



UNIVERSIDAD DE PANAMÁ
VICERRECTORÍA DE INVESTIGACIÓN Y POSTGRADO
FACULTAD DE PSICOLOGÍA
PROGRAMA DE MAESTRÍA EN PSICOLOGÍA CLÍNICA

“INTERVENCIÓN PSICOTERAPÉUTICA INDIVIDUAL DE APOYO PARA DISMINUIR
LOS SÍNTOMAS DEPRESIVOS PRESENTES EN MADRES ADOLESCENTES “

POR:

JUDITH ELIZABETH RUÍZ SÁNCHEZ

Tesis de grado presentada a la
Facultad de Psicología como
requisito para optar al grado de
Magíster en Psicología Clínica.

PANAMÁ, REPÚBLICA DE PANAMÁ

2013

ST

18 MAR 2014

UNIVERSIDAD DE PANAMÁ
VICERRECTORÍA DE INVESTIGACIÓN Y POSTGRADO

FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN

Programa de Maestría en: **Psicología Clínica**
Facultad de: **PSICOLOGÍA**
Número de Código: **CE-PT-327-14-06-12-107**
Nombre del Estudiante: **Judith Elizabeth Ruiz Sánchez**
Cédula: **8-210-1203**
Tema de Tesis: **“Intervención Psicoterapéutica Individual de Apoyo para Disminuir los Síntomas Depresivos Presentes en Madres Adolescentes”.**

Resumen Ejecutivo: **Se trata de un proyecto de investigación con un Diseño cuasiexperimental, con dos grupos, Experimental y Control o en lista de espera, con pre prueba/post prueba. Se aplicará una pre prueba simultánea a ambos grupos, luego se realizará la intervención psicoterapéutica individual de Apoyo al grupo experimental solamente y para finalizar la etapa experimental, se administrará una post prueba, a ambos grupos, simultáneamente, para determinar la efectividad del tratamiento psicoterapéutico de apoyo. Al grupo Control o en Lista de Espera, por razones éticas, se le administrará el tratamiento psicoterapéutico de apoyo, una vez culminada la investigación.**

Nombre del Asesor: **Magister Ricardo López**
Firma del Asesor: _____
Firma del Estudiante: _____
Aprobado por: _____
Coordinador del Programa

Director de Postgrado de la Vicerrectoría de Investigación y Postgrado

Fecha: _____

Ok.

ÌNDICE GENERAL

	Página
PORTADA	i
FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN	ii
DEDICATORIAS	iii
AGRADECIMIENTOS	v
RESUMEN/ABSTRACT	xix
INTRODUCCIÓN	1
CAPÍTULO I: MARCO TEÓRICO	7
INTERVENCIÓN PSICOTERAPÉUTICA INDIVIDUAL DE APOYO PARA MADRES ADOLESCENTES CON SÍNTOMAS DEPRESIVOS.	
1. CONTEXTUALIZACIÓN DE LA ADOLESCENCIA	8
1.1 Generalidades acerca de la Adolescencia	8
1.2 Definición	12
1.3 Etapas de la Adolescencia	13
1.4 Cambios Psicológicos durante la Adolescencia	19
1.5 Problemas en la Adolescencia	24
1.6 Principales Factores Estresores o de Riesgo	27
1.7 Sexualidad en la Adolescencia	30
1.8 Embarazo en la Adolescencia	35
1.9 Causas del Embarazo en la Adolescencia	40

2. DEPRESIÓN	42
2.1 Definición	44
2.2 Depresión en la Adolescencia	46
2.3 Síntomas de la Depresión	49
2.4 Factores Precipitantes y de Riesgo	52
2.5 Variables Asociadas a la Depresión en la Adolescencia	53
2.6 Criterios Diagnósticos de la Depresión según el DSM-IV	56

CAPÍTULO II: FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA **62**

1. INTERVENCIÓN PSICOTERAPÉUTICA DE APOYO	63
Psicoterapia	63
1.1 Psicoterapia e Intervención Psicológica	63
1.2 Principios Básicos	64
1.3 Objetivos	65
1.4 Metas	65
1.5 Indicaciones	66
1.6 Cualidades del Psicoterapeuta de Apoyo	66
1.7 La Entrevista	67
1.8 Ventajas	69
2. TERAPIA DE APOYO: UN BREVE VISTAZO HISTÓRICO	74
2.1 Antecedentes de la Terapia de Apoyo: Métodos Pioneros	74
2.2 Los Primeros Psicoanalistas (1910– 1930)	77
2.3 Psicoterapia de Apoyo (1930 – 1950)	78
2.4 Psicoterapia de Apoyo (más allá de los años 1950)	79
3. PSICOTERPIA DE APOYO	83
3.1 Definición	83
3.2 Objetivos, Estrategias y Técnicas de la Psicoterapia de Apoyo	85
3.2.1 Liberación de los Sentimientos	86

3.2.2	Reforzamiento del Principio de la Realidad	87
3.2.3	Alentar el Sentimiento de Esperanza Real	87
3.2.4	Estimular la Socialización	87
3.2.5	Dar Seguridad y Confianza	88
3.2.6	Enseñarle a Razonar	88
3.2.7	Reorganización Perceptiva	88
3.2.8	La Interpretación	89
3.2.9	LA Sugestión	89
3.2.10	Persuasión y Consejo	89
3.2.11	Recursos o Técnicas Auxiliares	90
3.2.11.1	La Historia Clínica	90
3.2.11.2	El Informe Psicológico	90
3.2.11.3	La Relajación	91
3.2.12	Evaluación de los Resultados	91
3.3	Herramientas Técnicas de la Psicoterapia de Apoyo	92
3.3.1	Formulación del Caso	92
3.3.2	El Encuadre	93
3.3.3	La Escucha Terapéutica	94
3.3.4	La Alianza Terapéutica	95
3.3.5	El Ambiente Facilitador	96
3.4	Manejo de la Transferencia y Contratransferencia en la Psicoterapia de Apoyo	97
3.4.1	La Transferencia	97
3.4.2	La Contratransferencia	98
3.5	Uso de la Interpretación en la Psicoterapia de Apoyo	98
3.6	Fases de la Psicoterapia de Apoyo	99
3.6.1	Evaluación y Planeamiento del Tratamiento	99
3.6.2	Tratamiento Temprano	101
3.6.3	Tratamiento Intermedio	101
3.6.4	Terminación	102

CAPÍTULO III: METODOLOGÍA DE INVESTIGACIÓN	105
1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	106
2. HIPÓTESIS	106
2.1 Hipótesis de Investigación	106
2.2 Hipótesis Estadísticas	106
3. OBJETIVOS	114
3.1 Objetivo General	114
3.2 Objetivos Específicos	114
4. DISEÑO DE INVESTIGACIÓN	115
5. VARIABLES DE INVESTIGACIÓN	116
5.1 Variable Independiente	116
• Definición Conceptual de la Variable Independiente	116
• Definición Operacional de la Variable Independiente	117
5.2 Variable Dependiente	123
• Definición Conceptual de la Variable Dependiente	123
• Definición Operacional de la Variable Dependiente	124
6. POBLACIÓN Y MUESTRA	126
6.1 Población	126
6.2 Muestra	126
6.3 Criterios de Inclusión	127
6.4 Criterios de Exclusión	127
7. INSTRUMENTOS Y TÉCNICAS DE MEDICIÓN	128

8. MÉTODOS Y TÉCNICAS DE INTERVENCIÓN	134
9. EVALUACIÓN DE LOS RESULTADOS	137
10. PROCEDIMIENTO ESTADÍSTICO	138
CAPÍTULO IV: PRESENTACIÓN Y DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS	139
1. ANÁLISIS DESCRIPTIVO DE LA MUESTRA	140
1.1 Heterogeneidad y Homogeneidad de las Muestras del Grupo Experimental y Control.	140
2. ANÁLISIS ESTADÍSTICO	147
2.1 Datos Estadísticos y Pruebas de Hipótesis del Pre test de los Grupos Experimental y Control	147
2.2 Datos Estadísticos y Pruebas de Hipótesis del Pre test y Post test del Grupo Experimental	162
2.3 Datos Estadísticos y Pruebas de Hipótesis del Pre test y Post test del Grupo Control	177
3. ANALISIS Y DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS	192
4. CONCLUSIONES	205
5. RECOMENDACIONES	210
BIBLIOGRAFÍA	214
ANEXOS	222

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla N°		Página
1	Datos sociodemográficos del grupo experimental	141
2	Datos sociodemográficos del grupo control	144
3	Escala de Zung. Comparación del Pre test de los grupos experimental y control.	147
4	LSB-50 Escala depresión. Comparación del pre test de los grupos experimental y control.	150
5	LSB-50 Escala Ansiedad. Comparación del pre test de los grupos experimental y control.	153
6	LSB-50 Escala Somatización. Comparación del pre test de los grupos experimental y control.	156
7	LSB-50 Sub escala hipersensibilidad. Comparación del pre test de los grupos experimental y control.	159
8	Escala de Zung. Comparación del pre test y post test del grupo experimental.	162
9	LSB-50 Escala depresión. Comparación del pre test y post test del grupo experimental.	165

10	LSB-50 Escala de ansiedad. Comparación del pre test y post test del grupo experimental.	168
11	LSB-50 Escala somatización. Comparación del pre test y post test del grupo experimental.	171
12	LSB-50 Sub escala hipersensibilidad. Comparación del pre test y post test del grupo experimental.	174
13	Escala de Zung. Comparación del pre test y post test del grupo control.	177
14	LSB-50 Escala depresión. Comparación del pres test y post test del grupo control.	180
15	LSB-50 Escala ansiedad. Comparación del pre test y post test del grupo control.	183
16	LSB-50 Escala somatización. Comparación del pre test y post test del grupo control.	186
17	LSB-50 Sub escala hipersensibilidad. Comparación del pre test y post test del grupo control	189

ÍNDICE DE GRÁFICAS

Gráfica N°		Página
1	Edades del grupo experimental.	142
2	Escolaridad del grupo experimenta	142
3	Religión del grupo experimental.	143
4	Nivel socioeconómico del grupo experimental.	143
5	Edades del grupo control.	145
6	Escolaridad del grupo control.	145
7	Religión del grupo control.	146
8	Nivel socioeconómico del grupo control.	146
9	Escala de Zung. Comparación del Pre test de los grupos experimental y control.	149
10	LSB-50 Escala depresión. Comparación del pre test de los grupos experimental y control.	152

11	LSB-50 Escala ansiedad. Comparación del pre test de los grupos experimental y control.	155
12	LSB-50 Escala somatización. Comparación del pre test de los grupos experimental y control.	158
13	LSB-50 sub escala hipersensibilidad. Comparación del pre test de los grupos experimental y control.	161
14	Escala de Zung. Comparación del pre test y post test del grupo experimental.	164
15	LSB-50 Escala depresión. Comparación del pre test y post test del grupo experimental.	167
16	LSB-50 Escala ansiedad. Comparación del pre test y post test del grupo experimental.	170
17	LSB-50 Escala somatización. Comparación del pre test y post test del grupo experimental.	173
18	LSB-50 sub escala hipersensibilidad. Comparación del pre test y post test del grupo experimental.	176

19	Escala de Zung. Comparación del pre test y post test del grupo control.	179
20	LSB-50 Escala depresión. Comparación del pre test y post test del grupo control.	182
21	LSB-50 Escala ansiedad. Comparación del pre test y post test del grupo control.	185
22	LSB-50 Escala somatización. Comparación del pre test y post test del grupo control.	188
23	LSB-50 Subescala hipersensibilidad. Comparación del pre test y post test del grupo control.	191

ÍNDICE DE ANEXOS

Anexo N°		Página
1	Consentimiento Informado	223
2	Muestra de la Prueba Escala de Zung	225
3	Muestra de la Prueba Listado de Síntomas Breve (LSB-50)	227
4	Historias Clínicas de las participantes del Grupo Experimental	230

DEDICATORIAS

Al lograr uno de mis sueños más anhelados, quisiera dedicarlo con el más profundo amor que brota de mi corazón:

A Dios Todopoderoso, por iluminar y fortalecer mi espíritu en cada momento de mi vida, haciéndose más presente, en aquellos momentos en que se presentaban obstáculos para la realización de este trabajo, por escuchar mis súplicas de auxilio y ayudarme, dándome la fortaleza física y espiritual, la serenidad, la salud y la creatividad para no desmayar y seguir adelante; agradezco con todo mi corazón el permitirme alcanzar este triunfo tan anhelado y regalarme este momento tan especial.

A mis amados padres, Juan y Silvia, quienes me brindaron la oportunidad de existir; por sus sacrificios, ejemplo de valores y superación incansable, por su comprensión y confianza, por ese apoyo incondicional, sin los cuales no hubiese sido posible la culminación de estos estudios de Maestría en Psicología Clínica y porque este logro es la mejor de las herencias y les estaré eternamente agradecida.

A mis hijos, Marla Anays y Oscar Octavio, porque su existencia ha sido y será siempre el motivo de mi inspiración en el constante deseo de superación por el logro de esta meta. Al comprender que jamás existirá una vida de lucha, sacrificio y esfuerzo constantes sin su presencia, sólo deseo que entiendan que este logro alcanzado, es de ellos, porque mi esfuerzo estuvo siempre centrado en ellos, que son mis únicos y más valiosos tesoros.

Judith Elizabeth.

AGRADECIMIENTOS

Al lograr esta meta, que me da la oportunidad de conocer más a fondo la naturaleza humana y por consiguiente, sentirme muy cercana a todos mis semejantes, agradezco:

A mi hermano, Orlando, mis sobrinos Juan David y Kenibeth Ayleen, por su cariño y sobre todo, por ser parte muy importante en mi vida.

A las jóvenes estudiantes, madres adolescentes del Colegio Moisés Castillo Ocaña, por abrirme las puertas de su vida íntima y compartir sus experiencias y sentimientos, ya que su participación y cooperación voluntaria hicieron realidad este estudio.

Al Magister Ricardo López, que me brindó la oportunidad de compartir experiencias con un gran profesional de la Psicología Clínica y de seguir sus orientaciones, guías y consejos expertos, paso a paso en cada una de las etapas de esta investigación, hasta convertirla en una maravillosa realidad.

Al excelente cuerpo docente del programa de Maestría en Psicología Clínica promoción 2010-2011 por desplegar ante nosotros su amplio conocimiento y experiencia en el campo de la psicología clínica y ser pilares fundamentales de nuestra preparación académica y profesional.

Al personal directivo del Colegio Moisés Castillo Ocaña, por permitirme y brindarme las facilidades e instalaciones del colegio para llevar a cabo esta investigación, gracias.

A mis compañeras de la maestría y amigas, Yovanna Ortega y Ana Santamaría, por compartir conmigo esta maravillosa experiencia académica y profesional.

A todas aquellas personas, que de una u otra forma, me brindaron su apoyo y contribuyeron con su granito de arena para la feliz culminación de este trabajo.

