

**UNIVERSIDAD DE PANAMA**  
**FACULTAD DE PSICOLOGIA**  
**VICERRECTORIA DE INVESTIGACIÓN Y POSTGRADO**

**Intervención Psicoterapeutica**  
**En Un Grupo De Madres Adolescentes De 14 A 19 Años**  
**Que Presentan Síntomas Depresivos**

**POR**  
**MADELANE I VÁSQUEZ FUENTES**

**Tesis presentada en cumplimiento**  
**de los requisitos exigidos para**  
**optar por el grado de Maestría en**  
**Psicología Clínica**

**PANAMÁ 2007**

II

**UNIVERSIDAD DE PANAMÁ  
VICERRECTORIA DE INVESTIGACIÓN Y POSTGRADO  
FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN**

PROGRAMA DE MAESTRÍA EN	Psicología Clínica
FACULTAD DE	Psicología
NUMERO DE CÓDIGO	
NOMBRE DEL ESTUDIANTE	Madelane I Vásquez F Céd 8 703 500
TÍTULO QUE ASPIRA	Maestría en Psicología Clínica
TEMA DE LA TESIS	Intervención Psicoterapeutica con un grupo de madres adolescentes que presentan síntomas depresivos con miras a mejorar su estado emocional
RESUMEN EJECUTIVO	
NOMBRE DEL ASESOR	<u>Meter Ricardo A López J</u>
FIRMA DEL ASESOR	_____
APROBADO POR	
_____ COORDINADOR DEL PROGRAMA	_____ DIRECTOR DE POSTGRADO

**“EL VERDADERO YO ES AQUELLO QUE TU ERES,  
NO LO QUE HICIERON DE TI”**

***Paulo Coelho***

## **DEDICATORIA**

## **DEDICATORIA**

**A mi madre y mi padre quienes llenan su corazón de orgullo y felicidad al saber que he culminado una etapa fundamental de mi carrera como psicóloga han resaltado siempre mis habilidades y enseñado a fortalecer mis debilidades ellos que conocen mi pasión por esta profesión y me animan a mantenerla**

**A mi hermana Maname quien es fuente de inspiración para mí y mi apoyo incondicional**

**A aquellas personas que representaron apoyo inspiración y motivación para mí quienes permanecieron a mi lado asegurándose de que yo pudiese alcanzar una de mis metas como profesional y sembrando en mí el deseo de continuar**

**A mis profesores y colegas que siempre brindaron su apoyo y conocimientos en este trabajo**

**A las madres adolescentes quienes tuvieron la disposición para colaborar y compartir parte de sus vidas**

**A ustedes dedico éste trabajo de investigación**

## **AGRADECIMIENTO**

## **AGRADECIMIENTO**

**Agradezco a Dios por la fortaleza fe y entusiasmo que infundió en mí durante la elaboración de este trabajo**

**A mi asesor de tesis el profesor Ricardo López quien con su sencillez espontaneidad profesionalismo y amor por su trabajo me ha enseñado a poner en práctica mis conocimientos y renovarlos continuamente**

**A las jóvenes que participaron de éste programa de intervención psicoterapéutica quienes me dieron su confianza y compartieron conmigo parte de sus vidas**

**A la Fundación Ofrece un Hogar por haberme permitido realizar este trabajo en El Hogar Guadalupe y a las encargadas de éste lugar quienes dedican sus vidas al servicio de las necesidades de éstas jóvenes y colaboraron en todo lo posible para crear el ambiente adecuado para esta intervención**

**Para todos aquellos que directa e indirectamente me apoyaron en el desarrollo de este trabajo y en mi formación personal**

## INDICE

PORTADA	I
REGISTRO DE TESIS	II
DEDICATORIA	III
AGRADECIMIENTO	IV
RESUMEN	1
INTRODUCCIÓN	2

### CAPITULO I

#### MARCO TEÓRICO PARA UNA INTERVENCIÓN PSICOTERAPÉUTICA EN MADRES ADOLESCENTES CON SINTOMAS DEPRESIVOS

<b>A ADOLESCENCIA</b>	<b>4</b>
1 Concepto de adolescencia	5
1 1 Etapas de la adolescencia	6
2 Cambios psicológicos durante la adolescencia	9
3 Problemas de los adolescentes	11
4 Principales teorías de la adolescencia	13
5 Factores estresares o de nesgo	15
6 Sexualidad en la adolescencia	17
7 Embarazo en la adolescente	19
8 Causas del embarazo adolescente	21
9 Incidencia del embarazo en adolescentes	22
10 Perfil psicológico de la adolescente panameña embarazada	24
11 Consecuencias y nesgos para la madre adolescente	27
<b>B DEPRESIÓN</b>	<b>28</b>
1 Depresión en Adolescentes	31
2 Criterios para el diagnóstico del trastorno depresivo segun el DSM IV	34



<b>3 Factores que inciden en la aparición del trastorno depresivo</b>	<b>35</b>
3 1 Teorías biológicas	35
3 2 Teorías psicológicas	37
<b>4 Principales teorías de la depresión</b>	<b>38</b>
4 1 Teoría psicoanalítica	38
4 2 Teoría cognoscitiva	40

## **CAPITULO II**

### **INTERVENCIÓN PSICOTERAPÉUTICA DE LA DEPRESIÓN**

<b>A PSICOTERAPIA</b>	<b>42</b>
1 Enfoque de las relaciones objetales	45
2 Psicoterapia cognitivo conductual	47
3 Psicoterapia psicoanalítica de la depresión	48
4 Psicoterapia breve	51
5 Psicoterapia breve Intensiva y de Urgencia de la depresión	54
6 Psicoterapia de grupo	55

## **CAPITULO III**

### **METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN**

<b>A. METODOLOGÍA</b>	<b>58</b>
1 Problema de investigación	58
2 Justificación	59
3 Planteamiento del problema	61
4 Objetivos de la investigación	61
4 1 Objetivos generales	61
4 2 Objetivos específicos	62
5 Hipótesis Conceptual	62
6 Hipótesis Operacional	62
7 Hipótesis Estadísticas	63
8 Modelo de análisis estadístico	64

9	Diseño y Estrategia de Investigación	65
10	Definición de variables	66
10 1	Variable independiente	66
10 2	Variable dependiente	67
11	Diseño de sesiones individuales	68
12	Diseño de sesiones grupales	74
13	Población y Muestra	103
14	Técnicas de muestreo	103
15	Criterios de inclusión	103
16	Criterios de exclusión	104
17	Procedimiento	104
18	Técnicas e instrumentos de medición	105
<b>B</b>	<b>RESULTADOS Y ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS</b>	<b>107</b>
1	Datos demográficos y análisis descriptivo de la muestra de estudio	108
2	Datos estadísticos de las pruebas de hipótesis y sus análisis	111
3	Historias Clínicas e Interpretación Psicodinámica	120
4	Análisis cualitativo de los resultados	146

## CAPITULO IV

### CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

<b>A</b>	<b>CONCLUSIONES</b>	<b>149</b>
1	Con relación a la muestra	149
2	Con relación a la psicoterapia	150
<b>B</b>	<b>RECOMENDACIONES</b>	<b>153</b>
1	Con relación a la muestra	153
2	Con relación a la psicoterapia	153

<b>BIBLIOGRAFIA</b>	<b>155</b>
---------------------	------------

<b>ANEXO</b>	<b>161</b>
--------------	------------

<b>INDICE DE TABLAS</b>	
-------------------------	--

<b>INDICE DE GRÁFICAS</b>	
---------------------------	--

## INDICE DE TABLAS

<b>Tabla N°1</b>	
Datos Demográficos De La Muestra	108
<b>Tabla N°2</b>	
Causas de Embarazos	110
<b>Tabla N°3</b>	
Comparación entre la Pre-prueba y la pos-prueba La Escala SCL 90-R De la variable Somatización	111
<b>Tabla N°4</b>	
Comparación entre la Pre-prueba y la pos prueba de La Escala SCL 90-R De la variable Sensibilidad Interpersonal	113
<b>Tabla N°5</b>	
Comparación entre la Pre-prueba y la pos-prueba de La Escala SCL 90-R De la variable Depresión	115
<b>Tabla N°6</b>	
Comparación entre la Pre-prueba y la pos-prueba de La Escala De Zung de la variable Depresión	117
<b>Tabla N°7</b>	
Interpretación Psicodinámica de cada caso clínico	148

## INDICE DE GRÁFICAS

<b>Gráfica N°1</b>	
Edades de los sujetos	109
<b>Gráfica N°2</b>	
Nivel académico de los sujetos	109
<b>Gráfica N 3</b>	
Causas de embarazo	110
<b>Gráfica N°4</b>	
Comparación entre la Pre-prueba y la pos prueba La Escala SCL 90 R De la variable Somatización	112
<b>Gráfica N°5</b>	
Comparación entre la Pre-prueba y la pos-prueba La Escala SCL 90-R De la variable Sensibilidad Interpersonal	114
<b>Gráfica N°6</b>	
Comparación entre la Pre-prueba y la pos prueba La Escala SCL 90-R De la variable Depresión	116
<b>Gráfica N°7</b>	
Comparación entre la Pre-prueba y la pos-prueba de La Escala De Zung de la variable Depresión	118

## RESUMEN

Se trata de un diseño de investigación Tipo Estudio de Caso de Intervención Psicoterapéutica Mixta en el cual se medirá la efectividad del tratamiento aplicado de forma individual y grupal a un grupo de siete madres adolescentes de escasos recursos. Estas jóvenes presentan síntomas depresivos que afectan su vida diaria su relación con sus bebés con el mundo las personas que les rodean sus familiares y sobretodo con ellas mismas. Las madres adolescentes que participan en esta intervención son miembros temporales de La Casa Hogar Guadalupe la cual pertenece a La Fundación Ofrece Un Hogar. Las reciben para brindarles el apoyo social educativo moral y religioso así como el de sus necesidades básicas que les han sido negadas tanto por sus familiares como por la sociedad. Se utilizaron la Escala de Zung de depresión y El cuestionario SCL 90-R para medir los niveles de depresión y síntomas asociados a ésta antes y después del tratamiento. Se utilizó un solo grupo. La Intervención Psicoterapéutica Mixta consistió en 12 sesiones individuales y 10 grupales de forma alternada con el objetivo principal de disminuir los síntomas de depresión y brindar recursos emocionales prácticos que les permitiesen afrontar su situación de manera aceptable y menos perjudicial para su salud mental y la de sus hijos. Los resultados finales muestran una mejoría en el estado emocional de las jóvenes disminuyendo los síntomas depresivos considerablemente.

## SUMMARY

It is about an investigation design a kind of Mixed Psychotherapeutic Intervention Case in which it will measure the effectiveness of apply treatment in an individual form and as a group to lag of resources young mothers group of seven. These young mothers shows depressive symptoms which affects their daily life's their relationship with their own child with the whole world people surrounded family and above all with themselves. The young mothers that participate in this intervention are temporarily members of Guadalupe Home Care which belongs to the Offers a Home Foundation. They accept them in order to support them in different ways such as moral religious educative and social as well as their basic needs that had been denied by families and the society. Zung Depression Scale have been used as well as Questionnaire SCL 90-R to measure the depression and symptoms levels associated to it before and after the treatment. Only one group was used. The Mixed Psychotherapeutic Intervention consisted in 12 individual sessions and the group in alternated ways with a main objective which is to low down depression symptoms and give them practical emotional resources which will aloud them to affront their situation in an acceptable way and less harmful for them and their children's mental health. The final results show an improvement of the emotional state in the participants.

## **INTRODUCCIÓN**

La salud mental en los adolescentes es fundamental ya que esta etapa es decisiva para la determinación de la manera en que los adolescentes vivirán su vida como adultos tanto en la reproducción como en el ámbito social y económico

De acuerdo con la Organización Mundial de La Salud (1998) la salud de los adolescentes de 10 a 19 años de edad y los jóvenes de 15 a 24 años es un elemento clave para el progreso social económico y político de América

Los distintos sistemas y programas de salud incluyen la problemática del adolescente sin embargo es hasta las últimas décadas que se viene desarrollando un movimiento especialmente dirigido hacia la individualización de este grupo de edad y hacia la elaboración y puesta en práctica de programas integrales de salud para adolescentes (Ríos M 2007)

El tema de la adolescencia en la actualidad es inagotable debido a la importancia ampliamente reconocida de esta etapa de la vida en la conformación de la personalidad adulta

Sobre la adolescencia se ha escrito mucho y las definiciones han cambiado a lo largo del tiempo Antiguamente se la asociaba a una etapa de transición desde la irresponsabilidad hasta la responsabilidad Hoy en día estamos más cerca de creer que se trata de una época de tránsito desde la infancia hasta la edad adulta en la que los jóvenes además de consolidar las transformaciones físicas iniciadas en la pubertad construyen su propia personalidad

Es pues un proceso de cambio de descubrimientos en la que los interesados en su estudio han de poner mayor énfasis y empeño para la comprensión de lo que pasa por cada uno de los adolescentes con quienes se interactúa dado que no todos cambian de igual manera ni a la misma edad y las generalizaciones pueden perjudicar más que ayudar a los adolescentes

En cuanto a la depresión los estudios acerca de ésta en los adolescentes indican que los períodos de estados de ánimos deprimido son comunes Sin embargo existen causas diversas que contribuyen a un estado depresivo en las adolescentes (Wicks R 1997)

En el primer capítulo de nuestra investigación describiremos los principales conceptos y teorías que explican ésta etapa del desarrollo así como también la depresión específicamente en madres adolescentes en situación de riesgo

En el segundo capítulo examinamos los tipos de intervenciones psicoterapéuticas más comunes que resultan funcionales para el trastorno depresivo mayor con la finalidad de explorar y describir las principales formas en las cuales se trabajan los síntomas depresivos disminuyéndolos y devolviéndole al individuo su equilibrio mental

Las intervenciones psicoterapéuticas aplicadas adecuadamente son capaces de aliviar estos síntomas y contribuir a un buen pronóstico para las adolescentes que padecen estos problemas emocionales

En el tercer capítulo de esta investigación se desarrolla y explica la metodología se presentan los resultados de las pruebas de hipótesis y su respectivo análisis dando así a conocer el procedimiento y frutos de este trabajo

A través de ésta investigación y el análisis de sus resultados se determinará la efectividad de un programa de intervención psicoterapéutica mixta mediante el cual las madres adolescentes en condiciones de salud emocional y mental deficiente pueden contar con los elementos psicológicos que requieren para superar esta crisis recuperar su autoestima disminuir los síntomas depresivos y que les permita proyectar a sus hijos una imagen materna emocionalmente estable

En el cuarto capítulo se expresan las conclusiones a las que llegamos y las recomendaciones pertinentes hechas en función de la experiencia vivida a través de este trabajo de investigación

**CAPITULO I**  
**MARCO TEORICO PARA UNA INTERVENCIÓN**  
**PSICOTERAPÉUTICA EN MADRES ADOLESCENTES**  
**CON SINTOMAS DEPRESIVOS**



## **A. Adolescencia**

Si preguntamos a cualquier persona ya sea padre de familia profesor o cualquier otro adulto sobre lo que entiende por adolescencia seguramente que las respuestas serán múltiples y vanadas y en términos coloquiales pueden ser las siguientes la edad difícil la edad de la punzada la edad de la rebeldía el cambio de la niñez a una edad más avanzada de la niñez

La adolescencia también recibe el nombre de edad tonta entre muchas otras calificaciones aunque estos calificativos corresponden más bien a las reacciones de los padres frente a las dificultades para entender a sus hijos que a las propias conductas de los adolescentes

El concepto de adolescencia varía según la cultura que se explore Como constructo social la adolescencia es un término con el cual se hace referencia a un segmento de la vida humana que con muchas variaciones individuales de género culturales y sociales se le asocia con la edad los cambios físicos fisiológicos psicológicos y socioculturales por los que pasa un individuo en dicho segmento (Guzmán L 1997 )

En la actualidad este parece ser un tema inagotable debido a la importancia ampliamente reconocida de esta etapa de la vida en la conformación de la personalidad adulta Por esta razón y cada vez con mayor énfasis se ha convertido en objeto de estudio de múltiples y variadas disciplinas sobre todo por el reconocimiento de que no es una realidad uniforme porque no se repite de forma idéntica en cada etapa histórica en cada contexto social ni en cada persona

Por su constitución original la palabra adolescencia proviene del verbo latino *adolecere* que significa crecer ir en aumento tomar cuerpo llegar a sazón alcanzar la madurez y que se conjuga de la siguiente manera *adolesco adolescis adoleceré adolevi adultum* De esta última palabra se deriva la palabra adulto que significa el que ya creció (De La Mora G 1977)

A través de la historia la adolescencia ha sido descrita por diversos autores como la etapa de transición entre la infancia y la juventud en el que sobrevienen transformaciones físicas, psíquicas y sociales al cabo de las cuales debe quedar forjada la personalidad. A continuación pasaremos a mencionar algunos conceptos que tratan de definir la adolescencia.

## **1 Concepto de adolescencia**

La adolescencia es un período de transición en el desarrollo entre la niñez y la edad adulta. Igual que otros períodos de transición en la vida implican cambios significativos en una o más áreas del desarrollo. (Papalia D. 1998)

La adolescencia temprana puede ser la transición más extrema de todo el ciclo de la vida que incluye cambios en todos los aspectos del desarrollo de un individuo y en cada área importante del contexto social.

Éste es un período de evolución en el desarrollo que está sujeto a cambios biológicos que son físicamente visibles y que marcan un paso de una etapa a otra. Sin embargo existen otros cambios no tan visibles pero igualmente importantes que se van dando en este proceso de cambio.

Estos son el aspecto de la madurez emocional y psicológica que sufre cambios que transforman la percepción que éstos adolescentes tienen del mundo y de ellos mismos, así como también las funciones y aportes que espera la sociedad por parte de ellos. (Guzman L. 1997)

La Organización Mundial de La Salud define la adolescencia como el período comprendido entre los 10 y 19 años. Estos límites se han establecido con fines estadísticos de planificación y evaluación pues se sabe que la adolescencia como proceso inicia en muchos casos antes de los 10 años y no siempre concluye a los 19.

El inicio de la adolescencia se define biológicamente por el proceso de maduración sexual o pubertad y su finalización responde a un criterio sociológico.

definido por el paso de la adultez al independizarse del núcleo familiar de origen principalmente en el ámbito económico

Es en esta etapa cuando aparentemente se desarrolla fortalece y consolida el proyecto de vida que comenzó su estructura en fases anteriores el que a su vez se verá influenciado por las condiciones que le ofrezca el entorno familiar y social y el acceso a oportunidades

## **1.1 Etapas de la Adolescencia**

Los cambios físicos de personalidad la evolución psicológica y emocional son algunos de los aspectos que deben enfrentar los adolescentes Según investigaciones realizadas conocemos que la adolescencia y sus cambios en el ámbito psicológico se pueden dividir de la siguiente manera

- **Adolescencia Temprana (10-13 años)**

Esta se inicia con la llegada de los cambios de la pubertad con el surgimiento de nuevas formas de expresión (sexual y social) y con el uso de nuevas habilidades El pensamiento aun se plantea con fines muy inmediatos no tienen capacidad de análisis y eso se traduce en que aun no se inicia la separación psicológica de los padres El joven demuestra un notorio interés por las personas fuera de la familia debido a que estas representan futuras relaciones interpersonales Aunque haya una actitud rebelde no se llega a producir un distanciamiento interno En esta etapa tienden a tener amigos del mismo sexo y se da mucho valor al grupo y muy poco a la pareja Son frecuentes las manifestaciones de mal genio rabietas muchas veces dirigidas a los padres

La relación sexual precoz puede afectar el desarrollo normal del adolescente Aun durante esta etapa el joven no se encuentra preparado para estas experiencias ya que no ha tenido oportunidad de pasar por las etapas de desarrollo psicológicas necesarias Esto pone en peligro la estabilidad de su personalidad afectando su futuro desarrollo

La mayoría de las clases socioeconómicas reprimen el comportamiento sexual del joven que se encuentra en la adolescencia media y tardía afectando así la libre expresión de la sexualidad. Las experiencias sexuales prematuras son canalizadas a través de la masturbación y el intercambio de comentarios relacionados al tema con su grupo de iguales. Esta etapa se caracteriza por un incremento en la introspección y el ensimismamiento, nuevas y excitantes sensaciones y cambios físicos.

El adolescente forma relaciones interpersonales intensas (uno o dos mejores amigos) generalmente de la misma edad y sexo con el propósito de confiarles las experiencias por las cuales está pasando. Esta identificación transitoria con grupos de adolescentes le permite practicar varios roles. Sin embargo hay que tomar en cuenta que el primer contacto con las drogas se da durante esta etapa.

Las relaciones de amistad positivas, las fantasías sexuales y el placer de estar creciendo tanto intelectual como físicamente son factores que en la mayoría de los casos apartan al adolescente de las drogas y de aventuras sexuales inadecuadas.

El joven alterna sus dinámicas actividades con interminables periodos de pasividad al embeberse con la música, la lectura o televisión. Su deseo de ser diferente es paradójicamente combinado con un apasionamiento por querer imitar al grupo de iguales. Los adolescentes tienden a formar una subcultura a la cual solo los jóvenes pertenecen.

- **Adolescencia Media (14-16 años)**

Una vez se han establecido las relaciones con el grupo de iguales, los adolescentes muestran un profundo interés por los compañeros del sexo opuesto como objeto sexual. Es a partir de este momento que los muchachos se identifican con los modelos masculinos, mientras que las muchachas muestran interés en los muchachos y en los ídolos tanto masculinos como femeninos. Generalmente este interés está libre de contenido sexual.

La separación de la familia es más evidente. Las relaciones de dependencia y exigencia hacia los padres son inesperadamente resueltas. Estas conductas permiten a los padres darse cuenta de la necesidad de establecer los límites.

El adolescente puede interesarse por ingresar a grupos deportivos, sociales y de estudios, entre otros, como un medio de relacionarse con el sexo opuesto. Igualmente, el contar con un carro, poder salir hasta altas horas de la noche, contar con dinero y ser menos supervisados por sus padres también le dan estatus con respecto al grupo de iguales.

Algunos jóvenes cuyos padres no les han brindado una guía consistente o que simplemente los han ignorado desde etapas tempranas optan por realizar conductas que irritan a sus familiares y figuras de autoridad para lograr así captar la atención.

Los jóvenes usualmente se identifican con sus padres del mismo sexo durante esta etapa, tanto en su forma de vestir como en sus manerismos. Los muchachos se vuelven inesperadamente más integrados, genuinamente varoniles en comparación con su anterior actitud de farolería y vanidad.

Comienzan a desarrollar el pensamiento abstracto, por lo que necesitan constantemente conocer diversas alternativas y diferentes puntos de vista. La excesiva preocupación por los cambios que está sintiendo da paso a una atención especial a las relaciones personales.

- En la adolescencia tardía (17-19 años)

Durante esta etapa ocurre una conciliación de la personalidad con una relativa estabilidad y armonía entre los sentimientos y la conducta. Hay una discriminación en la introspección e imaginación creativa característica de la adolescencia tardía.

Aparecen las relaciones de pareja estables, a veces incluso con contacto sexual. La capacidad de abstraer permite planificar el estudio, trabajo o la vida de

pareja La relación con la familia vuelve a ser más tranquila y la actitud hacia los padres es menos crítica y beligerante En ocasiones aparece la identidad negativa el adolescente se opone a los valores familiares y por eso explora ideas y actitudes diferentes

Finalizando esta etapa se reconocen en el joven los patrones de comportamiento que inicialmente criticaban de sus padres Convierten los valores de sus padres en los suyos propios

La búsqueda de una profesión y una posición satisfactoria dentro del grupo social llega a formar parte de sus principales intereses Al madurar las habilidades cognitivas el joven suele preocuparse menos de sí mismo y pone más atención a los valores culturales e ideológicos Se interesan de forma particular por temas relacionados con la teología la ética y la política

## **2 Cambios Psicológicos durante la Adolescencia**

En el aspecto psicológico la documentación sobre los cambios en esta esfera ha sido basta desde el desarrollo de la inteligencia estudiado por Piaget, quien destacó la importancia de los cambios que tienen lugar durante la adolescencia sobre todo la aparición de la etapa de las operaciones formales

Por otra parte las transformaciones e inestabilidad emocionales son consideradas como más acentuadas en la adolescencia en el sentido de que se describe ésta como un período de experimentación de tanteos y errores comportamiento que se ha caracterizado por la inestabilidad en los objetivos conceptos e ideales derivados de la búsqueda de una identidad propia

Es una época en la que los estados afectivos se suceden con rapidez y pueden encontrarse disociados de cualquier causa aparente aspecto que desorienta enormemente a los adultos

La formación de la identidad es fundamental en los cambios psicológicos que atraviesan los adolescentes Se caracteriza por la falta de control de los impulsos y

por el planteamiento a veces de objetivos irrealizables o al menos muy difíciles de conseguir

También aparece una especie de sentimiento de vulnerabilidad ( a mí no me va a pasar nada ) que provoca una falta de conciencia del peligro Y como denominador común una preocupación excesiva por la moda y el físico que les hace consumir todo tipo de información u objetos imprescindibles para estar al día

Los cambios psicológicos también pueden ser resumidos de la siguiente manera

**Invencibilidad** el adolescente explora los límites de su entorno tanto de su propio físico como de sus posibilidades. Ello trae como consecuencia el gusto por el riesgo

- **Egocentrismo** el adolescente se siente el centro de atención porque se está descubriendo a sí mismo y para él no hay nada más importante en ese momento
- **Audiencia imaginaria** el adolescente nervioso por los cambios que está viviendo se siente observado constantemente parece como si todo el mundo estuviera siempre pendiente de él. Es entonces cuando aparece la sensación de vulnerabilidad y el miedo al ridículo
- **Iniciación del pensamiento formal** durante esta época el adolescente comienza a hacer teorías y dispone de toda una serie de argumentos y análisis que pueden justificar sus opiniones. Muchas veces estos argumentos son contradictorios lo cual no importa mucho al adolescente. Ha descubierto su capacidad de razonar y la ejercita siempre que puede
- **Ampliación del mundo** el mundo no se acaba en las paredes del domicilio familiar por lo que comienzan a surgir sus propios intereses

- **Apoyo en el grupo** el adolescente se siente confundido y adquiere confianza con sus iguales. El apoyo que logra en el grupo es importante para seguir creciendo puesto que les une el compartir actividades
- **Redefinición de la imagen corporal** relacionada a la pérdida del cuerpo infantil y la consiguiente adquisición del cuerpo adulto
- **Culminación del proceso de separación / individualización y sustitución del vínculo de dependencia simbiótica con los padres de la infancia por relaciones de autonomía plena**

Todos estos cambios desempeñan un papel decisivo en lo que respecta a ayudar al adolescente hombre o mujer a afrontar las demandas crecientemente complejas en el ámbito educativo de elección de una carrera y forma de vida

### **3 Problemas de los Adolescentes**

Algunos de los principales problemas a los que se enfrentan los adolescentes son

- **Problemas dentro de la Familia** como lo son el favoritismo maltrato y explotación infantil sobreprotección padres que no expresan sentimientos ni pensamientos y diversos problemas entre los padres disfuncionalidad alcoholismo o maltrato
- **Soledad** La falta de una conversación franca y abierta con sus padres crea en el adolescente una sensación de soledad lo cual puede llevarlo a una depresión
- **Conductas Destructivas** entre las cuales podría incluirse el uso de drogas promiscuidad compulsiva prostitución y otras actividades destructivas para el joven. Entre las explicaciones que pueden dar se encuentra la depresión la soledad y la necesidad de sentirse populares y de ser reconocidos



- **Depresión** Este es uno de los problemas el cual los padres no le dan la debida atención y que han traído como consecuencia frecuentes suicidios. Generalmente los síntomas de depresión que puedan presentarse en los adolescentes son ignorados por sus padres.
- **Populandad** El frecuente estado de inadaptación unido al deseo de ser popular lleva a una necesidad compulsiva de ser admirado por el grupo.
- **Apanencia y peso** Esta equivale una gran preocupación para ellos. Igualmente se quejan del tamaño del busto, de la nariz, el cabello, entre otras, ya que piensan que teniendo una buena apanencia se logra la felicidad completa.
- **Conformidad y aceptación del Grupo de Iguales** El adolescente busca aceptación del grupo conformándose con el mismo sacrificando en muchas ocasiones sus propios valores, buen juicio de las cosas e identidad individual.
- **Timidez** Considerables numero de adolescentes equipara la timidez con no tener personalidad o ser divertidos. Lamentablemente este error es apoyado por los padres, familiares y pncipalmente por nuestra cultura.
- **El Amor Perfecto** Este problema indica una preocupación e interés desmedido en las fantasías del amor ideal, producto de sentimientos de inadecuación y de la necesidad de unirse a un "yo perfecto" en un esfuerzo por sentirse completo y adecuado.
- **Confusión Sexual** Existe entre los jóvenes ignorancia y mucha confusión respecto al tema del sexo. Parecen no recibir información confiable de los padres. Y la mala información es entonces introducida por sus compañeros o de la propia imaginación.

#### **4 Principales teorías de la adolescencia**

La teoría de la adolescencia es un sistema integrado por conceptos e hipótesis que tratan de descubrir explicar y predecir los fenómenos de esta edad transitoria (De La Mora G 1977)

A continuación describiremos las principales teorías que tratan de explicar la adolescencia

Erk Erkson describe el desarrollo evolutivo de la Identidad esto es de la propia irrepetible individualidad personal conociéndose a sí mismo y siendo uno mismo Este desarrollo se verifica con relación a los cambios y al esfuerzo de síntesis del yo en relación con estos cambios (Papalia op cit)

El desarrollo de la identidad tiene su momento crucial en la adolescencia esta etapa es importante desde la perspectiva del desarrollo y configuración de la personalidad pues en ella se definen aspectos de gran importancia para la vida futura

El joven llega por su propio camino y a su propia manera a este crecimiento y maduración Pero se encuentra afrontando cotidianamente los problemas que le rodean Es normal que experimente una crisis y que muestre un cierto grado de desorganización y confusión ya que debe establecer un logro de identidad definiendo aspectos claves de sí mismo y de su relación con el ambiente

La resolución de la problemática de la identidad se manifestaría en función de la experimentación de una crisis y de la realización de compromisos en aspectos centrales de la vida opción vocacional creencias ideológicas y religiosas entre otros

La teoría psicoanalítica toma como punto de partida las etapas del desarrollo psicosexual La teoría del desarrollo por etapas de Freud sostiene que el niño atraviesa cinco fases definitivas en los primeros cinco años de su vida y sólo dos

más en los quince años siguientes hasta concluir la adolescencia a saber oral sádica anal fálica y genital

En la pubertad los impulsos sexuales afloran y provocan la subordinación de todos los instintos y componentes sexuales a la supremacía de la zona genital surgiendo otro objetivo sexual que es la reproducción esta fase del desarrollo psicosexual construye la etapa genital Para Freud la tensión sexual acentuada durante la adolescencia hace revivir muchos objetos incestuosos del período genital

Otro aspecto que esta teoría considera es que no sólo despierta la sexualidad sino que aumenta también enormemente la excitación nerviosa la ansiedad la fobia genital y las perturbaciones de la personalidad debido al poder abrumador del dinamismo sexual y a la relativa imposibilidad de descubrir cómo hacer algo para remediarlo

Esta teoría sugiere que es tarea del adolescente librarse de la dependencia que lo vincula con sus padres de lo contrario se hará neurótico puesto que se frustrará en la adquisición de un objeto heterosexual conveniente

La visión psicosociológica de la adolescencia subrayará la influencia de los factores externos Así la adolescencia en el sentido sociológico se refiere a la experiencia de pasar a través de una fase que enlaza la niñez con la vida adulta

En este paso el adolescente teniendo en cuenta los cambios de todo tipo que se producen en su persona y las nuevas demandas de la sociedad hacia él debe desarrollar nuevos papeles sociales La chica de 13 ó 15 años no es una niña pero tampoco es una mujer adulta Su estatus social es difuso y sin etiquetas claras Las expectativas sociales sobre su papel son ambiguas y puede que en determinadas situaciones encuentre dificultades al tener que decidir si se comporta como una niña o una adulta

Los adolescentes de las sociedades industriales occidentales no cuentan con ritos de paso que les sirvan de guía para integrarse en la vida adulta Esta falta de

expectativas y guías claras por parte de los adultos puede resultar problemática para el joven a la hora de adaptarse a las nuevas exigencias y responsabilidades

Al mismo tiempo que desarrolla un nuevo papel social el adolescente debe buscar la independencia frente a sus padres. Esta búsqueda de una nueva situación social genera también ansiedad e inseguridad y frente a los deseos de independencia se crea contradictoriamente una necesidad mayor de dependencia de los demás y de que éstos apoyen la visión que está creando sobre sí mismo.

