intervención terapéutica. (ver grafica 14). La paciente AMGR persiste el síntoma en un centil, la paciente refiere: que todavía se le dificulta en cierta forma controlar la irritabilidad con algunas personas.



Gráfica 15. Resultado de la escala Aislamiento Social pre-test y pos-test de los pacientes.

Otro de los factores que mide la prueba es el aislamiento social, entendido este como el comportamiento del paciente que se siente abrumado por la propia sociedad e incapaz de cumplir los roles sociales que se esperan de él, reaccionando con un aislamiento social. Arrojando el siguiente resultado como muestra la *gráfica 15*, solo dos pacientes puntuaron cero (0) en el pre-test y pos-test (WNPG y PLV); cinco pacientes puntuaron 1 centil (SAM, AMGR, NSS, LCOR y KVGB), de los cuales cuatro bajaron a cero (0) en el pos-test y uno mantuvo su puntaje (SAM); dos pacientes obtuvieron 2 centil en el pre-test (MCDR y KJPL), donde un paciente bajo a cero (0) en el pos-test (MCDR) y el otro paciente bajo a un centil (KJPL); y solo un paciente puntó 3 centil en el pre-test y bajo a 1 centil en el pos-test (MABM). Después de la intervención psicoterapéutica, siete pacientes disminuyeron los síntomas de aislamiento social, notándose una mejoría en la mayoría de los pacientes a través de su comportamiento con los pares al mejorar las relaciones interpersonales, participando activamente en actividades lúdicas, recreativas y deportivas. El paciente SAM mantiene el síntoma en un centil en el pos-test pero

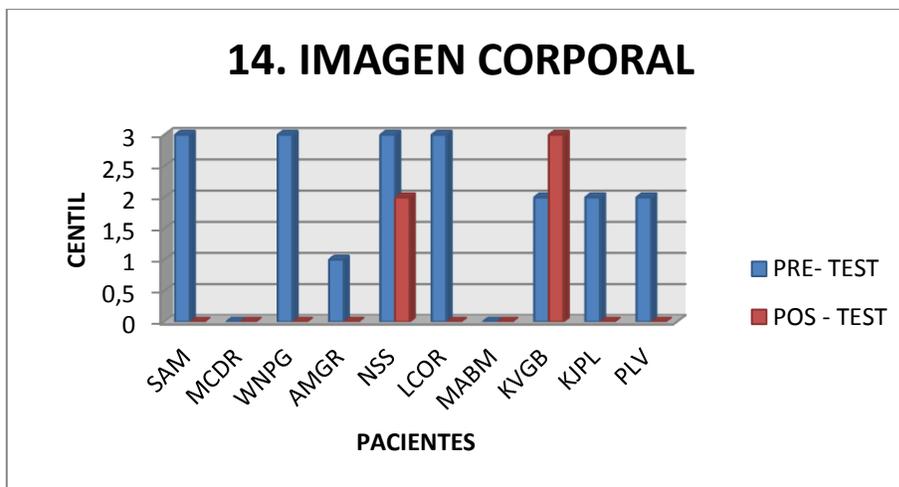
después del tratamiento la idea que era un joven débil cambio y sus relaciones interpersonales y su autoimagen mejoraron, desapareciendo el síntoma y mejorando su estado de ánimo.



Gráfica 16. Resultado de la escala Indecisión pre-test y pos-test de los pacientes.

A la hora de tomar una decisión, los adolescentes se ven afectados por su estado de ánimo, cuando la más mínima cosa que debe enfrentar la persona, la más pequeña elección le implica un serio problema, su ánimo queda perplejo y en suspenso entre resoluciones y juicios contradictorios. Como muestra la *gráfica 16* mostrando que solo un paciente dio cero (0) en el pre-test y pos-test (PLV) al evaluar el grado de indecisión en el ítem 13; seis pacientes obtuvieron 1 centil en el pre-test, (SAM, MCDR, WNPG, MABM, KVGB y KJPL) de los cuales, cinco pacientes bajaron a cero (0) en el pos-test y uno mantuvo su puntaje (KVGB). Los otros tres pacientes obtuvieron 2 centil en el pre-test (AMGR, NSS y LCOR) y en el pos-test dos bajaron a cero (0) centil: AMGR y NSS, y un paciente (LCOR) mantuvo su puntaje. Al observar los resultados, permite dar cuenta que siete pacientes presentaron una mejoría frente al ítem que mide la indecisión luego de la

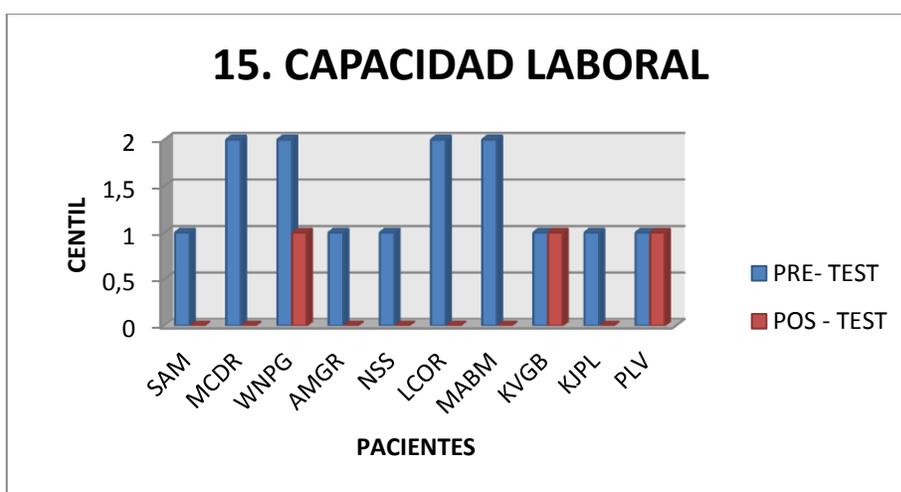
intervención psicológica; en la paciente LCOR persiste el síntoma de indecisión en 2 centil pero durante el tratamiento se observa que el síntoma es superado una vez la paciente decide cambiar su aspecto físico, hace su rutina diaria de ejercicio y su dieta balanceada donde la paciente decide cambiar su autoimagen, así mismo, mejora su autoestima y su estado de ánimo. La paciente KVGB el síntoma persiste pero durante el tratamiento la paciente decide, con las técnicas psicoterapéuticas de resolución de conflictos y asertividad en la comunicación, tener una comunicación asertiva con su padre y con sus familiares, una vez resuelto los problemas la paciente mejora su síntoma y su estado de ánimo.



Grafica 17. Resultado de la escala Imagen Corporal pre-test y pos-test de los pacientes.

Otro de los factores que miden el nivel de autoestima es la imagen corporal evaluado en el ítem 14, el cual consiste en el conocimiento y representación simbólica global del propio cuerpo, es decir, es la manera en que el paciente se ve y se imagina a sí mismo, esta imagen se constituye por un componente perceptivo, un componente cognitivo-afectivo y un componente conductual y es creada a través del

registro visual del propio cuerpo. De acuerdo con la *gráfica 17*, dos estudiantes puntuaron cero (0) en el pre-test y pos-test (MCDR y MABM); un paciente puntuó 1 centil en el pre-test y en el pos-test bajo a cero (0) centil (AMGR); tres pacientes obtuvieron 2 centil en el pre-test (KVGB, KJPL y PLV) y en el pos-test dos de ellos bajaron a cero y un paciente subió a 3 centil (KVGB). Cuatro pacientes puntuaron en el pre-test 3 centil (SAM, WNPG, NSS y LCOR), de los cuales tres bajaron a cero (0) centil y uno bajo a 2 centil (NSS). En conclusión, siete pacientes mejoraron el concepto de su imagen corporal después de la psicoterapia por medio de las técnicas de habilidades asertivas. La paciente KVGB en el pre-test puntuó 2 centil y en el pos-test puntuó tres centil pero al inicio de la terapia se indago por el síntoma y la paciente refiere no tener problemas con su imagen corporal ya que solo se encontraron ideas distorsionadas con respecto al rechazo de su padre y las relaciones negativas al interior de la familia. Se abordó con la técnica de reestructuración cognitiva.



Gráfica 18. Resultado de la escala Capacidad Laboral pre-test y pos-test de los pacientes.

El ítem 15 de la capacidad laboral se ve representado en la capacidad de estudiar y realizar las tareas académicas, considerando que todos los participantes están en edad escolar y ninguno trabaja. En la gráfica 18 se puede observar que seis pacientes marcan 1 centil en el pre-test (SAM, AMGR, NSS, KVGB, KJPL y PLV), de los cuales dos mantienen su puntuación en el pos-test (KVGB y PLV) y cuatro bajan a cero (centil) en el pos-test (SAM, AMGR, NSS y KJPL). Los otros cuatro pacientes puntúan 2 centil en el pre-test (MCDR, WNPG, LCOR y MABM), y en el pos-test tres bajan a cero (0) centil y uno baja a 1 centil (WNPG). Se puede observar en la gráfica que ocho pacientes bajaron su puntuación en el pos-test, lo que muestra su mejoría una vez intervenidos con el tratamiento psicoterapéutico con la técnica de auto registró en casa y programación de actividades. Solo dos pacientes (KVGB y PLV) mantuvieron su puntuación en relación al ítem 15 del inventario de Beck. La paciente KVGB puntúa 1 centil en el pre-test y 1 centil en el pos- test en el síntoma de capacidad laboral, una vez resueltos sus problemas se puede concentrar mejor en sus estudios y sus notas suben en el último periodo significativamente, su síntoma desaparece y mejora su estado de ánimo; la paciente PLV puntúa 1 centil en el pre-test y 1 centil en el pos-test, después del tratamiento, la paciente refiere que en cuanto a este síntoma persiste por que durante todo el año debido a sus enfermedades sus notas en la entregas de boletines eran insuficientes y que en este último periodo se le dificulta recuperar las asignaturas perdidas,al terminar el año escolar,pero el año entrante repite el noveno grado; ya con otras capacidades, nuevas expectativas, mas motivada, debido que ha mejorado y resuelto sus problemas.

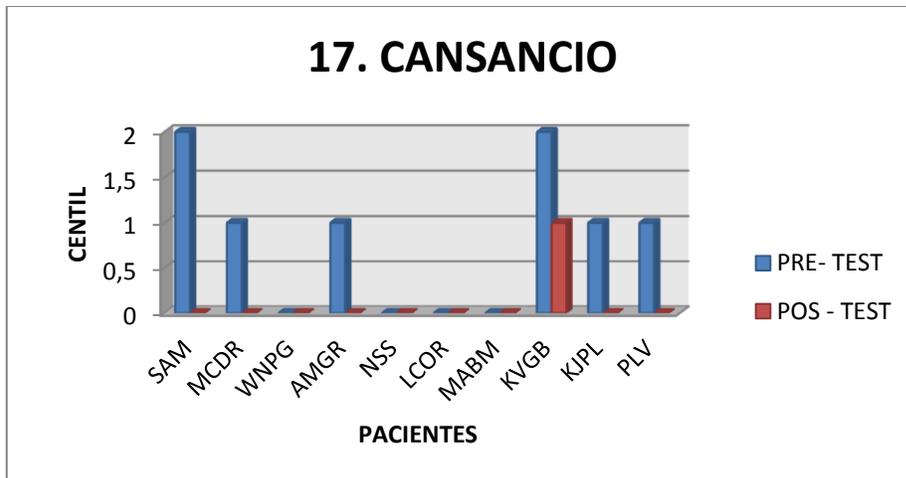
Hasta el momento, la prueba a evaluado los síntomas psicológicos-cognitivos en los primeros 15 ítems; los últimos 6 ítems corresponden a los síntomas somáticos vegetativos como trastorno del sueño, cansancio, pérdida de apetito, perdida del peso, hipocondría y libido.



Gráfica 19. Resultado de la escala Trastorno del Sueño pre-test y pos-test de los pacientes.

Según la gráfica 19, del trastorno del sueño, con este síntoma las dificultades pueden ser: conciliar el sueño, cambios circadianos, despertar intermitente, despertar matutino temprano, aumento del tiempo para dormir y una sensación de no haber descansado. El síntoma que se describe más frecuente es la dificultad para conciliar el sueño. Algunos trastornos del sueño pueden ser muy graves e inferir con que el funcionamiento físico, mental y emocional del individuo. E muestra hasta el centil 1, la cual fue la puntuación más alta para el ítem 16, en el que seis pacientes marcan 1 centil en el pre-test (SAM, MCDR, WNPG, AMGR, NSS y KVGB), de estos pacientes, cinco bajan a cero en el pos-test y un paciente mantiene su puntuación (KVGB); dos pacientes que habían obtenido cero (0) centil en el pre-test, subieron a un centil en el

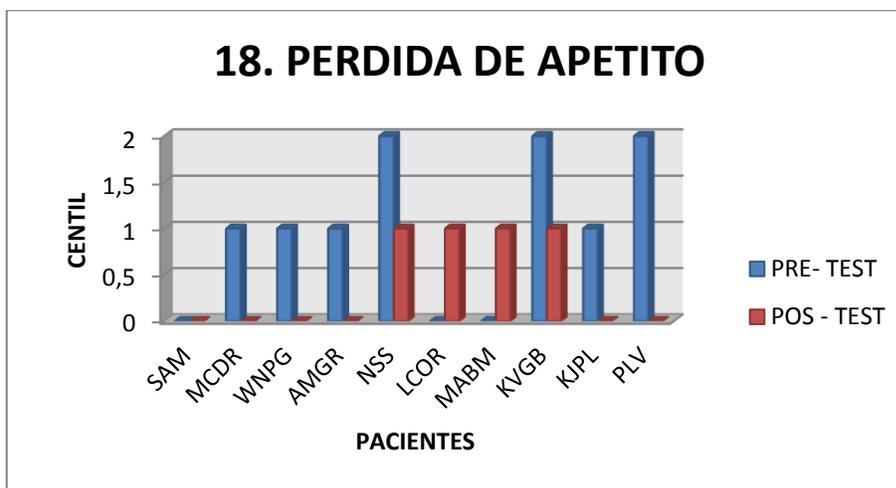
pos-test (MABM y KJPL), y dos pacientes obtuvieron cero (0) centil en el pre-test y pos-test (LCOR y PLV). Se puede ver que cinco pacientes mejoraron, según los resultados del pos-test luego del proceso terapéutico donde se les trabajó hábitos para descansar. Por otra parte, dos pacientes, presentaron síntomas de trastorno de sueño leve en el pos-test, habiendo puntuado cero en el pre-test; este resultado no necesariamente se debe a síntomas depresivos, sino que hay que considerar alguna situaciones donde se les trabajó técnicas de relajación (realizar ejercicio físico y actividades recreativas) y entrenamiento asertivo para el estrés o ansiedad por estar en el último periodo estudiantil y el hecho de estar pasando por la etapa de la adolescencia por ejemplo el gusto por algún compañero o no haber resuelto algún problema propio de su edad, esto también interviene en su periodo de sueño.



Grafica 20. Resultado de la escala Cansancio pre-test y pos-test de los pacientes.

La grafica 20 está relacionada con el ítem 17, cansancio, se define como una sensación subjetiva de falta de energía física o intelectual producida por tensión emocional o carencia de sueño, el cual revela que cuatro pacientes marcaron cero (0) centil en el pre-test y pos-test (WNPG, NSS, LCOR y MABM); cuatro pacientes

obtuvieron 1 centil en el pre-test y bajaron a cero (0) en el pos-test (MCDR, AMGR, KJPL y PLV); y dos obtuvieron 2 centil, en el que un paciente bajo a 1 centil en el pos-test (KVGB) y el otro paciente bajo a cero (0) en el pos-test (SAM). Los seis pacientes que presentaron síntomas de cansancio en el pre-test; disminuyeron su puntuación al aplicar la prueba después del tratamiento, utilizando técnicas de programación de actividades y técnicas de relación lo que demuestra, una mejoría en todos los pacientes después del tratamiento psicoterapéutico.



Gráfica 21. Resultado de la escala Pérdida de Apetito pre-test y pos-test de los pacientes.

La pérdida de apetito está relacionada con el estado de ánimo, pero hay que tener en cuenta que en esta etapa de la adolescencia hay más vulnerabilidad de padecer algún trastorno alimenticio relacionado con su imagen corporal o si la paciente ha iniciado algún tipo de dieta para mejorar su alimentación esto afecta los resultado en el ítem 18 y 19 del inventario de depresión de Beck, para esto hay que tener en cuenta cada caso clínico.

