

**EFFECTOS DE UN PROGRAMA DE INTERVENCION COGNITIVO-
CONDUCTUAL SOBRE LOS NIVELES DE DEPRESION Y RIESGO SUICIDA
DE ADOLESCENTES DE 13 A 16 AÑOS DEL INSTITUTO NACIONAL DE
EDUCACION MEDIA DIVERSIFICADA – INEM**

**MONICA BURBANO CERON
CAROLINA PABON ORDOÑEZ**

**UNIVERSIDAD DE NARIÑO
FACULTAD DE CIENCIAS HUMANAS
PROGRAMA DE PSICOLOGIA**

2003

**EFFECTOS DE UN PROGRAMA DE INTERVENCION COGNITIVO-
CONDUCTUAL SOBRE LOS NIVELES DE DEPRESION Y RIESGO SUICIDA
DE ADOLESCENTES DE 13 A 16 AÑOS DEL INSTITUTO NACIONAL DE
EDUCACION MEDIA DIVERSIFICADA – INEM**

MONICA ALEXANDRA BURBANO CERON

CAROLINA PABON ORDOÑEZ

Director de Investigación

Ps. FREDY HERNAN VILLALOBOS GALVIS

**UNIVERSIDAD DE NARIÑO
FACULTAD DE CIENCIAS HUMANAS
PROGRAMA DE PSICOLOGIA**

2003

NOTA DE ACEPTACION

ASESOR

JURADO

JURADO

AGRADECIMIENTOS

A nuestro asesor, Fredy Villalobos, quien por sus amplios conocimientos y su constante apoyo y dedicación, hizo posible la realización exitosa de este trabajo.

A nuestros jurados, Margarita Chávez y Andrés Paz, quienes a través de sus análisis contribuyeron de manera importante en el desarrollo de esta investigación.

A nuestro docente y amigo, el Psicólogo Leonidas Ortíz, quien siempre nos brindó apoyo y conocimiento, que facilitaron y complementaron el trabajo investigativo.

Finalmente, a los adolescentes que participaron en esta investigación, quienes día a día nos permitieron entrar en sus vidas.

*A mis padres, quienes merecen lo mejor de mí,
por iluminar mi camino con su sabiduría y su inmenso amor.
A mis hermanos, por estar junto a mi cada día
y brindarme todo su apoyo y comprensión.
A mis amigos quienes con sus palabras
y sus actos me alentaron para seguir adelante.
Por ellos y para ellos.*

Mónica Burbano.

*A mi familia, en especial a mi madre,
quien con su constante apoyo y comprensión hizo posible
la culminación de esta meta.
A mi hija, quien es el centro de mi vida y la motivación de todos mis esfuerzos.
A mi esposo, quien día a día me impulsó para seguir adelante.*

Carolina Pabón.

Abstract

Effects of a cognitive behavioral intervention program on depression with suicide risk were studied with 20 adolescents, 13 to 16 years old. A pure experimental design was used, with pretest, posttest and control group. Once the intervention program was implemented with the experimental group, the posttest was applied to both groups and it was found that depression and suicide risk levels had decreased in the experimental group, while remained relatively stable in the control group. These results mean that the intervention program studied was effective in diminishing the depression and suicide risk levels.

Resumen

Para determinar los efectos del programa de intervención cognitivo-conductual para la depresión con riesgo suicida de los adolescentes de 13 a 16 años del Instituto Nacional de Educación Media Diversificada - INEM se contó con la participación de 20 sujetos y se utilizó un diseño de experimento verdadero con preprueba, postprueba y grupo control. Posteriormente se implementó el programa de intervención en el grupo experimental y se realizó la postprueba a los dos grupos encontrando que los niveles de depresión y riesgo suicida habían disminuido considerablemente en el grupo experimental, mientras que en el grupo control permanecieron relativamente estables. Por lo tanto se encontró que el programa fue efectivo en la disminución de los niveles de depresión y riesgo suicida.

TABLA DE CONTENIDOS

TABLA DE CONTENIDOS.....	3
I INTRODUCCION.....	11
Tema.....	12
Planteamiento del Problema.....	12
Formulación del Problema.....	15
Sistematización del Problema.....	15
Objetivos.....	16
Objetivo General.....	16
Objetivos Específicos.....	16
Justificación.....	16
II MARCO TEORICO.....	19
Suicidio.....	19
Definición.....	19
Conceptualización del suicidio.....	19
Modelos teóricos del suicidio.....	23
Explicaciones intrapsíquicas.....	23
Explicaciones socioculturales.....	25
Explicaciones bioquímicas.....	26
Suicidio en adolescentes.....	27
Psicopatología del Adolescente Suicida: Su relación con la Depresión.....	27
Epidemiología de la conducta suicida en los adolescentes.....	30
Factores de riesgo suicida.....	34

Señales de alerta en los adolescentes.....	36
Depresión.....	38
Síntomas de la depresión.....	39
Síntomas anímicos.....	39
Síntomas motivacionales y conductuales.....	40
Síntomas cognitivos.....	41
Síntomas fisiológicos.....	41
Síntomas interpersonales.....	42
Epidemiología de la depresión.....	43
Modelos teóricos de la depresión.....	45
Teorías conductuales.....	45
Teorías cognitivas.....	52
Teorías interpersonales.....	60
Tratamiento de la depresión en adolescentes.....	64
III MARCO CONCEPTUAL.....	70
Psicología Clínica.....	70
Adolescencia.....	70
Depresión.....	70
Suicidio.....	71
Terapia Cognitiva.....	71
Terapia Conductual.....	71
IV ASPECTOS METODOLOGICOS.....	73
Tipo de Investigación.....	73
Enfoque.....	73

Tipo de Diseño.....	73
Población.....	74
Sujetos.....	74
Variables.....	74
Instrumentos de Recolección de Datos.....	75
Cuestionario de Depresión para Niños “CDS”.....	75
Escala de Riesgo Suicida “ERISA”.....	77
Procedimiento.....	78
Plan de Análisis de Datos.....	79
Hipótesis.....	80
Hipótesis de Trabajo.....	80
Hipótesis Nula.....	80
V RESULTADOS.....	81
Niveles de Depresión y Riesgo Suicida.....	81
Evaluación de los Resultados de la Preprueba CDS para los Grupos Experimental y Control.....	81
Evaluación de los Resultados de la Preprueba ERISA para los Grupos Experimental y Control.....	82
Evaluación de los Resultados de la Postprueba CDS para los Grupos Experimental y Control.....	84
Evaluación de los Resultados de la Postprueba ERISA para los Grupos Experimental y Control.....	86
Comparación de Niveles Preprueba y Postprueba.....	88
Análisis de Resultados en Depresión.....	88

Grupo Experimental.....	88
Grupo Control.....	90
Análisis de Resultados en Riesgo Suicida.....	92
Grupo Experimental.....	92
Grupo Control.....	94
Comparación de Niveles Postprueba en los Grupos Experimental y Control.....	96
Resultados en Depresión.....	96
Resultados en Riesgo Suicida.....	98
Análisis de Cambio Clínico en el Grupo Experimental.....	100
Resultados para Depresión	101
Resultados para Riesgo Suicida.....	102
VI DISCUSION.....	105
VII RECOMENDACIONES Y SUGERENCIAS.....	114
VI REFERENCIAS.....	117

LISTA DE TABLAS

Tabla 1. Suicidios en la ciudad de San Juan de Pasto entre los años 1998 – 2002, según edad, género y método utilizado.....	14
Tabla 2. Diagrama del diseño.....	74
Tabla 3. Resultados de la Preprueba CDS en el Grupo Experimental.....	81
Tabla 4. Resultados de la Preprueba CDS en el Grupo Control.....	82
Tabla 5. Resultados de la Preprueba ERISA en el Grupo Experimental.....	83
Tabla 6. Resultados de la Preprueba ERISA en el Grupo Control.....	84
Tabla 7. Resultados de la Postprueba CDS en el Grupo Experimental.....	85
Tabla 8. Resultados de la Postprueba CDS en el Grupo Control.....	85
Tabla 9. Resultados de la Postprueba ERISA en el Grupo Experimental.....	86
Tabla 10. Resultados de la Postprueba ERISA en el Grupo Control.....	87
Tabla 11. Puntajes t para la Preprueba y Postprueba del CDS en el Grupo Experimental	89
Tabla 12. Puntajes t para la Preprueba y Postprueba del CDS en el Grupo Control.....	91
Tabla 13. Puntajes t para la Preprueba y Postprueba del ERISA en el Grupo Experimental.....	94
Tabla 14. Puntajes t para la Preprueba y Postprueba del ERISA en el Grupo Control.....	96
Tabla 15. Puntajes t para las Postpruebas del CDS en los Grupos Experimental y Control.....	98
Tabla 16. Puntajes t para las Postpruebas del ERISA en los Grupos Experimental y Control.....	100

Tabla 17. Prueba de los signos para la Preprueba y Postprueba del CDS....	103
Tabla 18. Prueba de los signos para la Preprueba y Postprueba del ERISA...	104
Tabla 19. Hoja de Autorregistro empleada en la Terapia Cognitiva.....	135
Tabla 20. Descripción del Programa de Intervención.....	150

LISTA DE FIGURAS

Figura 1. Teoría cognitiva de la depresión de Beck.....	58
Figura 2. Medias del Grupo Experimental para la Preprueba y Postprueba del CDS.....	88
Figura 3. Medias del Grupo Control para la Preprueba y Postprueba del CDS.....	90
Figura 4. Medias del Grupo Experimental para la Preprueba y Postprueba del ERISA.....	93
Figura 5. Medias del Grupo Control para la Preprueba y Postprueba del ERISA.....	95
Figura 6. Medias de los Grupos Experimental y Control para las Postpruebas del CDS.....	97
Figura 7. Medias de los Grupos Experimental y Control para las Postpruebas del ERISA.....	99

LISTA DE ANEXOS

Anexo A. Contrato terapéutico.....	122
Anexo B. Manual de un programa de intervención cognitivo-conductual para la depresión con riesgo suicida en adolescentes de 13 a 16 años.....	126
Anexo C. Estrategia de Intervención en Crisis Suicida.....	156
Anexo D. Contrato Conductual para Crisis Suicida.....	159

**EFFECTOS DE UN PROGRAMA DE INTERVENCION COGNITIVO-
CONDUCTUAL SOBRE LOS NIVELES DE DEPRESIÓN Y RIESGO SUICIDA
DE ADOLESCENTES DE 13 A 16 AÑOS DEL INSTITUTO NACIONAL DE
EDUCACION MEDIA DIVERSIFICADA - INEM**

En Colombia las características de violencia y la falta de oportunidades para subsistir en buenas condiciones de vivienda, empleo, educación y salud, generan muchos problemas en la adaptación psicológica de los individuos, haciéndolos vulnerables a deprimirse con mayor facilidad ante situaciones conflictivas y/o estresantes, lo que en ausencia o deficiencia de recursos psicológicos, originan conductas suicidas como última solución a las dificultades que atraviesan. Dichas conductas se ejecutan de diferentes formas como cortarse, ahorcarse o dispararse, hasta intoxicarse o envenenarse, siendo estas últimas las más utilizadas por las mujeres, quienes frecuentemente fracasan, convirtiéndose estas conductas en llamadas de auxilio (Marsellach, 1999).

Una de las poblaciones más afectadas por el problema del suicidio es la población adolescente, la que, en virtud de este difícil periodo, vivencia frecuentes crisis que la mantiene en una constante evaluación de sí y de sus logros a lo largo de su vida, por lo que frecuentemente sucumben en problemas depresivos, creyendo ser una molestia para sus familias, sus amigos y en su lugar de estudio u ocupación. Muchos consideran que “si no existieran quizá las cosas irían mejor para todos”, miran entonces el suicidio como el único modo de expresar su confusión o también como la mejor forma de castigar a quienes no los ayudaron (Bernhardt, 1996).

Por lo anterior, la presente investigación estuvo dirigida a determinar los niveles de depresión y riesgo suicida de los adolescentes de 13 a 16 años del Instituto Nacional de Educación Media Diversificada - INEM, encontrándose 20 adolescentes que puntuaron en categorías media, alta y muy alta en depresión y alta y muy alta en riesgo suicida, por lo que se procedió a crear un programa de intervención para la depresión con riesgo suicida utilizando técnicas cognitivas y conductuales, de esta forma quedó conformado por cinco estrategias de intervención: sensibilización, detención de pensamientos, programación de actividades diarias y evaluación de destrezas y placer, modificación de pensamientos negativos y solución de problemas. Seguidamente se procedió a conformar los grupos experimental y control, para implementar el programa en el grupo experimental a lo largo de nueve sesiones, así al finalizar la intervención se realizó la postprueba para establecer en los dos grupos, los niveles de depresión y riesgo suicida. De tal manera se comprobó que el programa de intervención cognitivo-conductual fue efectivo en la disminución de los niveles de depresión y riesgo suicida.

Tema

Intervención cognitivo-conductual para la depresión con riesgo suicida en adolescentes.

Planteamiento del Problema

El suicidio además de ser un acto trágico para la víctima y para sus familiares, amigos y demás personas relacionadas con ella, es también desconcertante y confuso. Aunque se han proporcionado muchas razones acerca de por qué las personas terminan con sus vidas, en muchos casos se ha

hecho difícil la comprensión de este fenómeno, debido a que la información que se obtiene del suicida y de los hechos que rodean la conducta suicida no son totalmente confiables, ya que estos datos proviene de fuentes “externas” al suicida y su problemática (D. Sue, D. Sue y S. Sue, 1996).

En Colombia el suicidio entre los adolescentes ha aumentado dramáticamente en los últimos años, siendo esta conducta la tercera causa de muerte más frecuente para los jóvenes entre los 15 y 24 años de edad (Morales y Jiménez, 1996), encontrándose como posible explicación el hecho de que la adolescencia es un proceso de maduración que implica crisis físicas y psicológicas, en el que los adolescentes son especialmente vulnerables a problemas psicológicos tales como la depresión, en la cual los pensamientos suicidas son frecuentes y por tanto aparecen las conductas suicidas que se convierten en la única alternativa de manifestar su descontento y solucionar sus conflictos.

Los datos proporcionados por el Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses (2002) de San Juan de Pasto sobre suicidios consumados indican que desde 1998 hasta el año en curso, el año en que más suicidios se reportaron fue el 2001 con 16 casos, en el que la mayoría de víctimas fueron mujeres entre los 15 y 17 años quienes utilizaron la intoxicación como método para conseguir la muerte (ver Tabla 1). En el mes de Enero del año 2003 se presentaron dos suicidios de adolescentes, un hombre y una mujer de 15 y 17 años respectivamente, quienes cometieron suicidio por medio de la intoxicación.

Tabla 1

Suicidios en la Ciudad de San Juan de Pasto entre los años 1998 – 2002, según edad, género y método utilizado. (Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses, 2002)

Año	1998		1999		2000		2001		2002		
Edad/Gen	5-14	15-17	5-14	15-17	5-14	15-17	5-14	15-17	5-14	15-17	
Método	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	
Suspensión		3	1		1		1	1	1	1	3
Intoxicac.		2	3		1	4		2	6	1	12
ArmaFuego							1		1		
Totales		5	3	1	1	4	1	3	6	1	4

Por esto se hace necesario buscar estrategias de intervención que contribuyan al normal desarrollo de este período y así lograr una mejor adaptación en esta etapa y por ende en su vida adulta. Teniendo en cuenta que las investigaciones existentes acerca del tema se han encaminado a explicar las posibles causas de las conductas suicidas, los eventos precipitantes de ella y las características de las víctimas, es de gran utilidad la realización de esta investigación, pues mediante la implementación de un programa cognitivo-conductual para la depresión de los adolescentes con riesgo suicida se estará creando una estrategia que en adelante permitirá el tratamiento de las conductas suicidas.

Paralelamente el interés de llevar a cabo esta investigación en el Instituto Nacional de Educación Media Diversificada – INEM obedece a una decisión

operativa, ya que esta institución por contar con una gran cantidad de estudiantes presenta mayor probabilidad de encontrar adolescentes con depresión y riesgo suicida, lo que favorece la finalidad de esta investigación, la que pretende mostrar qué funcionalidad y efectividad tiene la intervención cognitivo-conductual al tratar la depresión y el riesgo suicida en adolescentes.

Formulación del Problema

¿Qué efectos tiene la implementación de un programa de intervención cognitivo-conductual sobre los niveles de depresión y riesgo suicida de adolescentes de 13 a 16 años del Instituto Nacional de Educación Media Diversificada - INEM?

Sistematización del Problema

¿Cuáles son los niveles de depresión y riesgo suicida de los adolescentes de 13 a 16 años del Instituto Nacional de Educación Media Diversificada - INEM?

¿Qué elementos deben componer un programa de intervención cognitivo-conductual para la depresión con riesgo suicida de los adolescentes de 13 a 16 años del Instituto Nacional de Educación Media Diversificada - INEM?

¿Cuáles son los niveles de depresión y riesgo suicida de los adolescentes de 13 a 16 años del Instituto Nacional de Educación Media Diversificada - INEM posteriores a la aplicación del programa?

¿Existe diferencia significativa entre los niveles de depresión y riesgo suicida iniciales y los niveles posteriores a la aplicación del programa de intervención cognitivo-conductual?

Objetivos

Objetivo General

Determinar qué efectos tiene la implementación de un programa de intervención cognitivo-conductual sobre los niveles de depresión y riesgo suicida de adolescentes de 13 a 16 años del Instituto Nacional de Educación Media Diversificada - INEM.

Objetivos Específicos

Precisar cuáles son los niveles de depresión y riesgo suicida de adolescentes de 13 a 16 años del Instituto Nacional de Educación Media Diversificada – INEM.

Establecer qué elementos componen un programa de intervención cognitivo-conductual para la depresión con riesgo suicida de adolescentes de 13 a 16 años del Instituto Nacional de Educación Media Diversificada – INEM.

Precisar cuáles son los niveles de depresión y riesgo suicida de adolescentes de 13 a 16 años del Instituto Nacional de Educación Media Diversificada – INEM posteriores a la aplicación del programa.

Determinar si existe diferencia significativa entre los niveles de depresión y riesgo suicida iniciales y los niveles posteriores a la aplicación del programa.

Justificación

Con el objeto de comprender los sucesos que giran en torno al suicidio se han realizado innumerables estudios, encontrándose como el aspecto más llamativo su aumento en todas las regiones, siendo especialmente vulnerable

Colombia (Morales y Jiménez, 1996) ya que la situación crítica de violencia es un hecho que desfavorece las condiciones de vida de los colombianos, convirtiéndose el suicidio en una posible solución a toda esta problemática.

Cualquier persona puede ser víctima del suicidio, es decir, niños, adolescentes, adultos y ancianos. El poner fin a la vida voluntariamente se ha convertido en la única forma de sanar el “dolor” que sufren muchas personas, no encontrando otra salida, quizá por falta de estrategias de afrontamiento ante los problemas, por sentimientos de desesperanza, por alguna enfermedad, en fin, sea cual sea el motivo, es importante actuar preventiva y prontamente hacia la búsqueda de técnicas que impidan el suicidio, sobre todo cuando el grupo de personas más afectado es la población adolescente, la cual, como es bien sabido atraviesa un período, difícil y a menudo conflictivo, de maduración, ya que los adolescentes están expuestos a muchos estresores y tensiones originados en los conflictos familiares, en los cambios en el organismo, la imagen y la apariencia, en la competitividad escolar, en las drogas, en los conflictos en las relaciones amistosas y en la vida sexual, aspectos que en varios casos se hacen difíciles de llevar por lo que muchos buscan terminar con su vida como único medio de poner fin a su sufrimiento (Gone y Herb, 1974 citados por Freeman y Reinecke, 1995); pero en medio de todo, cabe la posibilidad de vivir cuando finalmente alguien los ayuda (familiar, amigo, psicoterapeuta). Por lo tanto el aporte que pretende realizar esta investigación es prevenir el suicidio, disminuyendo la depresión con la cual se relaciona, a través del mejoramiento de los recursos psicológicos del individuo a nivel

cognitivo y conductual, es decir, modificando el patrón de pensamientos que lo llevan a caer en la depresión y fortaleciendo su repertorio comportamental.

MARCO TEORICO

Suicidio

Definición

Según el Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses (1999) se entiende por suicidio toda muerte que ha sido intencionalmente autoinfligida, motivada por trastornos emocionales generados a causa de la pérdida de personas allegadas o seres queridos, problemas graves de trabajo o dinero, presión institucional, enfermedad grave y creencias religiosas, entre otras.

Conceptualización del Suicidio

El suicidio o acción de quitarse la propia vida, es un fenómeno que ocurre en todas las personas; en hombres y mujeres, niños y jóvenes, adultos y ancianos, en todos los grupos sociales, en todos los grupos étnicos y de cualquier religión y estado civil, entre los que tienen empleo y los desempleados y entre los sanos físicamente y los enfermos se ha presentado este desconcertante fenómeno, trágico para la víctima, para sus familiares y amigos.

Actualmente la conceptualización que se ha dado al suicidio difiere mucho de la conceptualización que tuvo en otras épocas. Antiguamente, en Oriente fue aceptado y reconocido como signo de valor. En Roma y Grecia existían lugares públicos específicos para efectuarlo, se veía con aprobación en militares derrotados o políticos a los que se les hubiera detectado como corruptos. En la India se realizaba como camino para conseguir el Nirvana, en el Japón era una cuestión de honor, en Egipto el camino a la libertad. Contrariamente en otros países, como Francia, la Iglesia condenaba duramente el suicidio como un acto reprochable e indigno; pero al pasar el tiempo las dos visiones continúan, hay

quienes consideran que el suicidio es preferible a cualquier sentimiento intolerable y quienes piensan que es mejor el sufrimiento que poner fin a la vida voluntariamente (Morón, 1992). Sin embargo en la actualidad es predominante ver el suicidio como un escape y muestra de cobardía e inmadurez (Marsellach, 1999).

Para Morón (1999) el suicidio puede cumplir varias funciones, una de ellas es la función de auxilio, que suele ser la más frecuente, el individuo comete el acto suicida como un llamado de auxilio a otras personas y generalmente está acompañado de sentimientos de fracaso y castigo a los otros por no haberle prestado atención. Otra función, es la del chantaje, en la que el suicidio se realiza por la búsqueda de un beneficio: inicialmente el sujeto amenaza a otro, de quien espera recibir algo, con una actitud casi de juego, pero en tono de reclamo. En la función de fuga o escape el sujeto comete suicidio al encontrarse frente a una situación que para él resulta peligrosa y frente a la cual ha fracasado. Finalmente el suicidio puede ser el resultado de la confusión y la desesperación del individuo al atravesar una situación social o emocional incontrolable. Este acto no tiene ningún fin, no se hace como un escape, fuga o chantaje sino que se realiza con indiferencia, sin importar la reacción de los otros.

Para ampliar los conocimientos acerca del suicidio y de esta forma comprender mejor este fenómeno Christman (1998) clasifica la conducta suicida de acuerdo con el deseo de morir, así:

1. Premeditado: Cuando el sujeto ha analizado bien los factores y aspectos requeridos para el suicidio; la muerte sería el resultado de un acto dirigido por la

víctima en contra de sí mismo. Se presentan cuatro tipos de conducta suicida premeditada: (a) impulsiva, cuando el individuo intenta cometer suicidio inmediatamente después de un fracaso, una pérdida o una desilusión; (b) dentro de la depresión, cuando la persona se encuentra deprimida y reinan los sentimientos de minusvalía y desesperanza; (c) dentro del padecimiento de una grave enfermedad que lleva a pensar en el suicidio como la única salida, y (d) como medio de comunicación, cuando el sujeto siente que ha agotado todos sus esfuerzos por comunicar su estado a quienes le rodean y aún así no es comprendido.

2. Submeditado: Cuando el individuo realiza varios actos que pueden tener inscritos el riesgo de terminar con su vida, pero no los comete con el deseo de morir, sino por otros intereses, como la búsqueda de placer en el consumo excesivo de alcohol o drogas. Se incluye aquí el hecho de suspender conductas o tratamientos que pudieran beneficiar la propia salud.

Marsellach (1999) por su parte plantea las siguientes variantes de la conducta suicida:

1. Comportamiento Suicida: es la acción o acciones concretas orientadas a causar voluntariamente la propia muerte del sujeto o el aniquilamiento de una de sus partes; puede conducir al suicidio consumado, interpretado como un intento de suicidio que ha tenido éxito, ya sea como una expresión de los auténticos deseos de suicidio o como una causalidad no deseada dentro del comportamiento suicida.

2. Ideación suicida: son ideas o pensamientos acerca de conseguir la propia muerte, como planes elaborados de suicidio.

3. Riesgo de suicidio: se refiere a la posibilidad de que una persona atente deliberadamente contra su propia vida, el cual se incrementa si existe la idea de minusvalía de la vida, deseo de la muerte por considerarla un descanso y amenazas y tentativas de suicidio previas.

4. Intento de suicidio, parasuicidio o lesión deliberada: Hace referencia al conjunto de conductas en las que la persona voluntaria e intencionalmente se produce daño físico, como lesiones o automutilaciones, cuya consecuencia es la desfiguración o daño de alguna función y/o parte de su cuerpo, pero que se realizan sin la intención aparente de matarse y con el objetivo de crear cambios en las condiciones sociales que rodean al individuo (Sarró y de la Cruz, 1991). Se incluye en esta definición las autolaceraciones, los autoenvenenamientos y las autoquemaduras.

5. Simulación suicida: es la acción de suicidio que no llega a su fin por no existir auténtica intención de llegar a él.

6. Suicidio frustrado: Cuando la conducta autodestructiva no acaba con la vida de quien la lleva a cabo porque sucede algo que interrumpe esa acción, pero sí existe una auténtica intención de llegar a él.

7. Gestos suicidas: Comportamientos y hechos que se dan como señal de una conducta autodestructiva.

8. Amenaza suicida: Palabras que se dan como aviso de una conducta autodestructiva.

9. Suicidio colectivo: La conducta autodestructiva la hacen varias personas posiblemente dirigidas por alguien.

10. Suicidio racional: Cuando una persona que padece una enfermedad decide que la única opción es suicidarse.

Modelos teóricos del Suicidio

El suicidio como todo fenómeno humano ha sido estudiado por especialistas de varias áreas del conocimiento quienes tratan de dar una explicación según sus propios criterios de estudio a un fenómeno que posiblemente se debe a una combinación de varios factores. Entre las explicaciones más importantes están las explicaciones intrapsíquicas, que plantean el estado psicológico disfuncional del individuo como central en la conducta suicida; las explicaciones socioculturales que hacen énfasis en los factores sociales que rodean al individuo que comete suicidio y las explicaciones bioquímicas que muestran la relación de determinadas sustancias químicas en el organismo de una persona con la presentación de conductas suicidas.

Explicaciones intrapsíquicas

Plantean que las personas se provocan la muerte por diversas razones psicológicas tales como vergüenza, culpa, desesperanza y dolor (Pine, 1981 y Shneidman, 1991, citados por D. Sue, D. Sue y S. Sue, 1996). Para Marsellach (1999) las personas que cometen suicidio desean terminar con el sufrimiento que les causa un problema aparentemente irresoluble; para la persona que comete suicidio, este es una forma de controlar el dolor que siente y percibe como incontrolable. En estos casos el deseo de morir es más fuerte que el deseo de vivir y se da porque la persona no encuentra más opciones.

Litman (1987) y Roy (1985) (citados por D. Sue, D. Sue y S. Sue, 1996) encontraron que muchas personas que cometen suicidio padecen algún

trastorno del DSM IV. Brent y cols. (1987) (citados por D. Sue, D. Sue y S. Sue, 1996) encontraron que alrededor del 15% de las personas diagnosticadas con trastornos afectivos, esquizofrenia y abuso de sustancias presentan intentos de suicidio. Marsellach (1999) explica que el 98% de quienes han intentado suicidarse padecen algún trastorno mental, siendo la depresión la que presenta mayor riesgo ya sea durante ésta o como señal de que un cuadro depresivo se está desencadenando.

Bernhardt (1996) afirma que los pensamientos suicidas asaltan frecuentemente a las personas que se encuentran deprimidas y dos motivos principales para deprimirse son la pérdida de control sobre la propia vida y la pérdida de una visión positiva del futuro. La tristeza invade las cogniciones de la persona y por tanto solo mira los aspectos negativos de su vida, rechaza las posibles soluciones a los problemas, siente una tristeza persistente que cierra cualquier posibilidad de estar mejor y por esto se presenta el pensamiento de que quizá la única solución efectiva sea la muerte, como la única forma visible de aliviar el dolor sentido.

De igual manera el consumo de alcohol está frecuentemente relacionado con el suicidio, Hatton y Valente (1984) (citados por D. Sue, D. Sue y S. Sue, 1996) afirman que es raro un suicidio consumado en el que el abuso de alcohol no esté presente, debido a que el alcohol puede disminuir las inhibiciones relacionadas con el temor a morir y hacer más fácil llevar a cabo un acto mortal (Patel y cols., 1972) (citados por D. Sue, D. Sue y S. Sue, 1996).

