

**UNIVERSIDAD DE PANAMA
VICERRECTORIA DE INVESTIGACION Y POSTGRADO
PROGRAMA DE MAESTRIA EN PSICOLOGIA CLINICA
FACULTAD DE PSICOLOGÍA**

**Procesando las huellas del Abandono y el abuso.
Programa de Intervención Psicoterapéutica
Psicoanalítica con un grupo de adolescentes que
presentan diagnóstico de Depresión.**

Por:

Ana Marisol Coba

Tesis presentada en cumplimiento de los
Requisitos exigidos para optar por el grado de
Maestría en Psicología Clínica.

Panamá, República de Panamá.
2017.

**UNIVERSIDAD DE PANAMA
VICERRECTORIA DE INVESTIGACION Y POSTGRADO
FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN**

PROGRAMA DE MAESTRIA EN: Psicología Clínica

FACULTAD DE: Humanidades

NÚMERO DE CODIGO: _____

NOMBRE DEL ESTUDIANTE: Ana Marisol Coba
Céd. 4-251-229
anamcoba@gmail.com

TITULO QUE ASPIRA Maestría en Psicología Clínica

TEMA DE LA TESIS: Procesando las huellas del Abandono y el abuso. Programa de Intervención Psicoterapéutica Psicoanalítica con un grupo de adolescentes que presentan diagnóstico de Depresión.

RESUMEN EJECUTIVO: Diseño de investigación denominado Procesando las huellas del Abandono y el abuso. Programa de Intervención Psicoterapéutica en el que se evaluará la efectividad de una Intervención Psicoanalítica mixta (grupal e individual), a un grupo de adolescentes de 13 a 16 años que presentan diagnóstico de Depresión y que son referidos por Casa Hogar La Semillita en la ciudad de Chorrera.

NOMBRE DEL ASESOR: Ricardo López Jurado.

FIRMA DEL ASESOR: _____

FIRMA DEL ESTUDIANTE: _____

APROBADO POR:

COORDINADOR DEL PROGRAMA

DIRECTOR DE POSTGRADO

DEDICATORIA

Los niños, niñas y adolescentes de Casa Hogar La Semillita

Por su valentía y fortaleza al no dejarse vencer por las situaciones a las que han estado expuestos y darse la oportunidad de vivir con alegría su futuro.

A los que ya no están y dejaron huella imborrable en mi vida, en especial

Papá, Mamá y Anita.

A mi madre, **Julia** Coba por su amor incondicional, ser modelo y apoyo en cada momento de mi vida.

A **Carlos**, mi compañero de vida, mi amigo, por su amor y retarme cada día a ser mejor persona.

A la nueva generación de la familia **Ricky, Lupe**, en especial a mis ahijados **Ana María, Sebastián Paul** y sobrinos **Gustavo Adrián y Daniela** para que siempre tengan presente que con esfuerzo y perseverancia se puede. Que sueñen y concreten sus proyectos, con ayuda del Señor Dios podrán conseguir cualquier cosa que se propongan. Ellos son el futuro.

AGRADECIMIENTO.

Al Señor Dios

Por el regalo de la vida y por recordarme que no hay mejor forma de sentir su presencia, que en la sonrisa de un niño.

A la Directora de Casa Hogar La Semillita, Edna

Por su confianza al permitirme colaborar con esa gran tarea que realiza con sacrificio y amor hacia la población de menores abandonados y maltratados de nuestro país.

A mi Asesor de Tesis, Prof. Ricardo López

Por todos sus conocimientos, apoyo y motivación para sacar esta investigación adelante. Gracias por todo.

RESUMEN / ABSTRACT

INDICE GENERAL

ÍNDICE GENERAL.

	Página
PORTADA	i
FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN	ii
DEDICATORIA	iii
AGRADECIMIENTO	v
RESUMEN/ABSTRACT	1
INTRODUCCIÓN	2
CAPÍTULO 1. MARCO TEÓRICO PARA UNA INTERVENCIÓN PSICOTERAPEÚTICA EN ADOLESCENTES MALTRATADOS CON SÍNTOMAS DEPRESIVOS.	
1.1. Concepto de Adolescencia	7.
1.1.1. Etapas de la adolescencia	7.
1.1.2. Cambios psicológicos durante la adolescencia	9.
1.1.3. Problemas de los adolescentes	11.
1.1.4. Principales teorías de la Adolescencia	12.
1.1.5. Factores estresantes de riesgo	20.
1.2. Abandono y Abuso. Maltrato en la Adolescencia.	21.
1.2.1. Concepto de maltrato.	21.
1.2.2. Tipificación en Panamá.	22.
1.2.3. Concepto de Maltrato Infantil	23.

1.2.4. Clasificación y tipos de maltrato.	24.
1.2.4.1. Maltrato y abuso sexual	27.
1.2.4.2. Maltrato físico	29.
1.2.4.3. Maltrato psicológico o emocional	31.
1.2.4.4. Abandono o Negligencia	31
1.2.5. Consecuencias del maltrato infantil en el periodo de la adolescencia como parte del ciclo vital.	33.
1.2.6. Prevención del Maltrato Infantil	35
1.3. Depresión en adolescentes	36
1.3.1. Naturaleza y clasificación de la depresión	37.
1.3.2. Criterios para el diagnóstico de Depresión según el DSM5	39.
1.3.3. Clasificación de los trastornos depresivos	41.
1.3.4. Factores que inciden en la aparición del Trastorno depresivo	43.
1.3.5. Principales teorías de la depresión.	45.

CAPÍTULO 2

INTERVENCIÓN PSICOTERAPÉUTICA DE LA DEPRESIÓN

2. Psicoterapia	51.
2.1. Psicoterapia Psicodinámica	53.
2.2. Psicoterapia psicoanalítica de la depresión	55.
2.3. Psicoterapia breve	58.
2.4. Psicoterapia breve intensiva	59.
2.5. Psicoterapia interpersonal	61.
2.6. Psicoterapia de grupo	61.

CAPÍTULO 3

MARCO METOLÓGICO

3.	Planteamiento del problema	65.
3.1.	Planteamiento del problema	65.
3.2.	Objetivos	65.
3.2.1.	Objetivos Generales	65.
3.2.2.	Objetivos Específicos	65.
3.3.	Preguntas de la investigación	66.
3.4.	Hipótesis	66.
3.4.1.	Hipótesis Conceptual	66.
3.4.2.	Hipótesis Operacional	66.
3.4.3.	Hipótesis Estadística	67.
3.5.	Variables	67.
3.5.1.	Variable Independiente	67.
3.5.2.	Variable dependiente	67.
3.6.	Definición operacional y conceptual de las variables	67.
3.6.1.	Variable Independiente	67.
3.6.1.1.	Definición Conceptual	67.
3.6.1.2.	Definición Operacional	67.
3.6.2.	Variable Dependiente	68.
3.6.2.1.	Definición Conceptual	68.
3.6.2.2.	Definición Operacional	69.
3.7.	Tipo de investigación	69.

3.8.	Limitaciones	70.
3.9.	Delimitaciones	70.
3.10.	Población	70.
3.11.	Muestra	70.
3.12.	Tipo de muestreo	71.
3.13.	Instrumentos	72.
3.14.	Procedimientos	76.
3.15.	Diseño de la investigación	77.

CAPÍTULO 4

PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DE RESULTADOS

4.1.	Análisis descriptivo de la muestra	79.
4.1.1.	Datos sociodemográficos, sobre la edad y el sexo de los pacientes	79.
4.1.2.	Datos sobre escolaridad y razones de ingreso a la Casa Hogar La Semillita	81.
4.2.	Análisis estadístico	81.
4.2.1.	Prueba de hipótesis	81.
4.2.1.1.	Prueba de hipótesis comparación entre las puntuaciones Pretest y Postest Eutimia Estado.	82.
4.2.1.2.	Prueba de hipótesis comparación entre las puntuaciones Pretest y Postest Distimia Estado.	86.
4.2.1.3.	Prueba de hipótesis comparación entre las puntuaciones Pretest y Postest Total Estado.	90.

4.2.1.4. Prueba de hipótesis comparación entre las puntuaciones Pretest y Postest Eutimia Rasgo.	94.
4.2.1.5. Prueba de hipótesis comparación entre las puntuaciones Pretest y Postest Distimia Rasgo.	98.
4.2.1.6. Prueba de hipótesis comparación entre las puntuaciones Pretest y Postest Total Rasgo.	102.
Conclusiones	107.
Recomendaciones	111.
Bibliografía	114.
Anexos	119.

ÍNDICE ANEXOS

1. Consentimiento Informado	120.
2. Instrumento	122.
3. Historias Clínicas	123.

INDICE DE TABLAS

Tabla # 1	
Datos Sociodemográficos de la Muestra de estudio	79
Tabla # 2.	
Comparación entre el Pretest y Postest de la Variable Depresión Estado, subescala Eutimia.	81
Tabla # 3.	
Estadística Descriptiva de la Variable Depresión Estado, Subescala Eutimia del Inventario de Depresión Estado Rasgo.	83
Tabla # 4.	
Comparación entre el Pretest y Postest de la Variable Depresión Estado. Subescala Distimia.	86
Tabla # 5.	
Estadística Descriptiva de la Variable Depresión Estado, Subescala Distimia del Inventario de Depresión Estado Rasgo	87
Tabla # 6.	
Comparación entre el Pretest y Postest de la Variable Depresión Estado, Escala Total Estado.	90
Tabla # 7.	
Estadística Descriptiva de la Variable Depresión Estado Total del Inventario de Depresión Estado Rasgo	91
Tabla # 8.	
Comparación entre el Pretest y Postest de la Variable Depresión Rasgo Subescala Eutimia.	94
Tabla # 9.	
Estadística Descriptiva de la Variable Depresión Rasgo, Subescala Eutimia, del Inventario de Depresión Estado-Rasgo.	95

Tabla # 10.

Comparación entre el Pretest y Postest de la Variable Depresión Rasgo,
subescala Distimia. 98

Tabla # 11.

Estadística Descriptiva de la Variable Depresión Estado, Subescala Distimia,
del Inventario de Depresión Estado-Rasgo, 99

Tabla # 12.

Comparación entre el Pretest y Postest de la Variable Depresión
Escala Total Rasgo 102

Tabla # 13.

Estadística Descriptiva de la Variable Depresión Escala Total Rasgo,
De Inventario de Depresión Estado-Rasgo. 103

INDICE DE GRÁFICAS

<i>Nombre de la Gráfica</i>	<i>Página</i>
Gráfica # 1 Comparación de la Variable Depresión Estado, entre el Pretest y Post test de la Subescala Eutimia con el IDER.	84
Gráfica # 2. Comparación de la Variable Depresión Estado, entre el Pretest y Post test de la Subescala Distimia con el IDER	88.
Gráfica # 3. Comparación de la Variable Depresión, entre el Pretest y Post test de la Escala EstadoTotal con el IDER.	92.
Gráfica # 4. Comparación de la Variable Depresión Rasgo, entre el Pretest y Post test de la Subescala Eutimia con el IDER	96.
Gráfica # 5. Comparación de la Variable Depresión Rasgo, entre el Pretest y Post test de la Subescala Distimia con el IDER.	100.
Gráfica # 6. Sdafjñkjfñ	104.

INTRODUCCIÓN

Panamá, 5 de mayo de 2017.

Licenciada
Edna González
Directora
Casa Hogar La Semillita
E. S. D.

Estimada Licenciada González:

Reciba Usted y su personal un cordial y fraternal saludo. El motivo de la presente es presentarle a la Licda. Ana M. Coba, quien es alumna graduanda de la Maestría en Psicología Clínica de la Universidad de Panamá.

La Licenciada Coba tiene interés en realizar su trabajo de investigación final (tesis) en su Fundación con los adolescentes que son atendidos en Casa Hogar La Semillita, ubicada en el Distrito de Chorrera, Provincia de Panamá Oeste. Esta investigación pretende ofrecer intervención psicoterapéutica mixta (10 sesiones individuales y 5 sesiones de grupo) a los adolescentes que presenten diagnóstico de depresión como estado o rasgo:

A. Cinco o más de los síntomas siguientes durante un período de dos semanas y que representen un cambio respecto a la actividad previa: uno de los síntomas debe ser (1) estado de ánimo depresivo o (2) pérdida de interés o placer.

- Estado de ánimo depresivo la mayor parte del día, casi todos los días, indicado por el relato subjetivo o por observación de otros.
- Marcada disminución del interés o del placer en todas, o casi todas, las actividades durante la mayor parte del día, casi todos los días.
- Pérdida significativa de peso sin estar a dieta o aumento significativo, o disminución o aumento del apetito casi todos los días.
- Insomnio o hipersomnia casi todos los días.
- Agitación o retraso psicomotores casi todos los días.
- Fatiga o pérdida de energía casi todos los días.
- Sentimientos de desvalorización o de culpa excesiva o inapropiada (que pueden ser delirantes) casi todos los días (no simplemente autorreproches o culpa por estar enfermo).
- Menor capacidad de pensar o concentrarse, o indecisión casi todos los días (indicada por el relato subjetivo o por observación de otros).
- Pensamientos recurrentes de muerte (no solo temor de morir), ideación suicida recurrente sin plan específico o un intento de suicidio o un plan de suicidio específico.

Queda entendido que la Licenciada Coba realizará estas sesiones dentro de sus instalaciones y con la mayor confidencialidad y al final presentará un reporte escrito a Usted de las evaluaciones iniciales y cuál fue el resultado de las sesiones

psicoterapéuticas de cada uno de los adolescentes atendidos. Durante el desarrollo de este trabajo contará con la asesoría del suscrito

En la seguridad de una respuesta positiva a esta solicitud, quedamos de Usted,

Atentamente

Mgter. Ricardo A. López
Asesor
Coordinador
Maestría en Psicología Clínica
Universidad de Panamá

Licda. Ana M. Coba.
Psicóloga

RESUMEN

La investigación se llevó a cabo con un diseño de investigación cuasi experimental con un grupo, que se le aplicó preprueba y postprueba, denominado Procesando las huellas del Abandono y el abuso. Programa de Intervención Psicoterapéutica en el que se evaluará la efectividad de una Intervención Psicoanalítica mixta (grupal e individual) de apoyo para disminuir los síntomas depresivos presentes en un grupo de 10 adolescentes de 13 a 16 años que presentan diagnóstico de Depresión y que son referidos por Casa Hogar La Semillita en la ciudad de Chorrera.

Para el análisis de los resultados obtenidos en los instrumentos de evaluación aplicados, se utilizaron pruebas y análisis estadísticos mediante los cuales se demostró que después del tratamiento las participantes en el estudio manifestaron cambios significativos, lo que avaló la hipótesis principal de la investigación, dejando claramente establecido que los participantes fueron sensibles a la psicoterapia, logrando ganancias que se tradujeron en el alivio de los síntomas depresivos y la mejoría de su estado de ánimo.

Palabras Clave: Adolescencia, depresión, psicoterapia, abandono, maltrato.

ABSTRACT

The research was carried out with a quasi-experimental research design with a group, which was applied pre-test and post-test, called Processing the Traces of Abandonment and Abuse. Psychotherapeutic Intervention Program in which the effectiveness of a mixed psychoanalytic intervention (group and individual) of support to reduce the depressive symptoms present in a group of 10 adolescents from 13 to 16 years old who have a diagnosis of depression and who are referred by Casa Hogar La Semillita in the city of Chorrera.

For the analysis of the results obtained in the evaluation instruments applied, statistical tests and analyzes were used, which showed that after the treatment the participants in the study showed significant changes, which endorsed the main hypothesis of the research, clearly leaving established that the participants were sensitive to psychotherapy, achieving gains that resulted in the relief of depressive symptoms and the improvement of their mood.

Keywords: Adolescence, depression, psychotherapy, abandonment, abuse.

La salud mental en los adolescentes es fundamental, porque 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. Lo que repercute como elemento clave para el progreso social, económico y político de un país.

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 estado de ánimo deprimido son comunes. Pero existen causas diversas que contribuyen a un estado depresivo en los adolescentes.

Cuando un nuevo ser llega a este mundo, generalmente se dice que un hijo es una bendición y motivo de alegría para la pareja que lo concibe y la familia que debe acogerlo, sin embargo no siempre este adagio se cumple. Los niños y adolescentes son víctimas de niveles alarmantes de violencia, a menudo a manos de quienes deberían protegerlos. Muchas son las situaciones a las que a diario se enfrentan y que los marcan para el resto de sus vidas.

Esto es un problema mundial con graves consecuencias que pueden durar toda la vida. Según la Organización Mundial de la Salud en Nota publicada en septiembre del año pasado, las cifras relacionadas con Maltrato Infantil son un llamado de atención urgente ante el incremento de los casos de este tipo y de cómo repercute en el desarrollo de un país.

Por ejemplo, piense usted en lo que significa que una cuarta parte de todos los adultos manifiestan haber sufrido maltratos físicos de niños y 1 de cada 5 mujeres y 1 de cada 13 hombres declaran haber sufrido abusos sexuales en la infancia. Además, de los otros tantos niños que son objeto de maltrato psicológico o emocional y las víctimas de desatención.

El maltrato infantil se define como

“los abusos y la desatención de que son objeto los menores de 18 años, e incluye todos los tipos de maltrato físico o psicológico, abuso sexual, desatención, negligencia y

explotación comercial o de otro tipo que causen o puedan causar un daño a la salud, desarrollo o dignidad del niño, o poner en peligro su supervivencia, en el contexto de una relación de responsabilidad, confianza o poder. La exposición a la violencia de pareja también se incluye a veces entre las formas de maltrato infantil”.

La presente investigación consta de cuatro capítulos:

El Primer Capítulo establece los antecedentes generales del problema a investigarse, que justifica el presente trabajo.

El Segundo Capítulo presenta la revisión de la literatura sobre este tema. Destaca la información relevante y necesaria para el problema de investigación. En especial los tipos de intervenciones psicoterapéuticas más comunes que resultan funcionales para el trastorno depresivo mayor con la finalidad de describir las principales formas en las cuales se trabaja en la recuperación de los síntomas depresivos.

Dichas técnicas de intervención al ser aplicados adecuadamente, repercuten en la disminución de los síntomas y le devuelven al individuo su equilibrio, lo que contribuye a un mejor pronóstico para las adolescentes que padecen estos problemas emocionales.

En el Tercer Capítulo se enfoca en el Marco Metodológico. Se desarrolla y explica la metodología de investigación, incluyendo las hipótesis elaboradas, el diseño utilizado, información de los sujetos, los instrumentos y el procedimiento propiamente efectuado.

En el Cuarto Capítulo se podrán observar los resultados de la investigación expuestos a través de cuadros y tablas que resumen los datos encontrados en las diferentes mediciones realizadas y analizadas estadísticamente.

Finalmente se expone la discusión de dichos resultados con las respectivas Conclusiones y Recomendaciones derivadas del análisis de los mismos. Pertinentes de acuerdo a la experiencia adquirida mediante la realización de la investigación adecuadas a la temática.

Seguido se encuentra la bibliografía y los anexos relacionados.

CAPÍTULO 1

MARCO TEÓRICO PARA UNA INTERVENCIÓN

PSICOTERAPEÚTICA EN ADOLESCENTES

MALTRATADOS CON SÍNTOMAS DEPRESIVOS.

1.1. Concepto de Adolescencia

Con respecto a la etimología del concepto Adolescente, se debe aclarar que viene del latín *adolescens, adolescentes*, que significa “que está en periodo de crecimiento, que está creciendo” y es el participio presente del verbo latino **adolescere** “criarse, ir creciendo, estar creciendo, madurar”.

Este verbo latino es un compuesto del prefijo *ad-* ‘hacia’ y el verbo **alescere** ‘crecer’, forma incoativa (que implica o denota el principio de una cosa o de una acción progresiva) del verbo latino **alere** ‘nutrir, alimentar, criar’. El participio pasado de *adolescere* es *adultum* ‘el que ya está crecido’, mientras que el participio presente *adolescens* significa ‘el que está en la etapa de crecimiento’. (Pérez Porto & Merino, 2014)

La adolescencia es, en resumen, una etapa del desarrollo, parte del proceso de maduración, un periodo en la vida de todo ser humano sin distinción alguno.

La OMS define la adolescencia como el periodo de crecimiento y desarrollo humano que se produce después de la niñez y antes de la edad adulta, entre los 10 y los 19 años (Organización Mundial de la Salud, 2017).

1.1.1. Etapas de la adolescencia

La adolescencia es un periodo de transición muy importante, que se caracteriza, entre otros aspectos, por un ritmo acelerado de crecimiento y cambios condicionados por procesos biológicos comunes a todos los seres humanos. El comienzo de la pubertad marca el inicio de esta transición, el paso de la niñez a la adolescencia. Sin embargo, la duración y características, varían de acuerdo a agentes externos a los sujetos, como el medio ambiente, la crianza, las características socioeconómicas y la cultura. Realizando una

comparación con otros momentos de la historia, ha habido cambios relevantes, en los últimos años han sido los siguientes:

- el inicio más temprano de la pubertad,
- la postergación de la edad del matrimonio,
- la urbanización,
- la mundialización de la comunicación y
- la evolución de las actitudes y prácticas sexuales. (Centro de Prensa. Organización Mundial de la Salud, 2016)

Según el estudio **Desarrollo del adolescente. Aspectos físicos, psicológicos y sociales**, llevado a cabo por J.J Casas Rivero y M.J. Ceñal González Fierro, de la Unidad de Medicina del Adolescente del Servicio de Pediatría del Hospital de Móstoles, en Madrid, las etapas de la adolescencia son tres. En el estudio sitúa la media de desarrollo completo de la adolescencia en los 21 años. **Fuente especificada no válida.** La clasificación general de la adolescencia en etapas, varía según diferentes autores, pero coinciden en las siguientes:

Primera etapa: Adolescencia temprana. 11 a los 13 años.

Características:

- Se experimentan cambios físicos a una gran velocidad.
- Aparecen los caracteres sexuales secundarios.
- Identificación grupal
- Contactos con el otro sexo tienen un carácter exploratorio.

El adolescente observa cómo su cuerpo se desarrolla y cambia, existe mucha curiosidad y los cambios provocan en ocasiones ansiedad ante las situaciones extrañas a las que se enfrentan.

Segunda Etapa. Adolescencia media. 14 a los 17 años.

Características:

- La maduración sexual ha terminado en esta etapa, incluyendo el desarrollo de sus órganos sexuales y el 95 por ciento de su estatura.
- Se fija su imagen corporal ya que baja la velocidad e intensidad de los cambios experimentados.
- Potencia la imagen de sí mismo y lo proyecta hacia los que lo rodean.
- Gran relevancia de los cambios psicológicos y sociales.

Tercera fase. Adolescencia tardía. 17 a los 21 años.

Características:

- Se ha terminado el desarrollo físico y sexual, ya es un adulto y es capaz de reproducirse.
- Se completa el desarrollo del pensamiento abstracto y percibe perfectamente las implicaciones futuras de sus actos.

1.1.2. Cambios psicológicos durante la adolescencia

La adolescencia es un periodo de preparación para la edad adulta durante el cual se producen varias experiencias de desarrollo de suma importancia. Más allá de la maduración física y sexual, esas experiencias incluyen la transición hacia la independencia, el desarrollo de la identidad, la adquisición de las aptitudes

necesarias para establecer relaciones y asumir las responsabilidades. Adicional a la capacidad de pensamiento abstracto que caracteriza al adulto.

Adolescencia temprana, no tiene grandes cambios psicológicos porque el adolescente sigue pensando en concreto, no ha desarrollado la abstracción del pensamiento como se comentaba en el párrafo anterior, y todavía no mide las consecuencias de sus actos como un adulto. Las implicaciones psicológicas de ésta etapa, se derivan de los cambios físicos principalmente.

Adolescencia media, a nivel psicológico aparecen características de gran relevancia para su futuro, como lo es el desarrollo del pensamiento abstracto y la capacidad de percibir las consecuencias de sus actos, aunque con conflictos que le generan niveles de estrés difíciles de manejar y pueden llegar a sufrir regresiones hacia el pensamiento concreto.

También es de gran importancia, como el adolescente comienza a experimentar la pertenencia a un grupo social y la necesidad de independencia respecto del grupo familiar.

Proyecta su imagen hacia el resto del mundo con el objetivo de acaparar atención, tiende a exhibir conductas narcisistas y a explorar que grado de atracción posee sobre los que le rodean. La sensación de invulnerabilidad y de fortaleza hacen que el adolescente pueda ser provocado, que sea más agresivo e inclusive que presente comportamientos de riesgo social.

Adolescencia tardía:

Lo más importante de esta etapa es el desarrollo del pensamiento abstracto, que depende de las condiciones que le rodeen y de competencias propias del adolescente.