Esto significa que el paso del individuo por la adolescencia estará afectado por las expectativas mantenidas por las personas de su entorno inmediato que él considera importantes.

La adolescencia también es considerada como un fenómeno social ya que esta varía de una persona a otra, de una familia a otra, de un país a otro, de una cultura a otra y de una generación a otra. A los adolescentes se les debe ver como son y tener en cuenta que son producto de sus épocas y de su cultura, así como de su pasado y presente psicológico y su ambiente físico. (Coleman J 1999)

En la teoría antropológica Margaret Mead En De La Mora G 1977 destaca la importancia de las instituciones sociales y de los factores culturales para el desarrollo humano. Las investigaciones antropológicas están basadas en la suposición de que el ambiente social en que el niño nace desempeña un papel definitivo en el desarrollo y formación de la personalidad.

## **5 Factores estresores o de riesgo**

Cualquier individuo puede atravesar por situaciones adversas durante cualquier etapa de su desarrollo. Lo importante sería preguntarse qué factores intervienen en el sentido de que una persona es o se hace resiliente. Lo cierto es que no todas

las personas tienen la fortuna de salir bien libradas o fortalecidas cuando se enfrentan a alguna situación adversa

El impacto negativo que producen los acontecimientos estresantes se ha planteado tanto en niños como en adultos. Todos nos enfrentamos con adversidades; nadie está exento de sufrir situaciones no deseadas durante el transcurso de su vida. Las personas que están expuestas a situaciones de riesgo al ser sometidas a eventos estresantes presentan alteraciones o desajustes en su comportamiento que puede ser provocado por condiciones biológicas, psicológicas y familiares o por la sociedad en un sentido más amplio.

Llamaremos factores estresantes a aquellas situaciones negativas del ambiente que ponen a la persona en alguna situación de riesgo y que le producen un desequilibrio. Según el contexto, la naturaleza y la intensidad del estrés, la edad y aun el período de la vida, un mismo factor puede actuar como protector en algún momento y funcionar como estresor en un momento diferente dependiendo de las características individuales (Ríos M. 2006).

Entre las situaciones de riesgo, algunas pueden ser extremas y otras aparentemente menos graves pero más duraderas y por lo tanto potencialmente desestabilizadoras como el maltrato, indigencia, aislamiento social, enfermedades crónicas, patologías mentales o alcoholismo parental, toxicomanía, etcétera.

Algunos autores mencionan ciertas situaciones o comportamientos que provocan en los niños la situación de estrés y las clasifican en estresores normales y anormales. Respondiendo a esta clasificación se entiende como estresores normales a todas aquellas situaciones que a pesar de formar parte del desarrollo normal de una persona generan en algún momento tal nivel de estrés que llegan a asimilarse como situaciones adversas (Kotliarenco, Cáceres y Fontecilla, 1997).

Los estresores anormales son los eventos que resultan inesperados y cuando ocurren generan también cierto nivel de estrés, lo que provoca que el individuo los experimente como acontecimientos traumáticos que interfieren con su desarrollo normal.

De acuerdo con la clasificación anterior dentro de los estresores normales se mencionan algunos cambios de vida como el nacimiento de un hermano ingreso a la escuela o mudanza a un nuevo establecimiento visitas al médico que resultan desagradables etc que son eventos normales pero que no se asimilan fácilmente

Dentro de los estresores anormales figuran la separación la hospitalización o muerte de los padres o de alguno de ellos se incluyen también el maltrato el aislamiento social las enfermedades crónicas patologías o el alcoholismo parental

Estos autores hacen gran énfasis respecto a la pobreza la describen como una condición generadora de dolor y estrés Los niños pobres y sus familias están expuestos a condiciones precarias que atentan contra su salud física y mental viven constantemente sentimientos de culpa que junto con la preocupación se vuelven situaciones cotidianas es decir se convierten en estilos de vida Las dificultades para satisfacer las necesidades básicas recaen en los padres al verse fracasados en su rol de proveedor (a) y/o administrador (a)

Esta condición puede afectar la estabilidad y buen desarrollo de las relaciones familiares las reacciones de los padres que viven en estas circunstancias condicionan en forma importante la calidad de vida de sus hijos aumentando la probabilidad de que las relaciones padre-hijo se deterioren además de que desarrollan problemas socio-emocionales síntomas psicossomáticos reducen sus aspiraciones y expectativas de vida

## **6 Sexualidad en la adolescencia**

La fuerte carga moral que recae sobre la sexualidad adolescente influye en los comportamientos que se adoptan al iniciar la vida sexual Esto se refleja en el silencio que se guarda al respecto A pesar de ser frecuentes este tipo de experiencias entre los 14 y los 19 años los (as) adolescentes lo ocultan pero también los adultos simulan no saberlo

La realidad como se ha dicho es que la mayoría de las personas tienen su primera relación sexual en la adolescencia se hable o no de ello y se haga con permiso o sin éste. Lo que sí es cierto es que las mujeres inician después que los hombres como consecuencia no de que ellas lo deseen más tarde o lo deseen menos sino como resultado de la doble moral que las limita. Baste recordar que las mujeres maduran sexualmente antes que los varones a pesar de lo cuál inician su vida sexual más tarde.

En la adolescencia la sexualidad se incorpora a las relaciones interpersonales y sociales teniendo lugar nuevas expresiones y aprendizajes fuera del núcleo familiar.

Las relaciones sexuales entre adolescentes al igual que entre adultos suelen tener motivaciones diversas todas igualmente valiosas. Entre estas motivaciones están la búsqueda de placer de intimidad o el deseo de manifestar sentimientos y emociones pero en la adolescencia es muy raro encontrar una motivación hacia el embarazo.

Este proceso genera en cada adolescente temores fantasías temores deseos ansiedades relativas a ella o él y a su entorno. Su auto imagen base de su identidad como persona está expuesta a múltiples cuestionamientos resultado de las incertidumbres y conflictos que enfrenta.

Tanto las mujeres como los hombres reelaboran su identidad sexual en todo aquello relacionado con los sentimientos hacia su sexo biológico su identidad de género y la elección de pareja sexual (Guzman L 1997).

En los últimos decenios ha ido disminuyendo la edad en que las niñas llegan a la madurez sexual y física. Esto ha ampliado el período durante el cual los/as jóvenes enfrentan los riesgos de la actividad sexual entre ellos el embarazo precoz.

En algunas sociedades la mujer inicia sus relaciones sexuales durante la adolescencia porque se espera que contraiga matrimonio y comience a procrear a

una temprana edad En otras generalmente el matrimonio ocurre más tarde pero comunmente se tienen relaciones sexuales antes de contraer matrimonio

Independientemente del motivo en casi todo el mundo se observa que la mayoría de las mujeres jóvenes inicia su actividad sexual durante el período de la adolescencia La proporción de jóvenes que han tenido relaciones sexuales antes de cumplir la mayoría de edad (18) oscila entre la mitad y los dos tercios de esta población en los países de América Latina y El Caribe y llega a las tres cuartas partes o más en muchos países del mundo desarrollado (Fondo de las Naciones Unidas Para La Infancia (UNICEF 2000) En Muñoz 2000

En Panamá diversos autores han abordado el tema del inicio de las relaciones sexuales y han llegado a diferentes conclusiones En este sentido un estudio realizado por Austin K.(2000) en una muestra de adolescentes encontraron que a pesar de que los jóvenes consideraban que la edad apropiada para iniciar sus relaciones sexuales era a los 17 años el 58% las había iniciado a edades anteriores

En otra investigaron sobre la conducta sexual de los adolescentes en Panamá se encontró términos generales que tan temprano como a los 10 años el 8% de las chicas había participado en actividad sexual quizás correlacionada con abuso sexual Este numero se incrementó al 25% (1 de cada 4) para la edad de los 19 años (Vicente R y Castillo N 1982)

## **7 Embarazo en la adolescente**

El embarazo en las adolescentes es hoy en día un tema de interés publico que preocupa a padres de familia educadores y sociedad en general ya que es un problema que parece ir en aumento

La organización mundial de la salud (OMS) considera como adolescente embarazada



A la mujer que al momento del parto tiene 19 años o menos. Además de lo referido para poder precisar los resultados de muchas investigaciones suelen distinguirse entre dos grupos: el formado por adolescentes de 16 años o menos y el que reúne a jóvenes de 17 a 19 años (Delgado R. 2000)

El embarazo en la adolescencia es, en la mayoría de los casos, no deseado. La adolescente en estado de embarazo no posee la madurez psíquica, fisiológica ni socioeconómica para enfrentar las exigencias de la maternidad. Es un camino del cual solo pueden optar por salir en tres direcciones, sin que ninguna de ellas sea ventajosa para la adolescente: la primera, conservar a su hijo; la segunda, tenerlo y darlo en adopción; la tercera, abortarlo.

En una amplia investigación sobre algunas características psicosociales que juegan un papel importante en el embarazo en adolescentes en Panamá, en las regiones Metropolitana y de San Miguelito se encontró que el embarazo en la adolescencia constituye uno de los señalamientos de alto riesgo y representa aproximadamente el 20% de todos los partos que ocurren dentro del Sistema Sanitario en la República de Panamá (Austin K. L. 1990)

La actividad sexual en estas madres adolescentes se sitúa en un punto entre los 8 y los 9 años, sin embargo, el 65.3% ocurrió entre los 16 y 19 años. El 46.8% dijo tener un estado mental depresivo o pobre al inicio del embarazo.

Para el año 1992, el Centro Para El Desarrollo de La Mujer realizó una investigación titulada Perfil de la situación de la mujer en Panamá y Lineamientos para Acciones Prioritarias. Este informe refleja la situación de la mujer Panameña en los años 80 y principios de los 90. Este estudio sitúa el inicio de las relaciones sexuales precoces en un 74% de los adolescentes (Castillo N. 1993)

En conjunto, estas investigaciones efectuadas en una década parecen apuntar a una misma dirección.

- Existe un elevado número de jóvenes que inicia su actividad sexual en la adolescencia. La edad de inicio puede fluctuar entre los 8 y 19 años al menos en un 90%
- Existe una alta correlación entre conducta sexual temprana y embarazo temprano
- Parecen subsistir prejuicios en torno al comportamiento sexual de las mujeres sus roles, prácticas e igualdades. Todo esto coloca a la mujer en una condición de riesgo de embarazo en la adolescencia

## **8 Causas del embarazo adolescente**

Es difícil determinar con exactitud las razones de la preñez de las adolescentes. Las causas son múltiples y se relacionan entre sí. Por lo general, la información se obtiene ya ocurrido el embarazo y no puede confirmarse que los motivos que ellas señalan sean los mismos que las condujeron a éste.

La OPS (1988) ha observado que sus causas son:

- Descenso de la edad de la menarca o primera menstruación
- Iniciación temprana de la actividad sexual
- Aumento del número de adolescentes sexualmente activas
- Periodo de adolescencia más prolongado

De acuerdo con el Ministerio de Educación de Perú (1999) los factores que incrementan las probabilidades de un embarazo pueden ser agrupadas en tres categorías: Factores de riesgo individual, familiar y social.

- Factores de riesgo individual: Limitada o escasa educación sexual, valores, personalidad débil, baja autoestima, sentimientos de soledad, etc. Dificultad en tomar sus propias decisiones respecto al inicio sexual, búsqueda de afecto y apoyo en la pareja, búsqueda de autoafirmación a través de la maternidad.

- Factores de riesgo familiar: Conflicto familiar, violencia intrafamiliar, desafecto y autotropismo que generan en el adolescente una necesidad de afecto que en algunos casos se canalizan a través de relaciones sexuales. Ausencia o carencia de alguno de los progenitores, los tabúes sociales frente al sexo, la socialización vista como una actividad casi exclusiva de las madres (formación de roles domésticos, subordinación, Sobreprotección Paterna).
- Factores de riesgo social: Discriminación de la mujer, carencia de modelos positivos de identidad.

Austin K. (2000) señala que las variables que intervienen en forma tanto directa como indirecta en los embarazos adolescentes son múltiples. Entre ellas destacan la búsqueda de identidad propia de los adolescentes, pero también el gran desconocimiento de su propia sexualidad y del proceso reproductivo que se combina con su capacidad para enfrentar diversas presiones conflictivas, tales como la publicidad, cine, televisión, el grupo de pares, así como su indecisión entre la abstinencia o el uso de métodos anticonceptivos para evitar el embarazo no deseado.

Muchachas que son muy dependientes y tienen una gran necesidad de afecto son más probables a embarazarse. Continúan diciendo que algunas muchachas que tienen escaso sentido de valor propio podrían usar el sexo como un escape de su estéril existencia y las que no se aceptan a sí mismas están menos capacitadas para planear la anticoncepción (Castillo N. 1993).

## **9 Incidencia del embarazo adolescente**

El embarazo y la maternidad adolescentes son más frecuentes de lo que se quisiera. Así encontramos que cada año 15 millones de adolescentes entre 15 y 19 años dan a luz y más de 4.4 millones se someten a un aborto, una intervención que en el 40% de los casos se realiza en deficientes condiciones higiénicas.

Muchas madres adolescentes no sobreviven al parto o al embarazo ya que en estas edades el riesgo de perder la vida aumenta cinco veces más que en las mujeres de entre 20 y 24 años (Organización de Las Naciones Unidas 2003)

Los embarazos de madres adolescentes en 1997 representaron 19.1% del total de nacimientos en Panamá. De ese grupo, el 4.1% correspondieron a niñas cuyas edades van de los 10 a los 14 años (Contraloría General de la República de Panamá 1999)

Según datos ofrecidos por el Departamento de Estadística del Hospital Santo Tomás se atendieron en el año de 1999 un total de 2.994 nacimientos vivos de madres adolescentes correspondiendo el 4% a niñas de 10 a 14 años y el 96% al grupo de 15 a 19 años de edad (Delgado R. 2000)

Recientes investigaciones concluyen que en las situaciones de embarazo de adolescentes tienen gran influencia los modelos familiares y la educación estereotipada que sigue señalando como función natural y más importante para la mujer la maternidad.

La provincia de Panamá presenta mayor número de casos con 4.431. Seguidamente entre las provincias con mayor índice de adolescentes embarazadas se encuentran Comarca Ngobe Buglé (978 casos), Colón (963 casos) y Chiriquí (939 casos) (MIDES 2005)

Es baja la cobertura de programas de planificación familiar en adolescentes sexualmente activas. En el 2002 el 19% de los embarazos ocurrieron en mujeres menores de 19 años. Se requiere mayor esfuerzo en la educación sexual dirigida a la población adolescente (MINSA 2003)

De acuerdo con los datos estadísticos que hemos observado a lo largo de esta investigación podemos percibir cómo la incidencia de embarazos en madres adolescentes va en aumento agravando el ya existente problema de interés público.

## **10 Perfil psicológico de la adolescente panameña embarazada**

Las adolescentes embarazadas a diferencia de las no embarazadas y adultas embarazadas presentan un menor ajuste en cuanto a índices de depresión agresión popularidad orden de pensamiento y competencia social poseen niveles menores de interacción maternal en cuanto a control atención flexibilidad lenguaje verbal afecto estimulación dirección y motivación así como menor responsabilidad por el niño También se descubrió que tenían menor relación con sus contemporáneos y familia (Nuñez N 2000)

Los embarazos en adolescentes en la mayor parte del mundo son el resultado directo de la condición inferior de la mujer cuyo papel en la sociedad está devaluado Sabemos que es característica de todas las sociedades que la mujer tenga menos acceso o ejerza menos control de los recursos de valor que el hombre por ejemplo en los países en vías de desarrollo generalmente a ellas se les niega la educación y las habilidades para competir Así la maternidad se presenta como el unico modo de alcanzar un lugar en la sociedad

En los países latinoamericanos es comun que la niña desde temprana edad aprenda que su identidad femenina depende esencialmente de su futura capacidad reproductiva determinando así su concepto de sí misma y su relación con los hombres Más tarde en la adolescencia se cuestionará lo aprendido y retomará a través de la autoafirmación lo que cree que está más de acuerdo con su propia forma de pensar segun su propia experiencia

Por tanto muchas adolescentes de comunidades pobres y reprimidas que poseen pocas oportunidades para educarse y mejorar económicamente con frecuencia ven la maternidad como una forma de aumentar su propio valor y poseer algo

A menudo las chicas que no se sienten amadas o aceptadas buscan desarrollar su propia identidad y autoafirmar su identidad sexual les interesan sobremanera las cosas prohibidas muestran rebeldía contra lo establecido desean sentirse adultas y alcanzar un estatus social con el novio

De acuerdo con Deschamps (1979) es posible distinguir diversos grupos psicológicos entre adolescentes que pasan por la experiencia del embarazo. Estos grupos psicológicos se agrupan de la siguiente manera:

Grupo 1 comprende adolescentes de madurez satisfactoria, equilibrada, a menudo de nivel social modesto, que tienen una relación bastante estable y buena con un muchacho. Su relación sexual se lleva a cabo antes de tener pleno conocimiento sobre las consecuencias posibles de su comportamiento.

Grupo 2, sin duda el más numeroso, está constituido por adolescentes muy jóvenes, más bien ingenuas e inexpertas, que aguantan pasivamente, a disgusto, a veces una relación decidida y conseguida por un compañero de más edad. La relación es más o menos ocasional, afectivamente superficial, aunque la adolescente haya llegado a creer que ha encontrado la promesa de ternura, muy pronto olvidada por el otro, satisfecho por una relación física de la que sólo le importa su propio placer.

Grupo 3 reúne a jóvenes muy inmaduras, cuya pubertad ha reactivado conflictos no resueltos, o que presentan dificultades psicológicas. Proviene de familias disfuncionales, desunidas o incompletas, en las cuales tienen dificultades en sus relaciones con el padre, la madre o ambos. La actividad sexual se integra en un comportamiento en el que la búsqueda de la satisfacción de necesidades emocionales insatisfechas lleva a conductas aparentemente equivocadas.

Grupo 4, el minoritario, está formado por las que deliberadamente, para que se les reconozca el estado de adulto y con la finalidad de adquirir la independencia social que desean, quieren un hijo que le servirá de argumento para anticipar una boda deseada, obtener el cese de la escolaridad o la separación de una familia considerada insostenible.

Tal y como ya hemos mencionado antes, los niveles de pobreza tienen alta incidencia en las adolescentes embarazadas y afectan significativamente su estado

emocional Es posible que experimenten sensaciones de ansiedad y depresión que condicionan y marcan su comportamiento en general

En otra investigación se encontró que las adolescentes embarazadas cuyas edades oscilan entre 14 y 15 años se caracterizan por ser reservadas e individualistas y mostraban baja capacidad de abstracción mientras que las de 16-17 registraron tendencias a ser afectuosas y participativas y las de 18-19 demostraron ser prácticas y realistas. Los tres grupos evidenciaron tener baja capacidad de abstracción y niveles normales de ansiedad como estado y como rasgo (Vergara I 1991)

Por otra parte en un estudio realizado por Boyd P (1983) se encontró que las madres adolescentes tendían a presentar mayores niveles de ansiedad que las adultas. En cuanto al estilo parental se observó una tendencia en la madre adolescente a desarrollar una actitud individualista

Tomando en consideración todas las investigaciones antes mencionadas puedo resumir que ciertamente el perfil psicológico de la adolescente embarazada o madre adolescente depende de varios factores pero finalmente la ansiedad y la depresión son el estado emocional que parece imperar en las vidas de estas madres adolescentes

Consecuentemente experimentan mayores niveles de ansiedad por la amenaza de la pérdida que significa la maternidad. Su personalidad se caracteriza por tener una baja autoestima, sentimientos de desesperanza e inhibición social. Con tendencias a comportamientos individualistas y a la depresión especialmente durante los primeros meses de gestación

Basándome en todos estos datos y en la experiencia en este trabajo realizado con estas madres adolescentes y al considerar los cuatro grupos psicológicos señalados por Dechamps (1979) el perfil psicológico de la madre adolescente panameña se ajusta más al tercer grupo que

reune a jóvenes muy inmaduras cuya pubertad a reactivado conflictos no resueltos o que presentan dificultades psicológicas complejas. Proviene a menudo de familias desunidas o incompletas. Su actividad sexual se integra en un comportamiento en el que la búsqueda de la satisfacción de necesidades emocionales insatisfecha la lleva a conductas aparentemente equívocas.

### **11 Consecuencias para la madre adolescente**

Las madres adolescentes con todas las implicaciones emocionales, psíquicas y de personalidad propias de la adolescencia se enfrentan a un pronóstico de vida desfavorable.

Luego del parto, las madres adolescentes sufren muchas desventajas: reducida ejecución educativa, matrimonios inestables con altas tasas de divorcios o ningún matrimonio, subsecuentes embarazos indeseados con nacimientos muy cercanos entre ellos, trabajos de bajos estatus, pocos ingresos y en muchos casos, larga dependencia de los padres o de las instituciones estatales responsables de estas personas (Castillo N. 1993).

Todo embarazo durante la adolescencia implica algún grado de riesgo en la salud de la mujer y su hijo(a), principalmente porque no se ha alcanzado la madurez fisiológica. No obstante, las implicaciones más serias se observan en la condición social de la adolescente. Ya que la maternidad temprana limita sus oportunidades de desarrollo autónomo.

Un embarazo durante la adolescencia, particularmente uno no deseado o producto de condiciones adversas, puede producir depresiones, pérdida de autonomía, interrupción de sus relaciones grupales, sentimientos de soledad y de desamparo. El tener que asumir un rol como adulta sin haber culminado la etapa de la adolescencia provoca tensión, incertidumbre y limitaciones en su desarrollo psicosocial.



## **B Depresión**

La Organización Mundial de la salud (OMS) y el Banco Mundial en su estudio Carga mundial de Morbilidad (1996) estimaron que la depresión unipolar ocupa el cuarto lugar mundial en morbilidad y que para el año 2020 este trastorno ocupará el segundo lugar mundial y el primer lugar en las regiones en desarrollo señalando que será un problema de salud pública

En México la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica publicada en el 2003 arrojó que los trastornos más frecuentes fueron los de la ansiedad (14.3% alguna vez en la vida) seguidos por los trastornos de uso de sustancias (9.2%) y los trastornos afectivos (9.1%). Las mujeres presentaron prevalencias globales más elevadas en comparación con los hombres para cualquier trastorno en los últimos 12 meses (14.8% y 12.9%)

Al analizar los trastornos individuales las fobias específicas fueron las más comunes (7.1% alguna vez en la vida) seguidas por los trastornos de conducta (6.1%) la dependencia al alcohol (5.9%) la fobia social (4.7%) y el episodio depresivo mayor (3.3%). Los tres principales trastornos para las mujeres fueron las fobias (específicas y sociales) seguidas del episodio depresivo mayor

Los datos del estudio muestran que uno de cada cinco individuos ha presentado al menos un trastorno mental en un momento de su vida. Los trastornos de ansiedad son los más prevalentes y los más crónicos. Los trastornos individuales más comunes fueron la depresión mayor, la fobia específica, la dependencia al alcohol y la fobia social. En particular para la Ciudad de México las estimaciones realizadas muestran que el 7.9% de la población adulta ha padecido por lo menos un episodio depresivo en la vida.

Se afirma además que la depresión se inicia a una edad más temprana lo cual implica muchos años de discapacidad de ahí la importancia de su atención temprana además de que se le asocia con la ideación suicida.

De manera general los estudios acerca de la depresión en niños y adolescentes indican que los períodos de estados de ánimo deprimido son comunes en estas edades. Como ya se dijo, el diagnóstico diferencial entre un adolescente triste y un adolescente deprimido no es sencillo.

Los manuales de psiquiatría agrupan los síntomas estado de ánimo depresivo (tristeza, soledad, ausencia de felicidad, dificultad para sentir placer, hipersensibilidad, desesperanza, indecisión), ideas de autodestrucción (sentimientos de inutilidad, incapacidad o fracaso de ser tonto, culpable o feo), irritabilidad y agitación (peleas, discusiones, hostilidad excesiva, faltas de respeto a la autoridad o quien la represente), alteraciones del sueño y la alimentación (insomnio, falta de apetito), alteraciones del rendimiento escolar o laboral (falta de concentración y atención, sueños diurnos, sin motivación, rendimiento menor), disminución de la socialización (menor participación en grupos sociales, menor interés en hacer amigos, conductas antisociales), astenia inmotivada (sin una causa orgánica ni que se pueda atribuir a cansancio normal).

En el DSM IV se señala que en el caso de los adolescentes la irritabilidad es más importante en el diagnóstico de depresión que el desánimo.

La psiquiatría clasifica la depresión en varios tipos. Los tipos más comunes son la depresión severa, la distimia y el trastorno depresivo bipolar (conocido también como trastorno maniaco depresivo). La depresión se puede mostrar con una amplia variedad de síntomas o encubierta. El Manual Diagnóstico y Estadístico De Los Desórdenes Mentales (DSM-IV) considera a este grupo como "trastornos del estado de ánimo". Con el nombre de depresión se agrupan varios estados clínicos, desde la alteración del estado de ánimo a una condición que puede poner la vida misma en peligro.

Los psiquiatras afirman que al abordar el tema de la depresión es importante aclarar algunas falsas creencias acerca de ella. Primero, no se trata de una enfermedad extraña sino todo lo contrario: la depresión es la más universal de las aflicciones humanas, se da con mucha frecuencia y casi todas las personas se deprimen alguna vez.

Esta puede ser la respuesta normal ante ciertas situaciones como el desarraigo cuando se emigra a otra ciudad u otro país ante una situación de tensión o estrés prolongado posterior a una enfermedad limitante o después del alejamiento de una persona cuando también se presenta ante la frustración de tratar de aferrarse a una forma de relacionarse propia de una etapa del desarrollo que ya pasó. Por lo tanto existen muchos motivos que pueden conducir a una depresión. Sería extraño que las personas no se deprimieran nunca.

El término depresión puede ser interpretado como

- 1 Sentimiento o estado emocional transitorio
- 2 Estado de ánimo
- 3 Síntoma o percepción subjetiva de malestar
- 4 Signo indicador observable exteriormente en el comportamiento (fases de tristeza pérdida de peso)
- 5 Síndrome Conjunto integrado de síntomas y signos sin etiología precisa
- 6 Comorbilidad de otras condiciones clínicas (está presente en un alto porcentaje de los casos con diagnóstico de trastorno de ansiedad y de otras enfermedades orgánicas)
- 7 Un trastorno de adaptación con estado de ánimo depresivo (sistema complejo integrado por ideas y sentimientos conscientes o inconscientes referidos a una pérdida real o simbólica)
- 8 Un cuadro psicopatológico de tipo genético patoquímico o fisiopatológico estructural. Otros autores la conciben como una entidad que vincula aspectos emocionales cognitivos motivacionales neurovegetativos (físicos) y conductuales (Beck A. 1976)

La depresión es un estado emocional de abatimiento tristeza sentimiento de indignidad de culpa La misma lleva a la que la siente a la soledad la pérdida de motivación el retraso motor y la fatiga Puede llegar incluso a convertirse en un trastorno psicótico donde el individuo se queda completamente incapacitado para actuar en forma normal en su vida de relación (Romero J 1990 )

De manera general los sentimientos que acompañan la depresión son sinónimos de sentirse triste melancólico con pensamientos negros infeliz y desgraciado Es además un término que las personas utilizan por lo general para referirse a estados que comprenden tristeza rechazo falta de autoestima y falta de energía

En esta indefinición no es extraño que la mayoría de las personas y entre éstas niños y adolescentes se autodefinen como deprimidos o bien afirman estar depre La depresión sirve actualmente para nombrar y definir un buen número de males a los que se busca aligerar por múltiples medios Sin embargo para distinguir la tristeza normal de un síndrome depresivo es necesario considerar la gravedad la duración y la presencia de otros síntomas

## **1 Depresión en adolescentes**

Entre los factores que pueden precipitar una depresión en la adolescencia se encuentran los problemas familiares escolares y de relación social La familia es el núcleo central del que la adolescente toma la fuerza para crecer y construir su identidad los problemas en este ámbito repercuten en el desarrollo general del adolescente

La escuela es el espacio en el que muchos adolescentes pasan buena parte de su tiempo construyen las lealtades que le permiten separarse del ámbito familiar Problemas como presiones de los compañeros bajo rendimiento académico rechazo pueden ser factores que precipiten una depresión

Sin embargo de toda la población los adolescentes y ancianos son actualmente los grupos más vulnerables a padecer este tipo de trastorno junto a otros como la ansiedad el alcoholismo y la demencia Los expertos insisten en que en la mayoría de los casos un adecuado diagnóstico y un manejo terapéutico oportunos pueden ser la clave para el correcto abordaje de este tipo de alteraciones

Hasta hace poco la depresión en niños y adolescentes no había recibido demasiada atención Sin embargo el interés ha ido en aumento de una forma muy clara Esto puede deberse a una serie de influencias Los prometedores adelantos en la identificación y el tratamiento de los trastornos del ánimo en los adultos han desempeñado una función importante

La aparición de una serie de instrumentos de medición de la depresión ha permitido a los investigadores examinar el fenómeno en poblaciones de niños y adolescentes tanto clínicas como normales (Wicks R 1997)

En el uso diario por el término depresión se entiende la experiencia de un estado de ánimo generalizado de infelicidad Esta experiencia subjetiva de tristeza o disforia es asimismo una característica fundamental de la definición clínica de la depresión

La depresión es algo muy habitual y afecta a uno de cada ocho adolescentes Afecta a personas de todos los colores razas posición económica y edad sin embargo pareciera afectar a más mujeres que hombres durante la adolescencia y la edad adulta

Las descripciones de niños y adolescentes que se consideran depresivos sugieren que además éstos manifiestan otros problemas Suele observarse una pérdida de la experiencia del placer retraimiento social baja autoestima incapacidad para concentrarse trabajos escolares insuficientes alteraciones en las funciones biológicas (dormir comer eliminación) y síntomas somáticos (Op cit 1997)

De acuerdo con datos obtenidos en diversas investigaciones referente al tema de la depresión con inicio temprano se encontró lo siguiente

Aunque por mucho tiempo se consideraba que la depresión no existía en niños y que era normativa en la adolescencia en los últimos 30 años se empezó a reconocer la depresión mayor como un trastorno que también padecen los niños y adolescentes Debido a la mayor comorbilidad y mayor agrupación familiar de la depresión en los individuos en quienes ésta se inicia tempranamente se considera la posibilidad de que aquella que se inicia en la infancia o la adolescencia sea una forma más severa del trastorno

Es particularmente importante estudiar la depresión en la infancia y la adolescencia no sólo por el sufrimiento que representa para los jóvenes sino también por las implicaciones que pueda tener para el funcionamiento en la vida adulta El tener un episodio de depresión durante una etapa que sobresale por definir la formación académica el inicio de la vida profesional u ocupacional el comienzo de la vida sexual y la elección de pareja tiene consecuencias a largo plazo en muchos ámbitos de la vida mucho más allá del ámbito de la salud

Las personas que padecen depresión en la infancia o la adolescencia les queda una vulnerabilidad la cual implica una vida adulta con menos amistades menos redes de apoyo mayor estrés y menor alcance educacional ocupacional y económico (Benjet, C 2004)

No es posible en este momento hacer afirmaciones definitivas con respecto a la descripción o clasificación correcta de la depresión en la niñez y adolescencia Existe un amplio abanico de conceptualizaciones desde las que cuestionan la existencia de un trastorno diferenciado en la niñez y adolescencia hasta las que conciben la depresión en esta etapa del desarrollo en los mismos términos que la depresión en los adultos pasando por los que subsumen la mayoría de los aspectos importantes de la psicopatología del niño y el adolescente bajo el paraguas de este trastorno (Wicks R 1997)

Probablemente son varios los factores que han contribuido a que éste sea el punto de vista más extendido. Sin embargo, la influencia principal parece ser el DSM IV. No existen categorías separadas para el diagnóstico de los trastornos del estado de ánimo en niños y adolescentes.