Por otra parte la separación y el divorcio, las presiones académicas, la vergüenza, enfermedades graves, la pérdida de un trabajo y otras tensiones

emocionales (D. Sue, D. Sue y S. Sue, 1996), así como el fracaso en la relación amorosa (Marsellach, 1999), pueden contribuir a cometer suicidio.

Explicaciones Socioculturales

Estas hacen énfasis en los factores sociales, Hall y cols. (1970) y Weile (1960) (citados por D. Sue, D. Sue y S. Sue, 1996) encontraron índices más altos de suicidio asociados con ocupaciones de cargos altos y bajos, en contraste con cargos medios; la vida urbana, hombres de mediana edad, personas solteras o divorciadas y las clases socioeconómicas alta y baja. También se ha encontrado que las características de quienes cometen suicidio varían de acuerdo con la ocupación, tamaño de la ciudad en que viven, posición socioeconómica, edad, género, situación matrimonial y raza (D. Sue, D.Sue y S. Sue, 1996).

Dentro de este enfoque social Durkheim (2000) propone tres categorías de suicidio en términos de la relación del individuo con su grupo social, categorías que aunque más descriptivas que explicativas contribuyen a la comprensión de este fenómeno. Estas categorías son:

1. Suicidio Egoísta: Cuando la persona no encuentra en la sociedad sistemas de apoyo que le ayuden a funcionar adaptativamente, por lo que se aísla de los demás y finalmente decide privarla de su presencia.

2. Suicidio altruista: este tipo de suicidio consiste en que el individuo se "sacrifica" por la sociedad, es decir, es motivado por el deseo de favorecer un grupo o lograr un bien mayor. La persona renuncia a su vida por una causa muy grande, por ejemplo un sacrificio religioso, también cuando las presiones del grupo hacen de este acto algo muy aceptable y honroso o también cuando el

individuo desea evitar ser una carga para la sociedad (ancianos, enfermos crónicos o terminales, etc.).

3. Suicidio anónimo: es el resultado de la relación desequilibrada, causada por cambios súbitos, entre una persona y la sociedad, como consecuencia de un cambio social que el individuo no es capaz de manejar o afrontar, por lo que elige el suicidio como única solución.

Las explicaciones socioculturales son válidas en la medida en que se las utiliza como una parte de la compleja y completa explicación de este fenómeno, es decir como complemento de otros aspectos, como el psicológico, biológico, etc.

Explicaciones Bioquímicas

Se ha encontrado que un químico llamado Acido 5-Hidroxiindoleacético (5HIAA) está relacionado con la presentación de suicidio (Asberg, Traskman y Thoren, 1976 y 1990; Stanley y Mann 1983; Van Praag, 1983; citados por D. Sue, D. Sue y S. Sue, 1996). Al parecer, el fluido espinal de algunos pacientes deprimidos contiene cantidades anormalmente bajas de 5HIAA, el cual es producido cuando la serotonina, un transmisor que influye en los estados de ánimo y en las emociones, se desintegra en el cuerpo. Se ha indicado que pacientes con niveles bajos de 5HIAA tienen mayor probabilidad que otros de cometer suicidio, así como también de seleccionar métodos violentos para suicidarse y de tener una historia de violencia, agresión e impulsividad (Edman y cols., 1986; citados por D. Sue, D. Sue y S. Sue, 1996).

Los investigadores de este campo creen que la relación suicidio-depresión no es simple. Afirman que los pacientes deprimidos presentan niveles bajos de

5HIAA, pero lo que hace realmente interesante estos datos es el descubrimiento de niveles bajos de 5HIAA en personas suicidas sin historia de depresión y en individuos suicidas que sufren otros Trastornos Mentales (Brown y cols., 1982; Ninan y cols. 1984; citados por D. Sue, D. Sue y S. Sue, 1996)

Suicidio en Adolescentes

La población adolescente es una de las más golpeadas por el problema del suicidio, los jóvenes sufren crisis existenciales que los mantienen en la constante evaluación de sí mismos y lo logrado por ellos en sus vidas, frecuentemente sucumben en problemas depresivos, creyendo ser una molestia para sus familias, sus amigos y en su lugar de estudio u ocupación. Muchos consideran que si no existieran quizá las cosas irían mejor para todos, miran el suicidio como la mejor forma de expresar su confusión o también la mejor forma de castigar a quienes no los ayudaron; en ellos la mayoría de los suicidios no son impulsivos; al contrario, los adolescentes que intentan suicidarse usualmente lo hacen después que fallan sus intentos de buscar ayuda o de ser consolados por sus familiares o amigos (Moreira, 1995).

Psicopatología del Adolescente Suicida: su relación con la Depresión

El suicidio, en la mayoría de los adolescentes que lo cometen, no es causado por ningún factor aislado, sino más bien, por una combinación de factores; frecuentemente es el resultado de: depresión, falta de autoestima e incapacidad para visualizar un futuro mejor; en algunos casos se mezclan estos tres aspectos con las falencias encontradas en el ambiente social y el familiar.

A raíz de esto, se considera necesario conocer si existen trastornos mentales que se desarrollen paralelamente a la conducta suicida en el

adolescente. De ahí que varios autores hayan concluido que la relación entre la depresión y el suicidio es alta, pues para quienes padecen depresión los conflictos y situaciones aversivas aparecen como demasiado graves o difíciles de solucionar. Sin embargo Mendels (1970) (citado por D. Sue, D. Sue y S. Sue, 1996) explica que el paciente deprimido generalmente presenta retardo motor y una grave baja de energía por lo cual rara vez llega a cometer suicidio; a esto y como complemento, se puede decir que la mayor parte de los suicidios ocurren cuando el episodio depresivo ha sido resuelto (Wheat, 1960, citado por D. Sue, D. Sue y S. Sue, 1996).

Dos factores que juegan un papel importante en el suicidio son la depresión y la desesperanza y varias investigaciones corroboran esta afirmación, pues aunque no se puede asumir que el suicidio siempre es originado por la depresión, sí se puede afirmar que están relacionados altamente (Mc Guire, 1982 y Shneidman, 1991; citados por D. Sue, D. Sue y S. Sue, 1996); un estudio realizado por Beck (1967) (citado por D. Sue, D. Sue y S. Sue, 1996) mostró que los deseos de suicidio ocurrieron en el 74% de un grupo de personas deprimidas de gravedad, en comparación con solo el 12% de un grupo no deprimido.

Silver (1971) (citado por D. Sue, D. Sue y S. Sue, 1996) por su parte encontró que el 80% de los pacientes que ingresaron a un Hospital general debido a un intento de suicidio estaban deprimidos en la observación inicial. Temoche y cols. (1964) (citados por D. Sue, D. Sue y S. Sue, 1996) realizaron un estudio de suicidios consumados cometidos por pacientes mentales en Massachusetts, el cual mostró que el índice de suicidio para las personas

deprimidas fue 36 veces más alto que el de la población en general y Barraclough y cols. (1969) (citados por D. Sue, D. Sue y S. Sue, 1996) también corroboran estos hechos en un estudio retrospectivo en el que se encontró que el 80% de los pacientes que cometieron suicidio estaban deprimidos antes de hacerlo.

Los pensamientos suicidas asaltan frecuentemente a las personas que se encuentran deprimidas; la tristeza invade y por tanto sólo se miran los aspectos negativos de la vida, se rechazan las posibles soluciones a los problemas y se siente una tristeza persistente que dentro de la mente de la persona deprimida y del potencial suicida, cierra cualquier posibilidad de estar mejor y por esto el pensamiento de que quizá la única solución efectiva sea la muerte, parece ser la única forma válida de aliviar el dolor sentido (Bernhardt, 1996).

Sauceda (2000) afirma que los trastornos psiquiátricos son alteraciones que afectan las emociones o la conducta, de esta forma la depresión, trastornos de personalidad e impulsividad están fuertemente ligados al suicidio, explica que los jóvenes con intento de suicidio padecen algún tipo de depresión y son característicos estos síntomas: insomnio o sueño excesivo, disminución o pérdida del apetito, alteración del peso corporal, problemas en sus relaciones familiares o sociales, aislamiento social y tristeza marcada y persistente.

Existen otros trastornos psiquiátricos frecuentes en los adolescentes suicidas, los cuales pueden tener sus raíces en experiencias traumáticas sucedidas en la infancia, por lo que se debe procurar la detección temprana de dichos trastornos para, a través de la psicoterapia, reducir esos problemas que suelen ir ligados al suicidio; según Black (2001) hay tres grandes tipos: (a)

desórdenes emocionales, ansiedad, depresión y fobias; (b) desórdenes conductuales; y (c) desórdenes por déficit de atención.

Ampliando esta información, Del Bosque (2000) considera que los adolescentes sufren muchos conflictos de adaptación, lo cual no necesariamente los lleva a estar deprimidos pero sí puede conducirlos a intentar quitarse la vida; explica que los trastornos de personalidad más vinculados al suicidio son el antisocial y el borderline; las mujeres intentan suicidarse con mayor frecuencia pero suelen ser intentos sin llegar a consumarse, en cambio en el hombre suelen ser alcanzados con mayor frecuencia. Afirma que también existen jóvenes que intentan suicidarse sin padecer ningún problema psiquiátrico, pero sí viviendo problemas ambientales que afectan su estabilidad emocional.

Actualmente es conocido que muchos adolescentes se suicidan, quizá porque encuentran sus vidas tan dolorosas que la única salida es causarse la muerte. De este modo se ha considerado que el tipo de vida que llevan los adolescentes, influenciados por la sociedad y los problemas de ésta, los conduce a sufrir trastornos mentales que deberían ser tratados médicamente para evitar problemas posteriores. Casi todos los suicidas han sufrido trastornos psiquiátricos como depresión, ansiedad y trastornos en la alimentación, sin embargo también existen casos en los que en el momento del suicidio no se padece ningún trastorno (Del Bosque, 2000).

Epidemiología de la Conducta Suicida en los Adolescentes

El acto de atentar contra la propia vida es frecuentemente llevado a cabo por personas de diferentes edades y grupos socioculturales; encontrándose, como

se ha venido planteando, que uno de los más afectados es el grupo conformado por los adolescentes. Cifras recientes sugieren que los suicidios de adolescentes se elevaron más del 200% entre 1960 y 1988 en comparación con un incremento para la población general del 17% (Garland y Zigler, 1993; citados por D. Sue, D. Sue y S. Sue, 1996).

Según una encuesta Gallup realizada por Freiberg (1991) (citado por D. Sue, D. Sue y S. Sue, 1996) con adolescentes estadounidenses, el 6% de los jóvenes admitió un intento de suicidio y un 15% admitió que había estado cerca de intentarlo, paralelo a esto también encontró que hubo 4.924 suicidios registrados de manera oficial de jóvenes entre 15 y 24 años, más del triple del índice de 1957; en otra encuesta Gallup realizada a familias de clase media se encontró que entre el 8% y el 9% de los adolescentes han realizado conductas de auto daño.

Como complemento a este estudio la Academia de Pediatría de Estados Unidos (1995) afirma que el suicidio en los adultos se ha mantenido en un número estable mientras que en los jóvenes de 15 a 19 años se ha triplicado y constituye la tercera causa de muerte más frecuente en Estados Unidos; también se conoce que una encuesta realizada, en ese mismo país, entre jóvenes de 13 a 19 años indica que el 60 % de ellos conoce un joven que haya intentado suicidarse, el 15% ha tenido en mente esa posibilidad alguna vez y las razones que presentan son diversas pero la de mayor presencia es el tener problemas en el hogar.

Vega (1988) explica que en los jóvenes son más frecuentes los intentos de suicidio que los suicidios consumados, sin embargo ésta es la segunda causa

de muerte en los adolescentes y el 80% de los suicidios consumados se asocian a trastornos depresivos; de ahí que se consideren como altos factores de riesgo un intento de suicidio previo, advertencias de que va a realizarse suicidio, depresión y sentimientos de culpa, entre muchos otros como: aislamiento social, abuso de alcohol y drogas, problemas de pareja, desempleo o dificultades financieras.

Otros estudios confirman que los adolescentes deprimidos son extremadamente vulnerables al suicidio. En una encuesta a 5.500 estudiantes de primer y último año del Instituto de Segunda Enseñanza en Kentucky, el 30% de ellos informó respecto a haber considerado el suicidio seriamente en los últimos 12 meses, el 19% indicó tener un plan específico para suicidarse y el 11% restante lo había intentado (Jennings, 1990; citado por Shafii y Shafii, 1995).

Por otra parte, en un estudio realizado por el Instituto Mexicano del Seguro Social los desencadenantes de suicidio más frecuentes son los conflictos familiares y los antecedentes de abuso físico y sexual; Saucedo (1995) menciona, entre los factores precipitantes, los conflictos familiares que ocupan el primer lugar, explicados como los problemas para relacionarse con los padres, hermanos y otros familiares; esto se encontró en un estudio realizado con 21 jóvenes entre los 7 y 15 años con intento de suicidio, de los cuales 10 padecían únicamente depresión y los restantes tenían problemas de control de impulsos y depresión. Otros resultados encontrados fueron que la mayoría tenía antecedentes de depresión en la familia; la mayoría utilizaron la intoxicación por medicamentos como método para cometer suicidio, el 48% trataron de no ser

descubiertos, lo intentaban cuando se hallaban solos, se encerraban y lo hacían en la noche, la mayor parte de los sujetos fueron mujeres y casi todos habían intentado suicidarse una o dos veces antes (Sauceda, 1995).

Según la Revista Colombiana de Psiquiatría (1996) en Colombia los suicidios consumados se producen en un alto porcentaje en jóvenes menores de 16 años y al diferencia entre hombres y mujeres ha disminuido al punto de ser casi igual en 1989 Arteaga (1996) encontró que los métodos más utilizados en las conductas suicidas varían según un patrón sociocultural; en Colombia los suicidios ocasionados por arma de fuego ocupan un lugar preponderante, siendo también frecuentes la intoxicación, el uso de armas blancas y el ahorcamiento. Otro factor asociado al suicidio es la presencia de enfermedades psiquiátricas, especialmente depresión y esquizofrenia, así como también eventos vitales que afectan al individuo, especialmente aquellos que representan pérdidas afectivas importantes.

En un estudio sobre el suicidio desde la perspectiva forense, Arteaga (1996) encontró que de las 24.947 necropsias por muertes violentas realizadas en el Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses en 1992, 754 correspondieron a suicidios, de los cuales 28 casos fueron adolescentes de entre 13 y 18 años, lo que equivale al 12% de la población.

Según Corrales (2000) el fenómeno suicida ocurre en Colombia con una alta frecuencia, pues cada cuatro horas ocurre un suicidio. Dentro de esta problemática los adolescentes han sido personajes importantes, pues por la confusión constante acerca de sí mismos y su alrededor, son más propensos a caer en situaciones donde los pensamientos de desesperanza, los sentimientos

de frustración y las experiencias de depresión los llevan a constituir la ideación suicida; siendo así que en 1997 el 38% de los suicidios ocurrieron en jóvenes de 15 a 24 años de edad. Además el 80% de los casos de suicidio consumado o intento presenta características depresivas.

Factores de Riesgo Suicida

Dentro del estudio del suicidio, varios autores (Christman, 1998; Beachler, 2000; Moreira, 1995) plantean que éste es una respuesta a situaciones que en conjunto resultan incontrolables; puede suceder en cualquier periodo de la vida y la adolescencia es uno de los más afectados, pues es en esta etapa del desarrollo cuando los cambios evolutivos se acentúan y marcan una importancia significativa, implican estrés, confusión, miedo, incertidumbre, presión por el éxito y la exigencia de una gran capacidad de pensar acerca de las cosas desde un nuevo punto de vista, definiendo así la manera en que el joven resuelve sus problemas y toma decisiones sobre su vida.

Durante este proceso evolutivo la mayoría de experiencias que atraviesa el joven suelen ser percibidas como situaciones incontrolables que alteran su estado emocional pues, en conjunto, los cambios normales del desarrollo, su inseguridad acerca de todo cuanto vive y lo que le rodea, sus pensamientos sobre sus cambios corporales y su aspecto físico, la vivencia de algunas circunstancias problemáticas (divorcio de los padres, violencia familiar, abuso sexual, abuso de drogas) y el hecho de que los cuestionamientos principales sean acerca de sus anteriores sueños infantiles y la búsqueda de su independencia pueden causar gran perturbación en el joven y resultar agobiantes (Beachler, 2000).

Ante estas crisis y este choque con lo nuevo, muchos adolescentes caen en la depresión y algunos comienzan a considerar el suicidio como una forma de comunicar su descontento a los demás, como un suceso romántico o simplemente como el proceso final (Christman, 1998); piensan en él por que consideran que puede serles útil para sanar esa desesperación. Beachler (2000) explica que para los adolescentes que piensan en la conducta suicida ésta tiene varios significados, entre ellos: (a) huída, escapar de la situación dolorosa, estresante o abrumadora; (b) duelo, cuando hay pérdida de un elemento importante en la vida del deprimido; (c) castigo, para controlar sentimientos de culpa; (d) crimen, cuando además existen deseos de matar a otros; (e) venganza, para provocar remordimiento; (f) llamar la atención o manipular a otros; (g) sacrificio, para conseguir un supuesto estado superior; y (h) juego, para probar valentía y ser aceptado por un grupo.

En sí los factores de riesgo varían de acuerdo a la edad, el sexo y las influencias socioculturales; pueden modificarse a lo largo del tiempo y por lo general se presentan combinados. Estos son:

1. Uno o más trastornos mentales diagnosticables (Shafii y Shafii, 1995).
2. Trastornos depresivos (Shaffer, 1974; Hoberman y Garfinkel, 1989; Brent, 1988; Shaffer, 1988; Robbins y Alessi, 1985; Rotheram-Borus y Trautman, 1988; Garfinkel y Cols., 1982; citados por Shafii y Shafii, 1995).
3. Comportamientos impulsivos (Marsellach, 1999).
4. Acontecimientos adversos de la vida: encarcelación, la pérdida de un ser querido, la ruptura con la pareja y la sensación de desarraigo, dificultades económicas, entre otros (Marsellach, 1999).

5. Falta de éxito en los estudios (Marsellach, 1999).
6. Antecedentes familiares de depresión, de trastornos mentales o abuso de sustancias (Shafii y Shafii, 1995).
7. Violencia familiar, incluido abuso físico, sexual y verbal y/o emocional (Marsellach, 1999).
8. Intento de suicidio previo o antecedentes familiares de suicidio (Shafii y Shafii, 1995).
9. Presencia de armas de fuego en el lugar de vivienda (Marsellach, 1999).
10. Exposición a comportamientos suicidas de otras personas (familiares, amigos, escenas de televisión, etc.) (Marsellach, 1999).
11. Creencias de tipo cultural y religioso (Marsellach, 1999).
12. Enfermedad física, en donde se destaca el dolor crónico, las enfermedades crónicas o terminales y las intervenciones quirúrgicas o diagnóstico reciente de lesiones invalidantes o deformantes. También en conductas autodestructivas e impulsos suicidas en pacientes epilépticos, psicosis orgánicas y enfermedades como neumonía, hepatitis, etc. que se asocian a periodos depresivos (Marsellach, 1999).
13. De acuerdo a la edad tienen mayor riesgo de suicidio los adolescentes y los ancianos (Shafii y Shafii, 1995).

Señales de Alerta en los Adolescentes

Moreira (1995) pone en conocimiento algunos comportamientos del adolescente que pueden ser señales de alerta sobre la posibilidad de que un joven esté contemplando la idea de quitarse la vida, los indicadores más comunes suelen ser:

1. Hablar acerca, o estar preocupado por el tema de la muerte, o manifestar deseos de morir.
2. Manifestar expresiones como “mi familia estaría mejor sin mí” o “deseo estar muerto” y otras relacionadas con su muerte.
3. Perder el interés por actividades importantes o actividades que antes le resultaban placenteras.
4. Malos resultados en el estudio o deterioro ocupacional
5. Mostrar signos y síntomas de depresión como: cambios en los hábitos de comer y dormir, falta de concentración, sentimientos de tristeza, desesperanza, minusvalía y culpa, sensación de aburrimiento, descuido del aspecto personal, etc.
6. Regalar objetos personales importantes y botar cosas suyas.
7. Aumento de molestias físicas asociadas a conflictos emocionales como por ejemplo: dolores de estómago, de cabeza, etc.
8. Manifestaciones de emociones contenidas y alejamiento
9. Abusar de drogas o alcohol.
10. Retraimiento respecto de los amigos y miembros de la familia.
11. Cambios en los hábitos alimenticios y de sueño.
12. Comportamiento rebelde, impulsivo e involucramiento en situaciones de riesgo innecesarias.
13. Experimentar tensión.
14. Falta de respuesta a los elogios.
15. Avisos de planes o intentos de suicidio

Depresión

Durante la vida, el estado de ánimo o afecto de una persona experimenta muchos cambios que pueden variar desde una profunda tristeza hasta una alegría incontrolable; en muchos casos estos cambios son secundarios a un evento estresante, pero en otros se presentan de manera repentina, sin evidenciarse algún factor desencadenante; su duración en algunas personas es relativamente corta y no producen deterioro significativo en su vida, sin embargo, en otras personas estos cambios afectivos persisten por un largo período de tiempo y causan gran malestar y perturbación en todos los aspectos de su vida. Estos cambios pueden ser sintomáticos de un trastorno afectivo, que se define según D. Sue, D. Sue y S. Sue (1996) como perturbaciones en las emociones que causan malestar subjetivo y/o entorpecen la capacidad de una persona para funcionar adaptativamente. En estos trastornos la depresión y la manía son fundamentales, la primera se caracteriza por tristeza intensa, sentimientos de futilidad e inutilidad y aislamiento de los demás, y la segunda se caracteriza por un estado de ánimo elevado, expansivo e irritable y energía ilimitada que generalmente da por resultado hiperactividad. Según la definición del DSM IV (APA, 1994), la principal característica de la depresión es un periodo de por lo menos dos semanas en las que la persona experimenta un estado de ánimo deprimido o una pérdida de interés o placer en casi todas las actividades, acompañado de cuatro o más de los siguientes síntomas: cambios en el apetito, el sueño y la actividad psicomotora, pérdida de energía, sentimientos de minusvalía o culpa, dificultad para pensar, concentrarse o tomar decisiones y la presencia recurrente de ideas de muerte o suicidio. En

los niños y adolescentes es característico encontrar que en lugar de tristeza manifiesten irritabilidad.

Síntomas de la Depresión

Un trastorno depresivo no siempre se manifiesta de la misma manera en todas las personas. Aunque los síntomas son los mismos, su presentación puede variar de un individuo a otro, en algunos se presentan ideas o intentos de suicidio y en otros no y en algunos se trata de episodios depresivos y en otros se convierte en un estado permanente. En general una persona deprimida presenta un conjunto de signos y síntomas depresivos.

Síntomas anímicos

El síntoma más notorio es la tristeza, queja principal en la mayoría de las personas deprimidas; en ellas son comunes el abatimiento, pesadumbre e infelicidad, aunque en algunos casos la irritabilidad, nerviosismo o sensación de vacío es la característica predominante del estado de ánimo. También es usual encontrar sentimientos de inutilidad y de pérdida de la alegría de vivir. Algunos deprimidos graves pueden negar sus sentimientos de tristeza alegando que en su estado les es imposible tener algún sentimiento (Belloch, Sandín y Ramos, 1995). El pesimismo frecuentemente hace parte de la sintomatología depresiva, dando origen a sentimientos de devaluación personal y a una actitud negativa hacia su vida (Calderón, 1996). Puede presentarse llanto violento como una reacción general a la frustración, el cual no está relacionado directamente con una situación específica (D. Sue, D. Sue y S. Sue, 1996) y es más frecuente en las mujeres (Calderón, 1996). En otros casos la depresión se inicia con una indiferencia hacia las cosas que antes le resultaban interesantes; los intentos

por mejorar el estado de ánimo del deprimido por parte de familiares y amigos son infructuosos y finalmente éste cae en una tristeza más profunda descrita por muchos deprimidos como insoportable y dolorosa (Calderón, 1996).

Síntomas motivacionales y conductuales

La actividad y productividad del sujeto disminuyen, es común escuchar en personas deprimidas que no sienten deseos de hacer ninguna actividad y que su rendimiento es deficiente. La falta de entusiasmo e interés están completamente afectados (Calderón, 1996). La anhedonia o incapacidad para sentir placer es uno de los principales síntomas de la depresión, por lo que actividades cotidianas, como levantarse, asearse y tomar decisiones pueden volverse tareas imposibles de realizar, incluso estas personas pueden dejar el estudio o el trabajo (Belloch, Sandín y Ramos, 1995). Esta inhibición conductual característica del estado depresivo, en su forma más grave es conocida como retardo psicomotor, un enlentecimiento generalizado de las respuestas motoras, el habla, los gestos expresivos, las respuestas espontáneas y una inhibición motivacional casi absoluta, retardo que en caso de gravedad extrema puede llegar al estupor depresivo, mutismo y parálisis casi totales, similar al estupor catatónico (total inmovilidad), presente en la esquizofrenia catatónica (Klerman, 1987, citado por Belloch, Sandín y Ramos, 1995). Contrario a esto, otros depresivos pueden mostrarse agitados y con síntomas de intranquilidad (D. Sue, D. Sue y S. Sue, 1996). La inseguridad es otro síntoma frecuente de la depresión, que se manifiesta como la pérdida de confianza en sí mismo, dificultando la toma de decisiones (Calderón, 1996), aspectos que frecuentemente deterioran su desempeño a nivel académico o laboral. Los

impulsos suicidas son frecuentes en las personas deprimidas, así como también impulsos a la ingestión de alcohol y otras drogas que disminuyan o calmen su tristeza (Calderón, 1996).

Síntomas cognitivos

La dificultad para evocar la información almacenada es frecuente en los estados depresivos, junto con una disminución en la capacidad de atención y concentración (Calderón 1996), así como también una seria dificultad para tomar decisiones, incapacitando su desempeño en las tareas cotidianas (D. Sue, D. Sue y S. Sue, 1996). El contenido de las cogniciones también se ve alterado: la valoración que hace una persona deprimida de sí misma, de su entorno y de su futuro generalmente es negativa, por lo que la autodepreciación, la autoculpa y la pérdida de autoestima siempre están presentes en las cogniciones de estas personas, manifestándose verbalmente en frases como “Soy nefasto para los demás” o “Me he convertido en una carga inútil”, ideas que en ocasiones se apoyan en una falta real pero trivial y que aparecen de forma continua y persistente en la mente del individuo quien constantemente se esfuerza por eliminarlas sin llegar a conseguirlo (Calderón, 1996). Autoacusaciones de incompetencia y autodenigración, también se hacen comunes en este estado, al igual que los pensamientos de suicidio (D. Sue, D. Sue y S. Sue, 1996).

Síntomas fisiológicos

Las dificultades para dormir son un síntoma común en las personas deprimidas, generalmente se trata de insomnio (dificultad para quedarse dormido, despertar varias veces a lo largo de la noche o despertar a la

madrugada y no poder volver a conciliar el sueño) y con menos frecuencia la hipersomnia (Belloch, Sandín y Ramos, 1995). La pérdida de apetito también es frecuente y como consecuencia de este síntoma la persona disminuye su peso corporal, lo que en la depresión grave puede amenazar la vida; aunque en otros casos la persona puede comer en exceso y subir de peso (D. Sue, D. Sue y S. Sue, 1996). Algunas personas deprimidas presentan estreñimiento y en las mujeres la depresión puede interrumpir el ciclo menstrual normal. Otros síntomas comunes son la fatiga y disminución del deseo y la actividad sexual, e impotencia en algunos hombres.

Otros síntomas frecuentes son cefalea tensional manifiesta especialmente en los músculos de la nuca y los temporales, trastornos digestivos como dispepsias, náuseas, vómito, estreñimiento, etc., trastornos cardiovasculares generalmente en la frecuencia o ritmo cardíaco y mareos y alopecia entre otros (Calderón, 1996).

Se ha encontrado que los síntomas de las personas que buscan ayuda difieren de los síntomas de las personas que no lo hacen, esto es, mientras que el estado anímico en ambos grupos es semejante, los que acuden a un profesional, presentan sintomatología física mayor que los segundos (Belloch, Sandín y Ramos, 1995).

Síntomas interpersonales

Muchas personas deprimidas manifiestan una disminución en el interés por los demás, lo que deteriora sus relaciones interpersonales y generalmente los hace vulnerables al rechazo de las personas que los rodean, lo que produce un

aislamiento aún mayor (Klerman y Weissman, 1986; citados por Belloch, Sandín y Ramos, 1995).