Las exigencias del mundo adulto acaparan la mayor parte de la vida del joven y da prioridad al establecimiento de las relaciones individuales.

Más allá de lo tradicional, algunos autores como Arnett (Arnett, 2008) incluyen una nueva etapa, a la que denominan, “Adulthood emergence”, periodo entre los 18 y los 25 años que describe como la edad de las posibilidades donde responde a diferentes ritmos de adopción de responsabilidades provocados por unas circunstancias sociales determinadas. Otros autores han variado el periodo a edades de los 22 y hasta los 30 años.

Características:

- Retraso en el compromiso de pareja
- Asunción de responsabilidades y estilo de vida adulto
- Posibilidad de continuar explorando diferentes facetas de la vida
- La inestabilidad
- Estar centrado en uno mismo
- Sensación de vivir entre la adolescencia y la adultez

1.1.3. Problemas de los adolescentes

La población adolescente a nivel mundial juega un papel importante en la sociedad, tan sólo en Latinoamérica y el Caribe, forman 30% del total de la población según estadísticas de UNICEF (Born & Lombardía, 2015). Este subconjunto etario es considerado generalmente, como saludable, se tiene la creencia de que está en condiciones adecuadas de acuerdo a su edad y como consecuencia, se tiende a no darle importancia a sus necesidades biopsicosociales.

Sin embargo, en los últimos tiempos, se observa un incremento de la incidencia de adolescentes y jóvenes que padecen diversos tipos de enfermedades físicas y psicológicas.

Aunque la adolescencia es sinónimo de crecimiento excepcional y gran potencial, constituye también una etapa de riesgos considerables, durante la cual el contexto social puede tener una influencia determinante.

Estos hechos, refuerzan la necesidad de prestar mayor atención a los programas correctivos y preventivos para el fortalecimiento del desarrollo de salud de los jóvenes que les permita pasar a la vida de adultos con mayores competencias para servir a sus comunidades de una forma eficaz y eficiente, estimulando el mejoramiento de la calidad de vida.

Patrones de conducta inadecuados y traumas que se adquieren en la niñez, se conviertan en problemas de salud en la edad adulta. Urge establecer nuevas estrategias que promuevan la prevención y aseguren un envejecimiento saludable. Esto es de hecho una prioridad para diversas organizaciones como la Organización Panamericana de Salud y la Organización Mundial de Salud. Adolescencia (Organización Panamericana de la Salud.)

1.1.4. Principales teorías de la Adolescencia

A través de la historia, se han desarrollado diversas teorías sobre la Adolescencia como etapa determinante en la formación del individuo. Entre las más destacadas se encuentran las que se describen a continuación:

Teoría Psicológica de la recapitulación. Biogenética

Su creador fue Granville Stanley Hall, basándose en la teoría evolucionista de Darwin, que sostiene como principio que la historia de todos los hechos de la

humanidad se ha integrado al sistema genético de cada hombre. La ley de recapitulación dice que el desarrollo de cada organismo humano se realiza en etapas similares a los períodos históricos, el ser humano comienza su vida con un comportamiento primitivo y salvaje, que transforma hasta llegar a una forma de vida más civilizada en su madurez. (La guía 2000. Psicología , 2017). Las etapas del desarrollo son paralelas a las que ha desarrollado la especie humana a lo largo de su evolución desde las especies inferiores. La adolescencia sería un periodo ontogenético. (Vicente., 2014) Destaca en la producción literaria de Stanley Hall, la obra “Adolescence”, de mucha influencia durante años.

Teorías relacionadas con el psicoanálisis.

Los autores con los aportes más significativos además de Freud, se exponen en los siguientes párrafos.

Sigmund Freud

Principal exponente de la teoría psicoanalítica quien considera que en la adolescencia, la tarea prioritaria es lograr la supremacía genital y la definitiva búsqueda no incestuosa del objeto amoroso.

Freud describe la adolescencia como una etapa secundaria del desarrollo de la personalidad, donde el sujeto tiene que solucionar el complejo de Edipo o de Electra y ello dependerá de la fortaleza del carácter que tenga el adolescente para liberarse de dichas dependencias. En su lucha, manifestarán rechazo, resentimiento y hostilidad contra sus padres y otras formas de autoridad, por lo que tendrán que ser tolerados para facilitar este proceso.

El autor enfatiza la necesidad de gestionar las relaciones con el sexo opuesto, porque los fuertes lazos de amistad con individuos del mismo sexo, pudiese

provocar una inversión del objeto sexual. El primer objeto serio de amor, es probable que sean personas mayores, es decir que los adolescentes se sentirán atraídos por personas adultas que le recuerden la imagen de las figuras materna o paterna.

Para Freud, en todos los sujetos influyen los factores ambientales en cuanto a la moralidad y las aspiraciones propias de cada cultura, lo que hace posible la instauración del Superyo o conciencia moral, luego de la elaboración del complejo de Edipo.

Anna Freud

Sostiene que en el comienzo de la pubertad aparece un segundo Complejo de Edipo que provoca el mismo miedo a la castración en los varones y envidia del pene en las mujeres, que en el primero. Profundiza un poco más las investigaciones de su padre, referente a esta etapa del desarrollo y su influencia en la estructuración del carácter, logrando realizar aportes significativos sobre la interpretación de la dinámica del desarrollo del adolescente. Indica que el desarrollo de las funciones sexuales tiene una influencia psicológica directa en la personalidad y provoca un desequilibrio psíquico, produciendo en los adolescentes conflictos internos. (Sallad, Wilson, & Monte, 2009)

Durante el proceso del desarrollo del Superyo, en la etapa de latencia, el niño asimila los valores y la moral de las personas importantes con las cuales se ha identificado, clásicos ejemplos, sus padres. El miedo al mundo externo se convierte en ansiedad interior producida por el Superyo o como se le conoce comúnmente como conciencia y sentimientos de culpa cada vez que su comportamiento no está de acuerdo a su sentido del bien y del mal. La ansiedad a

su vez, es la consecuencia de la identificación del sistema y de la incorporación de esta estructura.

Dicho de otra manera, el desequilibrio que producen los cambios de la adolescencia, se manifiesta en la ansiedad del superyo que acciona los mecanismos de defensa del yo:

- la represión,
- la negación
- y el desplazamiento.

Estos mecanismos vuelven los impulsos libidinales contra sí mismo, provocando temores, ansiedad y síntomas neuróticos.

Estas luchas, condición conduce a comportamientos que van de las gratificaciones sexuales pregenitales perversas y el comportamiento agresivo y hasta criminal, en el caso de triunfar el ello, a los rasgos de ascetismo e intelectualización y la acentuación de síntomas neuróticos e inhibiciones cuando el éxito es del yo.

El ascetismo es debido a la desconfianza del adolescente contra los deseos instintivos que trasciende la sexualidad y llega a la comida, el sueño y la vestimenta. Así como el aumento de intereses intelectuales y la preferencia por intereses abstractos en lugar de concretos.

Anna Freud supone también que un equilibrio armonioso entre el ello, el yo y el superyo, es posible y lo demuestran la mayoría de los adolescentes normales.

De manera que los factores que influyen en los conflictos de la adolescencia son:

- las fuerzas de los impulsos instintivos que están determinados por procesos orgánicos;
- la capacidad del yo para superar esas fuerzas o ceder ante ellas, dependiendo esta disyuntiva del carácter y del Superyo; y
- la eficacia de los mecanismos de defensa del yo.

Otros autores como es el caso de Rolf Muuss en su famoso libro Teorías de la Adolescencia (Muuss H., 1988) donde explica estos mecanismos de defensa en función de intelectualización o racionalización y ascetismo. Definiendo la intelectualización o racionalización como el mecanismo donde el adolescente minimiza la ansiedad, al no involucrándose en aquellas cuestiones que les afectan directamente. De forma práctica, piensa y analiza a profundidad las ideas, causas de algo o las implicaciones morales.

Ascetismo, se aplica cuando el joven minimiza la ansiedad rechazando las tentaciones, por ejemplo, al renunciar a estar con sus amistades, o a participar en actividades que le diviertan, inclusive el rechazar las relaciones sexuales.

Peter Blos conocido como Mr. Adolescence.

Sus principales aportaciones son:

- la división de la adolescencia en etapas, y
- el proceso de individuación.

Las etapas que comprende la adolescencia según este autor son:

1. Pre-adolescencia.
2. Adolescencia temprana, es la adolescencia propiamente dicha, donde establece relaciones de amistad que son relegadas por las relaciones amorosas.

3. Adolescencia tardía, se da la consolidación de la identidad sexual del individuo como del yo.

4. Post-adolescencia.

El otro aporte de Blos, referente al concepto Individuación, se explica como la desvinculación afectiva de los padres, el logro de la autonomía y la confianza en sí mismos. Percibe que tiene sus propias ideas sin depender de los padres. En este proceso, el adolescente se rebela contra las ideas de los padres. Hace un análisis más profundo de las mismas, luego de ello, acepta las normas de los padres o por el contrario, adopta normas y ética diferentes (Blos, 1971).

Erik Erikson

Estudió el desarrollo global de las personas, es precursor de las teorías del ciclo vital. En su concepción del desarrollo de la identidad durante la adolescencia establece 8 etapas que suponen su evolución del yo. Cada una de las etapas está formada por dos polos: positivo y negativo. Dichos polos son generados por la sociedad y la elección de un polo u otro depende de la misma. Al superar una crisis, el sujeto pasa de una etapa a otra. (Erikson, 2004)

Algunos de los conceptos más utilizados por Erikson son los siguientes:

Identidad: sentido integrado de continuidad y coherencia a lo largo de la vida.

Confusión de roles: no tener muy claro quién se es y qué papel se desempeña en la vida.

Moratoria: tiempo que necesita el adolescente para realizar la integración de los logros adquiridos en etapas anteriores.

James Marcia.

Desarrolla la teoría de Erikson basándose en que el logro de la identidad consiste en la ambivalencia entre el polo de la confusión o la identidad resuelta y en el grado en que los adolescentes han explorado el mundo y han logrado comprometerse en diferentes dominios de la vida: política, religión, trabajo, relaciones íntimas, amistad y rol de género.

Presenta cuatro niveles de identidad que surgen de la combinación de dos dimensiones: crisis de identidad y compromiso vocacional, ideológico o persona (Marcia, 1993). Los cuatro niveles son:

- | | |
|--------------------------|---------------------------|
| 1. Identidad de logro: | si compromiso, si crisis. |
| 2. Moratoria: | no compromiso, si crisis. |
| 3. Identidad hipotecada: | si compromiso, no crisis. |
| 4. Identidad difusa: | no compromiso, no crisis. |

Al inicio de la adolescencia el sujeto se ubica en el nivel de difusión de la identidad. Después pasa a la moratoria y finalmente si todo va bien, se logrará la identidad. Los que no pasan la etapa de crisis o moratoria, tendrían lo que denomina Marcia como una identidad hipotecada.

Robert Havighurst

Su teoría abarca todo el ciclo vital. (Psicologiauned.com) En las etapas del desarrollo, se debe enfrentar una serie de tareas evolutivas provenientes de:

1. La maduración física.
2. Las presiones culturales o expectativas de la sociedad sobre la persona.
3. Los valores y las aspiraciones individuales.

Coincide con otros autores, en ciertas tareas como la independencia emocional de los padres o la formación de relaciones maduras.

Las etapas relacionadas con la adolescencia, conllevan lo siguiente:

- 12-18 años
 - Aceptar el propio cuerpo y aprender a usarlo.
 - Formar relaciones más maduras con iguales de ambos sexos.
 - Adoptar un rol social masculino o femenino.
 - Independizarse emocionalmente de los padres.
 - Prepararse para el mundo profesional.
 - Prepararse para la vida en familia y en pareja.
 - Adquirir valores y sistemas éticos.
 - Desear y lograr una conducta socialmente responsable.

- 18-30 años
 - Integrarse en el mundo laboral.
 - Selección de pareja.
 - Aprender a vivir en pareja.
 - Tener familia propia. Criar a los hijos.
 - Aprender a ser un ciudadano responsable.
 - Encontrar un grupo social estable.

John C. Coleman

A partir de sus investigaciones (John Coleman J. H., 1977) (John Coleman R. G., 1977) elaboró la Teoría focal, que presenta los siguientes enunciados:

1. La resolución de un aspecto no es requisito imprescindible para el paso al siguiente estadio.

2. No existen límites claros entre un estadio y el siguiente.

3. La secuencia de desarrollo no es única ni inmutable.

En resumen, este autor con su Teoría focal, defiende la idea de que en su desarrollo, los adolescentes deben enfrentarse a diversos cambios, pero no todos al mismo tiempo (Coleman, 2011).

1.1.5. Factores estresantes de riesgo

Las principales presiones que tienen que enfrentar los adolescentes, giran en torno a:

- consumir alcohol, tabaco u otras drogas
- empezar a tener relaciones sexuales.

Lo preocupante, es que es a edades cada vez más tempranas, lo que trae como consecuencia son traumatismos, embarazos no deseados e infecciones de transmisión sexual (ITS), en especial el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH).

En segundo lugar, los problemas de adaptación y de salud mental, ya que no tienen desarrollada la capacidad de entender la relación entre su comportamiento y sus consecuencias, ejemplo clásico su conducta sexual. Por lo que nos encontramos con una población vulnerable a la explotación sexual y conductas de alto riesgo.

Los adolescentes dependen de su familia, comunidad, escuela y servicios de salud para adquirir toda una serie de competencias que pueden ayudarles a hacer frente a las presiones que experimentan y culminar de forma satisfactoria la transición de la infancia a la edad adulta. Los padres, miembros de la comunidad, proveedores de servicios y las instituciones sociales son

responsables de promover el desarrollo y la adaptación de los adolescentes y de intervenir eficazmente cuando surjan problemas.

1.2. Abandono y Abuso. Maltrato en la Adolescencia.

El maltrato infantil causa alteraciones en la salud mental y física que perduran toda la vida, y sus consecuencias a nivel socioprofesional pueden, en última instancia, ralentizar el desarrollo económico y social de un país.

Estudios de la OMS indican que hay en el mundo 73 millones de niños y 150 millones de niñas menores de 18 años que sufren violencia sexual en forma de tocamientos y relaciones sexuales forzadas (Centro de Prensa. Organización Mundial de la Salud, 2016).

Por otro lado, el Maltrato en cifras, según la UNICEF (**UNICEF, 2017**) advierte que:

- Una cuarta parte de todos los adultos manifiestan haber sufrido maltratos físicos de niños.
- Una de cada 5 mujeres y 1 de cada 13 hombres declaran haber sufrido abusos sexuales en la infancia.

En ambos informes de estas organizaciones, el resultados es el mismo, cifras alarmantes.

1.2.1. Concepto de maltrato.

El maltrato es la acción y efecto de maltratar (tratar mal a una persona, menoscabar, echar a perder). El concepto está vinculado a una forma de agresión en el marco de una relación entre dos o más personas. (Pérez P. & Merino, 2014)

El origen etimológico del término maltrato viene del latín, y es la suma de tres partes latinas: male, que es sinónimo de “mal”; el verbo trātare, que se puede traducir como “tratar”; y el sufijo –tro, que es equivalente a “recibir la acción”.

1.2.2. Tipificación en Panamá.

El maltrato infantil es solo una de las formas de violencia contra la niñez. La Constitución Política de la República de Panamá. Título III, capítulo 2 denominado “Familia” establece que el Estado debe proteger la familia y a los menores, estableciendo los mecanismos destinados a promover los derechos de los niños, niñas y adolescentes en su condición de población vulnerable.

Adicional a la Constitución, se tienen otra serie de leyes, decretos y convenios que sirven de apoyo para que se cumpla con el objetivo de preservar la integridad de este los adolescentes. Por ejemplo:

- Ley No. 15 del 6 de Noviembre de 1990, Por la cual la República de Panamá ratifica La Convención sobre los Derechos del Niño adoptada por la Asamblea General de las Naciones Unidas en su Resolución No 44/25 del 20 de noviembre de 1989.
- Ley 3 del 17 de Mayo de 1994, Por la cual se aprueba el Código de la Familia.
- Ley 33 de 28 de Mayo de 1998, Por la cual se aprueba el Convenio Relativo a la Protección del Niño y a la Cooperación en materia de Adopción Internacional, hecho en La Haya el 29 de mayo de 1993.

- Ley 16 del 31 de marzo del 2004. Que dicta disposiciones para la prevención y tipificación de delitos contra la integridad y la libertad sexual, y modifica y adiciona artículos a los Códigos Penal y Judicial.

Sin embargo, la ley que puntualmente tipifica la violencia y el maltrato en Panamá, convirtiéndose en el instrumento jurídico vigente que establece nuevas normas relacionadas con la violencia que ocurre dentro de la familia, es la Ley 38 de 10 de julio de 2001, que adiciona y reforma algunos artículos del Código Penal, del Judicial y deroga artículos de la Ley 27 sobre violencia intrafamiliar. La misma amplía conceptos y se publicó en la Gaceta Oficial 24350 del 23 de julio de 2001.

Los delitos de violencia doméstica y maltrato a menores según el artículo 13 de la Ley 38 son:

1. El artículo 215 A, establece que como hechos que configuran el delito de violencia doméstica, la agresión física, sexual, patrimonial o psicológica o el hostigamiento contra una persona, que conlleva sanción de 1 a 3 años o con medida de seguridad curativa que consistirá en un programa de tratamiento terapéutico multidisciplinario con atención especializada. La agresión psicológica se comprobará por un médico psiquiatra forense o un psicólogo forense (artículo 13 de la Ley 38 de 2001).

La modificación de la norma establece sanciones más severas que las contempladas en la ley 27 de 1995, ya que se aumentó la pena de prisión mínima a 1 año y la máxima a 3 años.

1.2.3. Concepto de maltrato infantil.

Diariamente somos testigos de diversas situaciones donde se lesiona a menores. Según André Franco “la violencia familiar y el maltrato contra la

infancia y la adolescencia son formas de vulneración de los derechos de niños, niñas y adolescentes que se hallan extendidas en todas las latitudes”.

Se denomina maltrato infantil o abuso infantil, a cualquier acción (física, sexual o emocional) u omisión no accidental en el trato hacia un menor, por parte de sus padres o apoderados, que le ocasiona daño físico o psicológico y que amenaza el desarrollo físico y psicológico del niño, niña o adolescente. (Vainstein & Rusler, 2011)

El **maltrato infantil** también se define como los abusos y la desatención de que son objeto los menores de 18 años, e incluye todos los tipos de maltrato físico o psicológico, abuso sexual, desatención, negligencia y explotación comercial o de otro tipo que causen o puedan causar un daño a la salud, desarrollo o dignidad del niño, o poner en peligro su supervivencia, en el contexto de una relación de responsabilidad, confianza o poder. La exposición a la violencia de pareja también se incluye a veces entre las formas de maltrato infantil. (Centro de prensa de la OMS, 2016)

Según los informes del Ministerio Público, de enero a marzo de 2017 se habían registrado 588 casos de maltrato al niño, niña y adolescentes a nivel nacional, y que en algunos de ellos el castigo infligido se realizó con fuerza y brutalidad. En comparación con 2016, se perfila un descenso en los casos denunciados. (Carrasco, 2017) Sin embargo, hay un subregistro de hechos punibles no denunciados.

1.2.4. Clasificación y tipos de maltrato y violencia.

En nuestro país, la ley 27 estableció los siguientes tipos de violencia y maltrato:

Violencia sexual

Comprende el uso de la fuerza y el poder con la finalidad de realizar actos sexuales contra la voluntad de la otra persona. Este tipo de violencia se da en las relaciones de pareja; otras se da entre una persona adulta y un niño o niña o un joven o una joven menor de edad, mediante el abuso y el engaño o con el uso de la fuerza. Los hechos más comunes de violencia sexual son: la relación sexual con el uso de la fuerza, o sea la violación; la explotación sexual comercial o sea logrando ganancias económicas al cobrar por la relación sexual de otras personas; tener relaciones sexuales con miembros de la familia, es decir, lo que se conoce como incesto.

Violencia física

Aquella en que se usa la fuerza y el poder, produciendo daños o heridas corporales a la persona que la recibe, generalmente requiere atención médica y sufren incapacidades para desenvolverse normalmente durante un período de tiempo. Algunas de las expresiones visibles son: heridas, cortadas, fracturas y rotura de huesos, bofetadas y puñetazos, las patadas, las quemaduras, entre otras.

Violencia psicológica

Aunque no se ve a simple vista, produce efectos emocionales y mentales, afectando la autoestima de la víctima. Entre los hechos que se consideran este tipo de violencia están: los insultos verbales, los gritos, el ridiculizar o rechazar a la

otra persona; destruir objetos propiedad de la persona; dañar o romper objetos del hogar, causar daños a animales, entre otros.

En los tres tipos anteriores la ley establece tres posibilidades: sanción de 6 meses a 1 año de prisión y se aumenta de 2 a 4 años si se incurre en las agravantes del artículo 215B del Código Penal, o con medida de seguridad curativa o con ambas sanciones.

El delito de maltrato de menores: es el que comprende todos los actos de fuerza y poder que se realizan en contra de las niñas y los niños menores que no han cumplido la mayoría de edad.

Los hechos que se consideran maltrato de menores según la ley, son:

1. Causar, permitir o hacer que se le cause daño físico, mental o emocional, incluyendo lesiones físicas ocasionadas por castigos corporales.
2. Utilizar o sugerir que se les utilice con el fin de ganar dinero a su costa, poniéndoles a pedir dinero (mendicidad), a posar para fotografías pornográficas, a actuar en películas pornográficas o en propaganda o publicidad no apropiada para su edad.
3. Emplearlos en trabajos prohibidos o contrarios a la moral o que pongan en peligro su vida o su salud.
4. Negarles las condiciones que necesita para su vida y su desarrollo como persona (trato negligente) y darles malos tratos que puedan afectarles su salud física o mental.

Este delito se sanciona con pena de prisión de 1 a 6 años.

Incesto

Se da cuando una persona, a pesar de saber sobre la existencia de vínculo familiar, tiene relaciones sexuales con ella. Se entiende que se produce el delito cuando la persona mete su órgano sexual, sus dedos, su lengua o cualquier objeto como lápices, plumas, botellas, marcadores o cualquier objeto en los orificios naturales del cuerpo de la otra persona, llámese ano, boca, orificio vaginal.

Este delito se sancionó con pena de prisión de 3 a 5 años y si se incurre en las agravantes que señala el artículo 216, la pena se aumenta de 3 a 10 años.

1.2.4.1. Maltrato y abuso sexual

El abuso sexual de un menor es un proceso que consta generalmente de varias etapas o fases:

1. **Fase de seducción:** el futuro agresor manipula la dependencia y la confianza del menor, y prepara el lugar y momento del abuso. Es en esta etapa donde se incita la participación del niño o adolescente por medio de regalos o juegos.
2. **Fase de interacción sexual abusiva:** es un proceso gradual y progresivo, que puede incluir comportamientos exhibicionistas, voyerismo, caricias con intenciones eróticas, masturbación, etc. En este momento ya se puede hablar de «abusos sexuales».
3. **Instauración del secreto:** el agresor, generalmente por medio de amenazas, impone el silencio en el menor, a quien no le queda más remedio que adaptarse.

4. **Fase de divulgación:** esta fase puede o no llegar (muchos abusos quedan por siempre en el silencio por cuestiones sociales), y, en el caso del incesto, implica una quiebra en el sistema familiar, hasta ese momento en equilibrio. Puede ser accidental o premeditada, esta última a causa del dolor causado a los niños pequeños o cuando llega la adolescencia del abusado.
5. **Fase represiva:** generalmente, después de la divulgación, en el caso del incesto la familia busca desesperadamente un reequilibrio para mantener a cualquier precio la cohesión familiar, por lo que tiende a negar, a restarle importancia o a justificar el abuso, en un intento por seguir como si nada hubiese sucedido.

Tipología del abuso sexual

Dentro de los abusos sexuales, es importante distinguir aquellos que van acompañados de violencia de aquellos que no. La violencia puede provocar dolor físico y, por tanto, determinar las reacciones de rechazo, miedo o de terror. Las segundas pueden ser de distinto tipo, hasta el punto de que algunos niños ni se percatan de que un adulto los ha tocado o tratado de manera impropia (Sexual Abuse: A Journal of Research and treatment, 2017).

Los tipos específicos de abusos sexuales más frecuentes son los siguientes:

- **Sin contacto físico:** exhibicionismo, masturbación delante del menor, observación del niño desnudo, narración o proyección al menor de historias con contenido erótico o pornográfico;

- **Con contacto físico:** tocamientos, masturbación, contactos bucogenitales, penetración.