## **2 Criterios para el diagnóstico del episodio depresivo mayor según el DSM IV**

- Presencia de 5 (o más) de los siguientes síntomas durante un período de dos semanas que presentan un cambio respecto a la actividad previa. Uno de los síntomas debe ser (1) estado de ánimo depresivo o (2) pérdida de la capacidad para el placer.
- Estado de ánimo depresivo la mayor parte del día, casi cada día, según lo indica el propio sujeto. En los niños y adolescentes el estado de ánimo puede ser irritable.
- Disminución acusada del interés o de la capacidad para el placer en todas o casi todas las actividades la mayor parte del día, casi cada día (según refiere el propio sujeto o por observación de los demás).
- Pérdida o aumento importante de peso sin hacer régimen.
- Insomnio o hipersomnía casi cada día (observables por los demás, no mera sensación de inquietud o estar entorpecido).
- Fatiga o pérdida de energía casi cada día.
- Sentimientos de inutilidad o culpa excesivos o inapropiados (que pueden ser delirantes) casi cada día (no los simples autorreproches o culpabilidad por el hecho de estar enfermo).

- Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse o indecisión casi cada día ( ya sea una atribución subjetiva o una observación ajena
- Pensamientos recurrentes de muerte (no solo temor a la muerte) ideación suicida recurrente sin un plan específico o una tentativa de suicidio o un plan específico para suicidarse
- Los síntomas no deben cumplir los criterios para un episodio mixto
- Los síntomas provocan malestar clínicamente significativo o deterioro social laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo
- Los síntomas no son debido a efectos fisiológicos directos de una sustancia o una enfermedad médica
- Los síntomas no se explican mejor por la presencia de un duelo persisten durante más de dos meses o se caracterizan por una acusada incapacidad funcional preocupaciones mórbidas de inutilidad ideación suicida síntoma psicótico o enlentecimiento psicomotor

### **3 Factores que inciden en la aparición del trastorno depresivo**

De acuerdo con Adnanzen C (1998) la etiología de los trastornos afectivos en los niños y adolescentes es menos clara que en los adultos se postula una etiología multicausal las principales teorías biológicas y psicológicas se presentan brevemente

#### **3 1 Teorías biológicas**

Respuesta anormal de la hormona de crecimiento (HC) en pacientes con DM se ha demostrado aplanamiento en la secreción de HC en respuesta a la hipoglicemia inducida con insulina y disminución en respuesta a la estimulación con clonidina En niños y adolescentes deprimidos se ha



encontrado hiposecreción de HC en respuesta a hipoglicemia pero durante el sueño hay hipersecreción de la misma que persiste luego de la recuperación del episodio depresivo Igual respuesta ha sido informada en niños no deprimidos hijos de padres con depresión lo que sugiere se trate de un marcador de rasgo

Teoría catecolaminérgica (niveles de norepinefina disminuidos en pacientes con DM En niños y adolescentes también se ha encontrado disminución del metabolito urinario de norepinefina (3metoxi-4hidroxifenilglicol) sin embargo se requiere replicarlo con muestras mayores

Estudios de familia y genéticos la prevalencia de enfermedad depresiva en niños y adolescentes con antecedentes familiares positivos es significativamente alta Los valores varían entre 8 a 74% para la descendencia de padres con depresión mayor y de 23 a 92% en trastornos bipolares

Los estudios de adopción han demostrado alta prevalencia de trastornos afectivos en niños adoptados descendientes de padres con enfermedades afectivas Se ha demostrado además que el paciente que inicia muy tempranamente su enfermedad (depresión unipolar o bipolar) tiene mayor probabilidad de tener familiares afectados y entre los pacientes con depresión unipolar se detecta frecuentemente alcoholismo en la familia

Los estudios de seguimiento de niños con padres con depresión unipolar han permitido determinar que estos niños tienen una probabilidad 3 veces mayor de padecer algún trastorno afectivo y 6 veces mayor de padecer depresión unipolar que los hijos de sujetos sanos y que presentan con mayor frecuencia otras patologías como TC TDAH de abuso de sustancias y trastornos de ansiedad El impacto de la depresión en los padres es complejo ya que los síntomas interfieren en la interacción con el niño y con el resto de la familia

### **3.2 Teorías psicológicas**

**Modelo psicoanalítico** postula que la depresión se debe a la pérdida real o imaginaria del objeto ambivalentemente amado con la consiguiente internalización de agresividad, rabia y culpa. Dentro de los factores psicoanalíticos y psicodinámicos se sabe que Freud postuló una relación entre la pérdida del objeto y la melancolía. También Freud sugirió que la ira de los pacientes deprimidos se dirigía hacia su interior debido a la identificación con el objeto perdido y que la introyección era la única vía que tenía el "yo" para renunciar al objeto (Bleichmar H. 1976).

**Modelo de estrés** postula que los síntomas depresivos en los niños se producen como una reacción a problemas familiares como agresión parental, disciplina punitiva y discordia entre los padres. También se ha detectado actitudes inadecuadas como rechazo en los familiares de niños con depresión de modo que es difícil determinar si el estresor produce la enfermedad o la enfermedad actúa como estresor.

**Modelo conductual de reforzamiento** Postula que los sentimientos y comportamientos depresivos son causados por insuficientes o inadecuados refuerzos positivos. Las habilidades sociales disminuidas en los niños con depresión limitarían aun más la llegada de refuerzos positivos.

**Modelo de desesperanza aprendida** la ocurrencia de eventos percibidos como incontrolables causa en la persona vulnerable sentimientos de desesperanza e incapacidad para enfrentar las demandas de la vida.

**Modelo de distorsión cognitiva** la persona que responde al estrés con ideas negativas acerca de sí misma, del mundo y del futuro (trada cognitiva) con mayor probabilidad se deprimirá. Estas personas seleccionan la información negativa que refuerza su visión negativa del mundo y de sí mismos. Tienen a pensar de modo dicotómico (todo o nada) a sobre generalizar, exagerar a identificar como catástrofes lo que les ocurre y pensar que nada cambiará.

Modelo de auto-control las personas con depresión tendrían déficit en su autoevaluación autoreforzamiento y automonitoreo. Se centran en las consecuencias a corto plazo de su conducta atribuyen sus éxitos al entorno y las fallas a ellos mismos.

#### **4. Principales teorías de la depresión**

##### **4.1 Teoría psicoanalítica de la depresión**

El complejo problema de la descripción, comprensión y explicación de los procesos depresivos y sus fenómenos componentes ha estado, está y probablemente permanecerá todavía mucho tiempo en el centro de atención de la Clínica psicológica.

La Depresión puede ser entendida como una regresión a la primera fase psicosexual (la oral). En las honduras de su inconsciente (del depresivo) hay una tendencia a devorar y arrasar el objeto (Abraham K. 1924).

En 1917 Sigmund Freud dio a la luz su trabajo *Duelo y Melancolía*, escrito en 1915, si bien no fue publicado hasta después de la 1ª Gran Guerra. En él describe diversos mecanismos patológicos en los que no interviene un trastorno de la sexualidad. Freud habla de relaciones objetales más que de represión, bosqueja el papel del Super Yo y atribuye al Yo una mayor participación en la patología. Aparece también la hipótesis del narcisismo, cuya influencia posterior va a ser decisiva en la explicación de la Depresión.

Freud concibe a la depresión como un afecto. El afecto no forma parte de la estructura y comporta siempre algo engañoso. Al enunciar los mecanismos psíquicos de defensa dice que una pulsión sexual no admitida para su asociación con el yo es rechazada, lo que produce el divorcio entre la representación y el objeto de afecto (Bleichmar H. 1976).

En el caso de la histeria el contenido se conserva desintegrado, falta dentro de la conciencia y su afecto es tramitado por conversión a lo corporal. En la neurosis

obsesiva el contenido es sustituido y el afecto se conserva pero no está vinculado ya a la representación de origen porque va deslizándose hasta ligarse a otras representaciones. Podría decirse que hay una disyunción entre la causa o la representación más exactamente y el afecto.

En consecuencia cuando un sujeto dice que sufre de angustia inhibición tristeza o desconcierto suponemos que desconoce la causa. Siempre presenta algo del orden de lo engañoso la atribución de un afecto a una determinada representación de modo que se hace necesario como decía Lacan verificando el afecto. El único afecto que no engaña es la angustia precisamente porque es el único afecto que no se liga a ninguna representación.

Lo que el psicoanalista tiene claro es que los fármacos no pueden sustituir a la palabra al tratar el malestar subjetivo. Respecto de lo que se presenta habitualmente en la clínica como tristeza angustia inhibición aversión de sí baja autoestima etc. La clínica freudiana y lacaniana ofrecen un esclarecimiento que deshace todo vínculo de la depresión con factores orgánicos y permite diferenciar precisamente estas manifestaciones. El psicoanálisis toma en cuenta para el diagnóstico tres estructuras: las neurosis, las psicosis y las perversiones. No hace de la depresión una estructura clínica.

Lo que cuenta es la posibilidad de que la depresión se juegue en las diferentes estructuras y tengan una función diversa no sólo en las mismas sino en cada sujeto en particular es decir cómo cada sujeto se inscribe con su sufrimiento en una de estas estructuras. Se comprenderá que se trata por lo tanto de una clínica de uno a uno de allí que se puede decir que no hay clínica específica de las depresiones.

Por lo tanto el paso inaugural para que un análisis pueda advenir es abordar al sujeto por sus dichos suponiendo que eso remite a otra cosa y que a su vez para ser despejada es necesario que el sujeto hable. Bleichmar (1976)

## **4.2 Teoría cognitivo-conductual de la depresión**

La teoría cognoscitiva trata del aprendizaje que posee el individuo o ser humano a través del tiempo mediante la práctica o interacción con los demás seres de su misma u otra especie

El impacto de los planteamientos cognitivos se debió en gran medida a los aportes de Beck a la comprensión y tratamiento de la depresión. Su teoría bien estructurada y precisa y con resultados alentadores entusiasmó a gran cantidad de terapeutas e investigadores (Beck A 1976)

La terapia cognitiva está basada en una teoría de la personalidad que sostiene que la manera en que se piensa está determinada en gran parte por la forma en que el individuo siente y se comporta. Las problemáticas psicológicas involucran un tipo de pensamiento disfuncional. La modificación de ese tipo de pensamiento produce la mejoría o disminución del síntoma.

Beck percibe a la personalidad como un reflejo de la organización y estructura cognoscitiva del individuo, las cuales son influidas tanto biológica como culturalmente. La considera como moldeada por valores centrales o esquemas superordenados. Existen predisposiciones bioquímicas a la enfermedad, sin embargo, la persona responde ante tensionantes específicos de acuerdo a un aprendizaje.

Los esquemas cognitivos son estructuras compuestas por creencias y supuestos centrales fundamentales del individuo acerca de la forma en que opera el mundo. Se desarrollan muy temprano en la vida a raíz de experiencias personales e identificación con otros significativos. Beck pone el énfasis en las experiencias tempranas para definir la forma en que la persona se ve en el mundo. Las personas forman conceptos respecto de sí mismos, los otros y el mundo. Los esquemas pueden ser adaptativos o desadaptativos, generales o específicos.

**CAPITULO II**  
**INTERVENCIÓN PSICOTERAPEUTICA DE LA**  
**DEPRESIÓN**

Los errores sistemáticos en el razonamiento se denominan distorsiones cognitivas. Éstas se pueden percibir cuando los estímulos estresantes desencadenan esquemas irrealistas. Cada sujeto posee ciertas vulnerabilidades idiosincrásicas que lo predisponen a la angustia en una única forma y están relacionadas con la estructura de la personalidad y el esquema cognitivo.

El individuo deprimido tiene una perspectiva negativa de sí mismo y sus circunstancias del mundo y del futuro. Estas tres percepciones se conocen con el nombre de tríada cognoscitiva. El mundo aparece como desprovisto de satisfacción, la visión del futuro es pesimista y la perspectiva de sí mismo es la de un ser incompetente con una estimación exagerada de la dificultad de las tareas de la vida normal (Ob. cit. 1976).

## **A Psicoterapia**

Comunmente nos referimos al término Psicoterapia como un proceso de comunicación entre un psicoterapeuta (es decir una persona entrenada para evaluar y generar cambios) y una persona que acude a consultarlo (paciente o cliente) que se da con el propósito de una mejora en la calidad de vida en este último a través de un cambio en su conducta actitudes pensamientos o afectos La psicoterapia es un tratamiento psicológico basado en una relación muy especial entre el terapeuta y el paciente que tiene inicio en el momento en el que el paciente decide aceptarlo y cuenta con la disponibilidad del terapeuta

La psicoterapia es un tratamiento de naturaleza psicológica que se desarrolla entre un profesional especialista y una persona que precisa ayuda a causa de sus perturbaciones emocionales se lleva a cabo de acuerdo con una metodología sistematizada y basada en determinados fundamentos teóricos y tiene como finalidad eliminar o disminuir el sufrimiento y los trastornos de los comportamientos derivados de tales alteraciones a través de la relación interpersonal entre el terapeuta y el paciente (Corderch J 1987)

La psicoterapia busca alcanzar la superación del trastorno psíquico del enfermo mediante tratamientos de diversos tipos la mayoría de los cuales implica una relación interpersonal entre el terapeuta y el enfermo Es en el contacto humano entre el terapeuta y paciente donde reside la clave de la acción psicoterapéutica que no se limita solo al tratamiento de trastornos mentales enfermedades psicosomáticas alteraciones del comportamiento problemas de adaptación o cualquier otra perturbación de origen emocional constituyen los objetivos de las modernas terapias psicológicas

En otras palabras y tomando en consideración la definición anterior sobre psicoterapia podemos decir que la psicoterapia es un tratamiento científico de naturaleza psicológica que a partir de manifestaciones psíquicas o físicas del malestar humano promueve el logro de cambios o modificaciones en el comportamiento la adaptación al entorno la salud física o psíquica la integración de



la identidad psicológica y el bienestar de las personas o grupos tales como la pareja o la familia

Las técnicas terapéuticas basadas en el psicoanálisis además de resaltar la importancia del terapeuta se dirigen fundamentalmente a la reestructuración del yo de forma que el paciente pueda resolver sus conflictos sin recurrir a mecanismos de defensa patológica. Puesto que la mayoría de estos conflictos son inconscientes la terapia psicoanalítica se dedica a hacer conscientes los contenidos inconscientes destruyendo los mecanismos anormales fijados desde la infancia y substituyéndolos por otros más maduros. El descubrimiento de estos contenidos inconscientes se lleva a cabo mediante la Asociación Libre, el Análisis de los sueños, el estudio de los síntomas y de la conducta del paciente (Romero J 1990)

La técnica psicoanalítica se centra en la transferencia contra transferencia y resistencia. El analista suele actuar pasivamente en la relación para que el paciente vaya descubriendo y resolviendo por sí mismo los problemas y conflictos que surgen durante el proceso. Sin embargo la técnica psicoanalítica admite muchas formas distintas dependiendo de la escuela de la que se trate (Douglas A y Michael N 1988)

Freud sostenía que durante el desarrollo de la personalidad las pulsiones (instintos) agresivas o sexuales indeseables eran expulsadas de la conciencia. Estas pulsiones reprimidas se expresaban en los síntomas de las neurosis en su constante lucha por liberarse.

Según Freud, estos síntomas podrían ser eliminados llevando las fantasías y las emociones reprimidas de nuevo a la conciencia. Primero empleó la hipnosis como medio para lograr este acceso al inconsciente, pero pronto abandonó esta técnica en favor de la asociación libre, método en el que se les pide a los pacientes que verbalicen lo primero que les viene a la mente, por absurdo que les resulte, ya sean recuerdos, fantasías o sueños. Mediante la interpretación de estas asociaciones, Freud ayudaba a sus pacientes a profundizar en el conocimiento de su propio inconsciente como forma de llegar al origen de sus problemas.

Más tarde Freud valoró el aprendizaje adquirido a través del estudio de la estructura psíquica de sus pacientes y denominó transferencia a la relación emocional que se establece entre el paciente y el terapeuta que según su punto de vista reflejaba los primeros sentimientos del paciente hacia sus progenitores. La asociación libre y las reacciones de transferencia son todavía hoy elementos básicos de las sesiones psicoanalíticas.

Uno de los discípulos más destacados fue el psiquiatra suizo Carl Gustav Jung quien pensó que Freud había sobrevalorado las pulsiones sexuales como origen del comportamiento. Jung opinaba que el potencial personal de un individuo de naturaleza no sexual debía ser reconocido o se desembocaría en una neurosis. En consecuencia los terapeutas que pertenecen a esta escuela intentan ayudar a los pacientes a reconocer sus propias fuerzas internas para que procuren el desarrollo y la realización personal superando así los conflictos.

Acostumbran a tratar a sus pacientes con asiduidad al principio de la terapia para después verlos una vez a la semana durante meses o años. Las técnicas para resolver los problemas inmediatos son variadas y pragmáticas como los métodos de evaluación de Jung de ahí la razón de su éxito. Los sueños y las creaciones artísticas se emplean para obtener asociaciones del paciente con los arquetipos imágenes innatas que Jung creía compartidas por todos y transmitidas a través de generaciones.

Otro discípulo de Freud que creó escuela fue el psicólogo austriaco Alfred Adler quien también trató de minimizar la importancia de las pulsiones sexuales en el comportamiento humano. Para Adler la indefensión de los niños recién nacidos es lo que producía en ellos sentimientos de inferioridad a los que se trataría de responder con una actitud de superioridad que se convertiría en un elemento vital.

Esta búsqueda constante de poder y significación constituiría lo que él llamó interés social que englobaba también la empatía y la identificación con otros seres humanos. Según Adler los trastornos psicológicos provienen de un modo de vida equivocado que supone la adopción de opiniones y metas erróneas por un escaso desarrollo del interés social. En consecuencia desde este enfoque se considera que

el trabajo del terapeuta es reeducar a los pacientes haciéndoles ver sus errores y animándolos a desarrollar un mayor interés social

Algunos de los seguidores de Freud han elaborado teorías sobre la neurosis que hacen hincapié en el rol de las variables sociales y culturales en la formación de la personalidad. Entre estos pensadores y sus escuelas denominados genéricamente neofreudianos destacan los alemanes Erich Fromm, Karen Horney y Erik Erikson, quienes en la década de 1930 emigraron a Estados Unidos.

Fromm sostenía que el problema fundamental que cada persona debe afrontar es un cierto sentimiento de soledad. Según Fromm, la meta en la vida es orientarse, echar raíces y hallar seguridad uniéndose a otras personas manteniendo la independencia individual.

Horney creía que el comportamiento neurótico bloquea la capacidad inherente a la persona de desarrollarse positivamente y poder cambiar una determinada situación. La labor de la terapia, según su punto de vista, es hacer ver al paciente que no necesita defenderse creando sus propios obstáculos sino identificarlos y aclararlos, lo que le permitirá movilizar sus fuerzas innatas para cambiar una situación de forma constructiva.

Erikson, como Horney, estaba convencido de que los seres humanos tienen capacidad para crecer durante sus vidas y que la guía de ese cambio positivo está en el yo que puede madurar saludablemente si las condiciones ambientales son las apropiadas. Si esta maduración fracasa, la persona puede recurrir a la terapia como medio para adquirir la confianza básica necesaria para tener un yo saludable. A diferencia del psicoanálisis tradicional, Erikson, que se inició como terapeuta infantil, trabajó con las familias de los pacientes.

### **1 Enfoque de las relaciones objetales**

Una forma de definir la teoría de las relaciones objetales es afirmar que ésta pretende dar cuenta de cómo la experiencia de la relación con los objetos genera organizaciones internas perdurables de la mente. En otras palabras, se trata del

desarrollo hasta sus últimas consecuencias de la hipótesis de que las estructuras psíquicas se originan en la internalización de las experiencias de relación con los objetos

Existe desde luego una interacción entre la internalización de las experiencias de relación por una parte y la actualización de las estructuras relacionales internalizadas encarnándose en nuevas relaciones que a su vez serán internalizadas

Como puede apreciarse esta teoría permite integrar en forma armoniosa los elementos internos y externos de la experiencia humana ya que investiga y conceptualiza la influencia de las relaciones interpersonales externas sobre la organización de las estructuras mentales internas así como la forma en que estas últimas determinan las nuevas relaciones interpersonales que se establecen posteriormente

La teoría de las relaciones objetales rompe desde un comienzo con la teoría de las pulsiones al destacar otras motivaciones del ser humano no relacionadas con la búsqueda del placer impersonal sino con las necesidades de relación altamente personales. La libido es esencialmente buscadora de objetos y no de placer (Fairbairn R 1952)

En la misma línea Winnicott, D (1971) distinguió entre las necesidades del ello es decir los deseos pulsionales y las necesidades del Yo. De estas últimas afirmó que no es adecuado decir que se gratifican o se frustran ya que nada tienen que ver con la búsqueda del placer como descarga sino que simplemente encuentran respuesta en el objeto o no la encuentran

Estas necesidades incluyen anhelos tales como el de ser visto reconocido o comprendido o el de compartir la propia experiencia subjetiva con otro ser humano. Cuando éstas no encuentran respuesta la reacción emocional del sujeto no es de frustración sino de vacío y desesperanza. Cuando sí la encuentran lo que surge no es una experiencia de placer sino de armonía y plenitud

A partir de estas consideraciones el proceso analítico ya no puede concebirse como organizado alrededor del hacer consciente lo inconsciente sino en términos de una evolución progresiva del vínculo personal que se establece entre el paciente y el analista. La estrategia básica del tratamiento consistiría en la resolución de los fenómenos de transferencia-contratransferencia y de resistencia que obstaculizan el logro de un encuentro humano pleno, novedoso, creativo y mutuamente empático entre ambos participantes en la experiencia. Y dicho encuentro constituye el principal factor curativo de todo este intercambio.

El vínculo analítico oscila como todas las relaciones humanas entre los polos representados por la objetivación del otro tomado como un objeto a conocer, explicar, manejar o explotar, y el encuentro ínter subjetivo. Los pacientes llegan a tratamiento porque en su vida emocional las relaciones se han deshumanizado objetivándose al punto de que llegan a tratar a los demás seres humanos como cosas a ser utilizadas para su propia conveniencia o placer.

Ésta es precisamente la situación que debe resolverse en el curso del tratamiento analítico. A tal fin el analista debe maniobrar para resolver las múltiples trampas relacionales que mecanizan y estereotipan el vínculo deshumanizándolo e impidiendo aquel encuentro que reavivaría ese mundo muerto en el que se debate el paciente. A esto lo llamamos el análisis de la transferencia, si bien resultaría mucho más adecuado denominarlo análisis de la transferencia-contratransferencia (Racker H. 1960).

## **2 Psicoterapia cognitivo conductual de la depresión**

La teoría cognitiva describe la depresión como resultado de pensamientos inadecuados. De acuerdo con esta teoría la depresión se debe a una distorsión cognitiva en la que el depresivo distorsiona la realidad viéndose de forma negativa en la trada cognitiva: el mismo, el mundo y el futuro.

El modelo cognitivo-conductual propone que "todas las perturbaciones psicológicas tienen en común una distorsión del pensamiento que influye en el estado de ánimo y en la condición del paciente" (Beck A. 1976).

El objetivo de la psicoterapia cognitiva conductual es que el paciente focalice sus ideas y pensamientos negativos acerca de sí mismo del presente y del futuro. Los pensamientos negativos de sí mismo lo conducen a tener una baja autoestima. Estos pensamientos y sentimientos se manifiestan a través de una excesiva cautela y prudencia y en el futuro conllevan ideas pesimistas y desesperanzadas. Esta psicoterapia también se enfoca en aliviar la depresión a través del refuerzo de sentimientos y pensamientos asociados con los patrones de comportamiento no depresivos.

El abordaje de la depresión desde la psicoterapia cognitivo-conductual consiste en descomponer el problema en factores específicos (emocionales, motivacionales, cognitivos, comportamentales o fisiológicos) y comenzar a trabajar en alguno de ellos. Desde este punto de vista, el mejoramiento de un área de problema ayudará a mejorar las otras hasta incluir el síndrome de depresión completo (Quiroga S y Cryan G 2005).

### **3 Psicoterapia psicoanalítica de la depresión**

La depresión abarca un grupo heterogéneo de situaciones, habiendo algunas que se presentan como siendo de más difícil tratamiento. La psicoterapia psicoanalítica y sus formulaciones teóricas han sido muy útiles para la comprensión y el tratamiento de la depresión.

Dentro de los factores psicoanalíticos y psicodinámicos se sabe que Freud postuló una relación entre la pérdida del objeto y la melancolía. También Freud sugirió que la ira de los pacientes deprimidos se dirigía hacia su interior debido a la identificación con el objeto perdido y que la introyección era la única vía que tenía el Yo para renunciar al objeto (Bleichmar H 1976).

Para el psicoanálisis moderno la depresión constituye un síndrome variado y complejo con presentaciones semiológicas diferentes que pueden llegar a manifestarse como desórdenes bien delimitados que califican dentro de las nosologías en uso (DSM IV y CIE 10) y al cual se puede acceder por distintas vías.

Estas vías pueden ordenarse dentro de series de causas que van desde lo biológico constitucional a lo psicogénico

Dentro de las series causales propiamente psicológicas también es posible pensar en términos de series complementarias. Existen dos modelos psicoanalíticos para la psicopatología de la depresión. El más antiguo destaca la importancia de agresión y culpa en la génesis de la depresión. El más moderno recalca la tensión patológica entre la realidad y el ideal del yo en pacientes deprimidos. Jiménez J (2003) ofrece un modelo integrado entre ambos que podemos resumir en 2 puntos

La existencia de un deseo que ocupa un lugar central en la economía psicológica del paciente deprimido: fijación que no puede ser reemplazada o compensada por otros deseos. Este deseo puede pertenecer a diferentes áreas. Por ejemplo pueden ser deseos de satisfacción instintiva o de experimentar niveles bajos de tensión mental y física, o ser deseos de apego desde los más normales de contacto físico o comunicación emocional con un otro significativo hasta los más patológicos de fusión con el objeto.

Pueden ser deseos narcisistas también desde los normales deseos de control de los propios impulsos y emociones, de buen funcionamiento psíquico o de ser querido y apreciado hasta deseos más patológicos de cumplir con ideales de perfección física, mental o moral, de ser objeto de admiración sin límite o de tener un control total sobre sí mismo o sobre los demás. Por último están los deseos que pueden estar relacionados con el bienestar de la persona querida. Si el sujeto se ve a sí mismo como siendo el agente causal del daño o sufrimiento de la persona deseada, se originará una depresión cuyo componente principal será la culpa.

Lo crucial es que el deseo sea profundamente anhelado, es decir sea central en la economía psíquica del sujeto, de modo tal que su no-realización y su imposibilidad de ser reemplazado o compensado conduce a una situación de catástrofe psicológica.

El sentimiento de desamparo e impotencia frente a la realización de ese deseo con la correspondiente representación de sí mismo como incapaz de satisfacer el deseo

En el surgimiento de este sentimiento de desamparo pueden estar involucrados agresión volcada contra sí mismo (culpa inconsciente) o ser consecuencia de la agresión a objetos internos del *self* que al quedar deteriorados por la crítica hacen sentir a la persona que está viviendo en un mundo despoblado de objetos gratificantes o de ataque a objetos en la realidad exterior con la consiguiente pérdida de relaciones interpersonales y oportunidades sociales o un superyó muy severo (heredero introyectado de una relación temprana que fue vivida desde un otro abandonante exigente y castigador) aspiraciones narcisistas exageradas (discrepancia entre el yo percibido y el ideal del yo) o de identificación con padres depresivos que generan un sentimiento básico de impotencia y desesperanza (carácter depresivo) o exposición a situaciones traumáticas actuales (opresión enfermedades graves invalidantes etc) o fijación a situaciones equivalentes en el pasado que al sobrepasar los recursos de la persona le hacen sentir impotente y desesperanzado o pensamientos automáticos negativos de diferente origen etc

Además estos diversos componentes pueden interactuar y a su vez retroalimentarse entre sí y con el entorno interpersonal de distintas maneras de modo que la depresión se mantiene y profundiza

De acuerdo con Bleichmar H (1976) el modelo centrado en agresión y culpa es una manera particular de llegar a la situación que define la esencia de la depresión

Nuevamente nos encontramos con la distinción manía melancolía para explicar el fenómeno de la depresión desde la enseñanza freudiana. La manía toma como explicación un exceso libidinal que se vuelve disponible al término de trabajo de duelo pero también se la considera al sentimiento de culpabilidad y a todas las consecuencias de la dominación del ideal del yo sobre el yo como fundamental para el destino del sujeto



Es así que los llamados Trastornos de Humor inscriptos por el psicoanálisis a partir de Freud en la sene psicótica se caracterizan por fenómenos de sustracción de goce pero igualmente de exceso. Estos fenómenos se disocian por no poder ser conjugados mediante el significante fálico falo que conjugaría estas dos vertientes que son en suma las dos vertientes del significante (vaciamiento de goce y al mismo tiempo por la falta incluso condición de goce

#### **4 Psicoterapia breve**

La psicoterapia breve es por lo menos tan antigua como los esfuerzos de Freud por hallar cura a las neurosis. Él deseaba hallar curas rápidas para sus pacientes tratando así de evitar la prolongación del proceso terapéutico psicoanalítico. De ahí parte su insistencia en el uso del análisis interpretativo activo durante sus primeros casos (Small L y Bellak L 1972)

Así como la psicoterapia moderna debe sus orígenes a la teoría psicoanalítica también lo hace el concepto de psicoterapia breve. Freud creía que el hecho de conocer las causas de la neurosis llevaría rápidamente a su resolución y en los primeros tiempos insistió en la obtención de diagnósticos rápidos de la psicodinámica responsable de la afección y su anulación por medio de la interpretación activa (Small L 1972)

En el curso de los años algunos psicoanalistas expertos encararon en forma relativamente aislada y esporádica la búsqueda de procedimientos psicoterapéuticos que aunque derivados de los conceptos psicoanalíticos de formación y desarrollo de la personalidad produjesen cambios terapéuticos en menor tiempo

Freud advirtió también que los psicoanalistas necesitarían hallar la expresión más simple y natural de las doctrinas teóricas. Creía probable que hubiera que combinar el psicoanálisis con la sugestión directa y que hasta la influencia hipnótica volvería a tener lugar entre las armas de psicoterapia (Ob cit. 1972)

Durante la segunda guerra mundial y por primera vez en la historia la necesidad de servicios psicoterapéuticos coincidió con un nivel de desarrollo y conocimiento de la comunidad psicoterapéutica suficiente para hacer posible cierta clase de reacción positiva

Grinker (1946) declara que la psicoterapia breve derivada de los principios psicoanalíticos fue el único tratamiento nuevo capaz de responder a las exigencias de la guerra

El interés por la psicoterapia breve debe competir con el que los terapeutas sienten por las formas más extensas de psicoterapia (Coleman M D 1972)

La psicoterapia breve es el tratamiento en el que la extensión y la frecuencia de las entrevistas así como la duración total de la intervención se ajustan al mínimo necesario para obtener las metas más viables para el paciente (Garner H 1965)

Esas diferencias se establecen particularmente en tres terrenos las metas el factor tiempo y los métodos

En cuanto a los objetivos de la terapia breve bellak y Small consideran que la terapia breve esta orientada hacia los síntomas y trata de mejorar la situación psicodinámica del individuo en la medida de lo suficiente para que este continúe funcionando

Plantea objetivos similares en respuesta a las exigencias de la guerra el alivio de las tensiones el fortalecimiento del yo y la disminución de la severidad del superyo (Grinker 1946)

En cuanto a la intervención en crisis otros autores opinan que es la resolución psicológica de la crisis del paciente y el restablecimiento de éste por dichos medios hasta alcanzar por lo menos los niveles de funcionamiento que existían en él antes de la crisis (Jacobson G F 1965)

En cuanto al tiempo de la terapia breve es obvio que todos esperan que la psicoterapia breve exija un tiempo considerablemente menor que las demás técnicas. En general es lo que ocurre pero es difícil precisar en qué medida.