Epidemiología de la Depresión

La depresión es la queja más común de las personas que buscan ayuda para la salud mental (Gotlib, 1992 y Strickland, 1992 ; citados por D. Sue, D. Sue y S. Sue, 1996). Myers y cols. (1984) (citado por D. Sue, D. Sue y S. Sue, 1996) encontraron que alrededor del 3% de la población masculina adulta y el 7% de la femenina en Estados Unidos han experimentado un trastorno afectivo del tipo depresivo durante un período de seis meses. La proporción de personas que desarrollarán depresión grave en algún momento de sus vidas es mayor del 8%, en donde las mujeres tienen índices más altos que los hombres (Regier y cols., 1988; citados por D. Sue, D. Sue y S. Sue, 1996). También se ha encontrado que la periodicidad de la depresión ha aumentado durante los últimos 5 años (Robin y cols., 1984; citados por D. Sue, D. Sue y S. Sue, 1996).

La depresión es uno de los trastornos diagnosticados más frecuentemente en los pacientes hospitalizados por trastornos mentales y también en la población en general y es mucho más frecuente que la manía (D. Sue, D. Sue y S. Sue, 1996).

De otro lado, la adolescencia muy a menudo es vivida por los jóvenes como un periodo de emociones confusas, formación de identidad y cuestionamientos, lo que la hace difícil y en ocasiones muy estresante, haciendo que muchos adolescentes vean en el suicidio una respuesta lógica a tal situación (D. Sue, D. Sue y S. Sue, 1996). Es en este periodo cuando son especialmente vulnerables a sufrir depresión, ya que los cambios normales del estado de ánimo se

intensifican significativamente y se experimenta más a menudo tristeza y humor disfórico (M. Shafii y S. Shafii, 1995).

Kaplan y cols. (1984) (citado por M. Shafii y S. Shafii, 1995) administraron el Inventario de Beck "BDI" a 385 estudiantes de educación secundaria y pudieron concluir que la edad tiene una influencia significativa en la depresión pues encontraron que los niños de 11 a 13 años de edad tenían menos síntomas depresivos que los de 14 a 18 años de edad, exceptuando dos síntomas, sentirse poco atractivo y adelgazar intencionalmente, especificando que los síntomas no variaron de acuerdo al género pero sí que hubo más chicas que chicos sintiéndose poco atractivas y fatigadas e intentando adelgazar a propósito.

Schoenbach y cols. (1982) (citado por M. Shafii y S. Shafii, 1995) estudiaron a 384 adolescentes jóvenes para evaluar los síntomas depresivos; comparados con los adolescentes normales, los adolescentes deprimidos tenían sueño más inquieto, no conseguían animarse, tenían problemas de concentración, no disfrutaban de la vida, tenían "rachas" de llanto, se sentían tristes y tenían hiposomnia.

Al hacer una diferenciación teniendo en cuenta la edad, el género y el nivel socioeconómico, prevalecen los siguientes datos:

1. Edad: Los estudios epidemiológicos realizados por Kashani y Carlson (1987), Kashani y Simonds (1979) y Kashani y cols. (1983, 1986, 1987) (citados por M. Shafii y S. Shafii, 1995) los ha llevado a afirmar que la prevalencia de la depresión mayor aumenta con la edad en niños y adolescentes; igualmente para la distimia que también parece aumentar con la edad (M. Shafii y S. Shafii,

1995). Kashani (1987) (citado por M. Shafii y S. Shafii, 1995) encontró que en una muestra compuesta por adolescentes de 14 y 16 años de edad, el 8% tenía distimia y el 3,3% sufría distimia, sin trastorno depresivo mayor que la acompañase.

2. Género: Anderson y cols. (1987) (citado por M. Shafii y S. Shafii, 1995) por su parte, investigó la depresión según el sexo, encontrando una relación varón – mujer de 5:1 para el trastorno depresivo a los 11 años de edad y a los 13 años la misma relación era de 4:1 (Mc Gee y Williams, 1988 citados por M. Shafii y S. Shafii, 1995). Contrariamente Kovacs (1985) (citado por M. Shafii y S. Shafii, 1995) encontró que la distribución en cuanto al sexo, en niños de 8 a 13 años con trastornos del estado de ánimo era más o menos igual para la depresión mayor, la distimia y el trastorno adaptativo con estado de ánimo deprimido; mientras que Kandel y Davies (1982) (citados por M. Shafii y S. Shafii, 1995) encontraron que las adolescentes de 14 a 18 años de edad tenían más síntomas depresivos que los varones.

3. Nivel socioeconómico: Se ha encontrado que el trastorno depresivo mayor no tiene ninguna relación relevante con la clase social (Weissman y Myer, 1987; citados por M. Shafii y S. Shafii, 1995) y que el nivel socioeconómico no tiene efectos sobre la frecuencia de estado de ánimo deprimido en adolescentes de 14 a 18 años de edad.

Modelos Teóricos de la Depresión

Teorías Conductuales

Según Ferster (1973) (citado por Belloch, Sandín y Ramos, 1995) la depresión se caracteriza por una reducción en la frecuencia de las conductas

que son reforzadas positivamente y que sirven para controlar el medio (por ejemplo: reducción de las interacciones sociales o de las actividades académicas o profesionales), mientras que se produce, por lo contrario, un aumento de conductas de evitación o escape a estímulos aversivos (por ejemplo: no levantarse en las mañanas para realizar todas sus actividades diarias). Este autor plantea cuatro procesos que de forma aislada o en conjunto pueden explicar la depresión:

1. Cambios rápidos, súbitos e inesperados en el medio que implican pérdida de fuentes de reforzamiento o de estímulos discriminativos importantes para la persona, por ejemplo: la ruptura de una relación amorosa. Para Ferster (1973) (citado por Belloch, Sandín y Ramos, 1995) la pareja es una fuente central de reforzamiento y alrededor de ella suele estar organizada gran parte de la vida de la otra persona, de manera que muchas de sus conductas están asociadas con esa fuente de reforzamiento, por tanto la pareja funciona como un estímulo discriminativo cuya presencia o ausencia indica a la persona la presencia o ausencia de refuerzo, y por ende aumenta o reduce la frecuencia de la conducta (Ferster, 1973; citado por Belloch, Sandín y Ramos, 1995).

2. Programas de refuerzo de gran coste, que requieren grandes cambios de conducta para producir consecuencias en el medio, es decir, el individuo debe ejecutar de manera constante y consecutiva una determinada conducta, por un tiempo prolongado, para poder obtener el refuerzo, el cual es adquirido mucho tiempo después de comenzar la ejecución de la conducta. Posteriormente el individuo experimenta un periodo de abulia y pérdida del interés antes de comenzar de nuevo. Por ejemplo: un estudiante que debe presentar un examen

cuyo contenido es muy extenso y complejo, por lo que debe dedicar muchas horas diarias de esfuerzo, durante largos periodos de tiempo y sin ninguna indicación de éxito o refuerzo antes del día del examen. En estas condiciones es posible la presentación de un estado de abulia en el cual el estudiante es incapaz de dedicarse a estudiar para un segundo examen antes de finalizado el primero (Ferster, 1973; citado por Belloch, Sandín y Ramos, 1995).

3. Incapacidad de desarrollar comportamientos debido al surgimiento de “espirales patológicas” en las que una baja frecuencia de refuerzos positivos provoca una disminución de conductas, que imponen a su vez una mala adaptación al medio y por ende un menor número de refuerzos positivos que a su vez produciría una nueva reducción de conductas. Por ejemplo: un estudiante que se encuentra en un país extranjero. Si sus primeros contactos con los estudiantes de dicho país no son muy positivos, el estudiante puede evitar tales contactos, esta conducta de evitación o aislamiento reduce la probabilidad de encontrar nuevos refuerzos sociales, ya que sus compañeros extranjeros pueden, por ejemplo sentirse molestos por su retraimiento, pero además entorpece el desarrollo o ejecución de respuestas por parte del individuo de las habilidades necesarias para comunicarse con sus nuevos compañeros; a su vez, todo esto puede llevar a la persona a evitar en mayor medida cualquier interacción social (Ferster, 1973; citado por Belloch, Sandín y Ramos, 1995).

4. Repertorios de observación limitados, que llevan a la persona deprimida a distorsionar la realidad y a conductas que son reforzadas en pocas ocasiones. Retomando el ejemplo del estudiante en un país extranjero, el proceso de

adaptación implica observar correctamente y aprender las normas sociales de ese país, para así no emitir conductas que en ese nuevo ambiente no obtienen refuerzos positivos (por ejemplo: la puntualidad en los compromisos, etc.) (Ferster, 1973; citado por Belloch, Sandín y Ramos, 1995)

D. Sue, D. Sue y S. Sue (1996) por su parte, ven la causa de la depresión en los reforzadores inadecuados e insuficientes en la vida de una persona, lo que conduce a la reducción de la frecuencia de la conducta que anteriormente era reforzada de manera positiva. Si este nivel bajo de actividad ocasiona la simpatía de los demás, la persona puede permanecer inactiva y depresiva en forma crónica, ya que la simpatía de los demás puede estar reforzando el estado de inactividad, este reforzamiento por un nivel de actividad bajo se conoce como ganancia secundaria. En esta medida el estado depresivo se hace más intenso y la persona se aleja más del ambiente, lo que disminuye la probabilidad de que esta persona reciba reforzamiento positivo por la actividad normal. Ferster (1973) (citado por Belloch, Sandín y Ramos, 1995) plantea que muchas de las conductas depresivas permiten al sujeto evitar estímulos aversivos o situaciones desagradables en las que podría esperar una nueva reducción de refuerzos positivos, de tal manera que dichas conductas se mantienen por reforzamiento negativo.

La depresión también está asociada a la disminución de reforzadores ambientales, cuando las personas obtienen poco o ningún reforzamiento del ambiente y no se autoreforzan, es decir, no se proporcionan refuerzo ellas mismas, se vuelven propensas a la depresión, además es posible que la persona deprimida carezca de las habilidades necesarias para reemplazar los

reforzadores ambientales perdidos (Heiby, 1983; citado por D. Sue, D. Sue y S. Sue, 1996).

Lewinsohn (1974) (citado por D. Sue, D. Sue y S. Sue, 1996) por su parte planteó una teoría de tres variables en el origen de la depresión, variables que pueden aumentar o entorpecer el acceso al reforzamiento positivo en una persona:

1. El número de eventos y actividades que son potencialmente reforzantes para la persona, el cual depende de las diferencias individuales (por ejemplo la edad), varía con los rasgos biológicos (por ejemplo el género y los atributos físicos) y con las experiencias de la persona. Para dar algunos ejemplos se puede decir que es más probable que una persona atractiva físicamente reciba más atención que una persona poco atractiva. También es más probable que una persona joven tenga más interacción social que una persona jubilada; así como una persona dedicada a actividades intelectuales, espirituales, etc. puede que sea menos hábil socialmente, recibiendo menos reforzamiento que otra persona que responda más al medio y a sus fuentes de reforzamiento.

2. La disponibilidad de reforzamientos en el ambiente, por ejemplo los ambientes de instituciones reglamentadas o lugares aislados tienden a ser menos productores de reforzamiento.

3. La conducta instrumental de la persona, es decir, las habilidades sociales que ésta posea y que pueden ser ejercidas para producir reforzamiento. Muchas personas deprimidas carecen de dichas habilidades: interactúan con menos personas, responden menos, tienen pocas reacciones positivas, inician menos conversaciones y generalmente se sienten más incómodas en

situaciones sociales, además pueden generar depresión en las personas de su ambiente (Hammen y Peters, 1978; citados por D. Sue, D. Sue y S. Sue, 1996)

Años más tarde, y siguiendo el modelo de Ferster (1973) (citado por Belloch, Sandín y Ramos, 1995), Lewinsohn (1976) (citado por Belloch, Sandín y Ramos, 1995) propone una teoría de la depresión según la cual la depresión es una respuesta a la pérdida o falta de refuerzos positivos contingentes a la conducta, debido a que un reforzamiento insuficiente en los principales dominios vitales de una persona, conduciría a un estado depresivo y a una reducción en el número de conductas, lo que de acuerdo con Lewinsohn (1976) (citado por Belloch, Sandín y Ramos, 1995) son los fenómenos primarios de la depresión. Síntomas como baja autoestima y desesperanza son consecuencia de la reducción en el nivel de actividad. Esta teoría, según Lewinsohn (1976) (citado por Belloch, Sandín y Ramos, 1995) puede deberse a uno o a todos los siguientes factores: (a) un ambiente que no proporciona el reforzamiento suficiente, (b) falta de habilidades sociales para obtener reforzamiento de un ambiente determinado, y (c) incapacidad de disfrutar de los reforzadores disponibles debido a que el sujeto presenta altos niveles de ansiedad social que, al interferir con la ejecución de sus habilidades sociales, le impide acceder a los refuerzos sociales.

Las personas deprimidas parecen estar preocupadas por sí mismas, tienden a hablar de ellas aunque no se les haya pedido hacerlo, generando incluso el alejamiento de los demás, ya que tal vez las personas no deprimidas no disfrutaban hablar con ellas y además pueden proporcionar poco reforzamiento positivo durante las interacciones sociales, por lo tanto pierden o disminuyen

cualquier oportunidad de reforzamiento social que éstas pudieran ofrecer, es más, estas personas deprimidas pueden crear condiciones que aumenten su depresión (Coyne, 1976; citado por D. Sue, D. Sue y S. Sue, 1996).

Posteriormente Lewinsohn y cols. (1985) (citados por D. Sue, D. Sue y S. Sue, 1996) presentaron un modelo más global de la depresión, el cual plantea que un evento antecedente, como factores generadores de estrés, distorsiona los patrones de conducta de la vida de las personas, lo cual puede reducir el nivel de reforzamiento positivo e incrementar las experiencias aversivas. Si las personas son incapaces de afrontar efectivamente el estrés se presenta en ellas un estado aumentado de conciencia, realizan revisiones rígidas y estrictas de ellos mismos, como por ejemplo autocríticas, expectativas negativas y pérdida de seguridad, por lo tanto tienden a experimentar un afecto deprimido que les dificulta funcionar apropiadamente y aumenta las reacciones depresivas.

Finalmente Lewinsohn (1976) (citado por Belloch, Sandín y Ramos, 1995) señala que la depresión a corto plazo se mantiene al provocar refuerzo social positivo por parte de las personas de su entorno en forma de simpatía, atención, apoyo y afecto, y en la depresión a largo plazo, la conducta depresiva puede llegar a ser aversiva para esas personas, las cuales empezarían a evitar a la persona deprimida, reduciéndose el reforzamiento, por lo que se puede desarrollar una espiral patológica que exacerbaría o mantendría los síntomas depresivos a lo largo del tiempo.

Teorías Cognitivas

La baja autoestima es considerada como causa de la depresión. Las personas deprimidas tienen por lo general un autoconcepto negativo, estas personas se perciben como ineptas, inútiles e incompetentes, sin importar cual sea la realidad; generalmente consideran sus triunfos como cuestión de suerte o como predicción de un fracaso final, interpretaciones que conducen a pensamientos de autoculpa, autocrítica e ideas exageradas de deber y responsabilidad (D. Sue, D. Sue y S. Sue, 1996).

Beck (1976) (citado por D. Sue, D. Sue y S. Sue, 1996) formula una teoría cognoscitiva en la etiología de la depresión, en la cual plantea que la manera como las personas interpretan sus experiencias determina su estado de ánimo: si una persona ve una situación como desagradable experimentará sentimientos de desagrado. Varios años más tarde él mismo replantea esta teoría afirmando que en la depresión se presenta una distorsión o sesgo sistemático en el procesamiento de la información. Después de un suceso vital que implica pérdida o fracaso, es frecuente la aparición de sentimientos de tristeza y abatimiento; el valor que se da a estos sucesos negativos es excesivamente grande en las personas deprimidas, quienes los consideran globales, frecuentes e irreversibles, presentándose lo que se conoce como triada cognitiva que opera desde tres puntos de vista negativos: (a) sobre sí mismo, (b) sobre el mundo, y (c) sobre el futuro. Esta triada resulta de una amplificación de los sentimientos de tristeza y abatimiento, ya sea en su duración, frecuencia o intensidad, de forma que interfiere sustancialmente con la capacidad adaptativa de la persona que los padece (Belloch, Sandín y

Ramos, 1995). Este proceso cognitivo distorsionado conduce al resto de los síntomas afectivos, conductuales, motivacionales y fisiológicos (Beck, 1988) (citado por Belloch, Sandín y Ramos, 1995). Beck (1988) (citado por Belloch, Sandín y Ramos, 1995) afirma que el origen de la depresión exógena está relacionado con la interacción de tres factores: (a) actitudes o creencias disfuncionales respecto al significado de determinadas experiencias, actitudes que impregnan y condicionan la visión de la realidad; (b) una alta valoración subjetiva de la importancia de dichas experiencias que resulta de la personalidad del individuo; y (c) presencia de un estresor que incide directamente sobre las actitudes disfuncionales del individuo.

Según Beck (1976) (citado por D. Sue, D. Sue y S. Sue, 1996) las personas deprimidas tienen esquemas que las predisponen a los trastornos depresivos, entendiendo por esquema un patrón de pensamiento que determina las reacciones y respuestas de una persona; estos esquemas influyen en la interpretación que hace la persona de la información que recibe o situaciones que enfrenta. Según Beck y Clark (1988) (citados por Belloch, Sandín y Ramos, 1995) “los esquemas son estructuras funcionales de representaciones relativamente duraderas del conocimiento y la experiencia anterior” (Beck y Clark, 1988, pág. 349; citados por Belloch, Sandín y Ramos, 1995). Estas estructuras cognitivas se encargan de la percepción, modificación, organización, almacenamiento y recuperación de la información del entorno. Los estímulos consistentes con los esquemas se elaboran y codifican, mientras que la información inconsistente se ignora y se olvida. En el caso de los esquemas disfuncionales se produce un procesamiento distorsionado de la

información y una posterior interpretación sesgada de la realidad (Belloch, Sandín y Ramos, 1995).

Los esquemas responsables del procesamiento sesgado de la información en las personas deprimidas son llamados “esquemas disfuncionales depresógenos” y se diferencian de los esquemas de las personas no deprimidas de acuerdo a su contenido y su estructura. En cuanto al contenido, los esquemas disfuncionales contienen reglas, creencias tácitas y actitudes estables acerca de sí misma y del mundo, que son de carácter disfuncional y poco realistas. Y en cuanto a la estructura, los esquemas disfuncionales tienden a ser más rígidos, impermeables y concretos que los esquemas adaptativos y flexibles de las personas no deprimidas. Los esquemas depresógenos se activan por la aparición de un suceso estresante y constituyen la diátesis cognitiva o un factor de vulnerabilidad cognitivo para la depresión. Antes de su activación estos esquemas permanecen latentes, por lo que no influyen directamente en el estado de ánimo del sujeto o en sus procesos cognitivos (Belloch, Sandín y Ramos, 1995). Por otra parte, Beck (1983, 1987; citado por Belloch, Sandín y Ramos, 1995) plantea que existen dos patrones de personalidad que son determinantes del tipo de estresor activador de un esquema depresógeno, patrones que en la teoría cognitiva se consideran esquemas cognitivos superiores a los otros esquemas.

La teoría cognitiva plantea estos dos rasgos de personalidad como factores de vulnerabilidad a la depresión, estos son: la sociotropía y la autonomía. Los esquemas sociotrópicos incluyen actitudes y creencias que implican una alta valoración de las relaciones interpersonales, de ser aceptado y de recibir afecto

de los demás, es decir una alta dependencia social en el momento de evaluarse a sí mismo (Belloch, Sandín y Ramos, 1995; Riso, 1992). Los esquemas autónomos incluyen actitudes caracterizadas por una alta valoración de la independencia, la libertad para actuar, la vida privada y la autodeterminación (Belloch, Sandín y Ramos, 1995; Riso, 1992). Por lo tanto, habría estresores específicos para cada esquema (Belloch, Sandín y Ramos, 1995), así por ejemplo: situaciones referentes a la aceptación social activarían los esquemas depresógenos de tipo sociotrópico y situaciones que limiten la autonomía o impidan el logro de objetivos activarían los esquemas depresógenos autónomos.

Una vez activados los esquemas depresógenos, actúan como filtros a través de los cuales se percibe, interpreta, sintetiza y recuerda la realidad (Belloch, Sandín y Ramos, 1995). La actuación de estos esquemas se refleja en los siguientes errores cognitivos de acuerdo con Beck, Rush, Shaw y Emery (1983) (citados por Belloch, Sandín y Ramos, 1995):

1. Inferencias arbitrarias: La persona deprimida tiende a sacar conclusiones de sus situaciones vividas que no se apoyan en la evidencia real de tales sucesos o se apoyan en evidencia contraria a la conclusión. Estas personas no pueden o no quieren ver otras explicaciones más lógicas y/o probables.

2. Abstracción selectiva: Las personas deprimidas explican e interpretan detalles simples y pequeños fuera de contexto y los incidentes en los que se centran tienden a ser triviales mientras que ignoran otros elementos más relevantes de la situación.

3. Generalización excesiva: La persona deprimida saca una conclusión o elabora una regla general a partir de una sola experiencia o incidente y la aplica tanto a situaciones relacionadas con el hecho como a otras no relacionadas.

4. Magnificación y minimización: Las personas deprimidas tienden a exagerar las limitaciones y dificultades y a minimizar sus logros, éxitos y capacidades.

5. Personalización: La persona deprimida se atribuye acontecimientos externos sin evidencia firme para realizar esta asociación.

6. Pensamiento absolutista y dicotómico: La persona deprimida muestra una tendencia a clasificar todas las experiencias en categorías opuestas, eligiendo las categorías del extremo negativo para describirse a sí mismo.

Todas estas operaciones cognitivas se presentan en todas las personas pero en la depresión ocurren con mucha más frecuencia y son coherentes con el contenido disfuncional de los esquemas depresógenos. Así, se atiende selectivamente y se magnifica la información negativa, mientras se minimiza o ignora la positiva, los errores y fallas se personalizan y sus efectos negativos se exageran y se sobregeneralizan (Belloch, Sandín y Ramos, 1995).

En la depresión estas operaciones cognitivas originan las cogniciones que forman la triada cognitiva negativa que Beck (1987) (citado por Belloch, Sandín y Ramos, 1995) considera como la directa responsable de los síntomas depresivos (Riso, 1992) y como mantenedor de la depresión (Belloch, Sandín y Ramos, 1995). En esta triada, la visión negativa de sí mismo implica la consideración de sí mismo como inútil, indeseable, sin valor y culpable de todas las circunstancias negativas que le rodean. La visión negativa del mundo se

refiere a la percepción que tiene el individuo de las demandas de su medio como excesivas o llenas de obstáculos insuperables por lo que considera que el mundo está desprovisto de interés, gratificaciones o alegrías; no se refiere a una visión del mundo en general, sino que es un concepto que tiene como eje el propio individuo deprimido (Belloch, Sandín y Ramos, 1995). La visión negativa del futuro implica la convicción de que ningún aspecto negativo que el individuo percibe o experimenta en el presente podrá ser modificado en el futuro a no ser para aumentar las dificultades y el sufrimiento, el resultado es entonces la desesperanza; esta visión negativa del futuro se refiere al futuro de sí mismo y no al de los demás (Figura 1).

Este modelo plantea una continua interacción con el medio, en la que el individuo recoge información del mismo para construir su realidad a través de los esquemas activos en ese momento. De esta forma, en la depresión los errores que cometen estas personas mantienen las creencias negativas de sí mismo, del mundo y del futuro.

Otros investigadores han demostrado también la existencia de la relación cogniciones-depresión. Entre ellos están Dent y Teasdale (1988) (citado por D. Sue, D. Sue y S. Sue, 1996) quienes estudiaron los niveles de depresión y las autodescripciones (autoesquema) de un grupo de mujeres en dos periodos diferentes, encontrando que en las mujeres que tuvieron autodescripciones negativas se mantenían niveles altos de depresión y la recuperación era más lenta, mientras que las mujeres que tuvieron autodescripciones menos negativas mostraron más bajos niveles de depresión y recuperaciones más rápidas; concluyendo que aunque dos personas tengan niveles iguales de

depresión, quien tenga autocogniciones negativas puede mostrar probablemente una depresión más grave y prolongada.

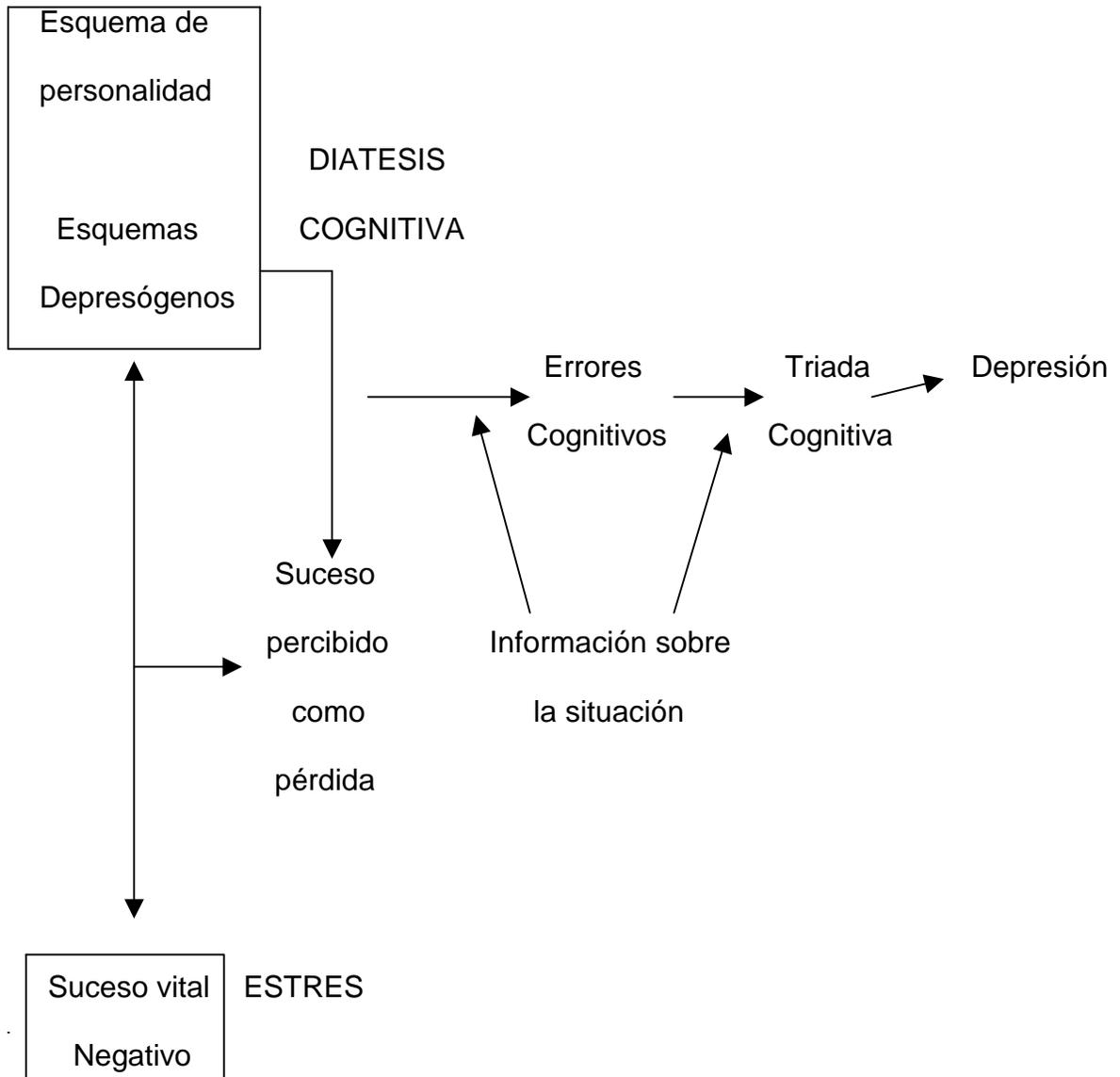


Figura 1. Teoría cognitiva de la depresión de Beck (Belloch, Sandín y Ramos, 1995. Pág. 349)

Hammen (1985) (citado por D. Sue, D. Sue y S. Sue, 1996) plantea que las cogniciones negativas pueden ser el resultado más que la causa de la depresión, es decir, una persona puede sentirse deprimida y como resultado de ésta pueden aparecer pensamientos negativos o pesimistas sobre el mundo. También plantea que el esquema de una persona tiende a mediar en la relación estrés-depresión, es decir, que el estrés puede provocar depresión en una persona si ésta ha desarrollado un esquema predisponente.