El tipo de conductas que se llevan más a cabo, frecuentes o repetidas, son los tocamientos y la masturbación mutua; en cuanto a la penetración -oral, vaginal o anal- es menos frecuente (Turcio M., 2011)

1.2.4.2. Maltrato físico

Se define como maltrato físico a cualquier lesión física infringida al menor, como por ejemplo: hematomas, quemaduras, fracturas, u otras lesiones, mediante pinchazos, mordeduras, golpes, tirones de pelo, torceduras, quemaduras, puntapiés u otros medios con que se lastime el niño. Es necesario recalcar el carácter intencional, nunca accidental, del daño o de los actos de omisión llevadas a cabo por los responsables del cuidado del niño/a, con el propósito de lastimarlo o injurarlo. (Castillo, 2006)

Aunque el padre o adulto puede no tener la intención de lastimar al menor, también se interpreta como maltrato a la aparición de cualquier lesión física arriba señalada que se produzca por el empleo de algún tipo de castigo inapropiado para la edad del menor.

Es importante establecer la diferencia entre el maltrato físico y el castigo físico. A este último se le define como el empleo de la fuerza física con intención de causar dolor, sin lesionar, con el propósito de corregir o controlar una conducta. Por otra parte, el castigo corporal es una práctica muy difundida y socialmente aceptada pero constituye una violación de los derechos fundamentales como personas, es un atentado contra su dignidad y autoestima, además de que es una

práctica peligrosa porque puede causar daños físicos y psicológicos al generar estrés y depresiones. Los niños que sufren este tipo de castigo tienden a reproducir comportamientos antisociales y a convertirse en adultos violentos (Castillo, 2006).

Las estadísticas acerca del maltrato físico de los niños son alarmantes. Los que sobreviven el abuso, llevan secuelas de trauma emocional, que se mantienen mucho después de que los moretones físicos hayan desaparecido. El reconocer y dar tratamiento inmediato es importante para minimizar los efectos a largo plazo causados por el abuso o maltrato físico.

Signos de maltrato físico.

Se considera la posibilidad de maltrato físico en el niño cuando estén presentes alguna de las siguientes señales que no tienen una explicación convincente (Ribes, Clavijo, & Armario, 2006):

- Quemaduras, mordeduras, fracturas, ojos morados o dolores en el niño que aparecen bruscamente.
- Hematomas u otras marcas evidentes luego de haber faltado a clases.
- Parece temerle a sus padres y protesta o llora cuando es hora de dejar la escuela para ir a su casa.
- Le teme al acercamiento o contacto de otras personas mayores.
- Reporta que le han pegado en su casa.

Considere la posibilidad de abuso físico cuando los padres o tutores:

- Ante una lesión o traumatismo evidente en el menor no brindan una explicación creíble o se enojan ante la pregunta de lo ocurrido.

- Frecuentemente se refieren a su hijo como "un demonio" o de otra forma descalificante.
- Frecuentemente tratan al menor con disciplina física muy dura.
- Los padres tienen antecedentes de haber sido menores maltratados o abandonados.
- Existe el antecedente de que la madre ha sido golpeada, exhiba moretones.

1.2.4.3. Maltrato psicológico o emocional.

La mayoría de las definiciones coinciden en describir el maltrato psicológico como cualquier tipo de comportamiento repetido de carácter físico, verbal, activo o pasivo, que agrede a la estabilidad emocional de la víctima, de forma continua y sistemática. El objetivo de dicho comportamiento es hacer sufrir a la víctima mediante la intimidación, haciéndola sentir culpable o desvalorizándola aprovechando el amor o cariño que ésta siente hacia su agresor.

Se considera el tipo de maltrato más difícil de identificar y evaluar por lo que la gravedad se estima según su frecuencia e impacto psicológico que ocasiona a la víctima. Generalmente se asocia con las malas relaciones de pareja, sin embargo el maltrato psicológico puede aparecer en distintos contextos, no sólo en las relaciones de pareja. (Committee on Professional Practice and Standards , 2014)

1.2.4.4. Abandono o Negligencia

Se le llama a la falla intencional de los padres o tutores en satisfacer las necesidades básicas del menor en cuanto a alimento, abrigo o en actuar debidamente para salvaguardar la salud, seguridad, educación y bienestar del niño.

Se definen dos tipos de abandono o negligencia:

Abandono Físico: Este incluye el rehuir o dilatar la atención de problemas de salud; echar de casa a un menor de edad; no realizar la denuncia o no procurar el regreso al hogar del menor que huyó; dejarlo solo en la casa o a cargo de otros menores.

Negligencia o Abandono Educacional: no gestionar para el menor el cumplimiento mínimo con los niveles de educación obligatorios; no hacer lo necesario para proveer la atención a las necesidades de educación especial.

El diagnóstico de negligencia o descuido puede presentar problemas de subjetividades. El descuido puede ser intencional o no intencional.

Signos de Negligencia

Evalúe la posibilidad de negligencia o abandono cuando el menor:

- Falta frecuentemente a la escuela.
- Pide o roba plata u otros objetos a compañeros de clases.
- Tiene serios problemas dentales, auditivos o visuales y no recibe tratamiento adecuado.
- Asiste a clases sucio o con uniforme en mal estado, sin que la condición de sus padres sea la de pobreza extrema.

- Hay antecedentes de alcoholismo o consumo de drogas en el menor o la familia.
- El menor comenta que frecuentemente se queda solo en casa o al cuidado de otro menor.

Tome en consideración la posibilidad de negligencia o abandono cuando sus padres o adultos a cargo:

- Se muestran indiferentes a lo que los docentes dicen del menor.
- Su comportamiento en relación al menor o a la institución educativa es irracional.
- Padecen de alcoholismo u otra dependencia.
- Tienen una situación socio económica que no explica el descuido en la higiene, el uso de vestimenta inadecuada para la estación, o la imposibilidad de solución de algunos de sus problemas de salud que presenta el menor.

1.2.5. Consecuencias del maltrato infantil en el periodo de la adolescencia como parte del ciclo vital.

El maltrato infantil es una causa de sufrimiento para los niños y las familias, y puede tener consecuencias a largo plazo, no solo para sus víctimas directas, sino también a toda la sociedad que le rodea. El impacto es devastador y prolongado en los menores, en especial si no reciben tratamiento para procesar los hechos. Causa estrés y se asocia a trastornos del desarrollo cerebral temprano. En los casos extremos, pueden alterar el desarrollo de los sistemas nervioso e

inmunitario. Contribuye a las enfermedades del corazón, al cáncer, al suicidio y a las infecciones de transmisión sexual.

Los adultos que han sufrido maltrato en la infancia corren mayor riesgo de sufrir problemas conductuales, físicos y mentales, tales como:

- actos de violencia (como víctimas o perpetradores);
- depresión;
- consumo de tabaco;
- obesidad;
- comportamientos sexuales de alto riesgo;
- embarazos no deseados;
- consumo indebido de alcohol y drogas.

También tiene un impacto económico que abarca los costos de la hospitalización, de los tratamientos por motivos de salud mental, de los servicios sociales para la infancia y los costos sanitarios a largo plazo.

En Estados Unidos, estudios han arrojado estimaciones, que indican que el costo anual de las consecuencias del maltrato y negligencia infantil ascendía a 56 mil millones de dólares. Esto incluía los costos directos de programas médicos, pérdida de ganancias y programas públicos, así como también los costos indirectos asociados con el dolor y la disminución en la calidad de vida. (Toth & Dante, 2004)

Las consecuencias a corto, mediano y largo plazo de estos actos, en especial los de violencia sexual, pueden clasificarse en físicas y psicológicas. Las consecuencias físicas incluyen desde embarazos no deseados, enfermedades de transmisión sexual y lesiones genitales, mientras que las consecuencias

psicológicas, están relacionadas con la estigmatización que les impide buscar asistencia médica, regresar a sus comunidades e incluso establecer una relación de pareja, facilitando de esta forma el desplazamiento hacia regiones apartadas e incluso el ejercicio de la prostitución. (OIM & ICBF., 2013)

Widom y Maxfield realizaron una investigación longitudinal llegaron a la conclusión de que los niños abusados y objetos de negligencia, eran 1,8 veces más propensos a ser arrestados como delincuentes juveniles, que los muchachos de su misma edad que no habían sufrido maltrato. Los niños maltratados son además más proclives a desarrollar problemas de abuso de sustancias. Además, más del 50% de los niños maltratados tiene dificultades en la escuela y aproximadamente un 25% requiere de servicios especiales de educación.

1.2.6. Prevención del Maltrato Infantil.

La prevención del maltrato infantil requiere un enfoque multisectorial. Los programas eficaces son los que prestan apoyo a los padres y les aportan conocimientos y técnicas positivas para criar a sus hijos. Entre ellos se encuentran:

- La atención continua a los niños y a las familias puede reducir el riesgo de repetición del maltrato y minimizar sus consecuencias.
- la formación de los padres, generalmente en grupos, para mejorar sus aptitudes para criar a los hijos, mejorar sus conocimientos sobre el desarrollo infantil y alentarlos a adoptar estrategias positivas en sus relaciones con los hijos, y

- las intervenciones con múltiples componentes, que generalmente incluyen el apoyo a los padres y su formación, la educación preescolar y la atención al niño.

Programas para prevenir los abusos sexuales en la infancia. Se realizan en las escuelas y enseñan a:

- la propiedad de su cuerpo;
- las diferencias entre los contactos normales y los tocamientos impúdicos;
- cómo reconocer las situaciones de abuso;
- cómo decir "no";
- cómo revelar los abusos a un adulto en el que confíen.

Por su parte, la OMS (Centro de Prensa. Organización Mundial de la Salud, 2016), recomienda que las intervenciones se realicen en un marco de salud pública y en cuatro fases, para optimizar los efectos de prevención:

- definición del problema;
- identificación de las causas y los factores de riesgo;
- creación y puesta a prueba de intervenciones destinadas a minimizar los factores de riesgo, y
- difusión de información sobre la eficacia de las intervenciones y expansión de la aplicación de las intervenciones de eficacia demostrada.

1.3. Depresión en adolescentes

La depresión en adolescentes tal cual como lo indican los estudios realizados a nivel mundial, por diferentes organizaciones, universidades e instituciones gubernamentales entre otros, es un problema grave de salud pública, que requiere

de atención por parte de la sociedad. La población adolescente con depresión, tienen una sensación persistente de tristeza y pérdida de interés en las actividades. Esto afecta la forma en que piensa, se siente y se comporta, provocando problemas emocionales, funcionales y físicos, adicional a la falta de productividad académica y laboral con sus consecuentes carencias al llegar a la vida adulta.

La depresión, al igual que los otros trastornos del estado de ánimo pueden ocurrir en cualquier momento de la vida, sin embargo los síntomas pueden ser diferentes entre los adolescentes y adultos.

En la adolescencia, la presencia de temas depresivos representa una dimensión trans-organizacional, que puede aparecer sustancialmente en todos los individuos, independientemente de la organización de significado personal. La difusión trans-organizacional de los temas depresivos confirma cómo su elaboración representa un elemento fundamental para la maduración ideoafectiva, la construcción de la identidad y la aceptación de sí mismo, igualmente como ocurre con otras funciones psicológicas, como, por ejemplo, la ansiedad. (Nardi, 2004).

1.3.1. Naturaleza y clasificación de la depresión

La depresión es una enfermedad común que afecta a personas de ambos sexos, de todas las edades, condiciones sociales y culturas. Existen muchos factores que inciden en el padecimiento de depresión, entre ellos los acontecimientos vitales como la muerte de un ser querido o la ruptura de una relación, el desempleo, la pobreza, enfermedad física, el consumo de alcohol, tabaco y otras drogas aumentan este riesgo. (Martí, 2016)

Según la OMS, unos 300 millones de personas se ven afectadas por la depresión, es decir un 4,3% de la población mundial; mientras que en América aproximadamente 50 millones de personas viven con depresión; es decir, cerca de un 5% de la población total de la Región.

La clasificación diagnóstica utilizada en este trabajo de investigación, es el principal referente en la salud mental mundial, es la del Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (en inglés Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, DSM) de la Asociación Estadounidense de Psiquiatría (en inglés American Psychiatric Association o APA) DSM 5. Esta edición presenta variaciones con respecto a las ediciones anteriores, que ha influido en el diagnóstico de nuestro tema de estudio.

A nivel estructural y organizativo, los cambios más destacables en el DSM-5 son la eliminación del sistema multiaxial y la reorganización de los capítulos.

Puntualmente, en cuanto a los trastornos depresivos y los trastornos bipolares se agrupan en capítulos distintos. En esta quinta edición, los trastornos depresivos incluyen, además del trastorno depresivo mayor y de la distimia, el trastorno disfórico premenstrual o el trastorno del estado de ánimo disruptivo y no regulado (este último orientado a niños y adolescentes hasta los 18 años) con síntomas persistentes de irritabilidad y episodios de descontrol conductual y que tiene el objetivo de evitar un sobrediagnóstico del trastorno bipolar en la infancia.

Cabe destacar que el duelo no excluye el diagnóstico de un episodio depresivo mayor. El DSM-IV-TR (American Psychiatric Association, 2002) excluía de este

diagnóstico a las personas que mostraban dichos síntomas tras la pérdida de un ser querido en los dos meses anteriores, pero el DSM-5 omite esta exclusión.

1.3.2. Criterios para el diagnóstico de Depresión según el DSM 5. (American Psychiatric Association., 2014)

Trastorno de depresión mayor

A. Cinco (o más) de los síntomas siguientes han estado presentes durante el mismo período de dos semanas y representan un cambio del funcionamiento previo; al menos uno de los síntomas es (1) estado de ánimo deprimido o (2) pérdida de interés o de placer.

Nota: No incluir síntomas que se pueden atribuir claramente a otra afección médica.

1. Estado de ánimo deprimido la mayor parte del día, casi todos los días, según se desprende de la información subjetiva (p. ej., se siente triste, vacío, sin esperanza) o de la observación por parte de otras personas (p. ej., se le ve lloroso).

(Nota: En niños y adolescentes, el estado de ánimo puede ser irritable.)

2. Disminución importante del interés o el placer por todas o casi todas las actividades la mayor parte del día, casi todos los días (como se desprende de la información subjetiva o de la observación).

3. Pérdida importante de peso sin hacer dieta o aumento de peso (p. ej., modificación de más del 5% del peso corporal en un mes) o disminución o aumento del apetito casi todos los días. (Nota: En los niños, considerar el fracaso para el aumento de peso esperado.)

4. Insomnio o hipersomnia casi todos los días.

5. Agitación o retraso psicomotor casi todos los días (observable por parte de otros; no simplemente la sensación subjetiva de inquietud o de enlentecimiento).

6. Fatiga o pérdida de energía casi todos los días.

7. Sentimiento de inutilidad o culpabilidad excesiva o inapropiada (que puede ser delirante) casi todos los días (no simplemente el autorreproche o culpa por estar enfermo).

8. Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o para tomar decisiones, casi todos los días (a partir de la información subjetiva o de la observación por parte de otras personas).

9. Pensamientos de muerte recurrentes (no sólo miedo a morir), ideas suicidas recurrentes sin un plan determinado, intento de suicidio o un plan específico para llevarlo a cabo.

B. Los síntomas causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.

C. El episodio no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia o de otra afección médica.

Nota: Los Criterios A–C constituyen un episodio de depresión mayor.

Nota: Las respuestas a una pérdida significativa (p. ej., duelo, ruina económica, pérdidas debidas a una catástrofe natural, una enfermedad o discapacidad grave) pueden incluir el sentimiento de tristeza intensa, rumiación acerca de la pérdida, insomnio, pérdida del apetito y pérdida de peso que figuran en el Criterio A, y pueden simular un episodio depresivo. Aunque estos síntomas pueden ser comprensibles o considerarse apropiados a la pérdida, también se debería pensar atentamente en la presencia de un episodio de depresión mayor además de la

respuesta normal a una pérdida significativa. Esta decisión requiere inevitablemente el criterio clínico basado en la historia del individuo y en las normas culturales para la expresión del malestar en el contexto de la pérdida.

D. El episodio de depresión mayor no se explica mejor por un trastorno esquizoafectivo, esquizofrenia, un trastorno esquizofreniforme, trastorno delirante, u otro trastorno especificado o no especificado del espectro de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos.

E. Nunca ha habido un episodio maníaco o hipomaníaco. Nota: Esta exclusión no se aplica si todos los episodios de tipo maníaco o hipomaníaco son inducidos por sustancias o se pueden atribuir a los efectos fisiológicos de otra afección médica.

1.3.3. Clasificación de los trastornos depresivos

Según el DSM 5 la clasificación de los Trastornos Depresivos es la siguiente:

296.99 (F34.8). Trastorno de desregulación perturbador del estado de ánimo

____.____ (____.____). Trastorno de depresión mayor

____.____ (____.____). Episodio único

296.21 (F32.0). Leve

296.22 (F32.1). Moderado

296.23 (F32.2). Grave

296.24 (F32.3). Con características psicóticas

296.25 (F32.4). En remisión parcial

296.26 (F32.5). En remisión total

296.20 (F32.9). No especificado

____.____ (____.____). Episodio recurrente

296.31 (F33.0). Leve

296.32 (F33.1). Moderado

296.33 (F33.2). Grave

296.34 (F33.3). Con características psicóticas

296.35 (F33.41). En remisión parcial

296.36 (F33.42). En remisión total

296.30 (F33.9). No especificado

300.4 (F34.1). Trastorno depresivo persistente (distimia)

Especificar si: En remisión parcial, En remisión total

Especificar si: Inicio temprano, Inicio tardío

Especificar si: Con síndrome distímico puro; Con episodio de depresión mayor persistente; Con episodios intermitentes de depresión mayor, con episodio actual;

Con episodios intermitentes de depresión mayor, sin episodio actual

Especificar la gravedad actual: Leve, Moderado, Grave

625.4 (N94.3). Trastorno disfórico premenstrual

____ (____). Trastorno depresivo inducido por sustancias/ medicamentos

Nota: Véanse los criterios y procedimientos de registro correspondientes para los códigos específicos de sustancias y la codificación CIE-9-MC y CIE-10- MC.

Especificar si: Con inicio durante la intoxicación, Con inicio durante la abstinencia

293.83 (____). Trastorno depresivo debido a otra afección médica

Especificar si:

(F06.31). Con características depresivas

(F06.32). Con episodio de tipo de depresión mayor

(F06.34). Con características mixtas

311 (F32.8). Otro trastorno depresivo especificado

311 (F32.9). Trastorno depresivo no especificado

1.3.4. Factores que inciden en la aparición del Trastorno depresivo

La presencia de Trastorno depresivo en la adolescencia esta asociada a problemáticas en múltiples ámbitos: salud, laboral, escolar, social o la conjunción de los mismos.

En el área escolar por ejemplo, los efectos de este trastorno son más evidentes, debido a la gran parte del tiempo que los jóvenes pasan en la escuela. Algunos estudios han encontrado asociación entre la presencia de trastornos depresivos y problemas que influyen en el rendimiento escolar como el surgimiento de un sentimiento de incapacidad para afrontar las exigencias académicas y poco entusiasmo frente al trabajo escolar; también se ha visto una relación entre la depresión y la baja autoestima, expectativas negativas acerca del éxito académico, problemas de conducta e interpersonales, victimización o aislamiento, delincuencia juvenil y adicción a sustancias nocivas (Robles O., Sánchez V., & Galicia M., 2011)

Entre los factores que aumentan el riesgo de desarrollar o desencadenar la depresión en adolescentes (Guía Psicología), incluyendo:

- Tener problemas que afectan negativamente la autoestima, como la obesidad, problemas con los compañeros, la intimidación a largo plazo o problemas académicos
- Después de haber sido víctima o testigo de violencia, como el abuso físico o sexual

- Otras afecciones, como un trastorno de ansiedad, la anorexia o la bulimia, trastorno de atención con hiperactividad (TDAH) o problemas de aprendizaje
- Tener una enfermedad crónica como el cáncer, la diabetes o el asma
- Tener pocos amigos u otras relaciones personales
- Tener ciertos rasgos de la personalidad, como la baja autoestima o ser excesivamente dependiente, autocrítico o pesimista
- Abusar del alcohol, la nicotina y otras drogas
- Siendo una niña – la depresión es más frecuente en mujeres que en hombres
- Ser homosexual, bisexual o transgénero – convirtiéndose socialmente aislados o experimentando la intimidación puede aumentar el riesgo de depresión
- Los antecedentes familiares y problemas con la familia o los demás también pueden aumentar el riesgo de su hijo de la depresión:
- Tener un padre, un abuelo u otro en relación biológica con depresión, trastorno bipolar o alcoholismo
- Tener un miembro de la familia que se suicidó
- Tener una familia disfuncional y el conflicto
- Después de haber experimentado acontecimientos vitales estresantes recientes, como el divorcio de los padres, el servicio militar de los padres o la muerte de un ser querido

Otros factores pueden estar involucrados en la aparición del Trastorno depresivo, como desequilibrios hormonales, rasgos hereditarios como ya se ha

comentado, traumas en la niñez temprana, patrones aprendidos de pensamientos negativos.

1.3.5. Principales teorías de la depresión.

Las teorías que han tratado de explicar las causas de la depresión son principalmente las que se presentan a continuación y que incluyen:

- Teorías Psicodinámicas
- Teoría Conductual
- Teorías Biológicas
- Teorías Genéticas
- Teoría Psicosocial.

Teorías Psicodinámicas.

La literatura actual, se enfoca principalmente en Sigmund Freud y sus seguidores, para explicar la depresión desde un enfoque psicodinámico, sin embargo ya para el año 1912, Karl Abraham había realizado algunas aportaciones a este tema. Inclusive se hablaba de una escuela de la depresión de Abraham, porque otros destacados psicoanalistas que se ocuparon de ella, fueron analizados por él o se imbuyeron en Berlín de sus conceptos basándose en su trabajo en el Hospital Municipal de Psiquiatría de Dalldorf, próximo a Berlín, y en el psiquiátrico suizo de Burgholzli bajo la dirección de Bleuler y Jung (Ferrández Payo, 2008).

Sin embargo, Freud y Abraham coincidieron en algunos rasgos de la depresión, a saber:

- la reacción a la pérdida de un ser amado o de una abstracción equivalente,

- un estado de ánimo profundamente doloroso,
- cese del interés por el mundo exterior,
- pérdida de la capacidad de amar, e
- inhibición de todas las funciones

En cierto sentido, todas las reacciones depresivas adultas son respuestas diferidas con el precipitante inmediato en la vida adulta poniendo de manifiesto sentimientos que pueden rastrearse hasta la niñez temprana. Puesto que todo niño experimenta pérdida y sentimiento de inadaptación, y desamparo, todo adulto posee la capacidad para desarrollar respuestas depresivas (Mackinnon, Michels, 1971).

Según Freud, la causa de muchas depresiones es psicológica, en su obra “Duelo y melancolía”, presenta la depresión como un duelo, reacción normal ante la pérdida real, en donde se retira la energía del objeto perdido, regresando hacia el propio individuo, predominando los sentimientos de abatimiento y tristeza. Como no todos los deprimidos habían sufrido una pérdida real, Freud explica que existen otras pérdidas internas a lo que llamó “pérdida de objeto”

Freud estableció una teoría, en la cual la neurosis se originaba por experiencias claves del niño, según iba pasando de una etapa a otra del desarrollo predecible. Propuso que el deprimido retrocede a una etapa anterior del desarrollo, esta etapa de aprendizaje fue llamada posición depresiva. Melanie Klein sugirió que si esta etapa no se rebasa con éxito es muy posible que el niño desarrolle depresión en la vida adulta.

El remedio consistía entonces, en explorar la mente inconsciente mediante la asociación libre y estudiando las reacciones del paciente ante su analista con lo

cual se identificaban y reconstruían esas primeras experiencias vitales y se resolvían sus influencias en la vida adulta.

Teoría Cognitivo Conductual

En 1964, Aaron Beck: Beck, A. (1964) describió un “estilo cognitivo alterado” como principal responsable del trastorno afectivo. Este estilo cognitivo particular, estaría caracterizado a grandes rasgos por una concepción peyorativa de sí mismo, interpretación negativa de las experiencias propias y visión pesimista del futuro.

Por otro lado, según Seligman la depresión aparece en sujetos con una autopercepción de descontrol sobre circunstancias externas reforzadoras, lo que conduce hacia vivencias de inseguridad, pasividad y desesperanza. Junto a su equipo de la Universidad de Pensilvania, acuñaron en 1967 el término learned helplessness (indefensión aprendida) de forma casual, mientras investigaban la teoría del aprendizaje en perros. Lewinsohn (1993) por su parte, explicó la depresión como el resultado de la ausencia de habilidades sociales y disminución de reforzamiento positivo contingente con la respuesta.

Teoría biológica.

