



Universidad de Chile
Facultad de Ciencias Sociales
Escuela de Postgrado
Programa de Magíster en Psicología Clínica
Mención Psicología Clínica Infante - Juvenil

**EFECTIVIDAD DE UNA INTERVENCIÓN GRUPAL EN LA ATENCIÓN
PRIMARIA DE SALUD PARA ADOLESCENTES CON DEPRESIÓN LEVE O
MODERADA**

Tesis para optar al grado de Magíster en Psicología Clínica, mención Psicología Clínica
Infante - Juvenil

PS. GERMÁN ROBERTO ABARCA CARO.
TUTOR: DR. RICARDO GARCÍA SEPÚLVEDA

SANTIAGO, 2009

*Para Marta; por su apoyo en este camino,
Para Martín, por los minutos de juego robados,
Para Rocío por su dulzura y néctar que da al alma.*

*Para mis padres, que a pesar de todo,
Siempre, de alguna u otra manera,
Están presentes.*

*Además, infinitas gracias al Dr. Ricardo García,
Por su apoyo y guía para terminar este camino y
Para los "chicos" de Hijuelas,
Que sin querer, han sido parte central en esta etapa de mi vida*

*Con cariño para mis compañeros de Magister y a
Todos aquellos que aportaron en este camino*

Gracias.

ÍNDICE

RESUMEN.....	9
INTRODUCCIÓN.....	10
MARCO TEÓRICO.....	13
Depresión.....	13
<i>CIE – 10.....</i>	<i>13</i>
<i>Episodios depresivos.....</i>	<i>14</i>
<i>Otros episodios depresivos.....</i>	<i>16</i>
<i>Trastorno depresivo recurrente.....</i>	<i>16</i>
<i>Ciclotimia.....</i>	<i>17</i>
<i>Distimia.....</i>	<i>17</i>
<i>Otros Trastornos del Humor.....</i>	<i>17</i>
Teoría Cognitivo – Conductual.....	18
<i>Modelo Cognitivo – Conductual y depresión.....</i>	<i>19</i>
<i>Triada cognitiva.....</i>	<i>20</i>
<i>Esquemas cognitivos.....</i>	<i>21</i>
<i>Errores en el proceso de la información.....</i>	<i>22</i>
Depresión y adolescencia.....	23
Atención Primaria.....	30
<i>Atención Primaria y Salud Mental.....</i>	<i>32</i>
<i>Depresión y atención primaria.....</i>	<i>32</i>
Terapia Grupal.....	35
<i>Terapia de Grupo Cognitivo – Conductual y depresión.....</i>	<i>37</i>
<i>Facilitador.....</i>	<i>40</i>

MARCO METODOLÓGICO.....	44
Hipótesis.....	44
Objetivos.....	45
<i>Objetivo General</i>	45
<i>Objetivo Específicos</i>	45
Tipo de Estudio.....	46
Intervención Realizada.....	48
RESULTADOS.....	55
Resultados Cuantitativos.....	55
Resultados Cualitativos.....	62
<i>Grupo de Autoayuda</i>	62
<i>Cambio de percepción del consultorio</i>	62
<i>Escolaridad</i>	62
Evaluación de la intervención por los participantes.....	63
Evaluación de la intervención por el facilitador.....	64
DISCUSIÓN.....	66
BIBLIOGRAFÍA.....	71
ANEXOS.....	79
Carta de compromiso del Director del Consultorio de Hijuelas.....	80
Carta de compromiso de la Médico de la Unidad de Salud Mental.....	81
Consentimiento informado.....	82
Sesiones Taller.....	83
<i>Sesión 1</i>	83
<i>Sesión 2</i>	87
<i>Sesión 3</i>	90
<i>Sesión 4</i>	93
<i>Sesión 5</i>	95
<i>Sesión 6</i>	97
Inventario de depresión de Beck.....	99
Escala de Evaluación de la Actividad Global.....	103
WHOQOL – BREF.....	105

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 2.1. Descripción grupo control según antecedentes recogidos en entrevista y resultados de evaluaciones pre - intervención.....	50
Tabla 2.2. Descripción grupo experimental según antecedentes recogidos en entrevista y resultados de evaluaciones pre - intervención.....	51
Tabla 2.3. Comparación entre grupo control y grupo experimental según antecedentes recogidos en entrevista y resultados de evaluaciones pre - intervención.....	52
Tabla 2.4. Comparación entre grupo control y grupo experimental según antecedentes recogidos en entrevista y resultados de evaluaciones pre - intervención (continuación).....	52
Tabla 3.1. Comparación de medias entre grupo control y grupo experimental, pre intervención y post intervención	55
Tabla 3.2. Evolución de sintomatología depresiva en sujetos del grupo experimental pre intervención y post intervención según Inventario de depresión de Beck	56
Tabla 3.3. Resultados del Box Test.....	58
Tabla 3.4. Resultados del Test de esfericidad de Bartlett.....	58
Tabla 3.5. Resultados según prueba estadística MANOVA de la intervención realizada.....	59
Tabla 3.6. Significación Inventario de Beck comparando grupo control v/s grupo experimental, antes y después de la intervención.....	60
Tabla 3.7. Significación Inventario de Beck y WHOQOL – BREF comparando grupo control v/s grupo experimental.....	60
Tabla 3.8. Significación Inventario de Beck comparando grupo experimental pre intervención v/s post intervención.....	61

RESUMEN

Los trastornos depresivos conforman uno de los principales problemas de salud, siendo una de las causas más importantes de pérdida de años de vida saludable en nuestro país, por lo cual, el Ministerio de Salud¹ ha fomentado el desarrollo de “Programas de Depresión” en los consultorios de atención primaria y la depresión fue incluida en el programa de “Régimen de Acceso Universal para Prestaciones Integrales y Garantías Explícitas Asociadas a la Atención de Prioridades” (AUGE).

Ambas instancias están dirigidas a mayores de 15 años, sin embargo, las guías clínicas y propuestas de intervención desarrolladas hacia la atención primaria están dirigidas a mujeres mayores de 20 años que presenten depresión leve a moderada, faltando propuestas de intervención específicas para el grupo etario que va entre los 15 y 19 años y que sea aplicable a la atención primaria.

Debido a esta necesidad, y basándose en las características evolutivas de adolescentes entre los 15 y 19 años; las peculiaridades de la atención primaria y en los postulados teóricos de la perspectiva cognitivo – conductual, se elaboró una intervención grupal de 6 sesiones, destinada a adolescentes con sintomatología depresiva, la cual se desarrolló en el Consultorio Municipal de Salud de la comuna de Hijuelas.

Esta tesis evalúa la efectividad de la intervención grupal ejecutada, realizando un paralelo de los síntomas pre y post intervención, además, comparar los resultados del grupo experimental con un grupo control.

Entre los resultados destaca que la intervención fue efectiva en la disminución de sintomatología depresiva medida a través del Inventario de depresión de Beck y en auto – evaluación de la calidad de vida medida a través del WHOQOL – BREF

¹ En adelante MINSAL

INTRODUCCIÓN

En mayores de 15 años los trastornos depresivos conforman uno de los principales problemas de salud de nuestra población, con una prevalencia que alcanza el 10,7% entre las mujeres y el 4,9% en los hombres (Vicente; 2002) y en población consultante del nivel primario entre un 14% y 30% (MINSAL 1996). Estos cuadros han sido reconocidos como una de las causas más importantes de pérdida de años de vida saludable, que en el caso de las mujeres llega a ocupar el segundo lugar entre las causas de Años de Vida Saludables Perdidos por Discapacidad o Muerte Prematura (MINSAL, 2006).

Es tal su magnitud, que se han desarrollado “Programas de Depresión” en los consultorios de atención primaria y la depresión fue incluida en el programa de “Régimen de Acceso Universal para Prestaciones Integrales y Garantías Explícitas Asociadas a la Atención de Prioridades” (AUGE) (Gobierno de Chile, 2008), las cuales son garantías de atención que constituyen derechos exigibles por las personas.

Ambas instancias están dirigidas a mayores de 15 años, lo cual es destacable, ya que diversas fuentes (Ruiz y Silva 1990; Lewinsohn 1993; Gotbil 1995; Silva 2002) mencionan que los adultos deprimidos presentan sus primeros síntomas durante la infancia o adolescencia, evidenciando la necesidad de un diagnóstico e intervención precoz.

Sin embargo, las guías clínicas y propuestas de intervención desarrolladas por el MINSAL hacia la atención primaria, están dirigidas a mujeres mayores de 20 años que presenten depresión leve a moderada, faltando propuestas de intervención específicas para el grupo etario que va entre los 15 y 19 años y que sea aplicable en este nivel de atención.

En los Consultorios de Atención Primaria de Salud, se encuentra esa realidad constantemente, existiendo una necesidad respecto a desarrollar una intervención protocolizada para trabajar con adolescentes que estuvieran padeciendo un cuadro depresivo. Lo anterior es reconocido por el MINSAL, al señalar a la depresión adolescente como uno de los 36 problemas a estudiar (Consejo Consultivo de Garantías Explícitas en Salud; enero del

2009), por lo cual, actualmente esta trabajando en el diseño de modelos de intervención aplicables a la salud pública.

Debido a esta necesidad y, basándose en las características evolutivas de la adolescencia entre los 15 y 19 años, las peculiaridades de la atención primaria y en los postulados teóricos de la perspectiva cognitivo conductual, se elaboro una intervención grupal de 6 sesiones, destinada a adolescentes con sintomatología depresiva, la cual se desarrolló en el Consultorio Municipal de Salud de la comuna de Hijuelas.

Los objetivos de la intervención fueron, siguiendo los lineamientos del MINSAL: a) reducir o eliminar todos los signos y síntomas del trastorno depresivo; b) reestablecer el funcionamiento psicosocial al nivel premórbido y c) minimizar las posibilidades de recaídas.

En el presente estudio, se evaluó la efectividad de la intervención realizando una comparación de los síntomas pre y post intervención, además, se cotejaron los resultados de este grupo con un grupo control que no recibirá intervención grupal. Los resultados señalan que la intervención realizada presenta un impacto estadísticamente significativo en la reducción de signos y síntomas del trastorno depresivo y en reestablecer el funcionamiento psicosocial de los sujetos que participaron en la intervención.

Este proyecto destaca debido a que intenta ser un aporte para la solución de un problema actual en el área de salud mental, como es la depresión en adolescentes entre los 15 y 19 años; materia que actualmente está considerada como una de las prioridades de trabajando en el área de salud mental. Además, propone una intervención grupal que responde al funcionamiento y necesidades de la atención primaria de salud, de bajo costo y que se ajusta al cambio de paradigma que se está realizando en la atención pública, en donde se priorizan las intervenciones grupales.

La presente investigación será expuesta en capítulos. El primero, Marco Teórico, aborda elementos conceptuales sobre la depresión, precisamente los criterios diagnósticos del CIE – 10 y elementos teóricos desde una perspectiva cognitivo – conductual, también se

señalan antecedentes sobre las características propias de la depresión en adolescentes. A continuación, se trata el tema de las intervenciones grupales desde un enfoque cognitivo – conductual, abordando temas como evidencias sobre intervenciones grupales con pacientes depresivos y características del facilitador. Para finalizar este capítulo, se describen características de la atención primaria de salud; al estar dirigida la intervención a este nivel de atención.

El segundo capítulo trata sobre el modelo metodológico ocupado, señalando: a) hipótesis de trabajo, que dicen relación con la efectividad de la intervención realizada; b) objetivos, referentes a determinar el nivel de efectividad. Además, se señala que el presente trabajo se basa en un ensayo clínico controlado y se describe la forma en que se ejecutó.

En el siguiente acápite se exponen los resultados de la intervención; en un primer momento los resultados cuantitativos; en donde se ocupó un Modelo Lineal General Multivariado y se realizó un Análisis de Variancia Multivariante (MANOVA), en donde se destaca que la intervención arrojó resultados significativos en cuanto a la disminución de la manifestación de síntomas depresivos. Posteriormente, se analiza la intervención desde una mirada más cualitativa, especialmente aquellos factores que no estaban incluidos en los objetivos principales pero son dignos de destacar como resultados de la intervención.

En el último apartado se desarrollan las conclusiones del presente estudio.

CAPITULO 1: MARCO TEÓRICO

En este capítulo se plantean los criterios diagnósticos de la depresión desde la clasificación realizada por la OMS a través del CIE – 10, debido a que es la ocupada por el MINSAL. Además, se tratan contenidos teóricos desde la perspectiva cognitivo – conductual referentes a la depresión, ya que es el enfoque teórico que sustenta las intervenciones realizadas en la intervención grupal. Posteriormente, se aborda el tema de intervenciones grupales desde una perspectiva cognitivo – conductual y se finaliza describiendo características de la atención primaria, al ser en este contexto donde se desarrolla la intervención.

1.1 DEPRESIÓN

1.1.1 CIE – 10

De acuerdo a las clasificaciones internacionales, los trastornos del ánimo; tanto en adultos, niños y adolescentes; se clasifican en: trastornos depresivos (trastorno depresivo mayor, distimia, trastorno depresivo no especificado) y trastornos bipolares (trastorno bipolar 1, trastorno bipolar 2 y trastorno bipolar mixto). Respecto a la sintomatología, no realizan una diferencia entre los distintos tramos de edad, pero se observan variaciones en cuanto al tiempo de evolución.

El CIE – 10, señala que la anomalía fundamental en la depresión es una alteración del humor o de la afectividad, acompañada de cambios en el nivel general de actividad (vitalidad). El resto de los síntomas, son secundarios a estas alteraciones del humor y de la vitalidad o son comprensibles en su contexto. Este trastorno tiende a ser recurrente y el inicio de cada episodio suele estar en relación con acontecimientos o situaciones estresantes; además, se señala que son los mismos criterios diagnósticos, tanto para adultos, adolescentes y niños.

Respecto a los cuadros propiamente tal, señala:

1.1.1.1 Episodio depresivo

En los episodios depresivos típicos el sujeto sufre 1) humor depresivo, 2) pérdida de la capacidad de interesarse y disfrutar de las cosas y/o 3) disminución de su vitalidad que lleva a una reducción de su nivel de actividad y a un cansancio exagerado, que aparece, incluso, tras un esfuerzo mínimo. También son manifestaciones de los episodios depresivos:

- a) Disminución de la atención y concentración
- b) Pérdida de la confianza en sí mismo y sentimientos de inferioridad
- c) Ideas de culpa y de ser inútil
- d) Perspectiva sombría del futuro
- e) Pensamientos y actos suicidas o de autoagresiones
- f) Trastornos del sueño
- g) Pérdida del apetito

El estado de ánimo varía escasamente de un día para otro y no suele responder a cambios ambientales, aunque puede presentar variaciones circadianas características. La presentación clínica puede ser distinta en cada episodio y en cada individuo. **Las formas atípicas son particularmente frecuentes en la adolescencia, en donde la ansiedad, el malestar y la agitación psicomotriz pueden predominar sobre el estado depresivo.** La alteración del estado de ánimo puede estar enmascarada por otros síntomas, tales como: irritabilidad, consumo excesivo de alcohol, comportamiento histriónico, exacerbación de fobias o síntomas obsesivos preexistentes o por preocupaciones hipocondríaca. Para el diagnóstico de episodio depresivo se requiere una duración de al menos dos semanas, aunque períodos más cortos pueden ser aceptados si los síntomas son excepcionalmente graves o de comienzo brusco. También un cuadro depresivo puede ser acompañado de síntomas somáticos como:

- a) Pérdida del interés o de la capacidad de disfrutar de actividades que anteriormente eran placenteras
- b) Pérdida de reactividad emocional a acontecimientos y circunstancias ambientales placenteras
- c) Despertarse por la mañana dos o más horas antes de lo habitual

- d) Empeoramiento matutino del humor
- e) Presencia objetiva de inhibición o agitación psicomotriz clara (observada o referidas por terceras personas)
- f) Pérdida marcada de apetito
- g) Pérdida de peso (del orden del 5% o más del peso corporal en el último mes)
- h) Pérdida marcada de la libido.

Si de los síntomas recién expuesto, el sujeto presenta cuatro o más, el episodio depresivo estaría acompañado de un síndrome somático.

El episodio depresivo puede ser calificado como leve, moderado o grave; según el número, tipo y gravedad de los síntomas.

Se calificara como **leve** cuando presente al menos dos de los siguientes síntomas: 1) ánimo depresivo; 2) pérdida de interés y de la capacidad de disfrutar, y 3) aumento de la fatigabilidad. Además, tiene que presentarse al menos dos de los otros síntomas antes expuestos; ninguno de los síntomas debe estar presente en un grado intenso y el episodio depresivo debe durar al menos dos semanas.

Un sujeto con un episodio depresivo leve, suele encontrarse afectado por los síntomas y tiene alguna dificultad para llevar a cabo su actividad laboral y social, aunque es probable que no las deje por completo.

Se calificara como **moderado**, cuando estén presentes al menos dos de los tres síntomas más típicos descritos para el episodio depresivo leve, así como al menos tres (y preferiblemente cuatro) de los demás síntomas. Es probable que varios de los síntomas se presenten en grado intenso, aunque esto no es esencial si son muchos los síntomas presentes. El episodio depresivo debe durar al menos dos semanas.

Un sujeto con un episodio depresivo moderado suele tener grandes dificultades para poder continuar desarrollando su actividad social, laboral o doméstica.

Se calificara como **grave** cuando estén presentes los tres síntomas típicos del episodio depresivo antes descrito, además de, por lo menos cuatro, de los demás síntomas, los cuales

deben ser de intensidad grave. También, puede ser acompañada de síntomas psicóticos como ideas delirantes, alucinaciones o estupor depresivo.

El episodio depresivo debe durar normalmente al menos dos semanas, pero si los síntomas son particularmente graves y de inicio muy rápido puede estar justificado hacer el diagnóstico con una duración menor de dos semanas.

Durante un episodio depresivo grave es probable que el sujeto no sea capaz de continuar con su actividad laboral, social o doméstica más allá de un grado muy limitado.

1.1.1.2 Otros Episodio depresivos

Este cuadro hace referencia a episodios depresivos que no reúnen las características señaladas en el punto anterior, pero, por impresión diagnóstica, indican que son de naturaleza depresiva. Por ejemplo, mezclas fluctuantes de síntomas depresivos (especialmente de la variedad somática) con otros síntomas como tensión, preocupación, malestar o mezclas de síntomas depresivos somáticos con dolor persistente o cansancio no debido a causas orgánicas.

1.1.1.3 Trastorno depresivo recurrente

Se caracteriza por la aparición de episodios repetidos de depresión leve, moderada o grave (sin o con síntomas psicóticos), con remisión total entre los episodios y sin antecedentes de episodios aislados de exaltación del estado de ánimo o aumento de la vitalidad suficientes para satisfacer las pautas de manía, aunque pueden presentarse episodios breves de elevación ligera del estado de ánimo o hiperactividad que satisfagan las pautas de hipomanía inmediatamente después de un episodio depresivo, a veces, precipitados por el tratamiento farmacológico. Los episodios suelen tener una duración de tres a doce meses (duración mediana de seis meses); las recaídas son poco frecuentes y la recuperación suele ser completa. A menudo acontecimientos vitales estresantes son capaces de precipitar episodios aislados con independencia de su gravedad. Es dos veces más frecuentes en mujeres que en hombres.

1.1.1.4 Ciclotimia

Es un trastorno caracterizado por inestabilidad persistente del estado de ánimo que implica la existencia de muchos períodos de depresión y de euforia leves. Sigue un curso crónico, aunque a veces el estado de ánimo permanece normal y estable durante varios meses. El sujeto no percibe relación alguna entre las oscilaciones del humor y los acontecimientos vitales. Dado que las oscilaciones del ánimo son relativamente leves y los períodos de euforia pueden ser muy agradables, la ciclotimia pasa frecuentemente desapercibida.