Por otra parte, Seligman (1975) (citado por D. Sue, D. Sue y S. Sue, 1996) desarrolla una teoría de Desamparo Aprendido como influencia en la depresión. Esto consiste en que las cogniciones y sentimientos de desamparo son aprendidos pues cuando una persona ve que sus acciones tienen poco o ningún efecto sobre el ambiente, desarrolla expectativas de desamparo y cuando dichas expectativas se confirman como no controlables pueden aparecer en la persona respuestas de pasividad y posteriormente depresión. Por lo tanto, según esta teoría el riesgo de depresión de una persona depende de sus experiencias sobre el control del ambiente. Seligman (1975) (citado por D. Sue, D. Sue y S. Sue, 1996) describió la depresión como una creencia en el propio desamparo, para él la expectativa de que un resultado es independiente del modo de responder, produce: (a) reducción de la motivación para controlar el resultado, (b) interferencia con el aprendizaje de que responder controla el resultado, y (c) temor debido a que el sujeto está inseguro de la incontrolabilidad del resultado, presentándose un estado depresivo.

En general la investigación demuestra que la depresión se asocia con un sitio externo de control: las personas deprimidas tienden a percibir los

acontecimientos como incontrolables (Benassi, Sweeney y Dufour, 1988; citados por D. Sue, D. Sue y S. Sue, 1996).

Esta teoría de Seligman (1975) (citado por D. Sue, D. Sue y S. Sue, 1996) posteriormente fue revisada por él mismo y por Abramson y Teasdale (1978) (citados por D. Sue, D. Sue y S. Sue, 1996) para incluir más elementos cognitivos. Ellos plantean que las personas que enfrentan el desamparo hacen atribuciones causales, es decir, especulan acerca de por qué están desamparados y que estas atribuciones pueden ser internas o externas, estables o inestables y globales o específicas.

Abramson (1978) (citado por D. Sue, D. Sue y S. Sue, 1996) cree que una persona que tiene atribuciones de desamparo internas, estables y globales puede padecer depresión más severa que aquella que tenga atribuciones externas, inestables y específicas. Los estudios realizados al respecto han demostrado que las atribuciones se asocian con muchos aspectos de la vida. Algunas personas tienen características de un estilo atribucional pesimista, explicando los acontecimientos malos en términos globales, estables e internos, por ejemplo el fracaso en un examen de un estudiante universitario, quien explicaría esta situación en los siguientes términos: “fallo en muchas materias” (globales), “siempre me sucede” (estables) y “soy un tonto” (internos).

Teorías interpersonales

El enfoque interpersonal es una de las más recientes explicaciones sobre los trastornos depresivos, cuyas bases conceptuales se encuentran en la escuela interpersonal de psiquiatría de Sullivan (1980) (citado por Belloch, Sandín y Ramos, 1995), en las investigaciones del grupo Palo Alto sobre los patrones de

comunicación interpersonal en familias con miembros esquizofrénicos y en la aplicación a las ciencias sociales de la teoría general de sistemas, con su énfasis en la interrelación de todos los elementos que componen un sistema (por ejemplo una familia).

Este enfoque hace énfasis en la importancia de los factores interpersonales, tanto sociales como familiares en el origen, mantenimiento y tratamiento de la depresión.

De todas las conceptualizaciones sobre los factores interpersonales, la más clara es la de Coyne (1976) (citado por Belloch, Sandín y Ramos, 1995) quien sugiere que la depresión surge por la ruptura de las relaciones interpersonales de las que la persona obtenía apoyo específico, agregando que las respuestas de las personas significativas de su entorno sirven para mantener o exacerbar los síntomas depresivos. Cuando se presenta dicha ruptura interpersonal, la persona deprimida busca apoyo social de las personas de su entorno, pero estas demandas son persistentes y gradualmente se hacen aversivas para los demás, quienes inicialmente intentaron aliviar el estado deprimido del individuo, pero posteriormente se sienten más molestas y frustradas con la continua sintomatología depresiva y más aún si sus intentos de ayuda inicial fallaron. Cuando la persona deprimida se da cuenta de la actitud molesta de las personas de su entorno, se intensifican más sus síntomas depresivos provocando el casi total alejamiento de los demás, quedándose sola y confirmando su visión negativa de sí misma.

Gotlib y cols (1992) (citados por Belloch, Sandín y Ramos, 1995) proponen que el desarrollo de un episodio depresivo se inicia con la ocurrencia de un

estresor, que puede ser de naturaleza interpersonal, intrapsíquica o un cambio bioquímico. La gravedad de este estresor depende de circunstancias externas y/o de factores de vulnerabilidad. De esta manera, solo algunos individuos desarrollarán una depresión clínica como respuesta al estresor, mientras que otras personas solo desarrollarán una depresión leve. Dichos factores de vulnerabilidad pueden ser interpersonales o intrapersonales, los primeros hacen referencia a la calidad y cantidad de apoyo social, la cohesión de la familia, las habilidades de la familia para manejar los problemas cotidianos y los segundos incluyen tanto elementos cognitivos, (por ejemplo los esquemas cognitivos negativos), como conductuales, por ejemplo habilidades conductuales para hacer frente a situaciones sociales y manejar situaciones de estrés.

Gotlib y Hammen (1992) (citados por Belloch, Sandín y Ramos, 1995) recalcan que la adquisición de esos factores de vulnerabilidad es consecuencia de experiencias familiares adversas durante la infancia: la exposición a experiencias interpersonales desfavorables y a estilos desadaptativos de crianza (por ejemplo pérdida o separación de los padres, rechazo, abuso, negligencia emocional) conduce al desarrollo de esquemas cognitivos negativos acerca de sí mismo y del mundo, de características de personalidad que implican una exagerada necesidad de dependencia y de repertorios inadecuados de habilidades para la solución de problemas y para conseguir y mantener relaciones sociales gratificantes. Estos investigadores plantean la depresión como el resultado de la aparición de un estresor que debido a los factores de vulnerabilidad anteriormente mencionados, especialmente a los cognitivos, es interpretado por el individuo como un acontecimiento que reduce

su valía, sin que haya ninguna posibilidad de conseguir otras fuentes de gratificación y de valoración personal. Si el individuo es incapaz de afrontar eficazmente el estresor, a medida que éste aumenta se incrementan también las manifestaciones de depresión y de los patrones interpersonales disfuncionales del sujeto. La capacidad del sujeto para resolver la situación estresante depende de las características de dicha situación y de las habilidades de afrontamiento del individuo tanto conductuales como cognitivas (Belloch, Sandín y Ramos, 1995).

Cuando la depresión ha comenzado dos factores más influyen en su mantenimiento o exacerbación. El primero es un factor interpersonal que implica tanto la expresión de habilidades sociales y esquemas interpersonales disfuncionales en el individuo deprimido, como la respuesta que a su estado depresivo ofrezcan las personas significativas de su entorno. El segundo es el sesgo cognitivo negativo de las personas deprimidas que se manifiesta como un aumento de la sensibilidad y de la atención prestada a los aspectos negativos (reales o distorsionados) de su ambiente. Este factor produce una interpretación negativa de la situación y por ende un posterior incremento de los síntomas y de los patrones interpersonales desadaptativos; éstos provocarían una respuesta más negativa por parte de las personas del entorno social y puesto que la persona deprimida fácilmente percibe y atiende esas respuestas se exacerbaría la depresión y la mantendría en el tiempo (Belloch, Sandín y Ramos, 1995).

Tratamiento de la Depresión en Adolescentes

En la psicología clínica existen varias formas de intervenir sobre la depresión, dentro de las cuales las terapias cognitiva y conductual presentan diversas estrategias que pueden ser empleadas en el trabajo con adolescentes, técnicas que van dirigidas a modificar los aspectos disfuncionales vivenciados con frecuencia en la adolescencia y que en su mayoría suelen ser generadores de conflicto.

Para iniciar el tratamiento de la depresión adolescente, como en cualquier otro, es necesario realizar una evaluación inicial, la cual para García y Rodríguez (citados por Méndez y Maciá, 1997) se puede desarrollar de forma óptima si desde un principio se tiene en cuenta dos puntos importantes: (a) tener conocimiento sólido de los principios de la psicología del desarrollo y lo descubierto por ésta, y (b) basarse en la edad del consultante y lo aprendido de la Psicología del desarrollo para identificar qué comportamientos son propios de ese periodo de la vida y cuáles no.

Existen cuatro formas que ayudan a realizar una evaluación eficaz de la depresión; éstas son: (a) los autoinformes del paciente, acerca de sus sentimientos, pensamientos y necesidades; (b) el informe de familiares u otros significativos, quienes pueden proporcionar datos acerca de la historia y la duración del trastorno; (c) entrevista clínica, que es la observación que hace el terapeuta, a través de preguntas específicas, para conocer el estado de ánimo del paciente, lo que ayudará al terapeuta a conceptualizar el problema; y (d) pruebas objetivas, que proporcionan al terapeuta información referente a las

características y síntomas del estado depresivo del paciente (Freeman y Reinecke, 1995).

Esta evaluación se realiza con el objetivo de fijar cuáles son los síntomas del paciente, que pueden ser identificados según García y Rodríguez (citados por Méndez y Macía, 1997) examinando los siguientes aspectos:

1. Respuestas del paciente al problema: Generalmente en este aspecto se encuentra que el adolescente tiene una pésima valoración de los cambios corporales que le ocurren, expectativas negativas acerca del futuro y pensamientos negativos sobre sí mismo y todo lo que le sucede.

2. Pensamientos negativos: Durante la etapa adolescente el joven evalúa su vida y desarrolla el sentido de autocrítica, cuando se encuentra deprimido ese sentido se exagera de forma tal que acuden al individuo pensamientos automáticos e inadecuados cada vez que experimenta una situación como conflictiva o displacentera.

3. Autoeficacia percibida: Al evaluar cómo percibe el joven su desempeño en las relaciones interpersonales es común encontrar que éste se califica como ineficiente, conclusión a la que llega por el autorechazo, sentimientos de desprecio y humillación por conductas de rebeldía ante cualquier tipo de norma.

4. Formas de afrontamiento: Durante la adolescencia los jóvenes experimentan varias situaciones consideradas por ellos como problemáticas, las que al percibirse como incontrolables generan en ellos formas de afrontamiento disfuncionales como la autocensura y conductas evitativas o de escape.

5. Estilo atribucional: En los adolescentes deprimidos es frecuente encontrar que atribuyen todo lo negativo que les sucede a causas internas, mientras que

cuando les sucede algo positivo no reconocen sus méritos sino que lo atribuyen a causas externas.

Teniendo en cuenta que en cada individuo los síntomas pueden variar en intensidad y duración pero conservan características similares, García y Rodríguez (citados por Méndez y Macía, 1997) proponen un procedimiento terapéutico dirigido no directamente a la intensidad de la depresión, sino a disminuirla o anularla trabajando sobre los aspectos que la causan y la mantienen. Para estos autores una manera eficaz de conseguir lo propuesto es la aplicación de estas dos estrategias:

1. Terapia Cognitiva de Beck: Sabiendo que el adolescente deprimido vivencia recurrentemente ideas y pensamientos irreales, acerca de sí y su ambiente, que con su aparición automática consiguen disminuir su valía y estima, se propone trabajar sobre estas cogniciones erróneas reestructurándolas y reemplazándolas por ideas más realistas y benéficas para el joven; de esta forma el objetivo en sí es formar el hábito de expulsar, en cuanto aparezcan, todos esos pensamientos negativos e introducir ideas más realistas y positivas.

2. Modificación de hábitos disfuncionales en las relaciones interpersonales: Cuando el adolescente está deprimido sus relaciones interpersonales se vuelven deficientes, es él quien se aísla porque siente que no obtiene de los demás lo que espera o son los demás quienes se alejan a causa de la constante frustración que experimentan en los encuentros con él, a esto se agrega el hecho de que el joven puede carecer de habilidades adecuadas para establecer relaciones y en conjunto generar relaciones conflictivas. Por esto

deben identificarse qué relaciones están generando estrés, con qué personas sucede y en qué condiciones se están dando. De este modo se puede proporcionar al sujeto estrategias que le ayuden a desempeñarse satisfactoriamente en los momentos de interacción social.

Una variedad de tratamientos psicológicos que se ha mostrado eficaz en el tratamiento de la depresión es la combinación de estrategias cognitivas y conductuales (Kovacs y cols. 1981; Williams, 1984; citados por D. Sue, D. Sue y S. Sue, 1996).

Los terapeutas cognitivos creen que los pensamientos distorsionados producen problemas psicológicos como la depresión y que al modificar dichos pensamientos es posible eliminar la depresión y sostienen que cuando los pensamientos de una persona deprimida acerca de sí misma se vuelven positivos las emociones siguen el mismo ejemplo. Las estrategias cognitivas implican: (a) identificar pensamientos autocríticos negativos que ocurren de manera automática, (b) distinguir la conexión entre los pensamientos negativos y la depresión resultante, (c) examinar cada pensamiento negativo y decidir si puede ser apoyado, y (d) intentar reemplazar los pensamientos negativos distorsionados con interpretaciones realistas de cada situación (Beck y cols. 1979, citados por D. Sue, D. Sue y S. Sue, 1996). El objetivo de la terapia cognitiva es entrenar a la persona deprimida a cambiar sus pensamientos negativos por interpretaciones más realistas.

Los terapeutas conductuales sostienen que una persona deprimida no está realizando actividades que le sean placenteras y recompensantes. Estas personas tienden a aislarse de los demás y luego interpretan su aislamiento

autoimpuesto como signo de que son impopulares e inadecuadas (Lewinsohn, 1977, citado por D. Sue, D. Sue y S. Sue, 1996). Para abordar este problema se les pide a las personas deprimidas que registren los eventos cotidianos hora tras hora y estimen el grado de placer de cada evento. Esto debido a que cuando a una persona se le pide que supervise y estime actividades por lo general se incrementa la frecuencia de estas. Este registro también ayuda a la persona y al terapeuta a identificar patrones de comportamiento que quizá sean ligeramente placenteros y alienten al individuo a realizarlas con mayor frecuencia.

Por su parte D'Zurilla (1986); D'Zurilla y Nezu (1982) (citados por Caballo, 1991) plantean la depresión como el resultado de deficiencias en las habilidades y capacidades que contribuyen a la competencia social, por lo tanto entrenar a las personas en habilidades de este tipo y más específicamente en habilidades de solución de problemas es un medio eficaz de mejorar su competencia social. Según estos investigadores un modelo efectivo para desarrollar dicha habilidad es el siguiente: (a) orientación hacia el problema, para educar a la persona deprimida respecto a qué son los problemas y funciona como un proceso motivacional hacia la solución efectiva de problemas; (b) definición y formulación del problema, que consiste en explicar la historia, las variables y los componentes del problema para conocerlo mejor y entrar a solucionarlo; (c) generación de alternativas, que consiste en proponer la mayor cantidad de soluciones posibles, aunque inicialmente no parezcan viables; (d) toma de decisiones, que hace referencia a examinar todas las propuestas de solución y decidir cuáles podrían ser útiles y cuáles no, analizando las ventajas

y desventajas de las soluciones escogidas como útiles con el fin de compararlas entre ellas y decidir cuál de las alternativas podría ser la más eficaz y que genere mayor satisfacción; y (e) verificación, se trata de llevar a la práctica la alternativa escogida y analizar los resultados escogidos, de no ser positivos se reinicia el proceso y se prueba otra solución.

MARCO CONCEPTUAL

Psicología Clínica

Es un área de la Psicología General cuyo principal objetivo es reducir el malestar psicológico que experimenta una persona por diversos conflictos personales, a nivel cognitivo, afectivo y conductual, mediante la búsqueda, instrumentalización e implementación de recursos y estrategias psicológicas que lleven a comprender el problema del cliente y a disminuir el malestar del mismo, y por ende ayudándole a funcionar más adaptativamente en su marco de referencia social (Pérez, 1986).

Adolescencia

Es un periodo de transición entre la niñez y la edad adulta en donde el proceso principal es la maduración tanto física como psicológica y los límites de este periodo son desde el comienzo de los cambios físicos siendo el más evidente la maduración sexual, hasta los cambios psicológicos manifestados principalmente por la independencia (Granados y Franco, 1997).

Depresión

La depresión puede manifestarse como un síntoma, un síndrome o una entidad nosológica, la cual ha sido considerada como un rasgo universal de la condición humana que va desde la tristeza pasajera hasta un severo acceso de melancolía. La depresión es un estado de tristeza patológica, acompañada de una disminución de la actividad mental, psicomotriz y orgánica. Los síntomas de la depresión son diversos y entre los principales se incluyen: llanto, tristeza profunda, pérdida de la estima de uno mismo, auto-acusación, auto-castigo, hipocondría, disminución del estado de conciencia, dificultades en la

concentración, pérdida de interés por las actividades que antes solían ser placenteras, pérdida del apetito y alteraciones en el patrón de sueño y en la conducta sexual (Robert y Lamontagne, 1977; citados por Salinas, 2001)

Suicidio

El suicidio es “toda muerte que resulta, mediata o inmediatamente, de un acto positivo o negativo, realizado por la víctima, sabiendo que debía producir ese resultado” (Durkheim, 1951; citado por Morales y Jiménez, 1996, p. 31.). La principal causa suele ser el padecimiento de un insoportable dolor psicológico; no es un acto al azar, se realiza con el propósito de buscar una solución a una situación incontrolable y reducir el sufrimiento (Slaikeu, 1999).

Terapia Cognitiva

La Terapia Cognitiva está basada en el modelo cognitivo que postula que las emociones y conductas de las personas están influidas por su percepción. No es una situación en y por sí misma la que determina lo que una persona siente sino más bien la forma en que ella interpreta la situación (Ellis, 1962; Beck, 1964) (citados por Obst, 2000), por lo tanto la forma en que se sienten las personas está asociada a la forma como interpretan y piensan sobre una situación. “La Psicoterapia Cognitiva destaca que lo que las personas piensan y perciben sobre sí mismas, su mundo y el futuro es relevante e importante y tiene efecto directo en cómo se sienten y actúan” (Dattilio y Padesky, 1990; citados por Obst, 2000).

Terapia Conductual

Incluye una gran cantidad de técnicas específicas que emplean principios psicológicos (especialmente del aprendizaje) para tratar la conducta humana

desadaptativa. El término conducta incluye tanto respuestas manifiestas como respuestas cubiertas, siempre y cuando dichas respuestas se puedan señalar claramente (Rimm y Masters, 1984).

ASPECTOS METODOLOGICOS

Tipo de Investigación

La presente investigación es de tipo Explicativo; las investigaciones de este tipo buscan establecer una relación de causalidad determinando los efectos de una variable independiente sobre una variable dependiente. En esta investigación la variable independiente es el programa de intervención cognitivo conductual y las variables dependientes son la depresión y el riesgo suicida.

Enfoque

Esta investigación tiene un enfoque cuantitativo ya que está encaminada a determinar los niveles de depresión y riesgo suicida antes y después de la implementación de un programa de intervención cognitivo-conductual. Maneja variables dependientes, independientes y de control, utiliza pruebas psicométricas para la recolección de la información y pruebas estadísticas para el análisis de los datos obtenidos.

Tipo de Diseño

Esta investigación utiliza un diseño de Experimento Verdadero con preprueba, postprueba y grupo control (Hernández, Fernández y Baptista, 1991). Los sujetos son asignados al azar a los grupos (R), se les administra simultáneamente la preprueba (O_1 y O_3), posteriormente un grupo (grupo experimental - G_1) recibe el programa de intervención cognitivo-conductual (X) y el otro grupo (grupo control - G_2) no (-); finalmente se les administra de forma simultánea una postprueba (O_2 y O_4) (ver Tabla 2).

Tabla 2

Diagrama del diseño (Hernández, Fernández y Baptista, 1991)

Grupos	Procedimiento		
RG ₁	O ₁	X	O ₂
RG ₂	O ₃	-	O ₄

Población

La población con la cual se realizó la presente investigación estuvo conformada por los adolescentes de 13 a 16 años del Instituto Nacional de Educación Media Diversificada - INEM.

Sujetos

Los sujetos con quienes se realizó la presente investigación fueron 20 adolescentes, de 13 a 16 años del Instituto Nacional de Educación Media Diversificada - INEM, con niveles medios, altos y muy altos de depresión y altos y muy altos de riesgo suicida, identificados mediante el cuestionario de depresión para niños "CDS" de Lang y Tisher (1983) y la escala de riesgo suicida "ERISA" de Paz, Legarda y Villalobos (2001).

Variables

Las variables dependientes que se manejaron en esta investigación fueron la depresión y el riesgo suicida. La variable independiente fue el programa de intervención cognitivo-conductual para la depresión con riesgo suicida y las variables de control implicaron que los participantes debían ser adolescentes de ambos sexos, ya que se ha encontrado que existe prevalencia significativa de la depresión con riesgo suicida tanto en hombres como en mujeres (Shafii,

M. y Shafii, S., 1995; D. Sue, D. Sue y S. Sue, 1996), y de 13 a 16 años. La edad y el género son variables que se controlaron a través de la técnica del bloqueo para formar grupos emparejados, el procedimiento constó de 3 pasos: (a) clasificar a los sujetos de acuerdo con las variables género y edad, (b) realizar grupos de sujetos con valores similares en cada variable, y (c) asignar al azar a cada uno de los sujetos en los grupos experimental y de control. Con esta técnica se aseguró el bloqueo de las variables extrañas y consecuentemente se aseguró que los dos grupos fueran homogéneos, conformados al azar y con características similares (León y Montero, 1998).

Instrumentos de Recolección de Datos

Para llevar a cabo esta investigación y obtener la información que permita identificar los adolescentes con depresión se utilizó el Cuestionario de Depresión para Niños “CDS” de Lang y Tisher (1983) y para identificar los niveles de riesgo suicida se hizo uso de la Escala de Riesgo Suicida “ERISA” de Paz, Legarda y Villalobos (2001).

Cuestionario de depresión para niños “CDS” (Lang y Tisher, 1983).

Este cuestionario está diseñado para aplicarlo en forma individual o colectiva y obtener una evaluación global específica de la depresión en niños y jóvenes de entre 8 y 16 años. Posee 66 elementos divididos en dos áreas de evaluación: Total Depresivo y Total Positivo.

El área Total Depresivo está compuesta por 6 subescalas: (a) respuesta afectiva (RA), (b) problemas sociales (PS), (c) autoestima (AE), (d) preocupación por la muerte o salud (PM), (e) sentimientos de culpabilidad (SC), y (f) depresivos varios (DV). Con estas subescalas se puede encontrar, en el

sujeto evaluado, datos relacionados con el área afectiva, la forma de interactuar socialmente, el autoconcepto, los pensamientos de muerte y sentimientos de culpa.

Por su parte, el área Total Positivo está compuesta por dos subescalas: (a) ánimo-alegría (AA), y (b) positivos varios (PV). Con estas subescalas se puede encontrar, en el sujeto evaluado, datos relacionados con la ausencia de alegría y felicidad e incapacidad para sentirlas.

La confiabilidad de este instrumento se calculó para las subescalas Total Depresiva (TD) y Total Positiva (TP), mediante la formulación del coeficiente de Kuder-Richardson (K-R 20) y los índices r_{xx} fueron de 0,91 y 0,69 respectivamente, lo que permite concluir que el CDS presenta un buen nivel de confiabilidad (Lang y Tisher, 1983).

Para determinar la validez de la prueba se realizó una validez de constructo, proceso por medio del cual se compararon todos los aspectos depresivos que mide el CDS con el Cuestionario de Personalidad EPQ-J de Eysenck y los aspectos antisociales y delictivos medidos por el Cuestionario A-D, encontrándose que los resultados obtenidos en el CDS se correlacionan positivamente con los resultados obtenidos en el Cuestionario de Personalidad EPQ-J y el Cuestionario A-D, es decir, la prueba es válida para el constructo que pretende medir (Lang y Tisher, 1983).

En esta escala se obtiene una puntuación centil que indica la ubicación del sujeto con relación al grupo normativo y de acuerdo con esto se conocen los decatipos de clasificación. Así pues, 4,5,6 y 7 son los decatipos centrales,

conforman el grupo promedio, los decatipos 2,3 y 8, 9 indican una gran desviación de la media y 1 y 10 son valores extremos (Lang y Tisher, 1983).

Escala de riesgo suicida “ERISA” (Paz, Legarda y Villalobos, 2001).

Este instrumento se compone de 86 ítems, que miden el nivel de riesgo suicida analizado a través de dos factores, las respuestas comportamentales de riesgo (F1) y los factores asociados de riesgo (F2).

El factor 1 se mide mediante tres áreas de evaluación: (a) respuestas cognitivas (A11), (b) respuestas motoras (A12), y (c) respuestas fisiológicas (A13); con estas tres áreas se logra determinar lo experimentado por el adolescente en cuanto a ideas y emociones en las que está implícito el deseo de morir, conductas que desencadenan respuestas de riesgo suicida y alteraciones fisiológicas (Paz, Legarda y Villalobos 2001).

El factor 2 se mide a través de cuatro áreas de evaluación: (a) factores familiares (A21), (b) interacción social (A22), (c) eventos vitales estresantes (A23), y (d) depresión (A24); con estas cuatro áreas se logra determinar lo experimentado por el paciente en cuanto a sus relaciones intrafamiliares, los vínculos manejados en sus relaciones sociales, las situaciones vividas por él como estresantes y su estado de ánimo (Paz, Legarda y Villalobos, 2001).

La confiabilidad de este instrumento se realizó mediante el cálculo del coeficiente Alfa de Cronbach para cada uno de los factores de la prueba y la prueba en general. Se encontró que para el F1 el coeficiente Alfa de Cronbach es de 0,92 y para el F2 es de 0,92 y la confiabilidad total fue de 0,95 lo que indica que existe una alta confiabilidad en la prueba.

La validez clínica se realizó mediante la aplicación de la prueba estadística *t* de student, la cual comprobó la validez del instrumento y la efectividad de los análisis hechos sobre las características de la población clínica y no clínica, obteniendo los siguientes resultados: para el F1 el valor *t* fue de 6,24 y el error de 0,01 y para el F2 el valor *t* fue de 10,93 y error de 0,01. El valor *t* para la prueba total fue de 6,60 y el error de 0,01, lo que significa que la prueba maneja un error menor al 1% en la discriminación del atributo medido.

Esta escala se puede aplicar de forma individual o colectiva y se obtienen puntajes directos de cada factor, de cada área o un puntaje total que se interpretan mediante una tabla de baremos para determinar si el riesgo suicida es Muy Alto, Alto, Medio, Bajo o Muy Bajo.

Procedimiento

Para la conformación de los grupos experimental y control, inicialmente se realizó la publicidad respectiva con el fin de dar a conocer el programa a desarrollarse y motivar a los estudiantes para que participaran en éste. Posteriormente, a todas las personas inscritas se les aplicó, al mismo tiempo, el Cuestionario de Depresión para Niños (CDS) (Lang y Tisher, 1983) con el fin de determinar los niveles de depresión y a quienes puntuaron con depresión media, alta y muy alta se les aplicó la Escala de Riesgo Suicida (ERISA) (Paz, Legarda y Villalobos, 2001) para determinar los niveles de riesgo suicida existentes, encontrando que de estas personas, 20 puntuaron en las categorías alta y muy alta, sujetos que conformaron los grupos experimental y control. Seguidamente se hizo entrega del contrato terapéutico a los participantes del grupo experimental y a sus respectivos padres o acudientes, debido a que dicho

contrato forma parte del desarrollo del programa de intervención, razón por la cual no se realizó con el grupo control. El contrato incluye las fechas y horarios de las sesiones del programa de intervención, sus objetivos, un compromiso de los participantes de realizar las actividades planteadas en el programa y los compromisos éticos de las terapeutas (ver Anexo A). Posteriormente se desarrolló el programa de intervención cognitivo-conductual (ver Anexo B) con el grupo experimental y una vez finalizado éste se aplicó a los dos grupos simultáneamente la postprueba con el fin de determinar los niveles de depresión y riesgo suicida posteriores a la aplicación del programa de intervención. Se consideró que a lo largo del tratamiento era probable que se presentaran crisis suicidas, por lo cual se diseñó una estrategia de intervención para crisis suicida que se aplicaría en tal caso (ver Anexos C y D). Después de terminado el proceso, el programa de intervención cognitivo-conductual también será aplicado al grupo control.

Plan de Análisis de Datos

Para llevar a cabo el análisis de los datos obtenidos se aplicó la prueba estadística t de student, con la cual se compararon los resultados obtenidos en el cuestionario de depresión para niños y la escala de riesgo suicida para adolescentes, anteriores al programa de intervención, con los resultados posteriores a éste, encontrados en los dos grupos que participaron en la investigación (Hernández, Fernández y Baptista, 1991). Para el procesamiento de la información se utilizó el programa estadístico Stat Graphics Plus 3.1 a través del cual se pudo encontrar el valor de t y p para cada área de evaluación en los dos cuestionarios. Además se utilizó la prueba de los signos para

determinar el cambio clínico de los sujetos del grupo experimental, mediante la comparación de las categorías iniciales con las categorías posteriores.