Es más importante en todo caso establecer los fines alcanzables y los métodos que rendirán mejores resultados una vez determinada la cantidad de tiempo de que se dispone. También puede haber diferencia en cuanto a la frecuencia de las sesiones siendo el ritmo de las sesiones no tan rígido (Bellak L y Small L 1965).

En cuanto a la metodología en la psicoterapia breve las intervenciones están dirigidas a la reparación y la restauración de las funciones del Yo que se encuentran dañadas (ob cit. 1965). Hay mayor flexibilidad del rol terapéutico. El terapeuta muestra mayor actividad y directividad adaptándose y enmarcando principalmente el foco terapéutico (Pinkus L 1984).

La interpretación tiene como objetivo brindar un entendimiento y aprendizaje sobre los aspectos que se vinculan con la problemática no de la estructura psíquica o de los conflictos inconscientes.

No se busca la elaboración en el sentido psicoanalítico sino el insight afectivo y cognitivo que le permiten al sujeto entender su conflictiva. Dentro del método que se utiliza en la psicoterapia breve es importante resaltar la función de la transferencia la cual es inevitable y necesaria para que se llegue a producir un cambio significativo en la estructura psíquica del paciente. No obstante no se promueve a la neurosis de transferencia (Bellak y Small 1965).

Es de vital importancia tomar en consideración la entrevista clínica mediante la cual se obtiene datos generales del paciente así como también aquellos aspectos fundamentales sobre su estructura patológica las defensas ansiedades su capacidad intelectual y de simbolización e identificar el grado de resistencias (Knobel M 1987).

## **5 Psicoterapia breve Intensiva y de Urgencia de la depresión**

De acuerdo con Bellak (1993) los factores psicodinámicos que operan en la depresión son válidos para la mayoría si no es que todas incluyendo las endógenas. Las intervenciones psicoterapéuticas sistemáticas pueden concebirse en general para la mayoría de éstas.

En muchas circunstancias la psicoterapia de urgencia es más rápidamente eficaz que los antidepresivos aunque puede ser combinada con un tratamiento a base de fármacos y de hecho con alguna otra modalidad.

También debe aclararse que la psicoterapia de urgencia de las depresiones puede involucrar sólo una relación diádica, consistir de terapia conjunta familiar o ambas.

Estos autores describen los componentes de la psicoterapia breve de la siguiente manera:

- 1 de cinco a diez sesiones de 50 mts una por persona
- 2 sesión de seguimiento un mes después
- 3 Anamnesis completa
- 4 Valoración psicodinámica y estructural
- 5 Consideración de los aspectos médicos y sociales
- 6 Plan para las áreas de intervención
- 7 Plan para los métodos de intervención
- 8 Plan para la secuencia de las áreas
- 9 Decidir si se aplicará la terapia individual únicamente o si se combinará con sesiones grupales
- 10 Consideraciones de condiciones facilitadoras como fármacos u hospitalización breve

La Psicoterapia breve de la depresión según Bellak 1993 trabaja con diez variables principales de la psicodinámica de la depresión. Estas variables son problemas en la regulación de la autoestima, superyo severo, intra agresión

pérdida desilusión decepción hambre de estímulos (oralidad) dependencia de nutrientes narcisistas externos negación perturbaciones en las relaciones objetales la unidad diádica y condiciones teóricas de sistemas

En la psicoterapia breve de la depresión es importante tomar en cuenta la presencia y orden de rango de estos factores en el paciente individual y ver los denominadores comunes entre la situación precipitante y la circunstancia histórica

Si se trabaja de principio a fin con los factores importantes y utilizando los métodos de intervención apropiados la depresión se conduce muy bien la mayor parte del tiempo por la psicoterapia breve intensiva (Bellak L 1993)

La psicoterapia breve de la depresión se distingue de la terapia a largo plazo o psicoanálisis de la depresión por el énfasis que se da a las 9 primeras variables en lugar de las estructurales que son las principales en la psicoterapia a largo plazo (ob cit 1993)

## **6 Psicoterapia de grupo**

La psicoterapia de grupo es una técnica de tratamiento en la que el cliente integrado en un conjunto de otros clientes y con un profesional como punto de referencia trata de movilizar las actitudes negativas que le dificultan su comunicación y su convivencia con el fin de aliviar sus tensiones emocionales las cuales causan sufrimiento al cliente y a las personas de su entorno social y familiar

La terapia de grupo comenzó a principios del siglo XX En Europa el primero en emplearla fue el rumano Jacob Levy Moreno psiquiatra de formación psicoanalítica que llevaba a sus pacientes a extenonzar sus problemas para hacerles conscientes de ellos Su psicodrama se extendió rápidamente a otras partes del mundo y hoy es utilizado en el tratamiento de pacientes neuróticos y psicóticos así como para formar a los profesionales que trabajan con enfermos mentales (Foulkes S H y Anthony E J 1964)

En la actualidad se practican numerosas formas de psicoterapia de grupo y la mayoría de las corrientes teóricas que defienden métodos de psicoterapia individual tienen sus variantes grupales. Muchos terapeutas atienden a sus pacientes simultáneamente de forma individual y grupal.

De acuerdo con Foulkes S H y Anthony E J (1964) los rasgos más significativos que originalmente introduce la psicoterapia de grupo son los siguientes:

- Que siete u ocho miembros se reúnen durante una hora y media sentados en círculo junto con el analista
- Que no son dadas instrucciones o programa para que así todas las contribuciones surjan espontáneamente de los pacientes
- Que todas las comunicaciones son tratadas como el equivalente por parte del grupo a la asociación libre del individuo bajo condiciones psicoanalíticas (asociación grupal. También hay un relajamiento correspondiente a la censura)
- Que el terapeuta mantiene de principio a fin una actitud que corresponde a la del psicoanalista en la situación del tratamiento individual (Figura transferencial ayuda a esclarecer e interpretar el contenido, el proceso, el comportamiento, las relaciones)
- Que todas las comunicaciones y relaciones que son de importancia central para el proceso terapéutico y las actividades terapéuticas del analista son vistas como parte de un campo total de interacción: el grupo matriz
- Que todos los miembros del grupo toman una parte activa en el proceso terapéutico en general

La terapia de grupo adleriana es un método de terapia basado en los principios de la Psicología de Alfred Adler que tiene como elemento fundamental la idea de que nuestra personalidad y conducta (lo que pensamos, sentimos, hacemos y

nuestro lenguaje corporal) está orientada y dirigida por fines o metas conscientes e inconscientes

Esas metas o fines a menudo son inconscientes y ejercen un importante papel en nuestro funcionamiento en las relaciones sociales las relaciones amorosas y en trabajo Esas mismas metas están presentes en nuestros síntomas y problemas emocionales (Wolberg R 1965)

La terapia de grupo adleriana tiene como finalidad tomar conciencia de las metas disfuncionales e inadecuadas y corregirlas y reorientarlas de manera que mejore nuestro funcionamiento ante las tareas de la vida (relaciones amor trabajo Para ese objetivo se vale de las aportaciones no solo del terapeuta sino también del propio grupo

La psicoterapia analítica de grupo suele usarse más en la práctica privada que en los centros públicos y se caracteriza por el empleo de las técnicas psicoanalíticas en el lenguaje del grupo (Wolf A y Schwartz E K 1962)

**CAPITULO III**  
**METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACION**



## **A Metodología**

### **1 Problema de investigación**

Un embarazo durante la adolescencia particularmente uno no deseado o producido en condiciones adversas puede traer consigo depresiones pérdida de autonomía interrupción de sus relaciones grupales sentimientos de soledad y desamparo. El tener que asumir un rol de adulta sin haber culminado la etapa de la adolescencia provoca tensión incertidumbre y limitaciones en su desarrollo psicosocial. Además se profundizan demandas socioeconómicas al incrementarse el número de miembros. Si las condiciones económicas no son favorables el tener que mantener a una persona más (cuando no puede trabajar) se convierte en un elemento de culpabilización y propiciatorio de mayor pobreza subordinación y discriminación.

En éstas jóvenes se acumulan las dificultades habituales de la adolescencia los problemas afectivos observados a lo largo de cualquier embarazo las dificultades personales o familiares que acaso favorecieron el advenimiento de la preñez las perturbaciones emocionales que originan ciertas reacciones reales o temidas del entorno la desesperanza ante un porvenir que aparece sombrío la perturbación por las graves decisiones que se han de afrontar el vacío afectivo la reacción propia y de los demás ante la nueva imagen de su cuerpo y el incremento de sus necesidades de aporte nutritivo.

¿Cómo afectan las circunstancias en que se encuentran estas jóvenes su desempeño en la vida diaria? ¿Cuáles son las condiciones emocionales que requieren para sobreponerse a los sentimientos de pérdidas culpa ira y decepción y mejorar su condición actual? ¿Cómo influyen estas condiciones o síntomas depresivos en el logro de un funcionamiento emocional estable? ¿Es la psicoterapia breve un recurso efectivo para mejorar la condición emocional de los sujetos?

Estas son las preguntas que orientan esta investigación y creemos que una intervención psicoterapéutica bien orientada y basada en las necesidades de

estas madres adolescentes será de utilidad para reducir los síntomas depresivos y mejorar su condición emocional

## **2 Justificación**

En Panamá se han realizado algunas investigaciones referentes al tema del embarazo en adolescentes por ejemplo una titulada El embarazo en la adolescente panameña una década de investigaciones que abarca desde inicio de los 80 s hasta principios de los 90 s por Vicente Romeu y Noemí Castillo en el año 1982 Ellos condujeron esta investigación acerca de la conducta sexual de los adolescentes y las opiniones de adultos profesionales sobre la conducta adolescente en la ciudad de Panamá Entre las conclusiones a las que se llegaron con la investigación podemos mencionar las siguientes

Las niñas que no están participando en actividades escolares que tienen bajas expectativas por su rendimiento académico que están asociadas con amigas en situaciones similares y que son fácilmente influenciadas por ellas están más propensas a iniciar conductas sexuales tempranas Estas niñas perciben que son pobres prospectos para el futuro viven en comunidades pobres segregadas y con falta de oportunidades de empleo A su vez están más predispuestas a iniciar sexo casual y a no establecer relaciones íntimas con sus parejas

Señalaron que muchachas que son muy dependientes y tienen una gran necesidad de afecto son más probables a embarazarse Algunas que tienen escaso sentido de valor propio podrían usar el sexo como un escape de su estéril existencia y muchachas que no se conocen ni se aceptan a sí mismas están menos capacitadas para planear la anticoncepción

La falta en alcanzar objetivos educacionales y vocacionales como subproducto del manejo de un embarazo durante la adolescencia representa un significativo costo a la sociedad tanto en la pérdida de potencial humano como en los gastos para la provisión de servicios (Austin K. L. 1990)

Los datos de los nacimientos totales recibidos en la maternidad del Hospital Santo Tomás recopilados durante la investigación antes mencionada reportó que entre 1988-1992 el embarazo en las adolescentes fue más frecuente entre los 15 y 19 años. El embarazo adolescente en la mayoría de los corregimientos fue superior al 20%.

Actualmente la sociedad panameña ofrece muy pocas oportunidades de empleo y así muchas de las madres adolescentes regresan a la escuela en orden a obtener conocimiento y desarrollar habilidades particulares para prepararse para mejores oportunidades de empleo. Sin embargo la creciente libertad y la oportunidad para desarrollar otras relaciones en la escuela con frecuencia resulta en nuevos embarazos.

Otra posible causa de recaer en embarazos subsiguientes es la poca o ninguna información (educación sexual) a las ya madres adolescentes por ejemplo programas dirigidos a ellas en hospitales, centros de salud, escuelas y de esta forma las madres jóvenes tienen menos oportunidades de aprender a reorganizar sus vidas (Vicente J Y Castillo N 1985).

Todo esto puede conducir a síntomas depresivos y una pobre calidad de vida que afectan la salud física y mental de estas madres adolescentes, sus hijos y familiares que las rodean.

Hoy en día nos enfrentamos con múltiples factores de riesgo que predisponen a las adolescentes a sufrir de depresión: el ambiente familiar, social, la etapa de desarrollo en la que se encuentran.

La depresión se compone de un grupo de afectos dolorosos, pensamientos y conductas con las que el individuo reacciona a experiencias de pérdida y fracaso de ciertas aspiraciones.

En los últimos diez años se ha discutido el papel que desempeña la psicoterapia en el tratamiento de la depresión para lo cual se propone como parte de un manejo integral. Sin embargo dicho tratamiento dependerá de la gravedad de la depresión.

En este sentido surge la terapia breve y de urgencia de Bellak para tratar la depresión en la que se aplican elementos teóricos psicodinámicos de apoyo y cognoscitivos

Esta terapia valora la regulación de la autoestima el superyo severo la intra agresión la pérdida objetal la desilusión objetal el engaño objetal la oralidad la dependencia narcisista la negación y la perturbación en las relaciones objetales La terapia de Bellak actúa sobre los primeros nueve puntos a diferencia de la terapia a largo plazo que se dirigen principalmente a las relaciones objetales

Creemos que no sólo es necesario el apoyo profesional que se les pueda brindar a estas jóvenes que están atravesando por una situación emocionalmente desestabilizadora y con una perspectiva muy pobre de lo que puede ser su futuro y el de sus hijos es de crucial importancia y puede llegar a tener un impacto significativo en ellas promoviendo un cambio positivo a su salud emocional y psicológica que beneficiaría no sólo a estas adolescentes sino a quienes les rodean y a la sociedad en general

### **3 Planteamiento del problema**

¿Las madres adolescentes diagnosticadas con depresión que participen del programa de intervención psicoterapéutica mixta reportaran una disminución de los síntomas depresivos?

### **4 Objetivos de la investigación**

#### **4.1 Objetivos generales**

- Identificar el estado psicológico y mental de las madres adolescentes de este estudio
- Describir las principales características de estas jóvenes madres adolescentes
- Evaluar la efectividad de la intervención psicoterapéutica breve mixta

## **4.2 Objetivos específicos**

- Confeccionar la historia clínica de las madres adolescentes seleccionadas
- Elaborar un diagnóstico multiaxial siguiendo los lineamientos del DSM IV para identificar el estado psicológico y mental de estas madres adolescentes que fueron abandonadas por sus padres
- Aplicar un programa de psicoterapia breve intensiva y de urgencia y una psicoterapia grupal alternada para madres adolescentes que presentan síntomas depresivos
- Evaluar en términos estadísticos la efectividad del tratamiento psicoterapéutico breve aplicado a las madres adolescentes depresivas en función de la disminución de los síntomas
- Disminuir los síntomas depresivos que experimentan las jóvenes

## **5 Hipótesis conceptual**

- La intervención psicoterapéutica breve mixta contribuirá a una mejoría significativa de los niveles de depresión que experimentan las madres adolescentes abandonadas por sus familiares

## **6 Hipótesis operacional**

**Hipótesis 1** Las madres adolescentes que participan de la intervención psicoterapéutica mixta reflejarán menores niveles de depresión después de haber recibido el tratamiento

**Hipótesis 2** Las madres adolescentes que participan de la intervención psicoterapéutica mixta reflejarán menores niveles de ansiedad después de haber recibido el tratamiento

**Hipótesis 3** Las madres adolescentes que participan de la intervención psicoterapéutica mixta reflejarán menores niveles de sensibilidad interpersonal después de haber recibido el tratamiento

**Hipótesis 4** Las puntuaciones en la escala de Depresión de Zung serán significativamente menores al concluir el tratamiento

## **7 Hipótesis Estadística**

### **Hipótesis Estadística 1 depresión**

- El nivel de depresión será igual o mayor después de haber recibido el tratamiento

$$H_0 = \mu \leq 0$$

- El nivel de depresión será menor después de recibir el tratamiento

$$H_1 = \mu > 0$$

### **Hipótesis estadística 2 somatización**

- El nivel de ansiedad será igual o mayor después de haber recibido el tratamiento

$$H_0 = \mu \leq 0$$

- El nivel de ansiedad será menor después de recibir el tratamiento

$$H_1 = \mu > 0$$

### **Hipótesis estadística 3 Sensibilidad Interpersonal**

- El nivel de sensibilidad interpersonal será igual o mayor después de haber recibido el tratamiento

$$H_0 = \mu \leq 0$$

- El nivel de sensibilidad interpersonal será menor después de recibir el tratamiento

$$H_1 = \mu > 0$$

#### **Hipótesis estadística 4 Depresión en la escala de Zung**

- El nivel de depresión reflejado en la escala de Zung será igual o mayor después de haber recibido el tratamiento

$$H_0 = \mu \leq 0$$

- El nivel de depresión reflejado en la escala de Zung será menor después de recibir el tratamiento

$$H_1 = \mu > 0$$

## **8 Modelo de análisis estadístico**

### **Análisis descriptivo**

Mediante este tipo de análisis describimos los datos valores o puntuaciones para cada variable antes y después de recibir el tratamiento

Este análisis se hace a través de

- Interpretación de los resultados obtenidos en las pruebas Cuestionario de 90 síntomas SCL 90-R específicamente las escalas de somatización ansiedad y sensibilidad interpersonal como indicadores de depresión y la Escala de Zung para medir la depresión
- Media

- Cuadros y gráficas

### **Análisis comparativo**

Este análisis nos permite evaluar si existen diferencias significativas con respecto a las medias antes y después de recibir el tratamiento

Este análisis se efectúa a través de la prueba t para grupos dependientes ya que se trata de un solo grupo

Los datos obtenidos estadísticamente se analizan mediante la estadística no paramétrica con la prueba de Wilcoxon Mann Whitney Se utilizó el programa estadístico XLSTAT 2007 para Windows

## **9 Diseño y estrategia de investigación**

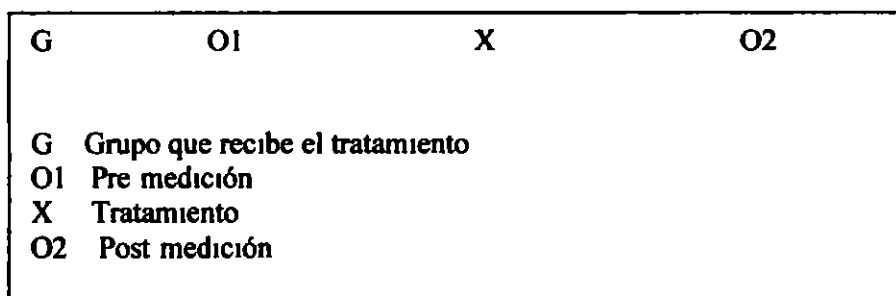
Esta es una investigación tipo estudio de caso con un solo grupo en el cual se evaluará la efectividad de la intervención psicoterapéutica a través de dos mediciones al mismo grupo antes y después de haber sido aplicado el tratamiento Utilizamos esta estrategia de investigación porque no fue posible asignar al azar a los sujetos que recibieron el tratamiento y por no considerar conveniente la designación de un grupo control de comparación por razones de ética Se trabajó con un grupo ya constituido es decir las madres adolescentes que se atienden en un centro de atención de la comunidad (Sampieri H 1991)

El diseño que se utilizó fue pre-experimental con pre-medición y post medición Consiste en administrar a un solo grupo una preprueba previa al tratamiento luego se procede a administrar el tratamiento y por último se aplica una postprueba

Este tipo de investigación es valiosa aunque los resultados deben ser utilizados con precaución ya que nos da a conocer en las participantes de esta investigación si éste tratamiento en particular fue efectivo o no



Este diseño se diagrama así



## 10 Definiciones conceptual y operacional de variables

### 10 1 Variable independiente

- Psicoterapia Breve Intensiva y de Urgencia.

Es una intervención psicoterapéutica de orientación psicodinámica que aplica la terapia de insight utilizando los métodos de las teorías de sistemas y conductual. Se centra en los aspectos específicos del trastorno que se padece con el fin de que la paciente aprenda y desaprenda de la manera más efectiva posible aquello que ha aprendido de forma inadecuada (Bellak 1995)

- Psicoterapia Breve Intensiva y de Urgencia.

12 sesiones de 50 minutos una vez a la semana

Sesión de seguimiento un mes después

Anamnesis completa

Una apreciación psicodinámica de cada caso

Consideración de los aspectos sociales y médicos

Plan para áreas métodos de intervención y para la secuencia de éstos

- Psicoterapia de grupo.

Intervención psicoterapéutica en contexto de grupo que funciona como un apoyo poderoso a la terapia individual ya que ofrece elementos reparadores que le confieren un potencial único. Funciona como una oportunidad de reconstruir dentro de un grupo pequeño las situaciones y emociones vivenciadas en la sociedad y de esta manera permiten reproducir ciertos procesos psicosociales

Entre los factores terapéuticos de los procesos de grupos están la universalidad o sentimiento de experiencia compartida explicitación o darle nombre a lo que ocurre información o fuente de educación validación del sufrimiento imagen positiva de cambio socialización empatía comprensión cohesión o sentimiento de pertenencia confiar y compartir con los demás retroalimentación del estilo de comunicación contraste de creencias fomenta apoyo mutuo fuente de compromiso para el cambio discusión colectiva de los componentes existenciales asociados al tema del grupo Este formato a sido elaborado sobre la base de la teoría (S H Foulkes 1964)

- Psicoterapia de grupo

- 10 sesiones de 1 30 hrs una vez por semana

- sesión de seguimiento un mes después

- anamnesis completa

## 10 2 Variable dependiente

- Depresión es una enfermedad que afecta al organismo al estado de ánimo y a la manera de pensar de concebir la realidad Afecta el ciclo normal de sueño-vigilia y alimentación Se altera la visión de cómo uno se valora a sí mismo Se caracteriza por un profundo sentimiento de tristeza y confusión ansiedad y soledad lentitud psicomotora apatía sensación de impotencia y desesperanza en la cual no se vislumbra una salida a esa situación (Romero J 1990)

- Depresión Trastorno del estado de ánimo el cual se le diagnosticará a las madres adolescentes que participen de la intervención psicoterapéutica a través de la evaluación clínica de acuerdo a los criterios del DSM IV y la escala Zung para la depresión

## **11 Diseño de las sesiones individuales**

### **Sesión 1**

Evaluar la evolución del síntoma principal (depresión) y secundarios conocer los antecedentes personales y familiares Explicar a la paciente que el éxito de la terapia depende en gran medida de la habilidad por parte de ella para trabajar en la alianza conmigo (trabajando la alianza y el contrato terapéutico Hacer contacto con la paciente a través de la sintonía afectiva Evaluar las tendencias y su conflicto e interacción con la realidad el super yo y el yo Buscamos entender las defensas qué tan bien trabajan si trabajan en forma rígida holgada o apropiada A partir de los antecedentes se intenta predecir la naturaleza de la transferencia y qué problemas pueden anticiparse Mantener una transferencia positiva y dejar a la paciente con ella

Tarea se le pidió a la paciente que pensara en cómo se sintió antes durante y después de la sesión (sensaciones tanto físicas como emocionales Luego debía escribir en una hoja todo esto

### **Sesión 2**

Hacer enlace con la primera sesión Explorar más acerca de los síntomas especialmente los últimos días explorar las defensas escoger las áreas y métodos de intervención obtener datos históricos adicionales Prestar especial atención al proceso transferencial Promover la expresión de las emociones a través de la lectura de la tarea asignada en la sesión anterior Explorar la autoestima relacionando los denominadores comunes entre los antecedentes y los eventos precipitantes recientes para propósitos de interpretación *insight* y trabajando en ello señalando áreas en la vida de la paciente acorde con una buena autoestima y las razones de ello

Tarea Escribir lo que siente y piensa con respecto a su situación actual describir el momento más grato o feliz en su vida y el menos grato o feliz de su vida y las sensaciones físicas que esto le provocó

### **Sesión 3**

Enlace con la sesión anterior Explorar la formación del superyo sus componentes manifestaciones y situación actual encontrando denominadores comunes entre el pasado y presente a través de la interpretación *insight* utilizando catarsis mediata e induciendo la catarsis alentando a la paciente a expresar sus sentimientos y de ser necesario señalar la negación de los mismos Promover la expresión de las emociones a través de la lectura de la tarea asignada en la sesión anterior Estudiando los antecedentes y eventos actuales para entender quien pudo haber sido el principal objeto de agresión históricamente y quien en la actualidad Es importante que relacionemos los objetos internalizados con quien es y fue dirigida la agresión por desilusiones previas decepciones etc a objetos actuales

### **Sesión 4**

Enlace con la sesión anterior Examinar los antecedentes en particular respecto a pérdidas tempranas provocando eventos relacionados a una pérdida y ayudando a la paciente a obtener *insight* trabajando lo actual con relación a traumas pasados A través del análisis la lectura cognitiva la traducción y la devolución del estado subjetivo de la paciente que le facilitan el descubrimiento de las influencias de las fuerzas inconscientes sobre el patrón de su vida diaria sobre las manifestaciones sintomáticas de su trastorno Utilizar la relación terapéutica como una conexión crítica para reconstruir el self Investigar para confirmar fortalecer o reconstruir un sentido del self cohesivo (explorar la naturaleza de las relaciones objetales que facilitan un sentimiento de desilusión

### **Sesión 5**

Enlace con la sesión anterior Examinar el evento precipitante que produjo la depresión por evidencias de desilusión y estableciendo denominadores comunes entre las experiencias tempranas de decepción y los sentimientos contemporáneos de la misma naturaleza para el propósito de interpretación *insight* y trabajando en

ello La relación transferencial es observada especialmente desde este punto de vista Abordar el enojo en contra del objeto de amor desilusionante Utilizar la prueba auxiliar de la realidad Escribir el evento traumático y describir las emociones involucradas en esa experiencia Luego reescribir este echo para permitir a la paciente recrear su historia pero de un modo que cambie la naturaleza del evento original y trabajando el enojo Brindar apoyo y empatía Comunicar lo que se ha comprendido emocionalmente con respecto a sus problemas y su dolor psíquico con la finalidad de producir una resonancia en su mundo interno que impacte las necesidades insatisfechas y facilite el *insight* Desarrollar la capacidad de la paciente para vincularse asertivamente a través de la identificación y correcta expresión de sus emociones Se utilizaron ejemplos reales situaciones vividas por ella se exploraron las reacciones y se recrearon nuevamente

### **Sesión 6**

Enlace con la sesión anterior Trabajar la desconfianza (rasgos paranoides) provocados por los sentimientos de haber sido engañadas lo cual dificulta su capacidad para establecer relaciones Asumir el rol de una persona que nutre acepta y empatiza que suple los deseos insatisfechos de idealización reflejo y fusión estar disponible de manera consistente y mostrando una presencia estable que proporciona sostenimiento y constancia objetal Inducir a la paciente al tema de las decepciones que ha tenido colaborando con la construcción del discurso o alianza narrativa La comunicación está dirigida a lograr el establecimiento del vínculo La temática central de la sesión está constituida por los eventos externos y la realidad compartida en lugar de las fantasías o proyecciones de la paciente sobre la relación terapéutica a través de re-enfocar re-pensar y re-contar sus historias personales

### **Sesión 7**

Enlace con la sesión anterior Trabajar sobre la dependencia que suministra aquellas necesidades generales de amor estímulo contacto humano y protección las cuales se manifiestan a través de la depresión Esta sesión se trabajó como un proceso de aprendizaje desaprendizaje y reaprendizaje Se utilizaron ejemplos

vívidos para explicar los conceptos (depresión dependencia como un estilo de relacionarse) y cómo estos funcionan para defenderla o evitarle el tener que lidiar con una realidad que podía resultar muy dolorosa para ella

Luego se le pidió a la paciente que juntas practicásemos cómo identificar los esquemas emocionales es decir cómo piensa reacciona y siente sobre sus emociones y sentimientos Para ello utilizamos una serie de preguntas estructuradas dirigidas a explorar las reacciones emocionales ante la carencia de validación comprensión así como los sentimientos de culpa y vergüenza ambigüedad impotencia paralización grado de racionalidad la duración de los sentimientos fuertes la aceptación o inhibición expresión de los sentimientos el culpar a otros

Luego se fueron analizando cada una de estas reacciones emocionales dentro del contexto de una situación real y ajustando estas reacciones a esa realidad Brindar apoyo fortaleciendo su *self* haciendo señalamientos sobre sus cualidades y la posibilidad de manejar estas emociones siempre que las identifique

## **Sesión 8**

Enlace con la sesión anterior Se continua trabajando la tendencia de la paciente a mantener la dependencia como un estilo de relacionarse Se educa a la paciente utilizando términos sencillos y ejemplos reales de su propia experiencia para clarificar este proceso (necesidad de gratificación profundas de nutrición emocional y apego así como de estímulos externos como amor y aprobación

Se comienza a trabajar sobre el tema de la separación al mismo tiempo que se introduce la noción de las ventajas o beneficios que trae consigo un cambio en el estilo de relacionarse (ganancias primarias Existen otras formas de relacionarse sin la necesidad de aprobación o suministro externo de afecto Se le explicó que tratando de evitar la depresión se han negado a sí misma otras experiencias de la vida que fortalecen el *self* Para esto utilicé las interpretaciones del contenido narrativo

Se prestó especial atención a las defensas en contra de los sentimientos evocados por la experiencia de separación

De ésta misma manera cuando se dio el caso se le interpretó a la paciente en términos familiares y claros para ella cómo trataba igualmente de sabotearse a sí misma con el fin de convencerme de lo enferma que se siente para continuar ligada a mí como figura de objeto se afecto

### **Sesión 9**

Enlace con la sesión anterior Se trabajaron las defensas en especial la negación Se examinaron los antecedentes buscando ocurrencias previas de negación y como fueron manejadas en su momento (depresión o júbilo Utilice la catarsis mediata y directa expresando apropiadamente los sentimientos y emociones de desilusión y decepción causados por una persona o situación Estuve apoyando y facilitando la expresión de esas emociones reprimidas y negadas fortaleciendo su *self* a través de la contención y aceptación de sus emociones (empatía) de un apego seguro y el *insight* sobre las ganancias secundarias

Se abordó el tema de la futura separación entre nosotras y se le reforzaron los aspectos positivos de nuestro trabajo juntas brindándole una retroalimentación y reafirmando sus capacidades y cualidades con las que cuenta para seguir adelante Ayudándola a visualizar su realidad y los aspectos positivos con los que cuenta para superar la misma Se trabajó en la reconstrucción mental de mecanismos de defensa más adaptativos y saludables que la ayuden a manejar sus emociones sin reprimirlas y sin alterar su relación con el ambiente-personas que la rodean

### **Sesión 10**

Enlace con la sesión anterior Se trabajó sobre la base de la motivación para obtener logros individualidad crecer y separarse Se le brindó seguridad y apoyo utilizando sus propias características Se le educó en cuanto a los conceptos de logros planificación metas organización y en conjunto realizamos un esquema sobre los logros personales que desea alcanzar siempre realistas y qué recursos

emocionales sociales personales económicos necesita para conseguirlos y cuales son sus posibilidades o de que dependen éstas tomando como punto clave para el cumplimiento de las mismas su motivación y determinación para alcanzarlas Previendo los posibles fracasos y reacciones adecuadas ante estos

### **Sesión 11**

Enlace con la sesión anterior Se continua trabajando en la comprensión de las deficiencias y conductas defensivas que le han sucedido a lo largo de la vida A través de su relación conmigo (terapeuta) elaborar estos aspectos de su vida con el fin de tener una experiencia caracterizada por sentimientos positivos de cercanía y fusión al mismo tiempo que desarrollar una capacidad para tolerar la decepción y el sufrimiento que le ocasionaron viejas relaciones (objetos de afecto) y la posibilidad de que le pudiesen ocasionar nuevos objetos (nuevas relaciones) y las formas defensivas más apropiadas para enfrentar esto

Se retomó el tema de la separación los beneficios que obtendrá en la medida en que identifique sus emociones y las exprese Se le educó acerca de la diferencia entre los sentimientos que provocan una acción y las personas que emiten dicha acción La realidad de que todas las personas estamos propensas a cometer fallas desde leves hasta graves y que de esa misma forma podemos contar con aspectos positivos

### **Sesión 12**

Enlace con la sesión anterior Infundir ánimo valor confianza señalando todos los aspectos positivos de su personalidad recordando lo aprendido (inducir a la paciente a hacer un resumen o señalamiento de los aspectos más sobresalientes y positivos de su relación conmigo (trabajo terapéutico)) resaltar el valor de su participación y disposición para colaborar y producir resultados acordes con los objetivos de la terapia



## **12 Diseño de Sesiones Grupales**

**TALLER Para darme la buena vida me ocupo de mí'**

### **DESCRIPCIÓN**

**9 sesiones de 1 30 hrs (aprox )**

### **OBJETIVOS DEL TALLER**

- 1 Proporcionar información sobre la depresión que permita a los participantes conocer las causas de los síntomas depresivos**
- 2 Fomentar la capacidad de escucha y de la expresión de experiencias**
- 3 Promover la reflexión acerca de distintos aspectos asociados con la depresión a partir de la propia experiencia**
- 4 Crear condiciones para compartir experiencias personales en grupo**
- 5 Promover el autoconocimiento y las habilidades sociales de relación con otros**

### **PROGRAMA DEL TALLER**

**Sesión 1 Presentación**

**Sesión 2 Lo masculino y lo femenino en el siglo XXI género ¿cómo le entramos?**

**Sesión 3 Quién dicen y quién digo que soy**

**Sesión 4 Mi yo**

**Sesión 5 La depresión**

**Sesión 6 La depresión (continuación)**

**Sesión 7 La intimidad en la familia en la pareja su construcción ¿he construido mi intimidad?**

**Sesión 8 Las relaciones con los otros los amigos y las redes sociales**

**Sesión 9 Formas de solucionar los problemas (personales) reconocerlos pedir ayuda**

**Sesión 10 Evaluación y despedida**

**Sesión 1 Presentación**

### **CONTENIDOS**

## **1 Bienvenida (presentación de la facilitadora)**

**Objetivos del taller**

**Encuadre (Numero de sesiones duración de las mismas horarios lugar)**

## **2 Presentación de los participantes Integración del grupo**

### **MATERIALES**

**Plumones y tarjetas de colores o tarjetas blancas con marcos de colores elaborados con plumones hojas de rota folio con encabezado cinta adhesiva revistas o recortes de revistas (Opcional grabadora y musica)**

### **DESARROLLO DE ACTIVIDADES**

#### **1 Presentación y encuadre del taller 10**

**Dar la bienvenida a las participantes e invitarlos a sentarse en círculo de manera que todas incluida la facilitadora se puedan ver**

**Comentar de manera general cuál es el objetivo que se persigue con el taller el tipo de trabajo que se realizará y el objetivo de la sesión destacando en todo momento la importancia que reviste la participación de todas y cada una de las asistentes**

#### **2 Técnica Baile de tarjetas 15**

**Comentar que para iniciar el contacto entre las participantes un primer paso es conocer sus nombres y algo acerca de cada una Para ello**

**Colocar en una mesa o en el piso tarjetas de colores o tarjetas blancas con un marco de colores distintos así como plumones suficientes**

**Solicitar a los integrantes del grupo que elijan una tarjeta con el color que más les guste y escriban en ella su nombre**

**Pedir que cada integrante diga su nombre y comente por qué eligió el color de su tarjeta mostrándola**

Rotar las tarjetas hacia la derecha cuando la facilitadora de una señal (o preferentemente cuando la actividad se acompañe de música y ésta pare) 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 La última en hacerlo dirá más datos sobre su persona

Repetir el ejercicio 4 o 5 veces

1 Preguntar si alguno se sabe ya los nombres de las compañeras Si es así pedir que los diga Festejar su buena memoria su atención e interés

### 3 Para presentarse con las compañeras 15

Decirle al grupo que el objetivo de este ejercicio es hacerlas conscientes sobre lo que son estiman quieren Es decir buscaremos hacer más claras para cada una y para las otras las características más importantes de su personalidad

Se colocan las sillas en los extremos del salón haciendo espacio para moverse

Se pide que todos se reúnan en el centro del salón

Se harán una serie de preguntas y para cada una de ellas se les darán dos posibilidades escojan la que mejor describe lo que son Por ejemplo ¿Eres más balón o raqueta? Los que se identifiquen más con balón muévase a la puerta y los que se identifiquen más con raqueta vayan a la ventana Cada uno escoge un compañero del otro grupo y discute por 2 minutos el motivo de su elección ¿En qué te pareces al balón o a la raqueta? Vuelvan al centro del salón Les diré las siguientes alternativas (repetir las mismas instrucciones del ejemplo en las siguientes preguntas)

¿Eres más sí o no?

