

## DESAJUSTE PSICOSOCIAL EN LA ADOLESCENCIA: UNA EXPERIENCIA GRUPAL

Martín Romera, A.<sup>1</sup>  
Sánchez Sánchez, F.<sup>2</sup>

### RESUMEN

En este trabajo se presenta una experiencia grupal con adolescentes llevada a cabo con el objetivo de mejorar el nivel de adaptación personal y social en esta etapa del desarrollo. Se realizó un grupo de orientación cognitivo-conductual con 8 adolescentes de edades comprendidas entre 15 y 18 años, con problemas de adaptación; estructurado en 8 sesiones, de una frecuencia quincenal y con una duración por sesión de hora y media. Interviniendo sobre las formas distorsionadas de pensamiento y optimizando las habilidades sociales se pretendía conseguir una mejora en el estado de ánimo de los adolescentes. Se efectuó una evaluación previa y posterior al grupo terapéutico, utilizando la Escala de Hamilton para la Depresión - HDRS-, Registro de Opiniones de Davis y McKay, Escala de Adaptación de Echeburúa y Corral y el Cuestionario de Habilidades del Aprendizaje Estructurado de Goldstein. (adaptado). Finalmente se hace un análisis crítico de los resultados obtenidos y se destacan aquellos aspectos técnicos y metodológicos que pensamos pudieran resultar más efectivos en una terapia grupal con adolescentes.

**PALAGRAS CLAVE:** Adolescencia, Terapia Grupal, Crisis.

#### **Dirección:**

<sup>1</sup> Unidad de Salud Mental Infanto-Juvenil (Almería) (España)

<sup>2</sup> Hospital de Día de Salud Mental de E.P. Hospital Poniente (Almería) (España)

---

## INTRODUCCION

La adolescencia es un momento de cambio, de transición; esta transición puede convertirse en crisis si el individuo no tiene recursos personales para afrontarla. El resultado de una crisis puede ser de debilitación o crecimiento.

Las crisis en el desarrollo son aquellas relacionadas con el traslado desde una etapa de crecimiento a otra, desde la infancia a la senectud. Cada etapa del desarrollo se relaciona con ciertas tareas del crecimiento, y cuando hay interferencia en su realización, es probable una crisis (Slaikeu, K. A. 1988).

La adolescencia es el estadio dentro del ciclo vital donde se afronta el problema psicológico de la identidad personal y social. Se establece una autonomía psicológica respecto de los padres. En este periodo la mayor parte de los jóvenes toman decisiones acerca de la elección vocacional, el proyecto de vida, se adoptan creencias, actitudes, expectativas y modos de comportamiento que pueden perdurar en la vida adulta. El problema surge cuando estas formas de pensar y comportarse no son adaptativas para el individuo. Los rasgos de personalidad sólo constituyen trastornos de personalidad cuando son inflexibles y desadaptativos y cuando causan un deterioro funcional significativo o un malestar subjetivo. Los trastornos de personalidad pueden tener su inicio en la adolescencia y se caracterizan por un patrón permanente e inflexible de experiencia interna y de comportamiento (DSM IV, APA,1995).

Los padres también juegan un papel importante en este periodo evolutivo de los hijos. No todas las familias favorecen por igual la autonomía de los hijos; pudiendo interferir, así, en el desarrollo del sentimiento de separación y de singularidad individual estructurante en esta

etapa del desarrollo. Determinadas situaciones familiares anómalas (enfermedad de los progenitores, familias monoparentales, problemas de pareja, etc.) dificultan el desarrollo de las tareas de crecimiento que el adolescente debe afrontar. Dado que el ser humano comienza a desarrollarse en torno a un grupo familiar de referencia la dinámica y las relaciones que se establecen en éste influyen en la consolidación del autoconcepto y la autoestima (González, C., 1999). Un control moderado por parte de los padres, ni demasiado negligente ni demasiado estricto, parece ofrecer el mejor contexto para la individuación. Las familias consideradas de riesgo pueden a veces, por sus dificultades intrínsecas, mantener una relación con su hijo/a adolescente represiva o permisiva en exceso.