Hipótesis

Hipótesis de trabajo. La implementación de un programa de intervención cognitivo-conductual disminuye los niveles de depresión y riesgo suicida de adolescentes de 13 a 16 años del Instituto Nacional de Educación Media Diversificada – INEM.

Hipótesis nula. La implementación de un programa de intervención cognitivo-conductual no disminuye los niveles de depresión y riesgo suicida de adolescentes de 13 a 16 años del Instituto Nacional de Educación Media Diversificada - INEM.

RESULTADOS

Niveles de Depresión y Riesgo Suicida

Evaluación de los Resultados de la Preprueba CDS para los Grupos Experimental y Control

Los datos obtenidos por el grupo experimental (ver Tabla 3) permiten afirmar que los sujetos presentaron una tendencia a ubicarse en las categorías alta y muy alta, encontrándose que en el área positivos varios (PV) el 100% del grupo puntuó en dichas categorías y entre el 90% y el 70% se comportó de igual manera para las áreas y subescalas restantes, excepto en dos, en las que se encuentran puntuaciones para las categorías media y alta con 9 sujetos para el área sentimientos de culpa (SC) y 10 para depresivos varios (DV).

Tabla 3

Resultados de la Preprueba CDS en el Grupo Experimental

CATEGORIAS	AREAS									
	AA	RA	PS	AE	PM	SC	DV	PV	TD	TP
Muy Alta	60	40	50	20	20	-	-	40	20	60
Alta	30	50	40	50	50	30	40	60	70	30
Media	10	10	10	30	30	60	60	-	10	10
Baja	-	-	-	-	-	10	-	-	-	-

Nota. Puntuaciones expresadas en porcentajes. La categoría Muy Baja no se incluye debido a que no se reportaron datos en ésta.

Por su parte, los sujetos del grupo control (ver Tabla 4) tienden a ubicarse en las categorías alta y media para todas las áreas y subescalas del CDS, observándose que en ellas puntuaron entre el 80% y el 100% de los sujetos.

Tabla 4

Resultados de la Preprueba CDS en el Grupo Control

AREAS										
CATEGORIAS	AA	RA	PS	AE	PM	SC	DV	PV	TD	TP
Muy Alta	20	20	10	-	-	-	-	20	-	20
Alta	50	80	70	50	70	20	30	60	80	80
Media	30	-	20	50	30	70	60	20	20	-
Baja	-	-	-	-	-	10	10	-	-	-

Nota. Puntuaciones expresadas en porcentajes. La categoría Muy Baja no se incluye debido a que no se reportaron datos en ésta.

Evaluación de los Resultados de la Preprueba ERISA para los

Grupos Experimental y Control

Como se puede apreciar en la tabla 5, el grupo experimental obtuvo datos que muestran que la totalidad de los integrantes se ubicó en las categorías alta y muy alta para siete de las diez áreas de evaluación, mientras que para las áreas respuestas cognitivas (A11), respuestas fisiológicas (A13) y eventos vitales estresantes (A23) puntuó en dichas categorías el 80% y 90% de los sujetos.

Lo anterior permite afirmar que el 100% de los integrantes del grupo

experimental puntúo en las categorías alta y muy alta para los resultados totales.

Tabla 5

Resultados de la Preprueba ERISA en el Grupo Experimental

CATEGORIAS	AREAS									
	A11	A12	A13	F1	A21	A22	A23	A24	F2	T
Muy Alta	70	50	60	80	70	50	70	90	80	90
Alta	20	50	20	20	30	50	10	10	20	10
Media	10	-	20	-	-	-	20	-	-	-

Nota. Puntuaciones expresadas en porcentajes. Las categorías baja y muy baja no se incluyen debido a que no se reportaron datos en éstas.

En la preprueba para riesgo suicida del grupo control (ver Tabla 6) puede observarse que el 100% de los participantes tienden a ubicarse en las categorías muy alta y alta para la mitad de las áreas de evaluación; de la mitad restante cuatro áreas registran porcentajes del 80% y 90% en estas categorías y una, el área factores de interacción social (A22), presenta una distribución diferente, con seis sujetos en la categoría muy alta y cuatro en la categoría media.

Lo anterior permite afirmar que todo el grupo puntúo en las categorías alta y muy alta como se puede observar en los resultados totales.

Tabla 6

Resultados de la Preprueba ERISA en el Grupo Control

CATEGORIAS	AREAS									
	A11	A12	A13	F1	A21	A22	A23	A24	F2	T
Muy Alta	80	70	60	70	90	60	80	80	80	70
Alta	20	20	30	30	-	-	-	20	20	30
Media	-	-	10	-	10	40	20	-	-	-
Baja		10	-	-	-	-	-	-	-	-

Nota. Puntuaciones expresadas en porcentajes. La categoría muy baja no se incluye debido a que no se reportaron datos en ésta.

Evaluación de los Resultados de la Postprueba CDS en los Grupos Experimental y Control

Los datos obtenidos por el grupo experimental (ver Tabla 7) indican que el 70% y el 80% de los sujetos puntuaron en las categorías baja y muy baja en cinco de las áreas de evaluación; en las áreas respuesta afectiva (RA) y problemas sociales (PS) diez y nueve personas respectivamente, calificaron para las categorías media y baja. Cabe aclarar que en las áreas ánimo-alegría (AA), positivos varios (PV) y la subescala total positivo (TP) más del 70% de los participantes se ubicaron en la categoría media.

Así, se puede afirmar que el 100% del grupo experimental puntúo en las categorías media, baja y muy baja para todas las áreas de evaluación, y las dos subescalas.

Tabla 7

Resultados de la Postprueba CDS en el Grupo Experimental

AREAS										
CATEGORIAS	AA	RA	PS	AE	PM	SC	DV	PV	TD	TP
Media	80	60	50	20	30	20	20	100	30	80
Baja	20	40	40	70	70	70	60	-	50	20
Muy Baja	-	-	10	10	-	10	20	-	20	-

Nota. Puntuaciones expresadas en porcentajes. Las categorías alta y muy alta no se incluyen debido a que no se reportaron datos en éstas.

La postprueba para el grupo control (ver tabla 8) indica que entre el 70% y el 100% de los participantes se ubicaron en las categorías alta y muy alta en casi todas las áreas de evaluación; sólo en dos, sentimientos de culpa (SC) y depresivos varios (DV), el 100% del grupo puntuó en las categorías alta y media.

Tabla 8

Resultados de la Postprueba CDS en el Grupo Control

AREAS										
CATEGORIAS	AA	RA	PS	AE	PM	SC	DV	PV	TD	TP
Muy Alta	30	20	20	10	20	-	-	60	20	70
Alta	50	50	70	70	50	20	50	40	70	30
Media	20	30	10	20	30	80	50	-	10	-

Nota. Puntuaciones expresadas en porcentajes. Las categorías baja y muy baja no se incluyen debido a que no se reportaron datos en éstas.

En virtud de esto se puede concluir que el 100% del grupo control permaneció ubicado en las categorías media, alta y muy alta, lo cual se puede observar a través de los porcentajes de las subescalas total depresivo (TD) y total positivo (TP).

Evaluación de los Resultados de la Postprueba ERISA en los Grupos Experimental y Control

Los datos obtenidos por el grupo experimental (ver Tabla 9) muestran que en las áreas respuestas cognitivas (A11) y respuestas motoras (A12) y el factor respuestas comportamentales de riesgo (F1), la totalidad de los sujetos calificó para las categorías baja y muy baja. Las demás áreas reportan porcentajes de 70%, 80% y 90% en las mismas categorías. Es importante mencionar que en el área eventos vitales estresantes (A23) 3 sujetos permanecieron ubicados en la categoría muy alta.

Tabla 9

Resultados de la Postprueba ERISA en el Grupo Experimental

AREAS										
CATEGORIAS	A11	A12	A13	F1	A21	A22	A23	A24	F2	T
Muy Alta	-	-	-	-	-	-	30	-	-	-
Alta	-	-	-	-	10	20	-	-	10	-
Media	-	-	10	-	20	-	-	10	20	20
Baja	10	10	10	20	10	10	30	10	-	10
Muy Baja	90	90	80	80	60	70	40	80	70	70

Nota. Puntuaciones expresadas en porcentajes.

Por lo anterior se puede concluir que la totalidad del grupo se ubicó en las categorías media, baja y muy baja, como se observa en los resultados totales.

En el grupo control (ver Tabla 10) se encontró que únicamente para el área respuestas fisiológicas (A13) la totalidad de los sujetos se ubicaron en las categorías muy alta y alta; mientras que para el resto de las áreas hubo variaciones del 70% al 90% en dichas categorías. Es necesario comentar que en el área factores de interacción social (A22) únicamente el 60% de los participantes calificaron para las categorías muy alta y alta.

Tabla 10

Resultados de la Postprueba ERISA en el Grupo Control

AREAS										
CATEGORIAS	A11	A12	A13	F1	A21	A22	A23	A24	F2	T
Muy Alta	80	60	70	80	70	40	60	80	70	80
Alta	10	10	30	10	20	20	30	-	20	10
Media	10	10	-	10	10	30	-	20	10	10
Baja	-	10	-	-	-	10	10	-	-	-
Muy Baja	-	10	-	-	-	-	-	-	-	-

Nota. Puntuaciones expresadas en porcentajes.

De acuerdo con los anteriores resultados es posible concluir que todo el grupo control se ubicó en las categorías muy alta, alta y media, observándose un mayor porcentaje en la categoría muy alta.

Comparación de Niveles Preprueba y Postprueba

Análisis de Resultados en Depresión

Grupo Experimental

Como puede verse en la figura 2, los resultados obtenidos por el grupo experimental en la preprueba y la postprueba del CDS muestran una diferencia significativa entre los niveles iniciales y los niveles posteriores a la aplicación del programa de intervención, en todas las áreas y subescalas de evaluación del cuestionario. Las subescalas total depresivo (TD) y total positivo (TP) mostraron considerables disminuciones respecto a los niveles iniciales siendo la subescala total depresivo (TD) la que mostró la mayor disminución.

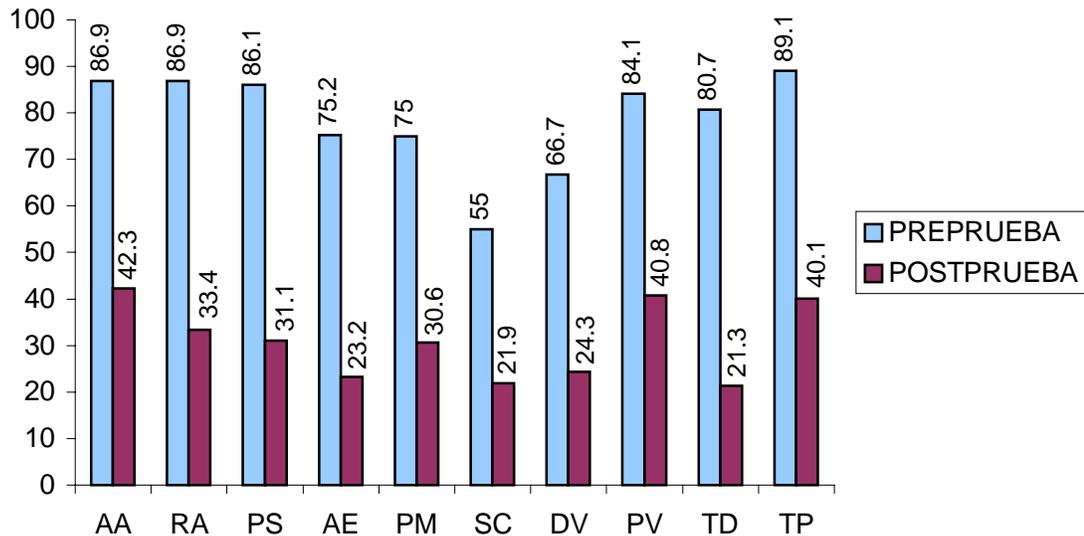


Figura 2. Medias del grupo experimental para la preprueba y postprueba del CDS.

En cuanto a las áreas de evaluación, se puede observar que el área problemas sociales (PS) seguida por el área respuesta afectiva (RA) fueron las que presentaron los niveles de disminución más importantes; mientras que las

áreas depresivos varios (DV) y sentimientos de culpa (SC) mostraron los niveles de disminución menos marcados, considerando que en éstas dos áreas los niveles iniciales fueron los menos elevados.

En todas las áreas de evaluación del CDS hubo una diferencia estadísticamente significativa (ver Tabla 11) entre los niveles iniciales y los posteriores al programa de intervención, esto se ve reflejado en las subescalas total depresivo (TD) ($t= 11.2$ y $p<0.001$) y total positivo (TP) ($t=10.64$ y $p<0.001$), confirmándose la efectividad del programa en la disminución de la depresión.

Tabla 11

Puntajes t para la preprueba y la postprueba del CDS en el grupo experimental.

AREAS	G. Experimental	
	t	p
Animo-Alegría	6.98	<0.001
Respuesta Afectiva	9.88	<0.001
Problemas Sociales	8.14	<0.001
Autoestima	9.37	<0.001
Preocupación por la muerte	5.94	<0.001
Sentimientos de Culpa	4.57	<0.001
Depresivos Varios	6.67	<0.001
Positivos Varios	10.52	<0.001
Total Depresivo	11.2	<0.001
Total Positivo	10.64	<0.001

Grupo Control

Los resultados de la preprueba y la postprueba del CDS en el grupo control no indican ningún cambio importante entre los niveles iniciales y los posteriores (ver Figura 3). Es importante mencionar que todas las áreas y subescalas de evaluación mostraron un leve incremento, excepto el área respuesta afectiva (RA) que mostró una mínima disminución. El área positivos varios (PV) fue la que mayor incremento reportó, mientras que el área problemas sociales (PS) presentó el menor incremento.

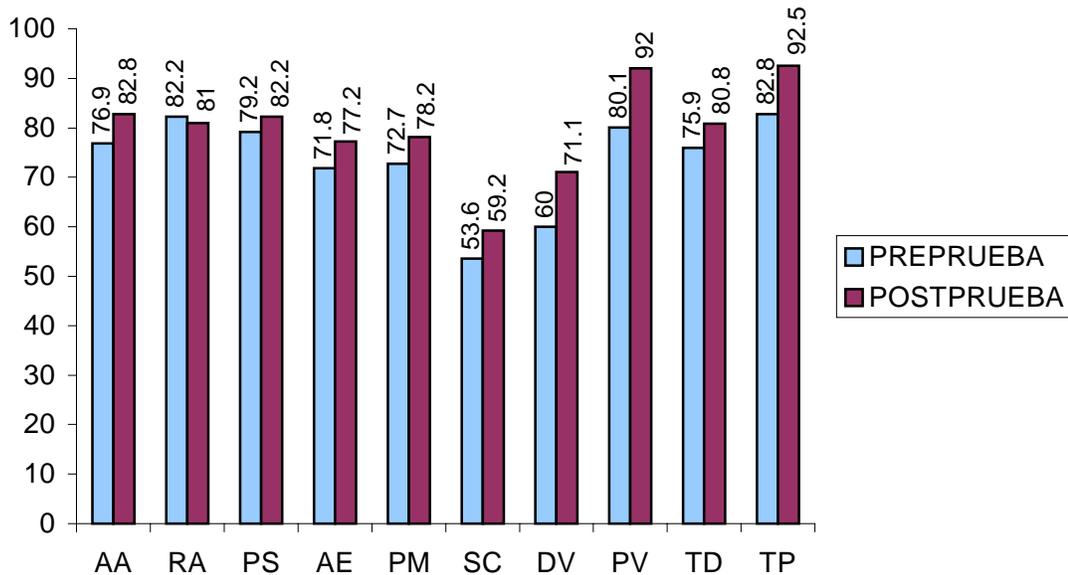


Figura 3. Medias del grupo control para la preprueba y postprueba del CDS.

Como puede verse en la tabla 12, no existe diferencia estadísticamente significativa entre las mediciones para ningún área de evaluación del CDS en el grupo control. Aunque sí se presentaron cambios, éstos no son significativos, ya que los niveles iniciales tienden a permanecer relativamente estables

respecto a los niveles posteriores, esto permite afirmar que la depresión del grupo control no ha disminuido, por lo contrario ha presentado una leve tendencia a aumentar, tal como lo indican los valores negativos de t, condición que se cumple para todas las áreas y subescalas del CDS, a excepción del área respuesta afectiva (RA) ($t= 0,25$ y $p= 0.40$) que presenta una mínima disminución en los niveles posteriores respecto a los niveles iniciales.

Tabla 12

Puntajes t para la preprueba y la postprueba del CDS en el grupo control.

AREAS	G. Control	
	t	p
Animo-Alegría	-0.83	0.79
Respuesta Afectiva	0.25	0.40
Problemas Sociales	-0.58	0.71
Autoestima	-1.17	0.87
Preocupación por la muerte	-1.19	0.87
Sentimientos de Culpa	-0.75	0.76
Depresivos Varios	-0.58	0.71
Positivos Varios	-2.55	0.98
Total Depresivo	-1.14	0.86
Total Positivo	-2.41	0.98

Análisis de Resultados en Riesgo Suicida

Grupo Experimental

En la figura 4 se puede observar que los niveles posteriores han cambiado considerablemente en relación con los niveles iniciales, en todas las áreas y factores de evaluación de la escala. El área depresión (A24) es la que presenta una mayor diferencia en el nivel posterior respecto al nivel inicial, área que pertenece al factor 2 factores asociados de riesgo (F2), en el cual las demás áreas de evaluación también presentaron disminuciones, aunque menos significativas que la anterior.

En el puntaje total (T) se aprecia una diferencia importante en los niveles posteriores respecto a los iniciales. Las áreas que conforman el factor 1 respuestas comportamentales de riesgo (F1) presentaron un decremento importante, siendo el área respuestas cognitivas (A11) la que presentó una disminución mayor. En el factor 2, factores asociados de riesgo (F2) se observan los valores extremos en cuanto a las diferencias entre los niveles iniciales y posteriores, ya que, el área depresión es el área que presenta la diferencia más significativa y el área eventos vitales estresantes (A23) es la de menor diferencia, características que se cumplen tanto para el factor como para la prueba en general.

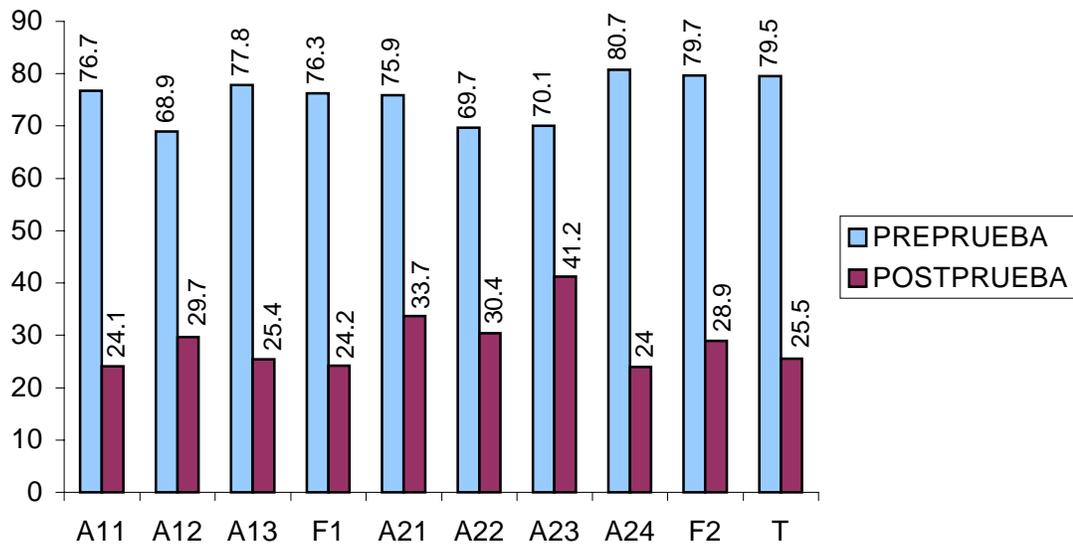


Figura 4. Medias del grupo experimental para la preprueba y postprueba del ERISA.

Como lo muestra la tabla 13, existe una diferencia significativa entre los niveles iniciales y posteriores, para todas las áreas de evaluación del ERISA. El área que mostró mayor diferencia fue el área depresión (A24) ($t=11.31$ y $p<0.001$) seguida por el factor 1 respuestas comportamentales de riesgo (F1) ($t=9.31$ y $p<0.001$) y por el puntaje total (T) ($t= 9.11$ y $p<0.001$), mientras que el área eventos vitales estresantes (A23) ($t=2.71$ y $p<0.001$) fue el área que mostró un menor cambio respecto a las demás áreas. De acuerdo con esto se puede afirmar que el programa de intervención fue efectivo en la disminución del riesgo suicida como lo indican los valores t de los factores respuestas comportamentales de riesgo (F1) y factores asociados de riesgo (F2) y el puntaje total (T).

Tabla 13

Puntajes t para la preprueba y la postprueba del ERISA en el grupo experimental.

AREAS	G. Experimental	
	t	p
Respuestas Cognitivas	8.88	<0.001
Respuestas Motoras	6.66	<0.001
Respuestas Fisiológicas	6.9	<0.001
Factor 1 Respuestas		
Comportamentales de Riesgo	9.31	<0.001
Factores Familiares	6.68	<0.001
Factores de Interacción Social	6.03	<0.001
Eventos Vitales Estresantes	2.71	<0.001
Depresión	11.31	<0.001
Factor 2 Factores Asociados de		
Riesgo	7.16	<0.001
Total	9.11	<0.001

Grupo Control

Como se puede apreciar en la figura 5, en la que se comparan los resultados obtenidos por el grupo control en la preprueba y la postprueba, los cambios registrados no son significativos, pues todas las áreas y factores de evaluación presentaron una mínima disminución, excepto el área respuestas fisiológicas (A13) y el factor 1 respuestas comportamentales de riesgo (F1) en los que se

presenta un leve incremento; los decrementos más marcados se observan en el área factores de interacción social (A22) y en el factor 2, factores asociados de riesgo (F2).

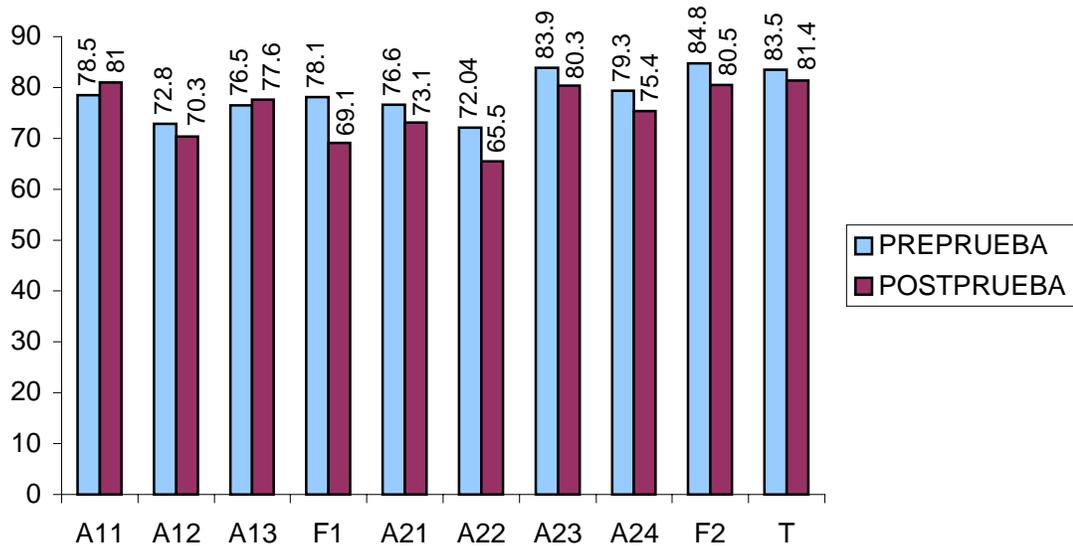


Figura 5. Medias del grupo control para la preprueba y postprueba del ERISA.

Como se puede observar en la tabla 14, los cambios registrados no son estadísticamente significativos ya que se presentó un leve incremento en el área respuestas fisiológicas (A13) ($t = -0.17$ y $p = 0.56$) y en el factor 1 respuestas comportamentales de riesgo (F1) ($t = -0.07$ y $p = 0.52$). Las demás áreas muestran una leve disminución encontrándose las diferencias mayores en el área factores de interacción social (A22) ($t = 0.72$ y $p = 0.23$) y en el factor 2 factores asociados de riesgo (F2) ($t = 0.51$ y $p = 0.30$), mientras que las diferencias menores están en el área respuestas motoras (A12) ($t = 0.26$ y $p = 0.39$) y en el resultado total (T) ($t = 0.26$ y $p = 0.39$).

Tabla 14

Puntajes t para la preprueba y la postprueba del ERISA en el grupo control.

AREAS	G. Control	
	t	p
Respuestas Cognitivas	0.25	0.4
Respuestas Motoras	0.26	0.39
Respuestas Fisiológicas	-0.17	0.56
Factor 1 Respuestas		
Comportamentales de Riesgo	-0.07	0.52
Factores Familiares	0.45	0.32
Factores de Interacción Social	0.72	0.23
Eventos Vitales Estresantes	0.29	0.38
Depresión	0.66	0.25
Factor 2 Factores Asociados de		
Riesgo	0.51	0.30
Total	0.26	0.39

Comparación de Niveles Postprueba en los

Grupos Experimental y Control

Resultados en Depresión

Los resultados de las postpruebas del CDS en el grupo experimental y control muestran diferencias importantes entre ellos (ver figura 6). Para el grupo experimental las subescalas total depresivo (TD) y total positivo (TP) y las áreas

autoestima (AE) y positivos varios (PV) presentan una marcada diferencia respecto al grupo control. Las áreas que presentan menor diferencia son sentimientos de culpa (SC) y ánimo – alegría (AA).

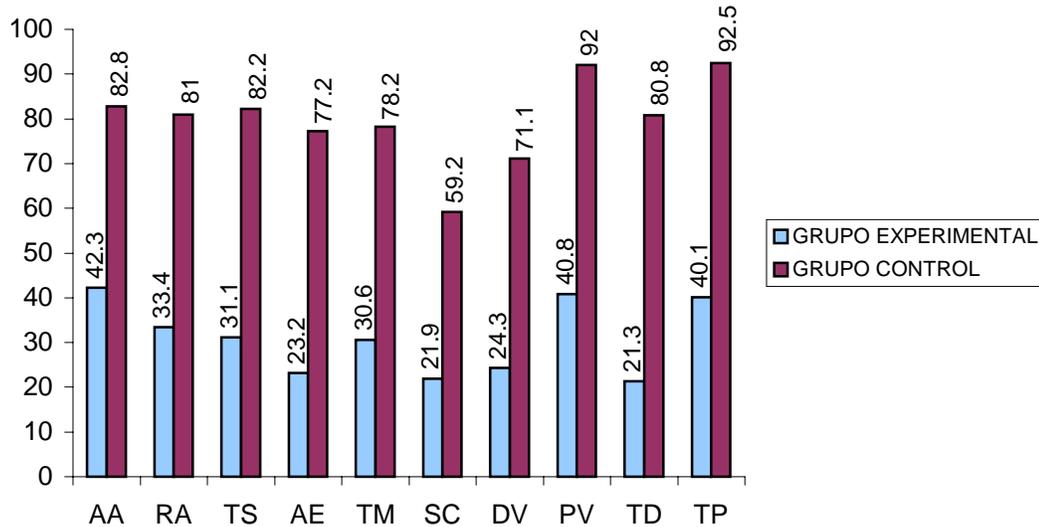


Figura 6. Medias de los grupos experimental y control para las postpruebas del CDS.

Como se puede apreciar en la Tabla 15, existe diferencia estadísticamente significativa para todas las áreas de evaluación, encontrándose importantes variaciones entre las medias del grupo experimental y control. En donde mayores cambios se observan es en el área positivos varios (PV) ($t= 18.3$ y $p<0.001$) y en las subescalas total positivo (TP) ($t=14.49$ y $p<0.001$) y total depresivo (TD) ($t=10.9$ y $p<0.001$) y en el área autoestima (AE) ($t=13.32$ y $p<0.001$). Estos resultados confirman nuevamente la efectividad del programa de intervención en la disminución de la depresión.

Tabla 15

Puntajes t para las postpruebas del CDS en los grupos experimental y control.