Según la *gráfica 21*, un paciente marco cero (0) centil tanto en el pre-test como en el pos-test (SAM); dos pacientes marcaron cero (0) en el pre-test y subieron a 1 centil

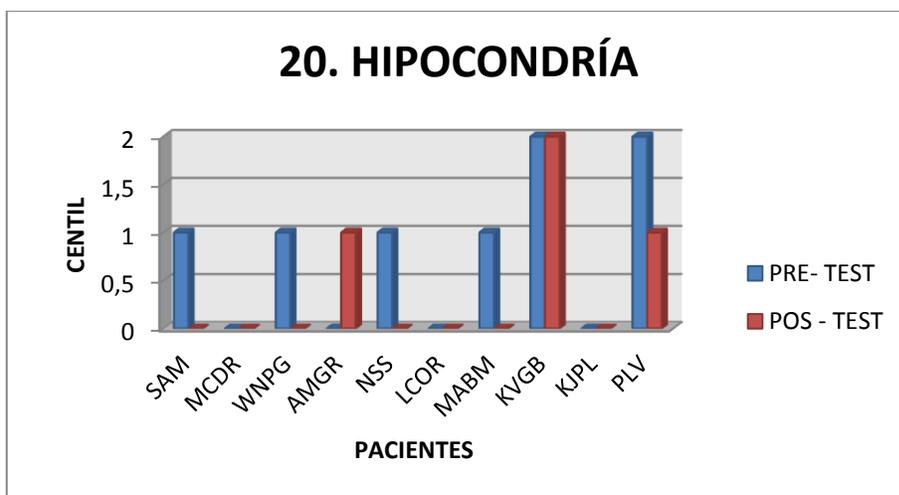
en el pos-test (LCOR y MABM); cuatro pacientes marcaron 1 centil en el pre-test y bajaron a cero (0) en el pos-test (MCDR, WNPG, AMGR y KJPL) y tres pacientes marcaron 2 centil en el pre-test (NSS, KVGB y PLV), de los cuales dos bajaron a 1 centil en el pos-test y el otro paciente bajo a cero (0) centil en el pos-test (PLV). Se puede ver que siete pacientes bajaron su puntuación luego del tratamiento con técnicas asertivas, técnica gradual de actividades y planteamiento de dietas (rica en proteínas y minerales) y ejercicio físico diario psicoterapéutico y dos pacientes aumentaron su puntuación.

En la paciente LCOR, en el pos-test, el síntoma sube a 1 centil, ya que la paciente está haciendo una rutina de dieta balanceada, la paciente cambió sus hábitos, por lo cual se presentó pérdida del apetito debido a su rutina diaria de su dieta. La paciente MABM refiere que puntuó 1 centil en el pos-test, debido a que decidió mejorar su alimentación por una dieta balanceada para mejorar su imagen corporal.



Gráfica 22. Resultado de la escala Pérdida de Peso pre-test y pos-test de los pacientes.

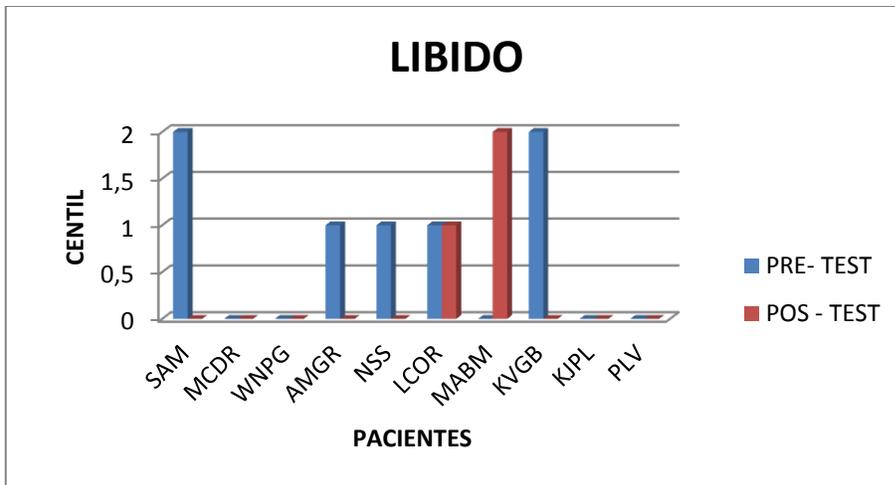
En la gráfica 22, del ítem 19 sobre pérdida en el que se presenta una disminución del peso corporal que no se hace de manera voluntaria, la persona no trato de perder peso haciendo dietas o ejercicios; se muestra que siete pacientes marcaron cero (0) centil en el pre-test y pos-test, en el ítem de pérdida de peso; un paciente (LCOR) marco cero (0) centil en el pre-test y subió a 1 centil en el pos-test; un paciente (KJPL) marco 1 centil en el pre-test y bajo a cero (0) centil en el pos-test y un paciente (PLV) marco 2 centil en el pre-test y también bajo a cero (0) en el pos-test. En este ítem, dos pacientes que había señalado pérdida de peso antes del tratamiento, puntuaron cero en el pos-test (KJPL y PLV). Lo que indica que mejoro su alimentación, la paciente LCOR puntuó un centil en el pos-test, su pérdida de peso no se debe a la depresión sino a la rutina de ejercicio diario para mejorar su imagen corporal.



Gráfica 23. Resultado de la escala Hipocondría pre-test y pos-test de los pacientes.

La grafica 23, muestra los resultados del ítem 20, que mide los síntomas de Hipocondría, el cual se refiere a una enfermedad por la cual el paciente cree de forma infundada que padece de una enfermedad grave, la hipocondría es una actitud

que el individuo adopta ante la enfermedad; en el cual, tres pacientes dieron como resultado cero (0) centil en el pre-test y pos-test (MCDR, LCOR y KJPL); cuatro puntuaron 1 centil en el pre-test y bajaron a cero (0) centil en el pos-test (SAM, WNPG, NSS y MABM); un paciente (AMGR) puntuó cero (0) en el pre-test y subió a 1centil en el pos-test; y dos pacientes puntuaron 2 centil en el pre-test, en el que un paciente mantuvo su puntuación (KVGB) y el otro paciente bajo a 1 centil en el pos-test (PLV). Se puede ver en la gráfica, cinco pacientes que mejoraron los síntomas de hipocondría después del tratamiento psicológico, donde se abordó las relaciones intrafamiliares con la técnica de asertividad de la comunicación, al mejorar sus relaciones interpersonales al interior de la familia mejoro su área afectiva y así mismo desaparecieron sus síntomas hipocondriacos un paciente se mantuvo estable y otro paciente aumento su nivel de hipocondría en el pos-test habiendo puntuado cero en el pre-test. La paciente AMGR, en el pos-test, subió a un centil, ya que el malestar es debido que la paciente está haciendo una dieta rica y balanceada y últimamente está comiendo muy bien y su organismo no estaba acostumbrado a recibir porciones grandes de comida, últimamente se ha visto afectada por problemas digestivos, ya que durante la terapia subió en total cinco kilos de peso. En la paciente KVGB, en el pos-test, el síntoma persiste, pero durante el tratamiento se indagó y no se encontró ningún síntoma Hipocondriaco.



Gráfica 24. Resultado de la escala Libido pre-test y pos-test de los pacientes.

El último ítem de la prueba de inventario de Depresión de Beck, hace referencia a la libido; definida como el deseo sexual de una persona; en este ítem, como muestra la gráfica 24, cuatro pacientes contestaron cero (0) centil en el pre-test y pos-test (MCDR, WNPG, KIPL y PLV); tres pacientes puntuaron 1 centil en el pre-test (AMGR, NSS y LCOR), de los cuales dos pacientes bajaron a cero (0) centil y un paciente mantuvo su puntuación (LCOR); un paciente (MABM) marcó cero (0) centil en el pre-test y subió a 2 centil en el pos-test; en cambio, dos pacientes marcaron 2 centil en el pre-test y bajaron a cero (0) en el pos-test (SAM y KVGP). Hay que considerar que en la etapa de la adolescencia algunos pacientes no han tenido relaciones sexuales por primera vez; por otra parte, en esta etapa se considera que los adolescentes definen su identidad sexual, por lo que pueden estar acompañados de inquietudes; lo que genera que al momento de contestar este ítem tengan algún tipo de dudas o conflictos respecto al síntoma.

Como vemos, en cada ítem del inventario de depresión de Beck, el cual fue aplicado a los participantes antes y después de la intervención psicológica, hubo cambios significativos para todos los pacientes.

Terapia individual

Protocolo de Intervención Sesiones psicoterapéuticas

Sesión No. 1: Apertura de historia clínica y socialización terapéutica; se toman los datos sociodemográficos y se indaga en la problemática principal del paciente para ampliar el diagnóstico. Se le da explicación al paciente de la triada cognitiva para observar cuales son las (evaluaciones negativas) y conducta (bajo nivel de actividad) con su estado emocional (depresión)

Sesión NO. 2: Se inicia la sesión explorando ¿Qué situaciones desencadenan los esquemas? Y como, estos se manifiestan a través de los pensamientos automáticos.

El terapeuta plantea los objetivos terapéuticos, metas y expectativas. Para los objetivos terapéuticos se parte del resultado del inventario de depresión y la relación de este con los esquemas de pensamiento.

Se propone al paciente la tarea para casa para las próximas sesiones, en este caso se trabajó con el auto registro (formato de auto registro, ver anexo No. 4) de actividades diarias durante la semana, en la que tiene que anotar situaciones en las que pierde el control y frente a estas, que siente, que piensa, que hace y cómo

reacciona su cuerpo y el grado de dominio (o dificultad) y agrado, por ejemplo evaluar en una escala del 0% al 100% para dominio y agrado.

Sesión NO. 3 a la sesión No. 6:

De acuerdo a cada paciente, los objetivos terapéuticos y su problemática, se trabaja con las diferentes técnicas terapéuticas.

Tratamiento: detección de ideas irracionales basado en los auto registros de las situaciones problemáticas; abordar las ideas irracionales.

Utilización de técnicas cognitivas y conductuales para el manejo del nivel de actividad, estado emocional depresivo y pensamientos automáticos asociados. Las técnicas cognitivas se basan en la búsqueda de evidencias para los pensamientos automáticos. Las técnicas conductuales están basadas en la programación gradual de actividades como vía de cambio de los pensamientos automáticos.

Técnicas cognitivas y conductuales

Técnica de parafraseo y la metáfora; utilizadas para corroborar las ideas disfuncionales o pensamientos automáticos.

Técnica del dialogo socrático y la técnica de resolución de conflictos, para cuestionar y transformar los pensamientos automáticos y dar herramientas a los pacientes para enfrentar las situaciones problemáticas.

Con las técnicas cognitivas se analizan los Supuestos personales y se plantea la tarea conductual al paciente como “experimentos personales” para que en sus

actividades diarias pueda comprobar la validez de los supuestos personales.

Sesión No. 7 Seguimiento:

Esta intervención se realizó en dos sesiones con un lapso de tiempo de 15 días, se hizo grupal e individual. Se les habló de la importancia de seguir trabajando en la solución de sus problemas, pues estos influían en el estado de ánimo y se manifestaba en pesimismo e insatisfacción con las relaciones ya fueran académicas o emocionales, que se permitieran cometer errores y que sobre estos tenía nuevamente que mirar por qué se presentó y tomar correctivos ya que si no se hacía se veía reflejado en sentimientos de culpa o se llegaban a auto-acusar.

Sesión No 8. Seguimiento y Cierre del Proceso:

De acuerdo a los resultados arrojados en la prueba depresión de Beck y de haber realizado un trabajo individual y grupal, se hizo necesario aplicar nuevamente un pos- test, para determinar los avances alcanzados en el proceso.

Para esto se citó individualmente a los jóvenes, se les socializó a cada uno, los resultados arrojados en la prueba y se determinó con el paciente las estrategias que iba a utilizar para disminuir los síntomas que estaba presentando, se tomó como referente que ellos ya tiene unas bases para solucionar su problemática.

Para el cierre total se les dio las gracias y se les pidió a los jóvenes que dieran una retroalimentación al proceso desarrollado por la psicóloga.

Con el grupo de jóvenes que el pos-test arrojó algún indicador de depresión, como estoy decepcionado conmigo (30%), me critico por debilidades o errores (40%), me enojo o irrito más fácilmente ahora que antes (20%), estoy interesado en otras personas que lo que solía estar (30%), Me cuesta un mayor esfuerzo empezar hacer algo (30%), y no duermo también como antes (30%), se le hizo seguimiento a las estrategias que están utilizando, manifestando que sienten que ellos han aprendido mucho sobre conocerse un poco y descubrir que posee elementos para trabajar en situaciones específicas que siente y afecta su estado de ánimo.

HISTORIA CLINICA CON TRATAMIENTO

Tabla 4. Historia Clínica Paciente MAGR

 Universidad Pontificia Bolivariana <small>SECCIONAL BUCARAMANGA</small>	PRACTICA DE ESPECIALIZACIÓN EN PSICOLOGÍA CLÍNICA INSTITUTO RAFAEL POMBO	
	FORMATO DE HISTORIA CLINICA	

FECHA DE RECEPCION:	DIA: 01	MES: Septiembre	AÑO: 2011
1. DATOS DEMOGRÁFICOS			
NOMBRE Y APELLIDOS: M A G R			
FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO: Bucaramanga 15-12-95			
DOCUMENTO DE IDENTIDAD: 9512157923 EXPEDIDA EN: Bucaramanga EDAD: 15 AÑOS			
ESCOLARIDAD: Noveno Grado (9-2)		ESTADO CIVIL: Soltera	RELIGIÓN: Católica
PROFESIÓN U OFICIO: Estudiante Bachiller			
NÚMERO TELÉFONICO: 6XXXXXX		DIRECCIÓN: Cra. XX-13 calle 12X	BARRIO: Zapamanga VI
FECHA DE INGRESO A LA INSTITUCIÓN: Primer semestre del 2009			
DATOS DE UNA PERSONA DE CONTACTO			
Nombre: R R P			
Parentesco: madre			

Teléfono: 6 XXXXXX – 31XXXXXXXX

NOMBRE PSICÓLOGO TRATANTE: Rubiela Rojas Díaz

2. MOTIVO DE CONSULTA Y/O DE REMISIÓN

El motivo de consulta es que últimamente no me siento bien anímicamente yo antes era una persona con características de alegría y entusiasta y de un tiempo para acá me siento triste y desanimada. Hace un año que mis padres se separaron definitivamente, y siempre se pelean.

3. DESCRIPCIÓN DE LA SITUACIÓN ACTUAL (Iniciación y evolución del síntoma, problemática o enfermedad) (contexto, situaciones que se producen alrededor) (funcionamiento en diferentes nivel de afectación, redes de apoyo(percibido y real)

El año pasado la paciente repite el octavo año de estudio y debido a este suceso la madre le manifiesta que se siente robada por su hija y que la inversión de ese año fue una perdedera de tiempo y dinero, la madre le dice al respecto que su hija es una bruta, zángana, estúpida e inútil. Duerme de diez a doce horas diarias y su alimentación es Escasa, al respecto agrega la paciente que no siente ganas de comer desencadenándose en la paciente una depresión moderada, con una idea irracional “que es una persona inútil” distorsión cognitiva o pensamiento automático: “que no es una buena compañía para nadie” la relación con sus amigos y novio últimamente está afectada con su actitud de no querer salir a divertirse con ellos pues la paciente refiere no sentir ganas de salir a ningún lado argumentando que si sale la va ha pasar mal y que sus amigos, al igual que ella, también se van a aburrir; con una idea irracional: “no soy una buena compañía para nadie” y una distorsión cognitiva y pensamiento automático ABSTRACCIÓN SELECTIVA: Consiste en centrarse en un detalle extraído fuera de contexto, ignorando otras características más relevantes de la situación valorando toda la Experiencia en base a ese detalle. SOBREGENERALIZACION.