RESUMEN

La investigación se llevó a cabo con un diseño cuasiexperimental, con dos grupos, experimental y control, con pre prueba/post prueba, a través del cual se intentó determinar la efectividad de una intervención psicoterapéutica individual de apoyo para disminuir los síntomas depresivos presentes en madres adolescentes, con la consecuente mejoría en su estado de ánimo. En el estudio participaron doce sujetos, seis en cada grupo. 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 las participantes tratadas fueron sensibles a la psicoterapia individual de apoyo, logrando ganancias que se tradujeron en el alivio de los síntomas depresivos y la mejoría de su estado de ánimo.

Palabras Clave: Embarazo adolescente, Adolescencia, depresión, psicoterapia de apoyo.

ABSTRACT

The research was carried out with a quasi-experimental design with two groups, experimental and control, pretest / post test, through which we attempted to determine the effectiveness of an individual supportive psychotherapy intervention for reducing the presence of depressive symptoms in adolescents mothers, with consequent improvement in their mood. The study involved twelve subjects, six in each group. For analysis of the results of assessment in the tools applied, and tests were used the statistical analysis whereby it was shown that after treatment, the participants showed significant changes, which validated the hypothesis of the research, making it clear that the participants treated were sensitive to individual supportive psychotherapy, achieving gains that resulted in relieving depressive symptoms and improved mood.

Key words: Teen pregnancy, Adolescence, depression, supportive psychotherapy.

INTRODUCCIÓN

En los últimos años se ha observado un incremento y una mayor precocidad del inicio de la actividad sexual juvenil, producto de esta situación se ha visto, igualmente, un aumento de la incidencia del embarazo adolescente, considerado actualmente un serio problema médico-social. Su incidencia a nivel mundial varía en atención a la conocida clasificación de países industrializados y no industrializados y a nivel nacional, las cifras son alarmantes y preocupantes. Son múltiples los factores de riesgo que hemos observado a lo largo de nuestra revisión bibliográfica, entre ellos destacan los riesgos individuales, anemia, infecciones del tracto urinario, retraso del crecimiento intrauterino, parto prematuro, complicaciones del parto, igualmente están los riesgos psicosociales, deserción escolar, familias disfuncionales, abuso de sustancias, problemas económicos, entre otros.

La adolescencia, etapa de cambios significativos en la vida de todo ser humano, la presencia de cambios en la esfera biopsicosocial del niño son típicos en esta etapa; es el paso obligado que todo individuo debe dar para abandonar sus juegos infantiles e iniciar una etapa en la cual la búsqueda de una identidad propia e independiente es característica de este período de crisis momentánea y que le prepararan el camino para el ingreso a la edad adulta con un marco perceptivo adecuado y con las habilidades adecuadas para realizar las adaptaciones que su entorno particular le exijan, sin sufrir alteraciones severas en su personalidad.

Estos cambios, unidos a la maduración sexual, la disminución en la edad en que aparece la menarquía, además de los profundos y serios cambios que sufre la sociedad en su institución básica, la familia, tornándose en familias disfuncionales, la pérdida de valores y la influencia decisiva de los medios masivos de comunicación social, etc., favorecen la aparición de desajustes en el medio circundante del individuo, que dan como resultado la aparición de conductas de riesgo. Si estas conductas no son detectadas a tiempo o si aún siendo identificadas no se les atiende y previene, pueden llevar al adolescente a padecer serios y graves problemas, ocasionando además, daños permanentes a su salud e inevitables consecuencias de tipo médico, psicológicos, educativos, económicos, sociales, familiares, entre ellos, bajo rendimiento académico, deserción escolar, con la consiguiente disminución en sus probabilidades de obtener un título de Bachiller que le asegure un futuro profesional, un

empleo, mejores condiciones de vida, : enfermedades de transmisión sexual, embarazos precoces, consumo de drogas, etc., tanto para el adolescente como para su familia; se enfrentarán a la pérdida de sus relaciones familiares, sociales, escolares, y muy probablemente, con la figura del compañero adolescente, pero lo que es más importante y que muchas veces se desatiende, ya sea por desconocimiento o por falta de recursos, es la atención del aspecto emocional de la madre adolescente, que además de estar en un período de intensos cambios, de búsqueda de una identidad propia y de un rol que debe asumir y cumplir, se une el hecho de convertirse en madre, tarea para la cual posiblemente no cuenta con la madurez, ni preparación física, emocional, ni económica, tornándose todo esto en aspectos que pueden desencadenar no solamente síntomas depresivos, sino quizás, un episodio depresivo mayor.

En la provincia de Panamá, específicamente en el área Oeste, que es donde se llevó a cabo esta investigación, los casos de embarazos en adolescentes son alarmantes, en los últimos diez años. Solamente en el Colegio seleccionado para esta investigación, en el año 2012 se han registrado más de 15 casos en la Oficina de Orientación, sin mencionar los casos no reportados. He aquí una de las razones para llevar a cabo esta investigación, en la cual se pretende evaluar la eficacia de la Psicoterapia de Apoyo para reducir los síntomas depresivos presentes en las madres adolescentes que estudian en este colegio.

Las adolescentes que experimentan un embarazo temprano, requieren de ayuda para enfrentar esta situación imprevista, para la cual no están preparadas física, ni psicológicamente, pudiéndose presentar síntomas de ansiedad, estrés, depresión, etc. que ocasionan un desequilibrio psicológico transitorio, pero que de no darse la atención requerida podría tomarse en severos cuadros psicopatológicos; es aquí, donde la psicoterapia de apoyo como tratamiento de duración limitada, puede brindar el alivio de los síntomas depresivos y/o ansiosos y devolver la homeostasis psicológica perdida a estas adolescentes.

Este trabajo investigativo aborda también, el tema de la depresión en los adolescentes, que es según la bibliografía consultada uno de los trastornos mentales más frecuentes y que por el

desconocimiento de su presencia en la infancia y adolescencia, hacen que las personas que requieren ayuda, niños o adolescentes y sus familiares no la busquen.

La depresión es mucho más grave que padecer un estado de ánimo bajo, la mayoría de las personas experimentan tristeza o melancolía en algún momento, pero en algunas personas estos sentimientos no desaparecen y se acompañan de síntomas que ocasionan malestar e interfieren con el desarrollo de su vida cotidiana, como dificultades para concentrarse, aprender, relacionarse de manera eficaz socialmente, todo esto es indicativo de que la persona puede padecer de una enfermedad conocida como depresión, la misma puede no ser grave, pero si no se le da la atención requerida en el momento preciso, puede pasar de ser leve o moderada a un episodio depresivo mayor.

Según Informe sobre el Sistema de Salud Mental en Panamá, de la Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS), en el 2006 el 6% de las admisiones en las unidades de hospitalización psiquiátrica, corresponden a niños o adolescentes, los diagnósticos de admisión corresponden a trastornos del estado de ánimo, lo que indica que esta sección de la población es vulnerable a síntomas depresivos.

Es por estas razones, la incidencia de embarazos y la presencia de síntomas depresivos en los adolescentes, que nuestra propuesta de tratamiento psicológico para este grupo de estudiantes, madres adolescentes, que presentan síntomas depresivos, consiste en la Psicoterapia de Apoyo como metodología de intervención.

La Psicoterapia de Apoyo es un procedimiento de tratamiento psicológico que utiliza una variedad de recursos y técnicas con el propósito de restituir, mejorar o reforzar las defensas yicas en pacientes que perciben como amenazante su medio ambiente, enseñándoles a enfrentar con éxito sus dificultades emocionales, recobrando el equilibrio momentáneamente perdido.

Nos preguntamos si el empleo de una intervención psicoterapéutica individual de apoyo sería efectiva para reducir los síntomas depresivos que presentaban las madres adolescentes

participantes de este estudio, que fue precisamente el eje fundamental de la investigación. La respuesta a esta interrogante, la despejamos utilizando un diseño de investigación cuasi-experimental con pre prueba-post prueba, con grupo experimental y control o en lista de espera, que nos permitió evaluar las variables dependientes a través de los instrumentos tipificados y validados por la Escala Autoaplicada de Depresión de Zung y el Listado de Síntomas Breve LSB-50, este procedimiento fue complementado con la valoración estadística de los resultados obtenidos en las dos muestras grupales, con las pruebas de hipótesis que utilizó dos pruebas no paramétricas: la prueba de Wilcoxon de los Rangos Signados / Prueba bilateral para muestras apareadas y la prueba de U de Mann-Whitney / Prueba Bilateral para muestras independientes.

Estas dos pruebas evalúan la existencia de diferencias estadísticamente significativas entre los grupos, en los puntajes obtenidos de la aplicación de los instrumentos de evaluación, en el pre-test y post-test. Para el análisis se empleó un nivel de significación de 0.05 y la prueba de hipótesis a dos colas, para efectos de aceptar o rechazar la hipótesis nula.

Los datos estadísticos fueron procesados mediante el Programa XLSTAT versión 2013. También se emplearon la desviación estándar y la media como medidas descriptivas.

Este trabajo de investigación consta de cuatro capítulos divididos de la siguiente manera: el Primer Capítulo contiene el Marco Teórico para una Intervención Psicoterapéutica Individual de Apoyo en Madres Adolescentes con Síntomas Depresivos, en el mismo se presenta una vasta información, recopilada a través de la revisión bibliográfica realizada sobre las variables contenidas en la investigación, depresión y embarazo en la adolescencia, psicoterapia de apoyo; destacando de cada uno de ellos los aspectos más relevantes.

En el segundo capítulo, se exponen los Fundamentos Teóricos de la Psicoterapia de Apoyo que sustentan la utilización de esta modalidad de terapia para la realización de la investigación.

CAPÍTULO I

MARCO TEÓRICO PARA UNA INTERVENCIÓN PSICOTERAPÉUTICA INDIVIDUAL DE APOYO PARA MADRES ADOLESCENTES CON SÍNTOMAS DEPRESIVOS

“En el arte de vivir, el hombre es al mismo tiempo el artesano y objeto de su arte, es el escultor y es el mármol, el médico y el paciente”.

Erich Fromm

1. CONTEXTUALIZACIÓN DE LA ADOLESCENCIA

1.1 Generalidades acerca de la Adolescencia

La adolescencia es una de las etapas más polémicas del desarrollo del ser humano y quizás, la que más estudiada y debatida, por ser precisamente, por una realidad que no permanece uniforme, ya que no se repite de forma idéntica en cada persona, contexto social y etapa histórica. Ha sido también asociada a múltiples variables, entre ellas la depresión, la ansiedad, el embarazo temprano, el alcoholismo, deserción escolar, consumo de sustancias, delincuencia juvenil, etc.

A nivel internacional y en nuestro país, son muchos los estudios que se han llevado a cabo en relación a la adolescencia, el embarazo temprano y la depresión.

En un estudio comparativo entre madres adolescentes y no madres, realizado por Maruzella Valdivia y Marta Molina, en el año 2003, se analizaron variables psicológicas asociadas a la maternidad de mujeres adolescentes menores de quince años. Variables como apoyo social, depresión, cociente intelectual, autoestima. Los resultados indican que en relación al apoyo social, las madres adolescentes recibieron mayor apoyo social de otras personas, no así de amigos y familiares; con relación a la depresión, se concluye que se manifiesta mayor sintomatología depresiva en el grupo de madres adolescentes; la autoestima, los resultados indican una autoestima social alta para las madres adolescentes.

La adolescencia y la depresión también son estudiadas, en este caso por Martínez y Waysel,, 2009, dicho estudio tenía como objetivo determinar los diferentes niveles de depresión en adolescentes embarazadas, dependiendo de la edad en la que se embarazaron y del apoyo recibido de familiares y amigos. Los resultados concluyen en que aquellas adolescentes que no tenían una relación de pareja desarrollaron depresiones con sintomatología grave, con agresión física y verbal, desempleo y falta de dinero.

Los estudios en relación al embarazo y la depresión son frecuentes, presentamos el realizado por Trejo, Torres, Medina y otros, 2009, en la que se buscaba conocer la frecuencia de depresión durante el embarazo de adolescentes y los posibles factores asociados a ésta. Los resultados del estudio revelan que un 98% de las adolescentes del estudio presentaron algún grado de depresión. Concluyen los autores en que la frecuencia de depresión entre las adolescentes embarazadas es alta, que la mayor severidad ocurre en primogénitas que tienen mayor número de miembros en su familia y que refieren violencia de pareja.

Por otra parte, en nuestro país son también muchos los estudios que se han llevado a cabo en relación al embarazo adolescente y la depresión, mencionaremos sólo algunos de ellos.

En el año 2002, Rebeca Martínez de Delgado llevó a cabo un estudio acerca de las actitudes de estudiantes y docentes ante la presencia de una estudiante embarazada en el aula de clases. Este estudio concluyó diciendo que aun cuando los estudiantes acepten la presencia de una embarazada en el aula de clases, no califican esta situación como lo más indicado. Además registraron mayores niveles de aceptación ante la presencia de una estudiante embarazada en el aula de clases que los docentes.

Por su parte, Marta Díaz, 2007, llevó a cabo una investigación en la que evalúa la efectividad de un tratamiento psicoterapéutico con la finalidad de disminuir síntomas depresivos. Se concluye que el tratamiento fue efectivo para que los sujetos disminuyeran los síntomas depresivos, es decir, que la psicoterapia contribuyó al bienestar y desarrollo de una condición digna para enfrentar las dificultades de la vida.

Madelane Vásquez, 2007, realizó un estudio en un grupo de madres adolescentes de 14 a 19 años con síntomas depresivos tendiente a evaluar la efectividad de un tratamiento aplicado. Los resultados muestran una mejoría en el estado emocional de las jóvenes disminuyendo los síntomas depresivos considerablemente.

La adolescencia también es vinculada con el desarrollo personal y social, en esta línea de estudio se encuentra el realizado por Mariela Robles, 2002. El propósito del estudio fue

proporcionarles a los adolescentes un programa grupal de intervención psicológica para estimular su desarrollo personal y social y luego evaluar la efectividad de dicha intervención. Los resultados concluyen que la mayoría de los adolescentes manifestaron haber cambiado mucho después de haber participado del programa.

La adolescencia es una etapa de la vida de todo ser humano que conlleva una serie de profundos y significativos cambios, los cuales podemos agrupar en cambios físicos, psicológicos y sociales. Estos cambios, engendrarán diversas repercusiones en la vida del adolescente, al enfrentarse éste, entre algunos de los importantes cambios de esta etapa, a su nueva imagen corporal, deja de ser niño para progresivamente convertirse en adulto, lo cual produce estados de ansiedad, preocupación y frustración, pues experimenta dudas acerca de si será aceptado por los demás y, lo que es más importante, aceptará él mismo su nueva imagen y con ello su nueva identidad, la cual llegará a consolidarse para dar inicio a la etapa adulta. Es una etapa de transición, en la que se finaliza con la “irresponsabilidad” de la niñez y se inicia la “responsabilidad” de la vida adulta.

Se considera que la adolescencia conlleva la maduración de la personalidad y la búsqueda de identidad. Por esta razón, el comportamiento en la edad adulta dependerá en gran medida de cómo transcurra esta etapa

Como ocurre con las demás etapas del desarrollo del hombre, no se puede precisar con exactitud, un rango de edades entre los cuales ocurre la adolescencia, para la Organización Mundial de la Salud esta etapa ocurre entre los 10 y los 19 años.