AREA	t	p
Animo-Alegría	6.65	<0.001
Respuesta Afectiva	8.29	<0.001
Problemas Sociales	8.09	<0.001
Autoestima	13.32	<0.001
Preocupación por la muerte	7.7	<0.001
Sentimientos de Culpa	5.62	<0.001
Depresivos Varios	7.09	<0.001
Positivos Varios	18.3	<0.001
Total Depresivo	10.9	<0.001
Total Positivo	14.49	<0.001

Resultados en Riesgo Suicida

Como puede observarse en la figura 7, las áreas de evaluación del ERISA muestran cambios importantes al comparar el grupo experimental y el grupo control, ya que los resultados encontrados indican que el puntaje total (T) y el factor 1 respuestas comportamentales de riesgo (F1) reportan las mayores diferencias, seguidos por las áreas respuestas cognitivas (A11) y respuestas fisiológicas (A13). En las menores diferencias se encuentran las áreas factores de interacción social (A22), eventos vitales estresantes (A23) y factores familiares (A21).

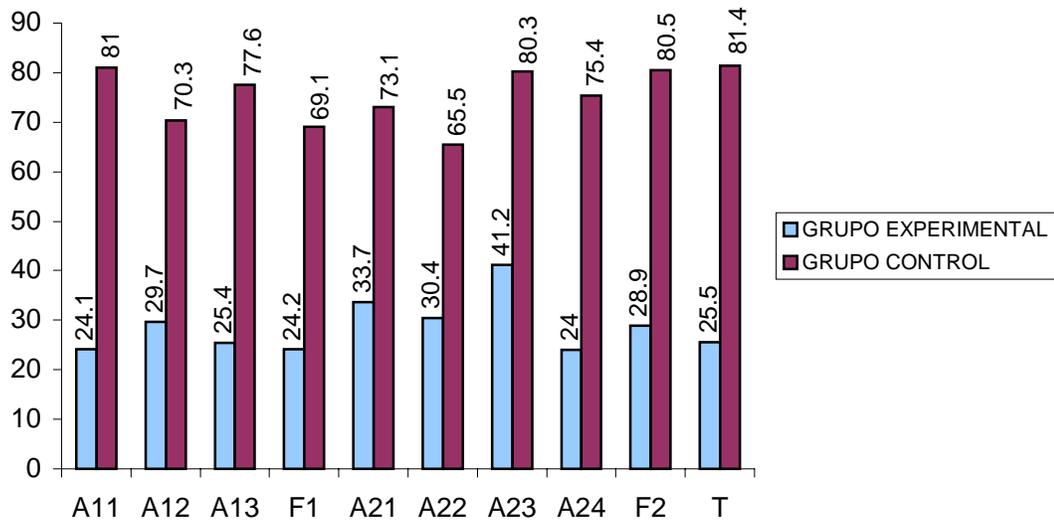


Figura 7. Medias de los grupos experimental y control para las postpruebas del ERISA.

Mediante la tabla 16 puede confirmarse que el programa de intervención fue efectivo en la disminución del riesgo suicida, ya que todas las áreas de evaluación muestran diferencias estadísticamente significativas. Se observa una diferencia más marcada en el factor respuestas comportamentales de riesgo (F1) ($t=8.77$ y $p<0.001$) seguido por las áreas depresión (A24) ($t=8.23$ y $p<0.001$) y respuestas fisiológicas (A13) ($t=8.23$ y $p<0.001$). Es necesario mencionar que en el área eventos vitales estresantes (A23) ($t=3.07$ y $p=0.0032$) los grupos no difieren tan significativamente como en las demás áreas por lo que la probabilidad de error es mayor al 0.001.

Finalmente, teniendo en cuenta los resultados obtenidos es posible afirmar que el programa de intervención resultó efectivo en la disminución de la depresión y el riesgo suicida, tal como lo demuestran los resultados posteriores

a la aplicación del programa de intervención en el grupo experimental y los resultados posteriores en el grupo control.

Tabla 16

Puntajes t para las postpruebas del ERISA en los grupos experimental y control.

AREA	t	p
Respuestas Cognitivas	5.81	<0.001
Respuestas Motoras	5.24	<0.001
Respuestas Fisiológicas	8.23	<0.001
Factor 1 Respuestas		
Comportamentales de Riesgo	8.77	<0.001
Factores Familiares	5.3	<0.001
Factores de Interacción Social	4.39	<0.001
Eventos Vitales Estresantes	3.07	0.0032
Depresión	8.23	<0.001
Factor 2 Factores Asociados de		
Riesgo	5.77	<0.001
Total	7.13	<0.001

Análisis de Cambio Clínico en el Grupo Experimental

Además del cambio estadístico también es importante observar el cambio del grupo experimental en cuanto a su mejoría después de la implementación del programa de intervención, esta mejoría se entiende como la disminución de las categorías en las que se encontraba el sujeto a nivel de las dos pruebas

utilizadas para medir depresión y riesgo suicida; por ejemplo, si un sujeto puntuó en la preprueba para la categoría muy alta y en la postprueba puntuó para la categoría alta, se estaría hablando de una mejoría.

Para realizar este análisis se utilizó la prueba de los signos (Siegel y Castellan, 1998) la cual se basa en la dirección del cambio entre la preprueba y la postprueba del grupo experimental, a nivel del CDS y del ERISA. De acuerdo con esta prueba la hipótesis de trabajo plantea que la probabilidad de encontrar casos que presentan mejorías en depresión y riesgo suicida es mayor que la probabilidad de encontrar casos en los que no hubo mejoría, y la hipótesis nula plantea que la probabilidad de encontrar casos que presentan mejorías en depresión y riesgo suicida es igual a la probabilidad de encontrar casos en los que no hubo tal mejoría. Por lo tanto si $p < 0.01$ entonces se asumirá que el programa fue efectivo en la disminución de los niveles de las variables estudiadas.

Resultados para Depresión

Los resultados obtenidos en la prueba de signos indican que los niveles de probabilidad son menores al nivel de significación ($p < 0.01$) (ver tabla 17) lo cual permite rechazar la hipótesis nula a favor de la hipótesis de trabajo.

En virtud de esto, todas las personas que conforman el grupo experimental mostraron cambios importantes de categoría, es decir, las categorías posteriores al programa de intervención disminuyeron, de una a tres, respecto a las iniciales en todas las áreas de evaluación. Esta disminución se indica con un signo (+) que representa mejoría y se expresa en la columna "Rango de Categorías" (Tabla 17).

Cabe anotar que en las áreas ánimo-alegría (AA), autoestima (AE), preocupación por la muerte (PM), sentimientos de culpa (SC), depresivos varios (DV) y la subescala total positivo (TP) algunos sujetos no variaron de categoría y por tanto éstos se restan del valor de N (N=10 sujetos) en el área respectiva (ver tabla 17) para el cálculo de la prueba.

Resultados para Riesgo Suicida

Como lo indica la tabla 18, los resultados obtenidos en la prueba de los signos indican que los niveles de probabilidad son menores al nivel de significación ($p < 0.01$), esto permite rechazar la hipótesis nula a favor de la hipótesis de trabajo.

Todo el grupo experimental mostró cambios significativos de categoría, pues las categorías posteriores al programa de intervención disminuyeron desde una hasta cuatro categorías respecto a las iniciales en todas las áreas de evaluación, esta disminución se indica con un signo (+) (ver columna "Rango de Categorías", Tabla 18) que representa mejoría; es preciso mencionar que en el área eventos vitales estresantes (A23) tres sujetos no variaron de categoría y por tanto éstos se restan del valor inicial de N en el área respectiva para el cálculo de la prueba.

Tabla 17

Prueba de los signos para la preprueba y postprueba del CDS

AREA	Valor n	a	Probabilidad (p<0.01)	Rango de Categorías
Animo-alegría	9	0	0.002	+1 a +3
Respuesta Afectiva	10	0	0.001	+1 a +3
Problemas Sociales	10	0	0.001	+1 a +3
Autoestima	9	0	0.002	+1 a +3
Preocupación por la muerte	9	0	0.002	+1 a +3
Sentimientos de culpa	8	0	0.004	+1 a +3
Depresivos Varios	9	0	0.002	+1 a +2
Positivos Varios	10	0	0.001	+1 a +2
Total Depresivo	10	0	0.001	+1 a +3
Total Positivo	9	0	0.002	+1 a +3

Nota. Donde Valor n es el número de sujetos que reportan cambio de categoría, “a” es el número de casos en los que no hubo mejoría y Rango de Categorías indica las categorías que variaron los sujetos en cada área.

Tabla 18

Prueba de los signos para la preprueba y postprueba del ERISA

AREA	Valor n	a	Probabilidad	Rango de Categorías
Respuestas Cognitivas	10	0	0.001	+1 a +4
Respuestas Motoras	10	0	0.001	+1 a +4
Respuestas Fisiológicas	10	0	0.001	+2 a +4
Respuestas Comportamentales de				
Riesgo	10	0	0.001	+2 a +4
Factores Familiares	10	0	0.001	+1 a +4
Factores de Interacción				
social	10	0	0.001	+1 a +4
Eventos Vitales				
Estresantes	7	0	0.008	+1 a +4
Depresión	10	0	0.001	+2 a +4
Factores Asociados de				
Riesgo	10	0	0.001	+1 a +4
Total	10	0	0.001	+2 a +4

Nota. Donde Valor n es el número de sujetos que reportan cambio de categoría, "a" es el número de casos en los que no hubo mejoría y Rango de Categorías indica las categorías que variaron los sujetos en cada área.

DISCUSION

Los resultados obtenidos en la preprueba del Cuestionario de Depresión para Niños - CDS (Lang y Tisher, 1983) muestran la existencia de niveles de depresión medios, altos y muy altos tanto para el grupo experimental como para el grupo control. Igualmente la preprueba Escala de Riesgo Suicida - ERISA (Paz, Legarda y Villalobos, 2001) en estos grupos demuestra la existencia de niveles altos y muy altos, siendo el nivel muy alto el que afecta a la mayoría de las personas que conforman los grupos. Bajo estas condiciones se demuestra la existencia de estados iniciales depresivos y de riesgo suicida en los adolescentes de 13 a 16 años del Instituto Nacional de Educación Media Diversificada - INEM, que participaron en el estudio.

Después de implementar el programa de intervención cognitivo-conductual en el grupo experimental los niveles obtenidos en la postprueba de Depresión muestran un cambio importante respecto de los niveles iniciales, ya que se presentó un descenso de niveles muy altos y altos a medios y bajos, mientras que en el grupo control los niveles de depresión no cambiaron ya que permanecieron en los niveles medio, alto y muy alto.

Los valores de la postprueba de la escala ERISA (Paz, Legarda y Villalobos, 2001) en el grupo experimental muestran que hubo un cambio notable en los niveles posteriores frente a los anteriores a la aplicación del programa de intervención, ya que éstos pasaron de niveles altos y muy altos a niveles medios, bajos y muy bajos, siendo éste último nivel en el que califica la mayoría de los sujetos. En el grupo control los niveles de riesgo suicida iniciales no muestran cambios importantes con respecto a la postprueba, ya que la mayoría

del grupo permanece en los niveles alto y muy alto. Solamente se presenta una disminución de casos en el nivel alto, los cuales se aumentan equitativamente a los niveles muy alto y medio.

Los cambios clínicos se hacen evidentes al observar, con un alto nivel de significancia estadística, que en el grupo experimental cada uno de los participantes cambió de categorías altas y muy altas a categorías bajas y muy bajas tanto para la depresión como para el riesgo suicida.

De acuerdo con estos resultados se puede concluir que para la presente investigación se rechaza la hipótesis nula y se acepta la hipótesis de trabajo, la cual planteaba que la aplicación del programa de intervención cognitivo-conductual disminuiría los niveles de depresión y riesgo suicida en los adolescentes de 13 a 16 años del Instituto Nacional de Educación Media Diversificada - INEM.

El análisis de los resultados teniendo en cuenta las áreas de los instrumentos de medición utilizados en esta investigación permite observar que para el cuestionario de depresión para niños (Lang y Tisher, 1983) los cambios más significativos fueron en las áreas problemas sociales (PS), autoestima (AE), respuesta afectiva (RA) y positivos varios (PV), las que evalúan aspectos relacionados con la forma de interactuar socialmente; los sentimientos, conceptos y actitudes hacia sí mismo; sentimientos y manifestaciones de tristeza y pensamientos y sentimientos relacionados consigo mismo, su familia y su medio social. Teniendo en cuenta los aspectos evaluados por estas áreas se puede afirmar que el programa de intervención fue efectivo en la disminución de la depresión, en la que se presentan conductas de evitación de interacciones

sociales que producen una disminución de refuerzos positivos (Ferster, 1973; citado por Belloch, Sandín y Ramos, 1995). Además los adolescentes deprimidos característicamente poseen una baja autoestima que los hace considerarse ineptos, inútiles e incompetentes (D. Sue, D. Sue y S. Sue, 1996) manifestándose sentimientos de tristeza, desgracia e inadecuación, los que afectan negativamente el funcionamiento personal, familiar y social.

También se disminuyen las capacidades para afrontar eficazmente las situaciones problemáticas (D´Zurilla y Nezu, 1982; citados por Caballo, 1991) y se presenta una interpretación distorsionada de la situaciones cotidianas, generándose cogniciones negativas respecto a sí mismo, el mundo y el futuro (Beck, 1987; citado por Belloch, Sandín y Ramos, 1995), que se consideran las directas responsables de los síntomas depresivos (Riso, 1992). Igualmente lo afirma Calderón (1996) cuando plantea que las cogniciones de las personas deprimidas se distorsionan frecuentemente, ya que la valoración que hacen de sí mismas generalmente es negativa, por lo que la autodepreciación y pérdida de autoestima son comunes en ellas.

La incapacidad para sentir placer también es frecuente en la depresión junto con un desinterés para realizar cualquier actividad por más sencilla que sea (Belloch, Sandín y Ramos, 1995) afectándose el desempeño y disminuyéndose la productividad del adolescente (Calderón, 1996), lo que puede ocasionarle expectativas de desamparo al ver que sus acciones tienen poco o ningún efecto sobre el ambiente (Seligman, 1975 citado por Sue, Sue y Sue, 1996).

El desinterés por las demás personas también se hace evidente en los adolescentes deprimidos, provocando un deterioro en sus relaciones

interpersonales y haciéndose vulnerables al rechazo de los demás, lo cual aumenta su aislamiento (Klerman y Weissman, 1986 citados por Belloch, Sandín y Ramos, 1995).

Las estrategias que constituyen el programa de intervención permiten el mejoramiento de la autoestima al modificar pensamientos irracionales relacionados con ésta y al evaluar el desempeño desde un punto de vista más realista; también conducen a realizar actividades nuevas y a retomar otras de interacción social que son reforzantes, mediante la programación de actividades diarias. Así mismo enseñan a interpretar de manera más racional las situaciones que generan emociones negativas y permiten la adquisición de habilidades y capacidades que contribuyen a la competencia social. Por lo tanto, se puede entender que a través de los dos componentes, cognitivo y conductual, el programa resultó efectivo para contrarrestar los síntomas anímicos, cognitivos, conductuales y motivacionales, afirmación que queda confirmada mediante los resultados obtenidos en las subescalas total depresivo y total positivo.

Considerando los resultados de la postprueba escala de riesgo suicida (Paz, Legarda y Villalobos, 2001) se observó que los niveles obtenidos en cada área y factor disminuyeron tras la aplicación del programa de intervención, encontrándose cambios más significativos en las áreas depresión (A24), respuestas cognitivas (A11) y respuestas fisiológicas (A13), así como en el factor 1 respuestas comportamentales de riesgo (F1). Estas áreas evalúan aspectos relacionados con los estados depresivos, sentimientos de desesperanza, dificultad para concentrarse y aburrimiento. El riesgo suicida

está altamente relacionado con la depresión, pues quienes la padecen perciben los conflictos y situaciones aversivas como demasiado graves o difíciles de solucionar (Bernhardt, 1996) surgiendo sentimientos de desesperanza (Mc Guire, 1982 y Shneidman, 1991; citados por D. Sue, D. Sue y S. Sue, 1996) y viendo como única solución efectiva la muerte (Bernhardt, 1996). Además en este estado los adolescentes se hacen vulnerables a sufrir alteraciones físicas, del sueño y la alimentación (D. Sue, D. Sue y S. Sue, 1996) acentuándose la sintomatología depresiva.

De acuerdo con lo anterior, las estrategias utilizadas en el programa de intervención resultaron efectivas en la disminución del riesgo suicida ya que éste estuvo dirigido a disminuir la depresión como el factor más importante en el suicidio (Shaffi y Shaffi, 1995) y a contrarrestar todos los pensamientos que producen este tipo de conductas desadaptativas (Caballo, 1991) mediante detención del pensamiento. En consecuencia, al disminuir la depresión y el riesgo suicida, tal como se observa en los puntajes totales de la escala, las alteraciones fisiológicas tienden a disminuirse. Cabe mencionar que en las áreas factores familiares (A21), factores de interacción social (A22) y eventos vitales estresantes (A23), los niveles no disminuyeron tan significativamente como en las demás áreas, probablemente porque en el programa de intervención no se incluyeron estrategias específicas para trabajar conjuntamente con la familia de los participantes en la búsqueda de soluciones a la problemática familiar que afecte al adolescente, para crear o fortalecer repertorios de interacción social adecuados y para proporcionar estrategias de afrontamiento a los eventos que el adolescente percibe como estresantes.

En resumen, el diseño del programa de intervención cognitivo-conductual para la depresión con riesgo suicida para adolescentes de 13 a 16 años del Instituto Nacional de Educación Media Diversificada – INEM, hace eficaz el programa en el tratamiento de la problemática, pues considerando que los pensamientos suicidas surgen en el individuo como razonamientos lógicos para preferir morir apareciendo de forma recurrente y persistente en la mente de la persona (D. Sue, D. Sue y S. Sue., 1996 y Bernhardt, 1996), siendo mucho más comunes en las personas deprimidas en quienes pueden ocasionar conductas impulsivas de suicidio (Calderón, 1996), se diseñó la primera estrategia del programa de intervención cognitivo-conductual, la detención del pensamiento, la cual pretende eliminar del repertorio cognitivo de la persona deprimida los pensamientos suicidas que resultan difíciles de controlar y no aportan nada positivo al individuo (Caballo, 1991), y así consecuentemente disminuir la presentación de conductas suicidas; de este modo, al contrarrestar los pensamientos suicidas, las otras estrategias intervienen directamente sobre la depresión.

La programación de actividades diarias y evaluación de destrezas y placer da inicio a esta intervención. Teniendo en cuenta que las personas deprimidas tienden a afirmar que su estado les impide vivenciar cualquier tipo de sentimiento (Belloch, Sandín y Ramos, 1995) y que se ven a sí mismas como seres incapaces y sin valor llegando a evaluar su vida como inútil o vacía, debido a que no encuentran nada que disfruten o los haga sentirse satisfechos (Calderón, 1996), la programación de actividades diarias es efectiva porque proporciona al adolescente deprimido la oportunidad de realizar actividades que

lo lleven a experimentar sensaciones placenteras de éxito y bienestar, ayudándole a cambiar la percepción errónea que tiene de sí mismo y de su vida. De este modo la evaluación de destrezas y placer complementa la estrategia, pues cuando el individuo evalúa su desempeño y reflexiona acerca de las sensaciones positivas que ha tenido adquiere evidencia real sobre sus habilidades y sobre su derecho a sentir emociones agradables.

Con la modificación de pensamientos negativos se continúa el programa de intervención. Cuando una persona se encuentra deprimida interpreta muchas situaciones incorrectamente, estas interpretaciones casi siempre están guiadas por la visión negativa que el sujeto tiene de sí mismo, del mundo y del futuro (Belloch, Sandín y Ramos, 1995), característica bastante frecuente en los adolescentes, quienes constantemente evalúan su vida desarrollando su sentido de autocrítica, el que en la depresión se exagera y provoca la interpretación distorsionada de una situación, que generalmente es conflictiva y displacentera, evaluando su vida de una manera en extremo negativa (García y Rodríguez, citados por Méndez y Macía, 1997). Así, considerando que la forma en que las personas interpretan sus experiencias determina su estado de ánimo (Beck, 1976, citado por D. Sue, D. Sue y S. Sue, 1996) la modificación de pensamientos negativos permite dar interpretaciones más lógicas y realistas de lo que ocurre en la vida del adolescente, mediante un reconocimiento de sus propios pensamientos negativos disfuncionales y una posterior refutación con ideas más realistas y racionales, este proceso de cambio cognitivo produce invariablemente emociones contrarias a la depresión, el cual, al ser adoptado

por el adolescente deprimido contribuye de manera importante a la disminución de los síntomas depresivos.

La estrategia final del programa de intervención, es decir, el entrenamiento en solución de problemas parte del hecho de que cuando una persona está deprimida tiene dificultades para tomar decisiones (D. Sue, D. Sue y S. Sue, 1996) lo cual le afecta en el momento de buscar y elegir una solución efectiva a determinadas situaciones problemáticas, las que al percibirse como incontrolables producen en el adolescente formas de afrontamiento disfuncionales (García y Gutiérrez, citados por Méndez y Macía, 1997). Además considera que los síntomas depresivos pueden alterar el desempeño para solucionar problemas mientras que en otros casos la falta de estrategias para la competencia social puede llevar al desarrollo de la depresión, por esto, la solución de problemas provee a la persona de un procedimiento sistemático para buscar soluciones eficaces ante una situación problemática, este completo método brinda al individuo deprimido una opción para ver los problemas como situaciones específicas de la vida que afectan a cualquier persona y posteriormente indica que el conocer perfectamente un determinado problema y descomponerlo por partes, facilita la búsqueda de una solución; de este modo se consigue que el adolescente afronte mejor sus problemas y disminuya su malestar por éstos.

La secuencia de las estrategias que maneja el programa de intervención hace mucho más probable la adquisición de las técnicas por parte de los participantes y su posterior aplicación a la vida diaria; se inicia con detención del pensamiento porque es la técnica que trata el problema que más riesgo

representa para ellos, el suicidio, de este modo los participantes desechan la idea de terminar con su vida y se motivan para realizar actividades que les generen bienestar mediante la programación de actividades diarias y evaluación de destrezas y placer. Una vez conseguido esto, es más probable que se sientan animados a analizar su repertorio cognitivo y a cambiar sus errores de pensamiento, en consecuencia los efectos de las tres estrategias corrigen la percepción errada que tienen de los problemas y los anima en la búsqueda de una solución y su aplicación.

Finalmente se puede concluir que el programa de intervención es efectivo en la disminución de la depresión y el riesgo suicida, puesto que el grupo experimental mostró considerables bajas respecto al grupo control, en el cual se puede apreciar que a pesar de mostrar variaciones en los niveles de la preprueba y la postprueba éstos tienden a permanecer estables, lo que indica que la depresión y el riesgo suicida no han disminuido. Así, es preciso anotar que por la efectividad del programa de intervención en el grupo experimental y la permanencia de la problemática en el grupo control se justifica realizar la intervención con este grupo.

RECOMENDACIONES Y SUGERENCIAS

Los resultados encontrados tras la aplicación del programa de intervención cognitivo conductual demuestran claramente su efectividad, sin embargo se hace necesario comentar ciertos aspectos encontrados a lo largo del procedimiento; el primero de ellos hace referencia al número de sesiones, como es sabido el programa de intervención está diseñado para desarrollarse en nueve sesiones que implicaron un trabajo más intensivo, entonces sería de gran beneficio para la población con la cual se trabaje incrementar el número de sesiones para cada estrategia, ya que esto ayudaría a que cada participante afiance el aprendizaje de cada técnica y lo ponga a prueba en su ambiente.

El segundo concierne a la familia de los participantes, en el trabajo terapéutico es común encontrar relación entre la problemática del individuo y su contexto familiar, por esto es importante mantener contacto permanente con la familia de cada participante para de ésta manera hacerle conocer los procedimientos utilizados en cada estrategia y los avances presentados por el adolescente, así se facilita la intervención de cualquier miembro de la familia en el momento en que aparezca una problemática relacionada con ésta; esta intervención hace referencia a cualquier tipo de apoyo social - emocional por parte de la familia (propiciar oportunidades de comunicación, de expresión de sentimientos, de preocupaciones, de problemas y sus soluciones; asignación de tareas conductuales, etc.) que ayude al adolescente a lograr los objetivos propuestos en cada estrategia.

El tercero hace referencia a la presentación de eventos estresantes como desencadenantes de episodios depresivos, por lo que se considera importante y

necesario incluir en el programa de intervención una estrategia encaminada al afrontamiento adecuado de situaciones estresantes, con el fin de que los participantes aprendan a enfrentar eficazmente una situación específica que para ellos sea generadora de estrés y causante de síntomas depresivos. Aunque algunas de las estrategias planteadas en el programa de intervención cognitivo-conductual llevan implícito el enfrentamiento de algunas situaciones estresantes, puede añadirse un componente al programa que esté dirigido específicamente a este tipo de situaciones. De igual forma se considera necesario incluir también una estrategia que fortalezca o promueva el aprendizaje de habilidades sociales, según sea el caso, es decir, ya que muchas personas deprimidas presentan un déficit en la manera de relacionarse con los demás, mientras que otras poseen un repertorio adecuado que se ve afectado por los síntomas depresivos, resulta de gran provecho incluir en el programa de intervención una estrategia que se adecue a estas dos condiciones, crear o fortalecer el repertorio de habilidades sociales.

Debido a que el programa de intervención cognitivo-conductual resultó efectivo en la disminución de la depresión y el riesgo suicida sería de gran utilidad para la psicología clínica implementar el programa de intervención en otros grupos de sujetos como adolescentes de 17 y 18 años y adultos, con el fin de determinar qué efectos tendría en estas personas. Cabe aclarar que para esta nueva intervención el programa debe ser aplicado teniendo en cuenta las sugerencias anteriormente expuestas.

Para futuras investigaciones es conveniente tener en cuenta que al intervenir sobre depresión, ésta no se desligue del riesgo suicida, pues debido a que

estas dos variables están estrechamente relacionadas, frecuentemente en la depresión aparecen deseos o pensamientos suicidas, entonces, si para volver a implementar el programa se decidiera intervenir solo en depresión, se dejaría un aspecto muy importante sin tratamiento, lo que afectaría en forma negativa no solo al desarrollo de la investigación sino también a la mejoría de los sujetos participantes.

Por otra parte sería interesante realizar un estudio comparativo aplicando el programa de intervención a dos grupos distintos en género, es decir, un grupo solo con integrantes masculinos y otro con participantes femeninos, de este modo podría ampliarse el conocimiento acerca de la efectividad del programa de intervención determinando las diferencias en cuanto a los efectos para cada género.

REFERENCIAS

- American Academy of Pediatrics. (1995). Clinical guide for pediatricians. Estados Unidos. (Sin más información).
- American Psychiatric Association - APA (1994). Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales. DSM IV. Barcelona: Masson, S.A.
- Beck, A., & Greenberg, R. (2002). Enfrentarse a la Depresión: www.avisora.com. (Sin más información).
- Beck, A. (1976). La Terapia Cognitiva: www. Psicología-online.com (Sin más información).
- Beachler, D. (2000). El suicidio en adolescentes: www.Psicoplanet.com.co
- Belloch, A., Sandín, B., & Ramos, F. (1995). Manual de Psicopatología. Bogotá (Colombia): Mc Graw-Hill.
- Bernhardt, S. (1996). Los pensamientos suicidas: qué son y cómo luchar contra ellos: www.have-a-heat.com.
- Bernhardt, S. (1998). Cómo interrumpir los procesos mentales negativos?: www.have-a-heat.com.
- Black, D. (2001). El suicidio en los adolescentes: www.Psicoplanet.com.co
- Caballo, V. (1991). Manual de Técnicas de Terapia y Modificación de Conducta. (1ª Ed.) España: Siglo Veintiuno.
- Calderón, G., (1996). Depresión, Causas, Manifestaciones y Tratamiento. México: Trillas.
- Corrales, C. (2000). Suicidio y Sustancias: www. Fundamor.org.co
- Christman, A. (1998). El suicidio de los adolescentes: www.Psiquiatría.com (Sin más información).

Davidson, G. & Neale, J. (1992). Psicología de la Conducta Anormal. México: Ciencia y Técnica - Grupo Noriega.

Davis, M., McKay, M. & Eshelman, E. (1986). Técnicas de Autocontrol Emocional. Barcelona: Martínez Roca.

Del Bosque, J. (2000). El suicidio en los adolescentes: www.cueyalt.uam.mx

Durkheim, E. (2000). El suicidio. México: Ediciones Coyoacán.

Freemann, A. & Reinecke, M.A. (1995). Terapia Cognitiva aplicada a la Conducta Suicida. Bilbao: Declée de Brouwer.

Granados, H. & Franco, E. (1997). Psicología y Problemas del Desarrollo. (3ª Ed.) Bogotá. Universidad Santo Tomás – USTA.

Gutierrez, J. (1999). Los suicidios. Forensis. Datos para la vida. 2000. Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses.

Hernández, R., Fernández, C., & Baptista, L. (1991). Metodología de la Investigación. México: Mc Graw-Hill.

Instituto Nacional de Medicina Legal. (2002). Consolidado estadístico de morbi mortalidad violenta. Manuscrito no publicado.