4. HISTORIA PERSONAL

DESARROLLO

FACTORES PRENATALES (condición física y psicológica de la madre durante el embarazo, parto)

Embarazo normal, parto por cesárea estado de la madre normal

PSICOMOTOR: (Limitaciones motoras por enfermedad, limitaciones sociales o educativas, nivel de activación)

Normal

LENGUAJE: Habla fluido pero con un tono bajo

SOCIALIZACION: (Adaptación escolar, reconocimiento de roles familiares y sociales, celos, rivalidades, aceptación de la autoridad, conductas antisociales)
Acata fácilmente las reglas y acepta la autoridad de los padres y maestros. Inicialmente estudiaba en colegio privado y al entra a estudiar en un colegio público se le dificulto adaptarse por el número de estudiantes por cada salón debido a que el ruido y la indisciplina de los estudiantes no le permiten concentrarse en sus estudios

CONFORMACIÓN FAMILIAR

Nº	Nombre	Edad	Parentesco	Ocupación	Observación/ Tipo de Relación
1	R R P	43	madre	Alcaldía	Distante o regular
2	J H G L	44	Padre	Comerciante	Distante el cree que por que la recoge cada quince días cumple con la función de ser papá
3	L R P	40	Tía	Hotel	Distante
4	J J C R	23	Primo	Estudiante universitario	Distante
5	L A R S	74	Abuelo	Pensionado	cercana
6	D A G R	8	Hermana	Estudiante	Cercana

5.HISTORIA FAMILIAR

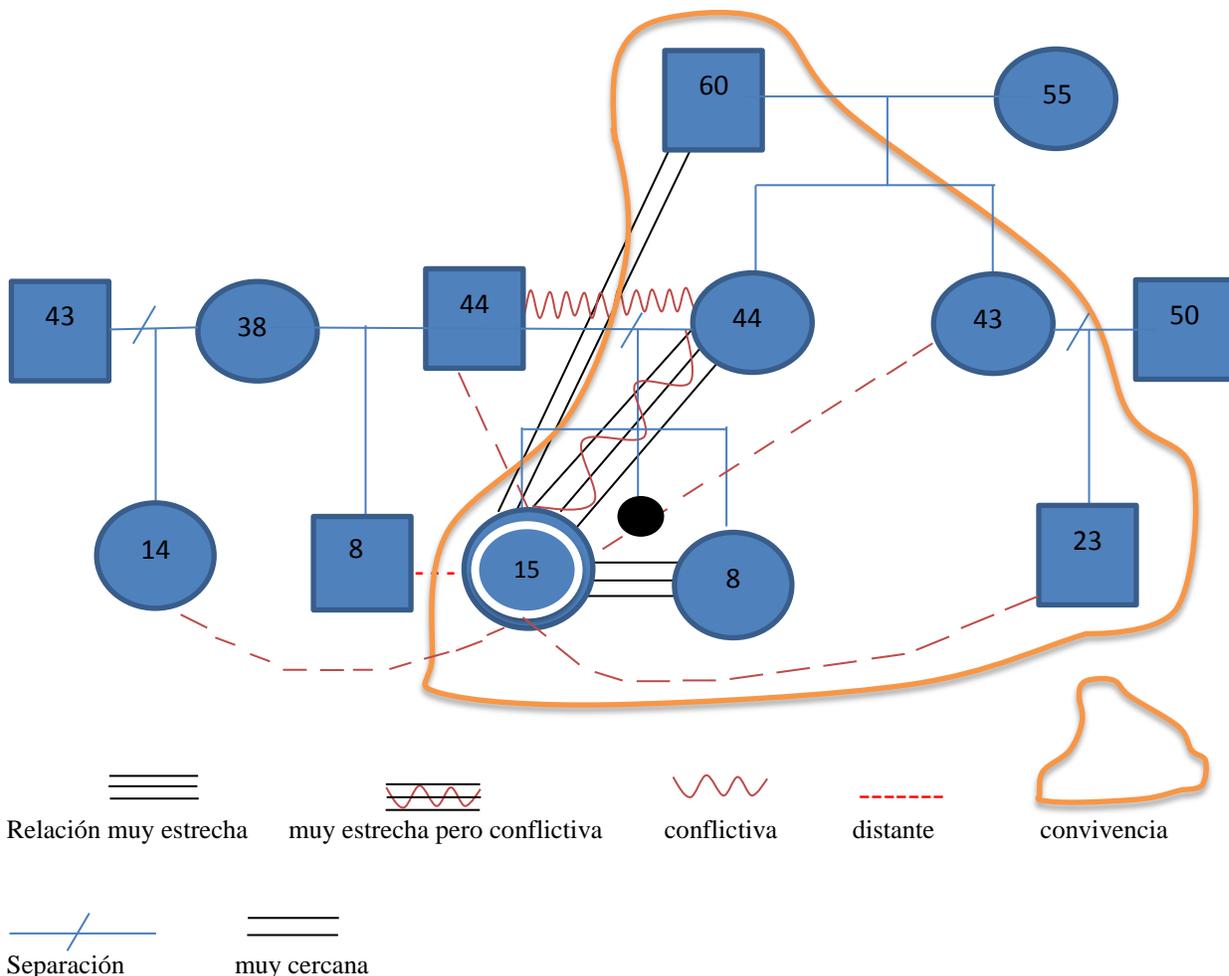
La paciente nació en la ciudad de Bucaramanga Santander, y actualmente vive en el barrio Zapámanga IV etapa; su dinámica familiar es de tipo conflictivo con las personas que convive, La paciente manifiesta que desde la separación de sus padres su madre decide irse a vivir a la casa de su padre debido a problemas económicos y en busca de compañía y protección por parte de su padre para con sus nietas en la casa comparte la vivienda con su abuelo, la tía, el primo, la mamá y la hermana menor.

La paciente expresa que desde hace 9 años que sus padres se separaron ya no es la misma y que desde ahí en adelante su vida cambio; los conflictos de la relación de sus padres es de tipo distante, en la cual el padre juzga a su madre de la separación, por incomprensiva y la madre al padre del motivo de la separación argumentando que su padre es un señor con una personalidad basada en engaños y mentiras, ya que su madre se enteró que su padre sostenía otra relación afectiva y que estaba esperando un hijo de su nueva relación, hecho por el cual, expresa la paciente, su madre se empezó a enfermar y a tener problemas con su estado de ánimo, padeciendo el trastorno emocional depresivo, en ese momento su madre estaba embarazada y pierde a su bebe, después del hecho, los padres acuerdan separarse, su madre demanda al padre

por la mantención alimentaria de la paciente, después de tres meses sus padres se reconcilian y de esta reconciliación su madre queda embarazada, al nacer su hermana, sus padres se separan otra vez y el padre regresa otra vez con su anterior pareja.

La paciente expresa que sus padres por estar peleando la han descuido y no se dan cuenta de sus necesidades de afecto y comprensión; la paciente refiere al respecto que esa discusiones la hacen "sentir culpable de los problemas que sus padres tienen"(idea irracional) y que ella todavía se siente muy pequeña o joven para solucionar ese tipo de problemas, que los padres se preocupan más por las relaciones actuales de sus parejas. Hace cuatro meses encontró al mejor amigo de la mamá besándose con su mamá, sintiéndose sorprendida porque su mamá no le había comentado nada de su relación actual.

FAMILIOGRAMA (señalar relaciones, alianzas o conflictos)



OBSERVACIONES RELACIONADAS CON FIGURAS SIGNIFICATIVAS:

Ha perdido la confianza con su madre, la relación con su padre es distante y poco comunicativa, con el resto de la familia es conflictiva.

TIPOLOGIA FAMILIAR:
Familia disfuncional (sus relaciones son distantes) la madre se concentra en sus problemas y se torna depresiva, la madre refiere que tiene depresión . Hace años la paciente se enteró que su madre estuvo en una clínica de reposo debido a la separación con su esposo. A la paciente le hicieron creer que su madre se había ido de viaje pero ella se enteró de este hecho por una amiga de la madre. La paciente se sintió decepcionada. El padre las recoge en el carro y las lleva a la casa por el fin de semana pero no sale con ellas, solo para que vean televisión y eso le aburre, además de sentirse incomoda con la esposa del padre y los hijos, la paciente ha Decidido no volver a la casa de su papá.
SUBSISTEMA FAMILIAR AFECTADO:
Su madre se ve afectada por la situación familiar conflictiva y por su salud mental por (depresión mayor)

6. ANTECEDENTES
6.1 ANTECEDENTES PERSONALES
SALUD FISICA: (enfermedad, medicamentos, cirugías, alimentación y sueño) Varicela hace 2 años, rinitis alérgica, colitis, asma, migraña, alimentación regular, duerme de 10 a 12 horas regularmente
CONSUMO O ABUSO DE SUSTANCIAS: Especificar cuál y por cuanto tiempo. Alcohol: NO Tabaco: NO SPA:NO
SALUD MENTAL: La paciente estuvo en un tratamiento psicológico por la separación de sus padres hace 5 años, refiere al respecto que el tratamiento no fue efectivo debido al poco tiempo de las consultas que la EPS le dedica a las consultas psicológicas.
6.2 ANTECEDENTES FAMILIARES (Salud física y mental)
Madre sufre de depresión, estuvo interna en clínica de reposo (depresión mayor) hace cinco años Infarto o problemas del corazón por parte de la familia de la madre.
6.3 SOCIABILIDAD (Interacción con compañeros de grupo, con otros compañeros, participación en grupos u actividades lúdicas, deportivas y culturales)
La relación con los compañeros es distante ya que ella refiere que desde que la afecta los problemas por separación y que desde que perdió su octavo año de estudio sus problemas se agudizaron debido a la incomprensión de su madre y reproches contaste por dicha perdida, refiere al respecto la paciente que ella ya no es ninguna buena compañía papa nadie pues se ha vuelto aburrida y complicada y que ya no es la misma que antes; y con los alumnos de otros grupos se siente igual distante. No siente deseos de participar en actividades lúdicas o deportivas porque se siente desmotivada y aburrida, ya nada la entretiene o la distrae como antes, y con respecto a su familia los problemas son complicados.

6.4 ANTECEDENTES JUDICIALES (Delitos o anotaciones de disciplina graves)

no tiene

7. OBSERVACIÓN GENERAL DEL CONSULTANTE

Paciente se observa triste, desanimada con pocas expectativas con respeto a su entorno familiar, ha perdido la confianza en solucionar sus problemas ya que refiere que los padres empezaron a tener problemas aproximadamente 7 años y a la fecha todo sigue igual, las discusiones de sus padres no paran y eso la afectan anímicamente y la pérdida del octavo año agudiza su depresión debido a los malos tratos e incomprensión de su madre.

OTRAS OBSERVACIONES (Características, estado de ánimo, percepción de sí mismo)

Se expresa con tristeza, y con referente a su percepción de sí misma se percibe triste y aburrida que ya no es la misma persona de antes y esta condición ha desencadenado problemas con sus amigos, ya no es la misma persona de antes y esta condición ha desencadenado problemas con sus amigos, novio y familiares. Que se siente desanimada y con poco apetito.

8. PRUEBAS APLICADAS Y RESULTADOS

Se aplicó el test depresión de Beck con una puntuación de: 20 (depresión moderada)

9. IMPRESIÓN DIAGNOSTICA

paciente con un cuadro depresión moderada (exógena)

1. La pérdida del curso de octavo le causa problema en habilidades sociales por todo lo que le dice su mamá.(resolución de conflictos) desarrollando en la paciente un cuadro clínico de tipo depresión moderada, con unos síntomas que se agudiza en la etapa de la adolescencia tornándose en esta etapa distraída, triste, con poca energía, irritable, déficit en las relaciones Interpersonales

3. Sintomatología alimentación escasa y pérdida de peso, debido a sus síntomas depresivos(la paciente no siente ganas de comer)

4.Ideas irracional "que es una inútil", y que no es "una buena compañía para nadie" y "que no sirve para Nada" en relación a los esquemas de SOBREGENERALIZACION, ABSTRACCIÓN SELECTIVA
DIAGNOSTICO DSM IV-R:

EJEI: Depresión moderada (exógeno) predisposición personal.

EJEII: NO TIENE

EJEIII: colón irritado, asma, rinitis alérgica migraña

EJE IV: escasa red de apoyo familia conflictiva
EJE V: EVALUACION 90%
10. PLAN DE INTERVENCIÓN
1) Reducir o eliminar signos y síntomas de la depresión moderada por medio de la técnica de Reestructuración Cognitiva y la técnica de Tareas graduales para la casa con la técnica de auto registro, y la técnica de dominio y agrado, para modificar la percepción que tiene de si mismo y de los demás.
2) Restablecer el funcionamiento activo en la paciente con la técnica programación de tareas graduales para forjar sentimientos de placer, diversión y alegría.
3) Cambiar los pensamientos disfuncionales por otros más funcionales con la técnica del Dialogo Socrático; reforzando con las técnicas de la metáfora y la técnica de evidencia de los pensamientos automáticos.
4) Tener una nueva alternativa para solucionar los problemas con la técnica Practica Cognitiva y la técnica de resolución de conflictos para la solución de sus problemas.
11. SEGUIMIENTO TERAPÉUTICO

FECHA	SESION	DESCRIPCION DE LA SESION	TECNICA	RESULTADO
01/09/11	Entrevista psicoterapéutica	Encuadre de la relación, terapéutica, Se indagan por los datos de identidad y motivo de la consulta	Entrevista abierta	Se acede abrir historia clínica según formato UPB. Se abre historia clínica de la paciente, donde se enmarca la problemática psicológica y familiar. Se cita a nueva terapia para iniciar tratamiento psicológico para indagar las ideas irracionales con respecto a las situaciones problemáticas que

				más le afecten.
08-09-11	Objetivos terapéuticos, metas y expectativas,	Objetivos terapéuticos: Se parte del resultado de la inventario de depresión y la relación de este con los esquemas de pensamiento	Triada cognitiva. Auto registros	<p>Definir los objetivos terapéuticos, metas y expectativas del tratamiento.</p> <p>- Hacer el cuadro de auto registros donde informe en que o cual es la situación que le desencadena el pensamiento automático “que soy una inútil”</p> <p>-Motivarla a que se relacione con sus pares o amigos a través de habilidades sociales para que modifique el pensamiento automático “que no es una buena compañía para nadie” por medio de un experimento</p> <p>-Dieta nutritiva para ganar peso debido a que a la depresión no siente ganas de comer. Tareas para la casa Qué situaciones desencadenan los</p>

				esquemas y estos se manifiesta a través de los pensamientos automáticos.
15-09-11	Indagar sobre las situaciones que le causan malestar según pensamiento, emociones, y conductas	Revisar las tareas programadas para la casa con los auto registros	Técnica de detección de ideas irracionales o reestructuración cognitiva	<p>La primer situación problemática es que la madre de la paciente cada vez que puede le reprocha el hecho de haber perdido el octavo año de estudio.</p> <p>Pensamiento. “Que soy una inútil” y “no sirvo para nada”</p> <p>Emociones: decepcionada, desanimada, triste</p> <p>Conducta: Me retire al cuarto a llorar por un lapso de dos horas aproximadamente</p> <p>Su otra situación fue que hace poco tiempo sus amigos la invitaron a una fiesta y la paciente estaba desanimada y no quiso ir y ellos le reprocharon su</p>

				<p>actitud, de aburrida, y de tristeza</p> <p>pensamiento: “Que no soy una buena a compañía para nadie”</p> <p>Emociones:: triste y desanimada</p> <p>Acciones. Paciente decide aislarse para no ser cuestionada por sus amigos situación que agudiza a un más los síntomas depresivos. Debido a su actitud.</p>
22-09-11	Reflexionar sobre las ideas irracionales y síntomas que presenta el paciente	Indagar sobre los síntomas e ideas irracionales que afecta al paciente	<p>técnica de domino y agrado</p> <p>técnica de evidencia de los pensamientos automáticos</p>	<p>¿Cuál es la idea que afecta su estado de ánimo?</p> <p>“Que soy una inútil”</p> <p>¿Cuánto cree en ese pensamiento?</p> <p>¿Creo en un 90%?</p> <p>Tarea: guiar los pensamientos automáticos a cogniciones más flexibles, por ejemplo con preguntas, ¿Qué significa ser un inútil? Qué hacen</p>

				ese tipo de personas inútiles? ¿Qué hace una persona que no se cree una inútil.
29-09-11	Tener en cuenta y reflexionar cuando una idea es irracional y cuando es racional la idea	A través de la técnica poder tener en cuenta cuando un pensamiento es real y como puede ser cuestionado para poderlo cambiarlo por uno más racional En la sesión de hoy retomamos la idea irracional de "inútil" y hacemos una comparación en una persona inútil en comparación con una persona útil utilizando la técnica de la metáfora T: ¿Qué hace una persona inútil? P: Yo soy inútil porque perdí un año de estudio y por qué mi mamá me lo dice muchas veces. T: ahora yo le voy a exponer que hace una persona útil como Martha la paciente estudia modistería, ayuda	Retomar las situaciones con la técnica de metáfora técnica cuestionar los pensamientos automáticos	T: ¿M. A. después de expuesta la metáfora a quien crees que se asemejas más a una persona inútil o a un apersona útil? P: creo que me identifico más con Martha porque yo también tengo debilidades y fortalezas como todas las personas, estudio, y también ayudo con los oficios de la casa.

		con los oficios de la casa, y cumple con su arreglo y aseo personal; es una persona con debilidades y fortalezas como todas las personas.		
07-10-11	Cuestionar los pensamientos automáticos de las ideas irracionales “que es una inútil y que no sirve para nada.	El objetivo de la sesión es evaluar la validez y la utilidad del pensamiento y desarrollar una respuesta más adaptativa T: ¿cuál de todos los pensamientos automáticos deseas que cuestionemos? P: Ser criticada y censurada por mi mamá con respecto a mi idea irracional inútil” T: ¿Qué tanto crees en este pensamiento? (De un porcentaje 0-100%) P: por ahí en un 60% T: como e fue en la reflexión de la sesión anterior con la metáfora de una persona inútil y una útil. P: Con respecto a que soy una inútil, creo me	Con la técnica del dialogo socrático, resolución de conflictos	Después de haber validado la idea irracional con la técnica del dialogo socrático el pensamiento “ que es una inútil” y el pensamiento “que no sirve para nada” lo cambio considerablemente con una evaluación o al 60% bajando la creencia que tenía de las ideas en un 90% Bajo a un 30 % siendo significativo el cambio de la idea irracional y lo efectiva que es la técnica de la metáfora, del dialogo socrático y la resolución de conflictos.

		que fue bien porque ya no creo tanto en esa idea, al contrario pienso que en muchos aspectos soy útil.		
14-10-11	Abordar el síntoma de pérdida de apetito con una dieta rica nutritiva, abordar el síntoma de aislamiento integrándola gradualmente actividades placenteras con el objetivo de cambiar su estado de ánimo negativo por un estado de ánimo más optimista.	Se le sugiere a la paciente pedirle a la nutricionista de la EPS, planear una dieta para que gradualmente la paciente aumente de peso y así mismo, motivar a la paciente a que asista con sus amigos periódicamente a eventos de tipo recreativo, deportivo y lúdico.	Técnicas de programación de actividades , asignación de tareas graduales, técnica de dominio y agrado	Una vez la paciente con el proceso de la dieta gradual ordenado por la nutricionista y la asistencia periódica a eventos deportivos recreativos y lúdicos con sus compañeros manifiesta la paciente y se observa en la paciente un cambio significativo en su estado de ánimo y las relaciones interpersonales son más significativas y placenteras.
28-10-11	Valorar la evolución favorable, experimento de las ideas irracionales y las conductas graduales de la	T: M A cuénteme como le ido con las tareas asignadas y con el seguimiento terapéutico. P: Con respecto	Técnica seguimiento de la terapia retroalimentación	Los resultados en la paciente han sido satisfactorios ya que se observa más optimista y feliz; su aspecto físico mejoró, subió de

	dieta y de las habilidades sociales en las relaciones interpersonales.	al dieta ha sido favorable por que ya empecé a subir de peso y en cuanto las asignación de tareas graduales con mis amigos en el tiempo libre ya ha sido positivo porque me integre al grupo y ahora me divierte y mi estado de animo a mejorado y las relaciones con mis amigos y mi novio cambio significativamente		peso y su estado de ánimo paso de depresivo a optimista mejorando significativamente en las esferas emocional, psicológica y conductual Toma de la prueba del pos-test
--	--	---	--	---

Resumen de los Casos Clínicos

Tabla 5. Resumen de la Intervención Clínica Individual.