¿Eres más mar o bosque?

¿Eres más cabeza o mano?

¿Eres más linterna o vela?

¿Eres más alegría o tristeza?

¿Eres más pasado o futuro?

¿Eres más guía o uno más del grupo?

¿Eres más intuitivo o racional?

2 Sentarse en círculo para reflexionar sobre ¿Les gusto el ejercicio? ¿Les sorprendió alguna de sus elecciones? ¿Creen que sus elecciones tienen un denominador común? ¿Quieren añadir algo?

#### 4 Formación de la comunidad de trabajo Reglas grupales 10

La facilitadora hablará de la importancia de tener normas o reglas en un grupo que propicien el buen funcionamiento del mismo. Se puede hacer comparaciones con las normas o reglas en la familia, el trabajo, la escuela, etc. (es conveniente que los ejemplos tengan que ver con la experiencia de la mayoría de las participantes). Luego invitará a las participantes a proponer las normas o reglas que regirán el trabajo del grupo para lo cual

Escribir en el pizarrón o en una hoja de rota folio las normas propuestas por los integrantes del grupo. Es importante que la facilitadora curde que entre las propuestas estén las siguientes

**Asistir a todas las sesiones**

**Todos los participantes tienen derecho a hablar y a expresar cualquier sentimiento**

**Evitar las burlas, los juicios de valor, las críticas o interrupciones groseras a algún participante**

**Procurar que cuando se hable de experiencias personales se inicie diciendo "yo pienso a mí me sucede" y no dar consejos**

**Dar oportunidad a que todas participen evitando acaparar el uso de la palabra**

3 Ser discretas lo que se diga en el grupo no se cuenta fuera del mismo contarle a otras personas ajenas al grupo es la forma más fácil y rápida de destruir la confianza en el grupo y al grupo mismo

### 5 Diagnóstico Técnica Mi familia es así 30

Solicitar a las participantes que formen un círculo en el centro del cual se colocarán recortes de revistas o revistas completas (por lo menos una por cada participante)

Indicar que seleccionen una imagen que represente a su familia cuando se dé la señal

Pedir a cada uno que de forma espontánea digan Yo soy (nombre) y mi familia es así

Comentar al término del ejercicio lo que se dijo promoviendo la participación de todas Por ejemplo las semejanzas entre la situación familiar de los participantes las diferencias se pedirán aclaraciones si se considera pertinente sobre lo que se dijo y no haya quedado muy claro es decir todos aquellos aspectos que profundicen el conocimiento entre los participantes

### 6 Cierre 5 La facilitadora preguntará a las 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?

Despedir al grupo y recordarles el lugar día y hora de la próxima reunión

**Sesión 2 Lo masculino y lo femenino en el siglo XXI género ¿cómo lo entramos?**

### **OBJETIVO**

Revisar el sentimiento de los participantes con relación al género y lo que ha implicado e implica para ellos

### **CONTENIDOS**

1 Revisar lo que son los roles sexuales de género y lo que han implicado para las mujeres y los hombres rescatar las diferencias las semejanzas y las ventajas y desventajas

2 Se podría vivir sin roles de género? ¿cómo se imaginan esa vida?

## **MATERIALES**

Plumones hojas de rota folio con encabezado cinta adhesiva tarjetas 12 5 X 7 5 cm hojas tamaño carta lápices o plumas

## **DESARROLLO DE LAS ACTIVIDADES**

1 Características asignadas a los hombres y las mujeres Técnica Un hombre, una mujer y viceversa 15

Dar la bienvenida a los participantes e invitarlos a sentarse en círculo de manera que todas incluida la facilitadora se puedan ver Hacer un resumen de lo que se hizo la sesión pasada y de las reglas grupales

Explicar que en esta sesión se analizarán los roles masculinos y femeninos Con la palabra rol entendemos lo que un grupo o un sistema más amplio espera de sus miembros En nuestra sociedad los hombres tienen un rol que comprende lo que se espera de ellos y las mujeres otro Estos roles masculino/femenino están determinados por el sexo En algunas ocasiones las características de rol que se tienen ocasionan problemas son vividas con ventajas o desventajas pueden limitar o expandir la vida de las personas Con este ejercicio reflexionaremos sobre esto para conocernos más

Colocar unas hojas de rota folio en una pared Una de ellas tendrá encima un rótulo movible que diga Hombres y la otra Mujeres

Pedir al grupo que señale las características de rol asignadas a unos y a otras Hacer listas lo más completas posible Leerlas

4 Cambiar los rótulos el de Mujeres se coloca en la hoja de las características de los hombres y el de Hombres en la de características de mujeres Observar lo que pasa leerlas y preguntar ¿qué les parece? ¿cuáles características no

pueden ser intercambiadas son biológicas o sociales? ¿Cómo aprendieron cuáles son de las mujeres y cuáles de los hombres? ¿Habrá sido siempre así o ha habido cambios? ¿Creen que se pueden transformar las características culturales? ¿de qué forma? ¿Ayudan o impiden esas características

## 2 Los roles de género Exposición 15

Se hará una exposición de lo que son los roles sexuales o de género Relacionando lo que se dijo en la actividad anterior

Explicar lo que significa género como categoría y como lo que se espera de un hombre o una mujer está determinado por ello y como limita a las personas y da también una idea falsa de lo que es un hombre o una mujer

Hablar de la influencia que ejercen los medios masivos de comunicación en nuestras decisiones y conducta y como promueven roles estereotipados de nuestra cultura

5 Finalizar hablando de que lo masculino y lo femenino son construcciones sociales y lo que ha implicado en términos de desigualdad y de limitaciones para las vidas de hombres y mujeres De cómo a partir de ello las tareas sociales y ciertas características se han vuelto femeninas como lavar planchar cuidar a los hijos lo mismo que ser tierno dulce llorar etc O masculinas ganar dinero mantener a la familia trabajos rudos así como ser violento agresivo no sentimental etc Señalar que a pesar de que sabemos que hombres y mujeres tenemos las mismas necesidades capacidades y derechos seguimos manteniendo y creyendo mitos culturales

## 3 Ventajas y desventajas de los roles de género Técnica Identifiquemos las ventajas y las desventajas 25

Introducir el ejercicio señalando que ya se vieron las características que se asignan a los hombres y a las mujeres

Repartir dos tarjetas a cada participante. Pedir que cada participante escriba en una tarjeta las ventajas de un lado y las desventajas por el otro de ser hombre y en la otra lo mismo pero de ser mujer.

Pedir que se formen equipos de 3 personas para que discutan lo que escribieron. Procurar que los equipos estén formados por hombres y mujeres. Cada equipo escribirá dos nuevas tarjetas con ventajas y desventajas para presentar al grupo.

6 Cada equipo presenta en plenaria lo que discutió. ¿Preguntar ¿Cómo se sienten con lo que se espera de su rol? ¿Cómo se sienten que se espere que sean sumisas, ilógicas y que realicen las tareas domésticas?

#### 4. Cómo me siento con el rol sexual que me toca. Técnica Diálogos en parejas.

30

Entregar una hoja tamaño carta y un lápiz.

Solicitar a las participantes que contesten en solitario.

¿Cuáles roles de género observan en ellos?

¿Qué ha pasado en términos de oportunidades, limitaciones, ventajas y desventajas han tenido?

¿Cómo han influido en la forma en que se sienten?

Pedir que formen parejas y comenten sus respuestas.

En plenaria pedir a las parejas que presenten lo que hablaron.

La facilitadora cerrará el ejercicio señalando que cada vez más aparece que los roles de género sexuales no sólo han sido desventajosos para las mujeres sino que ahora lo son de manera cada vez más evidente para los hombres. Como para algunos no llenar las expectativas que implica la asignación de roles (ser



proveedores insensibles etc) les provoca malestar que se manifiesta en ocasiones en tristeza y en otras de manera violenta

### 5 Cierre 5

La facilitadora preguntará a las 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?

Despedir 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

7 Recordarles el lugar día y hora de la próxima reunión

### **Sesión 3 Quién dicen y quién digo que soy**

#### **OBJETIVOS**

- 1 Juzgar donde están las diferencias entre lo que se dice de uno y lo que uno es
- 2 Descubrir el poder personal y avanzar en la construcción de la singularidad

#### **CONTENIDOS**

- 1 Cómo influye en cada persona lo que otros dicen
- 2 Comparar lo que dicen y lo que digo de mí
- 3 Poder personal y construcción de la singularidad

#### **MATERIALES**

Plumones cartulinas una por participante pegamento tijeras cinta adhesiva revistas o recortes de revistas hojas tamaño carta materiales diversos estambre cartón semillas etc

#### **DESARROLLO DE LAS ACTIVIDADES**

- 1 Técnica Collage "Yo, visto por los otros y por mí" 90

Dar la bienvenida a las participantes e invitarlas a sentarse en círculo de manera que todas incluida la facilitadora se puedan ver

Preguntar a las participantes qué dicen de ellos sus padres amigos maestros y ellos que dicen ¿Coinciden esas imágenes de uno mismo?

Pedir que se sienten cómodas para hacer un ejercicio de relajación Se hace el ejercicio y se les pide que se detengan en la imagen que les dan los otros y la que ellos tienen Terminar el ejercicio

Entregar una cartulina a cada participante y pedirles que la corten a la mitad Harán dos imágenes de sí mismos en forma de *collages* en una parte de la cartulina pondrán en la parte superior Cómo digo yo que soy y en la otra Cómo dicen los otros (padres maestros) que soy Podrán utilizar los materiales que están en el centro del salón Pedir que se distribuyan en todo el salón para que trabajen solos en esta parte

Cuando terminen de elaborar los *collages* Pedir que se sienten y observen su trabajo con cuidado pues en una hoja dividida en cuatro partes harán en cada parte una lista de lo que en el collage parecen ser aspectos que les gustan a los otros de mí otra lista con los que parecen disgustar otra lista con lo que a mí me gusta de mí y otra con lo que me disgusta de mí Pedirles que elaboren las listas a partir de lo que observan en el collage (no de cómo se imaginan o debería ser)

Cuando terminen se sientan en círculo Preguntar al grupo ¿Cómo se sienten? Alguien quiere empezar a hablar de sus *collages* y sus listas ¿Se dieron cuenta de algo que no sabían qué? ¿Habían pensado que había diferencias? ¿Cómo se sienten con ellas? ¿Se podrían reunir las dos imágenes?

Cerrar la sesión hablando a partir de los aportes de cada participante del malestar que produce ser visto y verme de manera diferente cómo esa situación influye en lo que siento y pienso de mí

## 2 Cierre 5

La facilitadora preguntará a las 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?

Despedir al grupo con una frase amable que resuma el trabajo realizado por ejemplo: Fue muy grato trabajar con ustedes.

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

#### **Sesión 4 Mi yo**

##### **OBJETIVO**

Motivar en los adolescentes la expresión y la concentración sobre un aspecto positivo central del concepto que tienen de sí.

##### **CONTENIDOS**

Definir en pocas palabras el propio yo.

##### **MATERIALES**

Plumas y tarjetas blancas de 20 X 15 cm.

##### **DESARROLLO DE LAS ACTIVIDADES**

###### **1. Conocimiento de sí mismo, Técnica Mi Yo™ 85**

Pedir que las jóvenes se sienten juntas en círculo.

Decirles que el objetivo de la actividad que se realizará es que ellos puedan expresarse y concentrarse sobre un aspecto positivo central del concepto que tienen de sí mismos.

Decirles que se imaginen que tiene que visitar por primera vez a una persona que es muy importante para ellas. La persona no los conoce y quieren dar la mejor impresión de ustedes, es decir hacerle ver como son en realidad. Hay un

problema sólo tienen unos segundos para presentarse y por ello sólo pueden utilizar en la descripción que harán 17 palabras como máximo. La finalidad del ejercicio es que sepan dar un cuadro completo de su personalidad con 17 palabras. Pueden utilizar símbolos o dibujos. Pueden resumir los hechos más sobresalientes de su vida y/o echar una mirada hacia el futuro.

Sugérenles que se pueden definir analizando atentamente los aspectos peculiares que son inconfundibles de ustedes o bien comparándose con otras personas que parecen importantes. Escojan el estilo que mejor les vaya. Es importante que se expresen con claridad para que los compañeros entiendan lo que quieren decir.

Tendrán 10 minutos para la tarea. Indícales que no pongan el nombre en su tarjeta y que después juntos se trabajarán las descripciones.

Al terminar se recogerán las tarjetas con las descripciones y las leerá el coordinador.

Se barajan las tarjetas y se discuten una a una. Cada participante expresa sus ideas y lo que les ha parecido interesante de la descripción. Traten de explicar de qué modo puede ayudar esta auto descripción al interesado para seguir creciendo y hacerse adulto.

Por último intenten adivinar quien ha escrito algunas de las auto descripciones. Digan que los hace pensar quién ha sido. El autor de la descripción no debe darse a conocer durante la descripción. Debe esperar a que adivinen su identidad.

¿Cómo se sintieron con el ejercicio? ¿Aprendieron algo nuevo de sí mismos, qué? ¿Se parecía alguna descripción a la mía? ¿Por la reacción de los compañeros puedo pensar que me han entendido?

## 2. Cierre 5

La facilitadora 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?

Despedir 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

## **Sesión 5 La depresión**

### **OBJETIVO**

Conocer qué es la depresión e indagar si los participantes están deprimidos

### **CONTENIDOS**

¿Qué es la depresión?

¿Qué puedo hacer?

### **MATERIALES**

Plumones cartulinas blancas cinta adhesiva lápices de colores o plumones de colores

### **DESARROLLO DE LAS ACTIVIDADES**

#### **1 ¿Qué es la depresión? Técnica Lluvia de ideas 5**

Dar la bienvenida a las participantes y recordarles las normas de interacción grupal

Invitarlas a sentarse en círculo de manera que todas incluido la facilitadora se puedan ver

Pedir al grupo que expresen lo que saben o piensan qué es la depresión Preguntar (En una hoja de rota folio ir anotando lo que las participantes vayan diciendo)

¿Qué es para ellas la depresión?

¿Existe diferencia entre depresión y tristeza?

¿Por qué se deprimen los jóvenes?

¿Cuáles son las conductas o gestos de las personas deprimidas?

¿Existen diferencias en la forma en la que hombres y mujeres manejan la depresión?

## 2 La depresión Exposición 10

La facilitadora presentará un panorama de lo que es la depresión Señalando que es un problema común causas síntomas formas de tratamiento (Utilizar lo que las jóvenes dijeron en la actividad 1)

Agregar que las personas se sienten deprimidas cuando se tiene un fracaso la pérdida de un ser querido o problemas con la familia el/la novia problemas en la escuela En algunas ocasiones la recuperación sucede con el tiempo pero en otras no y el sentimiento de malestar se prolonga y agudiza impidiendo hacer las actividades cotidianas digamos que por ahí empieza la depresión

También hablará de las confusiones que existen acerca de la depresión se la confunde con tristeza estrés etc Y por ello se ha establecido que para que alguien sea diagnosticado como deprimido tiene que presentar 5 de los 9 principales síntomas y además presentarlos por lo menos 2 semanas seguidas Los síntomas 1 Irritabilidad (cambio de carácter) mal humor todo causa molestia 2 Estar muy triste desganado y con sentimiento de vacío 3 Pérdida de interés en las cosas que solían gustar 4 Aumento o disminución en el consumo de alimentos y por ellos pérdida o aumento de peso 5 Problemas para dormir se duerme mucho o poco 6 Se tienen ideas de muerte y en ocasiones se piensa en el suicidio 7 Se siente apatía poca energía o fatiga 8 Sentimientos de impotencia inutilidad y/o culpabilidad 9 Pérdida de la concentración y la atención (estos síntomas se escribirán en una hoja de rota folio y se pegarán en la pared)

Informar que se ha encontrado que las personas deprimidas tienen una forma de pensar que establece un círculo vicioso y les hace difícil salir de la depresión  
1 Pone más atención a los acontecimientos negativos 2 Exagera hechos que no tendrán mayor repercusión 3 Es demasiado exigente consigo mismo 4 Se

culpa a sí mismo de todo lo que sale mal 6 Pocas veces se dan auto reconocimiento o se premian por lo que hacen bien

Se señalará cómo detrás de la depresión hay problemas no resueltos y cómo si se entienden enfrentan y se habla de los problemas eso ayuda a resolverlos y con ello se mejora el estado de ánimo se cambia la manera de pensar y permite no sentirse solo

### 3 Detección de depresión Técnica Línea de depresión 75

Pedir a los participantes que se pongan de pie y en silencio caminen despacio por el salón

Qué lean los síntomas de la depresión escritos en la hoja de rota folio y piensen en ellos mismos ¿cuáles piensan que padecen? ¿Hace cuánto tiempo que los padecen? ¿Cómo afecta su vida y sus actividades? ¿Qué han hecho para estar bien o mejor?

Entregarles una cartulina (colocar lápices de colores o plumones de colores en el centro del salón) pedir que tracen una línea horizontal En el extremo izquierdo escribirán la situación en la que estaban cuando no se sentían deprimidos quién los acompañaba y que qué hacían A lo largo de la línea en la parte superior irán poniendo los acontecimientos problemas o situaciones que los fueron llevando a sentirse mal y en la parte inferior de la línea lo que hicieron cómo intentaron resolver los problemas además si tenían alguien que los acompañara y con quien hablaban de lo que les pasaba

Solicitar 5 voluntarios (la siguiente sesión se dedicará a las presentaciones del resto de los participantes) para que presenten su línea Pedirles que peguen su cartulina en la pared y presenten su línea Todos escuchan y pueden hacerle preguntas (cuidar que durante las presentaciones el clima grupal sea de atención y respeto)

Preguntar a los participantes si se dieron cuenta de algo que no sabían ¿Qué piensan? ¿Quiere alguien del grupo decir o decirle algo a alguien?

Señalar las relaciones entre problemas tipos de problemas acciones y la posibilidad o no de hablarlo con alguien ¿Cuáles problemas son más difíciles y por qué?

Señalar que se continuará con esa actividad en la próxima reunión

#### 4 Cierre 5

La facilitadora preguntará a las 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 las participantes?

Despedir 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 que traigan la cartulina que usaron hoy y el lugar día y hora de la próxima reunión

### **Sesión 6 La depresión (continuación)**

#### **OBJETIVO**

Continuar con las presentaciones de las líneas de depresión

#### **CONTENIDOS**

Presentaciones de las líneas de la depresión

#### **MATERIALES**

Las cartulinas elaboradas en la sesión anterior cinta adhesiva

#### **DESARROLLO DE ACTIVIDADES**

##### 1 Presentación de las líneas de depresión 90



Dar la bienvenida a los participantes e invitarlos a sentarse en círculo de manera que todas incluido la facilitadora se puedan ver

Comentar de manera general cuál es el objetivo que se persigue con la sesión La importancia que reviste la participación de todos y cada uno de los asistentes y el respeto a lo que cada uno diga

Preguntar a las que participaron la sesión pasada cómo están y cómo se sintieron

Solicitar alguien para presentar su línea (pegarán las cartulinas en la pared) Todas escuchan y pueden hacerle preguntas

Preguntar a las participantes si se dieron cuenta de algo que no sabían ¿Qué piensan?

Señalar las relaciones entre problemas tipos de problemas acciones y la posibilidad o no de hablarlo con alguien ¿Cuáles problemas son más difíciles y por qué?

Cuando la mitad de los asistentes hayan hecho su presentación Hacer un breve receso para que se muevan 5

Continuar con las presentaciones

Para finalizar la reunión preguntar que podrían decir de su estado están deprimidos o están tristes ¿Qué sienten?

Señalar la importancia de las exigencias sociales y de los otros en los síntomas de depresión

## 2 Cierre 5

La facilitadora 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?

Despedir al grupo con una frase amable que resuma el trabajo realizado por ejemplo Fue muy grato trabajar con ustedes

Recordarles el lugar día y hora de la próxima reunión

## **Sesión 7 La intimidad en la familia en la pareja su construcción ¿he construido mi intimidad?**

### **OBJETIVO**

Facilitar el conocimiento de sí mismo de los límites de su persona y de las posibilidades de acercamiento de las personas Contribuye a reflexionar sobre la integridad personal

### **CONTENIDOS**

- 1 Intimidad Concepto e importancia
- 2 Niveles y características de la intimidad

### **MATERIALES**

Plumones tarjetas de colores o tarjetas blancas hojas de rota folio cinta adhesiva revistas o recortes de revistas

### **DESARROLLO DE ACTIVIDADES**

#### **1 Preparación para la reflexión Mi nombre de pila 20**

Esta técnica permite a las jóvenes ponerse en contacto con ellas mismas a través de un ejercicio con su nombre Mismo que ha sido pronunciado en diferentes tonos amistoso airado feliz molesto etc Se pondrán en contacto con sus reacciones emocionales a los mensajes no verbales que les envían los otros al pronunciar su nombre

Pedir a las jóvenes que se distribuyan por el salón que cierren los ojos (durante todo el ejercicio tendrán los ojos cerrados) y se concentren en su cuerpo que

sientan sus pies y el suelo en el que se apoyan que escuchen su respiración (30 segundos)

Preguntarles cómo es su respiración en este momento (10 segundos)

Pedirles que sientan las piernas el vientre la espalda las manos los brazos los hombros el cuello la cabeza (30 segundos)

Ahora pedirles que se repitan a sí mismos su nombre Decirles que lo pronuncien espontáneamente (esperar hasta que los participantes estén emotivamente concentrados en la tarea 2 aprox )

Pedirles que sigan repitiendo su nombre y que al mismo tiempo intenten asumir una postura que se adapte a sus sentimientos al modo con el que están pronunciando su nombre Decirles que cuando encuentren la postura ideal la adopten y que sigan repitiendo su nombre (Esperar que todos hayan encontrado la postura ideal 2 aprox )

Pedirles que busquen una palabra o frase que pueda expresar lo que están sintiendo Luego que pronuncien de manera alternada su nombre y la palabra o frase que encontraron (esperar a que hayan encontrado la palabra o frase y a que la pronuncien 30 segundos)

Pedirles que dejen de hablar y que se concentren exclusivamente en sus sensaciones y en la postura que han tomado (30 segundos) Después de esto volverán a la postura normal de su cuerpo y abrirán lentamente los ojos

Reunirlas a todas en círculo para valorar el ejercicio ¿Quién quiere contar su experiencia?

¿Qué he sentido?

¿Qué edad tenía en la esfera de lo emotivo durante el ejercicio?

¿Qué me parecía especialmente importante a esa edad?

¿Quién ha pronunciado mi nombre de modo más agradable?

¿Quién ha pronunciado mi nombre de modo peor? ¿Qué mensaje recibí?  
 ¿Cómo debieran decir mi nombre hoy? ¿Cómo no debieran decir mi nombre nunca?  
 ¿Algo más que decir?

## 2 La intimidad ¿Qué es? Exposición 15

Dar la bienvenida a las participantes e invitarlos a sentarse en círculo de manera que todas incluida la facilitadora se puedan ver

Preguntar qué han pensado de lo que se vio en las dos sesiones anteriores

Preguntar qué es para ellos la intimidad Tomar nota de las respuestas para usarlas en la exposición acerca del tema

Exposición La Intimidad señalar que se construye y su importancia para estar bien

Pedir comentarios y/o preguntas

## 3 Trabajo en parejas ¿Cómo he conquistado mi intimidad? 50

Pedir que se reúnan en parejas Las parejas podrán ser homo o heterosexuales  
 Se colocarán bien distribuidos en el salón

Pedir que una cierre los ojos La otro integrante de la pareja irá realizando las acciones que la facilitadora indique La que tiene los ojos cerrados le indicará a su compañera cuando debe parar esto es cuando ya no soporta la situación

Decir las instrucciones en voz suave y clara

Irse acercando de frente a la compañera la otra indica hasta donde se siente cómoda

Irse acercando por detrás a la compañera la otra indica hasta donde se siente cómoda

Acercarle el cabello la cabeza la cara los ojos los labios

**Tomarlo de las manos y acariciarias**

**Tocar los brazos los hombros el cuello la espalda las nalgas**

**Abrazarla**

Quando pasen unos minutos después de la última instrucción pedir que cambien ahora la que tenía los ojos cerrados será la que toque y la otra permanecerá con los ojos cerrados

Al terminar pedir que se sienten en círculo y preguntar ¿cómo se sintieron en cada situación siendo tocada y tocando? ¿Se portaron durante el ejercicio como se portan todos los días? ¿Conocían el límite de su intimidad? ¿Cuáles cercanías les fueron más agradables y cuáles desagradables? ¿Sería igual con todas las personas papá mamá hermanos novio?

Recordar los puntos principales que se vieron en la exposición retomando lo que se acaba de decir

#### 4 Cierre 5

La facilitadora preguntará a las 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?

Despedir al grupo con una frase amable que resuma el trabajo realizado por ejemplo Fue muy grato trabajar con ustedes El trabajo fue enriquecedor

Recordarles el lugar día y hora de la próxima reunión

### **Sesión 8 Las relaciones con los otros los amigos y las redes sociales**

#### **OBJETIVOS**

Explicar qué son las redes sociales y propiciar su construcción

Pedir a otra participante que pase al frente a sacar un papel de la canasta (caja o bolsa) Cada vez se lee la frase vaga escrita en el papel que sacó y presenta una reelaboración de la misma convirtiéndola en una frase asertiva la dice al grupo

Determinar si la forma en que la participante cambió la frase de vaga a asertiva usando la palabra 'yo' es correcta ¿Preguntar si hay otras opciones? Continuar hasta terminar con las frases de la canasta

Preguntar al grupo

¿Cómo se sintieron?

¿Qué aprendieron?

¿Les resultó difícil ser asertivas durante el ejercicio?

Pedir que se reúnan en parejas y discutan alguna situación en la que no hayan actuado asertivamente ¿Qué podrían haber hecho? Cada Pareja tiene 3 minutos para representar la situación y la forma en que ahora contestarían

Discutir en plenaria las representaciones recalcando la importancia de la comunicación asertiva y de aprender a hablar expresando los sentimientos y deseos Enfatizar que ser asertivo requiere de práctica constante

### 3 Las redes sociales Exposición 20

Se le explicará al grupo lo que son las redes sociales y su importancia Son el grupo de personas con las que problemas en las que se confía y que sabemos que responderán en caso de que se tengan problemas No con todas las personas la relación es igual con algunas podemos hablar de los que nos pasa a otras les podemos pedir dinero o cosas a otra compañía etc

Preguntar si ellas tienen una red social ¿De qué tipo es? ¿Están contentos con ella? ¿La ha utilizado y cuál ha sido la respuesta?

Ahora en una hoja van dibujar su red social señalando si es una relación de parentesco o bien de amistad o vecindad en qué momentos acudirían a ella Usen colores para diferenciar los aspectos de la red

¿Descubrieron algo? ¿Podrían ampliar su red? ¿Cómo lo harían?

#### 4 Cierre 5

La facilitadora preguntará a las 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?