León, O. & Montero, I. (1998). Diseño de Investigaciones. Madrid: Mc Graw-Hill.

Marsellach, G. (1999). El suicidio: www.Psicología.com (Sin más información).

Martin, G. & Pear, J. (1998). Modificación de conducta: qué es y cómo aplicarla. (5ª. Ed.) Madrid: Prentice Hall.

Méndez, F. & Macía, D. (1997). Modificación de conducta con niños y adolescentes. Madrid: Pirámide S.A.

Morales, M. & Jiménez, A. (1996). El suicidio desde la perspectiva forense. Revista Colombiana de Psiquiatría, 25.

Moreira, D. (1995). Adolescencia y suicidio: www.catrec.com.ar

Obst, J. (2000). El Modelo Cognitivo: Conceptos básicos: www.Psicología.com (Sin más información).

Morón, P. (1992). El suicidio. (1ª Ed.) México: Cruz.

Paz, A., Legarda, G. y Villalobos, F. (2001). Construcción, validación y estandarización de una escala que mide riesgo suicida en adolescentes de la Ciudad de Pasto. Trabajo de grado profesional no publicada, Universidad de Nariño, Pasto.

Pérez, A. (1986). La Psicología Clínica. Problemas fundamentales. México: El Manual Moderno.

Rimm, C. & Masters, J. (1984). Terapia de la Conducta. Técnicas y hallazgos empíricos. México: Trillas.

Riso, W. (1992). Depresión: Avances recientes de la cognición y el procesamiento de la información. Medellín: Gráficas Ltda.

Salinas, J. (2001). La aplicación de técnicas cognitivo y conductuales para el tratamiento de la depresión: www.Psicología.com (Sin más información).

Sarró, B. & de la Cruz, C. (1991). Los suicidios. Barcelona: Martínez Roca.

Sauceda, J. (1995). Suicidio en los adolescentes: www.Psicoplanet.com (Sin más información).

Shafii, M. & Shafii, S. (1995). Depresión en Niños y Adolescentes: Clínica, Evaluación y Tratamiento. Barcelona: Martínez Roca.

Siegel, S. & Castellan, J. (1998). Estadística no Paramétrica: Aplicada a las ciencias de la conducta. México: Trillas.

Slaikeu, K. (1999). Intervención en crisis. Manual para práctica e investigación. (2ª. Ed.) México: El Manual Moderno.

Sue, D., Sue., D., & Sue, S. (1996) Comportamiento Anormal (4ª Ed.) México: Mc Graw-Hill.

Vega, D. (1988). Suicidio: www.galenonet.definitive.1.definitivehosting.net.

ANEXOS

ANEXO A

CONTRATO TERAPEUTICO

Programa de Intervención Cognitivo-Conductual para la Depresión con Riesgo Suicida

Datos de Identificación del Participante

Nombre_____

Documento de Identificación_____

Edad_____ Género_____ Grado Escolar_____

Dirección_____ Teléfono_____

Compromisos del Participante

Al participar en el programa de intervención cognitivo-conductual para la depresión con riesgo suicida me comprometo a cumplir lo siguiente:

1. Asistir permanente y puntualmente a todas las sesiones programadas, como se indica al final de este contrato.
2. Participar activamente en cada sesión del programa.
3. Interesarme y esforzarme por cumplir los objetivos de cada sesión.
4. Realizar cumplida y eficazmente cada tarea que se asigne, ya sea dentro de la sesión o para la casa.
5. Comprender y respetar todos los aspectos personales y privados de la vida de mis compañeros, que se mencionen o trabajen en las sesiones del programa, no divulgándolos, ni criticándolos.
6. Contribuir a la realización de los ejercicios de mis compañeros, cuando sea necesario.

7. Finalmente, y ya conocidos los objetivos del programa de intervención cognitivo conductual para la depresión con riesgo suicida, los aspectos a trabajar y el desarrollo de éste, hago constar que mi participación es voluntaria y por tanto me comprometo a cumplir todos los numerales anteriormente mencionados y reconozco que el éxito de éste programa depende de mi compromiso y buen cumplimiento con todas y cada una de las tareas y actividades de este programa.

Las sesiones se desarrollarán los días _____
A las _____ de cada semana, durante los meses de _____, a partir de _____ hasta _____.

TI No.

Firma del participante.

Compromisos de las Terapeutas

Las terapeutas a cargo del programa de intervención cognitivo-conductual para la depresión con riesgo suicida nos comprometemos a cumplir con lo siguiente:

1. Respetar y actuar de acuerdo con lo establecido en la Declaración Universal de los Derechos Humanos, respetando diferencias individuales, culturales, de género, orientación sexual, condición socioeconómica, etnia e ideología; por tanto no impondremos nuestras ideas sobre las de los participantes.

2. Asumimos la responsabilidad total de nuestros actos y las consecuencias que éstos puedan tener sobre las personas que forman parte del grupo de trabajo. Así mismo aseguramos la prestación adecuada de nuestros servicios de acuerdo con las exigencias de la profesión.

3. Nos comprometemos a informar a todos los participantes los aspectos concernientes al programa de intervención que se va a desarrollar. Igualmente la utilización que se dará a los resultados obtenidos.

4. Nos comprometemos a guardar bajo secreto profesional toda la información concerniente a cada participante, obtenida a lo largo del programa de intervención. Sólo revelaremos la información en los casos en los cuales el no hacerlo conlleve un grave peligro para el individuo, su familia o la sociedad; en dicha circunstancia el participante y sus padres o representante legal deberán conceder a las terapeutas un permiso por escrito para tal procedimiento. Si algún participante requiriera atención especializada, las terapeutas podremos remitir el caso al profesional pertinente.

5. Nos comprometemos a guardar bajo estricta confidencialidad los informes de test que se recogerán a lo largo del programa de intervención.

6. Las terapeutas no nos hacemos responsables de las revelaciones de la información que hagan uno o varios integrantes del grupo. En caso de que eso llegara a suceder las terapeutas nos comprometemos a intervenir para controlar dicha situación.

7. Las terapeutas nos abstendremos de entablar, con los participantes cualquier relación que no sea de índole profesional.

8. Las terapeutas nos mantendremos en constante supervisión y asesoría del programa de Psicología de la Universidad de Nariño y la oficina de Bienestar Institucional del Instituto Nacional de Educación Media Diversificada – INEM.

9. Nos comprometemos a no revelar la identidad de los participantes en la presentación de informes escritos que se presenten a las instituciones involucradas con el programa de intervención.

CAROLINA PABON ORDOÑEZ

c.c.#

MONICA BURBANO CERON

c.c.#

Consentimiento del Padre o Madre de Familia

Como padre (madre) de _____ identificado con TI No. _____ hago constar que tengo pleno conocimiento del programa de intervención cognitivo-conductual para la depresión con riesgo suicida, y por lo tanto acepto que mi hijo (a) participe en este, de acuerdo a los numerales anteriormente expuestos.

Firma de padre o madre de familia.

c.c.#

ANEXO B

MANUAL DE UN PROGRAMA DE INTERVENCION COGNITIVO-CONDUCTUAL PARA LA DEPRESION CON RIESGO SUICIDA

Presentación

El programa de intervención cognitivo-conductual para la depresión con riesgo suicida está dirigido a adolescentes de 13 a 16 años y consta de cinco pasos que se desarrollan en nueve sesiones grupales, con una duración aproximada de dos horas cada una.

El programa de intervención se diseñó teniendo en cuenta lo planteado por Beck en 1976 (citado por Caballo, 1991); Beck y Greenberg (2002) y Bernhardt (1998) y está conformado por cinco fases: (a) fase I: sensibilización; (b) fase II: detención del pensamiento; (c) fase III: programación de actividades diarias y evaluación de destrezas y placer; (d) fase IV: modificación de pensamientos negativos; y (e) fase V: entrenamiento en solución de problemas (ver Tabla 5).

Objetivos del Programa

Los objetivos propuestos con la aplicación de este programa son:

1. Disminuir las ideas de suicidio.
2. Lograr que el sujeto identifique aspectos positivos de su comportamiento y su ambiente.
3. Lograr que la persona recupere el control sobre sus pensamientos negativos y los afronte eficazmente.
4. Mejorar sus habilidades para resolver sus problemas presentes y futuros.

Conceptualización del Problema

El presente programa de intervención cognitivo-conductual está diseñado para disminuir el riesgo suicida tratando directamente la depresión. Para tal propósito se ha considerado que el riesgo suicida está altamente relacionado con la presencia de depresión y que como afirman Paz, Legarda y Villalobos (2001) el riesgo suicida está compuesto por dos factores, el primero, las respuestas comportamentales de riesgo (respuestas cognitivas, respuestas motoras y respuestas fisiológicas) y el segundo, los factores asociados de riesgo (factores familiares, interacción social, eventos vitales estresantes y depresión).

En consecuencia, se hace necesario explicar que la depresión fue planteada inicialmente como producto de modelos cognitivos negativos, los cuales por sí solos, podían desencadenar la sintomatología depresiva (Beck, 1976 y Coyne y Gotlib, 1983; citados por Caballo, 1991). Sin embargo, recientemente se replanteó dicho postulado y se explicó que los modelos cognitivos negativos serían, más concretamente, modelos de diátesis cognitiva, siendo éstos, esquemas depresógenos con contenidos negativos acerca de pérdida, fracaso o inadecuación y que se activan cuando una persona que posee este modelo atraviesa por una situación de contenido negativo (Caballo, 1991).

Las principales causas por las que una persona se deprime son: (a) una pérdida de control sobre su situación vital y por lo tanto una disminución o pérdida de refuerzo del ambiente y (b) una pérdida de toda visión positiva de sí mismo y de su futuro (Bernhardt, 1998). Ante esto es necesario ayudar a esa persona a recuperar el control sobre su vida, su valía y amor propio y la

esperanza de que aquello que mira con pesimismo puede ser modificado y afrontado de manera eficaz. Generalmente cuando una persona está deprimida experimenta ciertos deseos de morir, no es nada raro que por su mente atraviesen ideas suicidas ya que es común que en el estado en que se encuentra no vea otras salidas (Bernhardt, 1998). La depresión hace que la persona tenga una visión distorsionada de la realidad, ya que se fija únicamente en los aspectos negativos de la vida y deja pasar los positivos, como si éstos fueran el resultado de la influencia de factores externos; además ve los problemas como irresolubles y rechaza todas las opciones de solucionarlos, hasta que finalmente piensa que no hay solución posible (Bernhardt, 1996). Es entonces cuando la tristeza se intensifica, se hace persistente y angustiada, produciendo un gran sufrimiento y una fuerte necesidad de escapar de ese dolor. El deprimido busca desesperadamente una solución, algo que termine con su sufrimiento, moviliza sus pocas energías en la búsqueda de un alivio, alivio que en muchos casos y por el funcionamiento cognitivo y conductual disfuncional del deprimido, es el suicidio (Bernhardt, 1998).

Desafortunadamente en el estado en que se encuentra la persona deprimida, no puede comprender que el suicidio no soluciona nada, solo adelanta el final sin haber encontrado una solución, ya que no es posible decir que el suicidio sea una opción, puesto que opción quiere decir posibilidad de optar o elegir y el suicidio arrebatara para siempre esa posibilidad (Bernhardt, 1998).

Por lo anterior, este programa de intervención propone varias técnicas cognitivas y conductuales que resultan eficaces en el tratamiento de varios

síntomas de la depresión. El procedimiento que utiliza este programa de intervención está desarrollado inicialmente para identificar pensamientos automáticos que conducen a la sintomatología depresiva, dentro de la cual están presentes las ideas de muerte o suicidio, y trabaja para eliminarlas a través de la detención del pensamiento. Concluido este paso se prosigue a modificar los frecuentes pensamientos y sentimientos negativos acerca de sí mismo, del mundo y del futuro. Para esto se recurre inicialmente a contrarrestarlos con experiencias de satisfacción y buena interacción con el ambiente surgidos en la aplicación de la programación de actividades y la evaluación de destrezas y placer; seguidamente se utiliza la modificación de pensamientos negativos describiendo una situación específica donde surgen pensamientos automáticos negativos para reemplazarlos con respuestas más racionales, esto incluye también las distorsiones cognitivas que se presentan en el momento en que una persona deprimida debe resolver un problema (“esto solo me puede pasar a mí” o “yo no debería estar pasando por esto”) para modificarlas y proseguir con el entrenamiento en la solución de problemas, el cual busca enseñar al sujeto una estrategia para afrontar eficazmente los problemas.

Estrategias de Intervención

Detención del pensamiento

La detención del pensamiento es una técnica dirigida a eliminar pensamientos obsesivos o perseverantes que son difíciles de controlar y que son improductivos, irreales y tienden a inhibir la ejecución de conductas deseadas o a presentar conductas desadaptativas (Caballo, 1991). Estos

pensamientos generan malestar considerable en la persona y no se orientan a la solución del problema, por lo que son autoderrotantes (Rimm y Masters, 1984).

Según Davis, McKay y Eshelman (1986) los pensamientos negativos preceden invariablemente a emociones del mismo tipo, por lo tanto, si se pueden controlar los pensamientos, las emociones negativas asociadas pueden reducirse de manera importante. También es útil en casos en los que el problema de conducta radica a nivel del pensamiento y está indicada cuando los pensamientos son experimentados de forma desagradable y conducen a estados emocionales no deseables.

Programación de actividades diarias y evaluación de destrezas y placer

Las técnicas conductuales suelen utilizarse con frecuencia en personas deprimidas pues son efectivas para generar cambios y demostrar al sujeto que sus ideas de incompetencia e inutilidad son erradas (Caballo, 1991).

Caballo (1991) explica que la programación de actividades es una técnica conductual basada en la búsqueda del bienestar del individuo a través de la realización exitosa de varias actividades registradas por él mismo. El terapeuta que lleve a cabo la aplicación de esta técnica debe tener en cuenta que una persona deprimida experimenta en forma frecuente y recurrente pensamientos negativos acerca de sí mismo, creyéndose inútil e incompetente, lo cual lo lleva a evitar situaciones o actividades que antes podían resultarle placenteras, por eso si el participante no se siente capaz de programar alguna actividad por sí mismo, el terapeuta debe proporcionar alternativas fáciles de realizar recalando que es posible que quizá no todas las actividades programadas

lleguen a realizarse pero que el efectuar cualquiera de ellas ya significa un éxito (Caballo, 1991).

Es importante considerar que las cogniciones de incompetencia suelen estar acompañadas de cogniciones erradas acerca del placer que se experimenta en una situación o, de igual manera, el placer al que se tiene derecho estando deprimido, por eso y para disminuir esas cogniciones es útil llevar a cabo la evaluación de las destrezas y el placer, técnica que está diseñada para que la persona se califique a sí misma de acuerdo con lo eficaz que haya sido su desempeño ante cualquiera de las actividades programadas y también cuánto placer haya experimentado. Esto con el propósito de erradicar la idea del deprimido de haber perdido el entusiasmo por todo y hacerlo todo mal, para así proporcionarle experiencias positivas, acerca de su valor y su autoeficacia, que lo llenen de la energía necesaria para realizar actividades más complicadas (ir al colegio, estudiar para un examen, etc.) (Caballo, 1991).

Lo que se pretende conseguir con ésta técnica es disminuir los pensamientos de incompetencia, como “yo no sirvo para nada” o “nada lo hago bien”, y así consecuentemente generar sensaciones de bienestar basados en la eficacia y el control sobre el ambiente. Las actividades que se programen deben ser placenteras para cada participante y tener un grado de dificultad no muy alto para que sean fácilmente realizables y brinden a la persona la oportunidad de vivenciar experiencias de éxito.

Modificación de pensamientos negativos

Un aspecto importante de la depresión es que la persona deprimida interpreta muchas situaciones incorrectamente, lo que piensa sobre lo que

ocurre a su alrededor afecta en cómo se siente, por lo tanto sería de mayor ayuda cambiar los errores de pensamiento antes que concentrarse en su estado de ánimo deprimido (Martin y Pear, 1998).

Cuando una persona comienza a pensar negativamente sobre sí misma, el mundo y el futuro, se desencadenan los otros síntomas de la depresión, es decir, que los síntomas afectivos, conductuales y emocionales son una consecuencia directa de las cogniciones negativas; cabe aclarar que hay un efecto recíproco, pues así como el proceso puede darse en la dirección descrita, también puede suceder al contrario, los síntomas pueden hacer que las experiencias desagradables aumenten y a su vez aumenten las cogniciones negativas (Caballo, 1991).

Lo ideal para llevar a cabo la modificación de pensamientos negativos es describir cada situación relatando el texto exacto del pensamiento y los sentimientos que aparecen tras éste, de esta forma el trabajo entre terapeuta y participante conduce a descubrir el lazo existente entre cognición y emoción (Caballo, 1989).

Durante la modificación de pensamientos negativos el terapeuta debe identificar cuáles son los patrones cognitivos disfuncionales y para esto debe tener en cuenta que, de acuerdo con Beck y Greenberg (2002), los pensamientos negativos se caracterizan por:

1. Tienden a ser automáticos: No son producto de la razón y la lógica, simplemente aparecen. No se basan en la realidad, sino más bien en opiniones negativas que las personas tienen de sí mismas.

2. No son razonables y no tienen un propósito útil: Hacen sentir peor a la persona y generalmente interfieren con lo que realmente se quiere en la vida. Si la persona los considera atentamente, probablemente se dará cuenta que ha llegado a una conclusión inexacta.

3. Aunque estos pensamientos negativos son irrazonables, probablemente a la persona le parecen perfectamente plausibles en el momento en que los tiene, normalmente las personas los aceptan como un pensamiento realista, razonable y correcto.

4. Cuanto más cree, la persona, en estos pensamientos negativos (es decir, cuanto más los acepta sin someterlos a crítica) peor se siente.

El terapeuta, además debe tener en cuenta que los pensamientos negativos ocurren como consecuencia de seis errores cognitivos que tienen el efecto de transformar un suceso relativamente ambiguo en uno negativo, estos errores según Beck, Rush, Shaw y Emery (1983) (citados por Belloch, Sandín y Ramos, 1995) son:

1. Inferencia arbitraria: Llegar a una conclusión específica sin tener evidencia que la apoye o cuando la evidencia demuestra lo contrario que la conclusión.

2. Abstracción selectiva: Extraer un elemento determinado de una situación específica sin tener en cuenta todo el contexto.

3. Generalización excesiva: Elaborar una regla general, producto de una o varias situaciones particulares, que se aplica tanto a hechos similares como diferentes.

4. Magnificación y minimización: Exagerar los defectos o dificultades y minimizar la importancia de logros personales.

5. Personalización: Atribuirse el desarrollo de ciertos acontecimientos cuando no existe ninguna conexión.

6. Pensamiento absolutista dicotómico: Tendencia a clasificar todos los acontecimientos según una o dos categorías opuestas.

Por último, el desarrollo de la modificación de pensamientos negativos incluye dos técnicas:

En primer lugar, el registro diario de pensamientos disfuncionales que consiste en consignar en una hoja de autorregistro (ver Tabla 4) una situación reciente por la que el participante se haya sentido afectado, en esta hoja debe describirse la situación, el texto exacto del pensamiento que surgió ante dicha situación y los sentimientos consecuentes. Inicialmente el terapeuta deberá ayudar a los participantes en el desarrollo de la actividad; el objetivo es lograr, que a través de la observación y el registro de los pensamientos que surgen ante una determinada situación, los participantes se den cuenta de sus pensamientos y la cantidad de imágenes que influyen sobre sus sentimientos y su comportamiento (Caballo, 1991).

La segunda técnica es la refutación con respuestas racionales que implica refutar los pensamientos disfuncionales por medio de una respuesta racional más cercana a la realidad, proceso que en principio debe desarrollarse entre terapeuta y participante, pero dejando que gradualmente sea este último quien

Tabla 19

Hoja de autorregistro empleada en la Terapia Cognitiva (Caballo, 1991)

Fecha	Situación	Emoción	Pensamiento Automático	Distorsión Cognitiva	Respuesta Racional	Resultado
	Acontecimiento, pensamientos o recuerdos que motivaron la emoción desagradable	Especificar la emoción y evaluar la intensidad de ésta (de 1 a 10)	Especificar los pensamientos automáticos que preceden la emoción y evaluar la creencia en esos pensamientos (de 0 a 10)	Identificar las distorsiones o errores cognitivos presentes en cada pensamiento automático	Anotar respuestas racionales a los pensamientos automáticos y evaluar (de 0 a 10)	Reevaluar el grado de creencia en los pensamientos automat. (de 0 a 10) y especificar y evaluar la intensidad de las emociones que le siguen (de 0 a 10)

lo construya; es necesario evaluar el grado de creencia por parte del participante en la respuesta racional (de 1 a 10 por ejemplo); el objetivo es desarrollar una respuesta razonable a los pensamientos automáticos del participante (Caballo, 1991).

Entrenamiento en Solución de problemas

Es importante considerar que una persona deprimida, además de tener cogniciones distorsionadas, puede presentar estrategias muy reducidas o deficientes para la solución de problemas. El desempeño en el momento de tomar una decisión o resolver un problema generalmente se ve alterado cuando una persona está deprimida; su funcionamiento en este aspecto puede verse seriamente afectado por los síntomas depresivos, incluidas las habilidades y capacidades que contribuyen a la competencia social, y más específicamente la habilidad para resolver problemas (D’Zurilla, 1986; D’Zurilla y Nezu, 1982; citados por Caballo, 1991).

Los problemas son situaciones específicas de la vida, pueden suceder en cualquier momento y afectar a cualquier persona, requieren respuestas para seguir funcionando adaptativamente, pero se convierten en problemas porque no reciben respuestas de afrontamiento eficaces por parte de quien las enfrenta (Caballo, 1991). De acuerdo con Nezu y Nezu (1987) (citados por Caballo, 1991), un problema puede ser un acontecimiento único (por ejemplo: pérdida del bolso), una serie de sucesos relacionados (por ejemplo: un profesor que exige continuamente peticiones poco razonables) o una situación crónica (por ejemplo: desempleo continuo) y las demandas del problema pueden venir del ambiente (por ejemplo: un requisito objetivo de la tarea) o dentro de la persona

(por ejemplo: una meta, una necesidad o un compromiso personal); es decir, un problema es un tipo particular de relación persona - ambiente que refleja un desequilibrio entre las demandas y la disponibilidad de una respuesta adaptativa (Nezu y Nezu, 1987; citados por Caballo, 1991).

Según D’Zurilla (1986) y Nezu (1987) (citados por Caballo, 1991) una solución es cualquier respuesta de afrontamiento encaminada a cambiar la situación problemática y/o las propias reacciones emocionales negativas. Una solución eficaz es una respuesta de afrontamiento que no sólo consigue los dos anteriores objetivos, sino que maximiza consecuencias positivas (beneficios) y minimiza consecuencias negativas (costos).

D’Zurilla y Nezu (1982) (citados por Caballo, 1991) plantean cinco pasos generales para solucionar problemas:

1. Orientación General: Se anima a los participantes a que reconozcan los problemas y a que se den cuenta de que es posible tratar con ellos actuando de manera sistemática y no de forma impulsiva. Cuando el cliente se enfrenta a un problema se le enseña a hacer afirmaciones como: “Sé que puedo resolver esto solo con ir paso por paso” o “Veamos cómo puedo reformular este asunto para que devenga en un problema que tenga solución”.

2. Definición del problema: Generalmente las personas especifican y describen sus problemas de manera muy vaga. Sin embargo es posible definir el problema con mayor precisión dando respuesta a las preguntas: (a) ¿quién está implicado en el problema?, (b) ¿qué estoy sintiendo sobre este problema?, (c) ¿dónde ocurre el problema?, (d) ¿cuándo empezó este problema?, y (e) ¿por qué ocurrió este problema?; o utilizando preguntas relacionadas. Lo que

se busca con este paso es hacer una diferenciación entre la información útil de la no útil, identificar cuáles son las variables de la situación que la hacen un problema y determinar los objetivos realistas en la solución del problema.

3. Generación de alternativas: Se dan instrucciones para que los participantes encuentren posibles soluciones, a saber: “dar rienda suelta a su mente” y pensar en las muchas soluciones posibles son importar lo descabelladas que sean. De esta forma aumenta la probabilidad de encontrar entre todas las soluciones, las más eficaces. Se hace énfasis en generar la mayor cantidad de alternativas posibles, aplazar el juicio que pueda hacerse de la alternativa propuesta y generar alternativas de solución desde varios puntos de vista.

4. Toma de decisiones: Se debe examinar las alternativas cuidadosamente, eliminando aquellas que son claramente inaceptables. Se considera las consecuencias probables de las alternativas restantes. El redactar lo positivo y lo negativo ha demostrado que mejora la satisfacción a la hora de tomar decisiones y permite avanzar hacia elecciones más productivas y con menor remordimiento. A partir de esto la persona debe seleccionar la alternativa que probablemente proporcione la solución óptima y diseñar un plan para llevarla a cabo.

5. Puesta en práctica y verificación: Cuando el plan se lleva a efecto, se alienta a los participantes a mantener el registro de los progresos para asegurar que se soluciona el problema. De no ser así, la secuencia de la solución del problema debe iniciarse de nuevo e intentarse otra solución.

Descripción de las Estrategias de Intervención por Sesión

Detención del pensamiento

En la primera sesión deben identificarse los pensamientos perturbadores de cada uno de los participantes, es decir, los que se relacionan con la muerte y el suicidio. Una vez identificados estos pensamientos se pide a los participantes que cierren los ojos y cuando el terapeuta lo indique comiencen a describir en voz alta el pensamiento, por ejemplo: “No sirvo para nada”, cuando el participante está en la segunda palabra el terapeuta dice “Basta” gritando y puede acompañar el grito con una fuerte palmada en la mesa, acentuando el efecto de la detención del pensamiento (Caballo, 1991).

Posteriormente el terapeuta pregunta si ha detenido el pensamiento y repite el procedimiento con el mismo pensamiento, interrumpiéndolo nuevamente con la palabra “Basta” (o palabras similares como: Alto, No, etc.) (Caballo, 1991).

Después se entrena a los participantes para que detengan por sí mismos el pensamiento, inicialmente en voz alta, hasta que logren detener los pensamientos de esta manera. Posteriormente se pide que intenten hacer lo mismo pero sin gritar, sino pronunciando la palabra “Basta” en un tono de voz normal; cuando logre el control de esta manera se entrena a los participantes para que lo haga pronunciando la palabra “Basta” en voz muy baja y posteriormente que lo haga de forma subvocal (Caballo, 1991; Davis, McKay y Eshelman, 1986).

Posteriormente debe enseñarse al participante cómo practicar en su casa, indicándole que debe fijar previamente un horario y retomar los pensamientos perturbadores e interrumpirlos unas 10 o 12 veces; como tarea para la casa se

indica realizar dicha actividad. Se lleva a cabo la retroalimentación de la actividad indicando que aunque los pensamientos sean muy molestos y el participante manifieste no desear recordarlos, se debe explicar que la repetición y la detención lograrán el dominio de éstos y que solo debe hacerlos en el horario establecido (Caballo, 1991). Finalmente se realiza el cierre de la sesión.

En la segunda sesión se realiza una socialización a través de la cual se evalúa el desarrollo de la tarea que se dejó para la casa, posteriormente se trabaja la técnica con otros pensamientos y se hace retroalimentación y cierre de la sesión.

Programación de actividades diarias y evaluación de destrezas y placer

En la primera sesión se pide a los participantes que programen en una lista varias actividades que puedan realizar cada hora del día (Caballo, 1991). Se explica a los participantes que las actividades escogidas deben implicar cierto placer o tranquilidad; se espera que sean los participantes quienes escojan las actividades a realizar, sin embargo, debido a que es común encontrar que las personas deprimidas consideran que “ya nada les gusta” o que no recuerdan haber vivido experiencias de ese tipo, puede necesitarse que el terapeuta proponga dichas actividades; se explica que la tarea para la casa es la realización de la mayoría, o en lo posible, todas las actividades programadas y se realiza el cierre de la sesión.

En la segunda sesión se revisa la ejecución de la tarea, y se indica a cada participante que debe registrar en una columna todas las actividades programadas para poder realizar la evaluación de destrezas y placer, frente a cada actividad desarrollada escribirá una “D” cuando considere que se

desempeñó eficazmente y/o una letra “P” para indicar si al realizar esa actividad experimentó una sensación placentera, finalmente se realiza la retroalimentación de la actividad y el cierre de la sesión.

Modificación de pensamientos negativos

En la primera sesión el terapeuta debe explicar a los participantes todas las características de los pensamientos negativos y los errores cognitivos de los cuales surgen los pensamientos distorsionados, esto con el fin de reconocer mejor este tipo de pensamientos.