1.1.1.5 Distimia

El rasgo esencial es una depresión prolongada de estado de ánimo que nunca, o muy rara vez, es lo suficientemente intensa como para satisfacer las pautas para trastorno depresivo recurrente con episodio actual leve. La proporción entre las fases de depresión leve y los períodos intermedios de comparativa normalidad es muy variable. Los enfermos tienen a menudo días o semanas en los que refieren encontrarse bien, pero durante la mayor parte del tiempo (frecuentemente durante meses seguidos) se sienten cansados y deprimidos, todo les supone un esfuerzo, nada les satisface, están meditabundos y quejumbrosos, duermen mal y se sienten incapaces de todo, aunque normalmente pueden hacer frente a las demandas básicas de la vida cotidiana.

1.1.1.6 Otros trastornos del humor

Categoría residual para aquellos trastornos afectivos persistentes que no son lo suficientemente graves o duraderos como para satisfacer las pautas de ciclotimia o distimia pero son clínicamente significativos.

1.2 TEORÍA COGNITIVO – CONDUCTUAL

Inicialmente, el Modelo Cognitivo – Conductual representó la integración de dos escuelas distintas de psicología: la conductual y la cognoscitiva, proporcionando un modelo de tratamiento más comprensible y eficaz. Actualmente, existe una mayor integración de factores emocionales, sin embargo, la perspectiva cognitivo – conductual continúa adhiriendo al trabajo de proceso de la información y las teorías de aprendizaje sociales (Kendall, 1993).

Fundamentalmente, la perspectiva cognitivo – conductual ve los problemas psicológicos relacionados a los antecedentes comportamentales y cognoscitivos.

Factores comportamentales importantes serían las experiencias tempranas del sujeto; por ejemplo la relación entre los padres; que van desarrollando los esquemas perceptuales en el individuo. Estos eventos se examinan para pesquisar las limitaciones en las oportunidades de aprendizaje u observar experiencias patogénicas, como por ejemplo, un trauma.

En los factores cognoscitivos, la teoría cognitiva – conductual distingue entre distorsión cognoscitiva (procesar la información de un modo incorrecto, por ejemplo, malinterpretar la intención de otro) y deficiencia cognoscitiva (presentar habilidades y/o procesos cognitivos de algún modo deficientes, provocando acciones o respuestas al medio inadecuadas) (Kendall, 1993).

La propuesta terapéutica para tratar las disfunciones señaladas es proporcionar habilidades que permitan hacer frente a distintas situaciones y brindar el espacio para practicarlas con el fin que el sujeto las introyecte.

Las técnicas terapéuticas van encaminadas a identificar y modificar las conceptualizaciones distorsionadas y las falsas creencias (esquemas) que subyacen a estas cogniciones. El paciente aprende a resolver problemas y situaciones que anteriormente había considerado insuperables, mediante la reevaluación y modificación de sus pensamientos. El

terapeuta ayuda al paciente a pensar y actuar de un modo más realista y adaptativo en relación con sus problemas psicológicos, reduciendo o eliminado así los síntomas.

El objetivo de las técnicas cognitivas – conductuales es delimitar y poner a prueba las falsas creencias y los supuestos desadaptativos específicos del paciente. El método consiste en experiencias de aprendizaje altamente específicas dirigidas a enseñar al paciente las siguientes operaciones:

1. Controlar los pensamientos (cogniciones) automáticos negativos
2. Identificar las relaciones entre cognición, afecto y conducta
3. Examinar la evidencia a favor y en contra de sus pensamientos distorsionados
4. Sustituir estas cogniciones desviadas por interpretaciones realistas
5. Aprender a identificar y modificar las falsas creencias que le predisponen a distorsionar sus experiencias

1.2.1 Modelo Cognitivo – Conductual y Depresión

La teoría cognitivo – conductual propone que algunas experiencias tempranas proporcionan la base para formar conceptos negativos sobre uno mismo, el futuro y el mundo; los cuales pueden permanecer latentes y ser activados por determinadas circunstancias, análogas a las experiencias inicialmente responsables de la formación de las actitudes negativas. Por ejemplo, una ruptura matrimonial puede activar el concepto de pérdida irreversible asociado con la muerte de uno de los padres en la infancia.

Las situaciones desagradables de la vida (incluso las extremadamente adversas) no conducen necesariamente a una depresión, a no ser que la persona esté especialmente sensibilizada hacia un tipo concreto de situación, debido a la naturaleza de su organización cognitiva. Un sujeto sin predisposición a desarrollar un cuadro depresivo, en respuesta a una situación traumatizante, es capaz de mantener algún grado de interés por otros aspectos no traumáticos de su vida, valorándolos de forma realista, en cambio, una persona con

predisposición a desarrollar un cuadro depresivo, presenta un pensamiento bastante constreñido, desarrollando ideas negativas acerca de todos los aspectos de su vida.

El modelo cognitivo – conductual postula tres conceptos específicos para explicar el sustrato psicológico de la depresión:

1.2.1.1 Triada Cognitiva

Consiste en tres patrones cognitivos principales que inducen al paciente a considerarse: a) sí mismo, b) sus experiencias cotidianas y c) el futuro; de un modo idiosincrático.

El primer elemento de la tríada refiere a la visión negativa del sujeto sobre sí mismo, apreciándose como desgraciado, inepto, enfermo, etc. Tiende a atribuir sus experiencias negativas a un defecto suyo. Debido a éste modo de ver las cosas, tiende a subestimarse y a criticarse en base a sus defectos. Además, piensa que carece de los atributos que considera esenciales para lograr la alegría y/o felicidad.

El segundo componente de la tríada se centra en la tendencia del sujeto a interpretar las experiencias de un modo negativo. Le parece que el entorno le hace demandas exageradas y/o le pone dificultades insuperables para alcanzar sus objetivos, aun cuando pudieran realizarse otras interpretaciones, incluso más ajustadas a la realidad.

El tercer mecanismo se refiere a la visión negativa acerca del futuro, anticipando que sus dificultades o sufrimientos actuales continuarán indefinidamente; además, del futuro espera penas, frustraciones y privaciones interminables y piensa que sus proyectos siempre terminaran en fracaso.

El presente modelo considera el resto de los síntomas y signos de la depresión como consecuencia de los patrones cognitivos. Por ejemplo, si alguien piensa que va ser rechazado, reaccionará con el mismo efecto negativo (tristeza, enfado, etc.) que cuando el rechazo es real, o si alguien espera un resultado negativo, no puede comprometerse a realizar una determinada tarea, provocando desmotivación o poca fuerza de voluntad u otro síntoma motivacional.

1.2.1.2 Esquemas cognitivos

Cualquier situación está compuesta por un amplio conjunto de estímulos, atendiendo un sujeto selectivamente a algunos estímulos específicos, combinándolos y conceptualizando la situación de una manera particular. Distintas personas conceptualizan de diversa manera una misma situación; pero un mismo sujeto tiende a ser consistente en sus respuestas a fenómenos similares. Esta forma de patrón estable de interpretación del entorno se denomina “esquema”. Es decir, cuando una persona se enfrenta a un evento, sus esquemas le sirven para transformar los datos en cogniciones, categorizando y evaluando sus esquemas por medio de una matriz de esquemas.

Algunos esquemas pueden permanecer inactivos durante largos períodos de tiempo y activarse por inputs ambientales específicos, determinando la manera de responder del sujeto.

En la depresión las conceptualizaciones del sujeto acerca de determinadas situaciones se distorsionan ajustándose a esquemas inadecuados, los cuales se van haciendo más activos, siendo evocados por un conjunto de estímulos cada vez mayor, a pesar de que tengan una escasa relación lógica con ellos. El sujeto pierde gran parte del control voluntario sobre sus procesos de pensamiento y es incapaz de acudir a otros esquemas más adecuados.

En las depresiones más leves, el sujeto podría ser capaz de analizar sus pensamientos negativos con algún grado de objetividad. A medida que la depresión se agrava, el pensamiento del sujeto estaría cada vez más dominado por ideas negativas, aunque puede no existir conexión lógica entre las situaciones reales y sus interpretaciones negativas. En los casos más graves de depresión, llegan a producirse distorsiones de la realidad y errores sistemáticos en el pensamiento, presentando mayor dificultad para considerar que sus interpretaciones negativas son erróneas, llegando a ser independientes de la estimulación externa, no respondiendo el sujeto a los cambios de su entorno inmediato.

1.2.1.3 Errores en el Procesamiento de la Información

Los errores sistemáticos que se dan en el pensamiento de un sujeto con depresión, mantienen su creencia en la validez de sus conceptos negativos, incluso a pesar de la existencia de evidencia contraria. Al respecto, se han descrito alguno de los errores en el procesamiento de la información en sujetos con depresión.

- a) Inferencia arbitraria: Proceso de adelantar una conclusión en ausencia de evidencia que la apoye o incluso la evidencia puede ser contraria.

- b) Abstracción selectiva: Centrarse en un detalle extraído fuera de contexto, ignorando otras características más relevantes de la situación y conceptualizar toda la experiencia en base a ese fragmento.

- c) Generalización excesiva: Proceso de elaborar una regla general o una conclusión a partir de hechos aislados, aplicando el concepto tanto a situaciones relacionadas como a situaciones diversas.

- d) Maximización y minimización: Errores cometidos al evaluar la significación o relevancia de un evento, de tal magnitud que constituye una distorsión.

- e) Personalización: Tendencia del sujeto de atribuirse a sí mismo fenómenos externos cuando no existe suficiente evidencia para realizarlo.

- f) Pensamiento absolutista, dicotómico: Tendencia a clasificar todas las experiencias según dos categorías opuestas; por ejemplo: bueno o malo; limpio o sucio; bonito o feo. Para describirse a sí mismo, el paciente selecciona las categorías del extremo negativo.

1.3 DEPRESIÓN Y ADOLESCENCIA

Blum (2000), plantea que los adolescentes son uno de los grupos etarios que presenta mayor probabilidad de sufrir un cuadro depresivo, ya que en la etapa de la adolescencia se llevan a cabo procesos de cambio físico, psicológico, sociocultural y cognitivo, que demandan de los jóvenes el desarrollo de estrategias de afrontamiento que les permitan establecer un sentido de identidad, autonomía y éxito personal y social. A pesar de lo anterior, la realización de investigaciones sobre depresión en adolescentes ha sido un tema complejo y de desarrollo reciente, desarrollándose como un campo de investigación a partir de los años 80'.

Las principales dificultades encontradas en la investigación están relacionadas con dificultades para seleccionar la muestra, lograr acuerdos en los criterios diagnósticos, existencia de instrumentos diversos, etc.

Actualmente, la mayoría de las investigaciones han empezado a utilizar como referencia los sistemas de clasificación DSM – IV y CIE – 10, a partir de los cuales se han desarrollado una serie de instrumentos que han permitido la determinación de incidencia y prevalencia en esta población.

Investigaciones en población adolescentes señalan que la depresión es un problema significativo en la edad juvenil, al revelar que un 30% de los jóvenes informa al mínimo un episodio depresivo previo a los 18 años de edad (Lewinsohn).

Lewinshon (2003) cita al “Oregon Adolescent Depression Project”, el cual arroja que el 20% de la población entre los 14 y 18 años en algún momento sufrirá un episodio depresivo, lo cual es superior a cualquier otro desorden mental, además, señala que la prevalencia de cuadros depresivos es un 2,9%; y que después de los 12 años el predominio de desordenes depresivos es casi el doble en mujeres (3,8%) que en hombres (2,0%).

En la literatura, también se señala que la prevalencia en adolescentes oscila entre un 3% y un 8%, con una prevalencia de vida de aproximadamente un 20% en el final de esta

etapa. También se señala que sintomatología depresiva elevada, pero que no cumple con los criterios establecidos para diagnosticar depresión, se encontró en un porcentaje alto de adolescentes, lo cual sería un indicador de una mayor vulnerabilidad a desarrollar un futuro cuadro depresivo (Gotlib 1995; Lewinsohn 2000) o funcionamiento psicológico y social adverso y abuso de sustancias (Aalto – Setälä 2002). Además, la depresión en la adolescencia está relacionada con mayor ocurrencia de hospitalización y problemas de ajuste social e interpersonal, suicidio e insatisfacción con la vida; lo cual evidencia la necesidad de realizar intervenciones en esta población.

En nuestro país, se puede citar una investigación con estudiantes de enseñanza media, reportando un 13,9% de síntomas depresivos en hombres y 16,9% en mujeres de dos liceos del área sur de Santiago (Cumsille 1997).

Respecto a la evolución de la prevalencia de la depresión en el tiempo, se ha observado que desde la década de los '40, cada generación tiene más riesgo de desarrollar trastornos depresivos leves a moderados, apareciendo en edades más tempranas; sin embargo, se mantiene la prevalencia para los trastornos más severos; postulándose que los cuadros leves a moderados presentan una mayor influencia de factores estresores sobre una vulnerabilidad constitucional y los trastornos severos una mayor carga biológica (García 2003).

Los índices de aumento de la depresión en adolescentes y los costos económicos en la atención de salud mental para adultos que no recibieron intervención preventiva y/o terapéutica mientras eran adolescentes demuestra la creciente necesidad de realizar intervenciones en este tramo etario, permitiendo disminuir futuros costos, tanto para la persona como para la sociedad.

Es alta la comorbilidad de los cuadros depresivos en adolescentes, especialmente en muestras clínicas, variando las cifras entre un 40% a 90% que señalan la presencia de una comorbilidad y entre un 20% a 50% de dos o más condiciones comórbidas entre distintos estudios. La distimia y los trastornos ansiosos serían las comorbilidades más comunes, luego

los trastornos conductuales y el abuso de sustancias; complejizando el cuadro patológico, representando una mayor gravedad y modificaciones en la intervención terapéutica a realizar.

La ansiedad es frecuentemente un precursor de trastorno del ánimo y puede ocurrir simultáneamente con la depresión. Abusos de alcohol, droga y/o tabaco están asociados a la depresión y estudios longitudinales sugieren una causalidad bidireccional, es decir, el abuso de sustancias conduce a depresión y ocurre como consecuencia de depresión. En términos generales, la comorbilidad puede aparecer por los factores de riesgo compartidos que son comunes a ambas condiciones. Por ejemplo, la comorbilidad de trastornos del ánimo y trastornos conductuales y el abuso de sustancias pueden ser causados por factores comunes, como abuso de sustancias parental y criminalidad, exposición a violencia familiar o desacuerdo familiar. La comorbilidad también puede aparecer por una condición que es un precursor a; o una consecuencia de; depresión, como en los casos de ansiedad y uso de tabaco, respectivamente.

La sintomatología de la depresión en la adolescencia esta modulada por el período evolutivo que se encuentra, pudiendo expresarse en diferentes conductas disfuncionales, afectando el normal desarrollo del individuo, caracterizándose por una esencial, persistente y dominante pena, anhedonia, aburrimiento e irritabilidad que son funcionalmente dañinos y relativamente indiferentes a las experiencias usuales que pueden normalmente traer alivio, tales como actividades placenteras, interacciones con otros y atención de otras personas.

La distinción más importante entre depresión como enfermedad y los usuales “altos y bajos” adolescentes, es que la depresión está asociada con incapacidad funcional, se mide a través de la intensidad y duración de las respuestas de ánimo depresivo y sus síntomas asociados, describiéndose como un cambio desde la conducta anterior.

Respecto al cuadro clínico, se distinguen 4 dimensiones estructurales básicas de la depresión: 1) humor disfórico, 2) vaciamiento de energía y de impulsos, 3) aislamiento e 4) incomunicación y ritmopatía (García 2003).

Los trastornos depresivos se pueden clasificar en un continuo, en base a la severidad, dominancia y presencia o ausencia de manía. En el punto más leve del espectro están los trastornos de adaptación con ánimo depresivo, que son auto limitante y ocurren en respuesta a un estresor determinado. En el otro extremo se encuentra la depresión mayor, que es la condición más severa, con pena o ánimo irritable o anhedonia, más, como mínimo, cinco de los siguientes síntomas: retraimiento social, sentimientos de inutilidad y/o culpa, conducta y/o pensamientos suicidas, aumento o falta de sueño, baja motivación y/o concentración y alza o baja de apetito.

Estos criterios generales, muchas veces, resultan insuficientes para diagnosticar depresión en las diferentes etapas del desarrollo, siendo difícil obtener mayor información respecto a como el niño conceptualiza, vivencia y manifiesta sus estados de ánimo en los diversos períodos evolutivos.

Tomando en cuenta estas últimas consideraciones, Herzog y Rathbun han propuesto un sistema evolutivo del diagnóstico de la depresión en niños y adolescentes basado en las etapas del desarrollo. La presencia de humor disfórico es requisito para el diagnóstico en cualquier edad, además, por lo menos, 4 conductas disfuncionales deben estar presentes y éstas también varían de acuerdo al desarrollo. En el rango que nos interesa para el presente trabajo estarían las siguientes características:

Como ánimo disfórico (debe estar presente): Apariencia triste, apatía, sentimiento de incapacidad o irritabilidad.

Conducta disfuncional (al menos 4 deben estar presentes):

- Trastornos somáticos: anorexia nerviosa, colitis ulcerativa, dolores abdominales, reacción de conversión.
- Pérdida de placer en actividades
- Inquietud o letargo
- Fobias y/o problemas de separación

- Conducta antisocial
- Pensamientos recurrentes sobre muerte y suicidio
- Cambio en el apetito o peso
- Trastornos del sueño
- Disminución de la capacidad de concentración
- Excesiva culpa o auto depreciación

La depresión mayor se origina en la interacción compleja entre una predisposición genética y sucesos vitales que producen cambios significativos en el sistema nervioso central (Silva, 2002).

Como el objetivo del presente trabajo está relacionado con cuadros depresivos menos graves, que están más relacionados a factores de riesgo psicosociales, no se abordaran los factores de riesgo biológico que están relacionados con la depresión mayor.

A continuación analizaremos en forma más específica los principales factores de riesgo psicosocial que han sido asociados a la presencia de depresión en jóvenes.

- a) Eventos Estresantes: Diversos acontecimientos de la vida del joven pueden preceder al desarrollo de la depresión y se relacionan con procesos de adaptación a crisis normativas o no normativas. (Gómez, 1997).
- b) Factores Familiares: La relación del adolescente con sus padres se considera una variable de gran peso en el desarrollo de síntomas depresivos en jóvenes, ya que quienes tienen un vínculo pobre con sus padres son más vulnerables a presentar este tipo de síntomas cuando se enfrentan a eventos vitales adversos, en comparación con aquellos que tienen estilos de relación más cercanos y de mayor soporte emocional (Kraaij, 2003).
- c) Factores socioeconómicos y cambios en la estructura familiar: La separación conyugal y el bajo estatus socioeconómico tienen consecuencias en el bienestar

subjetivo de los miembros de la familia que podrían contribuir a la presencia de depresión. Al estudiar las características de familias clínicas y no clínicas se han identificado algunas variables relacionadas con el riesgo, dentro de las cuales se encuentran (a) la escasa o excesiva cercanía afectiva, (b) la disciplina inconsistente (aplicación indiscriminada de castigos y recompensas), (c) la confusión o caos en la asignación de responsabilidades domésticas, (d) el escaso o excesivo control conductual por parte de los padres, y (e) los desacuerdos marcados entre los padres acerca de la crianza.