PACIENTE	DIAGNOSTICO	OBJETIVO	TECNICA COGNITVO CONDUCTAL	RESPUESTA ANTE TECNICA
LCOR	Depresión Moderada	Determinar los factores generadores de la depresión	Historia clínica	La paciente expresa su problemática, ambiente familiar y antecedentes médicos.
		Socializar a la paciente el diagnostico y el método de tratamiento	Explicación de la triada cognitiva y la importancia de las técnicas conductuales y cognitivas.	La paciente escucha atenta a las indicaciones y explicaciones del terapeuta. Se establece buena empatía.
		Detención de pensamientos automáticos, emoción y acción relacionados con la depresión.	Auto registros	Se realizó el auto registro en casa para determinar que situaciones le causan malestar, cuales son los pensamientos, cuales son las emociones cual es la acción, dando como resultado una triada cognitiva con los síntomas que presenta y

				que están relacionados con la depresión.
		Reconocer las ideas irracionales para realizar su restructuración cognitiva	Auto-detención de las ideas irracionales	Pensamientos automáticos: “que me parezco a una marrana” “que voy hacer rechazada por mis amigos por ser horrible”.
		Deliberar sobre los factores generadores de las ideas irracionales y su incidencia en su estado emocional.	Flecha descendente	Se realiza una intervención basada en preguntas, donde las respuestas llevan a la joven a darse cuenta del origen de las ideas y cómo esta situación específica tuvo un significado para ella de tal manera que generalizo una situación con todo un concepto de si misma, afectando su autoestima y autoimagen. Una vez llegado al origen de la idea se le invita a replantear el concepto, a través de una nueva visión de la situación, para que sobre esto realice la restructuración de las ideas irracionales.
		Promover la retroalimentación de los pensamientos que refuerzan cogniciones apropiadas.	Autoafirmación de enfrentamiento	Se retoma la problemática de su imagen corporal para identificar que tanta incidencia tienen los pensamientos automáticos y con que frecuencia estos se presentan y como afectan su estado de animo. Una vez detectado esta situación se invita a la paciente a crear estrategias para bloquear la irrupción de los pensamientos y se le orienta sobre la técnica de pare de pensamientos.
		Someter las ideas irracionales a juicio para convertirlos en ideas más flexibles y más adaptativos.	La técnica del diálogo socrático	Incrementó la frecuencia de pensamientos positivos, acerca de ella, de su situación actual y del futuro. Confrontando a la paciente sobre sus creencias. Una vez confrontada sobre sus ideas, se observa

				actitudes y deseos de modificación aplicando lo aprendido.
		Orientar a la paciente para que adquiera la habilidad de solucionar sus problemas de manera asertiva.	Técnica de Resolución de conflictos	La paciente manifiesta diferentes estrategias para solucionar sus situaciones y decide cual es la más asertiva de acuerdo a sus prioridades en este momento.
		Hacer seguimiento del tratamiento y evaluar los avances de la paciente.	Revaluación de los objetivos terapéuticos	Se realiza entrevista psicológica y se hace una lista de chequeo con los objetivos terapéuticos planteados y las estrategias de solución, se analizan junto con la paciente los resultados y las nuevas metas o compromisos.
		Cierre de la intervención terapéutica de acuerdo al caso.	Aplicación de pos-test, análisis, socialización y recomendaciones	Se socializa los ítems de mayor relevancia del test de depresión de Beck y se hacen las últimas recomendaciones para que la paciente continúe aplicando lo aprendido en la terapia en la solución de conflictos dentro de su diario vivir. Se le pregunta a la paciente como se sintió, qué cambios observo del proceso terapéutico que recibió y a que atribuye esos cambios.
PACIENTE	DIAGNOSTICO	OBJETIVO	TECNICA COGNITVO CONDUCTAL	RESPUESTA A LA TECNICA
AMGR	Depresión Moderada	Establecer las causas que generan la depresión	Historia clínica	Se abre Historia Clínica de la paciente donde se enmarca la problemática psicológica y familiar.
		Explicar a la paciente el diagnostico y el método de tratamiento cognitivo conductual.	Explicación de la triada cognitiva y la relevancia de la terapia cognitiva.	La paciente entiende el proceso y los objetivos de la terapia. Se establece buena relación terapeuta-paciente.
		Identificación de pensamientos automáticos relacionados con la depresión.	Auto registros	Se realizó el auto registro en casa para determinar que situaciones le causan malestar, cuales son los pensamientos, las emociones y la acción, dando como resultado

				unos pensamientos automáticos. La paciente accede a realizar las indicaciones en casa.
		Abordar las ideas irracionales para hacer una reestructuración cognitiva.	Auto-detención de las ideas irracionales	El pensamiento que pasó por su mente ante la situación de la pérdida del año octavo grado es: "Que soy una inútil" y "no sirvo para nada".
		Indagar sobre los aspectos relacionados con sus pensamientos, que afectan su estado emocional.	Desensibilización sistemática.	Se cuestiona a la paciente, para analizar el origen de sus ideas irracionales y cómo esta situación afecta su estado de ánimo y su autoconcepto. Una vez llegado al origen de la idea se le invita a replantear el concepto que tiene de si misma, para que exprese respuestas adaptativas a sus nuevos pensamientos.
		Cuestionar las ideas irracionales analizando su situación apoyada en la técnica de la metáfora.	Técnica de Dialogo Socrático	Se cuestiona a la paciente sobre el concepto de persona inútil. Posteriormente se utiliza la técnica de la metáfora para diferenciar entre una persona útil e inútil y en que posición se encuentra ella.
		Identificar la situación que le genera malestar e inducir a la paciente a una solución asertiva de su problemática.	Practica cognitiva	Por medio de un ejercicio de imaginación se le pide a la paciente abordar su problemática, a las diferentes propuestas que da la paciente para solucionarlo, el terapeuta oriente hacia la respuesta mas adecuada.
		Hacer un acercamiento gradual de la paciente con sus pares para mejorar sus relaciones interpersonales.	Asignación de tareas graduales	Se plantea a la paciente programar gradualmente actividades con sus amigos y compañeros de clase donde se pueda integrar con sus pares y mejorar su estado de ánimo.
		Seguimiento y control del proceso terapéutico.	Chequeo de los objetivos terapéuticos.	Se indaga con la paciente si el resultado de los objetivos terapéuticos ha sido favorable con

				respecto a su tratamiento terapéutico.
		Se finaliza el seguimiento de la terapia y se hace el cierre de la intervención terapéutica.	Seguimiento, recomendaciones terapéuticas, aplicación del post test y cierre del tratamiento.	Se indaga sobre los avances del tratamiento terapéutico y se dan indicaciones para abordar posibles situaciones conflictivas, se explora cual fue su experiencia dentro del proceso terapéutico y cuales fueron las herramientas y habilidades adquiridas; se accede hacer aplicación del test para analizar la eficacia del tratamiento.
PACIENTE	DIAGNOSTICO	OBJETIVO	TECNICA COGNITVO CONDUCTAL	RESPUESTA A LA TECNICA
MABM	Depresión Moderada	Indagar los síntomas generadores de la depresión.	Historia clínica	Se abre Historia Clínica. La paciente relata su problemática psicológica y familiar
		Exponer a la paciente el diagnostico y las características del tratamiento cognitivo conductual.	Explicación de la triada cognitiva de acuerdo a su diagnostico y las técnicas cognitivas y conductuales.	La paciente entiende la explicación del terapeuta sobre su diagnostico, utilización de técnicas y los objetivos de la intervención psicológica; se establece buena empatía.
		Averiguar sobre los pensamientos automáticos relacionados con la depresión.	Auto registros	La paciente explora cuales pensamientos le están causando malestar, de los cuales detecto: "una familia sin papá es una familia incompleta".
		Examinar los elementos que formar los pensamientos disfuncionales.	Flecha descendente	Analizar con la paciente cuales son las problemáticas que le están generando las ideas irracionales. Se accede al respectivo tratamiento.
		Averiguar sobre la problemática de la paciente y de qué manera afecta su estado de animo para abordar sus pensamientos automáticos y reducir los síntomas de la depresión	Dialogo socrático	En un primer momento se aborda el pensamiento irracional que tiene la paciente "una familia sin papá es una familia incompleta". Posteriormente se cuestiona a la paciente, si una familia sin papá es un familia incompleta, dando un ejemplo de otra familia en su misma situación,

				quienes se consideran una familia funcional a pesar de que no tienen un papá. Al analizar el ejercicio anterior, cambia su creencia distorsionada por una más funcional.
		Comprobar por medio de la técnica de juego de roles cual es la diferencia entre una familia funcional y disfuncional.	Técnica de juego de roles.	La paciente reconoce que una familia puede funcionar así falte alguno de sus miembros; llegando a la conclusión de que su familia sin padre si tiene las posibilidades de ser una familia funcional.
		Crear un plan en el que se establezcan las tareas tanto simples como complejas que se deberán realizar con el fin de enfrentar la situación adversa.	Entrenamiento asertivo	A través del entrenamiento asertivo se orienta a la paciente para que refuerce sus autoafirmaciones y reduzca su inhibición conductual.
		Investigar si la evolución del tratamiento ha sido favorable.	Seguimiento del tratamiento terapéutico	Se pregunta a la paciente por la pertinencia del tratamiento frente a su problemática y estado emocional; aclarando sus dudas con respecto al proceso terapéutico.
		Seguimiento de la terapia y se hace el cierre de la intervención terapéutica.	Control, aplicación del test y cierre de la terapia.	Se corrobora el estado de ánimo favorable de la paciente, se hace el cierre de la sesión y se aplica el Inventario de Depresión de Beck para evaluar la pertinencia del tratamiento psicológico.
PACIENTE	DIAGNOSTICO	OBJETIVO	TÉCNICA COGNITIVO CONDUCTUAL	RESPUESTA A LA TÉCNICA
WNPG	Depresión Moderada	Establecer los factores que causan la depresión.	Historia clínica	Se abre Historia Clínica. Se analiza la historia familiar. La paciente estuvo dispuesta a brindar la información requerida.
		Exponer a la paciente el método de tratamiento cognitivo conductual en su problemática.	Explicación de la triada cognitiva, las técnicas cognitiva y conductual y la importancia de la terapia cognitiva.	La paciente entiende las indicaciones y la explicación del terapeuta; se establece buena empatía.
		Indagar los	Auto registros	La paciente realiza la

		pensamientos automáticos relacionados con la depresión.		tarea asignada con respecto a las situaciones que le causan malestar y los pensamientos que desencadenan su trastorno.
		Lograr que la paciente identifique los pensamientos que le generan malestar	Auto-detección de ideas irracionales	De acuerdo a sus anotaciones en el auto-registro realizado en casa, los pensamientos irracionales son: "Que yo soy la culpable de todos los problemas de la casa". Cualquier situación con la paciente genera conflicto en su hogar.
		Indagar sobre los aspectos relacionados con sus pensamientos, emociones y acción de la triada cognitiva.	Autoafirmaciones de enfrentamiento	Valoración de sí misma como una persona culpable y cuestionada por sus familiares y un futuro inseguro por la incomprensión de sus padres.
		Indagar con la paciente las situaciones que le generan los pensamientos irracionales. Cambiar los pensamientos disfuncionales por otros más funcionales	Dialogo socrático	Se indaga sobre la problemática que afecta a la paciente; la situación que le genera malestar fue, en este caso, la última entrega del boletín perdió ocho materias, y cuestionamos el pensamiento automático: "Que yo soy la culpable de todos los problemas de la casa".
		Modificar la conducta para adaptarse a su medio, siguiendo las normas y manejando una actitud asertiva frente a los demás.	Técnica de entrenamiento asertivo.	Se dan las indicaciones a la paciente para tener una actitud más asertiva en su colegio y en su casa, seguir unas pautas de comportamiento expresando lo que se quiere de manera adecuada, siguiendo las normas y reglas de su colegio y su hogar.
		Investigar sobre la respuesta de la paciente frente a las diferentes técnicas desarrolladas en la terapia.	revaloración de los objetivos terapéuticos	Se Indaga con la paciente sobre el proceso terapéutico y se orienta a concluir las metas propuestas en un inicio de la terapia. Seguir el entrenamiento asertivo de las técnicas aplicadas

				durante el tratamiento.
		Control y cierre del proceso terapéutico	Seguimiento, cierre y aplicación del pos-test.	Al corroborar el avance y la mejoría del estado de ánimo de la paciente se procede a hacer el cierre de la terapia y aplicar el Inventario de Depresión de Beck.
PACIENTE	DIAGNOSTICO	OBJETIVO	TECNICA COGNITVO CONDUCTAL	RESPUESTA A LA TECNICA
NSS	Depresión Moderada	Estipular los factores generadores de la depresión en la paciente	Historia clínica	La paciente expresa su problemática y su dinámica familiar.
		Exponer a la paciente el diagnostico y el método de tratamiento cognitivo conductual.	Explicación de la triada cognitiva, la importancia de la terapia cognitiva y las técnicas cognitiva y conductual.	La paciente entiende la temática y se procede a dar inicio a la terapia cognitiva.
		Exploración de pensamientos automáticos asociados a los síntomas de la depresión. Tarea para realizar en casa.	Auto-registros	Una vez realizado el auto-registró, se determinan cuales son las situaciones que le generan los pensamientos automáticos en la paciente que afectan su estado de ánimo.
		Indagar sobre los pensamientos, frente a la situación que le causa malestar.	Auto detección de las ideas irracionales.	La situación que actualmente desencadena los pensamientos automáticos es frente a la relación con su padre, quien en días anteriores estuvo en la ciudad y no la visito ni la llamo, presentándose en la paciente baja tolerancia a la frustración, irritabilidad y tristeza. El pensamiento fue: "no le importo a mi papá", "él no me quiere".
		Abordar los pensamientos irracionales para modificarlos por pensamientos más funcionales y reducir los síntomas de la depresión.	Dialogo socrático	Se cuestiona a la paciente sobre sus pensamientos, emociones y conductas frente al posible rechazo de su padre. Una vez la paciente aborda su situación problemática, los pensamientos funcionales son