Posteriormente se utiliza la hoja de autorregistro diario, en la que se consignan los pensamientos disfuncionales (ver Tabla 19) (Caballo, 1991) con el cual se enseña a los participantes a reconocer tres partes de una situación o acontecimiento que les cause depresión , las tres partes son: el acontecimiento, los pensamientos que surgieron automáticamente a ese acontecimiento y los sentimientos que surgieron debido a los pensamientos y el suceso. Se pide a los participantes consignar en la primera columna la fecha en que ocurre la situación a describir, en la segunda columna una situación determinada, en la tercera columna las emociones que surgen ante dicha situación y la evaluación de la intensidad de esas emociones, en la cuarta columna los pensamientos automáticos que tienen lugar ante esas situaciones y en la quinta columna se debe identificar cuál es la cognición distorsionada que da origen a esos pensamientos; se explica que como tarea para la casa deben consignar en el cuadro cualquier otra situación que genere pensamientos automáticos y realizar el mismo procedimiento aprendido; una vez que los participantes han aprendido a identificar los pensamientos negativos que surgen ante diversas situaciones y

se han percatado de sus sentimientos se realiza la retroalimentación y el cierre de la sesión.

En la segunda sesión se revisa la tarea para la casa y se enseña a los participantes a dar afirmaciones o explicaciones más positivas y equilibradas de cada situación, es cuando debe completarse el registro utilizando la refutación con respuestas racionales escribiendo en la sexta columna una respuesta racional a los pensamientos automáticos y evaluando el grado de creencia de los sujetos a esta respuesta. En la última columna deberán evaluar nuevamente el grado de creencia en los pensamientos automáticos y evaluar las emociones que le siguen; se realiza la retroalimentación y el cierre de la sesión.

Entrenamiento en Solución de Problemas

En la primera sesión se pide a los participantes que recuerden una situación actual que ellos perciban como problema, el terapeuta debe fomentar en los participantes una actitud positiva hacia ese problema, explicando que éste, como otros, es un problema que tiene solución y que tiene que resolverse; suele ser necesario aclarar que algunas veces las soluciones escogidas pueden no ser tan eficaces como se esperaba, entonces el terapeuta debe hacer ver esto también como un problema que por tanto puede ser resuelto (Caballo, 1991).

Después que el terapeuta realice la orientación hacia el problema, en donde puede enseñar a los individuos a utilizar autoinstrucciones (“No es tan grave, esto es algo que puedo resolver”) para mejorar su actitud hacia la situación problemática (Caballo, 1991), se alienta a los participantes para que logren

llevar a cabo una clara definición del mismo y se hace retroalimentación acerca de la sensación positiva que se genera al saber que conocer bien la situación facilita la implementación de la estrategia (D'Zurilla, 1986; D'Zurilla y Nezu, 1982; citados por Caballo, 1991).

Si los participantes consideran que el problema que enfrentan es demasiado abrumador, el terapeuta puede instruirlos para que lo descompongan en varias partes y así apliquen la secuencia a cada una de ellas (Caballo, 1991).

En la generación de alternativas se anima a los participantes para que sean creativos y propongan tantas soluciones como acudan a su mente, sin importarles lo irreales o absurdas que parezcan (D'Zurilla, 1986; D'Zurilla y Nezu, 1982; citados por Caballo, 1991), en algunos casos se puede necesitar que el terapeuta modele esta conducta para que los participantes comprendan mejor el procedimiento y se sientan animados a realizarlo (Caballo, 1991).

Para escoger una solución apropiada es necesario evaluar la lista de soluciones que se realizó en el paso anterior, lo indicado es especificar qué ventajas y desventajas acarrea cada una de las alternativas; en este proceso se irán descartando algunas de ellas, por tanto el terapeuta deberá animar a los participantes para que continúen la evaluación recordándole que aunque algunas de las soluciones propuestas no sean adecuadas pueden quedar en la lista soluciones más viables. Paralelamente deberá explicar que en algunos casos la solución más eficaz puede no ser la que la persona encuentra provechosa para sí misma (D'Zurilla, 1986; D'Zurilla y Nezu, 1982; citados por Caballo, 1991).

Escogida una de las alternativas, el terapeuta deberá hacer retroalimentación especificando cuáles son las ventajas de dicha solución y animando a los participantes para que elaboren un plan con el que puedan poner en práctica la selección; como tarea para la casa se anima a los sujetos para que pongan en acción su plan. Se realiza retroalimentación y cierre de la sesión.

En la segunda sesión, el terapeuta conjuntamente con el participante realiza la evaluación de la eficacia de la solución escogida verificando cuáles fueron las consecuencias positivas de dicho proceso (D’Zurilla, 1986; D’Zurilla y Nezu, 1982; citados por Caballo, 1991). En algunos casos puede suceder que la alternativa puesta en práctica no haya sido tan eficaz como se esperaba, ante esto es necesario que el terapeuta entrene a los participantes para que reconsideren la posibilidad de aplicar otra solución de su lista de posibilidades (Caballo, 1991). Se realiza la retroalimentación y cierre de la sesión.

Procedimiento del Programa de Intervención

Fase de Sensibilización

Objetivos

Dar a conocer el programa de intervención.

Generar una relación empática entre las terapeutas y el grupo.

Tiempo de aplicación

Una sesión de dos horas.

Recursos

Recursos humanos y materiales de trabajo como: tablero, marcador, contrato terapéutico (ver Anexo A).

Metodología

Presentación de las terapeutas (Tiempo aproximado: 10 minutos).

Presentación de los integrantes del grupo (Tiempo aproximado: 30 minutos).

Realización de una dinámica para iniciar la comunicación grupal (Tiempo aproximado: 25 minutos).

Exposición acerca de la depresión y el riesgo suicida (Tiempo aproximado: 35 minutos).

Descripción del contenido del programa de intervención (Tiempo aproximado: 15 minutos).

Entrega del contrato terapéutico a cada uno de los participantes (Tiempo aproximado: 10 minutos).

Cierre (Tiempo aproximado: 5 minutos).

Fase de Detención del Pensamiento

Objetivos

Lograr que los participantes aprendan a controlar cualquier idea o pensamiento de suicidio o muerte que aparezcan en su mente.

Tiempo de aplicación

Dos sesiones semanales de aproximadamente dos horas cada una.

Recursos

Recursos humanos y material de trabajo: tablero, marcadores, papel y lápiz.

Metodología

Sesión 1.

Explicación de la técnica. (Tiempo aproximado: 15 minutos).

Realización de un listado de los pensamientos relativos a la propia muerte, ordenados de forma ascendente según el grado de malestar que produzcan.

(Tiempo aproximado: 20 minutos).

Entrenamiento en la técnica de detención del pensamiento. (Tiempo aproximado: 40 minutos).

Tarea para la casa. (Tiempo aproximado: 5 minutos).

Retroalimentación. (Tiempo aproximado: 20 minutos).

Cierre. (Tiempo aproximado: 5 minutos).

Sesión 2.

Revisión de la tarea. (Tiempo aproximado: 20 minutos).

Repetición del procedimiento de la sesión anterior. (Tiempo aproximado: 30 minutos).

Retroalimentación. (Tiempo aproximado: 20 minutos).

Cierre. (Tiempo aproximado: 5 minutos).

Fase de Programación de Actividades Diarias

y Evaluación de destrezas y placer

Objetivos

Conseguir que los participantes desarrollen autoeficacia en la gestión de sus actividades.

Lograr que los sujetos reduzcan sus pensamientos negativos acerca de su desempeño.

Enseñar a los participantes a reconocer los aspectos positivos de su desempeño.

Tiempo de aplicación

Dos sesiones semanales de aproximadamente dos horas cada una.

Recursos

Recursos humanos y material de trabajo: tablero, marcadores, papel y lápiz.

Metodología

Sesión 1.

Explicación de la técnica. (Tiempo aproximado: 25 minutos).

Programar actividades para llenar cada hora del día. (Tiempo aproximado: 35 minutos).

Tarea para la casa. (Tiempo aproximado: 5 minutos).

Retroalimentación. (Tiempo aproximado: 20 minutos).

Cierre. (Tiempo aproximado: 5 minutos).

Sesión 2.

Revisión de la tarea. (Tiempo aproximado: 20 minutos).

Realizar la evaluación de destrezas y placer. (Tiempo aproximado: 35 minutos).

Retroalimentación de la actividad. (Tiempo aproximado: 20 minutos).

Cierre. (Tiempo aproximado: 5 minutos).

Fase de Modificación de Pensamientos Negativos

Objetivos

Enseñar a los participantes a reconocer sus pensamientos automáticos negativos.

Lograr que los participantes desarrollen la habilidad para cambiar sus pensamientos negativos y para generar alternativas racionales.

Tiempo de aplicación

Dos sesiones semanales de aproximadamente dos horas cada una.

Recursos

Recursos humanos y material de trabajo: tablero, marcadores, hoja de autorregistro y lápices.

Metodología

Sesión 1.

Explicación de la técnica. (Tiempo aproximado: 35 minutos).

Se entrena al sujeto para desarrollar la hoja de autorregistro. (Tiempo aproximado: 40 minutos).

Tarea para la casa. (Tiempo aproximado: 5 minutos).

Retroalimentación. (Tiempo aproximado: 20 minutos).

Cierre. (Tiempo aproximado: 5 minutos).

Sesión 2.

Revisión de la tarea. (Tiempo aproximado: 20 minutos).

Entrenamiento para completar las dos columnas finales de la hoja de autoregistro. (Tiempo aproximado: 35 minutos).

Retroalimentación. (Tiempo aproximado: 20 minutos).

Cierre. (Tiempo aproximado: 5 minutos).

Fase de Entrenamiento en Solución de Problemas

Objetivos

Enseñar al individuo a resolver eficazmente sus problemas presentes y futuros.

Tiempo de aplicación

Dos sesiones semanales de aproximadamente dos horas cada una.

Recursos

Recursos humanos y material de trabajo: tablero, marcadores, papel y lápices.

Metodología

Sesión 1.

Explicación de la técnica. (Tiempo aproximado: 20 minutos).

Se pide a cada participante recordar una situación problemática actual o reciente y trabajen con ésta bajo la supervisión del terapeuta. (Tiempo aproximado: 40 minutos).

Tarea para la casa. (Tiempo aproximado: 5 minutos).

Retroalimentación. (Tiempo aproximado: 20 minutos).

Cierre. (Tiempo aproximado: 5 minutos).

Sesión 2.

Revisión de la tarea a través de la verificación de la efectividad de la alternativa escogida. (Tiempo aproximado: 30 minutos).

Reanudación del proceso cuando la alternativa escogida no fue efectiva. (Tiempo aproximado: 30 minutos).

Retroalimentación de la actividad. (Tiempo aproximado: 20 minutos).

Cierre. (Tiempo aproximado: 5 minutos).

Descripción del Programa de Intervención

FASE	OBJETIVOS	METODOLOGIA	TIEMPOS
Sensibilización	Dar a conocer el programa de intervención. Generar empatía entre terapeutas y participantes.	Presentación de terapeutas.	10 minutos
		Dinámica para presentación de participantes y comunicación grupal.	45 minutos
		Exposición de la temática.	35 minutos
		Descripción del contenido del Programa.	15 minutos
		Entrega del contrato terapéutico.	10 minutos
		Cierre.	5 minutos
Detención del pensamiento	Lograr que los participantes aprendan a controlar cualquier idea o pensamiento de suicidio o muerte que aparezca en su mente.	<u>Sesión 1.</u>	
		Explicación de la técnica.	20 minutos
		Listado de pensamientos.	20 minutos
		Entrenamiento de la técnica.	40 minutos
		Tarea para la casa.	10 minutos

FASE	OBJETIVOS	METODOLOGIA	TIEMPOS
Detención del pensamiento		Retroalimentación. Cierre. <u>Sesión 2.</u> Revisión de la tarea. Repetición del procedimiento. Retroalimentación. Cierre.	20 minutos 5 minutos 20 minutos 30 minutos 20 minutos 5 minutos
Programación de actividades diarias y evaluación de destrezas y placer	Conseguir que los participantes desarrollen autoeficacia en la gestión de sus actividades. Lograr que los sujetos reduzcan sus pensamientos negativos acerca de su desempeño.	<u>Sesión 1.</u> Explicación de la técnica. Programación de actividades. Tarea para la casa. Retroalimentación. Cierre.	25 minutos 35 minutos 10 minutos 20 minutos 5 minutos

FASE	OBJETIVOS	METODOLOGIA	TIEMPOS
Programación de actividades diarias y evaluación de destrezas y placer	Enseñar a los participantes a reconocer los aspectos positivos de su desempeño.	<u>Sesión 2.</u> Revisión de la tarea. Evaluación de destrezas y placer. Retroalimentación. Cierre.	20 minutos 35 minutos 20 minutos 5 minutos
Modificación de pensamientos negativos	Enseñar a los participantes a reconocer sus pensamientos automáticos negativos. Lograr que los participantes desarrollen la habilidad para cambiar sus pensamientos negativos y para generar alternativas racionales.	<u>Sesión 1.</u> Explicación de la técnica. Entrenamiento en autoregistro. Tarea para la casa. Retroalimentación. Cierre.	35 minutos 40 minutos 10 minutos 20 minutos 5 minutos

FASE	OBJETIVOS	METODOLOGIA	TIEMPOS
Modificación de pensamientos negativos		<u>Sesión 2.</u> Revisión de la tarea. Continuación de entrenamiento en autoregistro. Retroalimentación. Cierre.	20 minutos 35 minutos 20 minutos 5 minutos
Solución de problemas	Enseñar al individuo a resolver eficazmente sus problemas presentes y futuros.	<u>Sesión 1.</u> Explicación de la técnica. Trabajo de la técnica. Tarea para la casa. Retroalimentación. Cierre.	20 minutos 40 minutos 10 minutos 20 minutos 5 minutos

FASE	OBJETIVOS	METODOLOGIA	TIEMPOS
Solución de problemas		<u>Sesión 2.</u> Revisión de la tarea. Reanudación del proceso. Retroalimentación. Cierre.	30 minutos 30 minutos 20 minutos 5 minutos

ANEXO C

ESTRATEGIA DE INTERVENCION EN CRISIS SUICIDA

La presente estrategia de intervención en crisis suicida está dirigida a los adolescentes que experimenten una crisis suicida durante el desarrollo del programa de intervención cognitivo-conductual para la depresión con riesgo suicida.

Esta estrategia se diseñó teniendo en cuenta los planteamientos de Slaikeu (1999) y D. Sue, D. Sue y S. Sue (1996) acerca de la intervención en crisis suicidas.

Objetivos de la Estrategia

Los objetivos propuestos en esta estrategia son:

1. Brindar apoyo emocional a la persona durante la crisis.
2. Minimizar las posibilidades de que la persona cometa suicidio.

Estrategia de Intervención

Realización del contacto psicológico

Está dirigido a conseguir la empatía con los sentimientos de la persona en crisis, mediante la invitación al paciente para el diálogo. En este paso el terapeuta debe escuchar no sólo los hechos sino también los sentimientos, en la medida en que hace declaraciones empáticas y muestra interés por comunicarse. También puede realizar un contacto físico cuando sea necesario, adecuado y oportuno.

Examinar las dimensiones del problema

Consiste en indagar acerca del pasado inmediato, es decir, los acontecimientos que condujeron al estado de crisis, especialmente el

suceso que desató la crisis, acerca de la situación presente, de los recursos personales (internos) y sociales (externos), de la mortalidad, del futuro inmediato y de las decisiones inminentes (para las horas y días siguientes).

Análisis de las posibles soluciones al problema

En este paso se busca que la persona genere alternativas de qué hacer en esa situación particular; se debe preguntar qué es lo que el paciente ha intentado hasta ahora, examinar lo que puede o podría hacer y proponer nuevas alternativas (un nuevo comportamiento del paciente, redefinir el problema, cambio ambiental).

Ejecución de alguna acción concreta

Implica ayudar a la persona a ejecutar alguna acción concreta para manejar la crisis, de acuerdo con sus necesidades inmediatas, lo que puede ir desde concertar una cita para el día siguiente hasta iniciar una hospitalización de urgencia.

Realización de un contrato conductual

Finalmente se realiza con el paciente un contrato conductual (ver Anexo D) que busca comprometer al paciente para que no cometa suicidio durante un tiempo determinado. El objetivo de este contrato es ganar tiempo, posponer las decisiones irreversibles y finales y hacer cualquier cosa para alejar al paciente en crisis de los medios mortales para terminar con su vida.

Si la persona no puede o no va a asegurar esto, es necesario involucrar a un tercero (familiar, amigo, etc.) en la prevención del suicidio, lo cual se puede hacer pidiendo la autorización del paciente, de no ser posible dicha autorización es necesario acudir a la hospitalización voluntaria. Dado el caso que el paciente no acepte la hospitalización y si ocurre que la

mortalidad de éste es muy alta y la autoprotección del paciente no surge, se hace necesaria la hospitalización involuntaria teniendo en cuenta a la familia.

ANEXO D

CONTRATO CONDUCTUAL PARA CRISIS SUICIDA

Nombre del paciente _____

Documento de identificación _____

Dirección _____ Teléfono _____

Por medio del presente contrato acepto que:

1. Estoy de acuerdo en no intentar suicidarme o hacerme daño desde _____ hasta _____.
2. Estoy de acuerdo en deshacerme de algunas o todas las cosas que pueden ser usadas para suicidarme tales como cuchillos, pistolas o píldoras, entre otras.
3. Estoy de acuerdo en llamar de inmediato a mis terapeutas a los teléfonos _____ si siento ganas de hacerme daño.
4. Autorizo a mi familia para que permita mi hospitalización en caso de ser necesario.
5. Estoy de acuerdo con estas condiciones como parte de mi tratamiento con las terapeutas _____.

Firma _____

Testigos _____

Fecha _____

RESUMEN ANALITICO DE INVESTIGACION

TITULO: EFECTOS DE UN PROGRAMA DE INTERVENCION COGNITIVO-CONDUCTUAL SOBRE LOS NIVELES DE DEPRESION Y RIESGO SUICIDA DE ADOLESCENTES DE 13 A 16 AÑOS DEL INSTITUTO NACIONAL DE EDUCACION MEDIA DIVERSIFICADA – INEM¹

BURBANO, Mónica; PABON, Carolina²; VILLALOBOS, Fredy³.

PALABRAS CLAVES: Adolescentes, Depresión, Intervención Cognitivo-Conductual, Suicidio.

DESCRIPCION: Para determinar los efectos del programa de intervención cognitivo-conductual sobre los niveles de depresión y riesgo suicida, se utilizaron mediciones preprueba y postprueba a 20 adolescentes con niveles medios, altos y muy altos en depresión y altos y muy altos en riesgo suicida, quienes se asignaron aleatoriamente a los grupos experimental y control. El grupo experimental recibió el programa de intervención, el cual está conformado por cinco estrategias: sensibilización, detención del pensamiento, programación de actividades diarias y evaluación de destrezas y placer, modificación de pensamientos negativos y entrenamiento en solución de problemas. Analizando los resultados de la preprueba para depresión y riesgo suicida se encontró que los niveles del grupo experimental disminuyeron considerablemente tras la aplicación del programa de intervención, en contraste con los niveles del grupo control que permanecieron relativamente estables, con una leve tendencia a aumentar, así mediante la comparación con el grupo control se demostró la efectividad del programa de intervención.

-
1. Trabajo de Grado
 2. Facultad de Ciencias Humanas, Programa de Psicología
 3. Asesor Trabajo de Grado

FUENTES: Se consultaron un total de 42 referencias bibliográficas distribuidas

así: Sobre depresión: 8 libros; sobre suicidio: 6 libros; 11 páginas de internet y 1 tesis de la Universidad de Nariño; sobre terapia cognitivo-conductual: 8 libros y 5 páginas de internet; sobre metodología: 3 libros.

CONTENIDO: Se entiende por suicidio toda muerte que ha sido intencionalmente autoinflingida y que generalmente es motivada por trastornos emocionales. Afecta a cualquier persona, sin discriminar edad, sexo o condición social, sin embargo ocurre con mayor frecuencia en los adolescentes, quienes consideran que el suicidio tiene varias funciones: chantajear, pedir auxilio o escapar. A este fenómeno se le han dado diversas explicaciones, entre las más relevantes están las intrapsíquicas en las que el estado psicológico disfuncional es el desencadenante del suicidio; las explicaciones socioculturales que lo analizan a través del estudio de los factores sociales que rodean al suicida y las explicaciones bioquímicas que relacionan la presencia de sustancias químicas con la conducta suicida. El suicidio está altamente relacionado con la depresión, definida ésta como una tristeza intensa, acompañada de sentimientos de inutilidad y futilidad y aislamiento de los demás. Las personas deprimidas presentan desinterés por las interacciones sociales, baja autoestima, incapacidad para afrontar eficazmente los problemas, incapacidad para sentir placer, desinterés por realizar cualquier actividad, patrones cognitivos disfuncionales y alteraciones de tipo fisiológico. Entre los modelos teóricos que estudian la depresión están las teorías conductuales, que la explican como una reducción de la frecuencia de las conductas que son reforzadas positivamente y que sirven para controlar el medio; las teorías cognitivas, por su parte plantean la depresión como el resultado de las cogniciones negativas de la persona respecto a sí mismo, el mundo y el futuro; mientras que las teorías interpersonales, dan especial importancia a los factores interpersonales en el origen, mantenimiento y tratamiento de la depresión. Las terapias cognitiva y conductual proporcionan diversas estrategias que han resultado eficaces en el tratamiento de la depresión. Este tratamiento debe comenzar con una evaluación inicial con el

fin de determinar los síntomas del paciente y hacia dónde debe estar encaminado el proceso terapéutico, el que puede utilizar la modificación de hábitos disfuncionales en las relaciones interpersonales, la modificación de pensamientos negativos, la realización de actividades placenteras y recompensantes y el entrenamiento en solución de problemas, para disminuir o anular la depresión trabajando sobre los aspectos que la causan o mantienen.

Objetivos

Objetivo General. Determinar qué efectos tiene la implementación de un programa de intervención cognitivo-conductual sobre los niveles de depresión y riesgo suicida de adolescentes de 13 a 16 años del Instituto Nacional de Educación Media Diversificada - INEM.

Objetivos Específicos. (a) precisar cuáles son los niveles de depresión y riesgo suicida de adolescentes de 13 a 16 años del Instituto Nacional de Educación Media Diversificada – INEM; (b) establecer qué elementos componen un programa de intervención cognitivo-conductual para la depresión con riesgo suicida de adolescentes de 13 a 16 años del Instituto Nacional de Educación Media Diversificada – INEM; (c) precisar cuáles son los niveles de depresión y riesgo suicida de adolescentes de 13 a 16 años del Instituto Nacional de Educación Media Diversificada – INEM posteriores a la aplicación del programa y (d) determinar si existe diferencia significativa entre los niveles de depresión y riesgo suicida iniciales y los niveles posteriores a la aplicación del programa. **Hipótesis**

Hipótesis de trabajo. La implementación de un programa de intervención cognitivo-conductual disminuye los niveles de depresión y riesgo suicida en adolescentes de 13 a 16 años del Instituto Nacional de Educación Media Diversificada – INEM.

Hipótesis nula. La implementación de un programa de intervención cognitivo-conductual no disminuye los niveles de depresión y riesgo suicida en adolescentes de 13 a 16 años del Instituto Nacional de Educación Media Diversificada - INEM.

Variables

Las variables dependientes que se manejaron en esta investigación fueron la depresión y el riesgo suicida. La variable independiente fue el programa de intervención cognitivo-conductual para la depresión con riesgo suicida y las variables de control implicaron que los participantes debían ser adolescentes de ambos sexos de 13 a 16 años.

METODOLOGIA: Esta investigación fue de tipo explicativo, utilizó un diseño de experimento verdadero con preprueba, postprueba y grupo control. Para recolectar la información utilizó el cuestionario de depresión para niños CDS de Lang y Tisher (1983) y la escala de riesgo suicida para adolescentes ERISA de Paz, Legarda y Villalobos (2001). Para evaluar los resultados, estos se dividieron en cambios estadísticos y cambios clínicos, los primeros se analizaron con la prueba estadística t de student procesando la información de la preprueba y la postprueba a través del programa estadístico Stath Graphics Plus 3.1 y para analizar los cambios clínicos se utilizó la prueba de los signos.

CONCLUSIONES:

1. El programa de intervención resultó efectivo en la disminución de la depresión y el riesgo suicida de los adolescentes de 13 a 16 años, ya que los niveles del grupo experimental disminuyeron considerablemente respecto a los niveles del grupo control que permanecieron relativamente estables, indicando permanencia de la problemática.

2. Todo el grupo experimental mostró mejoría, tanto para depresión como para riesgo suicida, tras la aplicación del programa de intervención puesto que todos los sujetos bajaron de una a cuatro categorías en el momento de la postprueba, a nivel del CDS y del ERISA.

3. Por los resultados obtenidos se puede rechazar la hipótesis nula en favor de la hipótesis de trabajo, es decir, se puede afirmar que la implementación de un programa de intervención cognitivo-conductual disminuye los niveles de depresión y riesgo suicida de adolescentes de 13 a 16 años del Instituto Nacional de Educación Media Diversificada – INEM.

4. El programa de intervención resultó efectivo en la disminución de la depresión, ya que las estrategias utilizadas en éste permiten contrarrestar algunos de sus síntomas más comunes. Mejoran la autoestima al modificar pensamientos irracionales relacionados con ésta y al evaluar el desempeño desde un punto de vista más realista, brindan oportunidades de realizar actividades de interacción social reforzantes mediante la programación de actividades diarias, enseñan a interpretar correctamente las situaciones que generan emociones negativas con la modificación de pensamientos negativos y permiten la adquisición de habilidades que contribuyen a la competencia social.

5. Las estrategias utilizadas en el programa de intervención resultaron efectivas en la disminución del riesgo suicida ya que éstas estuvieron encaminadas a disminuir la depresión como el factor más importante en el suicidio y a contrarrestar los pensamientos que conducen a este tipo de conductas desadaptativas mediante detención del pensamiento. Además, al disminuir la depresión y el riesgo suicida, las alteraciones fisiológicas que aparecen con frecuencia en estos dos trastornos, también tienden a disminuirse.

6. En la escala de riesgo suicida se encontró que los niveles de las áreas factores familiares, factores de interacción social y eventos vitales estresantes, no disminuyeron tan significativamente como en el resto de áreas y factores de la escala, esto quizá porque en el programa de intervención no se incluyeron estrategias específicas para trabajar conjuntamente con la familia de los participantes, o para crear o fortalecer repertorios de interacción adecuados, o para proporcionar estrategias de afrontamiento eficaz a los eventos vitales que son percibidos como estresantes.

7. La secuencia de las estrategias que maneja el programa es coherente con las necesidades de la intervención. Iniciando con detención del pensamiento se controla el problema que más riesgo representa, el suicidio, y cuando los participantes desechan la idea de terminar con sus vidas se motivan a realizar

actividades que les generen bienestar en la programación de actividades diarias y evaluación de destrezas y placer. Conseguido esto es más probable que se animen a analizar su repertorio cognitivo y a cambiar sus errores de pensamiento en la modificación de pensamientos negativos, en consecuencia las tres estrategias permiten que los participantes corrijan la percepción errada que tienen de los problemas y los anima en la búsqueda de una solución y su puesta en práctica.

8. Finalizada la investigación se hace necesario realizar algunas sugerencias que favorezcan el desarrollo del programa de intervención para la consecución de óptimos resultados, éstas son: (a) el trabajo sería menos intensivo si se aumentara el número de sesiones por estrategia, afianzando así el aprendizaje de cada técnica, (b) es importante mantener contacto permanente con la familia de cada participante para facilitar la intervención de cualquier miembro de la familia en el momento en que aparezca una problemática relacionada con ésta, (c) es importante y necesario incluir en el programa de intervención una estrategia de afrontamiento que enseñe a enfrentar eficazmente situaciones generadoras de estrés y causantes de síntomas depresivos, (d) es necesario incluir también una estrategia que fortalezca o promueva el aprendizaje de habilidades sociales, (e) sería de gran utilidad para la psicología clínica implementar el programa de intervención en otros grupos de sujetos como adolescentes de 17 y 18 años y adultos, con el fin de determinar qué efectos tendría en estas personas, (f) para futuras investigaciones es conveniente tener en cuenta que al intervenir sobre depresión, ésta no se desligue del riesgo suicida y (g) por otra parte, sería interesante realizar un estudio comparativo aplicando el programa de intervención a dos grupos distintos en género, para ampliar el conocimiento acerca de la efectividad del programa de intervención determinando las diferencias en cuanto a los efectos para cada género.

ANEXOS: En total el trabajo de grado cuenta con cuatro anexos, todos de igual relevancia. Anexo A: Contrato Terapéutico; Anexo B: Manual de un

Programa de Intervención Cognitivo-Conductual para la Depresión con Riesgo Suicida; Anexo C: Estrategia de Intervención en Crisis Suicida; Anexo D: Contrato Conductual para Crisis Suicida.