Videon (2002), ha concluido que la separación de los padres afecta a los jóvenes de manera diversa en cada caso, ya que la relación del adolescente con sus padres, antes de la disolución del matrimonio, es un factor que modera los efectos de la separación. En cuanto a la depresión propiamente tal, la relación con el padre de sexo opuesto es una influencia significativa en esta patología.

d) Violencia entre padres: McCloskey (2003) señalan que los jóvenes que observaron violencia entre los padres durante su niñez, tienden a desarrollar síntomas depresivos en la adolescencia. La evidencia indica que los jóvenes provenientes de parejas conflictivas tienen mayor probabilidad de presentar depresión durante la adolescencia, así como de agredir físicamente a pares del mismo sexo, compañeros y padres.

e) Sufrir abuso físico: Kaplan (1998) estudió la relación entre el abuso físico y el riesgo para el desarrollo de trastornos psicopatológicos en jóvenes entre 12 y 18 años de edad a través de un estudio de comparación de grupos. Concluyó que el abuso físico es un factor de riesgo para la presentación de cualquiera de los diagnósticos de depresión mayor, distimia, trastorno de conducta antisocial, abuso de drogas y tabaquismo. Estos autores encontraron que los factores de riesgo que estuvieron asociados específicamente con la presencia de trastorno depresivo mayor en los adolescentes fueron: abuso físico, percepción de sobreprotección de los padres y contar con sólo un padre biológico en el hogar; además, señalan que la

depresión ha sido asociada a maltrato físico en estudios previos, conclusión que confirma que los jóvenes abusados físicamente tienen una probabilidad siete veces mayor de desarrollar un trastorno depresivo mayor, que aquellos jóvenes que no son maltratados. Además, Romano, citado por Pardo (2004), encuentra una asociación positiva entre abuso sexual en la niñez y la depresión, los trastornos de ansiedad, de alimentación y de conducta.

f) Soporte Social: Es definido como “el sentido de ser alguien importante ante los ojos de otros, ser cuidado y amado, ser estimado y valorado como una persona y tener alguien que escuchará, entenderá y ayudará cuando sea necesario” (Pardo, 2004). Se ha encontrado que la pérdida y disminución de soporte, sumado al mantenimiento de interacciones sociales negativas, genera mayores dificultades en el bienestar psicológico de los adolescentes, por el contrario, interacciones sociales positivas y el crecimiento o mantenimiento del soporte social, favorecen el bienestar del joven (Pardo, 2004). La necesidad de pertenencia a un grupo, la falta de oportunidades o el rechazo pueden constituir una experiencia frustrante para el joven. El grupo de pares brinda la posibilidad de tomar decisiones junto a sus compañeros, de tener poder y seguridad, proporciona prestigio y libertad, constituyéndose en un importante “modelo de referencia,” en el cual existen emociones, ideas, ambiciones y expectativas que discrepan con los valores de los adultos relacionados con el adolescente (profesores, familiares, etc.) (Dulanto, 2000).

g) Habilidades sociales: Existen cualidades en los jóvenes que representan vulnerabilidad individual para el desarrollo de dificultades emocionales, como dificultades para hacer nuevos amigos, frecuentes discusiones con adultos que representan autoridad, crueldad hacia pares, rechazo a compartir con otros, discusiones frecuentes o agresividad con amigos o pares, soledad y aislamiento interpersonal, falta de amigos cercanos y pobres relaciones con amigos y pares (Johnson, 2002). La mayoría de los factores relacionados con la interacción de pares se encuentran vinculados a un conjunto de habilidades que muchas veces son

insuficientes para el establecimiento de interacciones sociales satisfactorias y el adecuado afrontamiento de las situaciones problemáticas. Estas falencias de habilidades se agrupan en el déficit en habilidades sociales, asertividad y solución de problemas, las cuales se han relacionado como un elemento estructural en la relación con pares y la presencia de depresión. Cuando el joven tiene dificultades en habilidades sociales, la explicación más común de este fenómeno generalmente hace referencia a que no ha aprendido a combinar de manera adecuada las conductas socialmente competentes, ya sea por falta de oportunidades o contextos de interacción o por castigos en el momento de presentar la conducta. De esta forma, la ausencia de habilidades sociales puede ser una de las condiciones antecedentes que produce un bajo rango de reforzamientos positivos y que pueden asociarse a la presencia de depresión (Lewinsohn, 1993).

1.4 ATENCIÓN PRIMARIA

Debido a que la intervención está diseñada para intervenir en el nivel primario de atención, es necesario poder comprender las principales características de la atención primaria de Salud.

La Organización Mundial de la Salud, en la declaración de Alma – Ata, la cual Chile suscribe, definió la salud como un estado de completo bienestar físico, psíquico y social, y no solamente como la ausencia de enfermedad, siendo un derecho fundamental.

Siguiendo a Weinstein (1988), esta definición abrió nuevas perspectivas en la concepción de salud, incorporando como esenciales las dimensiones psicológicas y sociales en su relación indivisible con la realidad biológica del hombre, inserto en un sistema social determinado. Lo anterior implica que el trabajo en salud es un campo al menos, interdisciplinario, favoreciendo una mirada integral del ser humano, en donde deben ser abordados tanto los aspectos biológicos, psíquicos y sociales del ser humano.

En la misma declaración se señala a la Atención Primaria de Salud como la base en donde se deben desarrollar las estrategias y políticas para alcanzar estándares satisfactorios de salud, definiéndola como: asistencia sanitaria esencial basada en métodos y tecnologías prácticas, científicamente fundadas y socialmente aceptables, al alcance de todos y a un costo que la comunidad y el país puedan abordar, en todas y cada una de las etapas de su desarrollo. Lo recién señalado pone de manifiesto la necesidad de desarrollar investigaciones que prueben en la atención primaria la efectividad de modelos de atención que sean acordes a este modelo de trabajo.

Además, la atención primaria en el sistema de salud constituye la función central y núcleo principal, representando el primer nivel de contacto de los individuos, la familia y la comunidad con el sistema nacional de salud, llevando lo más cerca posible la atención a las personas, constituyendo el primer elemento de un proceso permanente de asistencia sanitaria orientando hacia los principales problemas de salud de la comunidad, prestando servicios de promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación necesarios para resolver esos problemas, dando prioridad a los más necesitados y atendiendo las necesidades de salud expresas de la comunidad.

Siguiendo a Hidalgo (2002), los sistemas de atención en salud están en crisis debido a los cambios epidemiológicos; las necesidades de la población (donde están adquiriendo una mayor relevancia las enfermedades mentales, entre otras); el costo de la salud, la cantidad de recursos de que se dispone y la organización de los mismos. Lo anterior, ha llevado a la necesidad de buscar nuevas formas de organización de los sistemas de atención de salud que permita acercarse a los objetivos propuestos, junto con adecuarse a la realidad chilena, realizándose actualmente un cambio de enfoque que orienta las atenciones a una perspectiva de “Salud Familiar”, en donde se privilegiarán las intervenciones grupales.

1.4.1 Atención Primaria y Salud Mental

El MINSAL ha hecho suya la definición del Ministerio de Salud y Bienestar de Canadá que define Salud Mental como “capacidad de las personas y de los grupos para interactuar entre sí y con el medio ambiente, de modo de promover el bienestar subjetivo, el desarrollo y uso óptimo de las potencialidades psicológicas, cognitivas, afectivas, relacionales, el logro de las metas individuales y colectivas, en concordancia con la justicia y el bien común”. (Unidad de Salud Mental del Ministerio de Salud de Chile, 2001)

En mayores de 15 años los trastornos depresivos conforman uno de los principales problemas de salud mental de nuestra población, con una prevalencia que alcanza el 10,7% entre las mujeres y el 4,9% en los hombres (Vicente; 2002) y en población consultante del nivel primario a casi un 30% (MINSAL 1996). Estos cuadros han sido reconocidos como una de las causas más importantes de pérdida de años de vida saludable, que en el caso de las mujeres llega a ocupar el segundo lugar entre las causas de Años de Vida Saludables Perdidos por Discapacidad o Muerte Prematura. (MINSAL, 2006)

Los datos recién señalados, justifican que una de las prioridades de atención del sistema de salud sea el abordaje adecuado de la depresión; debiendo; la atención primaria; desarrollar estrategias efectivas y accesibles para abordar esta problemática. En este contexto, es importante el desarrollo de intervenciones grupales probadas, debido a que permiten una mayor cobertura y garantizan un grado de efectividad.

1.4.2 Depresión y atención primaria

Un estudio realizado por Simón (2000), publicado en el Boletín de la Organización Mundial de Salud, señala que un 75% de las personas que sufren depresión consultan a médico general en la Atención Primaria. Sin embargo, las formas “encubiertas” por síntomas físicos, generan consultas médicas repetidas, exámenes, tratamientos e interconsultas no resolutivas, elevando los costos de la atención médica y retrasando el inicio de un tratamiento eficaz, lo

cual es más evidente en población adolescente. Esta situación debe ser revertida, ya que cuando la depresión no es tratada adecuadamente, conduce a cuadros recurrentes y/o evolución crónica.

En este contexto, el MINSAL ha intentado dar respuesta a esta problemática desarrollando protocolos de atención enfocados principalmente en mujeres mayores de 20 años, debido a que las guías de atención y manuales de intervención están centradas en esa población, favoreciendo el diagnóstico y tratamiento en este tramo de edad (Div. Promoción de Salud; U. de Chile; en www.minsal.cl).

Basándose en la guía clínica para la depresión “Tratamientos de personas con Depresión” del MINSAL (2006), se puede señalar que el accionar de la Atención Primaria en mayores de 15 años con sintomatología depresiva es:

1. **Sospecha diagnóstica**, considerándose que una persona tiene riesgo de estar sufriendo un cuadro depresivo si contesta afirmativamente a cualquiera de las siguientes preguntas:

- ¿Se ha sentido cansada(o) o decaída(o) casi todos los días?
- ¿Se ha sentido triste, deprimida(o) o pesimista casi todos los días?
- ¿Siente que ya no disfruta o ha perdido interés por cosas o actividades que antes le resultaban entretenidas o agradables?

2. **Diagnóstico** de depresión según los criterios del CIE – 10, expuestos en el primer capítulo.

3. El **Tratamiento** para la depresión leve a moderada y distimia presenta los siguientes objetivos:

- Reducir o eliminar todos los signos y síntomas del trastorno depresivo.
- Reestablecer el funcionamiento psicosocial, laboral o vocacional al nivel premórbido
- Minimizar las posibilidades de recaídas.

Respecto a las intervenciones y su grado de evidencia, la guía clínica señala que intervenciones psicosociales de orientación cognitiva – conductual con adultos, orientada a la resolución de problemas, han demostrado ser efectivas, obteniendo resultados a largo plazo similares al uso de antidepresivos, presentando un nivel de recomendación B, es decir, evidencia obtenida de al menos un estudio controlado no randomizado o al menos un estudio cuasiexperimental.

También se señala que en adolescentes las intervenciones psicosociales y grupales han demostrado ser efectivas, presentando un nivel de recomendación A; es decir, evidencia obtenida de un meta – análisis de estudios randomizados controlados o al menos un estudio randomizado controlado.

Además, sugiere el uso de farmacoterapia.

Al respecto, llama la atención que a partir del nivel central **no hayan surgido propuestas de intervenciones específicas con adolescentes** para la atención primaria a pesar de 1) estar comprobada su eficacia, 2) el antecedente que un gran porcentaje de adultos que manifiestan síntomas depresivos presentaron sus primeras manifestaciones sintomáticas en la adolescencia o incluso antes y 3) que la elaboración de manuales y estrategias de intervención protocolizados favorecen una adecuada pesquisa.

Lo anterior, señala la importancia de desarrollar estrategias de intervención que cumpla con las necesidades de la atención primaria destinada a adolescentes con depresión; es decir, una intervención con objetivos claros, medibles, acotados en el tiempo y sencillos de ejecutar.

1.5: TERAPIA GRUPAL

Siguiendo a Corey (1995), Echeburúa (2000), Hollon (2002), Benedito (2004) y Sánchez (2006), las intervenciones grupales presentan ventajas tanto para el individuo como para los sistemas de salud, debido a que son más efectivas que las individuales. Lo anterior se justifica, siguiendo a los mismos autores, en que los miembros del grupo pueden practicar las habilidades adquiridas dentro del grupo, en una atmósfera protegida, recibiendo apoyo y sugerencias para aplicar su aprendizaje en su vida diaria; además, permite ir explorando los estilos relacionales con los otros e ir aprendiendo habilidades sociales más efectivas, beneficiándose del feedback e insight, tanto de los compañeros de grupo como del terapeuta, viéndose favorecidos de las experiencias de los compañeros de intervención e ir aprendiendo a manejar sus problemas, observando a otros con preocupaciones similares. Para el sistema de salud, ofrece la ventaja que dentro de un período de tiempo determinado, se puede tratar a un mayor número de pacientes de los que podrían ser tratados individualmente, teniendo un menor costo económico y una mayor cobertura.

Según Bechelli (2005) como psicoterapia de grupo actualmente se entiende un amplio espectro de procedimientos fundamentados en distintas perspectivas teóricas y aplicadas en distintos contextos.

Debido a que la perspectiva de la intervención se enmarca dentro de los paradigmas cognitivo – conductuales, en lo siguiente del presente capítulo la información presentada se centrará principalmente en ese paradigma.

El grupo es un laboratorio práctico en el que se pueden observar: emociones, gestos, actitudes y comportamientos mejor que en los informes de los propios pacientes. El grupo implica un proceso interpersonal que potencia pensamientos, sentimientos y conductas conscientes.

A menudo los grupos terapéuticos están orientados hacia un problema; su contenido y centro de atención está determinado por los miembros, quienes normalmente son sujetos con

un adecuado funcionamiento. El grupo proporciona la empatía y el apoyo necesarios para crear una atmósfera de confianza que conduzca a compartir y explorar dichos problemas.

Respecto a estudios sobre las intervenciones grupales, se puede señalar que Neimayer (1995) realizó un estudio con 352 pacientes deprimidos en un hospital psiquiátrico privado, encontrando que la combinación de terapia cognitivo – conductual grupal y farmacológica producía una rápida mejoría. En esta línea, Manning (1994) evaluó a 531 pacientes psiquiátricos con diagnósticos heterogéneos, poniendo a prueba la eficacia de un tratamiento que combinaba psicofármacos y terapia grupal cognitivo – conductual, los resultados arrojaron una mejoría clínicamente significativa, que se mantuvo durante el año posterior a la finalización del tratamiento, en sintomatología depresiva y ansiosa y en locus de control. Otra investigación que apoya la utilidad de la intervención cognitivo – conductual es la de Bright (1995), en la que se demostró la eficacia de la terapia cognitivo – conductual grupal para reducir síntomas depresivos. Según Pérez (2003) la eficacia de intervenciones grupales basadas en un modelo cognitivo – conductual ha mostrado ser, como mínimo, igual a la eficacia de la medicación antidepressiva.

Weiss (1990), en un estudio concluye que existe una mayor eficacia de los grupos terapéuticos en contexto clínico, respecto a aquellos que se aplican en otros entornos, lo cual es un argumento a favor de la eficacia de los tratamientos grupales, ya que los sujetos incluidos en estudios efectuados en contextos clínicos suelen presentar mayor patología que los tomados de otros contextos, a menudo muestras subclínicas.

La terapia de grupo estaría especialmente indicada para adolescentes, porque les proporciona un lugar donde expresar sentimientos conflictivos, explorar dudas sobre sí mismos y comprender que comparten estas preocupaciones con sus iguales, facilitando el aprendizaje de formas adecuadas de comunicación con pares y les ofrece la oportunidad de ser participes en un proceso de crecimiento mutuo, posibilitando a los participantes expresar sus problemas y ser escuchados, pudiendo ayudarse mutuamente en el camino hacia la auto – comprensión y auto – aceptación (Corey; 1995).

Shechtman (1994) señala que el paso por un grupo terapéutico tiene beneficios añadidos al de la mejoría psicopatológica, como por ejemplo efectos sobre la autoestima, y favorece en los beneficiarios una comunicación a un nivel más profundo, sirviendo de práctica para sus relaciones sociales, promoviendo amistades íntimas, tanto dentro como fuera del grupo.

1.5.1 Terapia de Grupo Cognitivo – Conductual y Depresión.

Trabajar con pacientes deprimidos en un contexto de grupo introduce la posibilidad de facilitar en el paciente una serie de inferencias negativas que, probablemente, no surgirían en una psicoterapia individual, las cuales pueden ser beneficiosas o perjudiciales para la terapia, según sean manejadas por el terapeuta.

Las principales dificultades que pueden surgir en el curso de trabajo en grupo con sujetos con depresión son: (1) comparación negativa del paciente con otros miembros del grupo, (2) efectos potencialmente negativos de la interacción entre individuos depresivos y (3) posibles limitaciones del sujeto para relacionar los ejemplos de procesos cognitivos negativos del grupo con su propio caso. Estas dificultades, con un adecuado manejo del terapeuta, podrían presentar efectos positivos tanto en el grupo en general como en los individuos en particular. Al respecto, está comprobado que trabajar con grupos homogéneos de pacientes deprimidos e intervenciones estructuradas, de tiempo limitado y que incluyan procedimientos cognitivos – conductuales, es un modo eficaz de salvar los obstáculos anteriores, además, presentan mayor evidencia respecto a otros enfoques terapéuticos (Hollon 2002).

Según Méndez (2003), al igual que ocurre en la población adulta, el tratamiento grupal de la depresión en la infancia y adolescencia es tan eficaz como la individual, pero se obtienen mejores resultados con grupos pequeños, de un máximo de ocho pacientes. Hoag (1997) tomó 56 estudios sobre terapia grupal con niños y adolescentes y realizó un estudio de meta análisis encontrando índices de eficacia similares a los hallados en adultos; en la mayoría de los estudios revisados, los pacientes mejoraban más en los grupos terapéuticos que en los grupos controles, ya fueran listas de espera o grupos placebo.

Diferentes publicaciones establecen como parámetros para el tratamiento de niños y adolescentes con desordenes depresivos la terapia psicosocial como el primer tratamiento; siendo la terapia cognitivo – conductual una de las terapias más investigadas en el trabajo con adolescentes, existiendo un vasto apoyo empírico en el tratamiento de la depresión en terapia individual, lo que no ocurre en modalidades de intervención grupal.

En el trabajo con niños y adolescentes desde un enfoque Cognitivo – Conductual, el conocimiento del desarrollo infante – juvenil recibe un énfasis particular para la planificación de las intervenciones. Especial preocupación merecen el desarrollo cognitivo y las tareas del desarrollo que enfrenta el sujeto, elementos centrales para realizar una adecuada planificación; debiendo ser flexible a reformulaciones de acuerdo con los elementos que van surgiendo en el proceso. En el caso de programas desarrollados para adolescentes, la mayoría ha considerado las estrategias de tratamiento con adulto como base, adaptándolas a las características de la edad.

La meta central de la terapia cognitivo – conductual es ayudar al joven a construir un nuevo esquema que provoque una modificación en su estructura cognitiva, permitiendo una nueva percepción del mundo. Parte importante de este proceso se logra haciendo practicar al paciente esta nueva manera de pensar (esquema) en la presencia del terapeuta, lo cual permite ayudar al adolescente a la refinación de sus nuevos atributos y sus expectativas sobre su comportamiento futuro.

Lewinsohn (1999) realizó una revisión e identificó cuatro elementos comunes a la mayoría de los programas de terapia cognitivo – conductual que abordan los desordenes depresivos en jóvenes: (a) educación sobre manejo de la afectividad (técnicas de relajación, manejo de la ira, etc.); (b) habilidades comportamentales (resolución eficaz de problemas); (c) habilidades cognitivas (pensamiento positivo y constructivo); (d) consideración del contexto familiar (resolución de conflictos, habilidades comunicacionales). No todos los acercamientos terapéuticos cognitivo – conductuales incluyen estos cuatro componentes.

Respecto a intervenciones grupales basados en la teoría cognitivo – conductual, Lewinsohn (1996) señala que este tipo de tratamiento es eficaz al lograrse una reducción significativa de los síntomas medidos a través del Inventario de Depresión de Beck; que la inclusión de los padres al tratamiento grupal no significa ninguna ventaja a favor del tratamiento, incluso predispondría la deserción en algunos casos; y que este tipo de intervención es eficaz en la prevención de desordenes depresivos en jóvenes con factores de riesgo.

Oei (1997) estudió los factores que se relacionan con el abandono de una terapia cognitivo – conductual grupal en pacientes con trastornos del estado de ánimo. Encontraron que los sujetos que abandonaban participaban significativamente menos en el grupo que los que finalizaban el tratamiento.