				reemplazados por otros mas funcionales.
		Dar herramientas a la paciente para motivarla a solucionar sus problemas de una manera adecuada.	Técnica de resolución de conflictos	La paciente expresa las diferentes soluciones a su problemática y establece las prioridades a sus problemas según su necesidad.
		Modificar la conducta para adaptarse a su medio, manejando una actitud asertiva frente a los demás.	Técnica de entrenamiento asertivo.	En terapia, la paciente llega a la conclusión que ante una situación adversa no debe adelantarse a sacar juicios de valor, primero debe hablar y aclarar los hechos para no verse afectada.
		Se concluye la terapia y se evalúa la pertinencia del tratamiento, para determinar si aun la paciente presenta síntomas de depresión.	Seguimiento de los objetivos terapéuticos.	Se corrobora el avance de la paciente indagando sobre su estado de ánimo y los cambios que ha tenido frente a sus pensamientos, emociones y acción.
		Se hace un seguimiento con la paciente sobre la forma en que implemento las técnicas terapéuticas y el resultado que obtuvo en el proceso.	Seguimiento, cierre de la terapia y aplicación de la prueba pos-test	Una vez concluido el tratamiento se dan las últimas indicaciones a la paciente para que continúe aplicando las técnicas aprendidas, en diferentes situaciones de su vida diaria. Se hace el respectivo cierre de la terapia y se aplica el Inventario de Depresión de Beck.
PACIENTE	DIAGNOSTICO	OBJETIVO	TECNICA COGNITIVO CONDUCTAL	RESPUESTA A LA TECNICA
PLV	Depresión Moderada	Estipular las características que producen la depresión.	Historia clínica	Se inicia historia clínica con la paciente donde se indaga su problemática actual, dinámica familiar y antecedentes de su desarrollo.
		Explicar a la paciente el diagnostico y el método de tratamiento cognitivo conductual.	Definición de la triada cognitiva, las técnicas cognitiva y conductual y la importancia de la terapia cognitiva.	La paciente escucha atenta, se aclaran dudas sobre la importancia de la terapia el procedimiento a seguir. Se establece buena relación terapéutica.
		Búsqueda de pensamientos automáticos relacionados con la	Auto- registros	Se realizó el auto registro en casa por parte de la paciente para determinar cuales son las

		depresión.		situaciones problemáticas para identificar los pensamientos automáticos.
		Reflexionar sobre las ideas irracionales que afectan el estado emocional de la paciente.	Técnica de Auto detección de ideas irracionales	La situación que le causa significativo malestar en este caso es que por su constitución física se ve afectada su autoimagen desencadenando unos pensamientos automáticos: "Que estoy horrible", "parezco una calavera".
		Abordar los pensamientos automáticos de la paciente para realizar una reestructuración cognitiva.	Técnica de estrategia de cambio cognoscitivo	Se cuestiona a la paciente sobre sus pensamientos automáticos reflexionando acerca de ellos y dándole una respuesta más funcional.
		Tener una nueva alternativa para solucionar sus problemas.	Resolución de conflictos	Una vez entrenada a la paciente en habilidades para enfrentar sus problemáticas, busca la solución más asertiva para un mejor abordaje de sus situaciones conflictivas.
		Permitir que la paciente incremente aquellas actividades que le promueven forjar sentimientos de placer, diversión o alegría.	Técnica de dominio y agrado.	Plantear a la paciente que realice actividades productivas (actividades deportivas, lúdicas, recreativas) con sus compañeros y amigos que además le permitan integrarse y aprovechar el tiempo libre.
		Verificar el proceso de la paciente frente a los objetivos terapéuticos.	Evaluación del proceso terapéutico y seguimiento de la terapia.	Se indaga sobre el avance que ha tenido la paciente en la terapia, cuales han sido sus alcances y limitaciones con respecto a la terapia y se orienta en las dudas con respecto al tratamiento.
		Control, cierre de la terapia y recomendaciones a seguir después del tratamiento.	Seguimiento. Cierre y toma del pos-test del IDB	La paciente refiere que con respecto a la terapia se siente más motivada y su autoimagen a mejorado significativamente. Se hace el cierre de la terapia y se aplica el IDB.
PACIENTE	DIAGNOSTICO	OBJETIVO	TECNICA COGNITVO	RESPUESTA A LA TECNICA

			CONDUCTAL	
KJPL	Depresión Moderada	Identificar cuales son los factores generadores de la depresión.	Historia clínica	Se abre historia clínica de la paciente, se indaga sobre su problemática, historia familiar, antecedentes médicos y de su desarrollo psicosocial.
		explicar a la paciente el diagnostico y el método de tratamiento	Socialización de la triada cognitiva y la pertinencia de las técnicas conductuales y cognitivas.	La paciente interactúa con el terapeuta de manera activa, entiende las explicaciones y se establece buena empatía.
		Detención de pensamientos automáticos relacionados con la depresión.	Auto registros	Una vez realizada el autorregistro en casa la paciente pudo plasmar las situaciones que le causan malestar, identificar las ideas irracionales que le afectan.
		Reflexionar sobre las ideas irracionales para realizar una reestructuración cognitiva.	Auto-detección de ideas irracionales	La situación que le causa significativo malestar en este caso es por una cicatriz en su abdomen y piernas que lleva a pensar: "que soy fea y no tengo la oportunidad de ser querida".
		El objetivo de la técnica es evaluar la validez y la utilidad del pensamiento y desarrollar una respuesta más adaptativa.	Dialogo socrático	A partir de las ideas irracionales: "soy fea" "No tengo la oportunidad de ser querida" "me siento desilusionada de misma"; La paciente al ser consiente de la poca validez de sus pensamientos concluye que su miedo al rechazo la ha llevado a aislarse y perder la oportunidad de tener amigos y amigas.se cuestiona a la paciente con respecto a sus creencias para modificarlas por creencias más adaptativas.
		Incrementar aquellas actividades que le promueven forjar sentimientos de placer, diversión o alegría que le proporcionen satisfacción, a su	Técnica de dominio y agrado	Se le propone a la paciente interactuar con sus compañeros de clase en diferentes actividades que le generen placer y diversión como: celebración de cumpleaños, juegos deportivos inter-clases,

		vez que le permiten integrarse con sus pares.		salir de compras con las amigas, entre otras, de manera que pueda darse la oportunidad de tener amigos y que mejore su relaciones interpersonales.
		Verificar si hubo un avance en la terapia y tener en cuenta que aspectos faltan por explorar.	Seguimiento y control del proceso terapéutico.	Se realiza una exploración de los objetivos terapéuticos planteados en un inicio de la terapia, y se oriento a la paciente a seguir el proceso terapéutico.
		Evaluación y cierre a la terapia.	Seguimiento, cierre y aplicación del pos-test	Se hace el cierre de la terapia dando las últimas recomendaciones para que la paciente continúe realizando los ejercicios de las diferentes técnicas trabajadas en la terapia. Se aplica el IDB.
PACIENTE	DIAGNOSTICO	OBJETIVO	TECNICA COGNITVO CONDUCTAL	RESPUESTA A LA TECNICA
SAM	Depresión Moderada	Establecer los factores que conforman la depresión.	Historia clínica	Se abre historia clínica del paciente, quien relata su problemática y dinámica familiar, antecedentes médicos y desarrollo y así corroborar los síntomas de la depresión.
		Aclarar al paciente el diagnostico y el método de tratamiento	Explicación de la triada cognitiva y la importancia de las técnicas conductuales y cognitivas.	El paciente participa de la sesión de manera activa, se aclaran dudas, entiendo las explicaciones y se establece buena empatía.
		Detección de pensamientos automáticos relacionados con la depresión.	Auto registros	Se realizó el auto registro en casa para determinar que situaciones le causan malestar y a partir de allí identificar los pensamientos automáticos.
		Establecer las ideas irracionales y realizar la restructuración cognitiva.	Auto detección de ideas irracionales.	El paciente refiere que sus pensamientos automáticos son: "soy débil en comparación con los demás".
		Deliberar los aspectos que refuerzan el autoconcepto de minusvalía por su problema físico	Dialogo socrático	Se realizan preguntas al joven sobre situaciones específicas que vive en grupo, las cuales lo llevan a la aparición de los pensamientos

		(distrofia muscular), para convertir sus ideas en una forma más funcional.		automáticos auto derrotistas y pesimistas y como estos le generan un sentir de negación sobre una realidad física, que lo llevan a ser poco asertivo en su actuar, afectando su autoimagen porque el resultado no es el esperado. Sobre la base de este dialogo se lleva al paciente a replantear sus habilidades de socialización.
		Incrementar aquellas actividades que le promueven forjar sentimientos de placer, diversión o alegría y que no requiera esfuerzo físico.	Técnica Dominio y agrado	Se invita al paciente a buscar soluciones mas asertivas para relacionarse con el grupo, donde no ponga en riesgo su salud física, a su vez se le explica el origen de su convalecencia y su pronóstico, para que el paciente tenga conciencia de la enfermedad y busque alternativas de autocuidado. Se invita al paciente a identificar otras actividades las cuales no tiene que ser deportivas o si lo son que no requieran esfuerzo físico y que él los pueda practicar.
		Aceptación de la enfermedad física y expresión de su sentir ante los compañeros.	Entrenamiento asertivo	Se enseña al paciente estrategias de afrontamiento cuando sus amigos lo vuelvan a retar, dar respuestas asertivas que no lo comprometan a esforzarse físicamente.
		Evaluar el avance del paciente y el estado de los síntomas depresivos.	Seguimiento y control de la terapia.	El paciente manifiesta que ha mejorado su estado de ánimo, se siente más útil y se esfuerza por cuidar de su salud. Se recomienda al paciente reforzar las técnicas de dominio y agrado, la técnica de entrenamiento asertivo.
		Corroborar los avances en la intervención psicológica y hacer el cierre de la terapia.	Seguimiento, cierre de la terapia y aplicación del pos-test.	Se dan las últimas recomendaciones al paciente para seguir trabajando en el fortalecimiento de los pensamientos funcionales

				y productivos y así evitar que vuelvan a aparecer los síntomas depresivos. Se aplica el IDB.
PACIENTE	DIAGNOSTICO	OBJETIVO	TECNICA COGNITVO CONDUCTAL	RESPUESTA A LA TECNICA
KVGB	Depresión Moderada	Especificar los factores que dan origen a la depresión	Historia clínica	Se inicia historia clínica con la paciente y se aborda la problemática familiar.
		Esclarecer a la paciente el diagnostico y el método de tratamiento	Explicación de la triada cognitiva y la importancia de las técnicas cognitivas y conductuales.	La paciente entiende claramente los objetivos de la terapia y el método del tratamiento. Se establece buena relación paciente-terapeuta.
		Detención de pensamientos automáticos relacionados con la depresión.	Auto registros	Una vez realizado el auto registro en casa se determina que situaciones le causan malestar y que generan los pensamientos automáticos.
		Identificar las ideas irracionales para realizar su restructuración cognitiva.	Auto detección de ideas irracionales	A partir del auto- registro la paciente identifica sus ideas irracionales: "yo soy una persona desafortunada" "no tuve la oportunidad de tener un padre a mi lado".
		Someter las ideas irracionales a juicio para convertirlos en ideas más flexibles y más adaptativos.	Dialogo socrático	Al cuestionar sus pensamientos, se observa el interés en la paciente de cambiar sus ideas disfuncionales por unas mas adaptativas.
		Modificar la conducta para adaptarse a su medio, siguiendo instrucciones de una forma asertiva frente a los demás.	Técnica de entrenamiento asertivo	Se orienta a la paciente para utilizar la técnica de entrenamiento asertivo, con su padre, cuando él la invite a salir no ignorarlo ni tratarlo con evasivas, sino hablar con el siendo sincera honesta y clara, expresándole con serenidad que ella tiene derecho a escuchar la verdad y ha ser escuchada. La paciente comenta en terapia que al utilizar esta técnica con su padre permitió aclarar dudas sobre el porqué sus padres nunca han vivido juntos?, porqué cuando regreso al país

				siguió distante? La conversación con su padre les permitió aclarar sus sentimientos y emociones y se comprometieron a relacionarse más y compartir como padre e hija.
		Contrarrestar la escasa motivación de la paciente, para permitir la planificación del tiempo, con el fin de mantenerla ocupada e impedir que retroceda a un estado de inmovilidad.	Programación de actividades	Se motiva a la paciente para que participe en actividades lúdicas en el colegio y organice actividades con sus amigas para aprovechar el tiempo libre.
		Hacer seguimiento del proceso terapéutico y el cambio en el pensamiento de la paciente.	Evaluación y seguimiento de los objetivos terapéuticos.	La paciente afirma que su estado de ánimo ha mejorado notablemente ya que ha logrado acercarse a su padre, compartir en diferentes momentos y fortalecer su relación.
		Evaluar el estado de ánimo de la paciente para verificar la pertinencia del tratamiento.	Seguimiento, cierre y aplicación del pos-test.	Se concluye la terapia haciendo las últimas recomendaciones a seguir de acuerdo al caso; se hace el cierre de la terapia y se aplica el IDB.
PACIENTE	DIAGNOSTICO	OBJETIVO	TECNICA COGNITVO CONDUCTAL	RESPUESTA A LA TECNICA
MCDR	Depresión Moderada	Definir los factores generadores de la depresión.	Historia clínica	Se abre historia clínica con la paciente, se corroboran los síntomas depresivos con su problemática familiar y sus relaciones psicosociales.
		Exponer a la paciente el diagnostico y el método de tratamiento	Explicación de la triada cognitiva y la importancia de las técnicas conductuales y cognitivas.	Se establece buena empatía durante la entrevista. Se establecen las pautas de la terapia y las técnicas cognitivas y conductuales.
		Detención de pensamientos automáticos relacionados con la depresión.	Auto registros	Se realizó el auto registro en casa para determinar que situaciones le causan malestar y cuales son los pensamientos automáticos.

		Reconocer las ideas irracionales para realizar la reestructuración cognitiva	Auto detención de ideas irracionales	Al analizar el auto-registro la paciente identifica los pensamientos automáticos sobre: "todos son unos mentirosos", "no confió en nadie" y "no vale la pena tener una amistad para después sufrir".
		Someter las ideas irracionales a juicio para convertirlos en ideas más flexibles y más adaptativos.	Técnica de estrategias de cambio cognoscitivo.	Se cuestiona a la paciente sobre sus pensamientos irracionales frente a la relación con sus padres y sus amigos. La paciente ha decidido no confiar en sus padres y no tener amigos para evitar ser lastimada. Se sondea con la paciente las diferentes alternativas de su conducta y sus pensamientos, donde siente que no puede estar siempre sola y que en algún momento deberá confiar en alguien.
		Formular actividades planeadas para contrarrestar la escasa motivación de la paciente, esto permite que la planificación del tiempo, la mantengan ocupada e impidan que retroceda a un estado de inmovilidad.	Programación de actividades	Se orienta a la paciente para que se integre con sus otros compañeros y compañeras de clase, programando actividades de común agrado y así conocer otras personas con las cuales pueda entablar una amistad sincera y honesta. A su vez que le permitirá mantenerse ocupada y aprovechar el tiempo libre.
		Hacer seguimiento del proceso terapéutico y verificar el cambio en el pensamiento de la paciente hacia pensamientos más funcionales.	Seguimiento de la terapia.	La paciente expresa que la relación con sus padres ha mejorado, con respecto a sus relaciones interpersonales, se ha acercado a otros compañeros y ha hecho nuevas amistades.
		Hacer el cierre de la terapia según el caso y evaluar el estado de ánimo de la paciente para verificar la	Seguimiento, cierre y aplicación del pos-test.	La paciente ha podido cambiar sus pensamientos irracionales por otros más funcionales al darse cuenta que no todas las personas son

		pertinencia del tratamiento.		iguales y que se puede confiar en los demás; estos métodos de afrontamientos le han ayudado a mejorar su estado de animo, a relacionarse mejor con su familia y amigos; se hace el cierre a la terapia y se aplica el IDB.
--	--	------------------------------	--	--

Terapia grupal

La terapia grupal se manejó con los adolescentes con depresión moderada, se reforzaron aspectos relacionados con la comunicación, la resolución de conflictos, habilidades sociales, entre otros, para trabajar estilos de vida saludables que permitan reforzar las habilidades y conductas manejadas en terapia individual. Los talleres son lúdicos con el fin de mantener el interés del grupo de intervención, considerando que son adolescentes en etapa escolar. En total se trabajaron 4 sesiones grupales para el grupo de depresión moderada.

La programación de las temáticas a trabajar estuvieron sustentadas en lo observado en los test de depresión de Beck, tomando los porcentajes entre el 60% y el 80% de los ítems de mayor impacto, los cuales fueron; Estado de ánimo (60%), sentimiento de fracaso (80%), insatisfacción (80%), sentimientos de culpa (60%), odio hacia si mismo (80%), autoacusación e (70%), indecisión (60%), a sus vez se tomo la información suministrada por los jóvenes en entrevista, donde se deja ver que estas situaciones se presenta ante eventos específicos, en los cuales ellos saben como manejar, por tal razón las temas de los talleres estuvieron encaminadas al mejoramiento de su estado de animo, a través de la solución de problemas,

expresión de sentimientos, temáticas que van a repercutir en el concepto del si mismo, y toma de decisiones.