Las primeras hipótesis biológicas de la fisiopatología de los trastornos afectivos y de los posibles mecanismos de acción de los fármacos antidepresivos, fueron la de la deficiencia catecolamínica y la hipótesis de la deficiencia indolamínica. (JANO, 1999)

La hipótesis de deficiencia catecolamínica se basaba en la observación de que muchos fármacos con efecto estimulante-antidepresivo (DOPA, anfetaminas, salbutamol, antidepresivos tricíclicos) tenían un efecto activador de la

noradrenalina (NA) y aumentaban la concentración sináptica de este neurotransmisor, mientras que otras sustancias que producían depleción de NA (reserpina, alfametildopa, propranolol, alfametilparatirostina) producían síntomas *depression-like*. La depresión sería el resultado de un déficit central de NA, y que la manía podría deberse a un exceso cerebral de este neurotransmisor.

Las alteraciones del sistema neurotransmisor pueden ocurrir por cambios en el número o sensibilidad de los receptores pre y postsinápticos en el sistema nervioso central, sin una alteración en la cantidad del neurotransmisor mismo. Las hipótesis basadas en la "deficiencia" de neurotransmisores han sido pues modificadas y se proponen nuevas hipótesis que implican al "receptor" de la acción antidepresiva.

Estas hipótesis establecen que la fisiopatología de la depresión podría estar más relacionada con una anormal regulación de la sensibilidad del receptor que con deficiencias en el neurotransmisor y que el retraso en la presentación de los efectos terapéuticos del tratamiento antidepresivo estaría relacionado con alteraciones tiempo-dependientes en la sensibilidad de los receptores catecolamínicos e indolamínicos.

Teoría Genética.

Se sabe que la depresión tiene un componente genético importante, aunque hasta el momento no se ha podido (Agudelo, Gomez R., & Jaramillo B., 2008) un gen único que pueda explicar todo el síndrome. Está considerada como una enfermedad de genética compleja.

Tiene mayor relevancia para las depresiones psicóticas. Se han realizado varios estudios con hermanos gemelos, que indican una predisposición a la enfermedad, basada en causas genéticas.

Teoría Psicosocial.

Desde principios del siglo XX se han ido creando distintos modelos psicológicos que intentan explicar la etiología de los trastornos del estado de ánimo: Uno de estos enfoques, contempla las circunstancias vitales y estrés ambiental, es decir, la presencia de situaciones vitales estresantes previa a los episodios de los trastornos. Esta teoría plantea que el estrés provoca cambios en la biología del cerebro de forma persistente, lo que explica la presencia de recidivas de forma autónoma sin que medien circunstancias concretas. (Ortiz, Alonso, Ubis, & Ruiz, 2011)

Otros autores, lo explican incluyendo a todos aquellos mecanismos fisiopatológicos que causan daño orgánico neuro-endocrino-inmune o viral y les llaman síndromes psicógenos y enfermedades del espectro. Esto bajo la condición de que los factores causales son desconocidos para el enfoque biomédico, se apunta entonces a factores causales psicológicos como respuesta al estrés. Ejemplo: Estilos de vida, aprendizajes, creencias y características como la personalidad, además de la cultura, raza, apoyo social, entro otros aspectos.

CAPÍTULO 2

MARCO TEÓRICO

2. Psicoterapia

Psicoterapia deriva de dos palabras griegas, “psique” que significa mente, alma, y “therapeia” que quiere decir tratamiento, es decir el tratamiento de la mente o del alma. En la actualidad, el término presenta una variada cantidad de definiciones, que dependen en gran parte de la orientación o corriente terapéutica de quien elabore la misma. Se han seleccionado algunas de las que aparecen recopiladas por Guillén y Miró, en su libro “Aproximaciones a la psicoterapia” Una introducción a los tratamientos psicológicos. (Guillem & Miró, 1993) Entre esas están:

La **Asociación Psiquiátrica Americana**, en el año 1969 utiliza el término genérico de psicoterapia para cualquier tipo de tratamiento basado principalmente en la comunicación verbal o no verbal con el paciente, específicamente distinto de los tratamientos electrofísicos, farmacológicos o quirúrgicos.

Wolberg en el año 1977 define psicoterapia como el tratamiento, por medios psicológicos, de problemas de naturaleza emocional, en el que una persona entrenada establece deliberadamente una relación profesional con el paciente con el objeto de:

- 1) suprimir, modificar o paliar los síntomas existentes;
- 2) intervenir en las pautas distorsionadas de conducta y
- 3) promover el crecimiento y desarrollo positivos de la personalidad.

La **Federación Española de Asociaciones de Psicoterapeutas**, en el año 1992, manifiesta lo siguiente: se entenderá por psicoterapia todo tratamiento de naturaleza psicológica que, a partir de manifestaciones psíquicas o físicas de sufrimiento humano, promueve el logro de cambios o modificaciones en el

comportamiento, la aplicación al entorno, la salud física y psíquica, la integridad de la identidad psicológica y el bienestar biopsicosocial de las personas y grupos tales como la pareja o la familia. Comprende las actuaciones en todos los niveles de edad de las personas, desde los niños y niñas más pequeños hasta las personas de edad avanzada. El término psicoterapia no presupone una orientación o enfoque científico definido, siendo considerado denominativo de un amplio dominio científico-profesional especializado, que se especifica en diversas y peculiares orientaciones teóricas, prácticas y aplicadas.

El objetivo general y coincidente, independientemente de la corriente o enfoque teórico, de la Psicoterapia es el de velar por el bienestar del paciente. Implica una relación interpersonal entre el terapeuta y el paciente, donde la clave de la acción psicoterapéutica, se fundamenta en el contacto humano entre el terapeuta y paciente.

El tratamiento de la depresión en adolescentes, requiere de una serie de características específicas como son (García Alonso, 2009):

- Gran flexibilidad por parte del psicoterapeuta.
- Paciencia y empatía (al adolescente le resulta difícil poder mantener una conversación sobre sus problemas de forma unipersonal y con un adulto)
- Capacidad para generar un clima de confianza, que no induzca a vivir la psicoterapia de una forma intrusiva o controladora, hecho que conllevaría una no colaboración implícita o explícita.

Estas son algunas de las razones por las cuales en ocasiones se opta por un tratamiento grupal y que deben ser tomadas en consideración para elegir el enfoque de la psicoterapia.

2.1. Psicoterapia Psicodinámica

La Terapia Psicodinámica u orientación psicodinámica como también se le conoce, es un enfoque terapéutico que abarca el trabajo de todas las terapias analíticas. Sus raíces se encuentran predominantemente en el enfoque del psicoanálisis de Freud, pero Carl Jung, Alfred Adler, Otto Rank, Otto Kernberg, Bribing, Jacobson, Melanie Klein y otros que se han destacado por desarrollar aún más el concepto y la aplicación de la psicodinámica. El objetivo de la terapia Psicodinámica, es llevar la mente inconsciente a la conciencia, ayudar al paciente a entender sus verdaderos sentimientos, profundamente arraigados con el fin de resolverlos, para que no afecten su comportamiento y estado de ánimo. (Ávila, 1990).

Comparte los mismos principios fundamentales del psicoanálisis, pero es menos intensiva, centrándose principalmente en los problemas inmediatos y tratando de encontrar una solución más rápida. (Guerra, 2016).

Entre las características de los terapeutas psicodinámicos están:

- Mantienen una relación de igualdad con su cliente, adoptando la actitud de aceptación incondicional y con el objetivo de desarrollar una relación de confianza.
- Utilizan técnicas similares a las utilizadas en el psicoanálisis y la terapia psicoanalítica.

- **Asociación libre:** consiste en que el cliente hablar libremente con el terapeuta – decir las primeras cosas que vienen a la mente. No hay ningún intento de dar forma a las ideas antes de que se digan, ni los clientes dicen las cosas de una estructura de la historia lineal. La espontaneidad permite verdaderos pensamientos y sentimientos que surgen sin ninguna preocupación por dolorosa, ilógica o tonta que pueda sonar al terapeuta.
- **Transferencia terapéutica:** Este como un cambio de dirección de los sentimientos de una persona sobre el terapeuta. A través del reconocimiento y la exploración de esta relación, el paciente puede comenzar a entender sus sentimientos y resolver conflictos.
- **Interpretación:** El terapeuta intercalará pensamientos o interpretaciones de los temas que el cliente paciente elige para discutir. La aplicación de estas interpretaciones dependerá de la conciencia del terapeuta y del estado y la capacidad mental del cliente para integrar materiales que no son conscientes.

En general, este proceso de terapia psicodinámica se caracteriza por:

- tiende a ser rápido
- centrado en soluciones,
- las sesiones se llevarán a cabo una vez por semana,
- duración de unos 50 minutos.
- busca resolver los problemas más inmediatos.

2.2. Psicoterapia psicoanalítica de la depresión

Como ya se ha escrito con antelación, 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.

La Terapia Psicoanalítica es un tipo de tratamiento basado en las teorías de Sigmund Freud, que explora cómo la mente inconsciente influye en los pensamientos y comportamientos, con el objetivo de hacer cambios profundos en la personalidad y el desarrollo emocional. Observa las experiencias de la primera infancia para ver si estos acontecimientos han afectado a la vida del individuo, o potencialmente contribuido a las preocupaciones actuales. Se considera una opción a largo plazo, dependiendo de la profundidad de la preocupación de ser explorado (Lopera Echavarría, 2017).

Dentro de los factores psicoanalíticos se sabe que Freud:

- Postuló una relación entre la pérdida del objeto y la melancolía
- Valoró el aprendizaje adquirido a través del estudio de la estructura psíquica de sus pacientes.
- Ayudaba a sus pacientes a profundizar en el conocimiento de su propio inconsciente como forma de llegar al origen de sus problemas
- Denominó transferencia a la relación emocional que se establece entre el paciente y el terapeuta que reflejaba los primeros sentimientos del paciente hacia sus progenitores.

- 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.
- La asociación libre y las reacciones de transferencia son elementos básicos de las sesiones psicoanalíticas.
- 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, 2003)

Existen dos modelos psicoanalíticos para la psicopatología de la depresión: (Jiménez, 2003)

Antiguo: destaca la importancia de agresión y culpa en la génesis de la depresión

Moderno: recalca la tensión patológica entre la realidad y el ideal del yo en pacientes deprimidos.

De acuerdo con Bleichmar, (Bleichmar, 2003) el modelo integrado entre ambos centrado en agresión y culpa, es una manera particular de llegar a la situación que define la esencia de la depresión.

1. 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. 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.

2. 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. Esto lleva a:

- la pérdida de relaciones interpersonales y oportunidades sociales
- 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)
- exposición a situaciones traumáticas actuales (opresión enfermedades graves invalidantes etc)
- 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. Estos síntomas podrían ser eliminados llevando las fantasías y las emociones reprimidas de nuevo a la conciencia.

La técnica psicoanalítica se centra en la transferencia contra transferencia y resistencia.

2.3. Psicoterapia breve

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. Está orientada hacia los síntomas y trata de mejorar la situación psicodinámica del individuo para que continúe funcionando.

Las diferencias con respecto a otros tipos de psicoterapia, se establecen particularmente en tres aspectos: las metas, el factor tiempo y los métodos.

La psicoterapia breve es 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 (Bellak & Small, 1969).

Durante la segunda guerra mundial surgió la necesidad de servicios psicoterapéuticos que en poco tiempo logaran resultados, lo que coincidió con un nivel de desarrollo y conocimiento de la comunidad psicoterapéutica suficiente para hacer frente a las exigencias de esa época.

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).

Las diferencias principales con los otros enfoques terapéuticos, se enfoca en el tiempo del tratamiento (número total de sesiones), metodología, frecuencia de sesiones, flexibilidad del rol terapéutico, mayor actividad y directividad adaptando y enfocando el foco terapéutico. Se busca el insight afectivo y cognitivo que le permiten al sujeto entender su conflictiva.

Se mantiene la entrevista clínica para obtener los datos generales del paciente y la transferencia, necesaria para que se llegue a producir un cambio significativo en la estructura psíquica del paciente. Pero no se promueve a la neurosis de transferencia.

Las diez variables de la psicodinámica de la depresión con las que trabaja la psicoterapia breve según Bellack 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 para establecer el orden de prioridad en que se abordarán.(Bellak, L. 1993)

2.4. Psicoterapia breve intensiva

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. En algunas circunstancias la psicoterapia de urgencia es más eficaz que los antidepresivos. Puede ser combinada con un tratamiento a base de. La psicoterapia de urgencia de las depresiones puede involucrar sólo una relación diádica, 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 minutos (individual)
- 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 individual únicamente o mixta (sesiones grupales).
- 10 Consideraciones de condiciones facilitadoras como fármacos u hospitalización

2.5. Psicoterapia Interpersonal.

Es un tipo de terapia mediante la cual los pacientes aprenden a mejorar sus relaciones con los demás, expresando mejor sus emociones, y solucionando problemas de maneras más saludables.

Esta terapia ayuda a los pacientes a solucionar o adaptarse a acontecimientos preocupantes de la vida, a crear habilidades sociales, y a organizar sus relaciones que incrementen el apoyo para enfrentar síntomas depresivos y factores estresantes de la vida cotidiana. (Mufson & Wright, 2016)

Centrada en interacciones interpersonales y en el entorno psicosocial como centro del tratamiento. Se utiliza la psicoeducación de la depresión en general. La definición de los problemas en función de los cuales se seleccionan tratamientos específicos son:

- Técnicas exploratorias directas e indirectas.
- Facilitación del afecto.
- Análisis de clarificación.
- Uso de la relación terapéutica.

2.6. Psicoterapia de grupo

Técnica de tratamiento en la que el paciente es integrado en un conjunto de otros pacientes 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 (Vásquez I., 2007).

Inició a principios del siglo XX en Europa. Jacob Levy M. fue el primero en emplearla. Era psiquiatra de formación psicoanalítica que llevaba a sus pacientes a exteriorizar sus problemas para hacerles conscientes de ellos. Aplicó el psicodrama que 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. (Gómez, 2009)

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, los cuales ejercen un importante papel en nuestro funcionamiento en las relaciones sociales las relaciones sociales.

La psicoterapia analítica de grupo se caracteriza por el empleo de las técnicas psicoanalíticas en el lenguaje del grupo.

CAPÍTULO 3

MARCO METODOLÓGICO

3.1. Planteamiento del problema

¿Reportarán disminución de los síntomas depresivos los adolescentes de 11 a 19 años diagnosticados con depresión, que participen dentro del Programa Procesando las huellas del Abandono y el abuso, Programa de Intervención Psicoterapéutica mixta?

3.2. Objetivos

3.2.1. Objetivo General

Evaluar la efectividad del Programa de Intervención Psicoterapéutico Mixto, Procesando las huellas del Abandono y el abuso, en adolescentes de 11 a 19 años, que se encuentran bajo la custodia de Casa Hogar La Semillita.

3.2.2. Objetivos Específicos

- Confeccionar la historia clínica de los adolescentes seleccionados.
- Elaborar diagnóstico multiaxial siguiendo los lineamientos del DSM V para identificar el estado psicológico y mental de los adolescentes que fueron abandonados por sus padres o han sido abusados en cualquiera de sus formas.
- Aplicar un programa de psicoterapia individual y una psicoterapia grupal para adolescentes que presentan síntomas depresivos
- Evaluar en términos estadísticos la efectividad del tratamiento psicoterapéutico mixto aplicado a los adolescentes depresivos en función de la disminución de los síntomas.
- Disminuir los síntomas depresivos que experimentan los adolescentes residentes en Casa Hogar La Semillita.

3.3. Preguntas de la investigación

- ¿Cómo afectan las circunstancias en que se encuentran los adolescentes su desempeño en la vida diaria?
- ¿Cuáles son las condiciones emocionales que requieren para sobreponerse a su estado de depresión y mejorar su condición actual?
- ¿Cómo influyen estos síntomas depresivos en el logro de un funcionamiento emocional estable?
- ¿Es la psicoterapia psicoanalítica un recurso efectivo para mejorar la condición emocional de los sujetos?
- ¿Cuáles son los factores de riesgo de depresión en adolescentes?

3.4. Hipótesis

3.4.1. Hipótesis Conceptual

Existe disminución significativa en los niveles de Depresión de los adolescentes de 11 a 19 años de la Casa Hogar La Semillita, que participen en el Programa de Intervención Psicoterapéutico Mixto, Procesando las huellas del Abandono y el abuso.

3.4.2. Hipótesis Operacional

Hay diferencias estadísticamente significativas al comparar las medias del Pre y post test aplicados a los adolescentes que participaron en el Programa de Intervención Psicoterapéutico Mixto, Procesando las huellas del Abandono y el abuso.

3.4.3. Hipótesis Estadística

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

$$H_1 = \mu > 0$$

3.5. Variables

3.5.1. Variable Independiente

Intervención Psicoterapéutica Mixta (Sesiones individuales y grupales).

3.5.2. Variable dependiente

Depresión

3.6. Definición operacional y conceptual de las variables

3.6.1. Variable Independiente

3.6.1.1. Definición Conceptual.

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).

3.6.1.2. Definición Operacional

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 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, explicación 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. (S H Foulkes 1964)

Definición operacional.

5 sesiones de 1:00 hora una vez por semana.

Sesión de seguimiento un mes después

3.6.2. Variable Dependiente

3.6.2.1. Definición Conceptual

Depresión:

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, y soledad, lentitud, psicomotoria, apatía, sensación de impotencia y desesperanza en la cual no se vislumbra una salida a esa situación (Romero J 1990).

3.6.2.2. Definición Operacional

Trastorno del estado de ánimo el cual se le diagnosticará a los adolescentes que participen de la intervención psicoterapéutica a través de la evaluación clínica de acuerdo a los criterios del DSM V y el Inventario Depresión Estado – Rasgo.

3.7. Tipo de investigación

Diseño de preprueba/posprueba con un solo grupo

G 01 X 02

Al grupo se le aplica una prueba previa al tratamiento experimental, después se le administra el tratamiento y finalmente se le aplica una prueba posterior al estímulo.

Hay un seguimiento del grupo. Sin embargo, el diseño no resulta conveniente para fines de establecer causalidad: no hay manipulación ni grupo de comparación, y es posible que actúen varias fuentes de invalidación interna, por ejemplo, la historia.

Entre 01 y 02 podrían ocurrir otros acontecimientos capaces de generar cambios, además del tratamiento experimental, y cuanto más largo sea el lapso entre ambas mediciones, mayor será también la posibilidad de que actúen tales fuentes. (Hernandez Sampieri, 2014).

3.8. Limitaciones

- Los cambios o traslados de los jóvenes a otra Casa Hogar o entrega a los familiares. (muerte experimental)
- El horario de atención

3.9. Delimitaciones

Esta investigación se limita a la población de Casa Hogar La Semillita.

3.10. Población

Población Objetivo

Los adolescentes de 11 a 19 años que reciben atención en Casa Hogar La Semillita.

3.11. Muestra.

Se trata de una muestra adolescentes de 11 a 19 años de ambos sexos con un diagnóstico de Depresión. El tamaño de la muestra será de 15 personas.

Criterios de Inclusión:

- Adolescentes de ambos sexos que residen en Casa Hogar La Semillita.
- Tener entre 11 y 19 años de edad.
- Presentar síntomas depresivos según los criterios diagnósticos del DSM V para el trastorno depresivo o el trastorno distímico y calificaciones por arriba del percentil 75 en Inventario Depresión Estado-Rasgo.
- Disposición de participar y asumir las condiciones que el tratamiento requiere.
- Firmar la nota de consentimiento informado.

Criterios de Exclusión:

- Retardo Mental.
- No poseer un diagnóstico de depresión según los criterios de DSM V y las puntuaciones obtenidas en el Inventario Depresión Estado-Rasgo.
- 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
- Estar participando de otro tratamiento psicológico.

3.12. Tipo de muestreo

Muestreo intencional es decir todos los adolescentes entre 11 y 19 años de edad residentes en la Casa Hogar La Semillita, que cumplan con los criterios de Inclusión (Sampieri H op cit)

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 la Casa Hogar La Semillita y cumplen con los criterios de inclusión. Es un tipo de muestra llamado sujetos-tipos. El grupo esta previamente determinado por las condiciones y objetivos de la investigación (Sampien H ob at)

3.13. Instrumentos

- **Entrevista clínica psicológica individual**

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 y 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.

- **Inventario de Depresión Estado – Rasgo**

El IDER, Inventario de Depresión, es un autoinforme diseñado por Spielberger basándose en los trabajos previos de Ritterband y Spielberger basándose en los trabajos previos de Ritterbang y Spielberger (1996).

Su principal objetivo es identificar el grado de afectación (Estado) y la frecuencia de Ocurrencia (Rasgo) del componente afectivo de la depresión.

El área de contenido que abarca es la presencia de afectos negativos (distimia) y la ausencia de afectos positivo (eutimia) en la depresión en los siguientes términos:

	Estado	Rasgo
Distimia	Grado en el que un estado de depresión está presente en el momento de la evaluación en términos de presencia de afectividad negativa. Comprende los ítems que evalúan los sentimientos de pena, decaimiento, desdicha, hundimiento y tristeza.	Frecuencia de la presencia de la depresión en cuanto a afectividad negatividad. Se evalúan en este caso la desgracia, el decaimiento, la desgana, el hundimiento y la tristeza.
Eutimia	Grado en el que un estado de depresión está presente en el momento de la evaluación en términos de ausencia de afectividad positiva. Comprende los ítems que evalúan de forma inversa el sentirse bien, el ánimo, el estar contento, el entusiasmo y la energía.	Frecuencia de la presencia de la depresión, en cuanto a ausencia de efectividad positiva. En este caso se trata de forma inversa el disfrutar de la vida, la plenitud, la dicha, la esperanza y la energía.

Ficha Técnica.

Nombre:	Inventario de Depresión Estado-Rasgo
Nombre original:	State/Trait Depression Questionnaire (ST/DEP)
Autor:	Ch. D. Spielberger
Procedencia:	Psychological Assessment Resources.
Adaptación Española:	Gualberto Buela-Casal y Diana Agudelo Vélez (2008).
Aplicación:	Individual y colectiva.
Ámbito de Aplicación:	Adolescentes, jóvenes y adultos.
Duración:	Variable, entre 7 y 10 minutos.
Finalidad:	Evaluación del componente afectivo de la depresión mediante dos escalas, Estado y Rasgo, y cuatro subescalas (Eutimia-E, Distimia-E, Eutimia-R, Distimia-R).
Baremación:	Baremos por sexo de adolescentes, universitarios, población general y población clínica en percentiles.
Material:	Manual y ejemplar autocorregible (varones y mujeres)

Confiabilidad

El cálculo de la confiabilidad del IDER se realizó mediante una única aplicación de la prueba en términos de consistencia interna. Ya que el inventario puede aplicarse a diferentes grupos y con diferentes finalidades y estas características pueden ajustarse en mayor o en menor medida a las propiedades psicométricas estudiadas y a la finalidad de la prueba se decidió calcular el coeficiente de fiabilidad alfa de Cronbach en cada uno de los grupos.

En general pueden calificarse como muy satisfactorios, tomando en consideración el que sea autoinforme y el reducido número de elementos de las subescalas y las escalas que varían entre 0,65 y 0,93.

Validez

Para comprobar la dimensionalidad empírica del IDER se correspondía con la prevista teóricamente se decidió, mediante modelos de ecuaciones estructurales, usar el método de estimación robusto de Máxima verosimilitud, el cual muestra mejor ajuste en muestras grandes.

Las medidas globales de ajuste, que se emplearon en este estudio, fueron los índices RMSEA (Root Mean Square Error of Approximation), GFI (Goodness of Fit Index), AGFI (Adjusted Goodness of Fit Index), NFI (Normed Fit Index) y CFI (Comparative Fit Index). De acuerdo con Browne y Cudeck (1993) citado por para tomar decisiones sobre el ajuste de los modelos, los valores de GFI y AGFI iguales o superiores a 0,90 serán indicativos de un ajuste adecuado y los situados por encima de 0,95 señalarían un ajuste excelente. Para las estimaciones a través de NFI, CFI y RMSEA, se considera que el modelo se ajusta adecuadamente cuando se obtienen valores de 0,90 o superiores para el caso de NFI y CFI y de 0,8 o inferiores para RMSEA indicando un ajuste excelente valores superiores a 0,95 de NFI y CFI, e inferiores a 0,5 de RMSEA.

En forma general y teniendo en cuenta la composición de las muestras y su tamaño, los datos se ajustan al modelo teórico de forma aceptable.