Las metas en las intervenciones grupales de orientación cognitivo – conductual consiste en enseñar a los pacientes a modificar sus emociones y conductas disfuncionales por otras más apropiadas y a tener la capacidad de manejar acontecimientos desafortunados que puedan surgir (Corey 1995). Con estas intervenciones se pretende desarrollar las siguientes características: autointerés, interés social, autodirección, tolerancia, flexibilidad, autoaceptación, y responsabilidad de los propios trastornos emocionales. También pretende entregar a los miembros del grupo instrumentos para reducir o eliminar emociones inadecuadas que permitan mejorar la calidad de vida. Para lograrlo, enseña formas prácticas de identificar sus pensamientos subyacentes erróneos y a modificarlos por pensamientos más constructivos. Los pacientes aprenden que son responsables de sus propias reacciones emocionales, que pueden reducir sus síntomas prestando atención a sus auto – verbalizaciones y modificando sus pensamientos y valores por otros más realistas

1.5.1.1 Facilitador

El rol del facilitador consiste, fundamentalmente, en favorecer la interacción de todos los miembros; ayudarles a aprender de los otros; colaborar con los pacientes para establecer metas personales, sobre todo en las primeras sesiones; establecer, de forma implícita y explícita, las normas de funcionamiento y animarles a convertir sus insights en planes concretos que impliquen la ejecución fuera del grupo.

Para cumplir adecuadamente con la función de liderazgo, Corey (1995) ha descrito algunas características asociadas a un buen liderazgo grupal, entre las cuales se encuentran:

- a) Presencia emocional: Implica la capacidad de reconocer y expresar las propias emociones, lo que facilita la capacidad de empatizar con las emociones de las demás personas y comprender a los miembros del grupo. También implica preocupación genuina y voluntad para participar en el mundo psicológico de los otros, es decir, el facilitador no se fragmenta cuando llega a la sesión grupal, no se preocupa por otros asuntos y está abierto a las reacciones del grupo.
- b) Control personal: Implica confianza en sí mismo y conciencia de su influencia sobre otras personas. Si el facilitador no transmite una sensación de control en su propia vida, le será difícil facilitar el movimiento de los miembros del grupo hacia la adquisición de dicho control.
- c) Sinceridad y autenticidad: Se debe tener un interés sincero en el bienestar y crecimiento de los otros. La sinceridad conlleva ser directo, implicando comunicar a los miembros lo que no quieren oír.
- d) Sentido de identidad: Para poder ayudar a los miembros del grupo, debería disponer de un sentido claro de su propia identidad. Esto significa ser consciente de sus puntos fuertes, limitaciones, necesidades, temores, motivaciones y metas propias, lo que se desea obtener de la vida y la forma de conseguirlo.

- e) Confianza y entusiasmo en el proceso grupal: La confianza del facilitador en el valor del proceso grupal es fundamental para el éxito del grupo. El entusiasmo que los facilitadores transmitan a sus grupos puede tener una cualidad contagiosa. El facilitador debe mostrar ilusión por su trabajo y satisfacción por el trabajo grupal. La falta de entusiasmo de un facilitador se refleja normalmente en la falta de interés de los sujetos por acudir a las sesiones grupales y en la resistencia a desempeñar un trabajo significativo.

- f) Capacidad de facilitación: Capacidad de potenciar la experiencia grupal y a capacitar a los miembros para que alcancen sus metas. Conlleva a una comunicación clara y directa entre los participantes y la ayuda suficiente para que asuman progresivamente más responsabilidad en la dirección del grupo.

- g) Capacidad de iniciación: Destreza del facilitador para evitar que el grupo se desenvuelva sin rumbo o dirección; es decir, capacidad para conseguir que los participantes se concentren en el trabajo de una manera significativa, sin llegar al extremo de fomentar la pasividad del grupo.

En la literatura también se encuentran descritas técnicas para el trabajo grupal, siendo pertinentes en esta investigación las que se señalan a continuación.

- a) Escucha activa: Implica prestar toda la atención al hablante y ser sensible al mensaje comunicado, tanto a nivel verbal como no verbal. Implica recoger las claves significativas proporcionadas por los miembros a través de su estilo de discurso, gesto corporal, calidad de voz y manierismos.

- b) Síntesis: Destreza para resumir todos los elementos importantes de la interacción grupal o parte de una sesión. Es útil al cambiar de un tema a otro el identificar los elementos comunes con el fin de aumentar el aprendizaje y mantener la continuidad. Es necesario realizarla al final de cada sesión, ayudando a los miembros del grupo a reflexionar y dar sentido a lo ocurrido en el grupo,

motivando a los participantes a pensar en lo aprendido o experimentado durante la sesión y en las posibles formas de aplicarlo a la vida cotidiana.

- c) Preguntas: Realizar preguntas abiertas y evitar aquellas que están relacionadas a los “¿por qué?”.

- d) Definición adecuada de metas: Capacidad de poder establecer metas comunes al grupo y al mismo tiempo, favorecer que cada participante del grupo tenga una meta individual relacionada con la meta del grupo.

- e) Evaluación: Al finalizar cada sesión el facilitador debe evaluar lo sucedido en el grupo en su totalidad y en cada participante en particular y fomentar la auto – evaluación.

- f) Feedback: Capacidad del terapeuta de proporcionar una devolución basándose en su observación y reacción a las conductas de los participantes y potenciar que los miembros se proporcionen feedback entre sí.

- g) Sugerencias: Forma de intervención diseñada para ayudar a los participantes a elaborar un curso alternativo de pensamiento o acción.

- h) Modelado: Los participantes del grupo aprenden por observación de la conducta del terapeuta, por ejemplo, si el terapeuta valora la honestidad, el respeto mutuo, la confianza, el riesgo adoptado y la asertividad, puede potenciar estas cualidades en los miembros demostrándolas al grupo. Es decir, una de las mejores formas para enseñar destrezas de relación interpersonal consiste en la ejemplificación directa.

- i) Vinculación: Una forma de favorecer la interacción de los miembros es animar a los miembros a dirigirse entre ellos directamente en vez de dirigirse al terapeuta. El terapeuta debe promover la interacción y aumentar el nivel de cohesión grupal.

Vinculando a diferentes miembros, el terapeuta enseña a responsabilizarse por la implicación en el trabajo ajeno. Si los miembros aprenden a participar en las interacciones grupales, son más independientes del facilitador y probablemente tendrán una mayor sensación de pertenencia al grupo.

CAPITULO 2: MARCO METODOLÓGICO

2.1 HIPÓTESIS

Las hipótesis planteadas para el desarrollo del presente trabajo fueron:

- **HIPÓTESIS NULA:** *La intervención grupal desarrollada en la atención primaria, con adolescentes entre 15 y 19 años, que presentan depresión leve o moderada, no deriva en mejoras significativas ni reduce el espectro sintomático de los participantes.*

- **HIPÓTEISIS ALTERNATIVA:** *La intervención grupal desarrollada en la atención primaria, con adolescentes entre 15 y 19 años, que presentan depresión leve o moderada, deriva en mejoras significativas en:*
 - a) reducir el espectro sintomático de los participantes*
 - b) mejorar el funcionamiento global del paciente*

2.2 OBJETIVOS

2.2.1 Objetivo General

- Estudiar el nivel de efectividad de la aplicación de una intervención grupal con adolescentes entre 15 y 19 años diagnosticados con depresión leve o moderada en un centro de Atención Primaria de Salud.

2.2.2 Objetivos Específicos

- Aplicar una intervención grupal con adolescentes entre 15 y 19 años diagnosticados con depresión leve o moderada en un centro de Atención Primaria de Salud
- Proporcionar un esquema sistemático de Intervención Grupal para adolescentes entre 15 y 19 años con depresión leve o moderada, empíricamente evaluado, practicable en la Atención Primaria de Salud.
- Análisis y discusión de los resultados de la Intervención Grupal para adolescentes entre 15 y 19 años con depresión leve o moderada efectuada en un centro de Atención Primaria de Salud

2.3 TIPO DE ESTUDIO

El estudio corresponde a un ensayo clínico controlado. El diseño de investigación consideró una estrategia de comparación entre: 1) grupo experimental pre intervención y post intervención y 2) grupo control y grupo experimental, correspondiendo a un diseño de grupo de caso – control con pre – test y post – test.

Las variables de este estudio fueron:

- Variable independiente: Intervención grupal a desarrollar.
- Variable dependiente: Sintomatología depresiva.

La intervención realizada corresponde a un tratamiento clínico preventivo de carácter focalizado, debido a que pretende realizar una intervención temprana en adolescentes que presentan un cuadro depresivo, con el objetivo de tratar su sintomatología y sus problemáticas relacionadas. Según los criterios de Kaplan (1999), se podría catalogar la intervención de secundaria, debido a que se tratara a adolescentes con diagnóstico de depresión leve o moderada, pretendiendo abordar el cuadro depresivo y evitar su cronicidad.

La intervención se desarrolló en un entorno clínico, un consultorio de Atención Primaria, inserta en la programación de la Unidad de Salud Mental, con población consultante que busca un tratamiento y espera una mejoría con la intervención, lo cual provoca que existan variables que no se puedan controlar debido a la “naturalidad” de la intervención, aumentando la validez externa del proyecto.

Los objetivos de la intervención están acorde con los objetivos planteados por el MINSAL; es decir: a) reducir o eliminar todos los signos y síntomas del trastorno depresivo; b) reestablecer el funcionamiento psicosocial al nivel premórbido y c) minimizar las posibilidades de recaídas. La intervención abordara temas como pensamiento positivo, vencer estilos de pensamiento negativo, mejorar habilidades de solución de problemas, afectividad y otros.

Los instrumentos a utilizar en la medición pre y post intervención fueron:

- Inventario de depresión de Beck: Escala auto – aplicable de 21 ítems para evaluar la intensidad y presencia de síntomas depresivos, conteniendo cada ítem varias frases auto - evaluativas que el paciente selecciona según la que mejor se adaptase a su situación actual. Esta escala es una de las más utilizadas en la actualidad a nivel mundial y se han desarrollado estudios con población adolescente utilizando este método de evaluación en nuestro país, por ejemplo la desarrollada por Cumsille y Martínez “*Síntomas de depresión en estudiantes de enseñanza media de Santiago*”, citada en la bibliografía.
- Escala de Evaluación de la Actividad Global (EEAG): Instrumento para la valoración del funcionamiento global o general en sujetos, durante un periodo específico de tiempo, con un continuo de enfermedad psicológica o psiquiátrica a estado de salud. Contiene un único ítem, que se puntúa mediante una escala que oscila entre 100 (reservada para aquellos individuos que no sólo están exentos de psicopatología, sino que muestran rasgos considerados como de salud mental positiva como son funcionamiento superior, elevados intereses, integridad, calidez, etc.) y 1 (manifiesta expectativa de muerte). La puntuación de 0 se reserva para cuando la información no es adecuada. Se recomienda que la valoración se haga en función de los síntomas en el momento valorado y que no se encuentren influenciados por consideraciones de pronóstico, diagnósticos previos o de presunción de patología subyacente. Debido a que valora un completo rango de salud – enfermedad, puede ser utilizada en estudios que precisen una valoración global del funcionamiento del sujeto.
- Who Quality of Life - BREF (WHOQOL – BREF): Escala de auto – evaluación de la calidad de vida de las personas desarrollada por la Organización Mundial de Salud, contempla cuatro áreas (salud física, salud psicológica, relaciones sociales y entorno) y dos preguntas globales (calidad de vida general y salud general). Los puntajes de los reactivos son puntuados en una dirección positiva, es decir, los puntajes más elevados

indican una mejor percepción de calidad de vida. El tiempo de referencia de la percepción personal de los diferentes ítems es de 2 semanas

2.4 INTERVENCIÓN REALIZADA

El desarrollo de la presente investigación se rigió y siguió rigurosamente lo señalado en el artículo 15 del código de ética del Colegio de Psicólogos que trata sobre los Aspectos Relevantes de la Investigación Psicológica, es decir, la principal preocupación de la intervención fue resguardar el bienestar y derechos de los participantes.

La primera actividad del proyecto fue presentar la investigación al director del Consultorio Municipal de Hijuelas, para su aprobación (ver anexo); obtenida ésta, se realizó una entrevista con la médico de la Unidad de Salud Mental del Consultorio de Hijuelas, para presentarle el proyecto, las funciones que se requerían de ella en este estudio y pedir su colaboración (ver anexo).

Posteriormente, se revisaron las interconsultas internas de adolescentes entre 15 y 19 años que fueron realizadas por sospecha de depresión, en donde se descartaron aquellas que hacían referencia a intentos suicidas, trastornos graves del comportamiento, antecedentes de retardo mental y/o antecedentes de estar embarazada en el caso de las mujeres o haber dejado embarazada recientemente a una pareja, en el caso de los varones.

De las interconsultas seleccionadas, se eligieron al azar 20, dándoles a los beneficiarios cita con la Médico de la Unidad de Salud Mental. Fue necesario volver a citar a 15 nuevas personas, debido que algunas interconsultas no correspondían efectivamente a un cuadro depresivo o no cumplían con algún requisito para poder participar en la intervención grupal.

Es destacable señalar que se encontró un alto porcentaje de interconsultas realizadas por depresión que no ameritaban ese diagnóstico, siendo un ámbito interesante de estudiar.

A los sujetos que presentaron depresión sub – sindromal, depresión leve o depresión moderada y cumplían los requerimientos de participar en la intervención grupal; la Médico de la Unidad de Salud Mental les aplicó el EEAG y les comentó la existencia del proyecto, citando al paciente como a los padres o algún otro adulto significativo, en los casos de los menores de edad, para una sesión dentro de la misma semana que tenía como objetivo explicar los alcances del proyecto.

A la sesión de presentación del proyecto concurren 20 posibles beneficiarios de la intervención, acompañados, en su mayoría, por sus padres o algún otro familiar. En esta sesión se les explico los alcances, finalidades y características del proyecto; dándose énfasis en la libertad de participar y quienes quisieran formar parte del proyecto de investigación debían firmar el consentimiento informado y dejarlo en un buzón habilitado para esta finalidad; además, se señaló que si alguien no estaba seguro de participar, o no había concurrido con sus padres o adulto responsable, en caso de los menores de edad; el buzón se encontraría en SOME durante los próximos tres días. Durante ese plazo el 100% de los citados contesto afirmativamente el consentimiento informado (Ver anexo).

Se señaló que en el proyecto había un grupo control y un grupo experimental, explicándose detalladamente la forma en que se realizaría la división de ambos grupos; además, de comentarse explícitamente que el grupo control también sería intervenido con posterioridad al grupo experimental. Al finalizar, se aclaró que cada persona que había firmado el consentimiento informado sería avisada telefónicamente en que grupo había quedado.

A los adolescentes que concurren a la sesión de presentación del proyecto se les aplico el Inventario de Beck y WHOQOL – BREF, además de pedirles que contestaran en una hoja los siguientes datos: nombre, edad, escolaridad, repitencias escolares y actividad actual.

Con los datos recién señalados, más la evaluación realizada por la Médico de la Unidad de Salud Mental, se dividió a la población en dos grupos lo más homogéneos posibles,

utilizando la técnica de emparejamiento; conformando un grupo experimental y otro grupo control.

Los grupos quedaron conformados de la siguiente manera:

TABLA 2.1: Descripción grupo control según antecedentes recogidos en entrevista y resultados de evaluaciones pre - intervención

Sexo	Edad	Escolaridad	Repeticias	Estudia actualmente	Beck	Whoqol	Eeag	Fármacos	Otra patología	Red de apoyo²
Femenino	16	2°M	No	Si	40	67	45	Si	Sin antecedentes	Riesgo
Femenino	17	1°M	Si	Si	36	67	55	Si	Consumo experimental drogas ³	Riesgo
Femenino	17	1°M	Si	No	31	68	60	No	Consumo experimental drogas	Riesgo
Masculino	15	7°B	Si	No	23	77	60	No	Consumo experimental drogas	Riesgo
Masculino	16	8°B	Si	Si	22	71	55	No	Sin antecedentes	Riesgo
Masculino	15	1°M	No	Si	20	68	60	No	Sin antecedentes	Adecuada
Femenino	17	3°M	No	Si	17	76	55	No	Sin antecedentes	Adecuada
Masculino	18	1°M	No	No	15	82	65	No	Sin antecedentes	Riesgo
Masculino	17	3°M	No	Si	13	95	61	No	Consumo experimental drogas	Adecuada
Femenino	15	8°B	Si	Si	11	79	65	No	Sin antecedentes	Adecuada

² Según ficha de ingreso de la Unidad de Salud Mental del Consultorio de Hijuelas

³ Ensayos exploratorios realizados debido a la curiosidad hacia las drogas, sin intención explícita de repetir el consumo

TABLA 2.2: Descripción grupo experimental según antecedentes recogidos en entrevista y resultados de evaluaciones pre - intervención

Sexo	Edad	Escolaridad	Repitencias	Estudia actualmente	Beck	Whoqol	Eeag	Fármacos	Otra patología	Red de apoyo
Femenino	18	3°M	Si	No	43	68	40	No	Consumo experimental drogas	Riesgo
Femenino	16	2°M	No	Si	35	67	55	No	Consumo experimental drogas	Riesgo
Femenino	15	8°B	Si	No	30	71	55	No	Sin antecedentes	Riesgo
Masculino	15	1°M	Si	Si	25	86	58	No	Sin antecedentes	Riesgo
Masculino	18	8°B	No	No	24	76	55	No	Sin antecedentes	Adecuada
Masculino	15	8°B	Si	No	18	100	65	No	Sin antecedentes	Riesgo
Femenino	17	3°M	No	Si	17	71	61	No	Consumo experimental drogas	Riesgo
Masculino	16	2°M	No	Si	16	77	58	No	Consumo experimental drogas	Adecuada
Masculino	16	3°M	No	Si	11	82	65	No	Sin antecedentes	Adecuada
Masculino	15	8°B	Si	Si	12	69	65	No	Sin antecedentes	Adecuada

Tabla 2.3: Comparación entre grupo control y grupo experimental según antecedentes recogidos en entrevista y resultados de evaluaciones pre - intervención

	Sexo		Edad	Escolaridad			Inv. Beck				WHOQOL
	F	M		X	Apr	Rep	Act	X	Lev	Mod	
Grupo Control	5	5	16,3	9,1	5	7	22,8	4	3	3	75
Grupo Experimental	4	6	16,1	9,4	5	6	23,1	5	2	3	76,7

(Apr = Promedio de años aprobados. Rep = Número de sujetos que han repetido. Act = Número de participantes que actualmente están estudiando)

Tabla 2.4: Comparación entre grupo control y grupo experimental según antecedentes recogidos en entrevista y resultados de evaluaciones pre - intervención (continuación)

	EEAG	Fármacos	Otras Patologías		Red de Apoyo	
	X	Nº	Cons ex dro	Duelo	Adecuada	Riesgo
Grupo Control	58,1	2	4	0	4	6
Grupo Experimental	57,7	0	4	1	4	6

(Con ex duro = Consumo experimental de drogas)

Posteriormente, se llamó a los sujetos seleccionados a participar en el grupo experimental para señalarles la fecha de inicio del taller y confirmar su asistencia, para posteriormente llamar a los del grupo control, recordándoles que serían llamados en un mes y medio más para la re – evaluación y posterior intervención.

Se desarrollaron seis sesiones del taller de frecuencia semanal, cada sesión tuvo una duración aproximada de una hora y 45 minutos. Las actividades realizadas en las sesiones son las que se detallan en el anexo correspondiente. Al finalizar la intervención nuevamente se citó a los integrantes del grupo control y del grupo experimental para realizar la re – evaluación y se les volvió a dar hora con la médico del programa de Salud Mental para la segunda aplicación del EEAG, resultados que se exponen y analizan en el capítulo correspondiente a los resultados.

Es importante destacar que a los participantes se les llamaba el día anterior a la realización de las sesiones para confirmar la asistencia y en caso de no poder asistir a una sesión, se realizaba una instancia de recuperación de los contenidos dos días antes de la siguiente sesión.