Terapia de Grupo Adolescentes con Depresión Moderada

En la primera sesión de grupo se trabajó con dos talleres lúdicos. Los talleres 1 y 2 estuvieron orientados a reforzar habilidades sociales desde la comunicación.

Sesión No. 1: Habilidades Sociales: comunicación

Tabla 6. Taller No. 1

Objetivo general:	Determinar la importancia de la existencia de unas técnicas básicas de comunicación, las cuales facilitan dar a conocer un mensaje, recibir una información dentro de un contexto personal, y cultural para poder llegar a un toma de decisiones.
Metodología:	Escucha / participativa
Participantes:	Diez adolescentes con diagnostico de depresión moderada.
Tiempo:	2 Horas
Desarrollo:	<p>Se divide el grupo en dos al azar, conformado cada grupo por cinco adolescentes, el primer grupo lo llamaremos (A), y el segundo (B).El grupo (A) y el grupo (B), se hacen en una fila una frente del otro. Una vez este en parejas (mirándose uno al otro), la psicóloga le da la indicación que por favor le hable a su compañero de al frente pidiéndole algún favor (ambos a la vez), hasta que se dé la orden de parar.</p> <p>Pasados 15 minutos se la orden de parar la actividad y se pasa a socializar, a través de preguntas sencillas como; entendió la información que manifestó su compañero, sintió que fue escuchado, si la información que le suministra, podría tener una respuesta asertiva?</p> <p>Expuestas por los estudiantes las conclusiones, se les explica a los jóvenes, la importancia de poseer unas habilidades básicas que permitan escuchar y ser escuchados y determinar como estas habilidades ejercen una influencia positiva o negativa en el sentir, y con la experiencia de ese sentir es que nuevamente se actúa.</p> <p>Para terminar se les habla nuevamente de la importancia de la triada</p>

	cognitiva.
Alcances o resultados final:	<p>Se logro el objetivo final de la importancia de saber que hay unos elementos básicos de comunicación que facilitan la toma de decisiones y que esta respuesta afecta nuestras creencias.</p> <p>A su vez algunos jóvenes argumentaron ideas irracionales que pueden estar afectando la toma de decisiones y el concepto de si mismo entre otros. Estas fueron algunas de las ideas:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Si yo hablo primero a mi me escuchan. • No tiene importancia lo que yo diga, el otro siempre tiene la razón. • Lo que yo digo no es importante. • No entiendo tanto problema por eso tan sencillo. • Lo que el habla es más importante que lo mío. • Yo no tengo que hablar, porque si yo hablo él puede pensar... <p>Una vez detectados estas ideas irracionales, se les hace ver cómo afecta el estado de ánimo y por ende la actitud de escucha o de dialogo, afectando el concepto de sí mismo.</p> <p>Seguidamente se les habla de la importancia de modificar esas ideas irracionales, y se les explica la técnica de pare de pensamiento, ya que es una manera de lograr objetivos en la expresión de su pensar, actuar y sentir.</p>
Conclusiones:	<p>La necesidad de comunicar del todo ser humano está relacionada con lograr poder hacerse entender desde cualquier nivel de su existencia, en algunos jóvenes esta capacidad esta troncada ya que se posee unas estructuras mentales, las cuales están sustentadas en esquemas de dominio que proyectan pensamientos automáticos de ideas irracionales, que solo existen en el emisor de la información y las respuestas a esos mensajes que estos jóvenes emiten se relacionan con vivencias o verdades reales o irreales que esperan comprobar, cuando esto no se da o las respuestas no satisfacen sus necesidades, afloran sentimientos que afectan su auto concepto.</p> <p>Es importante hablar del concepto de comunicación y saber que es ambas partes son fundamentales, tanto el emite el concepto, como el que reciben la información, porque se está dando una respuesta a una conducta observable y no a la persona.</p>

Sesión No. 2: Habilidades Sociales: comunicación

Tabla 7. Taller No. 2:

Objetivo General:	Evaluar su estado de ánimo a través de posturas actitudinales, ante la expresión o escucha de un mensaje, para poder determinar hasta donde estas conductas refuerzan la conducta del otro, para no querer comunicar.
Metodología:	Participativa/ reflexiva
Participantes:	Evaluar su estado de ánimo a través de posturas actitudinales, ante la expresión o escucha de un mensaje, para poder determinar hasta donde estas conductas refuerzan la conducta del otro, para no querer comunicar.
Tiempo:	2 horas
Desarrollo:	<p>Entra la psicóloga al salón y le pide al grupo guardar silencio, luego toma al azar dos jóvenes y va formando parejas, sin emitir ninguna clase de información, una vez están formadas las parejas ,les da un documento donde están las siguientes indicaciones:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Deben presentarse a su compañero con señales, gestos, etc.; en la presentación deben manifestar como se llama, que le gusta hacer y que le desagrada, para lograr esto cada miembro de la pareja tiene un tiempo de 10 minutos (el objetivo del tiempo es que la persona que está dando el mensaje se tense al tener que trabajar bajo presión). 2. Una vez se hayan presentado cada uno, se comenta entre si , lo que pudo entender y verifican si lo que se entendió fue lo que la persona quiso decir , en otras palabras si la comunicación logro el objetivo. 3. En este momento se hace una plenaria con todo el grupo, donde a traes de lluvia de ideas expresan como se sintieron emitiendo y recibiendo información a través de los gestos.
Alcances o resultado final	<p>Los jóvenes entendieron la importancia de la sincronización entre el pensar, sentir y actuar (triada cognitiva), debido a que facilita la comunicación y por ende la receptividad hacia los mensajes, llevando a la restructuración de pensamientos, que estaban sustentados en supuestos como “yo pienso” , “yo creo” , “se supone”.</p> <p>Esta restructuración facilita trabajar el esquema de dominio de la orientación hacia el otro, el cual basa sus creencias en que las creencias de los demás o expresiones son más importantes que las suyas, a su vez replantea, los sentimientos de auto sacrificio, esquema encontrado en la prueba de test de depresión de Beck.</p>
Conclusiones:	<p>Se observan contradicciones por parte de los jóvenes en cuanto al sentir, y el actuar por el temor al rechazo, además poseen pocas estrategias para enfrentar el éxito o el fracaso. Esta situación hace que sus actitudes sean poco asertivas, y tienda a culpabilizarse, a considerarse fracasados, y poseer un concepto muy pobre de sí mismo. Dando como resultados dominios esquemáticos de autonomía y desempeño, desconexión y rechazo, activados.</p>

Sesión No. 3: Expresión de Sentimientos

Tabla 8. Taller No.3

Objetivo General:	Articular en la comunicación la emocionalidad como eje determinante en el estado de ánimo y por ende en el concepto de sí mismo, con el pensar y el actuar, para llegar a entender la importancia de las estructuras mentales en la depresión.
Metodología:	Estudio de caso.
Participantes:	Diez adolescentes con diagnóstico de depresión moderada.
Tiempo:	2 horas
Desarrollo:	<p>Se divide el grupo en dos al azar, conformado cada grupo por cinco adolescentes, el primer grupo lo llamaremos (A), y el segundo (B). El grupo (A) y el grupo (B), se les da a cada grupo un escrito, donde se habla de una situación vivida por un joven, esta historia está cargada de muchas situaciones tristes asociadas con pérdidas materiales y emocionales.</p> <p>Una vez leído, los jóvenes hablan entre ellos del sentimiento que le produjo la situación leída, y ellos que piensan del joven, ya que en la historia el joven no resuelve ninguna situación sino por el contrario toma una actitud de víctima. Realizado el ejercicio el grupo se divide en parejas seleccionadas por ellos mismo.</p> <p>El siguiente paso consiste en que le cuenten a la persona que seleccionaron una situación dolorosa o importante para ellos, y expresen como se sintieron y que alternativas tomaron con respecto a lo que estaban sintiendo.</p> <p>Una vez expuesta la situación se hace una retroalimentación de cómo se sintieron y que pensamientos estuvieron acompañados de lo expuesto.</p>
Alcance o resultado final:	<p>Los jóvenes comentaron las ideas irracionales que tenían con respecto a expresar sus sentimientos “se burlan de mí”, “soy una idiota”, “van a creer que soy uno (a) llorona”, “a mí no me interesa que me vean triste porque se burla de mí”, entre otras.</p> <p>A la vez vieron la importancia de diferenciar la emociones implícitas y explícitas y los resultados de cada una.</p>
Conclusiones:	De acuerdo a las temáticas trabajadas, en los talleres anteriores, se logró establecer que los jóvenes están logrando una concordancia entre lo que piensan, sienten y actúa, actuar que ellos están viéndolo como una medida de poder expresar un sentir y si este se hace de manera adecuado el resultado, facilita un aprendizaje receptivo, el cual pueden empezar aplicar creando nuevas estrategias en la solución de problemas.

Sesión No. 4 Solución de Conflictos

Tabla 9. Taller No. 4

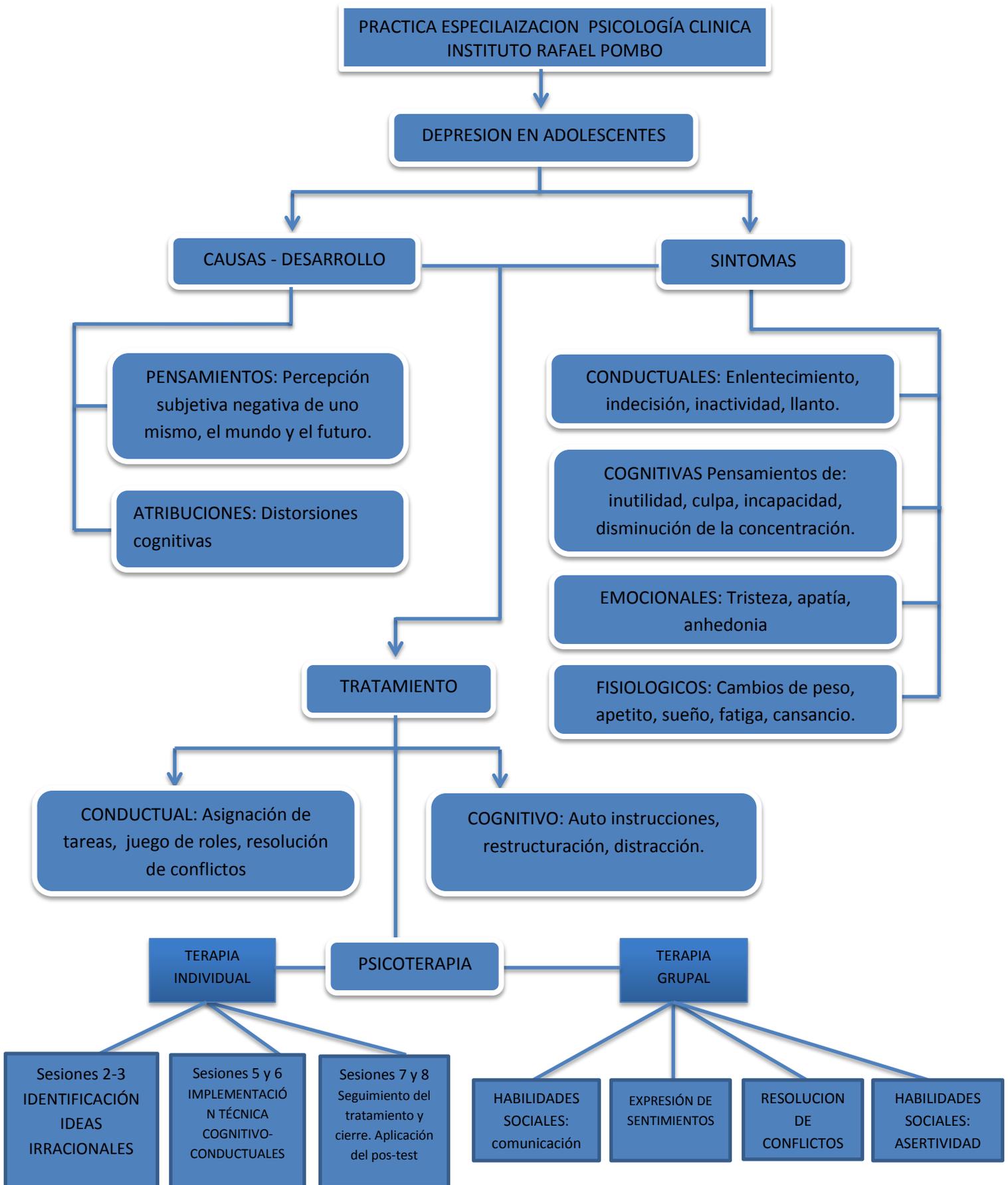
Objetivo General:	Determinar la importancia de la solución de problemas, como elementos facilitadores en la convivencia, crecimiento personal y autoestima.
Metodología:	Cine Foro
Participantes:	Diez adolescentes con diagnóstico de depresión moderada.
Tiempo:	4 Horas.
Desarrollo:	<p>Se presenta la película “una respuesta al destino”, la cual consiste, en una pareja de adolescentes que tiene una relación afectiva, son novios, y quedan embarazados, tienen que enfrentar una serie de problemas, los cuales parten desde el mismo momento de tomar la decisión de aceptar el nuevo estado, informar a los padres de la decisión que han tomado, asumir la responsabilidad del nacimiento y aceptar la modificación de sus estilos de vida. Esta situación los lleva a tomar decisiones difíciles, aceptar una mezcla de sentimientos y emociones.</p> <p>Una vez vista la película, se les invita a que den una breve síntesis de lo visto y se les preguntan cuál fue el mensaje principal de acuerdo al objetivo planteado inicialmente.</p> <p>Una vez los jóvenes expresan las dificultades que tuvieron que solucionar los protagonistas de la película y la importancia de tomar decisiones, hacen un paralelo con sus vidas, donde tienen que resolver sus propios problemas, en el proceso de la solución de problemas algunas veces pueden ser asertivas, poco asertivas, hay que tener en cuenta a los otros, además se pueden presentar otros problemas y esta situación puede aumentar miedos, por no saber cuáles serán las consecuencias.</p> <p>Además expresaron que les da miedo que al manifestar estos temores, sean rechazados, ya que cuando les dicen que no en algo, ellos piensan que los están contradiciendo.</p> <p>Una vez terminada esta socialización, la psicóloga toma la palabra, y les explica la importancia de la toma de decisiones y que casi siempre esta medida afecta algunas veces, porque no siempre las personas están de acuerdo con los otros, pero se puede llegar a acuerdos, así las personas piensen diferente.</p>
Alcances o resultado final:	Se observa que los jóvenes aprendieron un nuevo concepto de lo que es un problema y las posibilidades que abre en la vida, la solución de este.
Conclusiones:	<p>Una vez establecida la importancia de los esquemas en las conductas, se abre la posibilidad de hablar del término estratégico “solución de problemas”, factor determinante en los jóvenes, que tienen una visión de túnel y evolutivamente hasta ahora están pensando en el otro en la solución de cualquier situación.</p> <p>Este taller facilitó ampliar el espectro de posibilidades y por ende más resultados positivos sobre sí mismo, ya que les permite creer más en ellos.</p>

Sesión No. 5 Habilidades Sociales: Asertividad

Tabla 10. Taller No. 5

Objetivo General:	Determinar cuando la solución de un problema fue mas una respuesta asertiva, agresiva o sumisión, y como esta afecta las futuras conductas para solucionar nuevas dificultades.
Metodología:	Dinámica / socio drama
Participantes:	Diez adolescentes con diagnostico de depresión moderada.
Tiempo:	2 Horas
Desarrollo:	<p>Se organizan los participantes en tres grupos de 3 participantes, cada grupo nombra un líder, un secretario y un expositor. Los líderes se encargan de coordinar la actividad dentro de grupo, el secretario tomará nota de las respuestas de sus compañeros y el expositor será quien pase al frente para dar a conocer las respuestas.</p> <p>En seguida la psicóloga les da las siguientes indicaciones. Cada grupo debe leer y discutir un tema específico, de acuerdo a las situaciones cotidianas del diario vivir.</p> <p>La primera situación tiene que ver con las malas calificaciones y la posibilidad de la pérdida del año académico.</p> <p>La segunda situación tiene que ver con una pérdida afectiva, terminación de un noviazgo.</p> <p>La tercera situación tiene que ver con ser mayor de edad y en la reunión familiar, hay licor y dinero para comprar más licor y compartir con los amigos, y el joven no desea esto y no sabe como decirles a sus familiares que no está de acuerdo con esta clase de reuniones y menos con el consumo de licor.</p> <p>El tercer pasó, consiste en dar las posibles soluciones a lo planteado, luego cada grupo sale y hace un socio drama y las posibles soluciones que ellos dieron, además invitan al resto de amigos a que den una posibilidad más de soluciones.</p> <p>Iniciado el debate se mira en donde están las estrategias de solución (asertivas, agresivas o sumisión), determinado estas respuestas se analiza cual fue la más positiva y porque.</p>
Alcances o resultado final:	<p>Los jóvenes aprenden que esta nueva manera de solucionar problemas o de generar más dificultades, se aprende el concepto de respuesta – consecuencia.</p> <p>Se da por terminado el taller con el concepto claro que los seres humanos utilizamos diferentes estrategias en la solución de problemas y que cada vez se aprende a solucionar de acuerdo a lo que se desea conseguir.</p>
Conclusiones:	<p>Todo el aprendizaje de los talleres facilito tener una visión más amplia de su depresión y cuál puede ser el factor de origen, este aprendizaje les permitirá crear nuevas herramientas para la solución de este y a su vez reestructurar el concepto que origino la depresión.</p>

ESQUEMA DEL PROTOCOLO DE INTERVENCON GRUPAL E INDIVIDUAL



DISCUSION

Las investigaciones realizadas a través de los años, han demostrado la alta prevalencia del trastorno de depresión en toda la población, en especial en los adolescentes, razón por la cual esta problemática se ha convertido en una de las prioridades más importantes, principalmente para los profesionales de la salud. Según la OMS (2010) “En el periodo de un año, aproximadamente el 20% de los adolescentes sufren un problema de salud mental, como depresión o ansiedad”.