Si consideramos que la adolescencia es una etapa en la que se muestran una serie de cambios en todas las esferas de la persona, entonces podemos entender el que algunos autores sostengan que se puede hablar de un síndrome normal de la adolescencia, como lo señala Knobel, 1988, citado por (Rossi, 2010) “Un síndrome es un conjunto de síntomas y de signos que caracterizan a una entidad clínica determinada y que pueden provenir de múltiples fuentes. Dado que la adolescencia ubica los orígenes del conflicto psíquico que la caracteriza en más

de una fuente (aumento de la intensidad de las pulsiones, cambios fisiológicos, reedición de conflictos previos), encontramos ya un elemento que nos permite llamarla síndrome”.

Knobel, citado por (Rossi, 2010), presenta algunos signos y síntomas característicos de este síndrome:

- a) Búsqueda de sí mismo y de la identidad,
- b) Tendencia grupal,
- c) Necesidad de intelectualizar y fantasear,
- d) Las crisis religiosas,
- e) La desubicación temporal,
- f) La evolución sexual desde el autoerotismo hasta la heterosexualidad,
- g) Actitud social reivindicatoria,
- h) Contradicciones sucesivas en todas las manifestaciones de la conducta,
- i) Separación progresiva de los padres,
- j) Constantes fluctuaciones del humor y del estado de ánimo

La adolescencia es entonces para muchas sociedades y culturas, incluyendo la nuestra, un período de transición en el desarrollo del ser humano, caracterizado por una serie de cambios, no sólo físicos, sino también cognoscitivos, emocionales, sociales y de conducta relacionados entre sí, que indican el momento en que niños y niñas abandonan sus juegos y conductas infantiles e inician la búsqueda de su propia identidad para convertirse en adultos y asumir las responsabilidades que su género implica.

Es importante destacar que los patrones de crianza prevalecientes durante los años de vida postnatal (infancia, niñez), no alcanzan su total expresión, pero lo que es innegable es que las experiencias vividas durante las fases previas (simbiótica, preedípica, edípica, latencia), los prepararán adecuadamente para enfrentar el desarrollo adolescente y con el pasar del tiempo, el adulto.

Como lo menciona Cameron, 1990, “en nuestra cultura occidental, la fase de adolescencia suele ser de inestabilidad y de turbulencia emocional, durante ella, se reactivan problemas edípicos sin resolver, con toda su ambivalencia e intensidad emocional”.

Aquellos que se dedican al estudio de la adolescencia, sostienen que no se trata simplemente de una transición de la niñez a la edad adulta, sino de una etapa que abarca más de diez años de vida y en la que ocurren cambios de valiosa importancia antes de alcanzar su fase culminante, representada por la edad adulta. Estos cambios se dan en las esferas anatómicas, fisiológicas, emocionales, cognoscitivas, intelectuales, en las relaciones sociales.

Durante la adolescencia, la salud mental es tan importante como la física, pues esta etapa de cambios significativos es decisiva para la determinación de los patrones de conducta que los adolescentes adoptarán para vivir su vida como adultos, tanto en el aspecto sexual, como en la esfera familiar, social, laboral, etc.

1.2 Definición

Etapa del desarrollo humano comprendida entre la niñez y la etapa adulta, en la cual se experimentan los más significativos cambios físicos y psicológicos que serán decisivos en la vida de todo individuo. En esta etapa, el ser humano, sin ser un niño (a) y al no ser considerados adultos por la sociedad, en Panamá, según las leyes vigentes se alcanza la mayoría de edad a los 18 años, los jóvenes se encuentran en un período de sus vidas, caracterizado por cambios constantes en la esfera física, psicológica y social, cambios que los afectarán por el resto de sus vidas.

Durante esta etapa ocurren importantes cambios físicos, la estatura, el crecimiento del busto en las muchachas, el cambio de voz en los varones, el crecimiento del vello en el cuerpo y sentimientos sexuales intensos que dan origen a la curiosidad y el interés y por qué no, en ocasiones aparecen sentimientos de vergüenza en aquellos que inician la adolescencia, entre otros. Los cambios psicológicos, se hacen también presentes, la forma de pensamiento, la

búsqueda de identidad propia e independiente, se convierte en uno de los retos más complejos de la vida del adolescente.

La Organización Mundial de la Salud (OMS), define la adolescencia como la etapa que transcurre entre los 10 y 19 años, considerándose dos fases, la adolescencia temprana 12 a 14 años y la adolescencia tardía 15 a 19 años. En cada una de las etapas se presentan cambios tanto en el aspecto fisiológico (estimulación y funcionamiento de los órganos por hormonas, femeninas y masculinas), cambios estructurales anatómicos y modificación en el perfil psicológico y de la personalidad; Sin embargo la condición de la adolescencia no es uniforme y varía de acuerdo a las características individuales y de grupo.

Todas las definiciones concuerdan en que es una etapa de importantes cambios en la vida del hombre, pero hay autores que se consideran de orientación psicoanalítica que señalan que es una etapa en la que se reeditan conflictos psíquicos de etapas del desarrollo previas y que deben ser resueltos, para lograr el desafío principal de esta etapa, que es la consolidación de la identidad y la búsqueda de objetos de amor no incestuosos.

1.3 Etapas de la Adolescencia

Los cambios físicos, la evolución y progresiva transformación psicológica y emocional, los cambios en la manera de pensar y de comportarse, unidos a los cambios que experimentan en su temperamento y personalidad son algunos de los aspectos que el adolescente debe enfrentar en esta etapa. Sin olvidar, las expectativas cifradas en ellos por los adultos con los que conviven y por supuesto, las influencias sociales.

Es importante señalar también, que la adolescencia es una etapa influenciada por múltiples factores, diferencias individuales de los jóvenes, edad, sexo, herencia, ambiente, ámbito familiar y social en el que se desenvuelven, etc. De las investigaciones realizadas sobre el período de la adolescencia, sabemos que en el aspecto psicológico, la adolescencia suele ser dividida en tres etapas, adolescencia temprana, media y tardía, no obstante, algunos autores,

tienden a hablar de una preadolescencia. Abordamos cada una de ellas, presentado los aspectos y características más relevantes de cada etapa.

- Preadolescencia (8-11 años):

La adolescencia como ya hemos visto, es una etapa de transición que todo ser humano atraviesa a lo largo de su desarrollo evolutivo y que tiene sus características propias. Debemos recordar que cada individuo es único y diferente asimismo lo es cada adolescente.

Muchos autores consideran la preadolescencia como el final de la fase de la niñez, pues los conflictos internos propios de la adolescencia se comienzan a manifestar, mientras que los juegos y comportamientos infantiles inician su paulatina y progresiva desaparición de la vida del niño (a), que se aproxima con grandes pasos hacia la pubertad y adolescencia para intentar resolver los conflictos propios de esta etapa, llegar a la etapa adulta con la plenitud del desarrollo biológico y psicológico y con una personalidad y carácter relativamente firmes y seguros, con todas las diferencias individuales que pueden darse en su realidad. El niño y la niña ya empiezan a dejar de serlo, muestran interés e ideas propias acerca del vestido y del aseo.

A esta fase, se le suele llamar también pubescencia, en ella inicia la maduración de las funciones reproductoras y la aparición de los caracteres sexuales secundarios y los órganos sexuales primarios, terminando esta fase en aproximadamente dos años, cuando ya han aparecido todos los caracteres sexuales secundarios. Son típicos en esta edad:

- Crecimiento desigual de huesos, órganos y músculos, que puede dar la impresión de torpeza en chicos y chicas.
- Egocentrismo general.
- Preocupación por la autoimagen (en niñas, principalmente).
- Relación de dependencia y afecto con los padres.
- Formación de grupos de amigos con mismos gustos y aficiones.

En el aspecto intelectual, ocurren cambios, producto de la maduración cognoscitiva entre los cuales se pueden destacar:

- El adolescente se centra en sí mismo, en su mundo interior, en sus necesidades, sentimientos y deseos propios.
- Los grupos de pares se vuelven una necesidad imperativa, producto de la búsqueda de su propia reafirmación y aceptación.
- Incremento del interés por aprender habilidades y destrezas de la vida (cocinar, reparar, etc.).

Todos estos cambios se ven reflejados en la conducta y estado emocional de los adolescentes, que no entienden o no pueden interpretar lo que les ocurre, se presentan conductas tales como:

- Inseguridad, incertidumbre,
 - Emotividad e irritabilidad (en niñas más que en los niños),
 - El niño se vuelve quisquilloso, desafinado.
 - Preocupación por su imagen corporal.
 - Tendencia a la desorganización.
- Adolescencia Temprana (10-13 años):

Es en este período que también se le llama pubertad y que según Santrock, 2004, “constituye un período de rápida madurez física en el que se producen cambios hormonales y corporales que tienen lugar, principalmente, durante la adolescencia temprana”. Es la etapa en la que se inician los cambios fisiológicos como consecuencia de la actividad hormonal propia de cada ser humano, caracterizada por la maduración de los órganos sexuales y la consecuente necesidad de relaciones interpersonales, pues ésta es una etapa en la que los instintos pregenitales resurgen, la curiosidad sexual aparece en ambos sexos. Son características de esta etapa:

- Aparición del vello púbico y axilar,
- La transpiración axilar,
- Desarrollo de los senos (en las niñas),
- Primera menstruación (menarquía),
- Aparición de barba (en los varones)

La necesidad de relaciones interpersonales, está dada en esta etapa, por la cercanía entre dos miembros del mismo sexo, el joven tiene un amigo muy especial y la jovencita, una confidente a quien le revela sus secretos más íntimos, sus anhelos, esperanzas, deseos y preocupaciones, sin temor al rechazo.

El adolescente tiende a no comunicarse con los padres, pues éstos pasan de ser seres omnipotentes a comunes que imponen reglas, además siente la necesidad de independencia. También se presentan cambios psicológicos y cognoscitivos, importantes:

- El concepto de sí mismos, está condicionado a su forma de aceptar los cambios físicos que ocurren con la pubertad y la tendencia a conformarse inicialmente con los estereotipos de hombre o mujer.
- Preocupación por el peso, talla, piel, aspecto físico en general.
- Fluctuaciones en el estado de humor, de tristeza absoluta a alegría desbordada en cuestión de horas, sin tener un por qué claramente establecido.
- Época de mayor conflicto con los padres, pues se busca una identidad propia dentro de la familia, más definida que la de antes de niño o niña.
- Rechazo de las muestras de cariño y reglas disciplinarias, aunque sigue necesitando de ambas.
- Inicia el despertar del interés por el sexo opuesto y algunos pueden comenzar a formar parejas.

Las relaciones sociales, con los pares, grupos de amigos, sigue siendo frecuente e influye decisivamente en el desarrollo personal hacia una identidad propia.

- Adolescencia Tardía (17-20):

Si consideramos esta fase como la parte final de la denominada etapa de la adolescencia, tenemos que los conflictos relacionados con la búsqueda de identidad se han resuelto, los grupos sociales, de pares de amigos, van perdiendo importancia e influencia frente a la búsqueda de pareja. En esta fase:

- Se establecen relaciones interpersonales más estables.
- El concepto de sí mismo, la autoimagen, el autoconcepto se vuelven más estables, por lo tanto hay más seguridad en sí mismo.
- El desarrollo de la capacidad cognitiva le permite hacer una adecuada elección de carrera, planificar proyectos a futuro,
- Época en la que se enfatizan más que nunca las necesidades de libertad e identidad propia.
- Las relaciones con los padres recobran su importancia sobre todo en lo que respecta a compartir la vida diaria en común, experiencias laborales, estudios, esfuerzos, logros y éxitos. Practicar aquellas actitudes, valores y principios que en el futuro le serán útiles para lograr su aceptación e inserción en la sociedad a la cual pertenece.
- En el trabajo en grupo se refleja menos egocentrismo, hay más cooperación lealtad, solidaridad.

Debemos tener presente que para muchos autores la etapa de la adolescencia finaliza cuando un joven es totalmente independiente emocional y económicamente de sus padres, igualmente considerar las disposiciones legales que en este aspecto prevalece en la sociedad, en este caso la sociedad panameña, que contempla que el individuo alcanza su mayoría de edad a los 18 años, claro está a esta edad, muchos jóvenes no han finalizado su educación

media, mucho menos poseen un trabajo que les permita ser independientes económicamente de sus padres.

1.4 Cambios Psicológicos Durante la Adolescencia

Cuando comprendemos y concebimos la adolescencia como una etapa de transición en la vida del hombre durante la cual se dejan atrás comportamientos infantiles y se adquieren destrezas y habilidades para la vida adulta, se conocen los cambios que se operan a nivel corporal y mental, se podrá orientar de manera más adecuada las experiencias y sentimientos que conlleva cada cambio ocurrido durante la adolescencia de tal manera que se pueda adquirir la madurez necesaria para la entrada a la edad adulta y con ello la aceptación de la sociedad a la que pertenece el individuo.

Es un proceso largo en el que se deben cumplir y completar una serie de cambios y tareas, que tendrán lugar según el ritmo particular de cada individuo, pues recordemos que cada persona es única e irrepetible y que por lo tanto, sus vivencias y manifestaciones son distintas de un adolescente a otro e incluso, de una sociedad a otra y de una cultura a otra.

Al hablar de cambios psicológicos ocurridos durante la etapa de la adolescencia debemos recordar que psicológicamente hablando esta experiencia vivida por cada ser humano se inicia con la aparición de los caracteres sexuales secundarios, ya que el cuerpo ha experimentado una serie de transformaciones físicas y biológicas, que acompañan a los cambios conductuales y emocionales de esta etapa del desarrollo.

Una de las tareas de mayor significación que deben enfrentar los jóvenes, es la búsqueda y definición de una identidad nueva y propia, que debe además de ser aceptada y respetada por los que conviven con él, debe también ser aceptada por él mismo. Esto se logra mediante un largo proceso de cambios psicológicos y emocionales que pueden hacer parecer al joven desconcertado y contradictorio en algunas de sus conductas.

Durante esta etapa y como consecuencia de los rápidos cambios que ocurren a nivel físico y biológico, los adolescentes se sienten angustiados, estresados, ansiosos, con cambios repentinos de humor, que van de tristeza profunda a alegría desbordante, para lo cual no tienen una explicación y se toman confundidos, preocupados, pero estos estados emocionales que experimentan los adolescentes son normales en esta etapa y producto, como ya dijimos en párrafos anteriores, de los profundos cambios biológicos, físicos, psicológicos, intelectuales y emocionales que se están operando en él y que escapan a su control consciente y a su voluntad.

En los adolescentes es también normal la inquietud y el interés que despierta la sexualidad y la posibilidad de encontrar pareja y poder experimentar una serie de sensaciones e impulsos sexuales, vivir el enamoramiento y descargar la energía que ese aspecto produce, por eso se presentan las fantasías sexuales, las relaciones sexuales precoces, el embarazo en la adolescencia, si el joven carece de la adecuada orientación de sus padres.