En cuanto a la validez de constructo convergente y discriminante, es decir a relación de IDER y constructos similares (validez convergente) y diferentes (validez discriminante) obtenidos a partir de un estudio realizado con la muestra

de población general utilizando las pruebas BDI, Inventario de Depresión de Beck (Beck y Steer, 1993), el CBD, Cuestionario Básico de Depresión (Peñate, 2001), el STAI, Cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo (Spielberger et al, 1982) y el STAXI-2, Inventario de Expresión de Ira Estado – Rasgo (Spielberger, 2001).

Las correlaciones obtenidas fueron significativas y en la dirección esperada. Existe validez convergente con el BDI y el CBD. Las altas correlaciones encontradas permiten concluir la estrecha relación entre las puntuaciones de los tres cuestionarios.

3.14. Procedimientos

Después de planteada la pregunta de investigación, se procede a realizar la búsqueda y examinación de 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 de psicoterapia.

Se procede a realizar una serie de entrevistas con los encargados de Casa Hogar La Semillita en La Chorrera, Panamá Oeste. Se consiguió el permiso de las autoridades pertinentes para realizar la Evaluación e Intervención psicoterapéutica en sus instalaciones.

De la población total que oscila entre 1 y 19 años de edad, se limita el muestreo a 12 sujetos, con edades entre 11 y 16 años de edad a los cuales se les entrevistó como 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 y se confeccionó la historia clínica y el diagnóstico

multiaxial para cada una de ellos. A los jóvenes se les aplicó una primera medición.

Las pruebas utilizadas para medir los posibles niveles de depresión fueron el Inventario de Depresión Estado – Rasgo, una semana antes **de** haber iniciado el tratamiento.

Luego de la primera medición se procedió a aplicar el tratamiento psicoterapia de la depresión (sesiones individuales y grupales) a los 15 adolescentes Sin embargo este tratamiento sólo lo culminaron 12 de ellos El tratamiento se mantuvo con una frecuencia de 1 vez por semana en un período de 3 meses. En total fueron 12 sesiones individuales con un período de duración de 50 minutos cada una y 5 sesiones grupales.

3.15. Diseño de la investigación

Método de Intervención

Intervención psicoterapéutica mixta:

Esta intervención se regirá por los siguientes parámetros:

10 a 12 sesiones individuales y de 4 a 5 grupales

Evaluación de los Resultados

Se evaluarán todos los instrumentos de evaluación según las normas y procedimientos descritos en los instrumentos. La entrevista psicológica se clasificará y transcribirá según los parámetros establecidos en la clínica psicológica y se evaluará de forma cualitativa.

CAPÍTULO 4

PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DE RESULTADOS

CAPÍTULO 4

PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DE RESULTADOS

4.1. Análisis descriptivo de la muestra.

Los resultados de esta investigación, se presentan en diferentes secciones. En primer lugar están los datos que identifican a la muestra de estudio, luego los datos estadísticos de las pruebas de hipótesis y el análisis de las mismas .

4.1.1. Datos sociodemográficos, sobre la edad y el sexo de los pacientes

Tabla No. 1

Datos Sociodemográficos de la Muestra de estudio

Sujeto	Sexo	Edad	Escolaridad	Condiciones de ingreso
A	F	13	7°	Voluntaria
B	F	13	8°	Maltrato, abuso
C	M	14	3°	Maltrato
D	M	14	7°	Maltrato
E	M	13	7°	Maltrato
F	F	13	7°	Abuso sexual
G	F	13	5°	Abandono, maltrato, abuso sexual
H	M	13	3°	Maltrato
I	F	11	5°	Abandono
J	F	13	7°	Maltrato
K	F	13	7°	Maltrato
L	M	15	7°	Abandono, Maltrato

Fuente: Ana Marisol Coba (2017)

En la Tabla No. 1, se describen las características de la muestra según edad, escolaridad y condiciones por las cuales ingresó a Casa Hogar La Semillita. La

muestra estuvo constituida en cuanto a sexo, por 7 adolescentes mujeres que representa un 58.33% con una edad promedio de 12 años 8 meses y 5 adolescentes varones representan el 41.67% con edad promedio de 13 años 9 meses.

En relación a la edad de los participantes, oscila entre los 11 y los 16 años de edad, los porcentajes son: un sujeto con 11 años (8.33%), ocho sujetos con 13 años (66.67%), dos sujetos de 14 años (16.67%), un sujeto de 15 años (8.33).

4.1.2. Datos sobre escolaridad y razones de ingreso a la Casa Hogar La Semillita

En cuanto al nivel de escolaridad fue dos sujetos (16.67%) tercer grado, dos sujetos (16.67%) quinto grado, siete sujetos (58.33%) séptimo grado, un sujeto (8.33%) octavo grado.

Las razones por las cuales los participantes ingresaron a Casa Hogar La Semillita, tienen que ver con situaciones de abandono (25%), antecedentes de maltrato (50%), víctimas de abuso sexual (25%).

El 100% de los participantes tiene un diagnóstico de Trastorno Depresivo Mayor basado en el DSM V.

4.2. Análisis estadístico.

A continuación presentamos las tablas de las variables y su correspondiente prueba de hipótesis estadística.

4.2.1. Prueba de hipótesis.

La aplicación del Inventario de Depresión Estado Rasgo (IDER) antes de iniciado el tratamiento, tuvo como fin el obtener datos que fuesen útiles a la hora de comprobar si luego de la intervención se había producido algún cambio.

4.2.1.1. Prueba de hipótesis comparación entre las puntuaciones Pretest y Postest Eutimia Estado.

Tabla No. 2

Comparación entre el Pretest y Postest de la Variable Depresión Estado, subescala Eutimia.

Sujeto	Eutimia	
	Pretest	Postest
A	90	30
B	90	70
C	75	10
D	90	55
E	85	1
F	90	50
G	50	1
H	30	1
I	80	1
J	10	1
K	85	30
L	98	55

Fuente: Ana Marisol Coba (2017)

En la aplicación del Inventario de Depresión Estado-Rasgo, el resultado del pretest tuvo un rango entre 10 a 98 y el post test entre 1 y 70.

Hipótesis:

H₀: No existen diferencias entre los puntajes del pretest y el posttest para la Variable Depresión Estado, Subescala Eutimia Estado, del Inventario de Depresión Estado-Rasgo.

H₁: Existen diferencias entre los puntajes del pretest y el posttest para la Variable Depresión Estado, Subescala Eutimia, del Inventario de Depresión Estado-Rasgo.

Estadísticas Descriptivas.**Tabla N° 3.**

Estadística Descriptiva de la Variable Depresión Estado, Subescala Eutimia, del Inventario de Depresión Estado-Rasgo.

Variable Eutimia Estado	Observaciones	Mínimo	Máximo	Media	Desviación Estándar
Pretest	12	10.000	98.000	72.750	27.746
Posttest	12	1.000	70.000	25.417	26.290

Fuente: Ana Marisol Coba (2017)

Cálculo estadístico de la Prueba.

Prueba de los rangos con signo de Wilcoxon Bilateral:

V	78
Valor esperado	39.000
Varianza (V)	162.500
p-valor (A dos colas)	0.000
Alfa	0.05

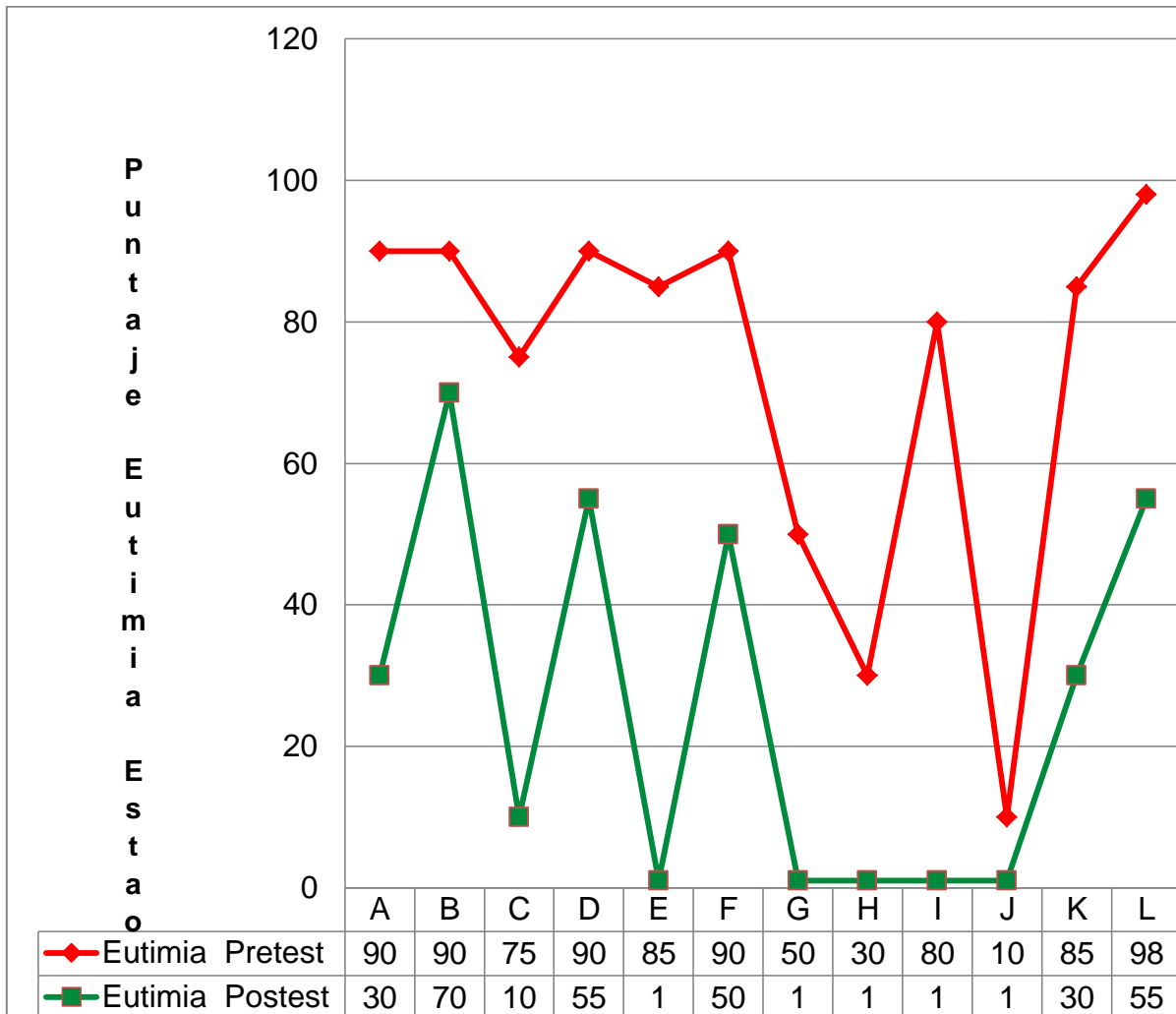
Fuente: Ana Marisol Coba (2017)

Discusión: Como el valor p calculado es menor que el nivel de significancia $\alpha = 0.05$, debería rechazar la hipótesis nula H_0 y aceptar la hipótesis alternativa H_1 ,

Conclusión: A un nivel de significancia del 5% los puntajes obtenidos en el pretest versus el posttest en la Variable Depresión Estado, Subescala Eutimia, del Inventario de Depresión Estado-Rasgo, varían significativamente. El riesgo de rechazar la hipótesis nula mientras es verdadera es menor que el 0.05%.

Gráfico N° 1

Comparación de la Variable Depresión Estado,
entre el Pretest y Post test de la Subescala Eutimia con el IDER.



Fuente: Ana Marisol Coba (2017)

La gráfica muestra que existe una diferencia significativa entre el pretest y el postest con respecto a la Variable Depresión Estado, Subescala Eutimia, según el Inventario de Depresión Estado- Rasgo.

4.2.1.2. Prueba de hipótesis comparación entre las puntuaciones Pretest y Postest Distimia Estado.

Tabla N°4
Comparación entre el Pretest y Postest de la Variable Depresión Estado,
subescala Distimia.

Sujeto	Distimia	
	Pretest	Postest
A	99	80
B	30	50
C	85	30
D	96	45
E	99	1
F	95	97
G	90	1
H	85	1
I	90	1
J	70	1
K	60	1
L	99	1

Fuente: Ana Marisol Coba (2017)

En la aplicación del Inventario de Depresión Estado-Rasgo, el resultado del pretest para la Subescala de Distimia Estado, tuvo un rango entre 30 a 99 y el post test entre 1 y 97

Hipótesis:

H₀: No existen diferencias entre los puntajes del pretest y el postest para la Variable Depresión Estado, Subescala Distimia Estado, del Inventario de Depresión Estado-Rasgo.

H₁: Existen diferencias entre los puntajes del pretest y el postest para la Variable Depresión Estado, Subescala Distimia, del Inventario de Depresión Estado-Rasgo.

Estadísticas Descriptivas.**Tabla N°5.**

Estadística Descriptiva de la Variable Depresión Estado, Subescala Distimia, del Inventario de Depresión Estado-Rasgo.

Variable Distimia Estado	Observaciones	Mínimo	Máximo	Media	Desviación Estándar
Pretest	12	30.000	99.000	83.167	20.657
Postest	12	1.000	97.000	25.750	34.751

Fuente: Ana Marisol Coba (2017)

Cálculo estadístico de la Prueba.

Prueba de los rangos con signo de Wilcoxon Bilateral:

V	74
V (estandarizada)	2.748
Valor esperado	39.000
Varianza (V)	162.250
p-valor (Bilateral)	0.006
Alfa	0.05

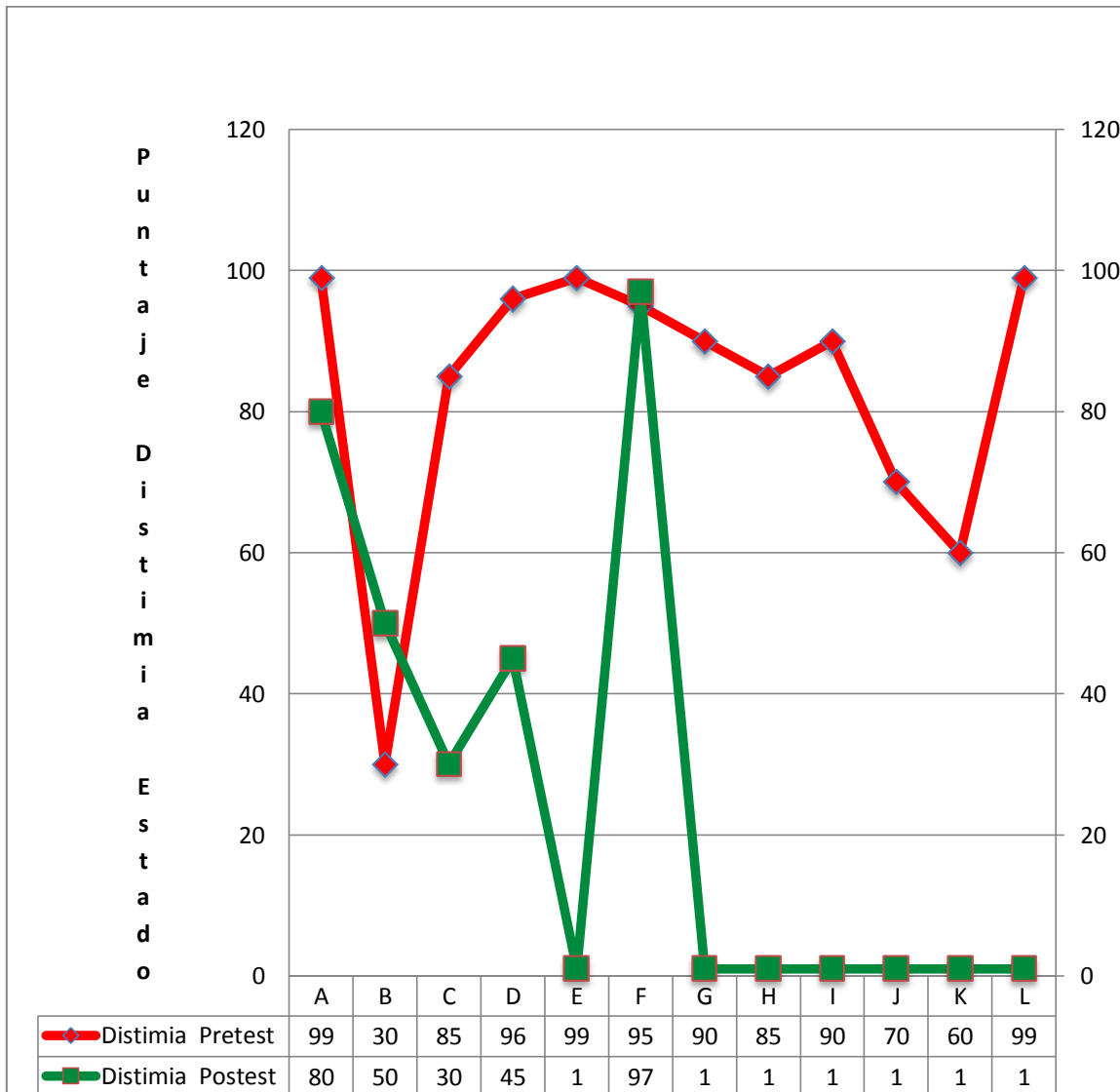
Fuente: Ana Marisol Coba (2017)

Discusión: Como el valor p calculado es menor que el nivel de significancia $\alpha = 0.05$, debería rechazar la hipótesis nula H_0 y aceptar la hipótesis alternativa H_1 ,

Conclusión: A un nivel de significancia del 5% los puntajes obtenidos en el pretest versus el posttest en la Variable Depresión Estado, Subescala Distimia, del Inventario de Depresión Estado-Rasgo, varían significativamente. El riesgo de rechazar la hipótesis nula mientras es verdadera es menor que el 0.6%.

Gráfico N°2

Comparación de la Variable Depresión Estado,
entre el Pretest y Post test de la Subescala Distimia con el IDER.



Fuente: Ana Marisol Coba (2017)

La gráfica muestra que existe una diferencia significativa entre el pretest y el posttest con respecto a la Variable Depresión Estado, Subescala Distimia, según el Inventario de Depresión Estado- Rasgo.

4.2.1.3. Prueba de hipótesis comparación entre las puntuaciones Pretest y Postest Escala Total Estado.

Tabla N° 6

Comparación entre el Pretest y Postest de la Variable Depresión Escala Total Estado.

Sujeto	TOTAL	
	Pretest	Postest
A	98	60
B	75	65
C	80	10
D	96	50
E	98	1
F	90	85
G	75	1
H	50	10
I	85	1
J	30	1
K	75	20
L	99	45

En la aplicación del Inventario de Depresión Estado-Rasgo, el resultado del pretest tuvo un rango entre 30 a 99 y el post test entre 1 y 85.

Hipótesis:

H₀: No existen diferencias entre los puntajes del pretest y el postest para la Variable Depresión Estado, Total, del Inventario de Depresión Estado-Rasgo.

H₁: Existen diferencias entre los puntajes del pretest y el postest para la Variable Depresión Estado, Total, del Inventario de Depresión Estado-Rasgo.

Estadísticas Descriptivas.**Tabla N° 7.**

**Estadística Descriptiva de la Variable Depresión Estado Total,
De Inventario de Depresión Estado-Rasgo.**

Variable	Observaciones	Mínimo	Máximo	Media	Desviación Estándar
Depresión Estado Total					
Pretest	12	30.000	99.000	79.250	21.016
Postest	12	1.000	85.000	29.083	30.195

Fuente: Ana Marisol Coba (2017)

Cálculo estadístico de la Prueba.

Prueba de los rangos con signo de Wilcoxon Bilateral:

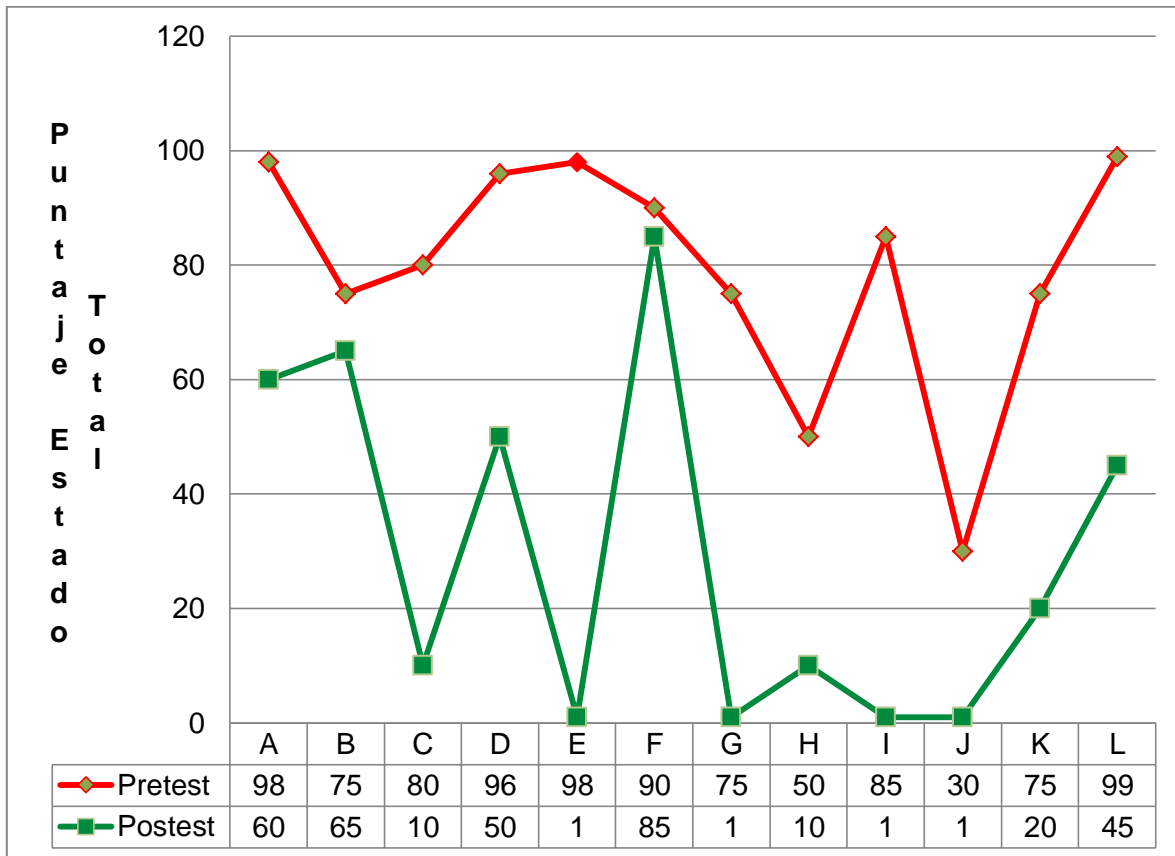
V	78
Valor esperado	39.000
Varianza (V)	162.500
p-valor (Bilateral)	0.000
Alfa	0.05

Fuente: Ana Marisol Coba (2017)

Discusión: Como el valor p calculado es menor que el nivel de significancia alfa $\alpha = 0.05$, debería rechazar la hipótesis nula H_0 y aceptar la hipótesis alternativa H_1 ,

Conclusión: A un nivel de significancia del 5% los puntajes obtenidos en el pretest versus el posttest en la Variable Depresión Estado, Total del Inventario de Depresión Estado-Rasgo, varían significativamente. El riesgo de rechazar la hipótesis nula mientras es verdadera es menor que el 0.05 %.

Gráfico N° 3
Comparación de la Variable Depresión,
entre el Pretest y Post test de la Escala EstadoTotal con el IDER.



Fuente: Ana Marisol Coba (2017)

La gráfica muestra que existe una diferencia significativa entre el pretest y el posttest con respecto a la Variable Depresión Estado, Escala Total, según el Inventario de Depresión Estado- Rasgo.

4.2.1.4. Prueba de hipótesis comparación entre las puntuaciones Pretest y Postest Eutimia Rasgo.

Tabla N° 8.

Comparación entre el Pretest y Postest de la Variable Depresión Rasgo, subescala Eutimia.

Sujeto	Eutimia	
	Pretest	Postest
A	65	10
B	45	25
C	95	1
D	99	40
E	97	1
F	96	40
G	20	1
H	55	1
I	25	20
J	3	1
K	45	25
L	99	75

Fuente: Ana Marisol Coba (2017)

En la aplicación del Inventario de Depresión Estado-Rasgo, el resultado del pretest tuvo un rango entre 3 a 99 y el post test entre 1 y 75.

Hipótesis:

H₀: No existen diferencias entre los puntajes del pretest y el postest para la Variable Depresión Estado, Subescala Eutimia Rasgo, del Inventario de Depresión Estado-Rasgo.

H₁: Existen diferencias entre los puntajes del pretest y el postest para la Variable Depresión Rasgo, Subescala Eutimia, del Inventario de Depresión Estado-Rasgo.