Bajo esta perspectiva, han surgido diversas propuestas de tratamiento que incluyen el uso de fármacos, teniendo en cuenta lo postulado por Sechel, L. (2007-2011) a la hora de intervenir un cuadro depresivo se debe evaluar al paciente con profundidad y en algunos casos, si es necesario, el psiquiatra receta un antidepresivo con el propósito de mejorar el estado general del paciente. De igual forma la intervención psicológica, es la técnica con la cual los pacientes se sienten mas cómodos, en especial las técnicas del enfoque cognitivo-conductual, las cuales pretende favorecer el pronóstico del trastorno de depresión.

A partir de esta información, la presente investigación tomó como pilar de intervención dicha técnica, la cual permitió observar durante el proceso terapéutico una disminución de la mayoría de los síntomas presentados por los adolescentes, como el pesimismo, los sentimientos de culpa, la insatisfacción, los sentimientos de castigo, la autoacusación, el odio así mismo, periodos de llanto, irritabilidad, aislamiento social, indecisión, trastornos del sueño, cansancio, perdida del apetito, entre otros. Como lo señala Calderón (1998), La depresión es un conjunto de ideas,

conductas y manifestaciones afectivas caracterizadas por la disminución de la autoestima, la aparición de variados síntomas físicos y en general, de un sufrimiento mental”.

En el cuadro depresivo, se destacan los trastornos de tipo afectivo, intelectual, conductual y somático” (Calderón, 1997) citado por Balcázar, P. y et al (2005b).

Es así, que al aplicar el tratamiento cognitivo-conductual, propuesto por Beck (1979), se logra compaginar al paciente en el logro de la reformulación de los pensamientos irracionales existentes y con ello modificar sus esquemas mentales para verse reflejado en su conducta; permitiendo disminuir gradualmente los síntomas en el comportamiento de los adolescentes; evitando consecuencias en la dimensión social, emocional, cognitivo y conductual de los pacientes.

Así mismo, cabe señalar que las puntuaciones del pos test demuestran que el total correspondiente a cada ítem del Inventario de depresión de Beck, no indica la presencia del trastorno. Sin embargo, es necesario reafirmar que lo observado en los resultados de las pruebas y las manifestaciones propias de la depresión de los jóvenes, disminuyeron en una proporción de un 90% en comparación con los resultados de la prueba pre-test, datos que confirman los aportes de Cano, J y Ruiz, J (1997-2010b.) quienes manifiestan que la técnica cognitivo-conductual, tiene como propósito brindar un medio de nuevas experiencias correctoras que modifiquen las distorsiones cognitivas y supuestos personales. La técnica de Beck busca facilitar la exploración y detección de los pensamientos automáticos y supuestos personales; y a su vez se une con la técnica conductual la cual tiene como fundamento científico

proporcionar experiencias reales para comprobar las suposiciones cognitivas y crear nuevas habilidades. (Cano, J. y Ruiz, J, 1997-2010b).

De ahí que, este tipo de intervención psicológica se convierte en la mejor alternativa para los adolescentes diagnosticados con depresión, ya que los resultado de la técnica, les permite a los joven adaptarlos a su etapa evolutiva de pensamientos operacional, donde la importancia de reflexionar y comprobar los resultados, facilita el aprendizaje y disponer de habilidades o estrategias donde puedan acceder a un análisis mas efectivo de su realidad.

A su vez el proceso terapéutico facilitó otros beneficios en las relaciones interpersonales, (docente-estudiante, padre-estudiante y pares-estudiante), en el rendimiento escolar (alcance de logros académicos), a nivel cognitivo (concentración en el ejercicio de tareas, motivación en tareas escolares y lúdicas, análisis, solución de problemas y planeación en las actividades), a nivel emocional (control de la irritabilidad, disminución de la agresividad y de rasgos depresivos); cambios que fueron notables en el contexto de la casa y el colegio, manifestado por los pacientes.

No obstante, se hace necesario señalar nuevamente que el presente trabajo se realizó en un colegio oficial, donde la situación de carácter psicosocial se ve reflejado en factores como disfuncionalidad familiar, influencia de consumo de drogas y alcohol, no satisfacción total de necesidades básicas, maltrato intrafamiliar, abandono por alguno de los padres, entre otros; información que fue dada por el departamento de trabajo social del instituto y que fue confirmada en las historias de vida de los pacientes.

Se obtuvo cambios a partir de las *técnicas de la solución de problemas*, o la *técnica de dominio y agrado*, ya que los adolescentes aprendieron a buscar alternativas viables ante eventos de su vida diaria; situación que es congruente con los aportes de Kazdin (2000), quien afirma que esta técnica enseña a que los adolescentes se deben confrontar con situaciones interpersonales en las cuales la conducta tiende a ser problemática y a que identifiquen y lleven a cabo soluciones a sus problemas sociales de manera adecuada.

Es por esta razón, que la oportuna intervención constituye un elemento primordial para lograr un pronóstico positivo, en los adolescentes que presenten este diagnóstico y así se evitará en gran medida, consecuencias en etapas posteriores, ya que es bien sabido que la presencia de la depresión en las primeras etapas de vida, influye en el desarrollo, para la presencia de trastornos de estado de ánimo en la adultez.

Para finalizar, es relevante concluir que los resultados expuestos en este estudio no permiten realizar generalizaciones en toda la población que padece este trastorno, ya que este programa fue aplicado solo a una muestra específica que cumplían ciertos criterios; motivo por el cual, los cambios significativos que aquí se evidenciaron solo corresponden a un análisis particular de los 10 casos de Depresión.

CONCLUSIONES

Según los resultados del trabajo de grado, en cuanto a la investigación, diagnóstico y tratamiento de la depresión moderada en los adolescentes se ha llegado a la conclusión que la depresión ha sido llamada la enfermedad del siglo y en algunos años se estima que va hacer la mayor enfermedad de la salud mental (según Estadísticas la OMS).

La depresión es uno de los problemas de salud mental que debe tratarse a tiempo para que no llegue a consecuencias lamentables en la etapa de la adultez, y si existen técnicas científicas que arrojan resultados positivos como la terapia cognitiva de depresión Beck, ya que su eficacia y veracidad en el tratamiento nos permite desde ahora en pensar en posibles programas de prevención universal, porque se sabe que las bases de estas están en esas ideas que se tienen de alguna situación específica.

Otra de las características positivas de esta terapia esta en que permite contribuir a la formación adecuada de la personalidad del ser. Pues dentro del proceso terapéutico se le enseña al paciente a buscar nuevas alternativas en la solución de sus problemas, facilitando la presentación de futuros estados depresivos.

Así, de acuerdo con todo lo realizado en la práctica, se puede concluir que se cumple con los objetivos propuestos por la monografía, de acuerdo a los resultados obtenidos, a partir de la intervención individual y reforzando con la intervención grupal.

RECOMENDACIONES

Mediante la realización del trabajo de practica en el Instituto Rafael Pombo se pudo observar, que como primera experiencia de práctica en relación a la Depresión, se hace importante seguir con investigaciones posteriores que permitan abordar la problemática, ya que de los treinta pacientes que se les aplicó el pre-test 19 pacientes dieron como resultado depresión leve y depresión moderada, y los once restantes el resultado fue de no depresión, nos podemos dar cuenta que de la muestra un setenta por ciento de la población tiene algún tipo de depresión.

Siendo alarmante las cifras del pre-test, es conveniente en este momento hacer una invitación formal, para que las universidades a través del programa de psicología, hagan presencia en estas instituciones para seguir siendo abordadas en este tipo de fenómenos y así mismo brindarle la oportunidad a la población de tener una intervención oportuna, a través de los futuros profesionales competentes.

Por ultimo se recomienda utilizar la terapia cognitiva de Beck, al brindar diferentes herramientas de intervención y ser pertinente y efectivo en el tratamiento del trastorno depresivo en la etapa de la adolescencia.

ANÁLISIS DE LA EXPERIENCIA

Hace dos años, llena de motivaciones e ilusiones decidí ampliar mis estudios a través de un título de posgrado en psicología clínica.

Una vez iniciado el trabajo de prácticas en el Instituto Rafael Pombo, con la temática de depresión en adolescentes, llena de expectativas doy inicio a mi experiencia de trabajo de grado en el cual la pericia fue gratificante, allí conté con el apoyo de la institución y con la sabia orientación de la Doctora Amparo Duran Mosquera, siendo así, que en la practicas, tuve la oportunidad de plasmar los conocimientos adquiridos en el transcurso de la especialización en psicología clínica.

Sin embargo, dentro de este proceso no he de negar que sentí ansiedad por no estar entrenada en algunas técnicas cognitivas y conductuales y al contar con gran diversidad de estas y fue para mi difícil, pero un reto aprender cual es la indicada para cada caso o momento de la intervención, es así, que fue enriquecedor adquirir la experiencia al utilizar esta gran variedad de métodos y adquirir la habilidad de aplicarlas, según cada caso clínico y despejar las dudas que se presentaron durante el proceso.

Al terminar el proceso de intervención fue significativo y gratificante observar la modificación en la conducta de los adolescentes, y el mejoramiento de su estilo de vida.

Una vez cumplidos esta meta en de mi vida, se da inicio una nueva etapa como especialista en psicología clínica, dichos logros serán puestos en práctica con la mayor responsabilidad profesional.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Almirón, L., Romero, P., Lopez, A. y Czernik, G., 2005. *Rasgos de Depresión en Adolescentes que Asisten a Clases en una Escuela Técnica de la Ciudad de Corrientes*, Argentina, Universidad Nacional del Nordeste Mariano Moreno, Corrientes 1240 (3400) págs. Consultado en la página web: <http://www.unne.edu.ar/Web/cyt/com2005/3-Medicina/M-118.pdf> el 11 de Agosto de 2011.

Álvarez, M.; Ramírez, B.; Silva, A.; Coffin, N. y Jiménez, L., (2009) La relación entre depresión y conflictos familiares en adolescentes; *International Journal of Psychology and Psychological Therapy* 2009, 9, 2, 205-216. *Universidad Nacional Autónoma de México, México*. Consultado en la página web: <http://www.ijpsy.com/volumen9/num2/232/la-relacion-entre-depresion-y-conflictos-ES.pdf> el 28 de Enero de 2012.

Amezquita, M., Gonzáles, R. y Zuluaga, D.,(2008) *Prevalencia de Depresión e Ideación Suicida en Estudiantes de 8°, 9°, 10° y 11° grado, en Ocho Colegios Oficiales de Manizales*; *Hacia la Promoción de la Salud*, Volumen 13, enero-diciembre de 2008, págs. 143-153. Consultado en http://promocionsalud.ucaldas.edu.co/downloads/Revista13_9.pdf. El 10 de Agosto de 2011.

Balcazar, P., Bonilla, M., Gurrola, G., Van, H. y Aguilar, M. (2005) *La depresión como problema de salud mental en los adolescentes Mexicanos*, *Universidad Autónoma del Estado de México, Facultad de Ciencias de la Conducta*. Fuente: revista *psicología.com* 2005, 9 (2) consultado el 25 de Julio de 2011 en la página web: www.neurologia.tv/revistas/index.php/psicologiacom/article/.../758/732/.

Beck, A. y col, 1961, *Beck Depression Inventarory (BDI) Inventario de Depresión de Beck*, consultado en la página web: <http://centros-psicotecnicos.es/ansiedad->

depresion/inventario-depresion-de-beck/gmx-niv55-con139.htm el 25 de Julio de 2011.

Cano, J. y Ruiz, J. (1997-2010) *Psicoterapia y salud mental, los fundadores de la psicoterapia cognitiva: Ellis y Beck*. Equipo de Salud Mental de Ubeda, España.

Consultado en la página web:

http://www.robertexto.com/archivo13/ellis_beck.htm#SEMEJANZAS el 25 de Julio de 2011.

Candía, X. & et Al. (2009) Orientaciones Técnicas; Atención de adolescentes con problemas de salud mental; dirigido a los Equipos de Atención Primaria de Salud. Ministerio de Salud / subsecretaria de salud publica/ División de prevención y control de enfermedades / Departamento de Salud Mental, programa del adolescente y el joven. Chile. Consultado en la página web: <http://www.minsal.gob.cl/portal/url/item/87faeecd259f328de04001011e010701.pdf>. El 28 de Enero de 2012.

Castro, M. (s.a.) Desesperanza aprendida y clima familiar (página 2); Desesperanza aprendida y su relación con el clima familiar en un grupo de estudiantes y padres de familia del nivel secundario integrantes de la I.E.P. Fe y Alegría No. 43 del distrito de Ventanilla. Consultado en la página web: <http://www.monografias.com/trabajos61/desesperanza-aprendida-estudiantes/desesperanza-aprendida-estudiantes2.shtml>. Consultado el 28 de Enero de 2012.

Díaz, C. (2003) *Depresión ente Adolescentes: un grave Problema de Salud Pública*. Interpsiques [serie en línea]. Citado el 6 de Octubre de 2011, en la pagina web: <http://212.80.128.9/entorno/entl80401com.html>.

El trastorno mental más frecuente, según la OMS (2003, Agosto 27) Diario Córdoba, consultado en la página web: www.diariocordoba.com/noticias/noticia.asp?pkid=75685 el 23 de Julio de 2011

Fernades, (2000) Características de la adolescencia. Consultado en la página web: http://perso.wanadoo.es/angel.saez/pagina_nueva_115.htm consultado el 31 de Enero de 2012.

García, J. *La Depresión*, Centro de Psicología Clínica 2 C/ López de Hoyos, 66. Madrid (España) consultado en la página web <http://www.cop.es/colegiados/m-00451/depre.htm>. El 10 de Agosto de 2011.

Julio K. y Mordoj, C. *¿Por qué es importante la depresión?* Artículo consultado en la página web: <http://www.psicologiainfantil.cl/depresion.htm>. El 25 de Julio de 2011.

Morla, R., Saad E. y Saad J. (2006) *Depresión en adolescentes y desestructuración familiar en la ciudad de Guayaquil, Ecuador*, Revista Colombiana de Psiquiatría, Volumen XXXV, No. 2, 2006 págs.149-166. Consultado en la página web: <http://www.psiquiatria.org.co/BancoMedios/Documentos%20PDF/artoriginaldepresionenadolescentesydesestructuracionfamiliar.pdf>. El 11 de Agosto de 2011.

Pardo, G., Sandoval, A. y Umbarila, D. (2004) *Adolescencia y Depresión*; Revista Colombiana de Psicología, número 013; Universidad Nacional de Colombia. Bogotá; pp 17-32. Consultado el 28 de Enero de 2012 en la página web: <http://redalyc.uaemex.mx/pdf/804/80401303.pdf>.

Riesgo para la salud de los jóvenes, nota descriptiva No. 345 (2010, Agosto) Centro de prensa Organización Mundial de la Salud. Consultado en la página web el 25 de Julio de 2011: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs345/es/>

Rodríguez N. (2009) *Erik Erikson y su teoría Psicosocial, 8 etapas del ciclo vital*, consultado en <http://www.slideshare.net/noemirodriguez.hernandez/> el 25 de Julio de 2011.

Sarbach, A. (s.a.) *La Psicología del desarrollo*; Bitácora de la asignatura “Psicología y Sociología” Institut Lluís Domènech I Montaner (Barcelona), consultado

en la página web: <http://asarch.wordpress.com/programacion/unidad-5-el-comportamiento-individual/psicologiadesarrollo/> el 28 de Enero de 2012.

Sechel, L. (2007-2011) *Dentro del Pozo*, Revista Psicología & Vida. Guatemala consultado en http://revistapsicologiayvida.com/02_24.html el 10 de Agosto de 2011

ANEXOS

ANEXO No.1

INVENTARIO DE DEPRESION DE BECK

A continuación encontrará varias respuestas posibles a cada uno de los 21 apartados. escoja en cada uno la frase que mejor refleje su situación actual en las últimas dos semanas.