La interacción con los iguales consolida una relación prototipo para las futuras relaciones entre adultos. Los iguales son modelos, "espejos", contrastes en el proceso de configuración de una identidad propia, ya que de cada persona con la que interactuamos se desprenderá un punto de vista sobre uno mismo; también nos ofrecen una oportunidad de experimentar roles sociales diferenciados.

El grupo terapéutico nos ofrece una serie de ventajas que permiten considerarlo como un buen instrumento para el cambio personal y social.

Pone de manifiesto el principio de "universalidad - identificación", lo que facilita la motivación para el cambio y disminuye la ansiedad. Favorece la asunción de roles sociales diversos, permite experimentar nuevas formas de comportamiento y de relación. Ofrece una oportunidad más próxima a la realidad de los sujetos, facilitando la generalización de los aprendizajes. Hace disponible un mayor número de alternativas de respuesta posible, necesarias para la resolución de problemas. El grupo puede funcionar también de forma preventiva al favorecer que sus miembros aprendan a solucionar problemas que aún no se le hayan presentado. Se convierte en una fuente de retroalimentación y refuerzo mucho más efectiva y amplia que la que proporciona únicamente el terapeuta. Este valor reforzante incrementa la motivación y reduce los abandonos.

El paciente practica el modelo de la terapia cognitiva en sí mismo y en los demás. La identificación de las distorsiones cognitivas de otros miembros por parte del paciente parece facilitar la identificación de su propio conjunto de cogniciones idiosincráticas; la identificación y el cuestionamiento de ideas irracionales desde varias perspectivas. Se pueden practicar "en vivo" habilidades que requieren la presencia de un grupo como hablar en público, etc. (Lega, L.I., 1997).

El adolescente puede experimentar alteraciones emocionales, conflictos interpersonales y disfunciones psicosociales. Estas dificultades pueden generar, si el adolescente no tiene recursos personales para manejarlas, un deterioro funcional significativo o un malestar subjetivo que interfiere en su estabilidad emocional y en su nivel de ajuste personal y social actual y futuro.

En las últimas décadas, se han hecho intentos reiterados para construir un inventario estandarizado para la evaluación grupal. Así, Mckenzie (1983) construyó una "Core Battery" que se adaptó en España, pero que resultaba menos sensible para patologías poco intensas. A partir de la anterior, la American Group Psychotherapy Association desarrolló una batería que constaba de una lista de síntomas (SCL-90), una escala para evaluación global de la evolución (SAS, GASGIR), y una tasación de los problemas individuales de los pacientes durante el proceso de terapia. La batería "Bel-Air" desarrollada en el Departamento de Psiquiatría de la Facultad de Medicina de la Universidad de Ginebra, consta de 6 instrumentos de evaluación: la lista corta de síntomas (BSI), la escala de funcionamiento global (GAF), el cuestionario de evaluación de las relaciones con los demás (ERA), el cuestionario de funciones sociales (QFS), el cuestionario de estrategias de enfrentamiento ("coping index" de K. Scherrer y U. Scherrer, adaptado por Vucetic) y el cuestionario de clima grupal (adaptado de Mckenzi, 1990).

Ninguna de estas baterías de evaluación de la psicoterapia grupal son específicas de una patología o un grupo de edad particular.

Con anterioridad a la realización del grupo terapéutico se mantuvieron varias entrevistas de evaluación y tratamiento donde se intervino en la problemática "específica" de cada caso, para poder después abordar los aspectos clínicos más generales en la terapia grupal.

Por todo lo anterior y, partiendo de nuestra realidad asistencial con población adolescente, consideramos beneficioso llevar a cabo una terapia grupal con los objetivos siguientes:

- Facilitar el desarrollo y el ajuste personal

- Ayudar a los adolescentes a manejar y enfrentarse con las transiciones del desarrollo y circunstancias problemáticas de la vida
- Modificar formas distorsionadas de pensamiento, optimizar las destrezas, habilidades y recursos personales de los adolescentes.
- Intervenir precozmente para impedir las limitaciones que las conductas desadaptadas presentes puedan tener sobre su desarrollo personal ulterior.

## MATERIAL Y MÉTODO

### SUJETOS

Se seleccionaron 8 pacientes en función de los siguientes criterios:

VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS: Edad ( 15-18 años), estado civil (solteros), nivel educativo (enseñanza secundaria), población rural.