Invitar a los participantes a que se fijen tareas a partir de los ejercicios realizados En esta ocasión podría ser observar como son sus relaciones con los amigos empezar a construir redes sociales

Recordarles el lugar día y hora de la próxima reunión

### **Sesión 9 Formas de solucionar los problemas (personales) reconocerlos pedir ayuda**

#### **OBJETIVOS**

- 1 Distinguir tipos de problemas
- 2 Conocer formas para solucionar problemas

#### **CONTENIDOS**

- 1 Los problemas tienen soluciones cómo buscarlas

#### **MATERIALES**

Plumones tarjetas blancas hojas de rota folio cinta adhesiva

#### **DESARROLLO DE ACTIVIDADES**

##### 1 Reconocer las formas de cada uno para resolver problemas personales

##### Técnica lluvia de ideas 5

Dar la bienvenida a las participantes e invitarlas a sentarse en círculo de manera que todas incluida la facilitadora se puedan ver Recordar que es la penúltima sesión del taller

**Preguntar al grupo ¿Cómo resuelven sus problemas?**

**Anotar las respuestas en una hoja de rota folio o en el pizarrón después jerarquizarlas por orden desde la que siempre usan a la que menos usan**

## **2 Los problemas Exposición con discusión 10**

**Retomar lo que se dijo en la actividad anterior**

**Llevar al grupo a reconocer que los conflictos y los problemas son inherentes al ser humano**

**Señalar que la primera acción en la solución de un problema es tomar uno por uno y luego ubicarlo o definirlo ¿cuál es el problema? Y ¿qué nos pasa con ese problema cómo nos hace sentir?**

**Revisar las soluciones que se han intentado e identificar los resultados Cuando se intentan las mismas soluciones y no resultan lo que se tiene es un sentimiento de fracaso lo cual puede dar lugar a un círculo vicioso en el que como se fracasa el problema se hace más grande y se siente cada vez más fracaso**

**Recordar al grupo que evitar o negar los problemas no ayuda en nada Formas de evitarlos no aclaramos cuál es el problema no reconocer que tenemos un problema esconder lo que sentimos asilarnos de los otros desquitarnos con los otros**

**Las formas en las que se resuelven los problemas tienen que ver con lo que se piensa de sí mismo y por ello para cambiarlas hay que**

**Conocer cómo nos vemos ¿Cuáles son nuestras cualidades y cuáles nuestros defectos? ¿Cómo tratamos nuestros errores (algunos son ideas falsas que te hicieron creer)? ¿Qué hacemos con nuestras cualidades?**

## **3 Cómo cada uno resuelve sus problemas Técnica Mis problemas . ¿mis soluciones? 70**



Pedir a las jóvenes que se sienten cómodamente que cierren los ojos y empiecen a relajarse (puede usarse el formato de otra de las sesiones o la que la coordinadora prefiera) Pedirles que se enfoquen en algún problema que hayan tenido en la solución que se dio las consecuencias y sus sentimientos (darles 10 )

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?

#### 4 Cierre 5

La facilitadora preguntará a las 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 10 Evaluación y despedida**

#### **OBJETIVO**

**Evaluar el impacto del taller y concluir las actividades**

## CONTENIDOS

- 1 Evaluación del taller de la participación y del grupo
- 2 Rescatar los efectos positivos de trabajar en grupo
- 3 Cierre del trabajo grupal en el taller
- 4 Llenar el cuestionario de evaluación del taller

## MATERIALES

Hojas de rota folio de la primera sesión actividad 1 Graffiti cinta adhesiva plumones tarjetas de 20 X 15 cm

## DESARROLLO DE ACTIVIDADES

### 1 Evaluación del taller 40

Dar la bienvenida a las participantes e invitarlas a sentarse en círculo de manera que todas incluida la facilitadora se puedan ver

Hacer un breve ejercicio de relajación en el que se señale que se concentren en lo que ha pasado durante el taller qué fue lo que más les gustó qué no les gustó cómo se sentían cuando llegaron y cómo se sienten ahora qué aprendieron

Pedir que se pongan de pie y en silencio pasen a escribir en las hojas de rota folio pegadas en las paredes Serán cuatro hojas con los siguientes encabezados ¿Cómo me sentía cuando llegué? ¿Cómo me voy? ¿Qué aprendí de mí que no sabía? ¿Qué aprendí de mí que quiero cambiar? Pedir que cuando hayan escrito por lo menos una vez en cada hoja pasen a su lugar

Cuando todas estén sentadas la facilitadora pegará las hojas que se llenaron el primer día y solicitará algunos voluntarios que lean lo que está escrito en cada hoja Después de la lectura (de cada hoja) pedir que comenten lo que piensan

Pedir comentarios y estimar los logros y lo que le queda a cada una pendiente

### 2 El árbol de la autoestima 20

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.

### 3. Despedida de cada integrante del taller. Técnica: Mis regalos. 20

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 si 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 las unas a las otras 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 todas las 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 ¿algun comentario más?

### 4. Cuestionario de evaluación del taller. 10

Cada participante llenará el cuestionario y lo entregará a la facilitadora. La que termina se puede ir (Opcional hacer un convivio en el que cada quien lleve algo para comer o beber)

### **13 Población y Muestra**

Población objetivo Nuestra unidad de análisis es decir quienes van a ser evaluados y a quienes se les aplicó la intervención psicoterapéutica serán las madres adolescentes que viven en el Hogar Guadalupe en Arraiján y que tienen entre 14 y 19 años de edad

Muestra se seleccionarán mediante muestreo intencional es decir todas las madres adolescentes que viven en el Hogar Guadalupe en Arraiján y que cumplan con los criterios de inclusión (Sampieri H op cit)

### **14 Técnica de Muestreo**

Por nuestro problema de investigación utilizamos un muestreo no probabilístico ya que la elección de los elementos no depende de la probabilidad sino de las causas relacionadas con las características del investigador y no a la representatividad de los elementos. El grupo que recibirá el tratamiento y que será evaluado vive en el Hogar Guadalupe y cumplen con los criterios de inclusión. Es un tipo de muestra llamado sujetos-tipos. El grupo está previamente determinado por las condiciones y objetivos de la investigación (Sampieri H op cit)

### **15 Criterios de inclusión**

- Estar embarazada o ser madre adolescente recientemente (1 año y 6 meses como máximo)
- Presentar síntomas depresivos según los criterios diagnósticos del DSM IV para el trastorno depresivo o el trastorno distímico
- Edad comprendida entre 10 y 19 años
- Disposición de participar y asumir las condiciones que el tratamiento requiere
- Firmar la nota de consentimiento

- Vivir en el Hogar Guadalupe
- No estar recibiendo otra intervención Psicoterapéutica

### **16 Criterios de exclusión**

- Tener un diagnóstico de retardo mental
- Padecer de otro trastorno psiquiátrico
- No asistir a dos citas seguidas en cualquier etapa de la intervención
- Tener algún trastorno neurológico o neuropsicológico
- Abandonar las sesiones en cualquier momento
- No firmar la nota de consentimiento

### **17 Procedimiento**

- Una vez especificado el tema de investigación y el diseño metodológico procedimos a buscar y examinar diversas fuentes bibliográficas sobre el tema
- Con el material bibliográfico se llevó a cabo la construcción del marco teórico y los temas de las sesiones tanto individual como de psicoterapia de grupo
- Solicitamos permiso a las autoridades pertinentes en La Fundación Ofrece un Hogar quienes tienen bajo su amparo a El Hogar Guadalupe en Arraiján para realizar la intervención psicoterapéutica en sus instalaciones
- Se entrevistó a las pacientes para determinar si cumplían con los criterios de inclusión de esta investigación
- Se solicitó la firma de la nota de consentimiento informado
- Primeramente se realizó la entrevista clínica psicológica siguiendo los parámetros establecidos por la clínica psicológica y se confeccionó la historia clínica y el diagnóstico multiaxial para cada una de ellas. A estas jóvenes se les aplicó una primera medición. Las pruebas utilizadas para medir los posibles niveles de depresión fueron la escala de depresión de Zung y el cuestionario de 90 síntomas SCL 90-R. Este pre-prueba fue aplicado una semana antes de haber iniciado el tratamiento.

- Luego de la primera medición se procedió a aplicar el tratamiento psicoterapia breve intensiva y de urgencia de la depresión (sesiones individuales y grupales) a las 10 adolescentes Sin embargo este tratamiento sólo lo culminaron 7 de ellas El tratamiento se mantuvo con una frecuencia de dos veces por semana en un período de tres meses y finalizó el último mes con una frecuencia de una vez por semana En total fueron 12 sesiones individuales con un período de duración de 50 minutos cada una y 10 sesiones grupales

### **18 Técnicas e instrumentos de medición**

- Entrevista psicológica

Se realizó con el fin de determinar las características generales de las pacientes y obtener datos relacionados con los síntomas depresivos pérdidas reales o imaginarias que la paciente ha tenido a lo largo de su vida (de su autoimagen sueños familiares pérdidas físicas o emocionales) historia clínica familiar y personal anamnesis somática estado actual de la enfermedad las cuales serán reportadas por ellas mismo al preguntárseles

- SCL 90-R cuestionario de 90 síntomas

La prueba discrimina a través de 90 reactivos 9 escalas sintomáticas Las escalas que incluye son

Dimensión de los síntomas somáticos

Dimensión de los síntomas de los síntomas obsesivo-compulsivo

Dimensión de los síntomas de sensibilidad interpersonal

Dimensión de los síntomas de síntomas depresivos

Dimensión de los síntomas ansiosos

Dimensión de los síntomas de irrtabilidad

Dimensión de los síntomas fóbicos

Dimensión de los síntomas de la ideación paranoide

Dimensión de los síntomas de tipo psicótico

Dimensión de los síntomas físicos adicionales

Todas estas variables juntas nos brindan una interpretación de los resultados tiene tres niveles de información del estado emocional y psicológico de los pacientes global dimensional y síntomas discretos

En cuanto al Índice Global este se refiere a tres sub índices

GSI (Índice Global de Gravedad) que se refiere a la intensidad media del conjunto de los 90 ítems

PST (Total de Síntomas Positivos) hace referencia al número medio de síntomas experimentados por cada paciente

PSDI (Índice de Distrés de Síntomas Positivos) se refiere a la intensidad media de los síntomas positivos

En cuanto al Índice Dimensional proporciona 9 sub índices uno por cada dimensión sintomática

Por último tenemos los Síntomas Discretos hace referencia a la intensidad media obtenida en una serie de reactivos que hacen referencia a trastornos del sueño del comportamiento alimentario etc

La validez confiabilidad y sensibilidad de éste instrumento factorial ha sido ampliamente comprobado en diversos estudios tanto con población clínicamente sana como con paciente con enfermedades físicas y con población psiquiátrica (Derogatis 2002)

- Escala Zung para la depresión

La Escala Autoaplicada de Depresión de Zung (*Self Rating Depression Scale SDS*) desarrollada por Zung en 1965 es una escala de cuantificación de síntomas de base empírica y derivada en cierto modo de la escala de depresión de Hamilton ya que al igual que ella da mayor peso al componente somático-conductual del trastorno depresivo

Es una escala autoaplicada formada por 20 frases relacionadas con la depresión formuladas la mitad en términos positivos y la otra mitad en términos negativos. Tienen gran peso los síntomas somáticos y los cognitivos con 8 reactivos para cada grupo completándose la escala con dos referentes al estado de ánimo y otros dos a síntomas psicomotores.

### **Confiabilidad**

Los índices de confiabilidad son buenos. Índices de 0.70-0.80 en la partición por mitades y con el índice de Cronbach ofrece correlaciones entre 0.79 y 0.92.

### **Validez**

Los índices de correlación con otras escalas (escala de depresión de Hamilton inventario de depresión de Beck) y con el juicio clínico global oscilan entre 0.50 y 0.80.

## **B Presentación y análisis de los resultados**

Los resultados de este estudio se presentan en tres secciones. En la primera presentamos los datos que identifican a nuestra muestra de estudio. En la segunda parte presentaremos los datos estadísticos de las pruebas de hipótesis y el análisis de las mismas. Y a continuación presentamos las historias clínicas y su correspondiente interpretación psicodinámica a través de la cual se hace el análisis cualitativo del trabajo realizado.



## 1 Datos Demográficos y Análisis Descriptivo de la Muestra de Estudio

### DESCRIPCIÓN DE LA MUESTRA

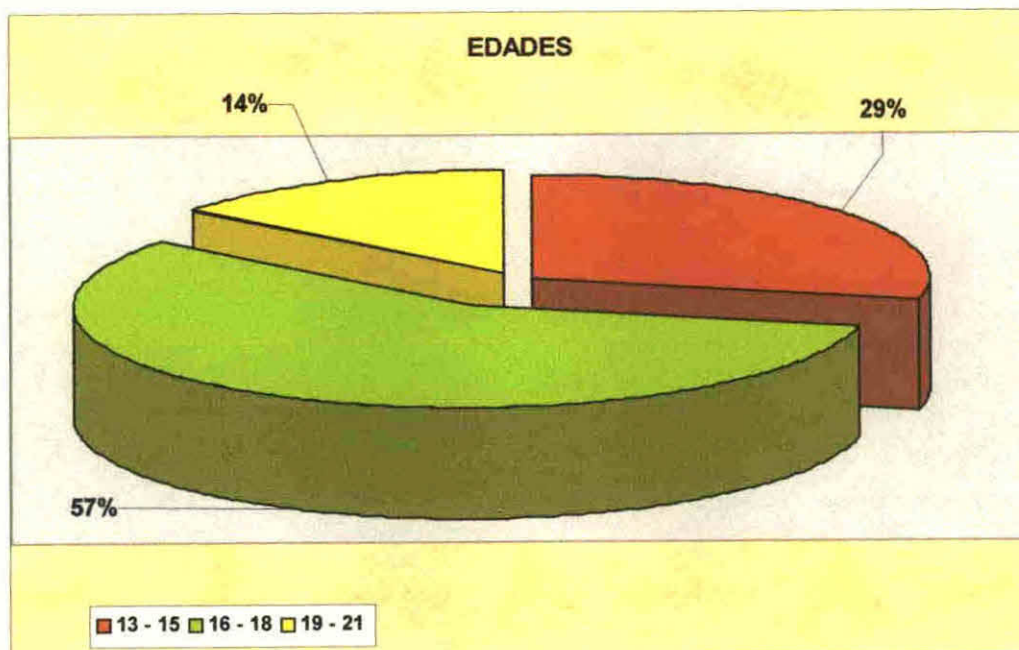
TABLA 1

Sujeto	Edad	Escolaridad	Tiempo en la Institución	Diagnóstico Psic Segun criterios del DSM-IV-R
A	14	Primaria	18 meses	F32 2
B	17	Primaria	7 meses	F32 2
C	18	Primer ciclo	5 meses	F32 2
D	15	Primer ciclo	7 meses	F32 2
E	17	Primer ciclo	18 meses	F32 2
F	17	Segundo ciclo	6 meses	F32 2
G	19	Universidad (1er año)	2 semanas	F32 2

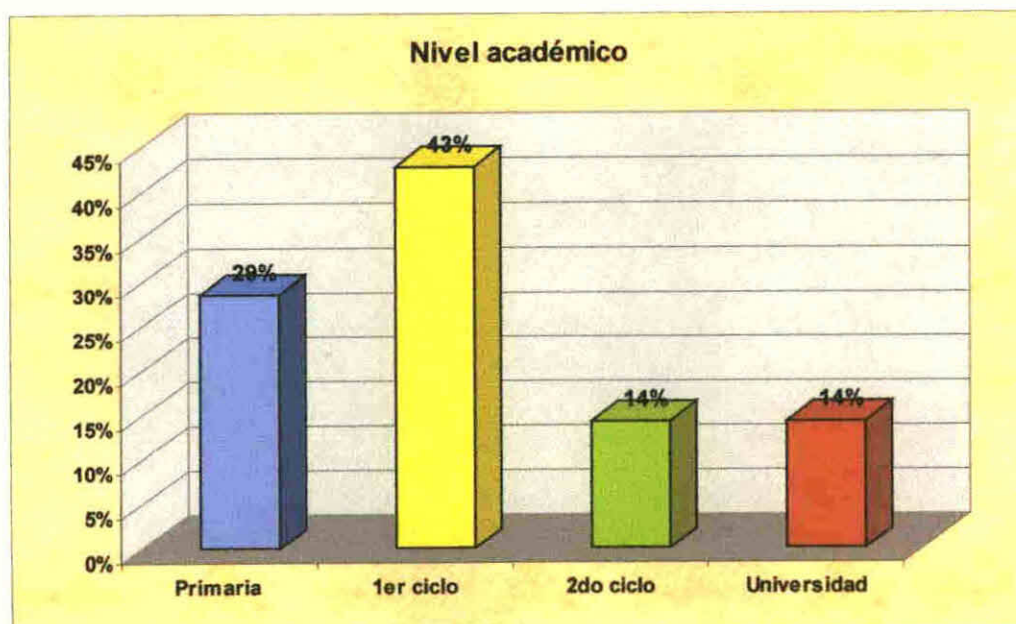
Fuente de los datos M Vásquez, 2007

Tal y como se aprecia en la tabla N 1 y en las gráficas N 1 y 2 las cuales describen las características de la muestra segun edad escolaridad tiempo en la institución y diagnóstico psicológico la muestra estuvo constituida por 7 adolescentes mujeres con una edad promedio de 16 años 7 meses La más joven de 14 años y 3 meses y la mayor de 19 años y 5 meses La escolaridad promedio para este grupo es de primer ciclo de secundaria y el 100% de ellas tienen un diagnóstico basado en el DSM-IV de trastorno depresivo mayor

Gráfica N°1



Gráfica N°2

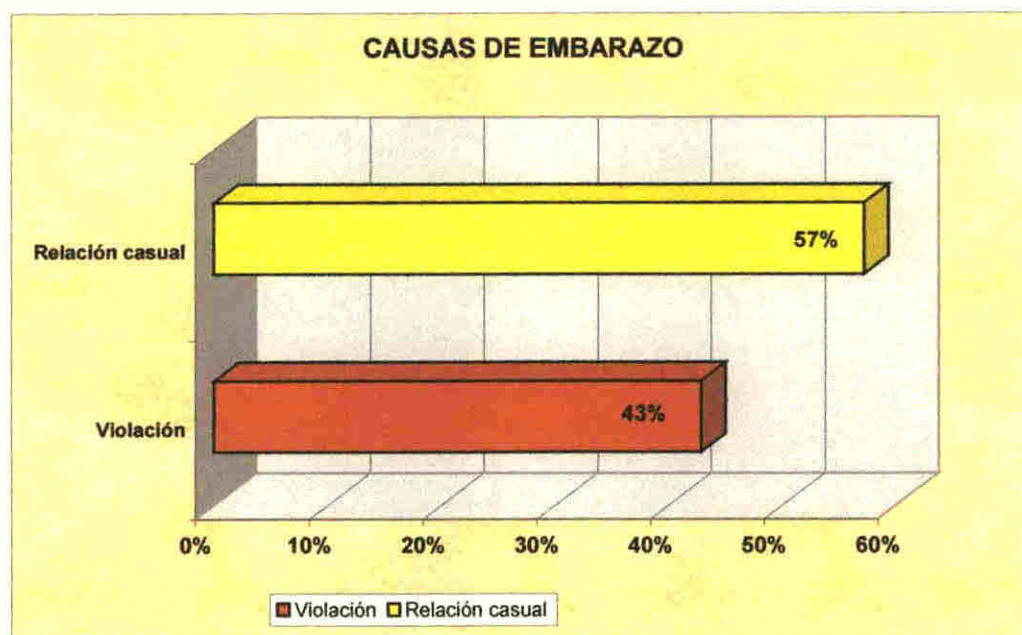


## CAUSAS DE EMBARAZO

TABLA 2

Violación	relación casual
3	4

Gráfica N°3



Las causas de los embarazos fueron diversas. Entre ellas se encontraron las siguientes:

- Tres, es decir el 43 % fueron producto de violación
- El resto, en 4 de ellas, el 57% fue un embarazo no deseado producto de su primera experiencia sexual y fueron abandonadas por la pareja sexual así como por sus familiares.

## 2 Datos estadísticos de las pruebas de hipótesis y su análisis

CUESTIONARIO DE 90 SÍNTOMAS SCL 90 R  
VARIABLE ANSIEDAD  
COMPARACIÓN ENTRE LA PRE PRUEBA Y POS-PRUEBA DEL GRUPO

**TABLA 3**

Sujeto	A	B	C	D	E	F	G
Pre-test	4	3	4	3	3	4	3
Post test	2	2	2	2	2	2	1

### Hipótesis

**H<sub>0</sub>** No existen diferencias significativas entre los puntajes de Pr obtenidos por el grupo antes y después de iniciado el tratamiento

**H<sub>i</sub>** Existen diferencias significativas entre los puntajes de Pr obtenidos por el grupo antes y después de iniciado el tratamiento

**Nivel de significación**  $\alpha=0.05$

### Cálculo del estadístico de la prueba

Observaciones	Media	Desviación estándar
7	3.42	0.54
7	1.71	0.48

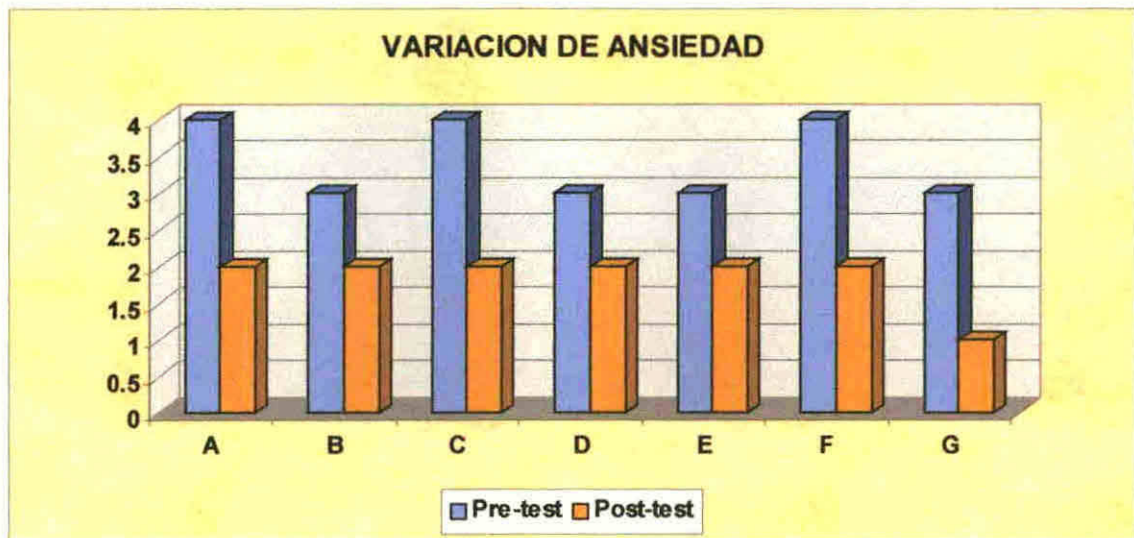
### Prueba de Mann Whitney (bilateral)

U	49.00
Esperanza	24.00
Varianza (U)	56.538
p-valor	0.0001
Alfa	0.05

Interpretación de la prueba

Como el p-valor es menor que el nivel de significación  $\alpha=0.05$ , se debe rechazar la hipótesis nula y aceptar la hipótesis alterna. De manera que existe suficiente evidencia estadística para afirmar que el tratamiento fue efectivo para disminuir los niveles de ansiedad asociados a la depresión.

Gráfica N°4



Esta gráfica nos muestra las puntuaciones escalares que presentan las adolescentes en la subescala de ansiedad en la pre-prueba y post-prueba, en donde 4 es el puntaje más alto y 1 el más bajo. De acuerdo con la gráfica, la distribución de las pacientes de mayor a menor nivel de ansiedad después del tratamiento es la siguiente: Las pacientes A, C y F disminuyeron de un 4 a un 2 en los puntajes después del tratamiento; mientras que las pacientes B, D y E bajaron de 3 a 2 puntos; y la paciente G baja de 3 a 1. De acuerdo con los objetivos de la investigación y la intervención psicoterapéutica mixta, lo cual demuestra que se logró disminuir significativamente los síntomas de ansiedad asociados a la depresión.

**VARIABLE SENSIBILIDAD INTERPERSONAL**  
**COMPARACIÓN ENTRE LA PRE PRUEBA Y POS PRUEBA DEL GRUPO**

**TABLA 4**

<b>Sujeto</b>	<b>A</b>	<b>B</b>	<b>C</b>	<b>D</b>	<b>E</b>	<b>F</b>	<b>G</b>
<b>Pre test</b>	3	4	4	4	4	3	3
<b>Post test</b>	1	2	3	3	1	4	3

**Hipótesis**

**H0** No existen diferencias significativas entre los puntajes de Pr obtenidos por el grupo antes y después de iniciado el tratamiento

**H1** Existen diferencias significativas entre los puntajes de Pr obtenidos por el grupo antes y después de iniciado el tratamiento

**Nivel de significación**  $\alpha=0.05$

**Cálculo del estadístico de la prueba**

<b>Observaciones</b>	<b>Media</b>	<b>Desviación estándar</b>
7	3.57	0.54
7	2.42	1.13

**Prueba de Mnn Whitney (bilateral)**

<b>U</b>	39.00
<b>Esperanza</b>	24.50
<b>Varianza (U)</b>	53.712
<b>p-valor</b>	0.0001
<b>Alfa</b>	0.05

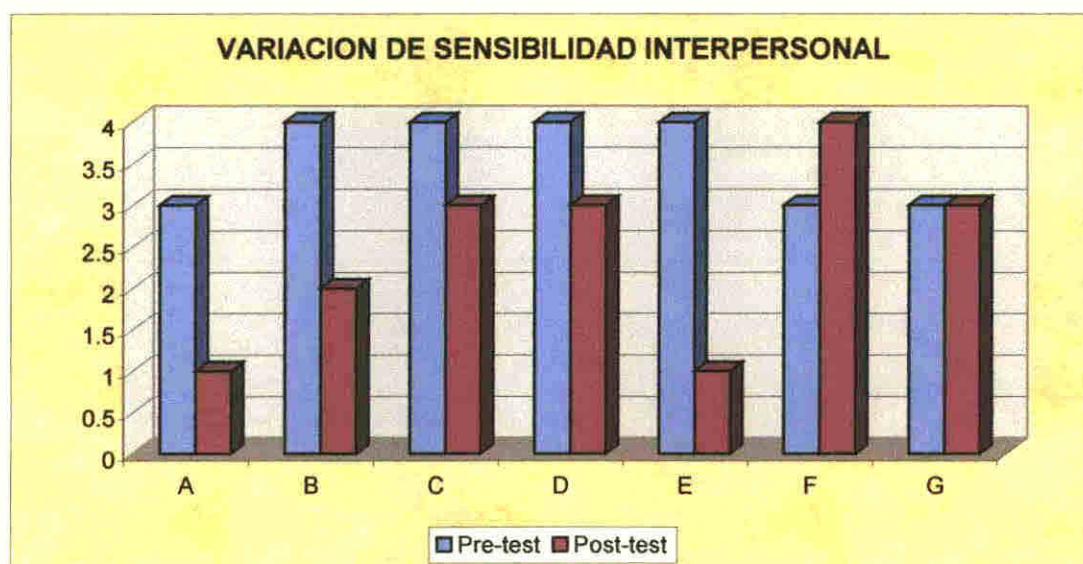
**Interpretación de la prueba**

Como el p-valor es menor que el nivel de significación  $\alpha=0.05$  se debe rechazar la hipótesis nula y aceptar la hipótesis alterna. Es decir que existen diferencias



significativas entre los puntajes de Pr obtenidos por el grupo antes y después de iniciado el tratamiento. De manera que el resultado de la prueba de hipótesis para la escala de sensibilidad interpersonal del cuestionario SCL-90-R para determinar síntomas patológicos, muestra que si existe una diferencia significativa entre la pre y la post prueba; disminuyendo los síntomas de sensibilidad interpersonal considerablemente. Esta variable de sensibilidad interpersonal está, de acuerdo con esta prueba, íntimamente relacionada con la depresión.

**Gráfica N°5**



Ésta gráfica, nos muestra las puntuaciones que presentaron las jóvenes en la escala de sensibilidad interpersonal antes y después de la intervención terapéutica. Se observa que en 5 de las jóvenes disminuyó la presencia del síntoma de sensibilidad interpersonal, mientras que en la paciente F éste aumentó y en la paciente G se mantuvo sin ningún cambio. Esto nos indica que el tratamiento fue efectivo para algunas más que para otras.

**VARIABLE DEPRESIÓN**  
**COMPARACIÓN ENTRE EL PRETEST Y POSTEST DEL GRUPO**

**TABLA 5**

<b>Sujeto</b>	<b>A</b>	<b>B</b>	<b>C</b>	<b>D</b>	<b>E</b>	<b>F</b>	<b>G</b>
<b>Pre-test</b>	4	4	4	4	4	3	3
<b>Post-test</b>	1	2	2	3	2	1	2

**Hipótesis**

**H0** No existen diferencias significativas entre los puntajes de Pr obtenidos por el grupo antes y después de iniciado el tratamiento

**H1** Existen diferencias significativas entre los puntajes de Pr obtenidos por el grupo antes y después de iniciado el tratamiento

**Nivel de significación**  $\alpha=0.05$

**Cálculo del estadístico de la prueba**

<b>Observaciones</b>	<b>Media</b>	<b>Desviación estándar</b>
7	3.57	0.54
7	2.00	1.00

**Prueba de Mnn Whitney (bilateral)**

<b>U</b>	44.00
<b>Esperanza</b>	24.50
<b>Varianza (U)</b>	56.538
<b>p-valor</b>	0.015
<b>Alfa</b>	0.05

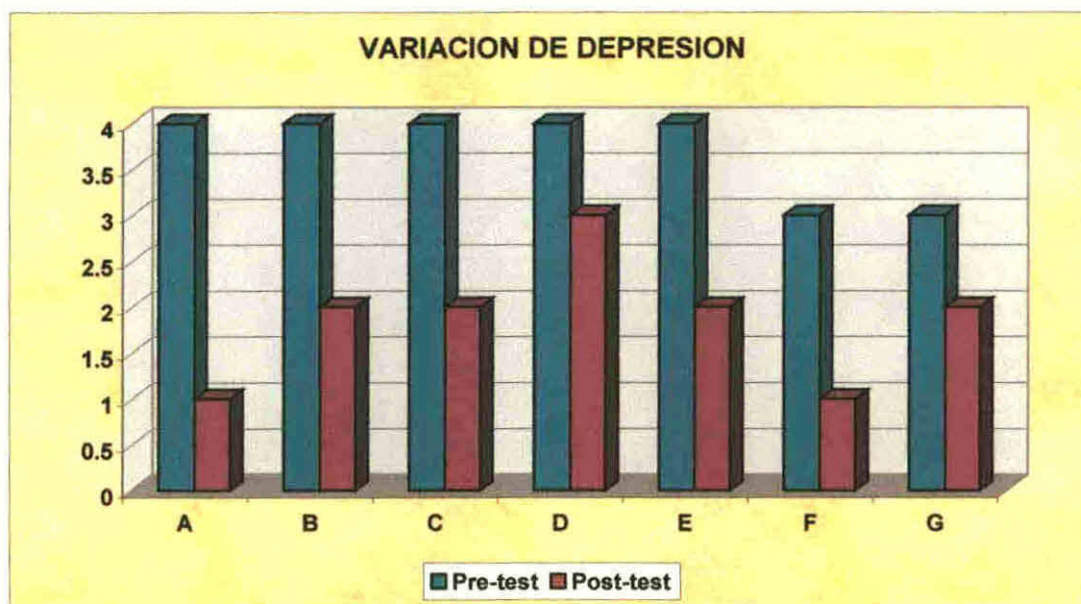
**Interpretación de la prueba**

Como el p-valor es menor que el nivel de significación  $\alpha=0.05$  se debe rechazar la hipótesis nula y aceptar la hipótesis alterna. De manera que el resultado de la prueba de hipótesis para la escala de depresión del cuestionario SCL 90-R para



determinar síntomas patológicos, muestra que si existe una diferencia significativa entre la pre y la post prueba; disminuyendo los síntomas depresivos considerablemente.

**Gráfica N°6**



Tal y como se observa en la gráfica, los niveles de depresión, medidos con la escala SCL-90-R para medir síntomas patológicos en donde 4 es el puntaje más alto y 1 el más bajo, disminuyeron considerablemente luego de la intervención psicoterapéutica mixta. Esta disminución varía de una paciente a otra. De acuerdo con la gráfica, la distribución de las pacientes de mayor a menor nivel de depresión después del tratamiento es la siguiente: Paciente D con (3), B, C y G con (2), las pacientes A y F con (1). No se eliminaron los niveles de depresión, sin embargo, disminuyeron significativamente después del tratamiento probando así la efectividad del mismo.