Estadísticas Descriptivas.**Tabla N° 9.**

Estadística Descriptiva de la Variable Depresión Rasgo, Subescala Eutimia, del Inventario de Depresión Estado-Rasgo.

Variable Eutimia Rasgo	Observaciones	Mínimo	Máximo	Media	Desviación Estándar
Pretest	12	3.000	99.000	62.000	34.978
Postest	12	1.000	75.000	20.000	22.923

Fuente: Ana Marisol Coba (2017)

Cálculo estadístico de la Prueba.

Prueba de los rangos con signo de Wilcoxon Bilateral:

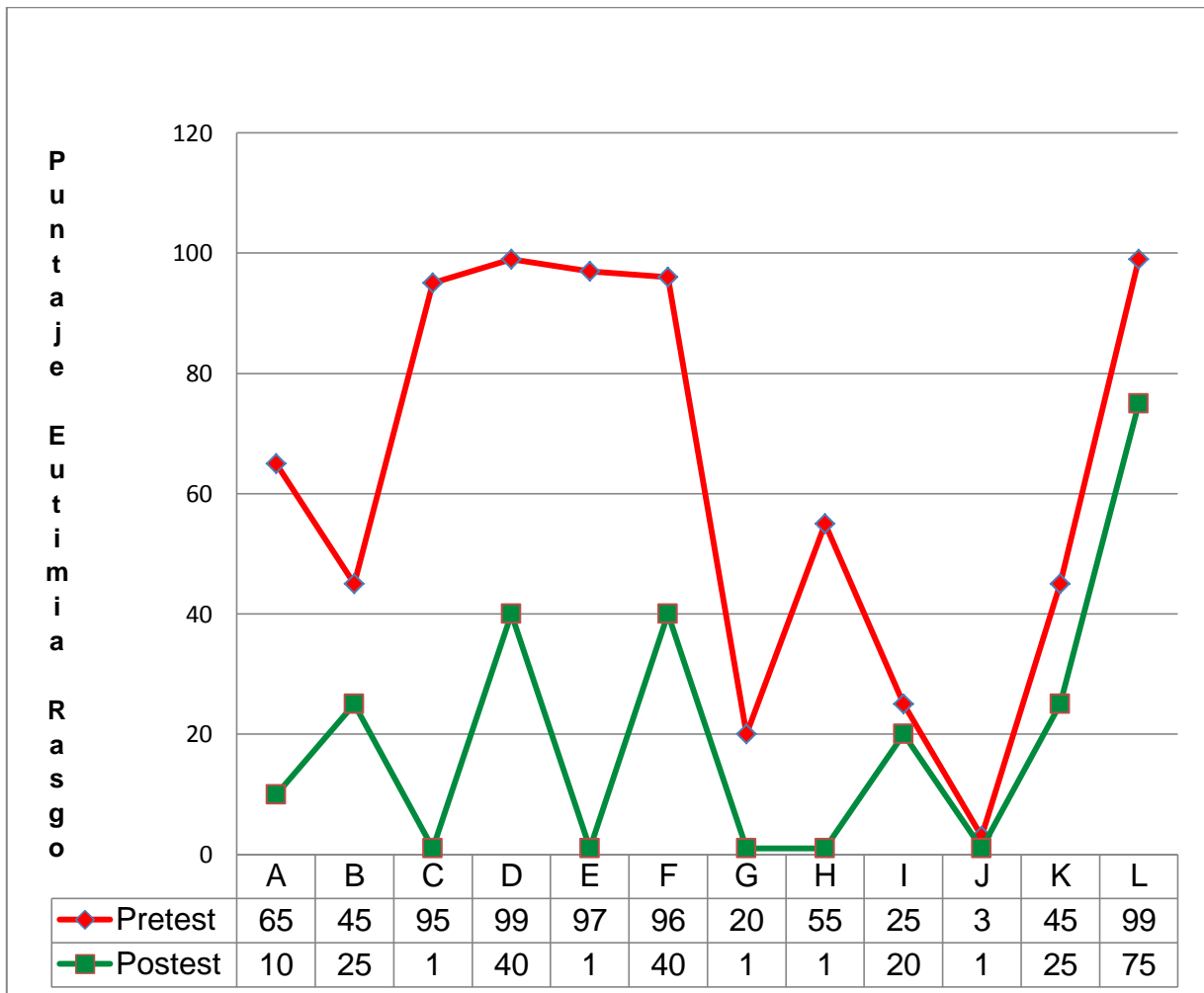
V	78
V (estandarizada)	3.061
Valor esperado	39.000
Varianza (V)	162.375
p-valor (Dos colas)	0.002
Alfa	0.05

Fuente: Ana Marisol Coba (2017)

Discusión: Como el valor p calculado es menor que el nivel de significancia alfa $\alpha = 0.05$, debería rechazar la hipótesis nula H_0 y aceptar la hipótesis alternativa H_1 ,

Conclusión: A un nivel de significancia del 5% los puntajes obtenidos en el pretest versus el posttest en la Variable Depresión Rasgo, Subescala Eutimia, del Inventario de Depresión Estado-Rasgo, varían significativamente. El riesgo de rechazar la hipótesis nula mientras es verdadera es menor que el 0.22%.

Gráfico N° 4
Comparación de la Variable Depresión Rasgo,
entre el Pretest y Post test de la Subescala Eutimia con el IDER.



Fuente: Ana Marisol Coba (2017)

La gráfica muestra que existe una diferencia significativa entre el pretest y el posttest con respecto a la Variable Depresión Rasgo, Subescala Distimia, según el Inventario de Depresión Estado- Rasgo.

4.2.1.5. Prueba de hipótesis comparación entre las puntuaciones Pretest y Postest Distimia Rasgo.

Tabla N° 10

Comparación entre el Pretest y Postest de la Variable Depresión Rasgo, subescala Distimia.

Sujeto	Distimia	
	Pretest	Postest
A	98	90
B	40	60
C	85	10
D	98	1
E	99	1
F	75	65
G	1	60
H	85	1
I	75	1
J	75	1
K	50	10
L	99	90

Fuente: Ana Marisol Coba (2017)

En la aplicación del Inventario de Depresión Estado-Rasgo, el resultado del pretest para la Subescala de Distimia Rasgo, tuvo un rango entre 1 a 99 y el post test entre 1 y 90.

Hipótesis:

H₀: No existen diferencias entre los puntajes del pretest y el postest para la Variable Depresión Estado, Subescala Distimia Rasgo, del Inventario de Depresión Estado-Rasgo.

H₁: Existen diferencias entre los puntajes del pretest y el postest para la Variable Depresión Rasgo, Subescala Distimia, del Inventario de Depresión Estado-Rasgo.

Estadísticas Descriptivas.**Tabla N° 11.**

**Estadística Descriptiva de la Variable Depresión Estado, Subescala
Distimia, del Inventario de Depresión Estado-Rasgo.**

Variable Distimia Rasgo	Observaciones	Mínimo	Máximo	Media	Desviación Estándar
Pretest	12	1.000	99.000	73.333	29.700
Postest	12	1.000	90.000	32.500	37.118

Fuente: Ana Marisol Coba (2017)

Cálculo estadístico de la Prueba.

Prueba de los rangos con signo de Wilcoxon Bilateral:

V	68
V (estandarizada)	2.276
Valor esperado	39.000
Varianza (V)	162.375
p-valor (Bilateral)	0.023
Alfa	0.05

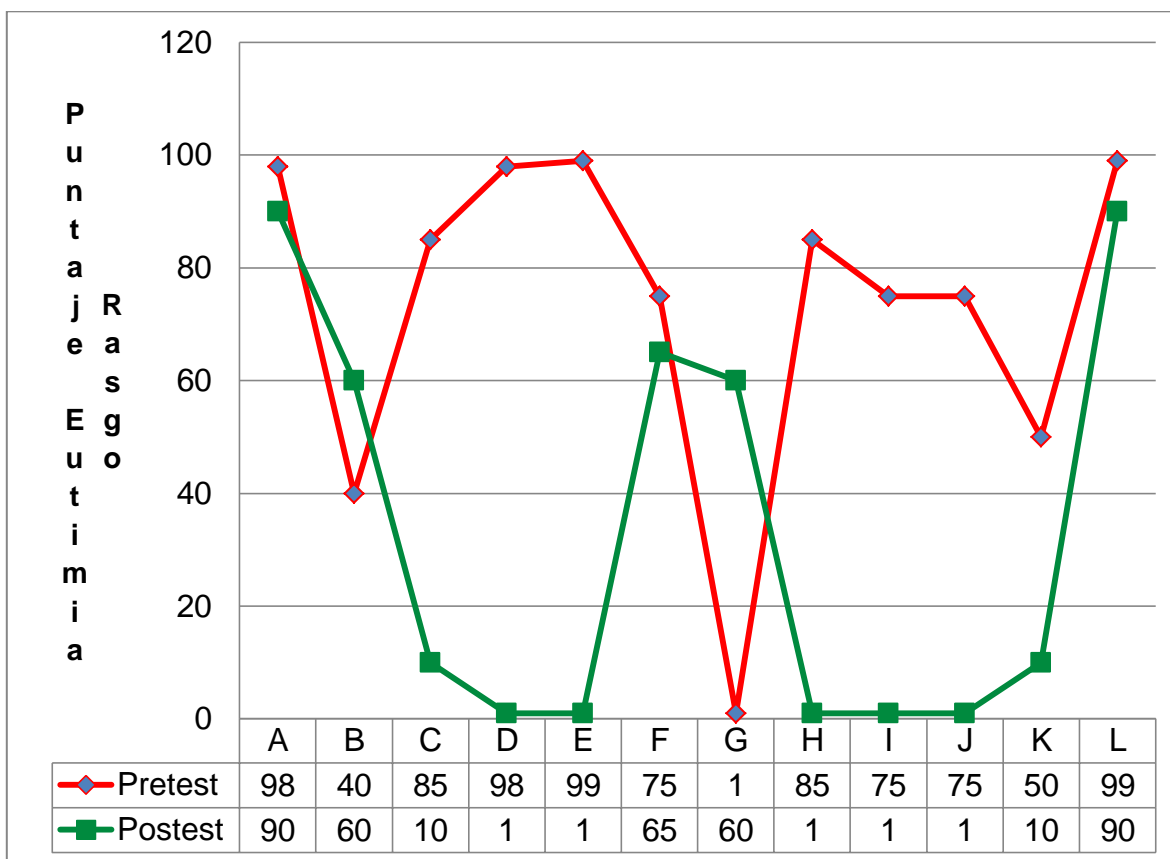
Fuente: Ana Marisol Coba (2017)

Discusión: Como el valor p calculado es menor que el nivel de significancia alfa $\alpha = 0.05$, debería rechazar la hipótesis nula H_0 y aceptar la hipótesis alternativa H_1 ,

Conclusión: A un nivel de significancia del 5% los puntajes obtenidos en el pretest versus el posttest en la Variable Depresión Estado, Subescala Distimia, del Inventario de Depresión Estado-Rasgo, varían significativamente. El riesgo de rechazar la hipótesis nula mientras es verdadera es menor que el 0.6%.

Gráfico N° 5

Comparación de la Variable Depresión Rasgo, entre el Pretest y Post test de la Subescala Distimia con el IDER.



Fuente: Ana Marisol Coba (2017)

La gráfica muestra que existe una diferencia significativa entre el pretest y el posttest con respecto a la Variable Depresión Rasgo, Subescala Distimia, según el Inventario de Depresión Estado- Rasgo.

4.2.1.6. Prueba de hipótesis comparación entre las puntuaciones Pretest y Postest Escala Total Rasgo.

Tabla N° 12

Comparación entre el Pretest y Postest de la Variable Depresión Escala Total Rasgo.

Sujeto	TOTAL	
	Pretest	Postest
A	90	45
B	50	45
C	96	4
D	98	20
E	98	1
F	90	75
G	10	15
H	75	1
I	50	10
J	25	1
K	50	20
L	99	90

Fuente: Ana Marisol Coba (2017)

En la aplicación del Inventario de Depresión Estado-Rasgo, el resultado del pretest tuvo un rango entre 10 a 99 y el post test entre 1 y 90.

Hipótesis:

H₀: No existen diferencias entre los puntajes del pretest y el postest para la Variable Depresión Escala Total Rasgo, del Inventario de Depresión Estado-Rasgo.

H₁: Existen diferencias entre los puntajes del pretest y el postest para la Variable Depresión Escala Total Rasgo, del Inventario de Depresión Estado-Rasgo.

Estadísticas Descriptivas.**Tabla N° 13.**

**Estadística Descriptiva de la Variable Depresión Escala Total Rasgo,
De Inventario de Depresión Estado-Rasgo.**

Variable	Observaciones	Mínimo	Máximo	Media	Desviación Estándar
Depresión Rasgo Total					
Pretest	12	10.000	99.000	69.250	31.230
Postest	12	1.000	90.000	27.250	30.164

Fuente: Ana Marisol Coba (2017)

Cálculo estadístico de la Prueba.

Prueba de los rangos con signo de Wilcoxon Bilateral:

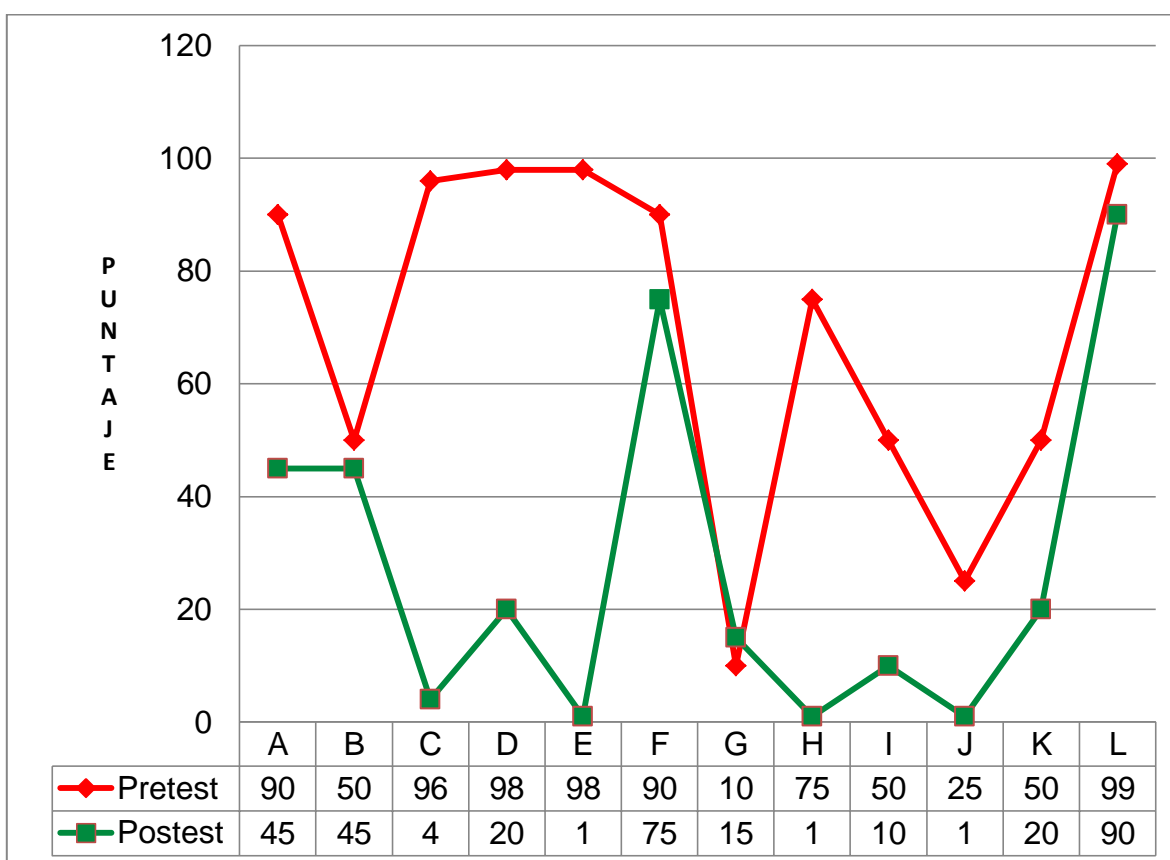
V	76.500
Valor esperado	2.943
Varianza (V)	39.000
p-valor (Bilateral)	162.375
Alfa	0.003

Fuente: Ana Marisol Coba (2017)

Discusión: Como el valor p calculado es menor que el nivel de significancia alfa $\alpha = 0.05$, debería rechazar la hipótesis nula H_0 y aceptar la hipótesis alternativa H_1 ,

Conclusión: A un nivel de significancia del 5% los puntajes obtenidos en el pretest versus el posttest en la Variable Depresión Escala Total Rasgo del Inventario de Depresión Estado-Rasgo, varían significativamente. El riesgo de rechazar la hipótesis nula mientras es verdadera es menor que el 0.33%.

Gráfico N° 6
Comparación de la Variable Depresión,
entre el Pretest y Post test de la Escala EstadoTotal con el IDER.



Fuente: Ana Marisol Coba (2017)

La gráfica muestra que existe una diferencia significativa entre el pretest y el posttest con respecto a la Variable Depresión Escala Total Rasgo, según el Inventario de Depresión Estado- Rasgo.

1. Mediante la utilización de instrumentos de medición como el Inventario Depresión Estado Rasgo (IDER) se pudo determinar que los niveles de depresión que presentaban los jóvenes antes de participar de la intervención psicoterapéutica eran mayores en comparación con los resultados obtenidos después del tratamiento.
2. Los síntomas encontrados a través de la Entrevista Clínica y en la prueba realizada aplicada antes del tratamiento coinciden con los establecidos por el Manual de Diagnóstico DSM 5 para diagnosticar el Trastorno depresivo mayor.
3. El Estado panameño busca apoyar a las víctimas pero es difícil para ellos poder dar respuesta a través de las diferentes instancias, con la celeridad necesaria, lo que incrementa la necesidad de atención de esta población afectada.
4. De acuerdo con los resultados obtenidos en las pruebas de hipótesis se puede observar que existe una diferencia significativa entre el pretest y el posttest con respecto a la Variable Depresión Escala Total Rasgo, según el Inventario de Depresión Estado- Rasgo. A un nivel de significancia del 5% los puntajes obtenidos en el pretest versus el posttest en la Variable Depresión Estado, Total del Inventario de Depresión Estado-Rasgo, varían significativamente. El riesgo de rechazar la hipótesis nula mientras es verdadera es menor que el 0.05 %.
5. Los adolescentes disminuyeron significativamente los niveles de depresión después de la intervención Psicoterapéutica mixta. A un nivel de significancia del 5% los puntajes obtenidos en el pretest versus el posttest en la Variable Depresión Escala Total Rasgo del Inventario de Depresión Estado-Rasgo, varían significativamente. El riesgo de rechazar la hipótesis nula mientras es verdadera es menor que el 0.33%.

6. La psicoterapia individual fue efectiva tomando en consideración las diferencias y necesidades psicológicas individuales. Ayudando a disminuir los síntomas, sin embargo se requiere más tiempo de tratamiento para lograr experimentar cambios profundos y sanar las heridas emocionales provocadas especialmente por las figuras parentales en estos sujetos.
7. Entre los mecanismos de defensa más utilizados por los adolescentes encontramos la represión y aislamiento afectivo acompañados de un sentimiento profundo de pérdidas y culpas. También se observa dificultad para controlar los impulsos y gran necesidad de seguridad y apoyo.
8. La intervención grupal proporcionó apoyo y cohesión reforzando la identificación de los síntomas depresivos y aprender cómo reaccionar de forma asertiva.
9. El principal aporte de este trabajo fue haberle dado la oportunidad a los adolescentes participantes de tener una experiencia terapéutica a través de la cual pudiesen entrar en contacto, explorar y reconocer sus emociones. Validar su esfuerzo por ser más sano y no repetir lo vivido. Estas circunstancias influyen en el nivel de adaptación personal, social y afectivo del adolescente.
10. La historia clínica es un instrumento de evaluación eficaz que permite identificar la presencia de las manifestaciones de depresión en los adolescentes las cuales pudieron ser corroboradas con la prueba psicológica aplicada.
11. La psicoterapia psicodinámica mixta no es suficiente para manejar a profundidad estos aspectos lo cual puede deberse al nivel de incertidumbre del individuo porque en el futuro, pudiese haber la carencia de apoyo del grupo familiar y los propios temores de los adolescentes por su vida y seguridad

12. Es fundamental que a estos adolescentes puedan brindarle un soporte psicológico en el proceso de espera de resolución de sus casos, ya que la espera sin apoyo, puede en ocasiones desencadenar eventos que les afectan a corto, mediano y largo plazo.
13. Las primeras experiencias de cada individuo en su infancia y adolescencia, dejan una huella positiva o negativa para toda la vida. Las situaciones por las que estos jóvenes han tenido que atravesar, los convierten en sobrevivientes de las propias personas que debían protegerlos y amarlos. Hay que apoyarlos en el proceso de convertirse en individuos sanos y saludables, que no repitan los ciclos de violencia, maltrato y abuso.

1. Continuar con este tipo de tratamiento psicológico a jóvenes que por sus historias lo requieren.
2. La psicoterapia que se le debe proporcionar a los niños y adolescentes víctimas de maltrato y abuso, debe iniciarse en el mismo momento que inician sus procesos y son trasladados a los diferentes centros de atención.
3. El reconocimiento precoz de los casos y la asistencia continua a las víctimas y sus familias pueden ayudar a reducir la recurrencia del maltrato y a paliar sus consecuencias. Diseñar estrategias terapéuticas que incluyan a los familiares de los adolescentes, para asegurar el bienestar de los que regresen a su entorno familiar y evitar vuelvan al mismo ciclo de donde salieron. Los programas eficaces son los que prestan apoyo a los padres y les aportan conocimientos y técnicas positivas para criar a sus hijos.
4. Desarrollar planes de acción a nivel nacional coordinados para eliminar la violencia contra los niños y adolescentes en todas sus formas, incorporando los sistemas de educación, justicia y salud, así como a las comunidades y a los propios niños y adolescentes.
5. Capacitar a los niños, padres, madres, maestros y miembros de la comunidad para que reconozcan la violencia en todas sus formas y empoderarlos para que denuncien los casos a tiempo y sin correr peligro de represalias.
6. Gestionar programas para la formación de los padres en materia de desarrollo infantil, métodos disciplinarios no violentos y capacidad de resolución de problemas.

7. La respuesta al maltrato infantil generalmente está enfocada por el sistema de reacción, es decir una vez que el maltrato ya se ha producido. Debemos enfocarnos más a la prevención.
8. Crear una guía básica con recomendaciones para los encargados de las Casas Hogares y demás sitios que el Estado determine para la estancia de las víctimas. Esa guía contaría con los cuidados mínimos a tener en cuenta para el manejo de los niños y adolescentes que han sido expuestos a maltratos y abusos.
9. Realizar estudios que se enfoquen en la magnitud del maltrato infantil y de sus consecuencias en nuestro país, y cómo diseñar, aplicar y evaluar programas de prevención.
10. Promover y apoyar las gestiones legislativas nacionales para corregir y penalizar el, maltrato, abuso y cualquier otro tipo de comportamiento violento en especial hacia los niños y adolescentes.

BIBLIOGRAFÍA

- Agudelo, A. M., Gomez R., J. A., & Jaramillo B., J. C. (2008). *Manual de Pediatría ambulatoria*. Bogotá, Colombia.: Editorial Médica Panamericana.
- American Psychiatric Association. (2002). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los trastornos mentales. DSM-IV-TR*. Barcelona: Masson.
- American Psychiatric Association., K. D.-M. (2014). *DSM-5 Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Madrid: Editorial Médica Panamericana.
- Arnett, J. J. (2008). *Adolescencia y Adulthood emergente. Un enfoque cultural*. . México: Pearson Educación.
- Ávila, A. (1990). Psicodinámica de la Depresión. *Anales de Psicología*, 37-58.
- Bellak, L., & Small, L. (1969). *Psicoterapia Breve y de Emergencia*. México: Pax.
- Bleichmar, H. (Marzo de 2003). Some subtypes of depression and their implications for psychoanalytic. *International Journal of Psycho-Analysis*(77), 935.
- Blos, P. (1971). *Psicoanálisis de la Adolescencia*. (R. Parres, Witemberg, & Rosa, Trads.) México: JOAQUIN MORTIZ México, 197.
- Born, D., & Lombardía, A. M. (2015). *Una exploración sobre la situación de las y los adolescentes y jóvenes en América Latina y el Caribe a partir de evidencia cuantitativa reciente*. UNICEF. Panamá: UNICEF. Oficina Regional para América Latina y el Caribe (LAC-RO). Obtenido de <https://www.unicef.org/lac/>
- Carrasco, D. (2 de mayo de 2017). *Bayano Digital*. Obtenido de <http://bayanodigital.com>
- Castillo, N. (3 de octubre de 2006). *Psicopedagogía*. Obtenido de <http://www.psicopedagogia.com/tipos-maltrato>
- Centro de prensa de la OMS. (septiembre de 2016). *Organización Mundial de la Salud* . Obtenido de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs150/es/>
- Centro de Prensa. Organización Mundial de la Salud. (Septiembre de 2016). *Organización Mundial de la Salud*. Obtenido de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs150/es/>
- Coleman, J. C. (2011). *The Nature of the Adolescence*. New York: Psychology Press.
- Committee on Professional Practice and Standards . (2014). *American Psychological Association*. Obtenido de <http://www.apa.org>
- Erikson, E. (2004). *Sociedad y Adolescencia*. México: Siglo XXI.