El porcentaje de asistencia a las sesiones grupales, considerando a los 10 integrantes del grupo experimental de un primer momento, fue de un 61,6%.

Sin embargo, es importante destacar que dos integrantes desertaron de la intervención, no concurriendo a ninguna de las sesiones; a pesar de que fueron confirmados telefónicamente y habían manifestado que iban a asistir, tanto a la primera sesión, a la sesión de recuperación y a la segunda sesión.

Debido a que la intervención realizada requiere trabajar con un grupo cerrado y el número de ocho integrantes se consideraba adecuado para realizar la intervención (ver marco teórico), se estimó que lo más pertinente era no incluir nuevos integrantes al grupo

Considerando este dato, el grupo de trabajo fue de 8 sujetos, los cuales presentaron un porcentaje de asistencia equivalente a un 77,1%.

Además, es importante destacar que todas las ausencias de los 8 sujetos que finalmente participaron en el taller fueron recuperadas.

En cuanto al devenir de las sesiones, se puede señalar que por motivos de funcionamiento interno del consultorio, no se pudo contar con el mismo espacio físico para la realización de todas las sesiones, teniendo que realizar incluso una sesión en el patio del consultorio.

A pesar de lo anterior, desde la primera sesión se intentó mantener un esquema de trabajo lo más permanente posible, para lo cual se tomaron las siguientes medidas:

- a) La hora de inicio del taller fue siempre a la hora señalada en un comienzo
- b) Al comienzo de la sesión el orden de las sillas fue siempre el mismo, un círculo con una silla por participante, mirando hacia el interior del círculo y el terapeuta se movía al exterior del círculo, modalidad que se mantuvo la mayoría de tiempo
- c) Solamente en algunas actividades lúdicas el terapeuta integra el círculo de los participantes del taller; sobre todo en las primeras sesiones, para facilitar la confianza entre los participantes
- d) El orden de las actividades fue siempre el mismo: 1) saludos protocolares y comentarios sobre actividades varias de la semana; 2) actividad lúdica inicial 3) revisión de tarea, trabajos para la casa o comentarios respecto a la sesión anterior; 4) temática de la sesión; 5) plenario y 6) evaluación
- e) Además, se gestionó con la dirección del consultorio la posibilidad de tener refrigerios para los participantes del taller en las seis sesiones realizadas.

Es decir, se intentó mantener un encuadre lo más estructurado posible, que facilite un adecuado trabajo terapéutico con el grupo.

CAPITULO 3: RESULTADOS

En el presente capítulo se exponen los resultados de la intervención realizada. En un primer momento, se exponen los resultados cuantitativos, a través de los cuales se pretende determinar la significación de los cambios logrados en la intervención. Posteriormente, se describen los resultados cualitativos, que dan cuenta de algunos fenómenos ocurridos en el proceso desarrollado dignos de destacar.

3.1 RESULTADOS CUANTITATIVOS

Se evaluó la efectividad de un tratamiento realizado a un grupo de jóvenes de entre 15 y 19 años quienes presentan depresión, todos de la comuna de Hijuelas. Para tal efecto, se constituyeron dos grupos homogéneos; un grupo control y un grupo experimental; cada uno de 10 integrantes, desertando dos participantes del grupo experimental. Se evaluó a los integrantes de ambos grupos, tanto de manera previa a la intervención como a su finalización, con tres instrumentos: Inventario de Depresión de Beck, Escala de Evaluación de la Actividad Global (EEAG) y Who Quality of Life – BREF, en español (WHOQOL – BREF); descritos en el capítulo anterior.

A continuación, se exhibe un cuadro con la comparación de medias de las dos evaluaciones realizadas en la intervención a cada grupo y sus diferencias.

Tabla 3.1: Comparación de medias entre grupo control y grupo experimental, pre intervención y post intervención

	Beck 1 ⁴	Beck 2 ⁵	DIF	WHOQOL 1	WHOQOL 2	DIF	EEAG 1	EEAG 2	DIF
Grupo Control	22,8	22,6	0,2	75	74,5	0,5	58,1	58,1	0
Grupo Experimental	23,1	13,5	9,6	76,7	83,38	-6,68	57,7	61,87	-4,17
DIF	-0,3	9,1		-1,7	-8,88		0,4	-3,77	

⁴ Número 1 hace referencia a la evaluación pre – intervención.

⁵ Número 2 hace referencia a la evaluación post - intervención

De la tabla anterior, se puede observar que no existen mayores diferencias en el grupo control en la primera medición respecto a la segunda en el Inventario de depresión de Beck (0,2); en el WHOQOL – BREF (0,5) y en el EEAG (0).

Respecto al grupo experimental, se puede observar diferencias en los medias entre medición pre – intervención respecto a la post – intervención, apreciándose una baja de 9,6 puntos en el Inventario de Beck, de un alza de 8,88 en el WHOQOL – BREF y de 4,67 en el EEAG; además, de observarse un aumento en la diferencia de las medias entre el grupo control y el grupo experimental entre la primera y segunda medición.

Respecto a un análisis de la sintomatología de los participantes en el taller; según el Inventario de Beck; siete de ocho pacientes (87,5%) que terminaron la intervención, redujeron su sintomatología a tal nivel, que modificaron la gravedad de su estado depresivo, destacándose que fue posible dar de alta a tres pacientes (37,5%). Lo anterior se grafica en la tabla siguiente.

Tabla 3.2: Evolución de sintomatología depresiva en sujetos del grupo experimental pre intervención y post intervención según Inventario de depresión de Beck

	BECK PRE	BECK POST
Sujeto 1	MODERADA	LEVE
Sujeto 2	LEVE	SIN DEPRESION
Sujeto 3	MODERADA	SIN DEPRESION
Sujeto 4	GRAVE	MODERADA
Sujeto 5	GRAVE	MODERADA
Sujeto 6	LEVE	LEVE
Sujeto 7	GRAVE	MODERADA
Sujeto 8	LEVE	SIN DEPRESION

Respecto al sujeto 6, que se mantuvo en el mismo grado de gravedad de depresión (leve); es destacable señalar que su evolución fue desde el extremo superior del rango leve al extremo inferior del rango leve.

Debido a las modificación de las medias en las mediciones pre – intervención respecto a las mediciones post – intervención en el grupo experimental, podríamos concluir que durante la intervención realizada se produjeron cambios en los participantes, atribuibles a la intervención realizada, ya que los cambios en el grupo control son mínimos, planteándose la interrogante de la significación de los cambios.

Para realizar lo anterior, se ajustaron los datos a un Modelo Lineal General Multivariado y se realizó un Análisis de Variancia Multivariante (MANOVA) para probar las hipótesis acerca de los efectos de los factores sobre las medias de los distintos niveles de las variables dependientes y ello de un modo simultáneo. Se eligió este tipo de análisis debido a que da la posibilidad de analizar en un mismo modelo las 3 variables dependientes simultáneamente, testeando la hipótesis nula acerca de los efectos de los factores e interacción en las medias.

Como primer paso para poder desarrollar adecuadamente el MANOVA es necesario comprobar si los supuestos del modelo cumplen con las condiciones que deben presentar los datos para que pueda aplicarse el modelo y las hipótesis del modelo, es decir, si no existe una diferencias significativa en los valores medios de las variables dependientes (aquellos que miden los “efectos” de la intervención; inventario de depresión de Beck, WHOQOL – BREF y EEAG) debida al los afecto de algún nivel de factor o interacción.

En la Tabla 3.3 están el resultado del Box test, el cual contrasta uno de los supuestos del modelo, que es, la igualdad de las matrices de covarianzas de los grupos. Con un nivel de significancia igual a 0.965 no rechazamos la hipótesis nula de que los grupos proceden de poblaciones en las que las variancias/covarianzas entre las variables son iguales.

Tabla 3.3: Resultados del Box Test

M de Box	10,517
F	,487
gl1	18
gl2	3701,054
Significación	,965

La Tabla 3.4 contiene el resultado del test de esfericidad de Bartlett, el cual prueba la hipótesis que la matriz de covariancias residual es proporcional a una matriz identidad. Mientras menor sea el grado de significación, más improbable que la matriz sea una matriz identidad. Existirá, por tanto, una relación significativa entre las variables dependientes del modelo por lo que puede procederse a aplicar un MANOVA. Con base a lo anterior se concluye, con un 99.9% de confianza, que procede la aplicar un MANOVA a los datos.

Tabla 3.4: Resultados del test de esfericidad de Bartlett

Razón de verosimilitud	,000
Chi-cuadrado aprox.	60,962
gl	5
Significación	,000

Como conclusión de las dos tablas anteriores podemos señalar que es aplicable un MANOVA para la base de datos resultantes de la investigación debido a que las mediciones de el Inventario de Beck, EEAG y WHOQOL – BREF no son independientes al ser mediciones de un mismo grupo de individuos, existiendo correlación significativa entre estas variables, variancias iguales y distribución normal en los datos.

En el análisis de datos, las variables dependientes serán los resultados arrojados en el Inventario de depresión de Beck, en el WHOGOL – BREF y en la Escala de Evaluación de la

Actividad Global (EEAG). Los factores son: grupo (control y experimental) e inventarios (pre y post). También, se analizará el efecto de la interacción entre ambos factores para probar hipótesis sobre si las diferencias en los valores medios de las variables se deben a la interacción de los factores grupo y aplicación de la intervención.

Se considerará significativo el efecto de interacción y de algún factor sobre las variables dependientes si el valor de la probabilidad p (p -value o significancia) es menor a 0.2. En otras palabras, se aceptaran las hipótesis de efecto significativo de interacción o factor a lo menos con una confianza del 80 %.

Tabla 3.5: Resultados según prueba estadística MANOVA de la intervención realizada

FUENTE	VARIABLE INDEPENDIENTE	SUMA DE CUADRADOS	GL	F	SIGNIFICACIÓN
Grupo por Intervención	BECK	207,906	1	2,395	0,131
	WHOQOL	121,131	1	1,336	0,256
	EEAG	41,013	1	1,025	0,319
Grupo	BECK	182,212	1	2,099	0,157
	WHOQOL	263,131	1	2,902	0,098
	EEAG	26,801	1	0,67	0,419
Intervención	BECK	225,976	1	2,604	0,116
	WHOQOL	89,719	1	0,99	0,327
	EEAG	41,013	1	1,025	0,319

En la primera columna se encuentran los nombres de las distintas fuentes de variación del modelo más los nombres de las variables dependientes. Luego las correspondientes sumas de cuadrados y sus grados de libertad. La columna de los valores de F y su grado de significación nos darán idea de hasta qué punto cada uno de los efectos del modelo (factores e interacciones) resultan o no significativos en cada una de las tres variables dependientes del mismo. La regla de decisión es: cuanto mayor sea el valor de F y menor, por tanto, el grado de significación de la misma, más probable que sea cierta la hipótesis alternativa de diferencias

significativas entre las medias de los niveles de los distintos factores y que sean significativas las interacciones entre los niveles con la variable dependiente. Como se mencionó anteriormente, se trabajara con un nivel de significancia igual a 0.2.

Dada la explicación anterior y como se muestra en la tabla 3.6; podemos concluir con un 86.9% de confianza que hay diferencia significativa en el valor medio del Inventario de Beck, tanto entre el grupo control y experimental después de la intervención grupal como en el grupo experimental antes y después de la intervención.

Tabla 3.6: Significación Inventario de Beck comparando grupo control v/s grupo experimental; antes y después de la intervención

FUENTE	VARIABLE INDEPENDIENTE	SUMA DE CUADRADOS	GL	F	SIGNIFICACIÓN
Grupo por Intervención	BECK	207,906	1	2,395	0,131

Por otro lado, y como se muestra en la tabla 3.7, podemos concluir que hay diferencia significativa en los valores medios de las variables BECK y WHOQL entre los grupos experimental y control, con un 84.3% y 90.2% de confianza respectivamente.

Tabla 3.7: Significación Inventario de Beck y WHOQOL – BREF comparando grupo control v/s grupo experimental

FUENTE	VARIABLE INDEPENDIENTE	SUMA DE CUADRADOS	GL	F	SIGNIFICACIÓN
Grupo	BECK	182,212	1	2,099	0,157
	WHOQOL	263,131	1	2,902	0,098

Del mismo modo podemos concluir, como muestra la Tabla 3.8, que hay diferencia significativa entre los valores medios de la variable BECK para el factor antes después con un 88.4% de confianza.

Tabla 3.8: Significación Inventario de BECK comparando grupo experimental pre – intervención v/s post - intervención

FUENTE	VARIABLE INDEPENDIENTE	SUMA DE CUADRADOS	GL	F	SIGNIFICACIÓN
Intervención	BECK	225,976	1	2,604	0,116

Es decir, los resultados señalan que la intervención es efectiva en cuanto a la disminución de síntomas propios de la depresión, medido a través del Inventario de Depresión de Beck, tanto en la comparación del grupo control respecto al grupo experimental como en la medición pre intervención respecto a la medición post – intervención.

Respecto a la autoevaluación de la calidad de vida, medida a través del WHOQOL – BREF, se puede señalar que existen diferencias significativas en los resultados finales entre el grupo de control y el grupo experimental.

Respecto a la Actividad Global, medido a través del EEAG, no se encontraron diferencias significativas entre el grupo control y el grupo experimental, ni entre la medición a priori y a posteriori.

3.2 RESULTADOS CUALITATIVOS

Además de los resultados cuantitativos recién descritos, la intervención desarrollada produjo otras secuelas, incluso mayores a las esperadas en un comienzo, las cuales a continuación se detallan.

3.2.1.1 Grupo de autoayuda

El grupo de ocho adolescentes que termino el taller actualmente se sigue juntando, con una frecuencia mensual, en dependencias del consultorio. Decidieron, en una instancia extra taller, formar un grupo de autoayuda cerrado que tiene como objetivo el poder conversar con distintos profesionales del consultorio respecto a distintas temáticas de su interés.

Es destacable que entre los miembros del taller, a priori; solo entre algunos se ubicaban y no existía una relación constante. Con el devenir del taller, el grupo se empezó a juntar en instancias extra – taller en donde surgió la intención de realizar el grupo de autoayuda.

3.2.1.2 Cambio de percepción del consultorio

Al realizar la evaluación de la última sesión realizada, uno de los temas que surgió espontáneamente entre los participantes fue que ahora sentían de una manera distinta al consultorio, antes lo apreciaban como una institución formal y lejana. Actualmente lo vislumbraban como una institución de apoyo. Lo anterior se refleja en frases como “es rico saber que hay un lugar donde se preocupan de ti” o “es rico saber que uno puede tener ideas y te escuchan”.

3.2.1.3 Escolaridad

Uno de los logros más importantes de la intervención realizada, incluso superando las expectativas iniciales, es que de los participantes del taller que habían desertado del sistema escolar (cuatro integrantes), con bastante ayuda y apoyo del grupo, empezaron a realizar

gestiones y averiguaciones para reintegrarse al sistema escolar durante el presente año, ya sea en jornada diurna o nocturna.

3.2.1 Evaluación de la Intervención por los participantes

Respecto a la evaluación del trabajo grupal desarrollada por los participantes, hay dos tópicos importantes y necesarios de considerar para realizar posibles modificaciones a la intervención, que se relacionan con el número de sesiones y la cantidad de ellas realizadas en la semana.

Según la apreciación de los beneficiarios, el número de sesiones fue reducido, debido a que muchas veces quedaban con ganas de opinar o de seguir hablando y la hora del taller había concluido. Al respecto, señalaron que sería importante agregar un par de sesiones más para poder pasar los contenidos de manera más pausada, posibilitando tener mayor tiempo para opinar, sin agregar nuevas actividades al taller.

Respecto a la periodicidad, los participantes señalaron que sería más adecuado juntarse dos veces a la semana. El argumento señalado es que después de cada sesión “salíamos como avión” y “durante la semana nos íbamos desinflando” y “a veces costaba venir”. Manifestando que si las sesiones hubieran sido más seguidas, “siempre nos habría pillado arriba y no hubiéramos alcanzado a desinflarlos”

Además, los participantes señalaron que fue una buena experiencia haber participado en la intervención grupal a pesar de los temores que tenían en un comienzo, referente a como se iban a dar las relaciones y temor a exponerse.

3. 2.2 Evaluación intervención por el facilitador

Al ser la intervención parte del proyecto de tesis de Magíster del facilitador, podría provocar ciertos fenómenos que influyeron en el desarrollo de la intervención. Por una parte, el facilitador dedicó bastantes horas semanales (aproximadamente 4 horas semanales) a la preparación de las sesiones, preocupándose que secretaría conformara todas las semanas la asistencia de los pacientes; elementos que podrían influenciar favorablemente en el desarrollo de la intervención.

Además, el facilitador estaba muy preocupado que la intervención llegara a buen término, en el sentido que el grupo se mantuviera sin mayores deserciones y en desarrollar las actividades exactamente en la forma en que se habían diseñado en el esquema de intervención, lo que en un comienzo tuvo que haber afectado, de alguna manera, la dinámica grupal.

Respecto a los resultados de la intervención, se pueden considerar sorprendentes, postulándose que los logros se deben tanto a la dinámica grupal lograda como a las actividades propiamente tal. En este sentido, se puede señalar que fue bastante afortunada la composición del grupo, el cual, rápidamente, adquirió una dinámica de funcionamiento propia y que facilitaba el trabajo. Al respecto, habría que evaluar la posible influencia de la presentación de la intervención a realizar, además, del efecto que debe producir el saber que se está participando en un proyecto de investigación.

Como conclusiones de la experiencia, se puede postular que es necesaria la creación de grupos terapéuticos específicos para adolescentes, debido a que las temáticas surgidas durante los plenarios, sería muy poco probable que se presenten en otro contexto o no hubieran permitido la creación de un grupo de autoayuda.

Respecto a la evaluación de los participantes en el taller, respecto a la duración y frecuencia de las sesiones; se puede postular que:

- a) Plantear que el taller dura entre 6 a 9 sesiones, según como sea la dinámica específica de cada grupo

- b) Frecuencia de sesiones dos veces a la semana puede aumentar la motivación respecto al taller, pero también la exigencia de este, lo cual podría provocar deserción en algunos sujetos, así que debería ser un elemento a evaluar con más detenimiento.

CAPITULO 4: DISCUSIÓN

Entre las conclusiones que se desprenden de este trabajo, se pueden constatar algunas que dicen relación con los objetivos propuestos, a la vez, otras reflexiones que surgieron no están relacionadas necesariamente con los objetivos primarios, pero son un aporte que no debe ignorarse. Además, debido a las características del estudio realizado, las conclusiones que se señalaran a continuación dicen referencia solamente a la intervención realizada, siendo necesario nuevos estudios para poder generalizar algunas de las conclusiones aquí expuestas.

Respecto a la hipótesis planteadas en el presente trabajo, se puede señalar que se cumple la hipótesis alternativa: *“La intervención grupal desarrollada con adolescentes entre 15 y 19 años con depresión leve o moderada en la atención primaria, demostrará mejoras significativas en:*

- a) reducir el espectro sintomático de los participantes*
- b) mejorar el funcionamiento global del paciente*

Como se señaló en el apartado de los resultados, la intervención realizada arrojó resultados estadísticamente significativos en la disminución de la sintomatología depresiva (medida a través del Inventario de Beck) y, en menor medida, en la auto – evaluación de calidad de vida (medida a través del WHOQOL – BREF). Es decir, la intervención realizada cumplió con los objetivos de *“reducir los signos y síntomas del trastorno depresivo”* que plantea el MINSAL como uno de los objetivos que se deben cumplir en el tratamiento de la depresión; por lo cual, la intervención es postulable como un esquema de intervención aplicable en la atención primaria, siendo necesarios repeticiones de la intervención que permitan generalizar sus resultados.