VARIABLES CLÍNICAS Y PSICOSOCIALES: estado de ánimo depresivo, baja autoestima, inadecuado nivel de autoexigencia, déficits en habilidades sociales, ansiedad anticipatoria relacionada con el futuro laboral, bajo rendimiento escolar, dificultades de independización - individuación (personal y social), dificultades de comunicación con los padres; familias de riesgo (enfermedad en algunos progenitores, toxicomanía y/o alcoholismo en algún miembro de la familia nuclear, ausencia de algún progenitor).

### INSTRUMENTOS

A continuación presentamos los instrumentos de evaluación utilizados en nuestra valoración anterior y posterior a la terapia grupal.

#### Breve descripción de la batería

- Escala de Hamilton para la Depresión –HDRS- ( Hamilton,1960)

La versión HDRS utilizada consta de 17 ítems que evalúan el perfil sintomatológico y la gravedad del cuadro depresivo. Proporciona una puntuación en 3 factores o índices: melancolía, ansiedad y sueño.

- Registro de Opiniones ( Davis y McKay, 1982)

Proporciona una puntuación acerca del grado de conformidad en cada una de las 10 creencias irracionales básicas propuestas por Albert Ellis(1961).

- Escala de Adaptación ( Echeburúa y Corral, 1987)

Escala autoaplicada que permite realizar una valoración del nivel de funcionamiento en la situación actual en 5 áreas: trabajo y/o estudios, vida social, tiempo libre, relaciones de pareja, vida familiar y una última medición de funcionamiento "global".

- Cuestionario de Habilidades del Aprendizaje Estructurado (Goldstein,1980), adaptado por las autoras para este estudio.

Evalúa los déficits o efectividad en una habilidad. Consta de 50 ítems presentados como "situaciones problema"; estos ítems, a su vez pueden ser agrupados en 6 Niveles de Habilidad: Primeras Habilidades Sociales, Habilidades Sociales Avanzadas, Habilidades relacionadas con los Sentimientos, Habilidades Alternativas a la Agresión, Habilidades para hacer frente al Estrés y Habilidades de Planificación

- Índice Subjetivo de Mejoría

Este índice completaba la valoración test-retest, ofreciendo una medida de mejora atribuible a la intervención terapéutica grupal, puntuable en 3 categorías: bajo, medio y alto.

### PROCEDIMIENTO

El grupo terapéutico se estructuró en ocho sesiones, con una frecuencia quincenal y con una duración aproximada por sesión de hora y media. Al finalizar la terapia grupal se realizó una sesión de devolución individual para cada paciente. El grupo fue conducido por dos psicólogas. El estilo terapéutico en relación al nivel de directividad fue flexible y se adaptó a las necesidades del grupo pudiendo oscilar entre el liderazgo y la facilitación.

La terapia grupal incluyó aspectos psicoeducativos y psicoterapéuticos, desde una orientación cognitiva-conductual con el apoyo de biblioterapia para favorecer la consolidación de los aprendizajes.

Se procedió a la administración de pruebas previas y posteriores al grupo que permitieran la medición objetiva de los cambios producidos por el abordaje grupal.

Los contenidos de las sesiones de trabajo grupal fueron los siguientes:

1. Presentación del Programa de Tratamiento Grupal.
2. Introducción a las Habilidades Sociales.
3. Habilidades Sociales Específicas.
4. Introducción a las Técnicas de Autocontrol emocional. Procedimientos de Registro e Identificación y Debate de Creencias Irracionales.
5. Autocontrol Emocional. Técnicas de Manejo de las Emociones Negativas.
6. Resolución de Problemas.
7. Cambios en la Adolescencia. Roles, Vivencias y Proyectos Personales.
8. Síntesis y finalización de la terapia de grupo (Balance de la Dinámica Grupal).