- Ferrández Payo, M. (5 de Abril de 2008). Abraham y la Melancolía. La teoría biológica. *Aperturas Psicoanalíticas*(28).
- García Alonso, A. (marzo de 2009). La Depresión en Adolescentes. *Revista de la Juventud*(84), 85-104.
- Gómez, R. (5 de julio de 2009). Psicoterapia de grupo, principios básicos y aplicaciones. *Centre Londres 94*. Obtenido de <http://www.centrelondres94.com>
- Guerri, M. (2016). *Psicoactiva*. Recuperado el 24 de junio de 2017, de www.psicoactiva.com
- Guía Psicología* . (s.f.). Obtenido de <http://guiapsicologia.com/depresion-en-adolescentes/>
- Guillem, F., & Miró, M. T. (1993). *Aproximaciones a la Psicoterapia. Una introducción a los tratamientos psicológicos*. Barcelona: Editorial Paidós Ibérica, S.A.
- Hernandez Sampieri, R. (2014). *Metodología de la investigación* (Sexta ed.). México, México: Editorial Mcgraw-Hill.
- JANO. (19 de febrero de 1999). Biología de la Depresión. *Doyma. MRevista.*, 56(1288), 54.
- Jiménez, J. P. (2003). La terapia psicoanalítica para el tratamiento de la depresión. *Revista Aperturas Psicoanalíticas*.
- John Coleman, J. H. (1977). Identity in Adolescence. Present and future self-concepts. *Journal of Yourth and adolescence.*, 1,6,63.
- John Coleman, R. G. (1977). Adolescents and their parents: A study of attitudes. . *The Journal of Genetic Psychology.* , 2, 130, 239.
- La guía 2000. Psicología* . (2017). Obtenido de <https://psicologia.laguia2000.com/la-adolescencia/la-adolescencia-segun-g-stanley-hall>
- Lopera Echavarría, J. (2017). Psicoterapia psicoanalítica. *CES Psicología*, 10, 83-98.
- Marcia, J. W. (1993). *Ego identity: A handbook for psychosocial research.* . New York: Springer-Verlag.
- Martí, M. C. (15 de marzo de 2016). La Depresión en la Infancia . *En clave Psicoanalítica*, 73-83.
- Mufson, L., & Wright, L. B. (2016). American Psychological Association. *Superando la Depresión*. USA. Obtenido de <http://www.apa.org/centrodeapoyo/trastornos-depresivos.aspx>
- Muuss H., R. E. (1988). *Theories of Adolescence*. New York: McGraw-Hill. New York, USA: McGraw-Hill.
- Nardi, B. (2004). La Depresión Adolescente. *Psicoperspectivas. Revista de la escuela de Psicología. Universidad Católica de Valparaiso.*, III, 95-127.

- Nilda Vainstein, V. R. (2011). *Por qué, cuándo y cómo intervenir desde la escuela ante el maltrato a la infancia y la adolescencia. Guía conceptual. Maltrato Infantil*. (Primera ed.). (E. Duro, Ed.) Buenos Aires, Argentina: Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF).
- OIM, & ICBF., U. e. (2013). *Estado psicosocial de los niños, niñas y adolescentes: Una investigación de consecuencias, impactos y afectaciones por hecho victimizante con enfoque diferencial en el contexto del conflicto armado colombiano*. Bogotá. Obtenido de www.mininterior.gov.co
- Organización Mundial de la Salud. (2017). Obtenido de http://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/adolescence/dev/es/
- Organización Panamericana de la Salud. (s.f.). <http://www.paho.org/hq/>. Obtenido de http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_topics&view=article&id=223&Itemid=40879&lang=es
- Ortiz, A., Alonso, I., Ubis, A., & Ruiz, M. A. (2011). *Trastornos del Estado de Ánimo*. (Vol. 5). Barcelona, España: Elsevier Masson.
- Pérez P., J., & Merino, M. (2014). *Definición.de*. Recuperado el 30/17, de Definición de Maltrato: <https://definicion.de/maltrato/>
- Pérez Porto, J., & Merino, M. (2014). *Definición de*.
- Psicologiauned.com*. (s.f.). Obtenido de <https://www.psicocode.com>
- Ribes, D., Clavijo, R., & Armario, J. y. (2006). *Técnicos de Educación Infantil. Junta de Extremadura*. Sevilla, España: Editorial MAD, SL.
- Robles O., F. J., Sánchez V., A., & Galicia M., I. (julio-diciembre de 2011). Relación del Bienestar Psicológico, Depresión y Rendimiento Académico en Estudiantes de Secundaria. *Revista Iberoamericana*, 19(2), 27-37.
- Sallad, R. N., Wilson, J. P., & Monte, C. F. (2009). *Teorías de la personalidad. Detrás de la máscara*. (Octava ed.). México, D.F., México: Editorial McGraw Hill .
- Sexual Abuse: A Journal of Research and treatment. (23 de junio de 2017). *SAGE Journals*. Obtenido de <http://journals.sagepub.com/home/sax>
- Toth, S., & Dante, C. (diciembre de 2004). Obtenido de <http://www.encyclopedia-infantes.com>
- Turcio M., L. A. (22 de enero de 2011). *Psicólogos y terapeutas en México*. Obtenido de Ayuda Psicológica en México: <http://psicologos.mx/estudio-sobre-abuso-sexual-infantil.php>
- UNICEF. (17 de Abril de 2017). *UNICEF. Panamá*. Obtenido de <https://www.unicef.org/panama/spanish/>

Vainstein, N., & Rusler, V. (2011). *Por qué, cuándo y cómo intervenir desde la escuela ante el maltrato a la infancia y la adolescencia. Guía conceptual. Maltrato Infantil*. Buenos Aires, Argentina: Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF).

Vásquez F., M. I. (2007). Intervención Psicoterapéutica en un grupo de madres adolescentes de 14 a 19 años que presentan síntomas depresivos. *Tesis*. Panamá.

Vásquez I., M. (2007). Intervención Psicoterapéutica. Panamá.

Vicente., A. L. (febrero de 2014). *Ultima década*. Obtenido de <http://www.scielo.cl>

ÍNDICE ANEXOS

1. Consentimiento Informado .
2. Instrumento
3. Historias Clínicas

3. Historias Clínicas

Se presentan las historias clínicas de los doce sujetos atendidos, las cuales fueron obtenidas y elaboradas a partir de las entrevistas con los sujetos y los encargados de Casa Hogar La Semillita, en la cual residen.

No se pudo obtener información de los padres de los jóvenes por el tipo de situación social y legal por la cual han llegado a la Casa Hogar, por lo que en algunos casos es posible que se tenga muy poca información acerca de su infancia.

Caso A**Datos Generales.**

Sexo:	Femenino
Fecha de nacimiento:	25 de noviembre de 2003
Situación Socioeconómica:	Media
Escolaridad:	7° grado

Historias de la enfermedad actual:

En los últimos meses ha estado triste, irritable, grosera, rebelde, tanto así que ha hecho cosas inadecuadas como escaparse de su casa, mantuvo relaciones sexuales con un amigo de 19 años de edad, que se convirtió en su novio, bajó sus calificaciones entre otras situaciones. La situación se ha convertido en insostenible para la familia, por lo que han decidido entregarla a las autoridades.

Entra a Casa Hogar La Semillita porque nadie se podía hacer cargo ni asumía la responsabilidad de cuidarla y prefirió venir como voluntaria. Pensaba que sería una nueva oportunidad de salir adelante. Sin embargo, desde que llegó a La Semillita, llora constantemente, casi no habla y comenta que quiere regresar con su familia, a pesar de que sabe que la entregaron a las autoridades porque ella se había portado mal y decían que no podían cuidarla.

Anamnesis personal y familiar:

Caso A es una joven de 13 años que quedó huérfana de madre cuando tenía 1 año de edad, producto de un atropello en el área de Urbanización Torremolinos y con respecto a su padre, comenta que está preso y expresa que “no quiere saber nada de él”.

Luego del fallecimiento de la madre, pasó a la tutela de su madrina, sra. C con la que era feliz, siempre la cuidaba, protegía, se preocupaba mucho porque estuviera bien. Buscaba la forma de que se divirtieran juntas, estudiaba con ella y se convirtió en la madre que no había conocido.

Cuando tenía 10 años se enteró que sra. C tenía cáncer y su vida fue cambiando poco a poco. No entendía como había sido tan rápido su deterioro, sólo era un lunar en el pie. Ver sufrir cada día a su madrina, con dolores, cómo bajo de peso, se hinchaba mucho, le hacía difícil poder estudiar.

Finalmente, sra. C murió hace pocos meses, a los 47 años de edad. El sepelio fue en el Jardín de Paz, después de eso dice verla en sus sueños con frecuencia. Caso A manifiesta “no ha superado su muerte”.

Después, quedó con la hija de su madrina (NR) que tiene 32 años, está casada y con dos hijos. Pero según Caso A, NR no pudo con ella, se fugaba, no hacía caso a las reglas de su casa, su rebeldía y conductas disruptivas se fueron incrementando, NR tomó la decisión de llevarla con su abuela materna para que la atendiera. La abuela posteriormente la entregó a las autoridades correspondientes al no encontrar forma de controlar y mucho menos modificar su comportamiento.

Con su padre o la familia del mismo, no ha tenido mayor relación, no la visitaban de pequeña. Recuerda que lo vio cuando tenía 9 ó 10 años y el papá le dijo que no quería verla más porque estaba preso.

En cuanto al área académica, hasta antes que muriera su madrina, ella tenía buen rendimiento, pero después le costaba mucho concentrarse, estudiar, no hacía las tareas.

A Siente que no tiene ganas de nada, no sabe que será de su futuro, nadie la quiere a su lado. En ocasiones si piensa que podría lograr estudiar y salir adelante con sus estudios y la universidad, ser una profesional, pero luego pierde la esperanza.

Examen del estado mental:

Apariencia: Se presenta a la hora acordada, con un aspecto personal adecuado, vestida con suéter, jeans y zapatos bajos. Su peso y estatura corresponden a una joven de mayor edad cronológica.

Actitud y comportamiento al principio fue con resistencia a hablar y cierta desconfianza.

Actividad motora dentro de la normalidad con algunas manifestaciones de ansiedad.

Estado emocional aplanado y contenido al inicio de la sesión y luego expresa sentimientos de sufrimiento y frustración.

Lenguaje y comunicación Estableció contacto visual con el entrevistador. Su lenguaje fue adecuado para su edad.

Funciones cognitivas se mantuvieron conservadas, con buena orientación en tiempo, espacio y persona. La organización del pensamiento fue coherencia. La percepción y la memoria, se mantuvieron dentro de lo normal.

Impresión Diagnóstica:

296.21 (F 32.0) Trastorno de depresión mayor. Episodio único. Leve.

V61.20 (Z62.820) Problema de relación entre padres e hijos

Caso B

Datos Generales.

Sexo: Femenino
Fecha de nacimiento: 17 de noviembre de 2003 **Edad:** 13 años
Situación Socioeconómica: Baja
Escolaridad: 8° grado

Historia de la enfermedad actual.

La joven caso B, llegó a Casa Hogar La Semillita, porque las autoridades están en proceso de investigación por supuesto maltrato provocado por la madre quien le pegaba con frecuencia. Le han observado que está muy callada y expresa estar triste por toda la situación que ha vivido.

Anamnesis personal y familiar:

Caso B tiene 13 años y es la menor de 5 hermanos, de diferentes madres y un mismo padre. La madre H, tiene 33 años y su padre A, fue asesinado hace 10 años por un amigo que lo traicionó y le disparó para cobrar una recompensa. Su padre y la familia del mismo, realizaban actividades delictivas relacionadas con tráfico de drogas. Su hermano mayor de 23 años, también fue asesinado por ajuste de cuentas, porque era sicario y había matado a por lo menos 20 personas.

Con su mamá tenía constantes diferencias, porque le pegaba muy fuerte desde que tenía 6 años, con frecuencia, a veces se enojaba con otros o peleaba con alguna de sus parejas y según B, se las desquitaba con ella. Uno de sus padrastros también le pegaba y otro la quería tocar pero nunca se dejó. Llegó un momento en que ya no aguantaba más y su madre andaba en actividades de

consumo de alcohol y drogas y la envió con la abuela. Estaba expuesta a una serie de situaciones riesgosas, inadecuadas para su edad y que la exponían inclusive a posibles abusos. La dejaba sola y sin comida por horas.

Al pasar a vivir en la casa de la abuela, donde vivían sus tías de 14 y 17 años, se presentaron ciertos conflictos constantes con ellas, además de problemas con un dinero que solicitó a su abuela para algo de la escuela y la tía de 17 años la golpeó. Según B, El asunto llegó a las autoridades, que mantienen la investigación sobre las denuncias presentadas.

En la Escuela donde estudiaba, su rendimiento era regular, pasó todos los años, pero ahora no puede continuar porque no tiene apoyo de la madre, a quien según B, no le importa si estudia o no, ni de ningún otro familiar.

A veces siente que no hay nada bueno en su futuro, que no entiende por qué la madre le pegaba tanto, siente que no hay cosas que le alegren su vida, está triste, le da por llorar.

Quiere ver si algún otro familiar se puede hacer cargo de ella, eso le preocupa. A veces le cuesta conciliar el sueño por las noches. Ella quería ser piloto de avión, pero piensa que como está su vida actualmente le será muy difícil conseguirlo.

Examen del estado mental.

Apariencia: Se presenta puntual, vestida de acuerdo a su edad. Es delgada y de estatura normal para su edad cronológica. Su rostro denota tristeza.

Actitud y comportamiento: permaneció tranquila sin manifestaciones de ansiedad.

Actividad motora dentro de la normalidad.

Estado emocional Contenida pero a medida que avanza la sesión aparecen muestras de tristeza, lágrimas.

Lenguaje y comunicación. no se observaron signos que comprometieran la estructura de comunicación verbal, por el contrario, la paciente fue capaz de entender, comprender instrucciones y preguntas En cuanto a gestos y mímicas, que acompañan al lenguaje y le otorgan significado implícito, fue normal, coincidiendo con el discurso verbal empleado por la paciente

Funciones cognitivas buena orientación en tiempo, espacio y persona. La organización del pensamiento fue coherente, memoria normal.

Impresión Diagnóstica:

296.21 (F 32.0) Trastorno de depresión mayor. Episodio único. Leve.

V61.20 (Z62.820) Problema de relación entre padres e hijos

V15.41 (Z62.810) Historia personal (antecedentes) de maltrato físico infantil

V15.42 (Z62.811) Historia personal (antecedentes) de maltrato psicológico infantil

V15.42 (Z62.812) Historia personal (antecedentes) de negligencia infantil

Caso C

Datos Generales.

Sexo:	Masculino	
Fecha de nacimiento:	3 de agosto de 2003	Edad: 13 años
Situación Socioeconómica:	Baja	
Escolaridad:	3° grado	

Historias de la enfermedad actual.

Procedente del Darién, llega a Casa Hogar La Semillita por situaciones de maltrato y abandono de su mamá y su padrastro. Extraña a su familia, en especial a su padre, hermanos, abuelo y algunos amigos.

Siente que su proceso no avanza, está triste, no quiere sentirse como encerrado, sabe que es por su bien pero le cuesta estar así.

Anamnesis personal y familiar.

C es el penúltimo de seis hijos de la madre J (45 años) con dos padres diferentes. J es alcohólica y drogadicta. Se separó de su primer pareja y se unió a su padre, sin embargo con el tampoco continuó pues se cansó de su conducta promiscua y el maltrato que infringía a sus hijos menores.

Cuando su madre, llegaba ebria de la cantina, los agarraba a él y a sus hermanos con una correa de cuero y le pegaba fuerte. Se escapaba de la casa con los amigos y consumía crispy y licor.

No había pasado de 2° grado, no sabe leer ni escribir bien. La madre nunca se preocupó porque asistiera a la escuela, porque comiera o alejarlo de malas compañías e incluso el consumo de drogas. Actualmente esta tomando clases y ha podido aprobar 2° grado y va a entrar en 3° grado.

Su padre trataba de apoyarlos pero la madre no se lo permitía. Ya tiene bastante tiempo en la Casa Hogar y quiere que su proceso avance para poder ver a sus hermanos y a su abuelo. El padre lo visita cuando puede y lo apoya en lo que puede. En ocasiones se siente muy triste por todo lo que ha pasado.

Quiere seguir estudiando, hacer un cambio en su vida, aprender más y estudiar para ser mecánico de aviación o mecánico automotriz. Pero luego piensa que será difícil lograrlo si no le ayudan con los gastos. En la noche piensa mucho en eso y demora en dormirse.

Siente que su proceso se ha ralentizado y eso lo pone muy triste, ha pensado en varias ocasiones en fugarse de la Casa Hogar pero no lo ha hecho para no empeorar las cosas. Ya no tiene ganas de nada.

A veces le hace falta poder ver a sus familiares como el abuelo de 100 años que le ha enseñado mucho. Al principio no le hacía tanta falta, pero ahora si extraña y siente que está encerrado, que no le dan respuesta.

Examen del estado mental:

Apariencia: Se presenta puntual, con un aspecto personal adecuado, vestido con suéter, jeans largos y zapatos. Su peso y estatura están por debajo al de un joven de su edad cronológica.

Actitud y comportamiento: callado responde lo que se le pregunta, trata de mostrarse colaborador.

Actividad motora dentro de la normalidad con algunas manifestaciones de ansiedad.

Estado emocional: disgusto al inicio de la sesión, ansiedad por saber cuál es el objetivo de la sesión. Si eso lo ayudaría para salir rápido de ahí.

Lenguaje y comunicación: propio de su etnia indígena tiene ciertas formas de expresión particular, sin embargo mantiene un nivel de comunicación adecuado.

Funciones cognitivas buena orientación en tiempo, espacio y persona. La organización del pensamiento fue coherente, memoria y percepción dentro de lo normal.

Impresión Diagnóstica:

296.21 (F 32.0) Trastorno de depresión mayor. Episodio único. Leve.

V15.41 (Z62.810) Historia personal (antecedentes) de maltrato físico infantil

V15.41 (Z62.810) Historia personal (antecedentes) de abuso sexual infantil

V15.42 (Z62.811) Historia personal (antecedentes) de maltrato psicológico infantil

V15.42 (Z62.812) Historia personal (antecedentes) de negligencia infantil

Caso D

Datos Generales.

Sexo:	Masculino
Fecha de nacimiento:	23 de mayo de 2003
Situación Socioeconómica:	Media baja.
Escolaridad:	7° grado

Historias de la enfermedad actual:

D quería recibir pronto atención psicológica, que se le atendiera porque dice que se siente triste por las siguientes razones:

- No sabe cuándo va a salir de la Casa Hogar,
- Tiene dudas y temores sobre lo que le espera allá afuera,
- A pesar de que han pasado unas semanas desde que ingresaron a la Semillita, su mamá no va a verlos a él y a su hermano,
- Se pregunta si se llevarán mejor y dejará de pegarles la mamá cuando regresen con ella a casa

Anamnesis personal y familiar:

D tiene 14 años y es el tercero de los 5 hijos de su madre K de 41 años de edad con dos padres diferentes. Con la primera pareja sólo tuvo a su hermano mayor J de 22 años y con H, tuvo los otros cuatro hijos, incluyendo a D, quien recuerda que su padre y su madre se separaron desde que tenía 6 años de edad.

Cuando se portaba mal según D, “porque yo no era perfecto y a veces contestaba, tenía el cuarto desordenado, no quería ir a la tienda a hacer algún mandado, me pegaban con lo que encontraran”. Comenta que en una ocasión

quedó con media cara moreteada, le pegaban con palo, chancleta o inclusive lo pateaban.

Luego su madre se unió a JB de 40 años de edad. Los conflictos y los golpes continuaron con la madre. Le decía cosas que lo hacían sentir muy mal, humillado o que no lo querían.

Con su hermano E, se lleva bastante bien y lo protege, pero le enoja que todo lo dice, no tiene reserva con la gente de no contarle sus cosas íntimas. Es un buen muchacho, pero necesita que se corrija.

En cuanto a su comportamiento sexual dice que aún no está totalmente seguro de su orientación sexual, aunque quisiera tener hijos.

Ha habido personas especiales que se han ido de su vida, como por ejemplo su tía, de la cual guarda muy gratos momentos. Era asertiva con él, le dedicaba tiempo y le dolió mucho cuando murió.

En el área académica, comenta que repitió 3° y 4° grado porque lo sacaban a medio año de clases y no podía terminar

Examen del estado mental:

Apariencia: Se presenta puntual, con un aspecto personal adecuado. Su peso y estatura están normal para su edad.

Actitud y comportamiento: callado responde lo que se le pregunta, trata de mostrarse colaborador pero con prudencia

Actividad motora dentro de la normalidad con algunas manifestaciones de ansiedad.

Estado emocional: tranquilo.

Lenguaje y comunicación: mantiene un nivel de comunicación adecuado

Funciones cognitivas buena orientación en tiempo, espacio y persona. La organización del pensamiento fue coherente, memoria y percepción dentro de lo esperado.

Impresión Diagnóstica

296.32 (F 33.1) Trastorno de depresión mayor. Episodio recurrente. Moderado.

V61.20 (Z62.820) Problema de relación entre padres e hijos

V15.41 (Z62.810) Historia personal (antecedentes) de maltrato físico infantil

V15.42 (Z62.811) Historia personal (antecedentes) de maltrato psicológico infantil

Caso E

Datos Generales:

Sexo:	Masculino
Fecha de nacimiento:	9 de marzo de 2004 Edad: 13 años
Situación Socioeconómica:	Media baja
Escolaridad:	7° grado

Historias de la enfermedad actual:

Desde que supe que había una psicóloga que iba a atender a todos los niños de La Semillita, yo me quería atender, porque estoy triste. Desde que llegamos mi hermano y yo aquí, porque primero mi papá y luego mi mamá nos pegaban mucho, estoy esperando cuándo voy a salir y a regresar a mi casa. Me portaré mejor.

Anamnesis personal y familiar:

E es un joven de 13 años, producto de la relación entre su madre K y su padre H, con quien tuvo un total de cuatro hijos, siendo D el penúltimo. K tiene 41 años pero tuvo una pareja anterior de la cual tiene un hijo J, de 22 años. Recuerda que su padre y su madre se separaron desde que tenía 6 años de edad.

Su padre le pegaba mucho, con lo que encontrara, además le hería, diciendo cosas que lo descalificaban, relacionadas con su orientación sexual. Ha tenido un encuentro homosexual con un amigo, pero dice que no está seguro de que sea homosexual porque también le atraía una joven de su edad. El hermano de 15 años se ha declarado bisexual y el de 14 años, sospecha que también es homosexual pero aún no lo ha podido comprobar porque es sumamente reservado con sus cosas y aún no está totalmente seguro de su orientación sexual.

Le encanta hacer amistades, conocer gente, quiere ser un líder en los grupos donde participa. A pesar de que en su colegio tuvo dificultades con algunos de sus compañeros que los indispusieron diciendo que ellos realizaban actividades de brujerías.

Desea regresar a su escuela y teme perder el año por el ausentismo que ha tenido en los últimos meses por su proceso judicial.

Examen del estado mental:

Apariencia: Se presenta puntual, con un aspecto personal adecuado. Su peso y estatura están normal ara su edad.

Actitud y comportamiento: callado responde lo que se le pregunta, trata de mostrarse colaborador.

Actividad motora con algunas manifestaciones de ansiedad.

Estado emocional: al inicio de la sesión contento de recibir atención y luego tristeza al contar su historia.

Lenguaje y comunicación: mantiene un nivel de comunicación adecuado

Funciones cognitivas buena orientación en tiempo, espacio y persona. La organización del pensamiento fue coherente, memoria y percepción dentro de lo esperado.

Impresión Diagnóstica

296.32 (F 33.1) Trastorno de depresión mayor. Episodio recurrente. Moderado.