Respecto a la evaluación del funcionamiento global del sujeto no se observaron cambios estadísticamente significativos (evaluados a través de la Escala de Evaluación de la Actividad Global). Respecto a este punto, una evaluación cualitativa podría plantear que hubieron cambios significativos en la actividad global de los participantes, los cuales se

reflejarían en la creación del grupo de auto – ayuda que formaron los participantes de la intervención y en la decisión de retomar los estudios en los miembros del grupo que habían desertado del sistema escolar. Se postula que la forma de recolección de datos en esta temática no fue la más adecuada, debido a que el lapso de tiempo entre la primera entrevista con la Médico de Salud Mental (pre – intervención) y la segunda (post - intervención) fue demasiado breve (menos de dos meses), para que en la evaluación se produjera un cambio más notorio en una entrevista médica. Se recomienda que para las futuras aplicaciones de esta intervención se modificara la forma de evaluación de este punto.

Con los datos recién señalados se puede dar por logrado el primer objetivo de investigación que dice relación con: *“Estudiar el nivel de efectividad de la aplicación de una intervención grupal con adolescentes entre 15 y 19 años diagnosticados con depresión leve o moderada en un centro de atención primaria de Salud”*.

Respecto a los objetivos *“Aplicar una intervención grupal con adolescentes entre 15 y 19 años diagnosticados con depresión leve o moderada en un centro de Atención Primaria de Salud”* y *“Proporcionar un esquema sistemático de Intervención Grupal para adolescentes entre 15 y 19 años con depresión leve o moderada, empíricamente evaluado y practicable en la Atención Primaria de Salud”* se puede señalar que:

Se lograron satisfactoriamente, debido a que se pudo aplicar la intervención en su totalidad en un contexto clínico y se elaboro un protocolo de intervención, el cual detalla las actividades a realizar claramente (ver anexo). Este protocolo es el resultado de una revisión bibliográfica que posibilita la creación de un modelo de intervención, el cual, posteriormente se aplica y se evalúan sus resultados. Se puede considerar que el modelo de intervención creado cumple con los requerimientos para ser aplicado en la atención primaria, al ser una intervención acotada en el tiempo, posibilitando una mayor cobertura y cuenta con intervenciones descritas, lo que facilita su ejecución. Además, de existir los suficientes instrumentos de fácil aplicación y tabulación (Inventario de Beck por ejemplo) que permiten ir pesquisando el devenir de las intervenciones.

Respecto a los cambios producidos en los participantes en la intervención, no existirían los antecedentes suficientes para poder explicarlos, debido al tipo de investigación realizada, siendo interesante replicar la experiencia para poder ir identificando componentes de la intervención que faciliten o dificulten el proceso.

Sin embargo, se puede señalar que en los cambios producidos en los participantes tuvieron que haber influenciado significativamente los factores inespecíficos (siguiendo a Krause, 2005), como por ejemplo la motivación, expectativas y ansiedad que provocaba en el facilitador el llevar a cabo las intervenciones al saber que esta era parte de su tesis de post – grado, además, de las expectativas y disposición que pudieron haber variado en los participantes al saber que estaban siendo parte de una investigación.

Además, se considera que el haber mantenido un encuadre estructurado, dentro de las posibilidades de la institución; y un esquema de sesión permanente en el tiempo, facilito el trabajo efectuado. Lo cual también debió influir en los logros alcanzados, debido a que los participantes sabían de antemano el tipo de dinámica a realizar, disminuyendo la posible angustia de los participantes.

Por otra parte, es importante reflexionar sobre el número de sesiones realizadas en el taller, considerándose que lo más adecuado sería enunciar que el taller dura entre seis y nueve sesiones; para dar un espacio para respetar la dinámica grupal; es decir, ante la presencia de grupos que sean más participativos o quieran profundizar ciertos aspectos; el taller tenga los espacios disponibles y no afecten los contenidos del taller o si el grupo requiere avanzar de un modo más apresurado, no se creen vacíos o instancias donde nadie participe.

Respecto a la periodicidad de las intervenciones realizadas, sería necesario profundizar más detenidamente el tema, debido a que sesiones de más de una vez a la semana puede resultar demasiado exigente para alguno de los participantes.

Respecto a los otros dos objetivos que plantea el MINSAL respecto a los objetivos en el tratamiento de la depresión se puede señalar que:

Sobre el “*Reestablecer el funcionamiento psicosocial, laboral o vocacional al nivel premórbido*”, como se señaló anteriormente, a pesar de que la evaluación realizada no arrojó datos estadísticamente significativos; que el grupo terminara auto – gestionándose y convertido en un grupo de auto – ayuda y que los participantes que estaban al margen del sistema escolar manifestaran intenciones de re – integrarse y desarrollaran conductas en ese sentido, son indicadores significativos que la intervención realizada si alcanza logros significativos en esta área.

Respecto a “*Minimizar las posibilidades de recaídas*”, habría que realizar un estudio de seguimiento a la población intervenida para analizar su evolución en el transcurso del tiempo, siendo una beta interesante de investigar con la población ya intervenida. Al respecto, es importante destacar que en el esquema de intervención en la última sesión se trabaja este aspecto.

Un aspecto que llamó la atención durante el proceso de intervención desarrollado y un aspecto a considerar, debido a que podría entorpecer futuras intervenciones e investigaciones si no se tiene en cuenta, es la dificultad diagnóstica, es decir, la existencia de un alto porcentaje de inter – consultas por depresión que no correspondían. Considero que lo anterior es digno del desarrollo de una investigación que permita desarrollar una adecuada intervención al respecto.

Para el investigador fue una experiencia enriquecedora el haber desarrollado esta intervención, considerando sorprendentes los resultados logrados. Además, pudo comprender in situ lo terapéutico de las intervenciones grupales propiamente tal, considerando que este es un aspecto donde la psicología clínica, y sobre todo la clínica infanto – juvenil, debe posicionarse desarrollando más esquemas de intervención aplicables a la atención primaria de salud, considerando, sobretodo, los cambios de enfoque que están ocurriendo en ese nivel de atención, abordando también otras problemáticas de salud mental. En este contexto, es preocupante, que en las escuelas de psicología escasamente se enseña el como trabajar terapéuticamente con población clínica en grupo.

El presente proyecto de investigación, debido a los resultados arrojados, debería extenderse en otros estudios, en donde se replique la experiencia y se pueda empezar a determinar que elementos de la intervención son los que van produciendo los cambios, lo cual podría permitir el desarrollar una intervención que permita a la atención primaria optimizar los recursos y entregar la mejor prestación de servicios posible. En este sentido, los protocolos de terapia grupal pueden proporcionar la eficacia, efectividad y eficiencia que todos deseamos en nuestro sistema sanitario público.

9.- Bibliografía:

- AALTO – SETALA T; MARTTUNEN M; TUULIO-HENRIKSSON A; POIKOLAINEN K; y LONNQVIST J. Depressive symptoms in adolescence as predictors of early adulthood depressive disorders and maladjustment. The American Journal of Psychiatry, 159 (7): 1235 – 37, Julio 2002.
- AMERICAN ACADEMY OF CHILD AND ADOLESCENT PSYCHIATRY. Summary of the practice parameters for the assessment and treatment of children and adolescents with depressive disorders. Journal of the American Academy of child & Adolescent Psychiatry; 37 (11): 1234 – 38, Noviembre 1998.
- ARAYA R; ROJAS G y FRITSCH R. Intervención Grupal para el Tratamiento de la Depresión. Santiago, Ministerio de Salud, 2002. 31p
- BECHELLI L. y SANTOS M. O paciente na psicoterapia de grupo. Revista Latino – Americana. Enfermagem. 13 (1): 118 – 25, Febrero 2005.
- BECHELLI L. y SANTOS M. O terapeuta na psicoterapia de grupo. Revista Latino – Americana Enfermagem. 13 (2): 249 – 54, Abril 2005.
- BECK A; RUSH A.J.; SHAW B y EMERY G. Terapia Cognitiva de la depresión. 16ª Edición. Bilbao Editorial Desclée de Brouwer, 2002. 394p.
- BENEDITO Mª; CARRIÓ Mª; DEL VALLE G; y DOMINGO A. Protocolo de tratamiento psicológico grupal para abordar sintomatología depresiva. Revista de la Asociación. Española de Neuropsiquiatría. (92): 165 – 76, Octubre 2004.
- BIRMAHER B; RYAN N; WILLIAMSON D; BRENT D; KAUFMAN J; DAHL R; PEREL J y NELSON B: “Childhood and adolescent depression: a review of the past 10 years, part I”. Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry. 35 (11): 1427 – 39, Noviembre 1996.
- BLUM R. Un modelo conceptual de salud del adolescente. En DULANTO E. (Ed.) El adolescente. México, Mc Graw Hill, 2000. pp. 656 – 672.
- BRIGHT J; BAKER K; y NEYMEYER R. Professional and paraprofessional group treatments for depression: a comparison of cognitive-behavioral and mutual support interventions. Journal of Consulting and Clinical Psychology. 67 (4): 491 – 501, Agosto 1999

- CLARKE G; HAWKINS W; MURPHY M; SHEEBER L; LEWINSOHN P; y SEELEY J. Targeted prevention of unipolar depressive disorder in an at-risk sample of high school adolescents: A randomized trial of a group cognitive intervention. Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry 34 (3): 312 – 321. Marzo 1995
- CLARKE G; LEWINSOHN P y; HOPS H. Adolescent Coping with Depression Course: Leader’s Manual for adolescent groups. Oregon, Editorial Castalia Press 1990
- COLEGIO DE PSICÓLOGOS DE CHILE. A. G. Código de Ética. [en línea] <<http://www.colegiopsicologos.cl/comisiones/codigoetica.PDF>> [consulta: 21 agosto 2008]
- CONSEJO CONSULTIVO GARANTÍAS EXPLÍCITAS EN SALUD. Acta de Sesión N° 27. [en línea] <<http://www.redsalud.gov.cl/portal/url/item/630813448c4179e1e04001011e013382.pdf>> [consulta: 7 de marzo 2009]
- COREY G. Teoría y práctica de la terapia grupal. Bilbao. Editorial Desclée de Brouwer, S.A. 1995. 583p.
- CUMSILLE P y MARTÍNEZ M. Síntomas de depresión en estudiantes de enseñanza media de Santiago. Revista Chilena de Pediatría. 68(2): 74 – 7, Abril 1997.
- DIVISIÓN DE PROMOCIÓN DE LA SALUD, ESCUELA SALUD PÚBLICA DE LA FACULTAD DE MEDICINA DE LA. UNIVERSIDAD DE CHILE. Proyecto: Evaluación de la efectividad de “programa para la detección, diagnóstico y tratamiento integral de la depresión en atención primaria”. Informe Final. [en línea] <www.minsal.cl/ici/s_1/u_14/estdepre.pdf> [consulta: 10 enero 2007]
- DRAKE R; LATIMER E; STEPHEN H; GREGORY M y BURNS B. “What is evidence?”. Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America 13(4): 717 – 28. Octubre 2004.
- DULANTO E. Familia y adolescencia. En su: El adolescente. México, Editorial Mc Graw Hill, 2000. pp. 239-253.
- ECHEBURÚA E; SALABERRÍA K; DE CORRAL P; CENEA R y BERASATEGUI T. Tratamiento del trastorno mixto de ansiedad y depresión: resultados de una investigación experimental. Análisis y Modificación de Conducta, 26(108): 509 – 35. 2000
- ELLIS A. “La Terapia Racional – Emotiva de grupo”, En su: “Manual de Terapia Racional – Emotiva”. 8ª edición, España, Editorial Desclée de Brouwer; 2000. pp 289 –96.

- ESCRIBÁ R; MAESTRE C; AMORES P; PASTOR A; MIRALLES E y ESCOBAR F. “Prevalencia de depresión en adolescentes”. Actas Españolas de Psiquiatría, 33(5): 298 – 302. Septiembre 2005.
- FIELD T; DIEGO M y SANDER C. Adolescent depression and risk factors. Adolescence, 36(143): 491 – 498. Otoño 2001
- FLOURI E. y BUCHANAN A. The role of mother involvement and father involvement in adolescent bullying behaviour. Journal of Interpersonal Violence, 18(6): 634 – 44. Junio 2003.
- GARCÍA R. Trastornos Ansiosos en Niños y Adolescentes. En ALMONTE C; MONTT M; y CORREA A (Eds.). Psicopatología Infantil y de la Adolescencia. Santiago, Chile. Editorial Mediterráneo, 2003. pp. 348 – 368.
- GOBIERNO DE CHILE. AUGE 56. Tu derecho a una mejor salud.[en línea] <<http://www.gobiernodechile.cl/plan%5Fauge/>> [consulta: 28 de agosto 2008]
- GÓMEZ C; y RODRÍGUEZ. Factores de riesgo asociados al síndrome depresivo en la población colombiana. Revista Colombiana de Psiquiatría, 26 (1): 23 – 35. Marzo 1997.
- GOTLIB I; LEWINSOHN P y SEELEY J. 1995. Symptoms versus a diagnosis of depression: Differences in psychosocial functioning. Journal of Consulting and Clinical Psychology 63(1): 90–100. Febrero 1995.
- HAIR J; ANDERSON R; TATHAM R y BLACK W. Análisis Multivariante Quinta Edición, Madrid, España. Editorial Prentice Hall, 1999. 799p.
- HERNÁNDEZ R; FERNÁNDEZ C y BAPTISTA L. 2003. Metodología de la Investigación. Tercera Edición, México. Editorial McGraw – Hil, 2003. 705p.
- HIDALGO C y CARRASCO E. Salud Familiar: Un modelo de Atención Integral en la Atención Primaria. Segunda Edición, Santiago, Chile. Ediciones Universidad Católica de Chile. 2002. 438p
- HOAG M y BURLINGAME G. Evaluating the Effectiveness of Child and Adolescent Group Treatment: a Meta – analytic review. Journal of Clinical Child Psychology, 26(3): 234 – 46. Mayo 1997.
- HOLLON S y SHAW B. Terapia cognitiva de grupo para pacientes depresivos. En: BECK A; RUSH J; SHAW B y EMERY G. Terapia Cognitiva de la depresión. 16ª Edición. Bilbao, España. Editorial Desclée de Brouwer, 2002. pp. 299 – 320.

- JOHNSON J; COHEN P; GOULD M; KASEN S; BROWN J y BROOK J. Childhood adversities, interpersonal difficulties, and risk for suicide attempts during late adolescence and early adulthood. Archives of General Psychiatry, 59 (8): 741 – 49. Agosto 2002
- KAPLAN H y SADOCK B. Sinopsis de psiquiatría: Ciencias de la Conducta: Psiquiatría. Segunda Edición. Madrid, España. Editorial Médica Panamericana. 1999. 1606p.
- KAPLAN S; PELCOVITZ D; SALZINGER S; WEINER M; MANDEL F; LESSER M; y LABRUNA V. Adolescent physical abuse: Risk for adolescent psychiatric disorders. The American Journal of Psychiatry, 155 (7): 954 – 59. Julio 1998.
- KAZDIN A. Evidence – based treatments: challenges and priorities for practice and research. Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America; 13(4): 923 – 40. Octubre 2004.
- KENDALL P. Cognitive – behavioural therapies with youth: Guiding theory, current status, and emerging developments. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 61(2): 235 – 47. Abril 1993
- KRAAIJ V; GARNEFSKI N; WILDE E; DIJKSTRA A; GEBHARDT W; MAES S y DOEST L. Negative life events and depressive symptoms in late adolescence: Bonding and cognitive coping as vulnerability factors? Journal of Youth and Adolescence, 32(3): 185 – 93. Junio 2003.
- KRAUSE M. Psicoterapia y Cambio. Una mirada desde la subjetividad. Santiago, Chile. Ediciones Universidad Católica de Chile. 2005. 360p.
- LEWINSOHN P y CLARKE G. 1999. Psychosocial treatments for adolescent depression. Clinical Psychology Review, 19(3): 329 – 42. Abril 1999.
- LEWINSOHN P; CLARKE G; ROHDE P; HOPS H y SEELY J. A course in coping: A cognitive – behavioural approach to the treatment of adolescent depression. En: HIBBS E y JENSEN P (Eds.). Psychosocial Treatments for Child and Adolescent Disorders: Empirically Based Strategies for Clinical Practice. Washington DC, Estados Unidos. American Psychological Association, 1996. pp 109 – 135
- LEWINSOHN P; HOPS H; ROBERTS R; SEELEY J y ANDREW J. Adolescent psychopathology: I. Prevalence and incidence of depression and other DSM-III-R disorders in high school students. Journal of Abnormal Psychology; 102(1): 133 – 44. Febrero 1993.

- LEWINSOHN P; ROHDE P; SEELEY J; KLEIN D; y GOTLIB I. Natural course of adolescent major depressive disorder in a community sample: Predictors of recurrence in young adults. The American Journal of Psychiatry, 157(10): 1584 – 97. Octubre 2000.
- LEWINSOHN P; ROHDE P; SEELEY J; KLEIN D; y GOTLIB I. Psychosocial functioning of young adults who have experienced and recovered from major depressive disorder during adolescence. Journal of abnormal psychology, 122(3): 353 – 63. Mayo 2003.
- McCLOSKEY L y LICHTER E. The contribution of marital violence to adolescent aggression across different relationships. Journal of Interpersonal Violence, 18(4): 390 – 412. Abril 2003
- McHOLM A; MACMILLAN H; y JAMIESON E. The relationship between childhood physical abuse and suicidality among depressed women: Results from a community sample. The American Journal of Psychiatry, 160(5): 933 – 38. Mayo 2003.
- MANNING J; HOOKE G; TANNENBAUM D; BLYTHE T y CLARKE T. Intensive cognitive – behaviour group therapy for diagnostically heterogeneous groups of patients with psychiatric disorder. Australian and New Zealand Journal of Psychiatry, 28(4): 667 – 74. Diciembre 1994.
- MÉNDEZ F; ALCÁZAR A; MONTOYA M; ESPADA J; y OLIVARES J. Guía de tratamientos eficaces para la depresión en la infancia y adolescencia. En: PÉREZ M; FERNÁNDEZ J; FERNÁNDEZ C y AMIGÓ I (Eds.). Guía de tratamientos psicológicos eficaces III, Madrid, España. Editorial Pirámide, 2003 pp. 57-85.
- MINISTERIO DE SALUD DE CHILE. La Carga de Enfermedad en Chile, Informe Final. Santiago, Chile. Gobierno de Chile. 1996. pp. 75.
- MINISTERIO DE SALUD. Guía Clínica. Tratamiento de Personas con Depresión. Santiago Chile. Gobierno de Chile. 2006. pp. 42
- MIRANDA C; GUTIERREZ J; BERNAL F y ANDRÉS C. Prevalencia de depresión en estudiantes de medicina de la Universidad del Valle. Revista Colombiana de Psiquiatría, 29 (3): 251 –59, Septiembre 2000.
- NEIMEYER R; BAKER K; HAYKAL R y AKISKAL H. Patterns of symptomatic change in depressed patients in a private inpatient mood disorders program. Bulletin of the Menninger Clinical, 59(4): 460 – 71 Agosto 1995

- OEI T y KAZMIERCZAZ T. Factors associated with dropout in a group cognitive behaviour therapy for mood disorders. Behaviour Research and Therapy, 35(11): 1025 – 30, Noviembre 1997.
- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. CIE – 10: Trastornos Mentales y del Comportamiento: Descripciones clínicas y pautas diagnósticas. Madrid, España. Ediciones Meditor. 1992. 400pp
- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. Declaración de Alma – Ata. [En línea] <http://www.paho.org/spanish/dd/pin/alma-ata_declaracion.htm> [consulta: 15 marzo 2009]
- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. Who quality of Life – Bref. [En línea] <http://www.who.int/substance_abuse/research_tools/en/spanish_whoqol> [consulta: 17 agosto 2007]
- PARDO G; SANDOVAL A y UMBARILA D. Adolescencia y Depresión. Revista Colombiana de Psicología, (13): 13 – 28. 2004
- PÉREZ M. y GARCÍA J. Guía de tratamientos eficaces para la depresión. En: PÉREZ M; FERNÁNDEZ J; FERNÁNDEZ C y AMIGÓ I (Eds.). Guía de tratamientos psicológicos eficaces I, Madrid, España. Editorial Pirámide, 2003, pp. 161 – 89.
- REINECKE M; RYAN N y DUBOIS D. Cognitive behavioural therapy of depression and depressive symptoms during adolescence: A review and metaanalysis. Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry 37(1): 26–34. Enero 1998.
- RUIZ A y SILVA H. Prevalencia de Trastornos Psiquiátricos en un Consultorio Externo de Medicina General. Revista Médica de Chile, (118): 339 – 45. 1990
- SÁNCHEZ P; SANZ L; BARO C y GÓMEZ M. Una experiencia de grupos terapéuticos con adolescentes y jóvenes en un centro de salud mental. Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría; 26(2): 217 – 29. Abril 2006
- SANK L y SHAFFER C. Manual del Terapeuta para la Terapia Cognitivo Conductual en Grupos. Bilbao, España. Editorial Desclée de Brouwer. 1993. 278p.
- SHECTMAN Z. Group Counselling/Psychotherapy as a School Intervention to Enhance Close Friendships in Preadolescence, International Journal of Group Psychotherapy (44)(3): 377 – 91, Julio 1994
- SHECTMAN Z. Group Psychotherapy for the Enhancement of Intimate Friendship and Self-esteem. Among Troubled Elementary School Children, International Journal of Group Psychotherapy, 43(4): 483 – 94, Octubre 1993.