## RESULTADOS

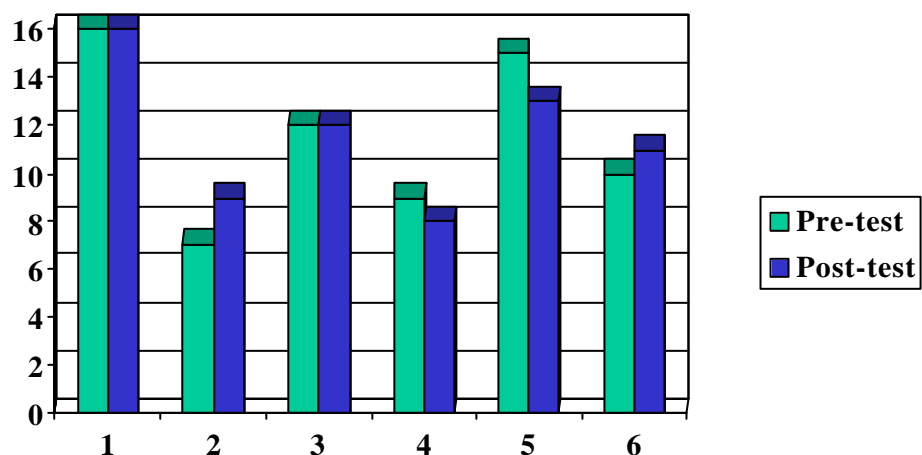
De los ocho pacientes seleccionados, abandonaron dos; que aunque manifestaban una problemática similar al grupo, presentaban a su vez, ansiedad social excesiva en un caso y un trastorno por estrés post-traumático crónico, en el otro.

En los gráficos 1 a 5 se reflejan las puntuaciones obtenidas por cada uno de los seis integrantes del grupo, en las cinco variables evaluadas. Para cada cuestionario se incluyen las puntuaciones obtenidas en las dos fases de evaluación del programa: pretratamiento y postratamiento grupal (pretest- posttest).

A continuación se presentan los resultados obtenidos en cada una de las variables:

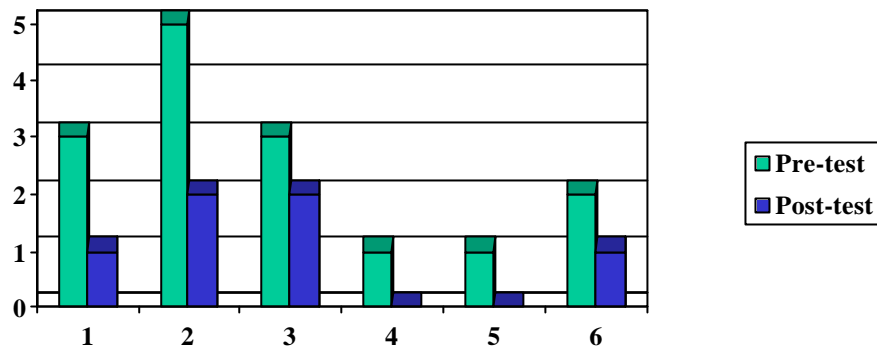
En la variable estado de ánimo, antes de iniciarse el programa de tratamiento la puntuación media del grupo era de 11.5 (puntuación equivalente a depresión menor según la clasificación de Bech, 1996), continuando tras el desarrollo del grupo con la misma puntuación (ver gráfico 1).

GRÁFICO 1: Puntuaciones Directas en la Escala de Hamilton de Depresión



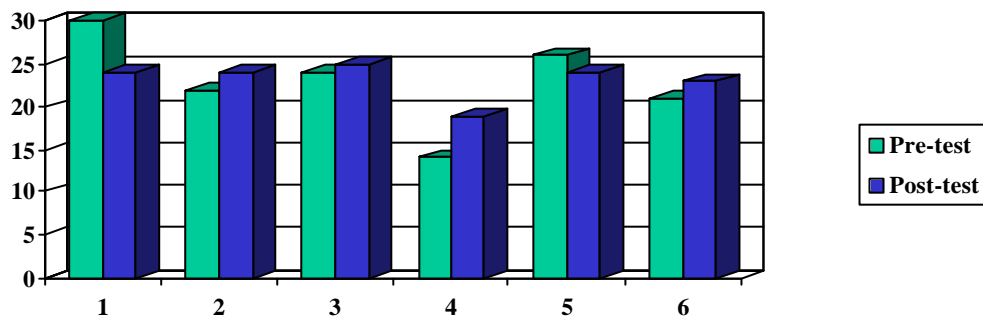
En el Gráfico 2, puede observarse que los valores medios obtenidos en el Registro de Opiniones, el número de creencias irracionales, es de 2.5 en el pretest, comprobándose que esta puntuación disminuye a una media de 1 en el posttest. Considerando el grado de creencia con significación patológica a partir de una puntuación de 7, siendo 10 la puntuación máxima.