21) Estado de animo <input type="radio"/> No me siento triste. <input type="radio"/> Me siento triste. <input type="radio"/> Me siento triste todo el tiempo y no puedo librarme de ello. <input type="radio"/> Me siento tan triste o desdichado que no puedo soportarlo.
2) Pesimismo <input type="radio"/> No estoy particularmente desanimado con respecto al futuro. <input type="radio"/> Me siento desanimado con respecto al futuro. <input type="radio"/> Siento que no puedo esperar nada del futuro. <input type="radio"/> Siento que el futuro es irremediable y que las cosas no pueden mejorar.
3) Sentimiento de fracaso <input type="radio"/> No me siento fracasado. <input type="radio"/> Siento que he fracasado más que la persona normal. <input type="radio"/> Cuando miro hacia el pasado lo único que puedo ver en mi vida es un montón de fracasos. <input type="radio"/> Siento que como persona soy un fracaso completo.
4) insatisfacción <input type="radio"/> Sigo obteniendo tanto placer de las cosas como antes. <input type="radio"/> No disfruto de las cosas como solía hacerlo. <input type="radio"/> Ya nada me satisface realmente. <input type="radio"/> Todo me aburre o me desagrada.
5) Sentimientos de culpa <input type="radio"/> No siento ninguna culpa particular. <input type="radio"/> Me siento culpable buena parte del tiempo. <input type="radio"/> Me siento bastante culpable la mayor parte del tiempo. <input type="radio"/> Me siento culpable todo el tiempo.
6) Sentimiento de castigo <input type="radio"/> No siento que esté siendo castigado. <input type="radio"/> Siento que puedo estar siendo castigado. <input type="radio"/> Espero ser castigado. <input type="radio"/> Siento que estoy siendo castigado.
7) Odio a sí mismo <input type="radio"/> No me siento decepcionado en mí mismo. <input type="radio"/> Estoy decepcionado conmigo. <input type="radio"/> Estoy harto de mí mismo. <input type="radio"/> Me odio a mí mismo.

<p>8) Autoacusación</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ No me siento peor que otros. ○ Me critico por mis debilidades o errores. ○ Me culpo todo el tiempo por mis faltas. ○ Me culpo por todas las cosas malas que suceden.
<p>9) Impulsos suicidas</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ No tengo ninguna idea de matarme. ○ Tengo ideas de matarme, pero no las llevo a cabo. ○ Me gustaría matarme. ○ Me mataría si tuviera la oportunidad.
<p>10) Periodos de llanto</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ No lloro más de lo habitual. ○ Lloro más que antes. ○ Ahora lloro todo el tiempo. ○ Antes era capaz de llorar, pero ahora no puedo llorar nunca aunque quisiera.
<p>11) Irritabilidad</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ No me irrito más ahora que antes. ○ Me enojo o irrito más fácilmente ahora que antes. ○ Me siento irritado todo el tiempo. ○ No me irrito para nada con las cosas que solían irritarme.
<p>12) Aislamiento social</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ No he perdido interés en otras personas. ○ Estoy menos interesado en otras personas de lo que solía estar. ○ He perdido la mayor parte de mi interés en los demás. ○ He perdido todo interés en los demás.
<p>13) Indecisión</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Tomo decisiones como siempre. ○ Dejo de tomar decisiones más frecuentemente que antes. ○ Tengo mayor dificultad que antes en tomar decisiones. ○ Ya no puedo tomar ninguna decisión.
<p>14) Imagen corporal</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ No creo que me vea peor que antes. ○ Me preocupa que esté pareciendo avejentado (a) o inatractivo (a). ○ Siento que hay cambios permanentes en mi apariencia que me hacen parecer inatractivo (a). ○ Creo que me veo horrible.
<p>15) Capacidad laboral</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Puedo trabajar tan bien como antes. ○ Me cuesta un mayor esfuerzo empezar a hacer algo. ○ Tengo que hacer un gran esfuerzo para hacer cualquier cosa. ○ No puedo hacer ningún tipo de trabajo.
<p>16) Trastornos del sueño</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Puedo dormir tan bien como antes. ○ No duermo tan bien como antes.

<ul style="list-style-type: none"> ○ Me despierto 1 ó 2 horas más temprano de lo habitual y me cuesta volver a dormir. ○ Me despierto varias horas más temprano de lo habitual y no puedo volver a dormirme.
<p>17) Cansancio</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ No me canso más de lo habitual. ○ Me canso más fácilmente de lo que solía cansarme. ○ Me canso al hacer cualquier cosa. ○ Estoy demasiado cansado para hacer cualquier cosa.
<p>18) Pérdida de apetito</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Mi apetito no ha variado. ○ Mi apetito no es tan bueno como antes. ○ Mi apetito es mucho peor que antes. ○ Ya no tengo nada de apetito.
<p>19) Pérdida de peso</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Últimamente no he perdido mucho peso, si es que perdí algo. ○ He perdido más de 2 kilos. ○ He perdido más de 4 kilos. ○ He perdido más de 6 kilos.
<p>20) Hipocondría</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ No estoy más preocupado por mi salud de lo habitual. ○ Estoy preocupado por problemas físicos tales como malestares y dolores de estómago o constipación. ○ Estoy muy preocupado por problemas físicos y es difícil pensar en otra cosa. ○ Estoy tan preocupado por mis problemas físicos que no puedo pensar en nada más.
<p>21) Libido</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ No he notado cambio reciente de mi interés por el sexo. ○ Estoy interesado por el sexo de lo solía estar. ○ Estoy mucho menos interesado por el sexo ahora. ○ He perdido por completo mi interés por el sexo.

ANEXO No. 2

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Floridablanca, xx de Agosto de 2011

En forma libre y voluntaria yo, _____ identificado
(a) con la cédula de ciudadanía número _____
de _____, acepto que mi hijo (a) forme parte del grupo de
estudiantes que participaran en la investigación que tendrá como objetivo
implementar un programa de intervención cognitivo conductual en adolescentes (as)
con depresión leve, a través de las sesiones terapéuticas que permitan modificar las
conductas que afectan la dimensión cognitiva, emocional y social; estudio que estará
a cargo de la psicóloga Rubiela Rojas Díaz, estudiante de la especialización en
Psicología Clínica de la Universidad Pontificia Bolivariana, quien se compromete en
mantenernos informados acerca de la evolución del proceso terapéutico.

Firmado en la ciudad de _____ a los _____ días del mes
de _____ del año _____.

C.C.

ANEXO No. 3. FORMATO DE HISTORIA CLINICA

 <p>Universidad Pontificia Bolivariana SECCIONAL BUCARAMANGA</p>	PRACTICA DE ESPECIALIZACIÓN EN PSICOLOGÍA CLÍNICA INSTITUTO RAFAEL POMBO	
	FORMATO DE HISTORIA CLINICA	

FECHA DE RECEPCION:	DIA:	MES:	AÑO:
5. DATOS DEMOGRÁFICOS			
NOMBRE Y APELLIDOS:			
FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO:			
DOCUMENTO DE IDENTIDAD:	EXPEDIDA EN:	EDAD:	
ESCOLARIDAD:	ESTADO CIVIL:	RELIGIÓN:	
PROFESIÓN U OFICIO:			
NÚMERO TELÉFONICO:	DIRECCIÓN:	BARRIO:	
FECHA DE INGRESO A LA INSTITUCIÓN:			
DATOS DE UNA PERSONA DE CONTACTO			
Nombre:			
Parentesco:			
Teléfono:			
NOMBRE PSICÓLOGO TRATANTE:			

6. MOTIVO DE CONSULTA Y/O DE REMISIÓN

7. DESCRIPCIÓN DE LA SITUACIÓN ACTUAL (Iniciación y evolución del síntoma, problemática o enfermedad) (contexto, situaciones que se producen alrededor) (funcionamiento en diferentes áreas, nivel de afectación, redes de apoyo(percibido y real)

5.HISTORIA FAMILIAR

FAMILIOGRAMA (señalar relaciones, alianzas o conflictos)

OBSERVACIONES RELACIONADAS CON FIGURAS SIGNIFICATIVAS?

TIPOLOGIA FAMILIAR:

SUBSISTEMA FAMILIAR AFECTADO:

12. ANTECEDENTES

6.1 ANTECEDENTES PERSONALES

SALUD FISICA: (enfermedad, medicamentos, cirugías, alimentación y sueño)

CONSUMO O ABUSO DE SUSTANCIAS: Especificar cuál y por cuanto tiempo.

Alcohol: Tabaco: SPA:

SALUD MENTAL:

6.2 ANTECEDENTES FAMILIARES (Salud física y mental)

6.3 SOCIABILIDAD (Interacción con compañeros de grupo, con otros compañeros, participación en grupos u actividades lúdicas, deportivas y culturales)

6.4 ANTECEDENTES JUDICIALES (Delitos o anotaciones de disciplina graves)

13. OBSERVACIÓN GENERAL DEL CONSULTANTE

OTRAS OBSERVACIONES (Características, estado de ánimo, percepción de sí mismo)

ANEXO No. 4.

FORMATO DE AUTORREGISTRO

Fecha/hora	Evento o situación en la cual pierde el control	Que pienso	Que siento	Que hago	Reacciones fisiológica.	Grado de dominio y agrado 0% - 100%

ANEXO No. 5.

PROTOCOLO DE INTERVENCION DE LA DEPRESION DE ESTUDIANTES DEL INSTITUTO RAFAEL POMBO

OBJETIVO GENERAL: Reducir los síntomas depresivos en los estudiantes del Instituto Rafael Pombo, mediante el uso del modelo terapéutico cognitivo-conductual.

OBJETIVOS ESPECIFICOS:

- Diagnosticar a los estudiantes con síntomas depresivos.
- Intervenir a los estudiantes con síntomas depresivos.
- Mejorar las relaciones interpersonales dentro y fuera de la institución educativa.
- Fomentar estilos de vida saludable en los estudiantes de la institución.
- Promover una buena salud emocional y física.
- Disminuir las manifestaciones de síntomas depresivos en los adolescentes de la institución.

DIRIGIDO A: Estudiantes del Instituto Rafael Pombo.

DURACION DEL TRATAMIENTO:

Se aplican 4 sesiones grupales cada 15 días, con duración de 1 hora.

Se realizan 8 sesiones individuales 1 vez por semana o dos veces por semana, según la gravedad del caso, con una duración de 40 min. Por sesión.

BENEFICIOS DE LA TERAPIA PARA EL PACIENTE

- Entender los factores que causan malestar y provocan la depresión.
- Identificar los pensamientos irracionales que causan depresión y cambiarlos para mejorar su estado de ánimo.
- Reforzamiento de habilidades sociales como la comunicación y la asertividad para manejar los problemas cotidianos.

REGLAS DE LAS TERAPIAS:

- Asistir a todas las sesiones grupales e individuales.
- Puntualidad
- Disponibilidad para realizar las actividades y tareas durante la sesión y fuera de ella.

ACTIVIDADES PREVIAS AL TRATAMIENTO

- *Aplicación del Inventario de Beck*: El inventario de depresión de Beck, es una escala que consta de 21 ítems, que describe cada uno, una manifestación depresiva que es autoevaluada por el paciente, marcando la frase que mejor se adapte a su situación actual entre varias que suponen una graduación cuantitativa de la intensidad del síntoma. Se dan 4 opciones de

respuesta, clasificadas según su severidad. Los datos normativos sugieren 4 categorías de nivel de severidad: ausente, leve, moderado y severa. (ver anexo No. 1)

- *Diagnóstico de la depresión:* Para el diagnóstico se debe tener en cuenta los criterios del DSM IV.

TERAPIA GRUPAL: La terapia grupal se trabaja con los adolescentes con depresión moderada, para reforzar aspectos relacionados con la comunicación, resolución de conflictos, habilidades sociales, asertividad entre otros. En total se trabajan 4 sesiones grupales para el grupo de depresión moderada.

La terapia grupal se trabaja por medio de talleres lúdicos.

SESION 1: Habilidades Sociales: comunicación verbal y comunicación no verbal.

SESION 2: Expresión de Sentimientos.

SESION 3: Solución de Conflictos.

SESION 4: Habilidades Sociales: Asertividad frente a sumisión y agresividad.

TERAPIA INDIVIDUAL: Según Beck la terapia cognitivo conductual, tiene una duración de 30 a 40 min. por sesión una vez a la semana, los casos más graves suelen adquirir sesiones frecuentes, dos semanales durante 4 o 5 semanas y después una semanal durante 10—15 semanas. Normalmente se suele disminuir a

una sesión de cada 2 semanas durante las últimas fases, al tiempo que se recomienda la terapia de apoyo una vez que ha finalizado el tratamiento.

SESION 1: Presentación formal del terapeuta; apertura de la Historia Clínica.

SESION 2: Se plantean los objetivos terapéuticos. Indagar sobre los pensamientos y estado de ánimo del paciente. Identificación de los pensamientos irracionales. En esta sesión se deja la primer tarea para la casa: Realizar el formato de autorregistro de los pensamientos, sentimientos y emociones ante una situación difícil.

SESION 3. Con apoyo del autorregistro se indaga a profundidad, las ideas irracionales y como se ve afectada su triada cognitiva.

SESION 4 – 6: de la sesión 4 a la sesión 6 se aplican las diferentes técnicas cognitiva-conductual, de acuerdo a cada caso, su gravedad y los objetivos de cada tratamiento.

TECNICAS UTILIZADAS EN LAS SESIONES TERAPEUTICAS

Algunas de estas técnicas también se utilizan en la terapia grupal.

“Estrategias de cambio cognoscitivo”: La cual permite que el paciente haga un ejercicio en donde se promueve la comprobación de las hipótesis bajo un corte científico o lógico, para que puedan ponerse a prueba todos aquellos pensamientos; éste ejercicio implica juzgar la evidencia, sondear las alternativas y analizar las consecuencias.

“Autoafirmaciones de enfrentamiento”: Consisten en aquellas afirmaciones que parten de la reestructuración cognitiva y que promueven la retroalimentación de aquellos pensamientos que refuerzan cogniciones apropiadas, bajo la lógica de la realidad.

“Biblioterapia”: Facilita al paciente la oportunidad de refugiar la atención en libros de autoayuda, los cuales permiten que el propio individuo pueda cuestionar sus creencias irracionales y comience por considerar aquellas opciones alternas que faciliten la solución de sus problemas.

“Programación de actividades”: La necesidad de formular actividades planeadas tiene finalidad de contrarrestar la escasa motivación del paciente, esto permite que la planificación del tiempo, lo mantengan ocupado e impidan que retroceda a un estado de inmovilidad, que propicie el reforzamiento de los pensamientos distorsionados y los comportamientos inapropiados hacia su persona.

“Técnicas de dominio y agrado”: Esta técnica permite que el paciente incremente aquellas actividades que le promueven forjar sentimientos de placer, diversión o alegría; pues de lo contrario, si realiza actividades que no le aportan satisfacción, promoverá la presencia de los pensamientos distorsionados que le afectarán su área emocional.

“Práctica cognitiva”: Hace referencia a la manera de inducir las cogniciones del paciente hacia un ejercicio de imaginación, en la cual se pretende que la persona

divague sobre alguna actividad, en ésta se identificarán los posibles obstáculos que pudieran interferirle, a lo cual es recomendable que el terapeuta identifique y desarrolle soluciones ante los problemas prevalecientes

“Role playing”: Esta técnica constituye una manera de adoptar un papel en la que se tendrán como objetivos el clarificar todas aquellas cogniciones contraproducentes y facilitar la expresión de emociones del paciente, para que puedan reestructurar los pensamientos distorsionados a partir de la expresión de ideas y emociones de otro personaje asumido.

“Tareas para casa”: Técnica empleada por Beck, para el tratamiento de trastornos como la depresión, manifiesta la importancia de asignar tareas conductuales para casa, éstas permiten que el paciente pueda identificar y hacer frente a los problemas que le suceden día con día, la finalidad de ésta, es obtener una visión de cómo reacciona la persona y qué estrategias puede emplear para resolver determinadas situaciones.

SESION 7: Seguimiento de la terapia, se analiza si ha habido una evolución favorable y se refuerza con el experimento personal con la modificación de las ideas irracionales en las practicadas en las actividades diarias.

Sesión No. 8: Seguimiento y cierre de la intervención psicoterapéutica; se aplica el pos-test del Inventario de Depresión de Beck. Se da de alta al paciente.

OBSERVACIONES: Una vez calificada la última prueba, se analizan los cambios en los resultados para determinar la mejoría del paciente. De acuerdo con Beck, recomienda, una vez terminada la terapia, hacer de 1 a 2 controles al paciente una vez al mes, si este lo requiere, como terapia de apoyo.