V61.20 (Z62.820) Problema de relación entre padres e hijos

V15.41 (Z62.810) Historia personal (antecedentes) de maltrato físico infantil

V15.42 (Z62.811) Historia personal (antecedentes) de maltrato psicológico infantil

Caso F**Datos Generales.**

Sexo: Femenino
Fecha de nacimiento: 8 de junio del 2004 **Edad:** 13 años
Situación Socioeconómica: Media baja.
Escolaridad: 7°

Historias de la enfermedad actual:

Llega a Casa Hogar La Semillita porque ha sido víctima de maltrato por parte del padre que le pegaba todos los días con correas, chancletas o lo que tuviera cerca, además abusaba sexualmente de ella.

Anamnesis personal y familiar:

F tiene 13 años, es hija de J mujer de 45 años y R varón de 50 años. Se supone tiene 4 hermanos, pero no se ha relacionado con ellos, dice que están en otra Casa Hogar.

Su madre se dedicaba a vender drogas y a los 3 años se la llevó a su tía A (hermana de la madre) para que la cuidara porque ella no podía, pues su nivel de adicción la incapacitaba para cuidar a F y no quería que las autoridades se la quitaran.

La tía A sólo la tuvo una semana y media con ella y se la entregó al padre R porque ella tampoco podía cuidarla. Su padre le pegaba constantemente por cualquier cosa y con lo que encontrara.

Cuando tenía 8 años recuerda ella que era 31 de octubre, en la noche estaba acostada en el sofá viendo televisión, su padre llegó borracho, comenzó a tocarla y fue la primera vez que la abusó. Desde ese día y durante varios años, estuvo

abusando sexualmente de ella, solo disminuía la frecuencia cuando tenía una novia, pero igual seguía abusándola, hasta que le dijo a unos vecinos que escucharon los gritos y pusieron la denuncia.

Dice que su madre está en un Centro de Rehabilitación, donde espera recuperar su vida después de los desastres que hizo la droga en su vida. La última vez que vio a su madre tenía 7 años, mientras estaba en casa de la señora que la cuidaba mientras el padre iba a trabajar. En esa ocasión la madre la reconoció y le dijo a F que la quería mucho y estaba haciendo todo lo posible para volver a recuperar su custodia. La hermana le comentó hace pocos meses que su madre la estaba buscando.

Examen del estado mental:

Apariencia: aspecto personal adecuado, se retrasó un poco a la hora de llegada. Su peso y contextura, parece de una joven de mayor edad

Actitud y comportamiento: se muestra retraída, tímida y pensativa.

Actividad motora dentro de la normalidad con algunas manifestaciones de ansiedad, en especial al hablar de temas de abuso.

Estado emocional: normal, ciertas expresiones de tristeza al hablar del abuso.

Lenguaje y comunicación: mantiene un nivel de comunicación adecuado.

Funciones cognitivas buena orientación en tiempo, espacio y persona. La organización del pensamiento fue coherente, memoria y percepción también son adecuadas.

Impresión diagnóstica.

296.32 (F 33.1) Trastorno de depresión mayor. Episodio Recurrente. Moderado.

V15.41 (Z62.810) Historia personal (antecedentes) de abuso sexual infantil

V15.41 (Z62.810) Historia personal (antecedentes) de maltrato físico infantil

V15.42 (Z62.811) Historia personal (antecedentes) de maltrato psicológico infantil

V15.42 (Z62.812) Historia personal (antecedentes) de negligencia infantil

Caso G

Datos Generales

Sexo: Femenino

Fecha de nacimiento: 28 de noviembre de 2003 **Edad:** 13 años

Situación Socioeconómica: Pobreza extrema

Escolaridad: 5° grado

Historias de la enfermedad actual.

Desde los 6 años fue recluida en Casa Hogares por las condiciones en las que vivía y las denuncias de maltrato, abuso y negligencia por parte de sus padres hacia ella y sus hermanos. Permanece callada, casi no habla con nadie y en ocasiones es agresiva con sus hermanos.

Anamnesis personal y familiar:

G tiene 13 años y proviene de la provincia de Bocas del Toro, es hija de C que se dedicaba a la prostitución y de M que era obrero. Tiene dos hermanos más, N es una niña de 12 años y un niño L que tiene 7 años. A la joven G le tocó asumir la responsabilidad del cuidado de sus hermanos desde muy pequeña, en el caso de su hermana N la cuidaba desde recién nacida y apenas ella tenía 4 años y a su hermano L igualmente desde que nació y G sólo tenía 6 años.

Crecieron en Almirante, pero muy temprano fueron llevados a Casa Hogares ante las constantes denuncias por diversas situaciones de maltrato, abuso y negligencia. Nunca se han separado, ella siempre ha luchado para que vayan donde vayan estén los 3 hermanos juntos.

En uno de los hogares en los que estuvieron, se encontró con una prima que le dijo que su mamá había tenido dos hijos más, que actualmente tenían 6 y 7 años y que había dejado la prostitución.

Su madre era víctima de maltrato y abuso de todo tipo, en especial los días en que el padre llegaba ebrio, que era casi siempre pues tenía problemas de alcoholismo. G recuerda las escenas donde el padre M comenzaba a “sobar” a su mamá y si ella no quería, entonces agarraba la correa y le pegaba hasta que la madre le permitiera tener relaciones sexuales con él. G estaba presente y observaba toda la escena, mientras se suponía que dormían sus hermanos porque la mamá lloraba y gritaba de dolor.

La madre los dejaba solos en la casa a diario y regresaba muy tarde en la noche, a veces no estaba tampoco en todo el día y no tenían que comer, como asearse o quien los vigilara y protegiera de los peligros. Se iba para donde una vecina que le decía que le daba lástima verla así y le daba algo de alimento.

Cuando tenía 4 años, recuerda la escena de la primera vez que su padre le decía que se quitara la ropa mientras él se bajaba los pantalones, no sabía que estaba ocurriendo y de ahí en adelante comenzó a abusar de ella casi a diario.

Una de las ocasiones en que se defendió, tenía como 5 años según G, el padre M había llegado borracho con unos compañeros de trabajo y la iba a violar delante pde todos y según recuerda decían que luego ellos iban a hacer lo mismo. Para defenderse agarró una botella la rompió y se la clavó en el muslo. Salió corriendo y se escondió en una casa abandonada por días.

G tiene su piel marcada por diferentes partes del cuerpo, parecen manchas de varicela, sin embargo explicó que cada uno de esos puntos eran quemaduras que

le hacía su padre con un clavo de acero calentado en el fogón, si no permitía o se resistía a mantener relaciones sexuales con él.

Cuando su hermana tenía como dos años, el padre iba a abusar de ella también, G trató de defenderla pero el papá le pegó y quedó inconsciente, cuando volvió a despertar, su hermanita N estaba en una esquina y no hablaba. Según G, desde ese día su N no fue la misma de antes.

Un hermano de su mamá (tío) y su esposa, se percataron de lo que el padre M hacía a G, N y a su mamá y lo denunciaron. Estuvo unos días preso, pero ya luego lo soltaron.

A veces se G y N se escapaban e iban a esconderse a la casa de sus tíos, pero el papá M, iba a buscarla y decía que esas eran sus hijas y que se iban con él.

Finalmente las autoridades decidieron separarlos y los enviaron a una Casa Hogar donde según comenta G, nuevamente se dieron situaciones de intento de abuso por parte de uno de los seguridad y otras situaciones por las cuales las trasladaron a Casa Hogar La Semillita.

Nunca había comentado sobre estos abusos, detalles y cuanto le duele todo lo que ha sufrido en silencio.

G sólo ha asistido hasta 5° grado, espera terminar su escuela primaria y secundaria para ir a la universidad y estudiar veterinaria.

Examen del estado mental:

Apariencia: aspecto un tanto descuidado. Su contextura, parece de una joven de mayor edad.

Actitud y comportamiento: se muestra callada, un poco resistente inicialmente a conversar sobre su vida.

Actividad motora baja.

Estado emocional: aplanado y contenido. Depresivo.

Lenguaje y comunicación: tono de voz baja, mantiene poco contacto visual.

Funciones cognitivas buena orientación en tiempo, espacio y persona. La organización del pensamiento fue coherente, memoria y percepción también son adecuadas.

Impresión diagnóstica.

296.32 (F 33.1) Trastorno de depresión mayor. Episodio Recurrente. Moderado.

V15.41 (Z62.810) Historia personal (antecedentes) de abuso sexual infantil

V15.41 (Z62.810) Historia personal (antecedentes) de maltrato físico infantil

V15.42 (Z62.811) Historia personal (antecedentes) de maltrato psicológico infantil

V15.42 (Z62.812) Historia personal (antecedentes) de negligencia infantil

Caso H

Datos Generales.

Sexo: Masculino

Fecha de nacimiento: 23 de julio de 2003 **Edad:** 13 años.

Situación Socioeconómica: Pobreza.

Escolaridad: 3° grado

Historias de la enfermedad actual:

H presenta historia de maltrato físico por parte de su padre que le pegaba con el puño y con la correa y negligencia por parte de la madre que no le procuraba comida o protección.

Anamnesis personal y familiar:

H es el segundo de los cuatro hijos de su madre J con dos parejas diferentes, los dos primeros hijos con su padre A, de donde nace el hermano mayor G que tiene 15 años y H de 13 años. De la segunda pareja de su madre nacieron M de 7 años y D que tiene 3 años.

Su padre A le pegaba constantemente cuando H tenía 8 años estuvo muy cerca de matarlo, porque llegó un día de la calle y decía que H se había comido su comida y lo agarró por el cuello y lo levantó mientras continuaba pegándole. Era fuerte H no se podía escapar de los brazos del padre quien se dedicaba a la construcción. El padre se ponía más agresivo cuando consumía alcohol y drogas.

Su madre según la describe, se prostituía. Los dejaba solos a él y sus hermanos menores. No se preocupaba si iban a la escuela. No supervisaba que hacía su hermano mayor A., quien robaba y no iba a la escuela. Su hermano tiene

problemas con consumo de marihuana y cocaína, actividades delictivas y quiso abusar de uno de sus hermanos menores bajo el efecto de las drogas.

De la segunda pareja de su madre llamado E, sabe que era mecánico y que a pesar de que consumía marihuana o coca, le insistía en que nunca H debería de utilizar esas sustancias. No lo maltrataba como su padre. Con su madre tuvo dos hijos más, que son la principal preocupación de H. Él quiere que crezcan seguros, cuidarlos y protegerlos de que nada malo le pase. Cuando H no tenía para comer él y sus hermanos, se iba y trabajaba empacando en un supermercado. A pesar de que le ofrecieron realizar actividades ilícitas, nunca accedió. Tampoco aceptó consumir drogas a pesar de que eran comunes en el área donde se movilizaba.

De sus únicas alegrías era que cuando le pagaban por su trabajo como empacador, se llevaba a sus dos hermanos menores a comer pizza y así se distraía un poco de los problemas diarios.

Pasaban encerrados por días solos, una vecina se compadecía y les daba comida en ocasiones, también puso la denuncia correspondiente y por esa razón las autoridades decidieron separarlo de su madre y su padrastro.

No ha vuelto a ver a sus hermanos menores y eso lo tiene triste, H quisiera que estuvieran con él en una Casa Hogar.

Comenta que cuando vivía con su madre y se sentía muy mal que para no sentir el dolor de lo que pasaba, se hacía líneas en los brazos con algo filoso que encontrara como una navaja de afeitar. No lo ha hecho actualmente, pero a veces siente deseos de volver hacerlo.

Examen del estado mental:

Apariencia: Se presenta puntual, con un aspecto personal adecuado, cuidadoso de su cabello y su ropa. Su peso y estatura están por debajo al de un joven de su edad cronológica.

Actitud y comportamiento: callado, tímido y retraído.

Actividad motora dentro de la normalidad con algunas manifestaciones de ansiedad.

Estado emocional aplanado y contenido. Al final de la sesión expresa sentimientos de sufrimiento y frustración.

Lenguaje y comunicación tiene problemas de lenguaje, no puede pronunciar ciertas consonantes como la r, parece que por un frenillo. Algunas cosas que dice no se le entienden y se cohibe al hablar.

Funciones cognitivas buena orientación en tiempo, espacio y persona. La organización del pensamiento fue coherente, memoria y percepción dentro de lo esperado para un joven de su edad.

Impresión diagnóstica:

296.32 (F 33.1) Trastorno de depresión mayor. Episodio recurrente. Moderado.

V61.20 (Z62.820) Problema de relación entre padres e hijos

V15.41 (Z62.810) Historia personal (antecedentes) de maltrato físico infantil

V15.42 (Z62.811) Historia personal (antecedentes) de maltrato psicológico infantil

V15.42 (Z62.812) Historia personal (antecedentes) de negligencia infantil

Caso I

Datos Generales.

Sexo: Femenino

Fecha de nacimiento: 28 de febrero de 2006. **Edad:** 11 años

Situación Socioeconómica: Pobreza.

Escolaridad: 5° grado

Historias de la enfermedad actual:

Llegó a la Casa Hogar La Semillita porque sus hermanos mayores decidieron buscar mejores oportunidades de vida y por situaciones de riesgo social a la que se veían expuestos. Últimamente está presentando problemas en la escuela, rebeldía y llora con frecuencia.

Anamnesis personal y familiar:

Caso I tiene 11 años y es hija de M y de padre desconocido. Tiene 8 hermanos {{O (23), Y(21), E (18), R (17), M (15), RI (13)} de diferentes padres, la madre cambia con frecuencia de pareja. Su crianza la realizó el señor C y la madre del mismo (MM), que hace las veces de abuela de I. La madre no se ha hecho cargo de ella, no la visita ni brinda ningún tipo de apoyo.

Con frecuencia indica que extraña a su familia, a pesar de vivir en La Semillita con 3 de sus hermanas, adolece que sus padres se hayan separado. Piensa mucho en su abuelita MM porque ya está viejita y está enferma. Recuerda como le ayudaba a preparar la comida, cuidar los animales de granja y la acompañaba a cosechar lo que sembraban en el monte, plátano por ejemplo. Su abuela siempre le dice que se porte bien y que estudie. Quisiera recibir más visitas de su papá o ir a ver a la abuela.

En cuanto a su desempeño escolar, indica que le va bien, pero a veces tiene dificultades con algunas materias, como por ejemplo matemáticas, por lo que tiene que practicar más. Cuando sus hermanas la ponen a estudiar, no le agrada que la estén regañando o mandando a que termine las tareas.

Con la disciplina y la colaboración en las tareas de la casa, tiene dificultades con las figuras de autoridad, pues hay cosas que no le gusta hacer y a veces se tarda en completar la tarea, entrando en conflicto respondiendo de forma inadecuada, por lo que le dicen que es malcriada y grosera.

En La Semillita, se siente bien, le gusta compartir con los que allí viven, pero no le gusta que le llamen la atención, a pesar de que sabe que es porque no ha cumplido con las tareas asignadas.

En el futuro quiere llegar a ser Ingeniera civil y abogada, para construir cosas y ayudar a la gente cuando esté en problemas.

Examen del estado mental.

Apariencia: Se presenta puntual, con un aspecto personal adecuado, vestido con suéter, jeans largos y zapatos. Su peso y estatura están por debajo al de un joven de su edad cronológica.

Actitud y comportamiento:

Actividad motora dentro de la normalidad con algunas manifestaciones de ansiedad.

Estado emocional aplanado y contenido al inicio de la sesión y luego expresa sentimientos de sufrimiento y frustración.

Lenguaje y comunicación.

Funciones cognitivas buena orientación en tiempo, espacio y persona. La organización del pensamiento fue coherente, memoria y percepción normal.

Impresión diagnóstica:

296.21 (F 32.0) Trastorno de depresión mayor. Episodio Único. Leve.

V15.42 (Z62.812) Historia personal (antecedentes) de negligencia infantil

Caso J

Datos Generales.

Sexo: Femenino

Fecha de nacimiento: 26 de septiembre de 2003 **Edad:** 13 años

Situación Socioeconómica: Baja

Escolaridad: 7° grado

Historias de la enfermedad actual:

Caso J es referido porque la joven presenta conductas agresivas con sus compañeros de la Casa Hogar y en la escuela durante las clases, tiene conductas disruptivas que entorpecen el aprendizaje propio y de los compañeros.

Anamnesis personal y familiar:

La madre de J murió al nacer ella, su padre es drogadicto y tiene 6 hermanos mayores que ella con edades que oscilan entre 16 y 27 años.

Luego la cuidó una de sus hermanas hasta que cumplió cuatro años, después pasó a estar con la abuela y pasó a diferentes Casas Hogares, donde mayor tiempo había pasado era en San José de Malambo pero se portaba mal y decidieron trasladarla.

No le gusta hablar de su familia ni de lo que ha pasado con su vida. Cambia con frecuencia el tema y lo canaliza a situaciones actuales dentro de La Semillita. Si se le insiste, comenta que no es agradable para ella hablar de las desgracias de su vida, que ella no quiere llorar más por eso.

Anda irritable con sus compañeros, tiende a ser agresiva verbalmente y se queja con frecuencia de que nadie la visita, nadie la quiere. Ha tenido tentativas de fuga.

Generalmente habla en voz alta, inclusive grita y tiende a molestar a sus compañeros con sobrenombres.

Su desempeño académico no ha sido totalmente satisfactorio, porque se entretiene con los compañeros y compañeras mucho en clases. Habla de todo y de todos.

Quiere estudiar en la Universidad, pero no sabe si podrá porque a veces piensa que no es muy aplicada y que para eso tiene que esforzarse más y tener dinero o trabajar, porque a ella nadie la ayuda.

Apariencia: aspecto normal. Su contextura, parece de una joven de mayor edad.

Actitud y comportamiento: se muestra callada, un poco resistente inicialmente a conversar sobre su vida.

Actividad motora. alta.

Estado emocional: irritable, a la defensiva en ciertos momentos.

Lenguaje y comunicación: tono de voz alta, mantiene contacto visual con el evaluador.

Funciones cognitivas buena orientación en tiempo, espacio y persona. La organización del pensamiento fue coherente, memoria y percepción también son adecuadas. :

Impresión diagnóstica:

296.21 (F 32.0) Trastorno de depresión mayor. Episodio Único. Leve.

V15.42 (Z62.812) Historia personal (antecedentes) de negligencia infantil

Caso K

Datos Generales:

Sexo: Femenino
Fecha de nacimiento: 21 de mayo de 2004 **Edad:** 13
Situación Socioeconómica: Media.
Escolaridad: 7° grado

Historias de la enfermedad actual.

La refieren los encargados de la Casa Hogar porque constantemente está enojada, irritable, ha tenido un intento de fuga y está dando problemas con su conducta. En ocasiones se queda en un solo lugar aislada de los demás. SE le ve llorar cuando va a dormir.

Anamnesis Personal y familiar.

K tiene 13 años, su madre murió cuando ella tenía sólo 6, expresa sentirse sola desde que su madre falleció. No quiere hablar sobre sus hermanos mayor cosa sólo que maldice a la hermana.

Al hablar de su padrastro dice que es drogadicto. Tan solo mencionarlo la llena de ansiedad y mueve las manos, recordando cómo le pegaba bastante y cómo la violó. Lo cataloga como “una mala persona”.

Sin mayor supervisión, hace meses atrás fumaba, tomaba y hacía muchas locuras en compañía de una prima que en ocasiones la obligaba a que practicara la prostitución, de no hacerlo le apuntaba con una pistola, a pesar de que ella objetaba que era pequeña para hacer eso.

En esa ocasión lo dijo a su abuela, pero no hicieron nada, no lo denunciaron a las autoridades, porque no le creyeron.

Sabe que ha hecho que no debería, pero no cree que sea justo que no le crean y que su padrastro y su prima la hubiesen obligado a hacer cosas como esas.

Está triste y enojada con los adultos que no la han cuidado y con su hermana porque tampoco la defendió aunque era más grande.

Examen del Estado Mental

Apariencia: aspecto descuidado, en especial el cabello y su ropa. Su contextura, parece de una joven de mayor edad.

Actitud y comportamiento: se muestra callada, resistente a conversar sobre su vida.

Actividad motora baja con algunas manifestaciones de tristeza, en especial al hablar de temas de abuso.

Estado emocional:.

Lenguaje y comunicación: tono de voz baja, mantiene poco contacto visual.

Funciones cognitivas buena orientación en tiempo, espacio y persona. La organización del pensamiento fue coherente, memoria y percepción también son adecuadas.

Impresión diagnóstica:

296.32 (F 33.1) Trastorno de depresión mayor. Episodio Recurrente. Moderado.

V15.41 (Z62.810) Historia personal (antecedentes) de abuso sexual infantil

V15.41 (Z62.810) Historia personal (antecedentes) de maltrato físico infantil

V15.42 (Z62.811) Historia personal (antecedentes) de maltrato psicológico infantil

V15.42 (Z62.812) Historia personal (antecedentes) de negligencia infantil

Caso L.**Datos Generales.**

Sexo: Masculino
Fecha de nacimiento: 13 de julio de 2002. **Edad:** 15 años
Situación Socioeconómica: Pobreza
Escolaridad: 7° grado

Historias de la enfermedad actual:

Desde que tiene uso de razón L recuerda a su madre quejándose de haberlo tenido, que no sirve para nada y que ojalá se hubiera muerto o lo hubiese abortado. Llega a Casa Hogar La Semillita porque las autoridades buscan protegerlo de su madre que ha dicho que lo va a matar. Antecedentes de maltrato familiar. Dos tentativas de suicidio.

Anamnesis personal y familiar:

L tiene 15 años, es hijo de la señora C que trabajaba en una cantina y se dedicaba a la prostitución. Nunca le ha dicho quién es su padre, donde vive o cómo fue el tipo de relación de la cual es producto.

Cuando discutía con su madre, ella le gritaba que ojalá lo hubiera abortado, que la decisión de tenerlo era lo peor que había hecho en su vida. A días de nacido, lo dejó abandonado en un basurero, una persona la vió llorando en la cantina donde trabajaba, le contó lo que había hecho y fueron a buscar a L. Estaba sucio, lleno de erupciones en la piel, enfermo y con hambre, según lo que le explicaron. La madre accedió a dárselo para que lo cuidara, porque ella no podía ni lo quería. Sin embargo mantuvo comunicación con él y su madre de crianza y posteriormente solicitó se lo regresara.

Por periodos todo iba bien con la madre, sus hermanos y el padrastro de turno, sin embargo siempre llegaba el momento donde lo maltrataba física y psicológicamente o ni siquiera se preocupaba porque comiera o qué hacía con su vida. Le gritaba que era un inútil y que nunca serviría para nada. A veces L piensa que puede ser que tenga razón pues si hasta su mamá piensa eso.

La madre según L siente total preferencia por sus otros hermanos, con quien se comporta totalmente diferente.

No asiste a la escuela, repitió 7° grado porque tenía apoyo de nadie para asistir y cumplir con las asignaciones que le ponían en el colegio, tenía que faltar con frecuencia, su mamá no le daba dinero para compra de materiales, adicional a las situaciones que tuvo que vivir con los cinco padrastros a los que lo expuso. El último que tuvo, lo maltrataba tanto o peor que la madre.

Piensa a veces que para qué seguir viviendo, que si ni siquiera su madre lo quiere. Nadie lo viene a visitar. No tiene teléfono para contactar a sus amigos y no lo dejan salir de la Casa Hogar. Tiene problemas de insomnio, se duerme llorando con frecuencia en las noches. Le preocupa que estar subiendo de peso, además su cara se ha brotado más que de costumbre.

Ha estado pensando que posiblemente es homosexual, hace un tiempo atrás, le gustaba un amigo de él, he inclusive tuvieron contacto sexual, pero manifiesta que aunque lo disfrutó le pareció que fue igual que cuando estuvo con una mujer. Siente confusión por saber exactamente si es o no homosexual.

Examen del estado mental:

Apariencia: aspecto un tanto descuidado. Está sobrepeso y su cara está brotada. Expresión de tristeza.

Actitud y comportamiento: cooperador,

Actividad motora. Movimiento ansioso de manos.

Estado emocional: Rasgos depresivos.

Lenguaje y comunicación: tono de voz baja, mantiene poco contacto visual.

Funciones cognitivas buena orientación en tiempo, espacio y persona. La organización del pensamiento fue coherente, memoria y percepción también son adecuadas.

Impresión diagnóstica

296.33 (F 33.2) Trastorno de depresión mayor. Episodio Recurrente. Grave.

V15.41 (Z62.810) Historia personal (antecedentes) de maltrato físico infantil

V15.42 (Z62.811) Historia personal (antecedentes) de maltrato psicológico infantil

V15.42 (Z62.812) Historia personal (antecedentes) de negligencia infantil