**ESCALA DE DEPRESIÓN DE ZUNG**  
**COMPARACIÓN ENTRE EL PRETEST Y POSTEST DEL GRUPO**

**TABLA 6**

<b>Sujetos</b>	<b>Pre-test</b>	<b>Post test</b>
<b>A</b>	59	47
<b>B</b>	57	41
<b>C</b>	67	44
<b>D</b>	70	50
<b>E</b>	68	52
<b>F</b>	55	43
<b>G</b>	61	36

En la Tabla (N 6) podemos observar el nivel de depresión de las pacientes antes y después de aplicado el tratamiento. La distribución de las pacientes de mayor a menor nivel de depresión era la siguiente: la paciente B con (70), C con (68), A con (67) las tres con niveles de depresión grave; F con (61), G con (59), E con (57) y D con (55) todas éstas con niveles de depresión moderada. Luego de recibir el tratamiento, la distribución de las pacientes según la variación en los niveles de depresión de mayor a menor fue: La paciente E con (52) con un nivel de depresión moderada, y las pacientes A con (47), B con (41), C con (44), D con (50), la paciente F con (43), G con (36) todas éstas con niveles de depresión leve.

**Hipótesis**

**H0** No existen diferencias significativas entre los puntajes de Pr obtenidos por el grupo antes y después de iniciado el tratamiento.

**H1** Existen diferencias significativas entre los puntajes de Pr obtenidos por el grupo antes y después de iniciado el tratamiento.

**Nivel de significación**  $\alpha=0.05$

**Cálculo del estadístico de la prueba:**

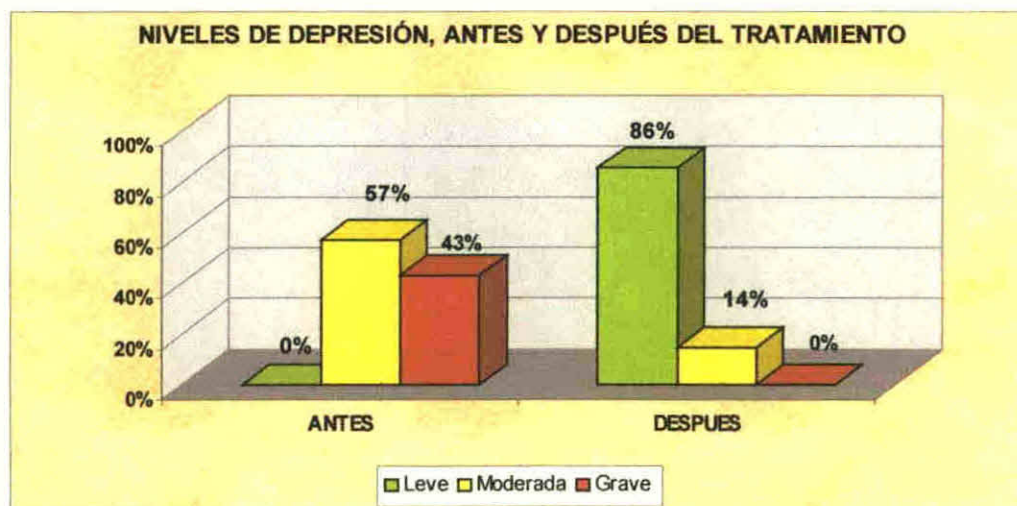
Observaciones	Media	Desviación estándar
7	62.42	5.88
7	44.71	5.46

**Prueba de Mnn-Whitney (bilateral)**

U	49.00
Esperanza	24.50
Varianza (U)	61.250
p-valor	0.0001
Alfa	0.05

## Interpretación de la prueba:

Como el p-valor es menor que el nivel de significación  $\alpha=0.05$ , se debe rechazar la hipótesis nula y aceptar la hipótesis alterna. Es decir, que la diferencia de posición entre las muestras es significativamente diferente.

**Gráfica N°7**

De acuerdo con los datos reflejados en la gráfica N 7 podemos describir los siguientes resultados un 43% de las pacientes padecía una depresión grave un 57% padecía una depresión moderada de acuerdo con la escala de depresión de Zung

Después del tratamiento los niveles de depresión pasaron de Grave a moderada y leve en un menor porcentaje Grave de un 43% bajo a un 0% Moderada de un 57% bajo a un 14% quedando el mayor porcentaje del nivel de depresión en la categoría leve de acuerdo con la escala Zung de la depresión Esto nos indica que a pesar de no haber eliminado en su totalidad los síntomas depresivos fueron disminuidos a través del tratamiento de forma efectiva

### **3 Historias Clínicas e Interpretación Psicodinámica**

#### **Caso N 1**

##### Datos generales

Nombre	L S
Sexo	F
Fecha de nacimiento	25 de agosto de 1989
Edad	18 años
Dirección	Casa Hogar Guadalupe
Situación socioeconómica	Clase baja Condiciones pobres
Estado Civil	Madre Soltera
Ocupación y profesión	ninguna
Personas con quien vive	comparte el hogar Guadalupe con otras 7 compañeras sus hijos y la administradora del mismo

##### Historia de la enfermedad actual

Los primeros síntomas de la depresión se presentaron hace un año cuando supo que estaba embarazada. Las condiciones en las que se encontraba al momento del embarazo eran precarias, vivía con sus abuelos maternos.

No asistía al colegio ya que debía trabajar. Se encontraba trabajando como doméstica cuando conoció a un joven con el cual tuvo relaciones sexuales dejándola embarazada y sin brindarle su apoyo. En vista de que no sabía cómo decirle a sus abuelos, personas mayores, acudió al hogar Guadalupe por recomendación de una conocida.

Llegó al Hogar Guadalupe con 7 meses de embarazo. Una tía le informó a los abuelos acerca de su estado y donde se encontraba. Desde entonces no duerme bien, siente períodos de tristeza profunda y desesperanza hacia el futuro. Ya tiene 5 meses de estar en el Hogar Guadalupe y no tiene idea de hacia dónde irá al salir del mismo.

### Anamnesis personal y familiar

Su condición socioeconómica es de clase baja criada por abuelos paternos en Danén alimentación básica educación primaria y no terminó la secundaria Trabajó como empleada doméstica por un año y dejó los estudios durante ese período

Su madre la dejó en casa de los abuelos paternos y se desentendió de ella al igual que el padre Su padre tiene 7 hijos con la señora con quien vive ella llegó a conocerlos durante algunas idas eventuales a casa del padre relata haberse sentido rechazada por todos Su madre también tiene hijos por su parte y no tiene esposo ni compañero

A sus 16 años su abuelo se enferma y la mandan para donde su mamá La cual la pone a trabajar y pierde ese año de estudios Luego queda embarazada de un joven que conoció en una feria y no lo vio más

Solo cursado los estudios primarios y primer ciclo de secundaria recuerda buenas calificaciones y buenos momentos con compañeros del colegio primario Tuvo que dejar los estudios por falta de recursos y luego por el embarazo

### **Examen del estado mental**

- **Aspecto general** considerando las condiciones de pobreza y que se encuentra actualmente recibiendo apoyo del Hogar Guadalupe (vestimenta techo y comida) podría mencionar que al momento de la entrevista inicial se encontraba arreglada y aseada
- **Actividad psicomotora** presenta una motilidad normal sin embargo se muestra un tanto debilitada habla y actúa lentamente Realiza muy pocos movimientos Sus manos y piernas se mantienen inmóviles durante la entrevista
- **Expresión del rostro** refleja una ligera tristeza al momento de relatar su historia familiar
- **Mímica** hipomimia leve o moderada

- **Manera de aceptar el interrogatorio** cooperación normal
- **Varación cuantitativa del discurso** discurso interrumpido
- **Lenguaje** Se expresa mediante un tono de voz muy bajo
- **Valoración de las expresiones afectivas** reducidas
- **Manifestaciones de ansiedad durante el interrogatorio** reducida
- **Perplejidad** leve
- **Orientación** Existe orientación
- **Organización estructural de la comunicación verbal** coherencia formal
- **Transformación patológica de la realidad** existe contacto con la realidad
- **Obsesiones y fobias** ninguna
- **Sentimientos de despersonalización** No estuvieron presentes
- **Orientación del estado de ánimo** tristeza moderada
- **Memoria** Normal
- **Atención y concentración** disminuida
- **Conciencia de la enfermedad** ausente
- **Mecanismos de defensa utilizados**  
 Nivel de inhibiciones mentales aislamiento afectivo y la represión  
 Nivel menor de distorsión de las imágenes devaluación  
 Nivel de encubrimiento negación y proyección  
 Nivel de acción quejas y rechazo de ayuda

### **Evaluación Multiaxial**

- Eje I** F32.2 Trastorno depresivo mayor episodio único grave sin síntomas psicóticos
- Eje II**
- Eje III** ninguna
- Eje IV** Problemas relativos al grupo primario de apoyo abandono por parte de sus padres cambio de hogar disciplina inadecuada  
 Problemas relativos al ambiente social dificultad para adaptarse a la etapa de la adolescencia ya que ha sido interrumpida por un embarazo y su nueva condición de madre  
 Problemas relativos a la enseñanza deserción escolar

**Caso 2****Datos generales**

Nombre	Y R
Sexo	F
Fecha de nacimiento	18 de Septiembre de 1993
Edad	14
Dirección	Hogar Guadalupe
Situación socioeconómica	Pobreza extrema
Estado Civil	Soltera
Ocupación y profesión	—
Personas con quien vive	Madres adolescentes en condiciones semejantes a las de ella en el Hogar Guadalupe

**Motivo de consulta**

Esta joven fue referida al Hogar Guadalupe por las monjitas de Malambo luego de que su hermanita menor fuera sacada de la casa por haber sido abusada sexualmente por el padrastro. Se hicieron las investigaciones pertinentes y se sugirió que Yoselin teniendo una niña de un año producto de una violación fuese sacada de ese ambiente.

**Historia de la enfermedad actual**

La paciente fue víctima de una violación que le hiciese un hombre mayor totalmente desconocido para ella y para todos.

En casa era expuesta a frecuentes maltratos físicos y psicológicos. Fue violada a los 12 años quedando embarazada. Presenta períodos de llantos y tristeza profunda, desesperanza hacia el futuro, pesadillas, insomnio, problemas gastrointestinales y dolores de cabeza.



### Anamnesis personal y familiar:

La paciente no recuerda ninguna enfermedad grave en su infancia temprana sin embargo la desnutrición es un factor al cual estuvo expuesta buena parte de su vida y esto pudo afectar su funcionamiento en general es una desventaja

Vivió en el hogar La Medalla Milagrosa por un tiempo y luego regresó a su casa con su madre Fue violada por un tío y luego por un extraño (hombre mayor) se presume que el padrastro quien abusaba de su hermana menor y de lo cual ella era testigo también abuso de ella

Las condiciones de pobreza extrema le impedían llevar a cabo sus estudios primarios de manera normal ya que trabajaba en casa de familia para ayudar su madre económicamente

Ha vivido en hogares sustitutos por períodos prolongados y el tiempo que ha estado en su casa ha sido desagradable Vivían en condiciones de pobreza extrema y hacinamiento dormía en el suelo en un cuarto con techo de zing el cual compartía con sus hermanas Tiene 3 hermanos de los cuales ella es la tercera (19 17 6 y ella de 14) su hermana mayor tiene dos niños los cuales viven ahí también junto con su mamá y su padrastro

La madre la puso a trabajar para obtener dinero para la casa Escolaridad cuarto grado Trabajaba en casa de familia para ayudar su madre económicamente

### Examen del estado mental

- Aspecto general su aspecto general reflejaba algo de desaseo y descuido personal actitud desanimada y triste Tímida introvertida
- Actividad psicomotora lentificación leve
- Expresión del rostro ligera tristeza
- Mímica y gesticulación hipomimia leve
- Manera de aceptar el interrogatorio pasividad leve o moderada

- **Variación cuantitativa del discurso** hipoproduktividad leve
- **Lenguaje** poca expresión verbal limitada a contestar preguntas tono de voz baja
- **Valoración de las expresiones afectivas** reducidas
- **Manifestaciones de ansiedad** reducida
- **Perplejidad** media
- **Orientación** normal
- **Organización estructural de la comunicación verbal** normal
- **Percepción de la realidad** normal
- **Capacidad ejecutiva** presenta dificultades en cuanto a la secuenciación y abstracción
- **Vivencia psicológica de los trastornos somáticos** reacción depresiva
- **Orientación del estado de ánimo** tristeza acentuada
- **Memoria** normal
- **Atención** levemente comprometida
- **Concentración** moderadamente afectada
- **Conciencia de la enfermedad** parcial
- **Mecanismos de defensa**  
 Nivel de inhibiciones mentales abstención represión  
 Nivel de distorsión de las imágenes devaluación  
 Nivel de encubrimiento negación

### **Evaluación multiaxial**

<b>Eje I</b>	<b>F32.2 Trastorno depresivo mayor episodio único grave sin síntomas psicóticos</b>
<b>Eje II</b>	
<b>Eje III</b>	<b>ninguna</b>
<b>Eje IV</b>	<b>Problemas relativos al grupo primario de apoyo abuso sexual y físico conflicto con las hermanas cambio de hogar Problemas relativos al ambiente social dificultad para adaptarse a la etapa de la adolescencia ya que ha sido interrumpida por un embarazo y su nueva condición de madre</b>

Problemas relativos a la enseñanza problemas académicos deserción escolar por falta de recursos trabajo forzado embarazo no deseado

Problemas de vivienda vivienda inadecuada hacinamiento insalubre

Problemas económicos pobreza extrema ayuda socioeconómica insuficientes

Eje V EEAG = 41 50

## INTERPRETACIÓN PSICODINÁMICA

Síntomas como pesadillas insomnio falta de energía en general falta de apetito debilidad mental y física problemas estomacales entre otros son indicadores de un conflicto entre las fuerzas que rigen el principio de la realidad (tiene una hija debe responder por ella siente responsabilidad por su madre) y el principio del placer ( desea dejar todo y olvidar que existen)

Este conflicto entre las pulsiones instintivas luchando por salir y un ego débil intentando mantener el equilibrio suficiente para lograr una adecuada adaptación al entorno y a la realidad muestran un funcionamiento deficiente de las defensas Se presentan impulsos agresivos hacia la madre que son reprimidos y que han contribuido al desarrollo de un *self* negativo (malo)

"Y" fue controlada por una madre intrusiva y demandante Su madre no hizo nunca nada por evitar las situaciones de riesgo que ponían a "Y" en peligro incluso la mandó a trabajar muchas veces a la calle y a casas de familia para mantenerla a ella y sus hermanos Al momento de las violaciones (por el tío padrastro y un extraño) no hubo reacción ninguna por parte de la madre que pudiese liberar a "Y" de la culpa por haber provocado dichas situaciones Esto a creado en "Y" un temor a ser atrapada o rechazada en las relaciones de objeto presentando una escisión entre los afectos básicos de amor y odio y también entre las representaciones mentales de un *self* bueno o malo

Frecuentemente utiliza las defensas primitivas como represión negación abstención que mantienen separadas imágenes contradictorias del *self* y de los

demás y la protegen de la presencia de afectos conflictivos Amo u odio a mi hija/madre

La incapacidad de su madre de aparecer como un objeto constante que nutre todas las necesidades afectivas y emocionales han creado en "Y" una lucha por la autonomía dentro de los procesos de individuación separación con el objetivo de alcanzar el desarrollo de una constancia objetal y la consolidación de la identidad del *self* La cual no logra alcanzar impidiéndole crear nuevas relaciones o lazos afectivos incluso con su hija ( a quien percibe como alguien distante a ella

### **Caso 3**

#### Datos generales

Nombre	Y
Sexo	F
Fecha de nacimiento	12 de Junio de 1990
Edad	17
Dirección	Hogar Guadalupe
Situación socioeconómica	Pobre de escasos recursos
Estado Civil	Soltera
Ocupación y profesión	—
Personas con quien vive	Madres adolescentes en condiciones semejantes a las de ella en el Hogar Guadalupe

#### Historia de la enfermedad actual

Yicsa inició una relación de noviazgo con un joven de su edad. Al poco tiempo comenzó a acosarla insistiendo y presionando para que tuvieran sexo. Ella no accedió y él la forzó a tener relaciones sexuales con él. Ella se sintió incapaz de defenderse. Quedó embarazada y en vista de que en su casa no podría quedarse se refugió en el Hogar Guadalupe.

A partir de ese momento (ha transcurrido 7 meses y su hija tiene 2 meses) no ha podido dormir bien, se levanta frecuentemente durante la noche, llora de repente, se irrita con facilidad, siente desesperanza e incertidumbre con respecto al futuro, siente que ha perdido peso y no tiene apetito. Yicsa llegó hasta tercer año de secundaria.

#### Anamnesis personal y familiar:

Yicsa vivió con su madre y sus hermanos (3 mujeres y dos varones, ella es la 4ta hija). Su madre sufrió un derrame cerebral y quedó imposibilitada para trabajar. Entre sus hermanos y ellas trabajaban para cubrir las necesidades básicas de comida y gastos. No siempre eran cubiertas. No existe figura paterna.

### Examen del estado mental

- Aspecto general cierto cuidado en su vestimenta aunque presentó algunos rasgos de descuido
- Actividad psicomotora normal
- Expresión del rostro ligera tristeza
- Manera de aceptar el interrogatorio oposición acentuada
- Lenguaje normal
- Valoración de las expresiones afectivas muy reducidas
- Manifestación de la ansiedad ausencia paradójica
- Perplejidad apenas perceptible
- Organización estructural de la comunicación verbal normal
- Percepción normal
- Capacidad ejecutiva normal
- Orientación del estado de ánimo tristeza moderada
- Memoria normal
- Atención y concentración levemente comprometidas
- Conciencia de la enfermedad nula
- Mecanismos de defensa
  - Nivel de inhibiciones mentales represión
  - Nivel menor de distorsión de las imágenes devaluación
  - Nivel de encubrimiento negación
  - Nivel de acción agresión pasiva quejas y rechazo de ayuda

### **Evaluación Multiaxial**

Eje I	F32.2 Trastorno depresivo mayor episodio único grave sin síntomas psicóticos
Eje II	
Eje III	ninguna
Eje IV	Problemas relativos al grupo primario de apoyo abuso sexual cambio de hogar

Problemas relativos al ambiente social dificultad para adaptarse a la etapa de la adolescencia ya que ha sido interrumpida por un embarazo y su nueva condición de madre

Problemas relativos a la enseñanza problemas académicos deserción escolar por embarazo no deseado

Problemas económicos ayuda socioeconómica insuficientes

Eje V EEAG = 41 50

## INTERPRETACIÓN PSICODINÁMICA

La deprivación de la figura paterna repetidas pérdidas la madre sufre un derrame y pierde las facultades cognitivas y ciertas capacidades motoras que la convierten en una figura ausente para "Yi el abandono de sus hermanos mayores quienes quedaron como responsables del hogar al momento de la enfermedad de la madre se van de la casa y luego el abandono del padre de su niña quien primero abusa de ella y luego desaparece Pueden explicar ciertas conductas y sentimientos visibles en Yi

Todas estas situaciones dejan en Yi un sentimiento de culpa desvalorización por su propia imagen y un sentimiento de desilusión y desconfianza hacia la figura masculina tanto los hermanos como el padre desvalorizaron y despreciaron a la madre lo cual le transmite a ella un sentido de la feminidad como poco valioso Esto dificulta su identificación con la figura femenina percibiéndola como un ser con muy pocas posibilidades de superación o realización en las diferentes esferas de la vida

La ausencia de su padre en el período edípico fue crucial en relación a lo que "Yi considera apropiado esperar del sexo masculino y femenino (diferenciación de roles) Esto altera el sentido de realidad que Yi va desarrollando sobre los hombres despreciándolos

## **Caso 4**

### Datos generales

Nombre	A
Sexo	F
Fecha de nacimiento	16 de mayo de 1990
Edad	17
Dirección	Hogar Guadalupe
Situación socioeconómica	Pobre de escasos recursos
Estado Civil	Soltera
Ocupación y profesión	—
Personas con quien vive	Madres adolescentes en condiciones semejantes a las de ella en el Hogar Guadalupe

### Historia de la enfermedad actual

Aminta queda embarazada producto de una relación casual. No sabe cómo comunicárselo a su madre y decide irse de su casa. Una conocida la ayuda a llegar al Hogar Guadalupe. Desde ese momento (ha transcurrido un año y 6 meses) tiene dificultades para concentrarse, insomnio, falta de interés por las actividades diarias en general, se irmita con facilidad.

### Anamnesis personal y familiar

Aminta es hija de padres divorciados. El divorcio ocurrió a sus 10 años. A partir de ese momento vivió con su madre y sus hermanos (una hermana de 20 y un hermano de 22). Su relación con su padre fue normal y de mucha importancia para ella hasta el momento del divorcio. Su relación con su padre se detenero en vista de que la frecuencia con que se ven es muy poca. Su madre se hace cargo de los hijos de la hermana. Su hermano está casado y no vive con ellas.

### Examen del estado mental

- Aspecto general normal



- Actividad psicomotora normal
- Expresión del rostro ligera tristeza
- Manera de aceptar el interrogatorio oposición acentuada
- Lenguaje normal
- Valoración de las expresiones afectivas muy reducidas
- Manifestación de la ansiedad ausencia paradójica
- Perplejidad apenas perceptible
- Organización estructural de la comunicación verbal normal
- Percepción normal
- Capacidad ejecutiva normal
- Orientación del estado de ánimo tristeza moderada
- Memoria normal
- Atención y concentración levemente comprometidas
- Conciencia de la enfermedad nula
- Mecanismos de defensa
  - Nivel de inhibiciones mentales represión
  - Nivel menor de distorsión de las imágenes devaluación
  - Nivel de encubrimiento negación
  - Nivel de acción agresión pasiva quejas y rechazo de ayuda

### **Evaluación Multiaxial**

<b>Eje I</b>	<b>F32.2 Trastorno depresivo mayor episodio único grave sin síntomas psicóticos</b>
<b>Eje II</b>	
<b>Eje III</b>	<b>ninguna</b>
<b>Eje IV</b>	<b>Problemas relativos al grupo primario de apoyo cambio de hogar Problemas relativos al ambiente social dificultad para adaptarse a la etapa de la adolescencia ya que ha sido interrumpida por un embarazo y su nueva condición de madre Problemas relativos a la enseñanza problemas académicos deserción escolar por embarazo no deseado Problemas económicos ayuda socioeconómica insuficientes</b>

Eje V      EEAG = 41 50

## INTERPRETACIÓN PSICODINÁMICA

La paciente A presenta un comportamiento que oscila entre la agresividad pasiva (ignora a la autoridad o tarda en cumplir con sus obligaciones en el Hogar) o explícita (se pelea con las compañeras de cuarto y con las autoridades del lugar quitándoles el habla y la sumisión ( se levanta temprano y se encarga de los oficios de la casa le hace favores a las compañeras

Muestra una conducta que se caracteriza por poco control y pobre regulación de impulsos ( No le gustó algo que le dijeron y se fue sin avisar se desapareció del centro comercial (paseo) y regresó a la casa Hogar al día siguiente

Estas manifestaciones conductuales pueden estar relacionadas con las expresiones de rivalidad parentales y de hermanas que ha vivido en su sistema familiar un marcado resentimiento hacia su padre por haberla abandonado y hacia su madre por el apoyo y dedicación eterna hacia a su hermana antes y después de la situación de la misma (madre adolescente mayor que la paciente)

A se debate entre una constante lucha a nivel inconsciente entre la satisfacción de sus deseos e impulsos y la adaptación al entorno Esto se ve reflejado en la ambivalencia con la que maneja sus relaciones interpersonales (agresión conducta instintiva en busca de la satisfacción / sumisión como mecanismo para la adaptación al entorno y como resultado del temor a la pérdida del amor y objeto como castigo

Este continuo esfuerzo por mantener el equilibrio entre las fuerzas inconscientes antes mencionadas ha disminuido su capacidad para controlar sus impulsos tendencias y afectos así como la efectividad de los mecanismos de defensa (represión sumisión agresividad pasiva quejas y rechazo de ayuda) llevándola a experimentar síntomas depresivos que representan un desequilibrio emocional e incapacidad para responder a los estímulos de forma efectiva (llora se irrita con facilidad )

**Caso 5**Datos generales

Nombre	M
Sexo	F
Fecha de nacimiento	20 de agosto de 1992
Edad	15
Dirección	Hogar Guadalupe
Teléfono	
Situación socioeconómica	Pobre de escasos recursos
Estado Civil	Soítera
Ocupación y profesión	—
Personas con quien vive	Madres adolescentes en condiciones semejantes a las de ella en el Hogar Guadalupe

Historia de la enfermedad actual

María queda embarazada producto de una manipulación por parte del novio el cual la amenazó con contarle a sus jefes que ella se acostaba con él y ella ingenuamente creyó que esto la ponía en peligro de perder su trabajo de manera que accedió y sin las precauciones pertinentes las cuales ignoraba

La despiden de la casa de familia en la cual estaba trabajando como doméstica y al no encontrar familiares que se hicieran responsables de ella éstas personas acuden al juzgado de familia quien la asignan al Hogar Guadalupe

Desde ese momento (ha transcurrido 11 meses su hijo tiene 2 meses) tiene dificultades para concentrarse insomnio falta de interés por las actividades diarias en general no siente placer por las cosas que hace ni motivación para nada Le asusta pensar en su futuro

Anamnesis personal y familiar

María se fue de su casa a los 14 años en la cual vivía con su hermana menor (7) su madre y su padrastro en Santiago de Veraguas. Este abusó de ella a sus 13 años lo denunció por miedo a que le hiciera lo mismo a su hermanita. Al enterarse de esto su madre la echó de la casa y ella se vio en la necesidad de buscar trabajo como doméstica. Hace dos años que no sabe nada de su madre ni su hermana. Escolanda sexto grado.

Examen del estado mental

- Aspecto general ligeramente descuidado
- Actividad psicomotora lentificación moderada
- Expresión del rostro ninguna
- Manera de aceptar el interrogatorio pasividad moderada
- Lenguaje escandido tono de voz baja
- Valoración de las expresiones afectivas ausentes
- Manifestación de la ansiedad ausencia paradójica
- Perplejidad apenas perceptible
- Organización estructural de la comunicación verbal normal
- Percepción normal
- Capacidad ejecutiva normal
- Orientación del estado de ánimo niega cualquier expresión de afecto. Ni positiva ni negativa
- Memoria normal
- Atención y concentración moderadamente comprometidas
- Conciencia de la enfermedad nula
- Mecanismos de defensa
  - Nivel de inhibiciones mentales represión aislamiento afectivo disociación
  - Nivel menor de distorsión de las imágenes devaluación
  - Nivel de encubrimiento negación

## **Evaluación Multiaxial**

Eje I	F32.2 Trastorno depresivo mayor episodio único grave sin síntomas psicóticos
Eje II	
Eje III	ninguna
Eje IV	Problemas relativos al grupo primario de apoyo cambio de hogar Problemas relativos al ambiente social dificultad para adaptarse a la etapa de la adolescencia ya que ha sido interrumpida por un embarazo y su nueva condición de madre Problemas relativos a la enseñanza problemas académicos deserción escolar por embarazo no deseado Problemas económicos ayuda socioeconómica insuficientes Problemas de vivienda falta de hogar
Eje V	EEAG = 41 50

## **INTERPRETACIÓN PSICODINÁMICA**

Basándonos en los datos obtenidos durante la entrevista clínica y a lo largo de las sesiones podemos ver marcadamente en M su patrón de respuesta ante los eventos estresantes como por ejemplo la inhibición negación represión de las emociones. Estos son los principales mecanismos de defensa utilizados por M para lidiar o no con las circunstancias que ponen en peligro su bienestar emocional.

Ha sufrido grandes pérdidas psicológicas y emocionales como el abandono del padre en la etapa edípica del desarrollo psicosexual una madre incapacitada para fomentar un vínculo afectivo que nutriera y formara un *self* independiente y seguro que al mismo tiempo negó cualquier sentimiento de valor y autonomía principalmente al momento de ser abusada por su padrastro e ignorar por completo la situación.

Todas las respuestas ante estos hechos tanto por la madre como por M fueron nulas. Las reacciones emocionales fueron automáticamente reprimidas negadas e inhibidas. Sin embargo se sintió responsable por su hermana menor y denunció al

padraastro lo cual le costó la salida de su casa otra pérdida y abandono quedando privada del sentido de pertenencia a un hogar y una familia

De esta manera el auto sacrificio y la sumisión configuran la forma principal de relacionarse con las personas de su ambiente Una madre a la cual a pesar de hacer cualquier cosa por complacerla resultaba inalcanzable provocó en M la lucha por la autonomía dentro de los procesos de individuación separación con el objetivo de alcanzar el desarrollo de una constancia objetal y la consolidación de la identidad del *self*

**Caso 6**Datos generales

Nombre	L
Sexo	F
Fecha de nacimiento	12 de Mayo de 1990
Edad	17
Dirección	Hogar Guadalupe
Situación socioeconómica	Pobre de escasos recursos
Estado Civil	Soltera
Ocupación y profesión	—
Personas con quien vive	Madres adolescentes en condiciones semejantes a las de ella en el Hogar Guadalupe

Historia de la enfermedad actual

Liliana queda embarazada producto de una relación casual. Sus abuelos no la quieren en casa ya que la culpan por lo que pasó y la llevan al Hogar Guadalupe porque económicamente no pueden atender a la nieta y mientras Liliana da a luz a su bebé.

Anamnesis personal y familiar

Liliana vive con sus abuelos paternos desde que nació. Sus padres la abandonaron e hicieron sus vidas cada uno por su lado. No conoce a sus padres. Vivía en condiciones de pobreza. Cursó los estudios primarios y por problemas económicos no los continuó.