Los cambios psicológicos y emocionales durante la adolescencia se inician con la atracción por el sexo opuesto, a pesar de que en muchas ocasiones prefiera reunirse con pares del mismo sexo. En este proceso el joven debe lograr plena confianza de sí mismo.

Al inicio de la adolescencia es normal que los chicos y chicas tengan preferencia por actividades distintas, a los varones les interesa más el aspecto deportivo, mientras que a las muchachas les atrae mucho más la actividad social. Sin embargo, ambos logran coincidir en la manifestación de una conducta social muy enérgica, inquieta, alegre y juguetona, que no es comprendida ni tolerada por una sociedad que tiene reglas claramente delimitadas a este respecto, muchas veces se les tacha erróneamente de rebeldes y escandalosos, por mostrar conductas que buscan sólo atenuar la ansiedad que sienten por los rápidos cambios que ocurren a lo interior y exterior de su cuerpo y de enfrentar una amplia gama de nuevas posibilidades que se presentan ante él.

El vivir todas estas experiencias, va moldeando progresivamente la personalidad del adolescente, al mismo tiempo que adquirirá confianza en sí mismo al enfrentar y salir victorioso de tales situaciones.

El lograr confianza en sí mismo es sólo una de las tareas a las que se enfrenta el adolescente y que le ayudará en el camino por recorrer en la búsqueda de identidad, es decir, reconocerse y aceptarse como hombre o mujer con todas las características, propiedades y responsabilidades que trae aparejado el género que le ha tocado asumir en la sociedad a la cual pertenece.

El comprender todos estos cambios, requiere de una modificación en la manera de pensar del muchacho (a), por eso a lo largo del proceso de la adolescencia la forma de pensamiento pasa de ser concreta, propio de la niñez, a una forma de pensamiento abstracto en la adolescencia y que será característico de la adultez.

Es gracias a esta forma de pensamiento abstracto, que el adolescente puede analizar críticamente al mundo, a la sociedad en que vive, verlos desde otra perspectiva, distinta a la de la niñez; puede redefinir conceptos que le serán valiosos a la hora de la definición de su identidad. Es esta redefinición de conceptos la que lleva al adolescente a pensar que los adultos están equivocados e invierten mucho tiempo en la búsqueda de ideas para mejorar el mundo, búsqueda que precisamente lo llevará hacia el encuentro con su identidad.

Una vez que el adolescente ha logrado consolidar la confianza en sí mismo y una identidad propia, sus esfuerzos y conducta que están más organizados, estarán dirigidos hacia el establecimiento de relaciones emocionales tanto de pareja como de amistades mucho más estables. Y es que durante este proceso, el interés del joven se centra en encontrar dentro de su grupo de pares o amigos, a la pareja o parejas con los cuales compartir gustos y preferencias, el deporte, el baile, la poesía y por qué no, las relaciones amorosas.

Para todo adolescente es importante encontrar a ese amigo o amiga especial con quien compartir, pero también en la que puede confiar, la persona de la que no se tiene que defender

ni a la que tiene que engañar, porque lo acepta tal y como es, con sus virtudes, defectos, limitaciones, destrezas. Esto le ayudará al adolescente a sentirse acompañado y evitar la experiencia de vivir con la sensación de que no existe para los demás.

Al aproximarse el final de la etapa de la adolescencia, el joven se enfrenta a la situación de elegir una profesión u oficio que desempeñar en su vida adulta, esto definirá en gran medida su futuro profesional y laboral. También se muestra interés por ingresar al mundo de los adultos, por eso tienden a imitar modelos, formas y estilos de vida, ensayando y buscando encontrar el suyo propio.

Para este momento, el joven ya tiene mayor confianza en sí mismo, en lo que hace, piensa y dice, también ha perdido el miedo a hacer el ridículo, es normal la mayor inclinación hacia las reuniones sociales, en la búsqueda de pareja amorosa, lo cual traerá consigo relaciones mucho más intensas y profundas que en cualquier otro momento del largo tránsito por la adolescencia.

Todos estos cambios que hemos mencionado en párrafos anteriores, se pueden enumerar de la siguiente manera:

- **Invencibilidad:** el adolescente se encuentra en una etapa de exploración, no sólo de su mundo físico, incluyendo su propio cuerpo físico, sino también de su entorno, en el cual explora también sus destrezas y habilidades, con lo cual muestra un creciente interés y gusto por los deportes extremos y aquellos que involucran riesgo y gran descarga de adrenalina.
- **Egocentrismo:** el adolescente siempre ha demostrado ser egocéntrico, se siente el centro de atención, pues se está descubriendo a sí mismo, como individuo independiente de los padres y eso es lo más importante para él en esta etapa.

- **Audiencia Imaginaria:** Los cambios que experimenta el adolescente, le hacen pensar que es observado continuamente por quienes le rodean, por eso se habla de que en esta etapa los adolescentes le temen a hacer el ridículo.
- **Inicio del Pensamiento Formal:** El adolescente descubre que tiene capacidad para razonar, analizar situaciones y la pone en práctica, elaborando teorías acerca de situaciones y problemas que se le presentan, argumentando vivamente sus opiniones y aunque en ocasiones estos argumentos son contradictorios, esto le importa muy poco al adolescente.
- **Ampliación del Mundo:** El descubrimiento de que hay un mundo fuera de los linderos de su domicilio familiar, hacen surgir una serie de oportunidades y de intereses propios.
- **Apoyo en el Grupo:** Durante la adolescencia se experimenta confusión, de aquí que sea importante el apoyo de los pares , el sentir confianza en sus iguales, el compartir gustos, intereses y actividades, todo esto les ayuda a seguir creciendo.
- **Redefinición de la Imagen Corporal:** el adolescente experimenta la pérdida de su cuerpo infantil, el cual se transforma progresivamente en el de adulto.
- **Finalización del proceso de separación-individualización y el consiguiente reemplazo del vínculo de dependencia simbiótica de la infancia con respecto a los padres por relaciones de autonomía plena.**
- **Elaboración de Duelos por la Pérdida de la Condición Infantil:** duelo por la pérdida del cuerpo y la condición infantil (rol e identidad infantil) que supone la renuncia a la dependencia infantil y la adquisición y aceptación de nuevas responsabilidades). También se experimenta el duelo por la pérdida de los padres omnipotentes de la infancia, esto lo vive el adolescente como la pérdida a la protección y seguridad que los padres significan.

- Elaboración y aceptación de su propia escala de valores y códigos de ética y moral.
- Búsqueda de patrones de identificación en el grupo de pares. Se inicia la búsqueda de una identidad propia, que debe ser aceptada por él y por aquellos con quienes convive.

Todos estos cambios juegan un papel importante en la vida de cada adolescente, pues son las herramientas que utilizará en el futuro próximo para afrontar las crecientes y complejas exigencias que la etapa del desarrollo en la que se encuentra le depara en el ámbito familiar, escolar, la elección de una carrera profesional o vocacional, social, el círculo de pares y amigos, todos ellos le ayudarán a ingresar al mundo adulto con las mayores probabilidades de ser aceptado en la sociedad en la cual le ha tocado vivir, con una identidad propia, producto de las grandes transformaciones, no sólo físicas, sino también psicológicas, emocionales, intelectuales y sociales que ha experimentado y de las cuales emerge victorioso y dispuesto a enfrentar el nuevo mundo que tiene ante sí.

1.5 Problemas en la Adolescencia.

La adolescencia es una etapa en la que se pueden experimentar grandes tormentas, fuertes emociones, desafíos entre los jóvenes y la generación adulta; todo esto acompañado de los grandes cambios que viven los adolescentes, les produce incomodidad, confusión, están preocupados por su rápido crecimiento y la cambiante apariencia que sufren, todo esto significa gran consumo de energía, por lo que los adolescentes tienden a dormir un poco más de lo acostumbrado; los padres también se muestran intranquilos, preocupados, que muchas veces califican a los hijos de holgazanes y perezosos, pero nada más alejado de la realidad, esta conducta de los adolescentes es producto normal, de los cambios hormonales que se suscitan en esta etapa del desarrollo.

Por otro lado, los adolescentes muestran un creciente interés por el mundo que les rodea, el que está más allá de las paredes que limitan el hogar que comparte con sus padres y demás miembros de su familia, por eso la necesidad también apremiante de salir con frecuencia de su

hogar y buscar la compañía de amigos, compañeros, de pares con quienes compartir gustos, preferencias, deportes, música, etc., esto es muy importante para el adolescente que se prepara para dejar de ser niño, para convertirse en adulto. Es por esta razón, que los adolescentes invierten mucho tiempo en largas conversaciones telefónicas, al frente de la computadora, escuchando música, fuera de casa, haciendo a los padres menos imprescindibles, esta conducta no la comprenden los padres y entonces se forman conflictos y discusiones, que nada tienen que ver con la personalidad de los padres; no se trata de que los hijos no los aprecien o no los quieran, se trata más bien de la necesidad que tiene todo adolescente de independizarse, de buscar su propia identidad, de planificar y construir su propio proyecto de vida. Pero en esta búsqueda, el adolescente suele tropezar con muchos obstáculos, con dificultades, que los tornan irritables, agresivos, que los hacen perder su confianza en sí mismos y buscan entonces nuevamente, refugiarse en sus padres, en sus familias, buscan la seguridad y protección que les brinda su hogar.

En esta búsqueda de identidad y construcción de su propio proyecto de vida, el adolescente se ve expuesto a una serie de situaciones que representan riesgos para su sano desarrollo y crecimiento físico y psicológico. Estos riesgos se encuentran en el entorno en el cual se desenvuelve y que se pueden convertir en graves problemas si no cuentan con la orientación y apoyo decisivo de los padres.

Algunos de los problemas con los cuales se pueden enfrentar los adolescentes son:

- **Problemas Familiares:** el adolescente vive con mayor intensidad todo lo relacionado con la familia, el favoritismo, la sobreprotección, los hogares disfuncionales, el divorcio entre los padres, la explotación y el abuso infantil, entre otros.
- **Depresión y Trastornos Emocionales:** La falta de comunicación con los padres puede crear en el adolescente un sentimiento de soledad, de que no es importante, de que nadie se interesa por él, lo cual puede llevarlo a una depresión. Éstos son algunos de

los problemas que enfrenta el adolescente y que en la mayoría de los casos, suele pasar desapercibido por los padres o no les brindan la debida atención.

- **Trastornos con la Autoimagen:** Los adolescentes sienten gran preocupación por su apariencia, peso y el qué dirán de los demás.
- **Trastornos o Problemas de la Alimentación:** Se presenta con preocupación exagerada por el peso, en algunos casos, el adolescente se ve con sobrepeso, cuando en realidad está muy delgado y entonces, se niega a comer (anorexia). En otros casos, independientemente del sobrepeso, el adolescente tiende a canalizar sus problemas a través de la ingesta inadecuada de alimentos, esto le causa depresión y al querer superar el estado de ánimo mediante la comida, se produce un círculo vicioso peligroso y muy difícil de controlar sin un tratamiento y el apoyo profesional requerido.
- **Problemas con el uso de Alcohol y Drogas:** El alcohol por ser una droga legal, es a la que con mayor facilidad tienen acceso los adolescentes y la que por consiguiente causa mayores problemas. Los padres deben estar alerta a cualquier señal o cambio repentino en la conducta de sus hijos y sentar las reglas del juego que en este aspecto regirán la conducta del adolescente evitándose los excesos en cualquier situación. Con los otros tipos de drogas, más peligrosas, se deben también tomar las precauciones y correcciones necesarias para evitar desenlaces fatales.
- **Embarazos No Deseados:** Es un problema que en los últimos veinte años ha cobrado rápido auge entre la población adolescente de nuestro país.
- **Sectas y Socioadicciones:** La dependencia a grupos que ejercen presión sobre sus miembros, sobre todo de sectas religiosas, culto satánicos, etc., se han popularizado desde las últimas décadas del siglo XX y en la actualidad son frecuentes estos casos, entre los adolescentes que cursan estudios de bachillerato. Igualmente, la nueva tecnología que ha puesto al servicio del hombre una serie de equipos para agilizar y simplificar el trabajo, se ha convertido en un verdadero dolor de cabeza para miles de

padres de familia, que ven con desesperación cómo sus hijos pasan horas interminables al frente de la computadora, en los videojuegos, en el internet, etc., se deben tomar las medidas preventivas adecuadas para evitar daños severos a la salud física y mental de los jóvenes y niños, que son los más vulnerables en este aspecto.

- **Problemas Sexuales:** Los adolescentes viven en confusión respecto al tema del sexo. Durante adolescencia, los jóvenes tienen muchas preocupaciones, que a veces los tornan tímidos, llegando a sentirse temerosos de hacer preguntas acerca del sexo a sus padres o personas mayores que conviven con ellos, que es de quienes pueden y deben recibir información veraz y confiable, pero en ocasiones esto no es así y por su temor y timidez, buscan información de otras fuentes, amigos, internet, televisión, su propia imaginación, esta información la mayoría de las veces es errónea y lleva al adolescente a la práctica de relaciones sexuales en circunstancias de riesgo, que les pueden ocasionar embarazos no deseados, infecciones de transmisión sexual, problemas legales, entre otros, de aquí la necesidad de que los padres le brinden la información y orientación sexual apropiada, de tal manera que el joven pueda tomar una decisión informada acerca de su sexualidad.

Todos estos cambios que ocurren en la maravillosa etapa de la adolescencia, pueden ser enfrentados por los padres con una intensa dosis de diálogo y buena escucha que le permita al adolescente saber que en sus padres tiene a los mejores amigos, quienes irán a su encuentro en el momento que lo necesiten; padres que no le juzgan, ni critican, sino que le aconsejan y orientan.

1.6 Principales Factores Estresores o de Riesgo:

Ya hemos dicho que la adolescencia es una etapa de confusión y búsqueda, durante la cual los jóvenes se tornan vulnerables a situaciones y ambientes que los atraen por su novedad, el peligro que encierran o simplemente porque sus pares lo hacen. Estos son factores de alto riesgo para la salud física y mental del adolescente, el cual ya no es supervisado tan

frecuentemente por sus padres como lo era de niño, lo que constituye también un riesgo potencial.

El ritmo de vida actual, acelerado e intenso exige de los individuos gran inversión de su tiempo en labores de oficina y empresariales que le restan el tiempo necesario para convivir en familia, para mantener una franca y abierta comunicación con todos sus miembros, principalmente con los hijos adolescentes, quienes requieren de momentos de charla en los que se despejen sus dudas sobre temas que les preocupa y que son de interés para ellos en esta etapa de su vida. El ampliar los canales de comunicación con los hijos, ayuda en gran medida a prevenir una serie de factores de riesgo que se encuentran no sólo en el entorno social en que se desenvuelve el adolescente, también, la propia familia, e incluso el propio adolescente, a veces se convierte en un factor estresante o de riesgo, es por esto que las familias deben estar alertas a cualquier cambio observado en sus hijos y prestarle la mayor atención y apoyo.

Todo individuo atraviesa por situaciones desfavorables durante cualquier etapa de su desarrollo, lo importante es que tenga las herramientas, habilidades o destrezas apropiadas para afrontar dichas situaciones y salir bien librado de ellas.