- SHECHTMAN Z. Small Group Therapy and Preadolescent Same Sex Friendship, International Journal of Group Psychotherapy, 41(2): 227 – 43, Abril 1991.
- SHECHTMAN Z; VUREMBRAND N; HERTZ - LAZAROWITZ R. A Dyadic and Gender-specific Analysis of Close Friendships of Preadolescents Receiving Group Psychotherapy. Journal of Social and Personal Relationships, 11(3): 443 – 48, Agosto 1994.
- SILVA H. Nuevas perspectivas en la biología de la depresión. Revista chilena de neuro – psiquiatría. 40(Supl. 1): 9 – 20, Octubre 2002.
- SIMON G. Long-term Prognosis of Depression in Primary Care. Bulletin of the World Health Organization, 78 (4): 439 – 45, Abril 2000
- SOUTHAM M y KENDALL P. Cognitive – Behaviour Therapy with Youth: Advances, Challenges, and Future Directions. Clinical Psychology and Psychotherapy 7(5): 343 – 66, Noviembre 2000.
- STEPHEN E; GILMAN S; KAWACHI I; FITZMAURICE G; BUKA S. Family disruption in childhood and risk of adult depression. The American Journal of Psychiatry, 160(5): 939 – 46. Mayo 2003.
- UNIDAD DE SALUD MENTAL DEL MINISTERIO DE SALUD DE CHILE. Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría. Segunda Edición. Santiago, Chile. Gobierno de Chile. 2001. pp. 186.
- VICENTE B; RIOSECO P; SALDIVIA S; KOHN R y TORRES S. Estudio chileno de prevalencia de patología psiquiátrica (DSM III – R/CIDI) (ECP). Revista Médica de Chile, 130(5); 527 – 36. Mayo 2002.
- VIDEON T. The effects of parent-adolescent relationships and parental separation on adolescent well-being. Journal of Marriage and Family, 64(2), 489 – 503. Mayo 2002.
- WEINSTEIN C. Bienestar Psicosocial, Desarrollo y Salud. Hacia un Marco de Referencia Antropológico. En GYARMATI G. (Editor). Hacia una teoría del Bienestar Psicosocial. Santiago, Chile. Ediciones Universidad Católica de Chile, 1988. pp. 25 – 94.
- WEISS B y WEISZ J. The Impact of Methodological Factors on Child Psychotherapy. Outcome Research: a Meta – analysis for Researchers. Journal of abnormal Child Psychology, 18(6): 639 – 70. Diciembre 1990

- ZALSMANG; BRENT D y WEERSING R. Depressive Disorders in Childhood and Adolescence: An Overview Epidemiology, Clinical Manifestation and Risk Factors. Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America, 15(4): 827 – 41. Octubre 2006

ANEXOS:

- a) Carta compromiso del Directos del Consultorio de Hijuelas.
- b) Carta compromiso de la Médico de la Unidad de Salud Mental.
- c) Consentimiento Informado.
- d) Sesiones taller
- e) Inventario de depresión de Beck
- f) Escala de Evaluación de la Actividad Global
- g) WHOQOL – BREF

ANEXO A: CARTA COMPROMISO CONSULTORIO MUNICIPAL DE HIJUELAS.

Yo, _____,
director del Consultorio Municipal Rural de Hijuelas, declaro:

Conocer, en forma general, el proyecto “Efectividad de una Intervención Grupal en la Atención Primaria de Salud para Adolescentes con Sintomatología Depresiva” desarrollado por el psicólogo Germán Abarca Caro.

Autorizar su ejecución con pacientes del Consultorio Municipal Rural de Hijuelas, además de facilitar las actividades que el proyecto implica, tanto en el diagnóstico y evaluación de pacientes y en la ejecución de la Intervención Grupal que la realización del proyecto implica.

Sin otro particular.

Dir. Consultorio Municipal de Hijuelas.

ANEXO B: CARTA COMPROMISO DE MEDICO DE LA UNIDAD DE SALUD MENTAL DEL CONSULTORIO MUNICIPAL DE HIJUELAS.

Yo, _____,
de profesión Médico – Cirujano, Médico de la Unidad de Salud Mental del Consultorio Municipal Rural de Hijuelas, declaro:

Conocer, en forma general, el proyecto “Efectividad de una Intervención Grupal en la Atención Primaria de Salud para Adolescentes con Sintomatología Depresiva” desarrollado por el psicólogo Germán Abarca Caro y en particular las tareas que debería realizar en el presente proyecto, relacionadas con el diagnóstico y evaluación de pacientes.

Dar fe de estar plenamente capacitada para poder realizar dichas funciones.

Comprometer mi participación en las actividades descritas en el proyecto que me correspondan.

Sin otro particular.

**Médico Unidad de Salud Mental
Consultorio Municipal de Hijuelas.**

ANEXO C: CONSENTIMIENTO INFORMADO

Nombre: _____

Declaro que me ha sido solicitado participar en un proyecto que pretende evaluar la efectividad de una intervención grupal en pacientes con sintomatología depresiva en el tramo de edad entre los 15 y 19 años.

Antes de firmar el consentimiento, he sido informado por el psicólogo Germán Abarca Caro del programa en estudio, de los propósitos del mismo y de la metodología que ha de seguir. Este estudio pretende evaluar la efectividad de una intervención grupal en adolescentes entre 15 y 19 años con sintomatología depresiva o depresión leve a moderada.

Mi colaboración es libre y voluntaria y podré suspenderla en cualquier momento que desee sin que esto tenga repercusiones en mi tratamiento.

Los datos del estudio y especialmente mis datos personales serán confidenciales y utilizados sólo para efectos de investigación.

Doy mi consentimiento para participar en el estudio y declaro que he sido informado, han sido respondidas mis preguntas y he recibido una copia de la presente carta.

_____ a _____ de _____ 2008

Firma paciente:

Firma profesional

Firma padre:

(en caso de menores de edad).

ANEXO D: TALLER

Sesión 1: Presentación, y objetivos.

OBJETIVOS DE LA SESIÓN

- Socializar las normas de funcionamiento.
- Crear un ambiente de grupo adecuado.
- Explicar qué es la depresión y cómo se trata

PRESENTACIÓN DEL TALLER Y SUS OBJETIVOS:

El objetivo de este taller es presentar herramientas a los participantes que les sean útiles para la resolución de sus conflictos que les permita 1) superar sus sentimientos o estados depresivos y 2) prevenir recaídas o la aparición del cuadro en el futuro.

La idea es que los participantes puedan elegir aquellas técnicas que les sean de mayor utilidad. No se espera que todos los participantes usen todas las técnicas presentadas.

La duración del taller será de 6 semanas, realizándose una sesión semanal, teniendo un total de seis sesiones el taller a realizar.

Para que este taller tenga éxito se requiere de un compromiso de asistencia de cada participante y que las personas estén comprometidas con practicar las estrategias de ayuda.

PRESENTACIÓN DE LOS PARTICIPANTES:

Presentación del facilitador del taller:

El encargado del taller se presenta brevemente; señalando su nombre y profesión.

Presentación del grupo:

Actividad: Baile de las tarjetas.

Comentar que para iniciar el contacto entre los participantes, un primer paso es conocer sus nombres y algo acerca de cada uno.

Se colocara en una mesa o en el piso, tarjetas de diversos colores y tarjetas blancas, así como un plumón por participante.

Se solicita a los integrantes del grupo que elijan una tarjeta con el color que más les guste y escriban en ella su nombre, después, se les pide que cada integrante diga su nombre y comente por qué eligió el color de su tarjeta, mostrándola.

Rotar las tarjetas hacia la derecha hasta una determinada señal, en ese momento tendrán que entregar la tarjeta que tengan en su mano al dueño de la misma; diciendo el nombre que corresponde así como la justificación de la elección del color.

Repetir el ejercicio 4 o 5 veces.

EXPLICACIÓN: QUE ES LA DEPRESIÓN Y CÓMO SE TRATA:

¿Qué entienden por depresión?

Introducción: Normalmente oímos que tal persona está “deprimida” o un amigo nos cuenta que está “depre”. Esta utilización del término depresión no suele ser nada seria y se aplica demasiado a la ligera.

“Lluvia de ideas”:

Se realiza una “lluvia de ideas” respecto a “que es la depresión”, con la finalidad de pesquisar los conocimientos de los participantes.

Comentario: La depresión supone un bajo estado de ánimo, pérdida de interés por las cosas y un bajo nivel de actividad. También supone una serie de creencias negativas sobre:

A) Visión negativa de uno mismo (como alguien incapaz, inútil, fracasado, etc.)

B) Visión negativa del mundo (como lleno de obstáculos insuperables y con pocas cosas interesantes, alegres y satisfactorias)

C) Visión negativa del futuro (anticipar que las cosas serán igual de negativas que ahora y nada cambiará a mejor)

¿Cuáles son los síntomas de la depresión?

Modalidad de trabajo similar al punto anterior, separando los síntomas en físicos, emocionales, del pensamiento y conductuales. El objetivo de esta actividad es que los participantes del taller puedan reconocer síntomas asociados a depresión.

Comentario: La depresión se puede manifestar de variadas formas, debido a que su sintomatología es muy variada. Se señala la importancia de poder reconocer la forma en que se podría estar expresando la sintomatología depresiva en uno mismo.

Tratamientos de la depresión

En esta actividad se presentarán brevemente distintos tipos de tratamientos para la depresión, centrándose principalmente en las ventajas del trabajo grupal. También se abordará la temática de la necesidad de tratamiento y los riesgos de abandonarlos. Además, se mencionará que el objetivo de cualquier tratamiento debería ser: a) mejora de los síntomas depresivos y b) prevenir posibles apariciones futuras del cuadro.

SOCIALIZACIÓN DE LAS NORMAS DE FUNCIONAMIENTO

El facilitador hablará de la importancia de tener normas en un grupo que faciliten su buen funcionamiento; sugiriéndose hacer comparaciones con las normas o reglas en la familia y/o la escuela u otro contexto común a la mayoría de los participantes. Luego, se invitará a los participantes a proponer las normas o reglas que regirán el trabajo del grupo, escribiendo las sugerencias propuestas por los integrantes del grupo. Es importante que entre las propuestas estén las siguientes:

- Asistir a todas las sesiones puntualmente. Si no puede concurrir avisar con anticipación.
- Derecho a hablar y a expresar cualquier sentimiento.
- Evitar burlas, juicios de valor, críticas o interrupciones groseras.
- Procurar que cuando se hable de experiencias personales se inicie diciendo: "*yo pienso, a mi me sucede...*" y no dar consejos.
- Dar oportunidad a que todos participen, evitando acaparar el uso de la palabra.
- Ser discretos, lo que se diga en el grupo no se comenta fuera del mismo, contarlo a otras personas ajenas al grupo es la forma más fácil y rápida de destruir la confianza en el grupo y al grupo mismo. Si alguien de fuera del grupo nos pregunta de qué hablamos podemos decirle que de los "problemas de cada uno", sin añadir ningún detalle más de quien hace o dice tal cosa.

CIERRE

El facilitador preguntara a los participantes:

¿Cómo se sintieron a lo largo del desarrollo de la sesión?

¿Qué sensaciones, sentimientos y reacciones se experimentaron?

Se despide al grupo con una frase amable que resuma el trabajo realizado, por ejemplo:

"Fue muy grato trabajar con ustedes. El trabajo fue enriquecedor, entre otras.

Recordarles el lugar, día y hora de la próxima reunión.

Sesión 2: Educación sobre manejo de la afectividad

OBJETIVOS DE LA SESIÓN

- Explicar que son los afectos
- Explicar como los afectos influyen en el estado de ánimo
- Entregar estrategias para el manejo de la afectividad

PRESENTACIÓN Y PREPARACIÓN DE ACTIVIDADES

Presentación de los objetivos

Se presentan a los participantes en el taller los objetivos a trabajar en la presente sesión

Actividad lúdica de rompe hielo

Propuesta: Presentación cruzada:

Se parte por la mitad papeles que están escritos con refranes conocidos, quedando en cada parte la mitad del refrán. Estos papeles se reparten al azar entre los participantes; teniendo que buscar cada uno a quien tiene la otra mitad del refrán, pero sin poder emitir ningún ruido. Al encontrarse todas las parejas, se dará un tiempo de 5 minutos para que conversen. Posteriormente, cada integrante de la pareja tendrá que responder 2 preguntas sorteadas respecto a su compañero; de no ser capaz de responder la pregunta, la pareja tendrá que realizar una penitencia.

Actividad de repaso y aclaración de dudas respecto a la sesión anterior (sintomatología de la depresión)

Se anima a los miembros del grupo a formular las preguntas que pudieran tener sobre lo desarrollado en la sesión anterior.

AFECTIVIDAD

¿Qué entienden por afecto?

Comentario: A través de plenario se pretende diferenciar el afecto de las emociones

¿Qué cosas creen que pueden hacerles sentir un buen afecto?

Comentario: Realizar indagación de actividades pasadas que hicieron sentir satisfechos a los participantes; además de indagar que cosas que nunca han realizado podrían producir un buen afecto.

Planificación y compromiso de realización de alguna actividad pasada y de alguna actividad nueva.

Según los resultados del punto anterior; se pedirá a los miembros del grupo que se comprometan a realizar una actividad que han dejado de hacer y que era placentera y una actividad que nunca han realizado y piensan que les pueda resultar grato.

Los resultados se comentarán en la próxima sesión

ACTIVIDAD: RELAJACIÓN MUSCULAR PROFUNDA (RMP).

Se explora brevemente los conocimientos y experiencias de los participantes del taller respecto a técnicas de relajación.

Posteriormente, el facilitador describe el empleo de la RMP y sus aplicaciones. Estas incluyen la relajación general, la relajación de partes específicas del cuerpo y su aplicación como parte de intervenciones médicas y psicológicas dirigidas al tratamiento de distintas situaciones.

Se pide a los miembros del grupo que se pongan lo más cómodos posibles, sugiriendo que se suelten cualquier prenda que les apriete o moleste, que no crucen las piernas y coloquen bolsos, celulares o cualquier cosa que les pueda molestar encima de una mesa. A continuación, se pide a los miembros del grupo que no realicen movimientos extraños o innecesarios durante el entrenamiento. También se les dice que no hablen ni abran los ojos de ser posible, ya que puede fomentar la distracción, imposibilitándose beneficiarse de la actividad.

Posteriormente se desarrolla la Relajación Muscular Profunda

Antes de finalizar la sesión, se señala que esta es una técnica que para ser dominada adecuadamente necesita ser entrenada.

CIERRE

El facilitador preguntara a los participantes:

¿Cómo se sintieron a lo largo del desarrollo de la sesión?

¿Qué sensaciones, sentimientos y reacciones se experimentaron?

Se despide al grupo con una frase amable que resuma el trabajo realizado, por ejemplo:
"Fue muy grato trabajar con ustedes. El trabajo fue enriquecedor, entre otras.

Recordarles el lugar, día y hora de la próxima reunión.

Sesión 3: Habilidades Comportamentales

OBJETIVOS:

- Diferenciar entre conducta asertiva y no asertiva

PRESENTACIÓN Y PREPARACIÓN DE ACTIVIDADES

Presentación de los objetivos

Se presentan a los participantes en el taller los objetivos a trabajar en la presente sesión

Actividad lúdica de rompe hielo

Propuesta: Tutifrutí u otro juego que implique actividad física leve.

Actividad de repaso y aclaración de dudas respecto a la sesión anterior (afectividad y RMP)

Se anima a los miembros del grupo a formular las preguntas que pudieran tener sobre lo desarrollado en la sesión anterior.

Revisión de compromiso desarrollado en la sesión anterior.

CONTENIDOS DE LA SESIÓN Y EJERCICIOS A PRACTICAR:

La conducta asertiva: Mediante este comportamiento ponemos en práctica nuestros derechos personales y respetamos el de los demás.

La conducta no asertiva: Mediante esta conducta nos mostramos timoratos, miedosos o evitamos defender nuestros derechos ante los demás.

La conducta agresiva: Mediante esta conducta intentamos atemorizar o imponer a otros, a la fuerza, nuestros deseos sin respetar los suyos. Puede ser mediante la amenaza verbal, la agresión física o la manipulación.

EJERCICIOS CON EL GRUPO

Representación con el grupo de los tres estilos de comportamiento

Vamos a representar y después hablar entre todos de la siguiente escena que haremos, como en una pequeña obra de teatro representaremos los tres estilos de comportamiento. La escena es la siguiente:

“Te ha examinado el médico y te ha mandado una receta de un medicamento que no conoces. No has recibido un diagnóstico. El médico tiene prisa. A ti te gustaría saber cual es el diagnóstico y recibir alguna explicación sobre por qué te ha mandado esa medicación”

Una persona con un estilo agresivo podría hacer o decir lo siguiente...

“Nunca mas pienso pedir cita con usted. En mi vida me han tratado peor. Cualquier médico competente se hubiera sentado y me hubiera explicado en que consiste todo esto. Deberían quitarle el título de médico. Ahora no intente darme explicaciones, ya se todo lo que quería saber de usted”. Se levanta y sale airado del despacho

Una persona con un estilo pasivo podría hacer o decir lo siguiente....

“Doctor siento molestarle, pero llevo tiempo con una molestia de garganta que quisiera preguntarle, pero, bueno, no se si será el momento, ¿qué puede causar esto?”. El médico le responde: “No se preocupe por eso. Solamente tómese lo que he recetado y verá que le va mejor. Pida nueva cita. El paciente dice: “Bueno, no se me gustaría”El médico le dice: “Bueno, ahora tengo que marcharme. Si no se encuentra mejor me lo dice en la próxima cita. Buenos días. El paciente responde: “Muchas gracias. Adiós”

Una persona con un estilo asertivo podría hacer o decir lo siguiente....

“Doctor quisiera saber mi diagnóstico y algo sobre la medicación que usted me ha recetado”. El médico le responde: “Solamente tome estas pastillas y no se preocupe mas”. El paciente le responde: “La verdad es que no me gusta tomar medicamentos que no conozco y menos sin saber cual es la causa de mi dolor de garganta. Le agradecería enormemente que me dedicara unos minutos a contestar mis preguntas”

Busca un ejemplo de tu vida donde te hayas mostrado no asertivo o agresivo, cuéntalo al grupo y veamos como podemos ensayar esa escena de manera asertiva

CIERRE

El facilitador preguntara a los participantes:

¿Cómo se sintieron a lo largo del desarrollo de la sesión?

¿Qué sensaciones, sentimientos y reacciones se experimentaron?

Se despide al grupo con una frase amable que resuma el trabajo realizado, por ejemplo:

"Fue muy grato trabajar con ustedes. El trabajo fue enriquecedor, entre otras.