Examen del estado mental

- Aspecto general normal
- Actividad psicomotora normal
- Expresión del rostro ligera tristeza
- Manera de aceptar el interrogatorio oposición acentuada

- Lenguaje normal
- Valoración de las expresiones afectivas muy reducidas
- Manifestación de la ansiedad ausencia paradójica
- Perplejidad apenas perceptible
- Organización estructural de la comunicación verbal normal
- Percepción normal
- Capacidad ejecutiva normal
- Orientación del estado de ánimo tristeza moderada
- Memoria normal
- Atención y concentración levemente comprometidas
- Conciencia de la enfermedad nula
- Mecanismos de defensa
  - Nivel de inhibiciones mentales represión
  - Nivel menor de distorsión de las imágenes devaluación
  - Nivel de encubrimiento negación
  - Nivel de acción agresión pasiva quejas y rechazo de ayuda

### **Evaluación Multiaxial**

Eje I	F32.2 Trastorno depresivo mayor episodio único grave sin síntomas psicóticos
Eje II	
Eje III	-ninguna
Eje IV	Problemas relativos al grupo primario de apoyo cambio de hogar Problemas relativos al ambiente social dificultad para adaptarse a la etapa de la adolescencia ya que ha sido interrumpida por un embarazo y su nueva condición de madre Problemas relativos a la enseñanza problemas académicos deserción escolar por embarazo no deseado Problemas económicos ayuda socioeconómica insuficientes
Eje V	EEAG = 41 50



## INTERPRETACIÓN PSICODINÁMICA

La ausencia real del objeto (madre y padre) y la representación psicológica inadecuada e este objeto (abuelos) contribuyeron a la deprivación de socialización logros y poder que a su vez la incapacita para iniciar y mantener relaciones interpersonales (o de objeto) saludables

Esto también ha afectado diferentes aspectos de su personalidad como la formación del super yo ya que en L privan las funciones de éste en gran medida dejando libre frecuentemente los impulsos del ello manifestando conductas como la tendencia de L de no tomar en cuenta a la autoridad o valores sociales identificándose con los valores maternos (define lo que es o puede ser de acuerdo a lo que tiene o puede tener) y héroes negativos (el padre de su bebé quien la abandonó)

La manera de relacionarse con las compañeras en el Hogar frecuentemente se caracterizaban por la manipulación (con las más jóvenes las explotaba dándole ordenes de hacer los oficios por ejemplo) para obtener estima y poder Sin embargo su tendencia a las conductas impulsivas frecuentemente la lleva a tener dificultades con sus compañeras y con las administradoras del Hogar (figuras de autoridad)

Su comportamiento en el Hogar gira en torno a sus intereses (cierta forma de narcisismo) Presenta un constante resentimiento hacia las personas que le rodean y una percepción distorsionada de lo que éstas pueden pensar y sentir con respecto a ellas No posee claridad de límites entre la propia identidad y el mundo todos son medidos en función de su percepción de ella misma desconociendo así las diferencias individuales y dificultando la separación de su propia identidad con respecto a la del mundo que le rodea (como relata en las sesiones)

Dada la necesidad de L de confort maternal o de protección paternal parece inevitablemente la ambivalencia por el temor a la pérdida del amor y el objeto como castigo

**Caso 7****Datos generales**

Nombre	R
Sexo	F
Fecha de nacimiento	14 de julio de 1988
Edad	19
Dirección	Hogar Guadalupe
Situación socioeconómica	Pobre de escasos recursos
Estado Civil	Soltera
Ocupación y profesión	—
Personas con quien vive	Madres adolescentes en condiciones semejantes a las de ella en el Hogar Guadalupe

**Historia de la enfermedad actual**

Rosmery fue refenda al Hogar Guadalupe por las monjitas del hogar Malambo quienes se hicieron cargo de ella en sus últimos dos años de secundaria y 1er año de universidad

Los síntomas actuales que reporta Rosmery son los siguientes dolores de cabeza frecuentes incapacidad para concentrarse desesperanza hacia el futuro nervios problemas para conciliar el sueño se siente lenta y que necesita hacer las cosas vanas veces para asegurarse de que estén bien hechas Lloro con facilidad todo le molesta

**Anamnesis personal y familiar**

Romery creció con su madre y sus hermanas (5 de las cuales ella era la tercera) cada una de un padre diferente Vivían con escasos recursos económicos Su padre nunca vivió con ella aunque si lo conoció incluso llegó a vivir con él unos meses cuando su madre la hecho de casa al contarle que le habían violado y ésta la acusó de provocar esta situación Luego tuvo problemas con la madrastra y se tuvo que regresar a casa de su madre Su padre es mannero por lo cual hacía viajes largos

La madrastra la dejaba horas fuera de la casa sin comer esperando hasta que ella llegara. A raíz de los problemas con la madrastra el padre de le pidió que regresara a su casa.

La Madre de Rosmery prostituía a sus hermanas y cuando intentó hacerlo con ella ésta huyó de casa (15 años). Se vino para Panamá y buscó ayuda de sus hermanas mayores quienes también se habían ido de casa. Una de ellas le dejó quedarse un tiempo en la casa hasta que tuvieron una discusión, recurrió donde otra y ésta le propuso prostituirse para conseguir dinero, pero ella no aceptó.

Hace las pases con la hermana y se queda ahí. Estando en primer año de universidad conoce a un chico con quien se va a vivir y queda embarazada. El chico la abandona y ella solicita ayuda nuevamente en Malambo, las cuales la envían a El Hogar Guadalupe.

#### Examen del estado mental

- Aspecto general normal
- Actividad psicomotora lentificación moderada
- Expresión del rostro ninguna
- Manera de aceptar el interrogatorio pasividad moderada
- Lenguaje escandido tono de voz baja
- Valoración de las expresiones afectivas ausentes
- Manifestación de la ansiedad ausencia paradójica
- Perplejidad apenas perceptible
- Organización estructural de la comunicación verbal normal
- Percepción normal
- Capacidad ejecutiva normal
- Orientación del estado de ánimo niega cualquier expresión de afecto. Ni positiva ni negativa
- Memoria normal
- Atención y concentración moderadamente comprometidas
- Conciencia de la enfermedad nula

- **Mecanismos de defensa**

Nivel de inhibiciones mentales represión aislamiento afectivo disociación

Nivel menor de distorsión de las imágenes devaluación

Nivel de encubrimiento negación

### **Evaluación Multiaxial**

Eje I F32.2 Trastorno depresivo mayor episodio único grave sin síntomas psicóticos

Eje II

Eje III ninguna

Eje IV Problemas relativos al grupo primario de apoyo Figura paterna ausente  
Figura materna distante cambio frecuente de hogar (inconstancia e inestabilidad de apoyo parental)

Problemas relativos al ambiente social dificultad para adaptarse a la etapa de la adolescencia ya que ha sido interrumpida por un embarazo y su nueva condición de madre

Problemas relativos a la enseñanza problemas académicos deserción escolar por embarazo no deseado

Problemas económicos ayuda socioeconómica insuficientes

Problemas de vivienda falta de hogar un lugar seguro donde vivir

### **INTERPRETACIÓN PSICODINÁMICA**

La deprivación materna marcada por el fracaso y la insuficiencia del vínculo afectivo con el objeto materno pueden explicar el patrón repetitivo que muestra R de relaciones inconstantes sin lazos afectivos duraderos de abandono que muestran una marcada tendencia hacia la búsqueda de un objeto externo que satisfaga sus deseos de afecto

El alejamiento emocional y la inconstancia objetal representados por la madre se asocian a las interrupciones de cada relación y a las distorsiones del objeto incapacitando psicológicamente a R para hacer un juicio crítico de la realidad del objeto con respecto a ella

De ésta manera R ha ido acumulando sentimientos profundos de desvalorización ya que no contó con un vínculo madre-hija que asegurara el sentido del *self* una identificación sana que le permitiera verse a así misma como un objeto de valor un alto nivel de dependencia y una necesidad apremiante de afecto que favorecen este patrón repetitivo e inconsciente de búsqueda de relación que le brnde seguridad y estabilidad

La constancia en cuanto a las pérdidas (abandono del padre por la madre abandonada por sus hermanas por sus novios y por el padre de su hijo) fue lacerando su autoestima sentido de pertenencia a una familia hermanas madre padre lo cual le deja escasos recursos para formarse una imagen de sí adecuada y contribuye a que ella tienda a distorsionar las percepciones que las personas especialmente los objetos de afecto tienen de ella

Generalmente R Reacciona ante las ansiedades utilizando la disociación el aislamiento afectivo y la supresión para manejar las ansiedades que le producen el temor al rechazo y al abandono

#### **4 Análisis cualitativo de los resultados de este trabajo**

De acuerdo con los datos descriptivos de la muestra la entrevista clínica la anamnesis personal y familiar la historia de la enfermedad actual la interpretación psicodinámica de cada caso y los resultados de las pruebas antes y después de la intervención podemos inferir lo siguiente

Entre los rasgos de personalidad que más sobresalieron en las chicas podemos mencionar la sensación de abandono el sentimiento de desvalorización una capacidad de juicio y sentido de la realidad alterado necesidad inconsciente de afecto y seguridad sentimiento de pérdida y culpa mecanismos de defensa como la represión la negación y el aislamiento afectivo dificultades en cuanto al control y regulación de los impulsos temor al rechazo ambivalencia en cuanto a los sentimientos hacia la figura materna (amor/odio) comportamiento agresivo dificultad en la identificación comportamiento agresivo deprivación y depresión

Todas estas características de personalidad fueron determinadas por una perturbación en las relaciones objetales primarias en algunos de los casos debido a un déficit y en otros a un conflicto con el objeto primario de afecto el cual no pudo nutrir o suplir aquellas necesidades de afecto y reflejo que ayudaran al proceso de identificación y valorización del propio *self*

Es importante señalar que en todos los casos atendidos durante esta intervención se observó la ausencia de la figura paterna y la incapacidad de las madres de proveer a las hijas de una relación maternal saludable Estas circunstancias podrían explicar un poco la necesidad imperante de buscar afecto y aprobación externa a través de relaciones sexuales Estas relaciones a su vez venían acompañadas de aquellos sentimientos de soledad vacío culpa pérdida y desvalorización que causaban los síntomas depresivos y una incapacidad para relacionarse efectivamente

La aparición de estas criaturas en sus vidas es decir sus hijos les proporcionaba una nueva ilusión una oportunidad de aferrarse a alguien de

querer desmedidamente y ser queridas. Sin embargo, esta realidad de ser madres adolescentes bajo las condiciones emocionales y los rasgos de personalidad propios de cada una de ellas distorsionan aquella percepción de lo que es o debe ser la maternidad. Esto limita e interfiere con el desarrollo psicológico del niño(a) dejando un pronóstico negativo para la salud mental de estas criaturas.

En ellas serán proyectados y depositados todos los sueños, angustias, frustraciones, dolor y carencias afectivas que permanecen inconscientes en las mentes de estas madres adolescentes.

La intervención psicoterapéutica mixta contribuyó con la disminución de los síntomas depresivos, proporcionó un nuevo estilo de relacionarse, les enseñó a ser más conscientes de sus emociones y a expresarlas de manera más asertiva, a utilizar mecanismos de defensa más adaptativos y menos perjudiciales para su salud mental.

Sin embargo, para lograr un cambio significativo a nivel de la estructura de personalidad se requiere mucho más que 12 sesiones individuales de psicoterapia breve y el apoyo de la terapia de grupo, así como una terapia familiar y una red de apoyo social que cubra las necesidades médicas, psicológicas y sociales básicas de manera que jóvenes como estas puedan contar, a pesar de las adversidades, con una segunda oportunidad de llevar una vida más saludable, no solo por ellas y sus hijos sino también para que no representen una carga para la sociedad.

**Tabla N°8**  
**Resumen de interpretación psicodinámica**

<b>Sujeto/interpretación</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>	<b>7</b>
<b>Sensación de vínculo maternal de abandono</b>	✓	✓					✓
<b>Sentimiento de desvalorización</b>	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
<b>Capacidad de juicio y sentido de realidad alterado</b>	✓		✓				✓
<b>Necesidad Inconsciente de afecto y seguridad</b>	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
<b>Sentimiento de pérdida y culpa</b>	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
<b>Mecanismos de defensa de represión y negación</b>	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
<b>Aislamiento afectivo</b>	✓						✓
<b>Dificultades en el control y regulación de los impulsos</b>		✓		✓			
<b>Temor al rechazo</b>	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
<b>Ambivalencia de los sentimientos hacia la figura materna Amor/odio</b>		✓		✓			✓
<b>Comportamiento Agresivo</b>		✓		✓			
<b>Dificultades de Identificación</b>		✓	✓	✓		✓	
<b>Deprivación</b>	✓	✓	✓			✓	
<b>Depresión</b>	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓



**CAPITULO IV**  
**CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES**

## **A. Conclusiones**

Después de realizar el presente trabajo de investigación y conocer sus resultados se deducen algunas conclusiones en cuanto a la muestra y pruebas de hipótesis en cuanto a la intervención terapéutica individual Mecanismos de defensa resistencia transferencia y contra transferencia y grupal Éstas se describen a continuación

### **1 Con relación a la muestra**

- Los sujetos fueron escogidos a través de un muestreo intencional es decir todas las madres adolescentes que estaban viviendo temporalmente en el Hogar Guadalupe en Arraijan al momento de la investigación por lo tanto no fue posible asumir otros controles estadísticos que fueran más rigurosos y que permitiesen generalizar los resultados
- ❖ Mediante la utilización de instrumentos de medición como la entrevista clínica la anamnesis completa la aplicación de la escala de Zung y el cuestionario de 90 síntomas SCL 90-R se pudo determinar que los niveles de depresión que presentaban las jóvenes antes de participar de la intervención psicoterapéutica eran mayores en comparación con los resultados obtenidos después del tratamiento
- ❖ Los síntomas reflejados en las pruebas realizadas antes del tratamiento fueron los establecidos por el Manual de Diagnóstico DSM IV para diagnosticar el trastorno depresivo mayor

Estas jóvenes están en la etapa de la adolescencia un momento en el desarrollo del ser humano que tiene sus propias dificultades y en el cual el nivel de madurez psicológica necesaria para afrontar los problemas que se les han presentado no está desarrollado en su totalidad

- ❖ No cuentan con el apoyo familiar que normalmente se espera a su edad y los niveles académicos alcanzados son mínimos Todos estos factores las convierten en sujetos de riesgo a padecer crisis o episodios depresivos

- ✧ Las respuestas de éstas jóvenes ante estas situaciones y relaciones que atentaban contra su equilibrio emocional estaban condicionadas por este patrón equivocado y poco eficiente incapaz de identificar manejar y expresar los sentimientos que evocaban las desilusiones en sus relaciones
- ✧ La poca capacidad para diferenciar los límites entre su Yo y el resto del mundo y los mecanismos de defensa primitivos utilizados en su estilo de relacionarse fueron mermando y lastimando su ego y por ende su capacidad de adaptarse satisfactoriamente a las exigencias de la vida cotidiana y de las relaciones interpersonales disminuyendo y limitando así su relación con el mundo cayendo en un estado depresivo de autocrítica y desvalorización permanente
- ❖ Las características de personalidad de estas jóvenes marcadas por las perturbaciones en sus relaciones objetales primarias y la ausencia de la figura paterna condujeron a las chicas a estos embarazos
- ✧ De acuerdo con los resultados obtenidos en las pruebas de hipótesis de la escala de zung la muestra marca diferencias significativas en cuanto al nivel de los síntomas depresivos antes y después del tratamiento En la tabla N 6 y gráfica N 7 se observa que todas las jóvenes disminuyeron significativamente los niveles de depresión después de la intervención Psicoterapéutica mixta
- ❖ Los síntomas de sensibilidad interpersonal y somatización asociados a la depresión estuvieron presentes en niveles considerables en las pacientes como mecanismos de respuesta ante la depresión producto de las situaciones estresantes Sin embargo estos también disminuyeron considerablemente

## **2 Con relación a la psicoterapia**

- ✧ El desarrollo de la psicoterapia individual fue enriquecedor Se plantearon el orden o secuencia en cuanto a los objetivos a cumplir la determinación de las

áreas y métodos a seguir tomando en consideración las diferencias y necesidades psicológicas individuales

- ❖ La duración de la intervención psicoterapéutica mixta fue efectiva para disminuir los síntomas depresivos más no para crear un cambio profundo o remediar daños relacionados con déficit o conflictos en las relaciones objetales primarias
- ❖ Entre los mecanismos de defensa más utilizados por las chicas encontramos la negación represión y aislamiento afectivo acompañados de un sentimiento profundo de pérdidas y culpas por las situaciones vividas También observamos el temor al rechazo grandes dificultades para controlar y regular los impulsos dificultades en cuanto a la identificación deprivaciones necesidad de seguridad y apoyo de amor y protección capacidad de juicio alterada y en general un estilo de relacionarse insano que promovía la ocurrencia de situaciones generadoras de desilusión
- ❖ Las resistencias de las pacientes a mantener una relación que pudiese atentar contra la integridad de su ego hacían más difícil la producción del *insight* En algunos casos la actitud empática contenedora y protectora lo facilitó mientras que en otros casos una actitud neutral contenedora y menos empática fue más efectiva
- ❖ La psicoterapia con las adolescentes se desarrolló la mayoría de las veces con base a una transferencia positiva

En cuanto al proceso evolutivo del tratamiento tanto la etapa inicial como la terminación del mismo fueron más difíciles de manejar debido a las resistencias y al temor que provocaban en las jóvenes las sensaciones de abandono dependencia y pérdida que experimentaban

- ❖ El comentar y transmitir a mis colegas acerca de los sentimientos contratransferenciales (la confianza comodidad entusiasmo sentimientos de decepción enojo tristeza e impotencia) que pude experimentar en algun

**momento a lo largo del tratamiento me orientó y facilitó en el manejo del mismo**

- ❖ A través de la psicoterapia breve mixta se lograron contener los sentimientos de decepción culpa e ira vividos como depresión ayudándolas a identificarlos y expresarlos asertivamente**
- ❖ El proceso terapéutico fue de gran ayuda para las jóvenes que participaron de él las mismas pudieron observar cambios en su forma de reaccionar ante las inconformidades o desacuerdos entre ellas mismas y de relacionarse con sus compañeras**
- ❖ La intervención grupal fue un factor determinante en la mejoría del estado afectivo de las pacientes sobre todo para aquellas pacientes que se resistían a la relación terapéutica individual ya que la información y emociones ventiladas en el grupo las acercaban a las propias**
- ❖ La intervención grupal proporcionó apoyo y cohesión reforzando la identificación de los síntomas depresivos como causas de un esquema aprendido para reaccionar ante ciertos eventos**
- ❖ Cabe la posibilidad de que las chicas puedan recaer en relaciones insanas Sin embargo aprendieron nuevas formas de reaccionar identificando sus emociones y expresándolas Esto lo considero un avance o un paso positivo para ellas ya que les ayuda a tener un poco más de control sobre sí mismas**
- ❖ El principal aporte de este trabajo fue haberle brindado la oportunidad a estas jóvenes de vivir una experiencia terapéutica a través de la cual pudiesen explorar y conocer sus emociones sus formas de relacionarse re-aprender una nueva forma de hacerlo así como a identificar y expresar sus emociones de manera más aceptable y menos perjudicial para su salud mental**

## **B Recomendaciones**

De acuerdo con los datos obtenidos de los resultados en de nuestra investigación es importante que hagamos ciertas recomendaciones

### **1 Con relación a la muestra**

- ❖ Para futuras investigaciones es importante que se trabaje con una muestra más numerosa que sea representativa de la población en general para así poder generalizar los resultados y contar con un mayor grado de confiabilidad
- ❖ Es recomendable que estas jóvenes cuenten con actividades diversas que ocupen su tiempo libre y que estas actividades tengan un carácter estrictamente productivo educativo y hasta terapéutico como talleres de musica arte relajación informativos (cuidado prenatal el embarazo salud entre otras) presentación de videos educativos cursos académicos etc
- ❖ Es necesario ampliar las redes de apoyo social para brindar un mejor servicio a jóvenes como estas con condiciones socioeconómicas e intelectuales y familiares que dejan pocas probabilidades para que ellas puedan salir adelante
- ❖ Es importante que estas jóvenes cuenten con el apoyo gubernamental y de otras organizaciones no gubernamentales que faciliten la asistencia psicológica necesaria
- ❖ Brindar seguimiento a las jóvenes una vez que se retiran del albergue por un tiempo determinado

### **2 Con relación a la psicoterapia**

- ❖ Es fundamental el desarrollo de un programa institucional de psicoterapia breve dirigido a adolescentes embarazadas que busque mejorar su condición emocional

- ❖ **Es recomendable realizar un trabajo terapéutico con los padres o cuidadores de las jóvenes en la medida de las posibilidades simultáneamente al programado para ellas**
  
- **Utilizar la terapia de grupo como apoyo y medio para expresar sentimientos conocerse a sí mismas a través de otras personas Esto desarrolla la empatía y fortalece su sentido de pertenencia al igual que la forma de percibir las necesidades de sus bebés**
  
- ❖ **Es recomendable como psicólogos clínicos estar conscientes de las posibilidades y las limitaciones en este campo de trabajo para hacer una buena valoración del resultado final del trabajo terapéutico**

## **BIBLIOGRAFIA**



## BIBLIOGRAFÍA

ABRAHAM K (1924) Un Breve Estudio De La Evolución De La Libido, Considerada A La Luz De Los Trastornos Mentales En Psicoanálisis Clínico Buenos Aires Hormé 1959

ALEXANDER F Y FRENCH T (1946) Psycoanalytic Therapy Ronald Press Estados Unidos

AUSTIN K CAMPO Z DE LEÓN R AGUILAR C GRAJALES B ARANGO L FLORES H MENDOZA A SANDOVAL I (2000) Embarazos en Adolescentes Regiones de Salud Metropolitana y de San Miguelito Editorial Tierra Firme S.A. Panamá

BATISTA, J ( 2002) Embarazos en Adolescentes Panamá La Prensa Abril

BARANGER M & BARANGER W (1969) La Situación Analítica Como Campo Dinámico Buenos Aires Kargieman

BECK A. Cognitive therapy and the emotional disorders New York 1976 International Universities Press

BECK A y FREEMAN A.(1995) Terapia Cognitiva de Los Trastornos de la Personalidad Paidós Buenos Aires

BELLAK, L (1993) Manual de Psicoterapia Breve, Intensiva y de Urgencia. Manual Moderno México

BLEICHMAR H (1976) La Depresión Un Estudio Psicoanalítico Buenos Aires nueva visión

BRIELEY M (1951) Trends in Psycho-Analysis Londres The Hogarth Press

CASTILLO C (1988) Los Adolescentes y Sus Problemas 8ª Ed Eunsa Pamplona Madnd

**CASTILLO NOEMÍ (1993) El Embarazo En La Adolescente Revista cultural Lotería N 398 Nov Dic Panamá**

**CAPARRÓS N Y ALEMÁN S (2002) Psicoanálisis Sin Diván, Ensayos Postmodernos En El Siglo XXI Madrid Biblioteca nueva**

**CODERCH J (1987) Teoría y Técnica de La Terapia Psicoanalítica Barcelona Herder**

**COLEMAN M D (1972) Methods of Psychotherapy Emergency Psychotherapy En SAMALL L Psicoterapias Breves Granica editor 1era edición**

**COLEMAN J (1999) La Naturaleza Del Adolescente Londres Routledge**

**DE DELGADO R (2000) Actitud De Docentes Y Estudiantes De Una Muestra De Estudio Ante El Embarazo Adolescente Tesis por Maestría en Psicología Clínica Panamá**

**DE LA MORA, G (1977) Formación de Adolescentes Editorial Continental México**

**DEROGATIS L (2002) Manual Cuestionario de 90 síntomas SCL 90-R Tea ediciones Madrid**

**DESCHAMPS J (1979) Embarazo y Maternidad en La Adolescente Editorial Heder Barcelona**

**DOMINGUEZ N (2004) Estudio De Las Relaciones Objetales Primarias En Adolescentes Que Presentan Comportamiento Disocial Tesis por Maestría en Psicología Clínica Panamá**

**DOUGLAS A Y MICHAEL N (1988) Introducción a la Psicología Clínica Editorial McGraw Hill México**

**ELLIS A (1980) Fundamentos Del Aprendizaje Y Procesos Cognitivos Del Hombre México Trillas**

**ERIKSON E H (1987) Un Modo De Ver Las Cosas Escritos Selectos De 1930 A 1980 (Compilador Stephen Schein ) México Fondo de Cultura Económica 1994**

FAIRBAIRN W R D (1952) Estudio Psicoanalítico De La Personalidad Buenos Aires

FERENCZI S (1955) Problemas Y Métodos Del Psicoanálisis Buenos Aires

FOULKES S H Y ANTHONY E J (1964) Psicoterapia Psicoanalítica De Grupo Paidós Buenos Aires

GARNER H H Brief Psychotherapy Int. J Neuropsychiat 1965 En SAMALL L Psicoterapias Breves Granica editor 1era edición 1972

GRINKER (1946) Proceedings of the brief Psychotherapy Council Chicago Institute of Psicoanálisis

GROSSMAN S (2003) Psicoterapia Psicoanalítica En Un Grupo De Niñas Que Presentan Déficit E Inconstancias Objetuales Tesis por Maestría en Psicología Clínica Panamá

GUNTRIP H (1971) El Self En La Teoría Y La Terapia Psicoanalíticas Buenos Aires

GUZMAN LAURA (1997) Embarazo y Maternidad Adolescente en Costa Rica Diagnóstico de Situación y Respuestas Institucionales Centro Para El Desarrollo de La Mujer y La Familia Costa Rica

JACOBSON G F (1965) Crisis Theory and Treatment Strategy Some Socio-Cultural And Psycodynamic Considerations

KERNBERG O (1976) La Teoría De Las Relaciones De Objeto Y El Psicoanálisis Clínico Buenos Aires Paidós

KHAN M M R (1988) Cuando Llegue La Primavera Tomas De Conciencia En El Psicoanálisis Clínico Buenos Aires Paidós

KLEIN M (1932) The Psycho-Analysis of Children Nueva York Traducción castellana El psicoanálisis de niños Buenos Aires Hormé 1964

KNOBEL M (1987) Psicoterapia Breve Paidós Buenos Aires Argentina  
KOHUT H (1984) ¿Cómo Cura El Análisis? Buenos Aires Paidós

KOHUT H (1971) Análisis del Self Tratamiento Psicoanalítico de los Trastornos Narcisistas de Personalidad Buenos Aires Amorrortu

KOTLIARENCO M A PH D CACERES I Y FONTECILLA M (1997) Estado De Arte En Resiliencia Organización Panamericana De La Salud Oficina Sanitana Panamericana Oficina Regional De La Organización Mundial De La Salud

MARTÍNEZ E (2007) Aplicación De Un Programa Cognitivo-Conductual En Adolescentes Víctimas De Abuso Sexual

MUNISTERIO DE EDUCACIÓN DEL PERU Programa Nacional De Educación Sexual El Embarazo Adolescente Revista Educando en sexualidad (N 1) Peru 1999

MUÑOZ Y (2006) Análisis De La Diferencia De Sexo En El Auto Concepto De Adolescentes Tesis por Maestría en Psicología Clínica Panamá

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD (1988) Fecundidad en La Adolescencia Causas, Riesgos y Opciones Editorial OPS Washington D C U S grafs (Cuaderno Técnico No 12)

PAPALIA DIANE E ( 1998) Psicología Del Desarrollo Editorial McGraw Hill Colombia

PELAEZ MENDOZA JORGE (ene-jun 1997) Adolescente Embarazada Características Y Riesgos Rev Cubana Obstet Ginecol

PINKUS L ( 1984) Teoría de la Psicoterapia Analítica Breve Gedisa editores España

RACKER H (1960) Estudios Sobre Técnica Psicoanalítica Buenos Aires Paidós

RÍOS MARÍA (2006) Intervención Psicológica para Adolescentes Ámbitos Educativo Y De La Salud Psicom Editores Colombia Bogotá

ROMERO J (1990) Enciclopedia Hispánica Enciclopedia Británica Publishers INC Vol 12 Barcelona

SAMPIERI H (1991) Metodología De La Investigación McGraw Hill México

SMALL L Y BELLAK L (1972) Psicoterapias Breves Granica Editor Argentina

VERGARA I (1994) Estudio Exploratorio De Los Rasgos De Personalidad Y Algunos Factores Psicosociales De Las Adolescentes Embarazadas, 1991 En Ministerio De Salud Salud Reproductiva Del Adolescente Panameño Compendio De Investigaciones 1 era Edición Panamá

VICENTE JOSÉ Y CASTILLO NOEMÍ (1985) Comportamiento Sexual Del Joven Y Su Evolución EDES I P H E

WICKS R (1997) Psicopatología Del Niño Y Del Adolescente Tercera edición Editorial Prentice Hall Madrid

WINNICOTT D W (1971) Playing And Reality Harmondsworth Penguin Traducción castellana Realidad y juego Barcelona Gedisa 1982

WOLBERG R Y COLABORADORES (1965) Psicoterapia Breve Editorial Gredos s a Madrid

WOLF A. Y SCHWARTZ E K (1962) Psychoanalysis In Groups New York Grune & Stratton

#### **Artículos de Internet**

ADRIANZEN C **Depresión En Niños Y Adolescentes** Disponible en [www.fihu diagnostico.org.pe/revista/numeros/1998\\_99/setoct98/280\\_293.htm](http://www.fihu diagnostico.org.pe/revista/numeros/1998_99/setoct98/280_293.htm) Sept Oct 1998

BENJET Conna BORGES Guilherme MEDINA MORA Ma Elena **La Depresión Con Inicio Temprano Prevalencia Curso Natural Y Latencia Para Buscar Tratamiento** Salud publica Méx sep /oct 2004 vol 46 no 5 [http://scielo.unam.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid](http://scielo.unam.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid)

CONTRALORÍA GENERAL DE LA REPUBLICA **Cifras Preliminares Del Producto Interno Bruto De La Republica De Panamá** 1999 Disponible en <http://www.contraloria.gob.pa>

**PSICOTERAPIA DE GRUPO ADLERIANA Equipo de Salud Mental de Ubeda**  
**Juan José Ruiz Sánchez Psicólogo Clínico**  
www.cop.es/colegiados/GR00724/PSICOTERAPIA%20DE%20GRUPO%20ADLERIANA.doc

**JIMENEZ J El Tratamiento Psicoterapéutico De La Depresión Una Visión Crítica Integrada** Revista de Psicoanálisis Marzo 2003 No 13 Disponible en <http://www.aperturas.org/13/jjimenez.html>

**MUÑOZ A Embarazo Adolescente** El Diario julio-2000 Disponible en [www.twrcwr.cl/diario/2000/11/11\\_08\\_3a\\_cro\\_embarazo.html](http://www.twrcwr.cl/diario/2000/11/11_08_3a_cro_embarazo.html)

**MUÑOZ N Muñecas por Niños Adolescentes Embarazadas Rompan Fila** Disponible en [www.unam.mx/rompan/40/rt40d.html](http://www.unam.mx/rompan/40/rt40d.html)

**OCEJO P Revista Mexicana De Orientación Educativa** Marzo Junio 2006 Disponible en <http://www.remo.ws/revista/n8/n8-cobo.htm>

**ONU La ONU Enumera El Sida Y Los Embarazos No Deseados Como Los Mayores Peligros Para La Salud De Los Jóvenes** Disponible en <http://www.consumer.es/web/es/salud/2003/07/13/63258.php?print=true>

**ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (1998 2001) Plan de Acción de Desarrollo y Salud de los Adolescentes y Jóvenes en las Américas** Disponible en <http://galeon.com/vforoisem/044.htm>

**QUIROGA S Y CRYAN G Comparación De La Evolución Clínica De La Depresión En Dos Tipos De Abordajes Terapéuticos Para Adolescentes Tardías Con Trastorno De Alimentación** 2005 Disponible en [www.redalyc.org](http://www.redalyc.org)

**ANEXO**

**Anexo N 1**  
**Consentimiento Infomado**

**Nombre del investigador** Madelane I Vásquez F

**Teléfonos** 230 6449 (residencia) cel 6528-2873 Clínica 226 1255

**Propósito del estudio**

Es esta una investigación en la cual se medirá la efectividad de una intervención psicoterapéutica tanto individual como grupal aplicada a las madres adolescentes entre 10 y 19 años. Todas las participantes deben vivir temporalmente en el Hogar Guadalupe en Arraján y deben haber sido diagnosticadas con el trastorno depresivo mayor. No deben estar recibiendo ningún otro tipo de tratamiento psicológico.

**Beneficios**

Con este estudio pretendemos mejorar tu estado emocional modificando favorablemente las formas como enfrentas las circunstancias que te rodean y ayudarte a reducir los niveles de depresión que naturalmente experimentamos todos ante una situación como ésta.

La participación en este estudio es voluntaria y te puedes retirar de la misma en el momento en que lo desees. La información que proporcionas se mantendrá con la mayor confidencialidad posible según las leyes nacionales e internacionales que te protegen cuando participas en una investigación. Por lo tanto no se usará tu nombre ni se publicará tu historia personal.

***Una vez leída la información anterior por favor contesta a las siguientes preguntas***

- |  |               |
|--|---------------|
| 1 Ha entendido toda la información suministrada en este formulario                     | Si ___ No ___ |
| 2 Se le ha resuelto a usted todas las dudas sobre el estudio en el que va a participar | Si ___ No ___ |
| 3 Se le ha informado que usted puede renunciar en cualquier momento                    | Si ___ No ___ |
| 4 Sabe usted que los resultados y datos proporcionados son confidenciales              | Si ___ No ___ |

Si ha respondido No a alguna de las preguntas anteriores **NO FIRME ESTE FORMULARIO**

Con mi firma en este formulario acepto que mi participación es voluntaria que he entendido el propósito y que se me han informado mis derechos y que deseo participar en ésta investigación.

\_\_\_\_\_  
**Nombre y firma de la adolescente**

\_\_\_\_\_  
**Firma del responsable**  
**Encargada de El Hogar Guadalupe**

**Fecha** \_\_\_\_\_ **Hora** \_\_\_\_\_