El ser humano se enfrenta a diario con situaciones adversas, nadie está exonerado de sufrir acontecimientos imprevistos, no deseados durante el transcurso de su vida. La impresión negativa que provocan las situaciones estresantes en los individuos, pueden ocasionar trastornos o desajustes en su personalidad, que se manifiestan en alteraciones en su comportamiento, estos desajustes pueden ser causados por condiciones biológicas, psicológicas, familiares o provenir del entorno social en el que vive el individuo.

Cuando hablamos de factores de riesgo o estresores, nos referimos a aquellas situaciones desfavorables provenientes del ambiente que colocan a una persona en situación de riesgo, provocándole un desequilibrio o desajuste en su personalidad. Se pueden considerar como factores de riesgo los siguientes:

- Las drogas y el alcohol
- Los trastornos alimenticios (anorexia, bulimia)
- Abuso, ya sea físico, psicológico o sexual.
- Trabajo infantil
- Familias disfuncionales
- Deserción escolar.
- Sexo precoz
- Infecciones de transmisión sexual (por prácticas riesgosas)
- Embarazos no deseados.
- Desigualdad de oportunidades (en el acceso a sistemas de salud, educación, laboral, recreación, etc.)
- Condiciones ambientales insalubres, marginales y poco seguras.
- Mendicidad e indigencia.
- Participación en pandillas, vandalismo
- Evasión del hogar
- Aislamiento social
- Historia familiar de enfermedades crónicas
- Psicopatologías mentales en familiares
- Pobreza y marginación

Si bien es cierto que todos los factores arriba enumerados pueden ser considerados de riesgo para los adolescentes, hay algunos que son enfatizados por los estudiosos como agentes generadores de gran sufrimiento y estrés para las personas en general y muy particularmente, para los adolescentes, entre estos están la pobreza, la marginalidad, que son condiciones precarias a las cuales se ven expuestas las familias y que atentan contra su salud física y mental. Los padres viven constantemente preocupados y sintiéndose culpables por la situación en la que viven diariamente, experimentan un sentimiento de fracaso en su papel de proveedor (a), al no poder satisfacer las necesidades básicas de sus familias y esto llega a convertirse en un estilo de vida, que trasciende a los hijos y afecta su estabilidad, las relaciones familiares y el desarrollo integral del adolescente, producen deterioro de la relación padre-hijo, inclusive

el adolescente puede reflejar todas estas vivencias que provocan un desequilibrio en su homeostasis psicológica en conductas de riesgo social, evasión del hogar, delincuencia juvenil, promiscuidad sexual, abuso de sustancias y presentar síntomas psicossomáticos diversos que son el prelude de depresiones y ansiedades que deben ser atendidas en el momento oportuno para así evitar cuadros patológicos graves, que disminuyen las aspiraciones y expectativas de vida del adolescente. Éstos no son los únicos factores y, nos atrevemos a decir, que en este grupo de gran riesgo se deben también incluir el sexo precoz, las drogas y el alcohol, la deserción escolar, el pandillerismo entre otros, a los cuales hay que darles la debida atención y el tratamiento profesional que tales condiciones requieren para bienestar del adolescente y de aquellos con quienes convive.

1.7 Sexualidad en la Adolescencia

Al hablar de sexualidad, debemos recordar que es un aspecto inherente a la condición humana, que viene con su dotación genética, es decir, la sexualidad nace con cada individuo, sus demás componentes y los que son propios de cada género según la cultura a la que pertenece el individuo se desarrollan a lo largo de su vida, como lo son la formación y aceptación de la propia identidad, la orientación y comportamiento sexual y admitir la excitación sexual como parte del proceso normal de crecimiento; la formación de lazos románticos y sexuales (amigos, pares, noviazgo, búsqueda de pareja), etc., son aspectos de la sexualidad en general y más propiamente dicho, de la búsqueda, logro y consolidación de la identidad sexual, aspectos que durante la adolescencia se encuentran en el clímax de su efervescencia y que unido al resto de los cambios y nuevas adaptaciones que el niño-adolescente debe realizar en la búsqueda de esta identidad, hacen de esta, una etapa de grandes expectativas, pero también de intensos conflictos internos y externos, estreses, ansiedades y depresiones que pueden hacer del adolescente un individuo irritable, hostil, solitario, deprimido, al no comprender ni saber cómo afrontar todos estos cambios e inquietudes propias de esta etapa de su vida y carecer de la orientación, comunicación y guía apropiada que le ayuden a enfocar y resolver adecuadamente dichas inquietudes y conflictos.

La adolescencia es una etapa de exploración y experimentación sexual, de fantasías y realidades sexuales, de incorporación de la sexualidad a la propia identidad. Los adolescentes sienten un interés y curiosidad insaciables por conocer los misterios de la sexualidad adulta. En algún momento de esta etapa se preguntan si son sexualmente atractivos, cómo mantener relaciones y cómo será su vida sexual en el futuro, preguntas que naturalmente necesitan una pronta respuesta.

Es importante también considerar que en la adolescencia hablar de sexualidad o de la práctica de relaciones sexuales conlleva una fuerte dosis de carga moral que influye directamente sobre el comportamiento que exhiben los adolescentes al iniciar su vida sexual, se sienten atemorizados, avergonzados, algunos con remordimientos y sentimientos de culpa, motivo por el cual ocultan este tipo de actividad y guardan silencio ante los cuestionamientos de los padres al respecto. Cabe señalar que si bien es cierto que los adolescentes ocultan este tipo de actividades, por su parte, los adultos aparentan no saber nada de la situación, quizás por el temor a no saber qué contestar a las preguntas de los hijos, dejando de esta manera, la puerta abierta para la búsqueda, por parte del adolescente, de la información en otras fuentes, amigos, internet, etc., y dejando igualmente al adolescente a la merced de riesgos como un embarazo temprano o el contagio con infecciones de transmisión sexual.

Durante la adolescencia el factor sexual es incorporado a la vida del adolescente, a sus relaciones interpersonales, sociales, dando lugar al aprendizaje e intercambio de nuevas experiencias, fuera del círculo familiar.

Al igual que ocurre entre los adultos, las relaciones sexuales entre adolescentes suelen tener distintas motivaciones, cada una de ellas valiosas para los jóvenes, Estas motivaciones van desde la búsqueda de placer, de intimidad, el deseo de expresar sentimientos y emociones; en raras ocasiones, pero no imposible, encontramos como motivación para la práctica de relaciones sexuales entre adolescentes, la búsqueda de un embarazo temprano.

Las expectativas que genera la posibilidad de un encuentro sexual entre jóvenes adolescentes, son también diversas, como ya hemos mencionado, pueden sobrevenir temores, fantasías, deseos, ansiedades, depresiones e incertidumbre ante una situación que desconocen y ante la cual su autoimagen y autoconcepto, pilares de su identidad como persona se verá expuesta a múltiples cuestionamientos, resultado de las implicaciones y conflictos personales y sociales que provocan tal situación.

Desde los últimos años del siglo veinte, la edad en que las niñas llegan a la madurez física y sexual ha disminuido, ampliando el espectro de riesgos que pueden enfrentar por la práctica de relaciones sexuales tempranas y sin la adecuada protección, entre ellos un embarazo temprano.

- **La Orientación Sexual:**

A pesar de ser un aspecto presente desde la niñez, es durante la adolescencia, en donde adquiere mayor relevancia, como lo plantea, Papalia D, (2205), en la adolescencia la orientación sexual de una persona se vuelve un asunto apremiante, “si a la persona le atraerán sexual, romántica y afectivamente personas del otro sexo (heterosexuales) o del mismo sexo (homosexuales) o de ambos (bisexuales)”.

Es un aspecto importante de la personalidad de todo individuo que al inicio de la adolescencia debe estar adecuadamente encaminado para encontrar su total resolución justo al final de esta etapa para ingresar a la edad adulta con la orientación sexual ya definida.

El despertar del interés sexual en la adolescencia obedece al normal desarrollo de los órganos sexuales y de los caracteres sexuales secundarios (que trae consigo una serie de cambios), cambios fisiológicos que acompañan el inicio de la pubertad y traen consigo cambios a nivel psicológico, como lo señala Hurlock, Elizabeth (1961), se originan aumentos de la sensibilidad, la timidez, las oscilaciones temperamentales que llevan a asumir una nueva

actitud hacia los temas sexuales y el Yo. Estos cambios obligan al adolescente a realizar una adaptación a estos nuevos aspectos de su desarrollo y al mismo tiempo, lograr una adaptación satisfactoria a los miembros del sexo opuesto. Esto nos lleva a la conclusión de que las relaciones amistosas entre muchachos y muchachas son necesarias, convenientes y fundamentales para lograr una adaptación normal en este aspecto y que de las consecuencias que estas relaciones puedan tener la más grave sería la ausencia de dichas relaciones.

Cuando un chico (a) muestran interés por el sexo opuesto se puede decir que han alcanzado un nivel adulto en la sexualidad. Este interés sexual, por el sexo opuesto, es decir, el desarrollo “heterosexual” propiamente dicho, tiene características importantes, que según Hurlock, Elizabeth (1961), son las siguientes:

- “Aceptación del papel sexual característico del propio sexo y una razonable satisfacción con la forma en que él se cumple.
- Comprensión de la base biológica de la reproducción, comprensión del lugar que deben ocupar la estimulación, los intereses y la actividad sexuales, en una vida equilibrada y sana, el desarrollo de actitudes hacia el sexo que contribuyan a la buena salud mental y la posesión de ideales y normas que asignen al sexo una importancia y una espiritualidad que trasciendan lo puramente físico.
- Capacidad para hallar atractivo al otro sexo y resultar atractivo para él, de modo que el individuo pueda amar y ser amado.
- Aptitud para enfrentar al otro sexo en términos de igualdad y compañerismo, en los negocios y en los actos cívicos”.

- **Comportamiento Sexual:**

Es difícil abordar este tema, ya que la mayoría de los datos acerca del mismo, proviene de encuestas en las que los que participan no son representativos de la población, pero de ellos se pueden observar algunas tendencias que señalan los cambios en las costumbres sexuales de las personas. (Papalia, D., 2005).

El comportamiento sexual de los jóvenes del siglo XXI, ha evolucionado y cambiado grandemente, en la actualidad, la actividad sexual prematrimonial es lo más común y la edad del inicio de esta actividad se sitúa aproximadamente a los once años, edad que consideramos relativamente precoz, el niño, o quizás el púber, no tiene el conocimiento y mucho menos, la información general acerca de la sexualidad que le permita tomar una decisión acertada sobre la práctica de relaciones sexuales; entonces, los jóvenes practican sexo sin la debida protección, con lo cual los riesgos de tener un embarazo en la adolescencia o contraer una infección de transmisión sexual, alcanzan proporciones muy elevadas.

En este aspecto y tomando en consideración los estudios de Papalia, D. (2005), quienes se encuentran en mayor riesgo son los adolescentes que:

- Inician tempranamente su actividad sexual.
- Tienen varias parejas.
- No emplean anticonceptivos.
- Poseen información inadecuada o están mal informados sobre la sexualidad.

También existen, continúa resaltando Papalia, factores de riesgo, entre los que se pueden mencionar:

- Vivir en comunidades en extrema pobreza.
- Consumo de sustancias adictivas.

- Asociación con pares que se alejan de las normas y poseen un comportamiento antisocial.

Pero no todo es negativo, hay jóvenes que en la adolescencia se involucran en actividades sociales que les ayudan a desarrollar destrezas y habilidades, que los hacen menos propensos a riesgos sociales y sexuales, por ejemplo, los hay que se comprometen con sus estudios y tienen un buen aprovechamiento escolar, otros ingresan a la banda musical de sus colegios, llegando a convertirse en grandes músicos profesionales, etcétera.

▪ **Actividad Sexual Temprana**

Es un hecho incuestionable que los jóvenes de hoy día, se involucran en actividades sexuales desde muy temprana edad, situación en la que están involucrados varios factores, entre los cuales podemos destacar las diferencias individuales y aquí, señalamos el inicio precoz de la pubertad, factores sociales como el abuso sexual, la presión de grupo o influencia de los pares; problemas familiares, hogares disfuncionales, falta de atención por parte de los padres; la deserción y ausentismo escolar por un mal desempeño en las labores escolares; la ausencia de metas académicas o profesionales; estilos de crianza y precedentes familiares en los que la experiencia y práctica de actividades sexuales a edades tempranas es lo habitual. Aunado a todo esto, es necesario anotar también, la ausencia de información objetiva, veraz y adecuada acerca de la sexualidad, las ideas erróneas y mitos acerca de la sexualidad humana y de los riesgos que para la salud física y mental conlleva la práctica de relaciones sexuales a edad temprana y sin la debida orientación y protección.

1.8 Embarazo en la Adolescencia

El embarazo es un evento de gran significación biopsicosociocultural en la vida de toda mujer, pero si éste ocurre en la edad de la adolescencia, puede acarrear una serie de situaciones que pueden alterar, no sólo la vida de la futura mamá, sino también su salud física y psicológica y extender sus efectos no sólo al presente, sino al futuro de la madre y del bebé. Dentro de estos efectos del embarazo precoz, está el hecho de que la embarazada es una niña

que de manera apresurada ha sido convertida en adulta con el agravante de llevar en su vientre un nuevo ser, situación para la cual no está preparada física, ni psicológicamente.

Se denomina embarazo en adolescentes al que ocurre durante la adolescencia de la madre, definida esta última por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como el lapso de vida transcurrido entre los 10 y 19 años de edad. También se le suele designar como embarazo precoz, en consideración a que se presenta antes de que la madre haya alcanzado la suficiente madurez emocional para asumir la compleja tarea de la maternidad y cuando todavía mantiene la total dependencia económica y social de los padres.

El embarazo precoz o temprano, como suele denominarse también al embarazo en la adolescencia, es el que ocurre en niñas o adolescentes, poco tiempo después de entrar en la pubertad y ocurrida la menarquía, que convierte a la niña en una adulta capaz de la reproducción sexual, lo que no indica, que esté preparada para ser madre. Como en la mayoría de los casos, el embarazo en la adolescencia es un evento imprevisto, no deseado; la adolescente embarazada no goza de la madurez psíquica, fisiológica, ni socioeconómica para hacerle frente a las demandas de la maternidad. Es una situación que crea en la adolescente estrés, ansiedad, depresión y la sitúa en una encrucijada, de la cual optará por una de las siguientes alternativas, ninguna de ellas de beneficio para la adolescente embarazada: conservar a su hijo, darlo en adopción, una vez haya nacido, abortarlo.

El embarazo temprano está relacionado con factores de orden social, en los que se entremezclan la falta de educación en materia de sexualidad, reproducción y comportamiento sexual, la falta de conciencia propia de la edad, por una parte y de factores como la pobreza (vivir en situaciones de hacinamiento, falta de trabajo y falta de acceso a los servicios de salud), por otra parte. También es válido tomar en consideración que el embarazo temprano puede estar vinculado a situaciones de violación.