GRÁFICO 2: Puntuaciones directas en el Registro de Opinión



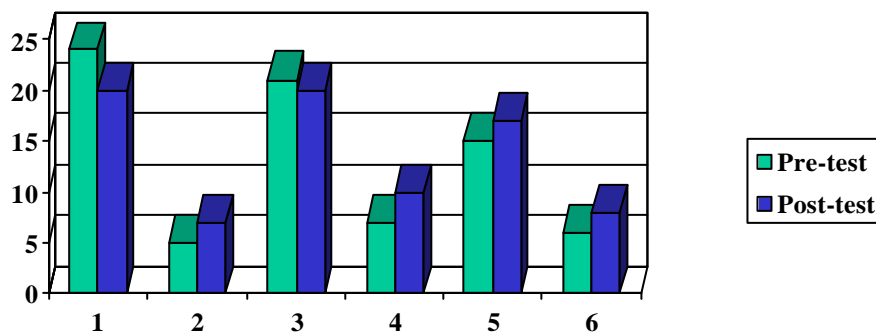
Como se observa en el gráfico 3, en el nivel de adaptación se aprecia una mejoría en cuatro de los seis pacientes en la valoración posttest respecto a los valores del pretest grupal.

GRÁFICO 3: Puntuaciones Directas en el Cuestionario de Adaptación de Echeburúa



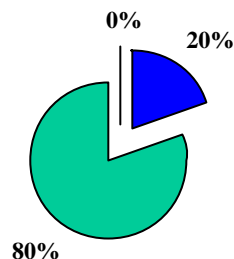
Como queda reflejado en el gráfico 4, tras la aplicación del programa de tratamiento se produce un incremento en el número de habilidades sociales en las que presentan dificultades, según la percepción del paciente.

GRÁFICO 4: Puntuaciones Directas en el Cuestionario de Habilidades del Aprendizaje Estructurado



Destacar un grado subjetivo de mejoría “medio” en el 80% de los sujetos frente a un 20%, cuya valoración de la mejoría es “alto”; no percibiéndose en ningún caso la ausencia de mejoría (“bajo”) producto de la experiencia grupal (ver gráfico 5)

GRÁFICO 5: Porcentajes en el Grado Subjetivo de Mejoría



## CONCLUSIONES

- La medida que parece más sensible al cambio terapéutico ha sido el número de creencias irracionales.
- La presencia de cambios en sentido “negativo” en la medida de los déficits en habilidades sociales podrían indicar una mayor sensibilización o concienciación de las dificultades personales e interpersonales, y no un empeoramiento clínico.
- Los cambios en el estado de ánimo tardan en consolidarse, se producen tras una práctica continuada de los aprendizajes adquiridos y una desconfirmación de cogniciones erróneas. Es necesario un seguimiento a medio plazo que permita valorar este cambio y la estabilidad del mismo.
- La falta de motivación y de compromiso con la terapia (no realización de las “tareas para casa”, actitudes pasivas e individualistas, etc.) puede deberse al estado depresivo, a la falta de definición de metas personales de cada uno de los miembros, etc. También hay una serie de variables relacionadas con la metodología que pueden influir negativamente en el desarrollo de la terapia grupal: la estructuración excesiva de las sesiones puede dificultar las demandas de los adolescentes; una orientación excesiva de los terapeutas hacia los contenidos en detrimento del proceso grupal, etc.  
Partir de un modelo de déficits influye en la forma en que los adolescentes se perciben y en su nivel de participación e implicación. Incidir más en potenciar habilidades que ya tienen permite desarrollar nuevas formas de percibirse, estar y manejarse en el mundo.  
Puede verse una amplia descripción de otras variables relacionadas con el terapeuta en Bas, F. y Andrés, V.(1994).
- En la sesión individual mantenida con cada uno de los pacientes, posterior a la finalización del grupo de terapia, de los seis pacientes que participaron tres fueron dados de alta por mejoría, los tres restantes prefirieron continuar en psicoterapia individual.
- Desde una perspectiva cognitiva, los miembros que menos se han beneficiado son aquellos que sobrevaloran y magnifican algún aspecto de su problemática (dificultades interpersonales, bajo rendimiento escolar, sobrecarga familiar).
- Algunos pacientes, por sus dificultades específicas, necesitan una ayuda más intensa e individualizada que han de obtenerla por medio de una terapia individual y/o familiar.