Recordarles el lugar, día y hora de la próxima reunión.

Sesión 4: Habilidades Cognitivas

OBJETIVOS:

- Aprender a identificar las creencias sobre la vida que influyen en la salud
- Diferenciar entre una perspectiva rígida, absoluta y dogmática y otra flexible y adaptativa.

PRESENTACIÓN Y PREPARACIÓN DE ACTIVIDADES

Presentación de los objetivos

Se presentan a los participantes en el taller los objetivos a trabajar en la presente sesión

Actividad de repaso y aclaración de dudas respecto a la sesión anterior (Habilidades comportamentales)

Se anima a los miembros del grupo a formular las preguntas que pudieran tener sobre lo desarrollado en la sesión anterior.

HABILIDADES COGNITIVAS

TAREAS DE LA SESION

- Se piden ejemplos en el grupo de “cuando nos hemos sentido con ánimo depresivo”; se escriben los pensamientos y creencias. Se trabaja con la pregunta: “Qué pensábamos entonces y por qué creíamos eso”
- Cambiar pensamientos y creencias inadecuadas por otras creencias que nos sirvan; para tratar con las cosas y la gente en la vida; de manera adecuada.

Situación donde me sentí deprimido	¿Qué pensé entonces y por qué creí eso?

- o Con lo ubicado en la segunda columna (¿Qué pensé entonces y por qué creí eso?), se le harán preguntas para abrir nuestra mente a otras creencias más adecuadas y no depresivas.

a-¿Qué pruebas contradicen lo que creí y pensé entonces, o que detalles no tuve en cuenta?

b-¿Cómo lo piensan y creen otras personas que les ha pasado lo mismo o parecido y son felices?

c-¿Cómo podría comprobar si lo que creí de negativo entonces, es cierto siempre, a veces o nunca?

Sesión 5. Formas de solucionar los problemas (personales): reconocerlos, pedir ayuda

OBJETIVOS

- Distinguir tipos de problemas
- Conocer formas para solucionar problemas

PRESENTACIÓN Y PREPARACIÓN DE ACTIVIDADES

Presentación de los objetivos

Se presentan a los participantes en el taller los objetivos a trabajar en la presente sesión

Actividad de repaso y aclaración de dudas respecto a la sesión anterior (Habilidades cognitivas)

Se anima a los miembros del grupo a formular las preguntas que pudieran tener sobre lo desarrollado en la sesión anterior.

Cómo cada uno resuelve sus problemas. Técnica "Mis problemas... ¿mis soluciones?"

Pedir a los jóvenes que se sienten cómodamente, que cierren los ojos y empiecen a relajarse. Pedirles que se enfoquen en algún problema que hayan tenido, en la solución que se dio, las consecuencias y sus sentimientos.

Pedir que en una hoja escriban el problema en el que pensaron, la solución y la consecuencia. Que respondan: Si lo vivieran de nuevo ¿qué harían?

Pedir que formen parejas y analicen lo que escribieron. Buscar en cada caso (si es posible) otras opciones.

Presentación en plenaria de lo que se trabajó en parejas.

¿Cómo se sienten?

¿Descubrieron algo nuevo?

¿Encontraron otras opciones; las conocían pero no las eligieron?

¿Han variado sus opciones con la edad?

CIERRE.

El facilitador preguntará a los participantes:

¿Cómo se sintieron a lo largo del desarrollo de la sesión?

¿Qué sensaciones, sentimientos y reacciones se experimentaron?

¿Cuáles son los aspectos o elementos que tienen en común los participantes?

Recordarles que la próxima sesión será la última y que se realizará en el mismo lugar, día y hora.

Sesión 6. Evaluación y despedida

OBJETIVO

- Rescatar los efectos positivos de trabajar en grupo.
- Cierre del trabajo grupal en el taller.

PRESENTACIÓN Y PREPARACIÓN DE ACTIVIDADES

Presentación de los objetivos

Se presentan a los participantes en el taller los objetivos a trabajar en la presente sesión

Actividad de repaso y aclaración de dudas respecto al taller en general

Se anima a los miembros del grupo a formular las preguntas que pudieran tener sobre lo desarrollado en las sesiones anteriores.

EL ÁRBOL DE LA AUTOESTIMA

Se entrega una hoja a cada participante.

Se les pide que dibujen un árbol, con sus raíces y ramas con frutos. En las raíces escribirán las cualidades que tienen. Y en las ramas los frutos que serán los logros que han obtenido con sus cualidades.

Pedir algunos voluntarios que presenten su árbol.

Se puede señalar que la mayor parte de las veces es más fácil hablar de los defectos. Esto se puede deber a una mal entendida presunción, falta de humildad, etc. Es importante

subrayar que reconocer las cualidades que poseo me permite desarrollarlas en beneficio mío y de los otros.

REPASO DE LO APRENDIDO Y PLANIFICACIÓN EN CASO DE:

Entre todos los integrantes del taller se repasan los principales contenidos abordados en el taller; lo positivo como lo negativo.

Se desarrolla un plan de contingencia ante la aparición de síntomas o la vivencia de situaciones traumática.

DESPEDIDA DE CADA INTEGRANTE DEL TALLER. TÉCNICA "MIS REGALOS".

Comentar que se han pasado varios días juntos y que ha llegado el momento de decir adiós, no sabemos si nos volveremos a encontrar y sí se diera el encuentro la situación no sería la misma. Por ello nos daremos un adiós dándonos una palabra de despedida, para ello:

Entregar a cada participante una hoja que se pegará en la espalda con cinta adhesiva.

Pedirles que empiecen a caminar por el salón y se miren los unos a los otros diciéndose adiós sin palabras, cuando piensen una característica positiva de alguna persona que la escriban en la hoja (de la persona). Cada integrante tendrá que escribir para todos los demás.

Cuando hayan terminado de escribirse en las tarjetas, se las despegarán y leerán lo que sus compañeros les escribieron. Solicitar voluntarios para comentar cómo se sienten.

El taller se está terminando ¿algún comentario más?

ANEXO E: INVENTARIO DE DEPRESIÓN DE BECK.

Nombre: _____

Fecha de Nacimiento: _____

Fecha de aplicación: _____

En este cuestionario aparecen varios grupos de afirmaciones. Por favor, lea con atención cada uno de ellos. A continuación, señale cuál de las afirmaciones de cada grupo describe mejor sus sentimientos durante la ÚLTIMA SEMANA, INCLUIDO EL DÍA DE HOY. Encierre en un círculo el número que está a la izquierda de la afirmación que haya elegido. Si dentro de un mismo grupo, hay más de una afirmación que considere aplicable a su caso, márquela también. *Asegúrese de haber leído todas las afirmaciones dentro de cada grupo antes de hacer la elección.*



- 0) *No me siento triste*
- 1) *Me siento triste*
- 2) *Me siento triste continuamente y no puedo dejar de estarlo*
- 3) *Me siento tan triste o tan desgraciado que no puedo soportarlo.*



- 0) *No me siento especialmente desanimado de cara al futuro*
- 1) *Me siento desanimado de cara al futuro*
- 2) *Siento que no hay nada por lo que luchar*
- 3) *El futuro es desesperanzador y las cosas no mejorarán*



- 0) *No me siento como un fracasado*
- 1) *He fracasado más que la mayoría de las personas*
- 2) *Cuando miro hacia atrás, lo único que veo es un fracaso tras otro*
- 3) *Soy un fracaso total como persona*



- 0) *Las cosas me satisfacen tanto como antes*
- 1) *No disfruto de las cosas tanto como antes*
- 2) *Ya no tengo ninguna satisfacción de las cosas*
- 3) *Estoy insatisfecho o aburrido con respecto a todo*



- 0) *No me siento especialmente culpable*
- 1) *Me siento culpable en bastantes ocasiones*
- 2) *Me siento culpable en la mayoría de las ocasiones*
- 3) *Me siento culpable constantemente*



- 0) *No creo que esté siendo castigado*
- 1) *Siento que quizá esté siendo castigado*
- 2) *Espero ser castigado*
- 3) *Siento que estoy siendo castigado*



- 0) *No estoy descontento de mí mismo*
- 1) *Estoy descontento de mí mismo*
- 2) *Estoy a disgusto conmigo mismo*
- 3) *Me detesto*



- 0) *No me considero peor que cualquier otro*
- 1) *Me autocrítico por mi debilidad o por mis errores*
- 2) *Continuamente me culpo por mis faltas*
- 3) *Me culpo por todo lo malo que sucede.*



- 0) *No tengo ningún pensamiento de suicidio*
- 1) *A veces pienso en suicidarme, pero no lo haré*
- 2) *Desearía poner fin a mi vida*
- 3) *Me suicidaría si tuviese la oportunidad*



- 0) *No lloro más de lo normal*
- 1) *Ahora lloro más que antes*
- 2) *Lloro continuamente*
- 3) *No pudo dejar de llorar aunque me lo proponga*



- 0) *No estoy especialmente irritado*
- 1) *Me molesto o irrito más fácilmente que antes*
- 2) *Me siento irritado continuamente*
- 3) *Ahora no me irritan en absoluto cosas que antes me molestaban*



- 0) *No he perdido el interés por los demás*
- 1) *Estoy menos interesado en los demás que antes*
- 2) *He perdido gran parte del interés por los demás*
- 3) *He perdido todo interés por los demás*



- 0) *Tomo mis propias decisiones igual que antes*
- 1) *Evito tomar decisiones más que antes*
- 2) *Tomar decisiones me resulta mucho más difícil que antes*
- 3) *Me es imposible tomar decisiones*



- 0) *No creo tener peor aspecto que antes*
- 1) *Estoy preocupado porque parezco envejecido y poco atractivo*
- 2) *Noto cambios constantes en mi aspecto físico que me hacen parecer poco atractivo*
- 3) *Creo que tengo un aspecto horrible.*



- 0) *Trabajo (estudio) igual que antes*
- 1) *Me cuesta más esfuerzo de lo habitual comenzar a hacer algo*
- 2) *Tengo que obligarme a mí mismo para hacer algo*
- 3) *Soy incapaz de llevar a cabo ninguna tarea*



- 0) *Duermo tan bien como siempre*
- 1) *No duermo tan bien como antes*
- 2) *Me despierto 1 – 2 horas antes de lo habitual y me cuesta volverme a dormir*
- 3) *Me despierto varias horas antes de lo habitual y ya no puedo volverme a dormir*



- 0) *No me siento más cansado de lo normal*
- 1) *Me canso más que antes*
- 2) *Me canso en cuanto hago cualquier cosa*
- 3) *Estoy demasiado cansado para hacer nada.*



- 0) *Mi apetito no ha disminuido*
- 1) *No tengo tan buen apetito como antes*
- 2) *Ahora tengo mucho menos apetito*
- 3) *He perdido completamente el apetito*



0) *No he perdido peso últimamente*

1) *He perdido más de 2 kilos*

2) *He perdido más de 4 kilos*

3) *He perdido más de 7 kilos.*



Estoy tratando intencionadamente de perder peso comiendo menos.

0) *Sí*

1) *No*



0) *No estoy preocupado de mi salud*

1) *Me preocupan los problemas físicos como dolores, etc.; el malestar de estómago o los catarros*

2) *Me preocupan las enfermedades y me resulta difícil pensar en otras cosas*

3) *Estoy tan preocupado por las enfermedades que soy incapaz de pensar en otras cosas*



0) *No he observado ningún cambio en mi interés por el sexo*

1) *La relación sexual me atrae menos que antes*

2) *Estoy mucho menos interesado por el sexo que antes*

3) *He perdido totalmente el interés sexual.*

ANEXO F. ESCALA DE EVALUACIÓN DE LA ACTIVIDAD GLOBAL (EEAG)

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

Código (Nota: Utilizar los códigos intermedios cuando resulte apropiado, por ejemplo, 45, 68, 72)

100 a 91: Actividad satisfactoria en una amplia gama de actividades, nunca parece superado por los problemas de su vida, es valorado por los demás a causa de sus abundantes cualidades positivas. Sin síntomas.

90 a 81: Síntomas ausentes o mínimos (por ej. ligera ansiedad ante un examen); buena actividad en todas las áreas, interesado e implicado en una amplia gama de actividades, socialmente eficaz, generalmente satisfecho de la vida, sin más preocupaciones o problemas que los cotidianos (por ejemplo una discusión ocasional con miembros de la familia)

80 a 71: Si existen síntomas, son transitorios y constituyen reacciones esperables ante agentes estresantes psicosociales (por ejemplo dificultades para concentrarse tras una discusión familiar); sólo existe una ligera alteración de la actividad social, laboral o escolar (por ejemplo descenso temporal del rendimiento escolar)

70 a 61: Algunos síntomas leves (por ejemplo humor depresivo e insomnio ligero) o alguna dificultad en la actividad social, laboral o escolar (por ejemplo ausencias ocasionales injustificadas al colegio (“cimarras”) o robar algo en casa), pero en general funciona bastante bien, tiene algunas reacciones interpersonales significativas

60 a 51: Síntomas moderados (por ejemplo afecto aplanado y lenguaje circunstancial, crisis de angustia ocasionales) o dificultades moderadas en la actividad social, laboral o escolar (por ejemplo pocos amigos, conflictos con compañeros de trabajo o de escuela)

50 a 41: Síntomas graves (por ejemplo ideación suicida, rituales obsesivos graves, robos en tiendas) o cualquier alteración grave de la actividad social, laboral o escolar (por ejemplo sin amigos, incapaz de mantenerse en un empleo)

40 a 31: Una alteración de la verificación de la realidad o de la comunicación (por ejemplo el lenguaje es a veces ilógico, oscuro o irrelevante) o alteración importante en varias áreas como el trabajo escolar, las relaciones familiares, el juicio, el pensamiento o el estado de ánimo (por ejemplo un hombre depresivo evita a sus amigos, abandona la familia y es incapaz de trabajar; un niño golpea frecuentemente a niños más pequeños, es desafiante en casa y deja de acudir a la escuela)

30 a 21: La conducta está considerablemente influida por ideas delirantes o alucinaciones o existe una alteración grave de la comunicación o el juicio (por ejemplo a veces es incoherente, actúa de manera claramente inapropiada, preocupación suicida) o incapacidad para funcionar

en casi todas las áreas (por ejemplo permanece en la cama todo el día; sin trabajo, vivienda o amigos)

20 a 11: Algún peligro de causar lesiones a otros o a sí mismo (por ejemplo intentos de suicidio sin una expectativa manifiesta de muerte; frecuentemente violento; excitación maniaca) u ocasionalmente deja de mantener la higiene personal mínima (por ejemplo con manchas de excrementos) o alteración importante de la comunicación (por ejemplo muy incoherente o mudo)

10 a 1: Peligro persistente de lesionar gravemente a otros o a sí mismos (por ejemplo violencia recurrente) o incapacidad persistente para mantener la higiene personal mínima o acto suicida grave con expectativa manifiesta de muerte

0: Información inadecuada

ANEXO G: WHOQOL - BREF

Datos de Identificación

Fecha de nacimiento (dd/mm/aa): ___/___/___	Sexo: 1 H 2 M
Fecha evaluación 1° (dd/mm/aa): ___/___/___	RUT
Fecha evaluación 2° (dd/mm/aa): ___/___/___	Evaluador:

WHOQOL - BREF

Este cuestionario sirve para conocer su opinión acerca de su calidad de vida, su salud, y otras áreas de su vida. **Por favor, conteste todas las preguntas.** Si no está seguro qué respuesta dar a una pregunta, escoja la que le parezca más apropiada. A veces, ésta puede ser su primera respuesta.

Tenga presente su modo de vivir, expectativas, placeres y preocupaciones. Le pedimos que piense en su vida **durante las dos últimas semanas.** Por ejemplo, pensando en las dos últimas semanas, se puede preguntar:

	Nada	Un poco	Moderado	Bastante	Totalmente
¿Obtiene de otros el apoyo que necesita?	1	2	3	4	5

Haga un círculo en el número que mejor defina cuánto apoyo obtuvo de otros en las dos últimas semanas. Usted hará un círculo en el número 4 si obtuvo bastante apoyo de otros, como sigue:

	Nada	Un poco	Moderado	Bastante	Totalmente
¿Obtiene de otros el apoyo que necesita?	1	2	3	4	5

Por favor, lea cada pregunta, valore sus sentimientos, y haga un círculo en el número de la escala para cada pregunta que sea su mejor respuesta

	Muy mal	Poco	Lo normal	Bastante bien	Muy bien
1 ¿Cómo puntuaría su calidad de vida?	1	2	3	4	5

		Muy insatisfecho	Poco	Lo normal	Bastante satisfecho	Muy satisfecho
2	¿Cuán satisfecho está con su salud?	1	2	3	4	5

Las siguientes preguntas hacen referencia a **cuánto** ha experimentado ciertos hechos en las últimas dos semanas

		Nada	Un Poco	Lo normal	Bastante	Extremadamente
3	¿Hasta que punto piensa que el dolor (físico) le impide hacer lo que necesita?	1	2	3	4	5
4	¿Cuánto necesita de cualquier tratamiento médico para funcionar en su vida?	1	2	3	4	5
5	¿Cuánto disfruta de la vida?	1	2	3	4	5
6	¿Hasta que punto siente que su vida tiene sentido?	1	2	3	4	5
7	¿Cuál es su capacidad de concentración?	1	2	3	4	5
8	¿Cuánta seguridad siente en su vida?	1	2	3	4	5
9	¿Cuán saludable es el ambiente físico de su alrededor?	1	2	3	4	5

Las siguientes preguntas hacen referencia a **cuán totalmente** usted experimenta o fue capaz de hacer ciertas cosas en las dos últimas semanas

		Nada	Un poco	Moderado	Bastante	Totalmente
10	¿Tiene energía suficiente para la vida diaria?	1	2	3	4	5
11	¿Es capaz de aceptar su apariencia física?	1	2	3	4	5
12	¿Tiene suficiente dinero para cubrir sus necesidades?	1	2	3	4	5
13	¿Qué disponible tiene la información que necesita en su vida diaria?	1	2	3	4	5
14	¿Hasta qué punto tiene oportunidad para realizar actividades de ocio?	1	2	3	4	5
15	¿Es capaz de desplazarse de un lugar a otro?	1	2	3	4	5

Las siguientes preguntas hacen referencia a cuán *satisfecho o bien feliz* se ha sentido en varios aspectos de su vida en las dos últimas semanas.

		Muy insatisfecho	Poco	Lo normal	Bastante satisfecho	Muy satisfecho
16	¿Cómo puntuaría su calidad de vida	1	2	3	4	5
17	¿Cuán satisfecho está con su habilidad para realizar sus actividades de la vida diaria?	1	2	3	4	5
18	¿Cuán satisfecho está con su capacidad de trabajo o estudio?	1	2	3	4	5
19	¿Cuán satisfecho está de sí mismo?	1	2	3	4	5
20	¿Cuán satisfecho está con sus relaciones interpersonales?	1	2	3	4	5
21	¿Cuán satisfecho está con su vida sexual?	1	2	3	4	5
22	¿Cuán satisfecho está con el apoyo que obtiene de sus amigos?	1	2	3	4	5
23	¿Cuán satisfecho está de las condiciones del lugar donde vive?	1	2	3	4	5
24	¿Cuán satisfecho está con el acceso que tiene a los servicios de salud?	1	2	3	4	5
25	¿Cuán satisfecho está con el transporte	1	2	3	4	5

La siguiente pregunta hace referencia a la *frecuencia* con que usted ha sentido o experimentado ciertos hechos en las dos últimas semanas.

		Nunca	Raramente	Medianamente	Frecuentemente	Siempre
26	¿Con qué frecuencia tiene sentimientos negativos, tales como tristeza, desesperanza, ansiedad, depresión?	1	2	3	4	5

¿Le ha ayudado alguien a rellenar el cuestionario?

¿Cuánto tiempo ha tardado en contestarlo?

¿Le gustaría hacer algún comentario sobre el cuestionario?