En la sociedad actual, a pesar de que es bastante frecuente observar a adolescentes en edad escolar, embarazadas, es también muy común que ésta sea una situación condenada a nivel social y familiar. La adolescente embarazada es vista de manera culpable de una situación que

para todos, inclusive para ella, es indeseada, pero que la convierte en blanco de discriminaciones y a quien se le retira el apoyo material y muchas veces, el emocional de los familiares, que es en estos momentos es vital para ella. Es por esta razón que los profesionales de la salud, educadores y la sociedad en general, claman por programas de prevención del embarazo en la adolescencia, por campañas de concienciación, por una política de educación sexual integral para los niveles de básica general y educación media de nuestro país.

El embarazo precoz es uno de los fenómenos sociales que más preocupa a los gobiernos de la mayor parte de los países industrializados, preocupación a la que no escapa nuestro país y tampoco, los países no industrializados, en donde este preocupante fenómeno se presenta con reiterada frecuencia.

Este tema se ha convertido en un problema de salud pública en nuestro país, el cual preocupa a padres de familia, educadores y sociedad en general, pues es un problema que va en aumento a pesar de los esfuerzos de instituciones como el Ministerio de Educación, Ministerio de Salud, Ministerio de Desarrollo Social, que invierten grandes esfuerzos materiales y humanos en campañas de prevención, para tratar de frenar este fenómeno que parece incontrolable por la falta de conciencia de nuestros jóvenes, por la falta de información y de una adecuada política de educación sexual para nuestros miles de estudiantes.

En Panamá, el embarazo en la adolescencia (precoz), es un serio problema social, que está afectando a un número creciente de niñas, en edades cada vez menores y que conlleva consecuencias, no sólo a su organismo biológico, sino a nivel social, emocional y moral de la adolescente. Pues la niña sufre un rechazo familiar y la sociedad tiende a condenarla por el "error" cometido. Antes de aprobarse el Código de la Familia y en consecuencia la Ley 29 del 13 de junio de 2002, por la cual se garantiza la salud y educación de la adolescente embarazada, la cual establece que el Ministerio de Salud deberá brindar gratuitamente atención integral a la menor embarazada que no cuente con los recursos económicos que le permitan recibir esa atención, por su parte el Ministerio de Educación garantizará el derecho a la educación de la menor embarazada, y su estadía en su centro de estudios, la cual será atendida a través de módulos; la menor que quedaba embarazada en edad escolar, era

expulsada de su centro de estudios, sin la oportunidad de terminar sus estudios; en la actualidad gracias a las leyes y reglamentaciones vigentes en esta materia, la joven estudiante es protegida y se le permite permanecer en su colegio, salvo prescripción médica, que indique riesgo que le impida acudir a su colegio diariamente para recibir sus clases, en tal caso, será atendida a través de módulos y supervisada por un profesor designado por la administración del colegio.

Desde la década de los años '90, éste ha sido un fenómeno social en constante y rápido aumento, así lo señalan las cifras estadísticas, recabadas por diferentes medios de comunicación social y que nos apoyan como referencia en esta ocasión:

Edades	2008	2009	2010	2011	2012	2013
13-19	1029	681	731	1213	1312	2097*

Fuente: Diario La Prensa (2012).

Entre los años 2008 - 2013, se observa un incremento en las niñas embarazadas en escuelas públicas. (* Corresponde al primer trimestre del año 2013).

En Panamá Oeste, el aumento en la cantidad de menores embarazadas es motivo de preocupación para las autoridades de salud y educativas, ya que las edades disminuyen. Según datos suministrados por el Departamento de Registros y Estadísticas de Salud del Hospital Regional Nicolás Alejo Solano (Panamá Oeste), en el 2008 se registraron 1591 embarazos, en menores entre 10 y 14 años; para el 2010 la cifra asciende a 1635, en el 2011 sigue en aumento con un total de 1704 casos y para 2012, 1147. Las cifras señalan que el Distrito de La Chorrera se mantiene en el primer lugar con 591 casos, en el año 2012.

En el Colegio Moisés Castillo, sede de la investigación que nos ocupa, según cifras obtenidas del Departamento de Orientación durante los últimos diez años (2003-2013), se ha atendido un aproximado de 193 casos de adolescentes embarazadas, registrados en la oficina y a las cuales se les brindó orientación, no incluyen aquellos casos que no se acercan a esta Oficina.

Durante el año 2012, según cifras obtenidas del Departamento de Orientación, las cifras de embarazo en adolescentes asciende a la cifra de 17 en ambas jornadas de trabajo, cifra alarmante, que tiene preocupada a la comunidad educativa chorrerana en general, muy en particular a la del colegio en la cual se realiza esta investigación. Para mediados del mes de julio del 2013, eran casi 19 nuevos casos de estudiantes embarazadas, las que eran atendidas en la Oficina de Orientación.

Estas alarmantes cifras nos indican que en los últimos 30 años, en nuestro país, el 20% de los nacimientos vivos, han sido de madres adolescentes, es decir, que anualmente un aproximado de 12 mil menores entre 10 y 19 años salen embarazadas, y la gran mayoría deserta del sistema educativo una vez se percatan de su condición.

El embarazo adolescente tiene un factor de riesgo cuatro veces mayor para las adolescentes que para las mujeres adultas, lo que las hace más propensas a la mortalidad materna. (UNFPA, 1997), citado por UNICEF en Adolescencia en América Latina y el Caribe; Orientaciones para la Formulación de Políticas (2001).

Aproximadamente un 20% de los partos registrados en instituciones de salud, corresponden a adolescentes entre 10 y 19 años, dentro de los cuales cerca de un 90% son madres solteras, situación que no sólo constituye un alto riesgo para las jóvenes y el infante, sino que además afecta de manera profunda las futuras oportunidades de ambos.

Por su parte, el 3.5% de los partos del grupo arriba descrito, corresponde a niñas de 10 a 14 años, lo que las clasifica como un grupo de riesgo, que requiere de atención especial debido a que éstas no han concluido su crecimiento y desarrollo.

La maternidad precoz trae como consecuencia, en la mayoría de los casos, la deserción escolar. La obligación de dedicarse al cuidado de los hijos, limita las posibilidades de la madre adolescente de ser insertada en el mercado laboral, pasando a formar parte de la población no económicamente activa, como amas de casa.

Los patrones culturales, el nivel educativo de la población, los niveles de violencia social y familiar de que es víctima la mujer adolescente son algunas de las causas que explican la incidencia de la maternidad precoz y sus efectos sobre la niñez. 20 de cada 100 niños y niñas nacen actualmente de madres adolescentes. UNICEF: La Niñez y la Mujer en la Encrucijada del año 2000. (Panamá, 1997, p.105).

1.9 Causas del Embarazo en la Adolescencia

A pesar de lo señalado en el párrafo anterior por UNICEF, es difícil señalar con precisión las causas de un embarazo en la adolescencia, pues éstas son diversas y se entrelazan entre sí, los datos que a este respecto se obtienen después de ocurrido el embarazo y es imposible confirmar si los motivos señalados por la adolescente, son los que en realidad la condujeron a este estado. En la revisión bibliográfica se logró detectar algunas causas comunes en varios autores, de las cuales podemos señalar:

- Menarquía temprana, que le brinda a la niña madurez reproductiva, pero no para manejar las situaciones de riesgo que esto conlleva.
- Inicio temprano de relaciones sexuales, aun cuando no existe la madurez emocional para implementar medidas adecuadas de prevención.
- Hogares y Familias Disfuncionales, con historia de conductas promiscuas y de embarazos tempranos en hermanas y en donde se hace patente la falta de padres orientadores y de una familia afectuosa, condiciones que llevan a la adolescente a relaciones sexuales en búsqueda de afecto y encontrando en su lugar abusos.
- Bajo nivel educativo, con ausencia de proyectos de vida en los que se brinda prioridad al logro de un determinado nivel educativo y se postergue la maternidad. Se vincula este aspecto también, con la pobre educación sexual en valores que recibe la adolescente; personalidad débil, baja autoestima, sentimientos de soledad, dificultades

para tomar sus propias decisiones en torno al inicio de la actividad sexual, búsqueda de afecto y apoyo en la pareja y de autoafirmación a través de la maternidad.

- Ausencia o Distorsión de la Información, entre los adolescentes es común que circulen ciertos mitos, erróneos, claro está, acerca del embarazo.
- Polémica entre su Sistema de Valores y el de sus Padres, en familias donde se censura energicamente las relaciones sexuales entre adolescentes, éstos pueden practicarlas como una forma de rebeldía, una forma de llevarle la contraria a los padres.
- Factores Socioculturales, que implican una nueva concepción de la libertad sexual; la influencia de los medios de comunicación, la televisión con una agresiva publicidad sexual; la presión del grupo de pares.
- Factores de Riesgo social, importante señalar en este apartado, la discriminación de que es víctima la mujer y la carencia de modelos adecuados de identidad, entre otros factores de interés.

No podemos concluir este tema sin referirnos, aunque sea muy brevemente, a las consecuencias que ocasiona un embarazo precoz. Toda adolescente, madre, lleva consigo además de las implicaciones emocionales, psicosociales y de personalidad propias de esta etapa del desarrollo, el peso de un pronóstico desfavorable de vida. Lamentablemente una de las consecuencias más devastadoras para la adolescente embarazada es el rechazo de su propia familia, los padres, que no comprenden, ni entienden el por qué su hija ha defraudado su confianza. Otra consecuencia es la deserción escolar, la adolescente embarazada, abandona los estudios por los prejuicios y presiones de compañeros, profesores y padres de familia que en nombre de una falsa moral, discriminan a la adolescente, obligándola a abandonar sus estudios, a pesar de que la ley en la actualidad, ampara a la menor embarazada, permitiéndole continuar sus estudios a través de módulos supervisados por un docente designado por la

administración del colegio en donde estudia la menor embarazada. Todo embarazo en la adolescencia es de alto riesgo para la salud de la menor embarazada y de su hijo (a), fundamentalmente porque su organismo no ha alcanzado la madurez fisiológica requerida para tal labor. Sin embargo, las consecuencias más graves se observan en la condición social de la adolescente, pues la maternidad temprana limita grandemente sus opciones de desarrollo autónomo. Un embarazo temprano, particularmente uno no deseado o producto de situaciones adversas, puede acarrear depresiones, pérdida de autonomía, interrupción de las relaciones socio grupales, sentimientos de soledad y desamparo. El tener que asumir un rol adulto, sin haber culminado la etapa de la adolescencia y para el cual no está preparada, provoca tensión, ansiedad, incertidumbre, sentimientos de culpa y limitaciones en su desarrollo psicosocial. Es justo señalar igualmente, que hay un aumento de las responsabilidades que debe asumir la adolescente embarazada, por lo cual la etapa de la adolescencia queda interrumpida definitivamente, los sueños, planes y proyectos a futuro de los y las adolescentes que esperan un hijo, en la mayoría de los casos, quedan postergados.

2. LA DEPRESIÓN

Al realizar la revisión de literatura relacionada con la depresión, nos encontramos con el hecho de que organismos internacionales de salud, como la OMS y la OPS, señalan la predominancia de los trastornos mentales a nivel mundial, incluyendo trastornos neuróticos y afectivos, demencia, esquizofrenia y a la depresión, como un importante problema de salud mental, con uno de los diagnósticos clínicos más discapacitantes, perfilándose como una de las causas de enfermedad para el mundo en los próximos diez años.

La depresión es uno de los trastornos mentales más frecuentemente tratados en la atención psiquiátrica y psicológica, afectando igualmente a niños y adolescentes.

El desconocimiento sobre la presencia de la depresión en la infancia y adolescencia, así como también la poca comunicación abierta sobre el tema provoca que la gente joven que requiere tratamiento o sus familias no busque ayuda especializada. Es de imperante

necesidad la toma de conciencia en este grave trastorno. Si crees que tú o alguno de tus amigos o familiares sufre de depresión, tómalo en serio y busca ayuda.

Para finales del siglo veinte y la primera década del veintiuno, los problemas que afectan a los adolescentes se han convertido en una temática de gran interés social en la mayoría de las naciones del mundo, lo cual está asociado a preocupaciones de la humanidad en el momento actual como son el incremento de las conductas adictivas en menores, el aumento de la violencia, los homicidios y el suicidio. También es notable la tasa de embarazos en adolescentes, el significativo incremento de las enfermedades de transmisión sexual (SIDA) y el abandono temprano de la actividad escolar en muchos casos.

Precisamente por ser la adolescencia una etapa de cambios y crisis resulta obligado y necesario hacer un llamado de atención y alerta preventivo a las instituciones escolares, lugar donde el menor pasa la mayor parte del tiempo y donde se pueden detectar tempranamente cualquier dificultad que puede ser o no típica de la edad como es el caso de las afectaciones emocionales (depresión) puesto que las instituciones escolares instruyen, educan y preparan a las nuevas generaciones para la vida.

Los desórdenes del humor, entre ellos la depresión, se han incrementado vertiginosamente entre la población general, dejando entre sus consecuencia, el aumento de la mortalidad, de la tasa de suicidios, el comportamiento agresivo, el consumo de drogas y la consiguiente disminución de la actividad productiva del ser humano.

Los datos de diversos estudios sobre depresión, muestran la aparición de este trastorno con una frecuencia cada vez mayor, en jóvenes y señalan que esto puede deberse a las condiciones socioeconómicas y políticas de las sociedades actuales, en donde imperan altos índices de desempleo, violencia, pobreza y la falta de oportunidades para el desempeño de una ocupación. En los países, no industrializados, se puede agregar, el predominio de las drogas y el alcohol además de la falta de acceso a los servicios de tratamiento disponibles en los centros médicos y hospitales.

En un país como el nuestro, en el que las actuales condiciones de convivencia social se encuentran gravemente influidas por una alta tasa de delincuencia, homicidios con extrema violencia y crueldad, alteración de las relaciones familiares por la violencia doméstica y el grado de inseguridad que vive la población en general, que coloca a individuos y familias en constante situación de pérdida y duelo, pueden señalarse como indicadores de los índices crecientes de depresión entre la población panameña.

En este panorama, los adolescentes no pasan desapercibidos a esta realidad, pues son el grupo de la población, que tiene mayores probabilidades de padecer depresión, ya que a las situaciones que se debe enfrentar, propias de esta etapa, en la que se realizan importantes cambios físicos, psicológicos, socioculturales, etc., que exigen de ellos el desarrollo de habilidades y destrezas de afrontamiento que los conduzcan al logro adecuado del sentido de identidad y del éxito personal y social, por un lado, y a la adquisición y mantenimiento de patrones de conducta saludables que disminuyan el riesgo y prevengan la aparición de trastornos mentales durante este período y por consiguiente, en la edad adulta, por el otro, se deben agregar todas las situaciones mencionadas anteriormente y aquellas que por la edad en la que se encuentran deben enfrentar.

Esto deja claro, que la depresión es un trastorno mental frecuente, que aumenta en número en niños y adolescentes y que el desconocimiento de que pueda presentarse precisamente durante la infancia y la adolescencia provoca que no se busque la ayuda necesaria para el tratamiento de esta enfermedad.