Los pacientes que continuaron en terapia individual tenían en común la presencia de una problemática familiar crónica que implicaba unas demandas ambientales excesivas, que

limitaban el apoyo emocional que precisaban los adolescentes para la resolución de las demandas personales y sociales experimentadas en esta etapa del ciclo evolutivo.

Al carecer de éste apoyo familiar se favorecían, además, conductas de excesiva dependencia hacia el terapeuta y de búsqueda de reaseguración que fueron abordados en las sesiones de terapia individual, ya que el grupo no parecía el marco más adecuado para su resolución aunque sí permitió la detección/identificación de estas conductas.

El grupo ofrece además de la función terapéutica, la posibilidad de detección y diagnóstico de conductas que difícilmente pueden observarse desde un abordaje individual o familiar.

Es necesario seguir trabajando en esta línea con muestras grupales más amplias para generalizar los resultados obtenidos y poder optimizar la eficacia de la terapia grupal.

---

## BIBLIOGRAFÍA

- Braconnier, A. y Marcelli, D. (1986): *Psychopathologie de L'Adolescent.* Masson. Paris.
- Bas, F. y Andrés, V. (1994): *Terapia Cognitivo-Conductual de la Depresión: un manual de tratamiento.* Fundación Universidad-Empresa. Madrid.
- Beck, A. T., Rush, A.J.; Shaw, B.F. y Emery, G. (1983): *Cognitive therapy of depression.* Nueva York: Guilford.
- Corder, B. F. ,Whiteside, L., Haizlip, T. M. (1981): A Study of Curative factors in group Psychotherapy with adolescent. *Imer J. Group Psychotherapy*,31(3): 345-354.
- Diagnostic Statistical Manual of Mental Disorders: DSM-IV (1995) American Psychiatric Association de Washington. Masson. Barcelona.
- Echeburúa, E. (1987): *Parejas en conflicto: Estrategias Psicológicas de Intervención.* Servicio Editorial Universidad del País Vasco. Bilbao
- González C., Jiménez, J., Pérez, E. Ramos, L., Caballero, M. A., Saltijeral, M. A(1999). *Padres Afectivos Apoyo para la Autoestima de sus hijos Adolescentes.* *Psicología Conductual.* 7(3):501-507.
- Goldstein,A.P.,Sprafkin,R. P., Gershaw, N. J.,Klein, P. (1989): *Skillstreaming the Adolescent .* Ediciones Martínez Roca. Barcelona
- Lega, L. I., Caballo, V.E., Ellis, A.(1997): *Teoría y Práctica de la Terapia Racional Emotivo-Conductual.* Siglo XXI. Madrid.
- Marchesi, A. (1986 ): *Adolescencia, Madurez y Senectud.* En *Psicología Evolutiva*, Vol. II. Alianza Editorial.
- Morganett, R. S. (1995): *Técnicas de Intervención Psicológica para Adolescentes.* Martínez Roca. Barcelona.
- Nissen, G. (1987): *La Depresión en la Niñez y la Adolescencia: Diagnóstico y Tratamiento.* *Revista de Psicopatología.* 7(3).
- Roy, J. (1987): *Adolescencia: Años de Transición.* Pirámide. Madrid
- Salvador, I., Juárez, M.D. López, A., Martínez, A., Molino, J. L. (1993): *Psicoterapia en Grupo de Preadolescentes.* Madrid. *Revista de Psiquiatría Pública.* 5(2): 122-128.
- Guimón, J., Erhensperger, S., Weber, B., Fredenrich, A.L., Vucetic, V. Zanello, A., Zinetti, A., Maercker, A. (2000) *Evolución de la Terapia Grupal en la Asistencia Psiquiátrica.* *Psiquis* 21(6): 277-287.
- Slaikeu, K.A. (1988): *Crisis Intervention. Manual Moderno.* México.
- Zahn-Waxler, C. (1996): *Environment, Biology, and Culture: Implications for Adolescents Development.* *Developmental Psychology* APA 32 (4): 571-573.