2.1 Definición

La mayoría de las personas pueden sentirse felices y con energías o experimentar tristeza de vez en cuando, es decir, experimentar fluctuaciones en el estado de ánimo, pero en algunas personas, estos sentimientos no desaparecen y son acompañados por otros síntomas que causan malestar y dificultades para pensar, aprender desarrollar sus actividades sociales y su vida cotidiana, en general, estas personas pueden padecer de una enfermedad denominada depresión.

En términos generales las definiciones del concepto depresión recogen la presencia de síntomas afectivos, esfera de los sentimientos o emociones: tristeza patológica, decaimiento, irritabilidad, sensación subjetiva de malestar e impotencia frente a las exigencias de la vida, sin dejar de considerar la presencia de síntomas de tipo cognitivos, volitivos y somáticos, en mayor o menor grado.

Según, Cameron, 1990, “las reacciones neuróticas depresivas son desórdenes del humor en los que se expresan la tensión y la ansiedad en forma de abatimiento y subestimación de sí mismo, alteraciones somáticas y quejas repetidas acerca de sentirse inferior, desesperado y despreciable”

En esta definición se destacan la presencia de alteraciones somáticas, tensión, ansiedad y la devaluación de la persona, en otras palabras, síntomas depresivos, que son precisamente los que nos interesa resaltar en esta investigación, pues son los indicadores de la presencia de alteraciones en el estado de ánimo de una persona y que la pueden llevar a un episodio depresivo mayor si no se toman las medidas preventivas adecuadas en el momento preciso.

Es importante también destacar la definición propuesta por el DSM-IV el cual define el episodio depresivo mayor para los niños y adolescentes casi como lo define para los adultos, salvo algunas pequeñas diferencias. El DSM-IV define el episodio depresivo mayor como un síndrome, en el cual, deben de estar presentes al menos cinco de los siguientes síntomas durante un periodo de dos o más semanas:

- Estado de ánimo depresivo o irritable.
- Disminuido interés o pérdida del placer en la mayoría de las actividades.
- Alteraciones del sueño.
- Alteración en el peso o en el apetito y falla en la ganancia de peso.
- Disminución en la concentración o indecisión.
- Ideación suicida o muerte.
- Agitación psicomotora o retardo.
- Fatiga o pérdida de energía.

- Sentimientos de desesperanza o culpabilidad inapropiada.

2.2 Depresión en la Adolescencia:

Para nuestro estudio es importante destacar el creciente aumento de los casos de depresión en niños y adolescentes a nivel mundial según datos de la Organización Mundial de la Salud y de la Organización Panamericana de la Salud.

Sin embargo, es igualmente válido precisar que la depresión en niños y adolescentes no siempre es reconocida. La razón de lo anterior, es que en este grupo de edades los síntomas de la depresión se expresan más de una forma no verbal, es decir que se manifiestan a través de somatizaciones: dolores de cabeza, dolores de estómago, o simplemente con un “no me siento bien”. En muchas ocasiones la depresión también suele presentarse en forma de problemas conductuales o de comportamiento, como por ejemplo no salir al recreo a jugar con los amigos; en adolescentes es frecuente la evasión del hogar, la baja autoestima, alteraciones en el apetito, en el sueño, la rebeldía, la ideación suicida, la desesperanza, desilusión o deseos de morir.

La depresión puede ocurrir en niños y en adolescentes. El diagnóstico podría ser considerado cuando el niño o el adolescente exhiben un humor disminuido o anhedonia, somatizaciones o cambios en el carácter, tales como la agresión.

¿En qué se diferencia la depresión del niño y del adulto?

En el niño o adolescente es más frecuente encontrarle irritable que triste o sin energía. Es mucho más probable que acuda a la consulta por molestias físicas (somatización/alteración del apetito) o disminución del rendimiento escolar. Los padres se quejan de la pérdida de interés en sus juegos y amigos. Son frecuentes las referencias a la expresión facial y postural de sus hijos: los ven “con mala cara”, “ojerosos” o con “ojos tristes”. En adolescentes la depresión puede coincidir con cambios de carácter y conducta recientes, mayor rebeldía, desobediencia, inicio de consumo de drogas, alcohol, y otras conductas de riesgo.

Por otro lado, las diferencias entre la depresión de niños, adolescentes o adultos son muy leves, es decir los síntomas son parecidos; las diferencias que se encuentran se deben a la intensidad de los síntomas y a las consecuencias del trastorno. Algunos síntomas como las quejas somáticas, la irritabilidad y el aislamiento social están frecuentemente presentes en niños, mientras que el enlentecimiento psicomotor, la hipersomnia y las ideas delirantes son más frecuentes en los adolescentes. En la adolescencia los episodios depresivos mayores suelen estar vinculados a trastornos disociales por déficit de atención, de ansiedad, relacionados con la utilización de sustancias, la conducta alimentaria, la presencia de un evento imprevisto como un embarazo temprano, la muerte de uno de los padres, entre otros.

En relación a los síntomas de la depresión en la adolescencia, se pueden presentar síntomas desde la infancia y que se acentúan después de la pubertad. En esta etapa del desarrollo, el principal síntoma es el cambio notorio en el estado de ánimo, que puede ocultarse tras la irritabilidad o problemas conductuales. Sin embargo, es también importante señalar que en los cuadros depresivos de los escolares mayores y de los adolescentes menores existen diferencias graduales. Según Pardo A., 2004, “los escolares mayores tienden a somatizar más sus quejas, a presentar mayor agitación psicomotora y, en ocasiones, alucinaciones”

Pero la apariencia depresiva no es el único aspecto a considerar en esta edad, es necesario dirigir la atención hacia los síntomas de desesperanza y falta de capacidad para disfrutar lo que hacen. Revisar los reportes de los padres en relación a las horas de sueño, cambios en el peso corporal, presencia de ideas acerca de la muerte e ideación suicida.

Es necesario tener muy presente que la depresión en la adolescencia puede presentarse como un cuadro clínico pasajero y habitual, pero también puede ser una enfermedad peligrosa que genera conductas autodestructivas.

Para Villalobos G, María A., 2008, “la depresión es una enfermedad común que afecta a un 0,3% de los preescolares, un 2% de los escolares y a 51% de los adolescentes. En los pre-puberales la tasa es igual para niños y niñas, pero para etapas puberales la tasa aumenta al

doble para las niñas, lo que se ha asociado con los niveles hormonales y con las influencias ambientales que han contribuido al aumento de la depresión en el sexo femenino.”

La depresión ha sido asociada a la adolescencia porque en esta etapa del desarrollo son frecuentes y usuales los cambios en el estado de ánimo de los adolescentes. Simultáneamente en esta etapa del desarrollo del ser humano se suscitan otros cambios en la personalidad del individuo que hacen difícil determinar la presencia de este trastorno. Se hace necesario conocer las características de la adolescencia y la historia personal y familiar del adolescente para poder establecer los criterios diagnósticos, el pronóstico y el tratamiento que mejor se ajuste a esta etapa del desarrollo. En esta trayectoria, sería preciso conocer la historia clínica del adolescente para reconocer la presencia de alguna de las siguientes condiciones, según Pardo A, 2004,

- “Psicopatologías previas o de inicio temprano que se han reforzado por las estructuras externas (familia, escuela, etc.).
- Crisis motivadas tanto por los cambios físicos, fisiológicos y emocionales, como por los desafíos que impone el ambiente. Las reacciones de los adolescentes ante cada una de estas crisis difieren en función de sus recursos.
- Alteraciones emocionales y mentales que se inician en la adolescencia, pero que pertenecen, por su larga evolución, a la edad adulta.”

Para esta autora, es importante tomar en consideración, en el caso de los adolescentes, los siguientes elementos al momento de diagnosticar un trastorno depresivo:

- 1) Forma y gravedad del episodio depresivo,
- 2) La funcionalidad del adolescente en su medio y las actividades que realiza,
- 3) La conciencia del trastorno,
- 4) Capacidad para enfrentar los contenidos depresivos particulares en su mente.

Son importantes también, a la hora de diagnosticar un trastorno depresivo en el adolescente, la capacidad de la familia para brindar apoyo, las relaciones con el grupo de pares y la existencia de variados recursos en la red social.

2.3 Síntomas de la Depresión

La depresión puede modificar la forma cómo los adolescentes se ven a sí mismos y a sus vidas, así como las personas en torno a ellos. Los adolescentes con depresión por lo general ven todo más negativamente y son incapaces de imaginar que cualquier problema o situación se puede resolver de un modo positivo. Los síntomas depresivos son muchos y muy variados, pero los más frecuentes en los adolescentes son:

- Síntomas Anímicos:

Tristeza Patológica: La tristeza es el síntoma anímico indiscutible de la depresión y que puede ser un estado de ánimo normal como la alegría, pero que se torna patológica, cuando alcanza un nivel tal que interfiere negativamente en la vida cotidiana, tanto en lo social como en lo familiar y lo sexual. Aparece sin motivos o tras un acontecimiento significativo. Es una sensación muy profunda, arrasadora, tanto, que el paciente se siente "en baja", tal como si hubiera perdido el sabor, el placer de vivir. Se considera incapaz de brindar amor o afecto, lo cual aumenta sus sentimientos de culpa.

A pesar de que los sentimientos de tristeza, abatimiento, pesadumbre o infelicidad, son los más comunes, en ocasiones el estado de ánimo predominante es de irritabilidad, sensación de vacío o nerviosismo.

Ansiedad: es la acompañante habitual del deprimido, que experimenta una extraña desazón, como un trasfondo constante. Cuando la ansiedad prima en el cuadro clínico, estamos frente a una depresión ansiosa. Por lo contrario, cuando predomina la

inhibición, se trata de una depresión inhibida; quienes la padecen son personas malhumoradas, irritables, agresivas.

- **Síntomas Motivacionales y Conductuales**

Desgano y anhedonia: el sujeto se torna apático, no tiene ganas de nada (ni siquiera de vivir) y nada le procura placer. Es precisamente esta disminución en la capacidad de disfrute lo que junto con el estado de ánimo deprimido representa el síntoma principal de un estado depresivo. En su forma más grave a este tipo de inhibición conductual se le conoce como retardo psicomotor, que es un enlentecimiento generalizado de las respuestas motoras, el habla, el gesto y una inhibición motivacional casi absoluta.

Disminución de la energía: se produce un cansancio injustificado, a veces con variaciones durante el día, muy a menudo más acentuado por la mañana. Las personas afectadas suelen sentirse más fatigadas por la mañana que por la tarde.

Alteraciones del comportamiento: el paciente tiene la sensación de vivir arrinconado, rumiando sus sinsabores. Puede estar quieto, de manos cruzadas, o explotar en violentas crisis de angustia o en ataques de llanto por motivos insignificantes. Le resulta difícil tomar decisiones y disminuye su rendimiento escolar, en el trabajo, manifiesta un comportamiento irresponsable.

- **Síntomas Físicos:**

Insomnio: al paciente le cuesta conciliar el sueño y, además, se despierta temprano y de mal talante. En algunos casos, que constituyen minoría, puede presentarse la hipersomnia (exceso de horas de sueño).

Alteraciones somáticas: por lo común surgen dolores crónicos o erráticos así como constipación y sudoración nocturna. Se experimenta una persistente sensación de fatiga o cansancio, dolor de cabeza, de espalda, de estómago, alergias.

Modificaciones del apetito y del peso: la mayoría de los pacientes pierde el apetito y, en consecuencia, provoca la disminución de peso, pero en ocasiones hay aumento en el apetito.

Pérdida del placer: en lo sexual, se llega a la impotencia en el hombre o a la frigidez en la mujer; también disminuye y tiende a desaparecer el interés en el trabajo, en el deporte y en los juegos y otras actividades que anteriormente le eran gratificantes.

- **Síntomas Cognitivos:**

Alteraciones del pensamiento: El rendimiento cognitivo de una persona deprimida está afectado. Imagina tener enfermedades de todo tipo; surgen ideas derrotistas, fuertes sentimientos de culpa, obsesiones. El pensamiento sigue un curso lento y monocorde, la memoria se debilita, en ocasiones hay episodios de pérdida de la memoria y la dificultad para concentrarse y tomar decisiones se torna frecuente. Es común observar, que la valoración que una persona deprimida hace de sí misma, de su entorno y de su futuro, suele ser negativa. La autodepreciación, la autoculpación, la pérdida de autoestima, son entre otros, los contenidos claves en la cognición de las personas deprimidas.

Culpa excesiva: siente con exceso la carga de una culpa inexistente, lo cual puede desembocar en delirios.

Pensamiento suicida: los pacientes presentan una preocupación exagerada por la muerte y alimentan sentimientos autodestructivos.

- **Síntomas Interpersonales:**

Las personas deprimidas poseen un notable deterioro en sus relaciones con los demás. Es común que estos pacientes se quejen del rechazo de las personas que les rodean, situación que los lleva a aislarse más de su círculo social.

2.4 Factores Precipitantes y de Riesgo

Existen múltiples factores que se pueden considerar como precipitantes de la depresión, pero en general, las privaciones y frustraciones que rebasan los límites de la tolerancia individual son los principales factores precipitantes de la depresión. Lo anterior obedece a que las personas deprimidas son especialmente vulnerables a cualquier situación o evento que dañe o amenace seriamente la satisfacción de sus necesidades de dependencia profunda y todo lo que minimice su sentido de autoestima. Para Cameron, 1990, entre los factores precipitantes más comunes tenemos:

a. “Pérdida de Amor o de Apoyo Emocional:

La persona deprimida siempre ha necesitado del apoyo emocional para asegurar su inestable autoestima. La pérdida o amenaza de pérdida de un amor, significa para esta persona un ataque a la parte más vulnerable de su sistema de personalidad. Las pérdidas, abandonos y desilusiones perturban profundamente el equilibrio interior de la persona dependiente, produciéndole abatimiento, hostilidad y culpa.

b. Fracasos Personales o Económicos:

El fracaso ataca directamente el núcleo del sistema de seguridad con el que la persona dependiente trata de cubrirse. La pérdida de poder, prestigio, propiedades, dinero, fuerza, salud, belleza, juventud, pueden separar a la persona de fuentes importantes de apoyo moral y material.

c. Nuevas Responsabilidades:

Las nuevas responsabilidades, o las posibilidades de que las haya, pueden desencadenar un episodio depresivo.”

El estudio de la depresión en la adolescencia debe incluir todos los elementos que afectan al individuo, cultura a la cual pertenece, ambiente social y físico que lo rodea, los aspectos psicológicos, calidad de las relaciones interpersonales y familiares, las condiciones biológicas y circunstancias y momento histórico en que vive el individuo; elementos que se interrelacionan en una compleja red de factores que se desarrollan a lo largo de su vida.

La depresión ha sido asociada, por la heterogeneidad de factores que intervienen en su aparición al síndrome de riesgo en la adolescencia, que según Pardo, 2004, “consiste en la presencia simultánea y covariada de factores de riesgo asociada a la presencia de los cuatro problemas típicos en la salud del adolescente: a) abuso de sustancias, b) embarazo o iniciación sexual temprana, c) deserción escolar o problemas de rendimiento académico, y d) delincuencia.”.

2.5 Variables Asociadas a la Depresión en la Adolescencia

La literatura consultada y revisada para la elaboración del marco teórico-conceptual de nuestro trabajo investigativo, señalan que cuando se habla de variables asociadas a la adolescencia, se deben involucrar todos aquellos factores que de una forma u otra, ejercen influencias sobre el ser humano, sean estos biológicos, físicos, culturales, sociales, psicológicos o medioambientales, ya que todos ellos se interrelacionan conformando un complejo y bien organizado sistema de factores que se hacen presente y se desarrollan a lo largo del ciclo vital del ser humano, para ejercer sus influencias positivas o negativas de acuerdo a las circunstancias específicas de cada individuo.

Siguiendo los planteamientos de Pardo A. (2004) entre las múltiples variables asociadas a la depresión cabe describir las que a continuación se mencionan:

- a) **Eventos Estresantes:** Durante la vida del ser humano son innumerables los eventos estresantes con los cuales suele encontrarse el individuo, pero durante el período de la adolescencia éstos parecen cobrar mayor fuerza y convertirse en gigantescos monstruos que atentan contra la estabilidad emocional y el proceso de adaptación del

joven adolescente, a circunstancias tales como por ejemplo el ingreso a la universidad, la elección de carrera, el inicio de la actividad laboral, alejamiento del vínculo con las figuras parentales, la elección de pareja, el matrimonio, los cambios de residencia, la enfermedad grave propia o de familiares, la muerte de familiares cercanos o amigos, el divorcio, la separación, el abuso o maltrato físico, psicológico o sexual.

- b) **Factores Familiares:** Siendo la familia el eje central del proceso de socialización de niños y adolescentes, donde encontramos los patrones de crianza y educación, donde se observan los modelos de relaciones familiares y sociales establecidos por los padres, se espera que ese mismo núcleo familiar le permita al individuo desarrollar una serie de habilidades y destrezas útiles para su vida de relaciones y le enseñe igualmente, a superar las limitaciones que se puedan presentar. La relación padre-hijo es esencial para el desarrollo afectivo del individuo y ha sido asociado a la presencia de síntomas depresivos durante la adolescencia, pues aquellos que tienen vínculos pobres con sus padres tienden a ser más vulnerables a la presencia de síntomas depresivos cuando se enfrentan a situaciones vitales adversas en comparación con aquellos que tienen estilos de relación más cercanos y de mayor soporte emocional con los padres.

Inmerso en esta misma variable, se encuentran el factor socioeconómico y los cambios en la estructura familiar, los divorcios, separaciones, escasez de recursos económicos son también elementos asociados a la depresión en la adolescencia, cuando dichas condiciones han sido percibidas por personas que cuando niños experimentaron estas situaciones.

- c) **Soporte Social:** Debe ser entendido como la necesidad de ser amado, respetado y estimado por los demás, recordemos en este sentido la Pirámide de Necesidades de Maslow. Se ha encontrado que la pérdida o disminución de soporte social asociado a relaciones sociales negativas, suscita mayores dificultades para el bienestar psicológico del o la adolescente. En contraste, con relaciones sociales positivas y buen mantenimiento del soporte que fomenta el bienestar psicológico del o la adolescente. Y es que la necesidad de pertenencia a un grupo y la estimación de los pares constituye

un elemento esencial en la vida de todo adolescente. Desde esta perspectiva, el rechazo por parte de los pares, la no pertenencia a un grupo puede convertirse en una experiencia frustrante para él o la joven adolescente. De esta manera, el grupo de pares se convierte en un patrón de referencia, a través del cual el joven tiene la oportunidad de tomar decisiones de común acuerdo con sus compañeros, de obtener poder, prestigio, seguridad y libertad, experimentando conjuntamente emociones, ideas, metas, aspiraciones, esperanzas que difieren con los valores y normas de los adultos vinculados con el adolescente, como sus padres, profesores, entrenadores, etc.

- d) Conductas Problemas Co-Ocurren:** La depresión en la adolescencia ha sido asociada con conductas consideradas como problemáticas, entre ellas el abuso de sustancias y el suicidio.

d.1 El Abuso de Sustancias: Generalmente es en la época de la adolescencia en donde suele iniciarse el consumo de sustancias, debido principalmente a la presión de los pares, la búsqueda de popularidad y la depresión.

d.2 El Suicidio: Una de las principales consecuencias que destacan muchos autores que escriben sobre la depresión es el suicidio. Es reconocido como uno de los predictores de los intentos de suicidio los episodios depresivos previos, con inquietud, frustración, enojo e intenciones de morir referidas desde la infancia, en niños que han tenido una infancia triste.

- e. Condiciones Socioambientales:** Uno de los factores de mayor relevancia dentro de esta variable asociada a la depresión es la escasez de recursos económicos y es una de las que ejerce mayor influencia en los síntomas depresivos de los jóvenes adolescentes. Algunos elementos que coadyuvan con esta condición son la edad en la que ocurre el embarazo (especialmente si es un embarazo en la adolescencia), el nivel educativo, el estado civil de la pareja, el pobre apoyo emocional y las pocas habilidades parentales para la crianza. La mayoría de los estudios realizados en este aspecto, concluyen que el vivir en vecindarios marginales, donde imperan los problemas sociales como la

violencia, el crimen, la falta de recursos comunitarios, son síntomas predictivos de depresión en la adolescencia.

2.6 Criterios Diagnósticos de la Depresión según el DSM-IV

Durante mucho tiempo la existencia de trastornos del humor en edades tempranas como la infancia y la adolescencia fueron desestimadas por los especialistas del ramo y la sociedad en general, pues había la creencia popularizada de que en estas edades no había lugar para sentimientos de tristeza, abatimiento, preocupaciones o sentimientos de culpabilidad. Sin embargo, la evidencia revelada por diversos estudios, desafortunadamente, no deja lugar a dudas, de que la existencia de tales sentimientos es un hecho fehaciente, incluso en edades tempranas.

A pesar de que los estudios demuestran la existencia de trastornos del humor en edades tempranas, la depresión en la etapa infantil y la adolescencia ha sido objeto de debates en el mismo campo de la psicopatología, dado que muchos especialistas cuestionaban su validez como entidad nosológica, debido a que su supuesta sintomatología, como llanto, falta de apetito, etc., suelen ser parte del proceso de desarrollo evolutivo normal en estas edades, soliendo desaparecer espontáneamente con el tiempo. Con el transcurrir del tiempo y los datos de nuevas investigaciones, se logró considerar que la presencia de un estado de ánimo irritable en diversos problemas propios de la infancia y de la adolescencia, tales como dificultades en el aprendizaje escolar, hiperactividad, conducta antisocial, ansiedad de separación, anorexia nerviosa, rechazo escolar, etc., deberían ser considerados como posibles indicadores de que la depresión es un trastorno latente que se puede manifestar de diversas formas.

No obstante lo anotado en el párrafo anterior, muchos casos de depresión en adolescentes no es diagnosticada, ni tratada. Esto sugiere la idea de que uno de los primeros pasos para el manejo y tratamiento en pediatría de la depresión en niños y adolescentes, es su reconocimiento.

Hablamos de un episodio depresivo mayor cuando por un período al menos, de dos semanas, existe un estado de ánimo deprimido o la pérdida del interés o placer, lo que supone un cambio notable en el funcionamiento previo del individuo.

Se reconoce que la depresión mayor es un trastorno que se desarrolla en la infancia y la adolescencia con rasgos sintomáticos semejantes a la edad adulta, pero se acepta también, que pueden existir variaciones en la expresión de los síntomas, alteraciones de la conducta, molestias somáticas o hiperactividad, de acuerdo al período de desarrollo emocional y cognitivo en el que se encuentra el individuo.

Como lo plantea Villalobos (2008), el DSM-IV define el episodio mayor de depresión para los niños y los adolescentes casi como la define para los adultos, pero con unas pequeñas excepciones. Igualmente, Sánchez (2005), presenta que los criterios utilizados para el diagnóstico de un episodio depresivo mayor en el niño y el adolescente son semejantes a los del adulto, salvo dos observaciones. En primer lugar, que el estado de ánimo en niños y adolescentes puede ser irritable como un equivalente al ánimo deprimido, y en segundo lugar, más que valorar pérdida de peso o aumento de peso (propio del adulto), se valorará el fracaso en lograr los aumentos de peso esperables.

El estado de ánimo deprimido debe estar acompañado de un malestar o deterioro significativo, y no ser el resultado de cualquier condición pediátrica o de los efectos de una medicación o droga.

El DSM-IV-TR, (2003), define un episodio depresivo mayor como un síndrome, en el cual, deben de estar presentes al menos 5 de los siguientes síntomas durante un periodo de dos o más semanas y representan un cambio respecto del desempeño previo: por lo menos uno de los síntomas es (1) estado de ánimo depresivo o (2) pérdida del interés o placer:

Criterios Diagnósticos Episodio Depresivo Mayor según DSM-IV-TR

A (1) Estado de ánimo depresivo la mayor parte del día, casi todos los días indicado por el

Relato subjetivo o por observación de otros.

- (2) Marcada disminución del interés o del placer en todas, o casi todas las actividades durante la mayor parte del día, casi todos los días.
 - (3) Pérdida significativa de peso sin estar a dieta o aumento significativo, o disminución o aumento de apetito casi todos los días.
 - (4) Insomnio o hipersomnia casi todos los días.
 - (5) Agitación o retraso psicomotores casi todos los días.
 - (6) Fatiga o pérdida de energía casi todos los días.
 - (7) Sentimientos de desvalorización o de culpa excesiva o inapropiada (que puede ser delirante) casi todos los días (no simplemente autorreproches o culpa por estar enfermo).
 - (8) Menor capacidad de pensar o concentrarse, o indecisión casi todos los días (indicado por el relato subjetivo o por observación de otros).
 - (9) Pensamientos recurrentes de muerte (no sólo temor de morir), ideación suicida recurrente sin plan específico o un intento de suicidio o un plan de suicidio específico.
- B Los síntomas no cumplen los criterios de un episodio mixto.
- C Los síntomas provocan malestar clínicamente significativo o deterioro del funcionamiento social, laboral o en otras esferas importantes.
- D Los síntomas no obedecen a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (por

ejemplo, una droga de abuso, una medicación), ni a una enfermedad médica general (por ejemplo hipotiroidismo).

- E Los síntomas no son mejor explicados por el duelo, es decir, que tras la pérdida de un ser querido, los síntomas persisten por más de 2 meses o se caracterizan por visible deterioro funcional, preocupación mórbida con desvalorización, ideación suicida, síntomas psicóticos o retraso psicomotor.

Criterios especificadores de gravedad/características psicóticas/ remisión del episodio depresivo mayor actual (o más reciente) del DSM-IV-TR

Nota: codificar en el quinto dígito. Leve, moderado, grave sin características psicóticas y grave con características psicóticas se pueden aplicar sólo si actualmente se cumplen los criterios del episodio depresivo mayor. En remisión parcial o en remisión completa se pueden aplicar al episodio depresivo mayor más reciente del trastorno depresivo mayor y a un episodio depresivo mayor del trastorno bipolar I o II, sólo si éste es el tipo más reciente de episodio de estado de ánimo

Leve: Pocos síntomas o ninguno, aparte de los requeridos para arribar al diagnóstico y los síntomas provocan sólo deterioro menor del desempeño laboral o de las actividades sociales habituales o de las reacciones con los demás.

Moderado: Síntomas o deterioro funcional entre “leve” y “grave”.

Grave sin características psicóticas: Varios síntomas aparte de los requeridos para arribar al diagnóstico y síntomas que interfieren notoriamente con el desempeño laboral, o las actividades sociales habituales o las relaciones con los demás.

Grave con características psicóticas: ideas delirantes o alucinaciones. Si es posible, especificar si las características psicóticas son congruentes o incongruentes con el estado de ánimo.

- a) Características psicóticas congruentes con el estado de ánimo: ideas delirantes o alucinaciones, cuyo contenido es completamente compatible con los temas depresivos habituales de inadecuación personal, culpa, enfermedad, muerte, nihilismo o castigo merecido.
- b) Características psicóticas incongruentes con el estado de ánimo: ideas delirantes o alucinaciones, cuyo contenido no corresponde a los temas depresivos habituales de inadecuación personal, culpa, enfermedad, muerte, nihilismo o castigo merecido. Se incluyen síntomas, como ideas delirantes de persecución (no directamente relacionados con temas depresivos), inserción del pensamiento, transmisión del pensamiento e ideas delirantes de control.

Criterios diagnósticos del trastorno depresivo mayor, episodio único, del DSM-IV-TR.

- A. Un solo episodio depresivo mayor.
- B. El episodio depresivo mayor no es mejor explicado por trastorno esquizoafectivo, y no se sobreagrega a esquizofrenia, trastorno esquizofreniforme, trastorno delirante, ni trastorno psicótico sin otra especificación.
- C. Nunca ha habido un episodio maníaco, un episodio mixto, ni un episodio hipomaníaco. Nota: Esta exclusión no se aplica si todos los episodios tipo maníaco, tipo mixto tipo hipomaníaco son inducidos por sustancias o tratamiento, o se deben a los efectos fisiológicos de una enfermedad médica general.

Si actualmente se cumplen los criterios completos de un episodio depresivo mayor, especificar su estado clínico y/o características actuales:

- Leve, moderado, grave sin características psicóticas/grave con características psicóticas.

- Crónico
- Con características catatónicas
- Con características melancólicas
- Con características atípicas,
- Con inicio posparto

Dado que la depresión en niños y adolescentes puede presentarse bajo diversas manifestaciones e incluso disfrazada de cualquier trastorno presente en determinados cuadros psicopatológicos, lo más importante para su reconocimiento y diagnóstico, es la mirada cautelosa como parte de la exploración para la elaboración de un historial clínico detallado y una especial atención a la información proporcionada por los cuidadores, principalmente padres y maestros, sin dejar a un lado, a los pares.

CAPÍTULO II

FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA

“La mejor terapia es la que te hace comprender que la misma persona se da cuenta que todo el tiempo tuvo la solución frente a sus ojos, sólo era cuestión de quitarnos la venda. Pero que a veces es necesario un empujoncito profesional para lograrlo”.

Anónimo

PSICOTERAPIA

1. Intervención Psicoterapéutica de Apoyo

1.1 Psicoterapia e Intervención Psicológica

Con mucha frecuencia, al utilizar el término de psicoterapia en la atención de pacientes y en la literatura especializada, nos encontramos con un concepto estrechamente ligado al de psicoterapia y es el de intervención, incluso han sido utilizados como sinónimos; Wolberg (1967), citado por Trull y Phares (2003), proporciona una definición general de Psicoterapia y nos dice que: “Psicoterapia es una forma de tratamiento para problemas de naturaleza emocional en que una persona capacitada establece de manera deliberada una relación profesional con un paciente con objeto de eliminar, modificar o retardar síntomas existentes, de mediar patrones de comportamiento perturbados y de promover el crecimiento y desarrollo de la personalidad positiva”.

Esto nos lleva a considerar que la psicoterapia es la relación profesional establecida entre el terapeuta y el paciente con el objetivo de lograr el alivio de sus síntomas depresivos, angustias e incapacidades o de promover cambios en la conducta del individuo que le devuelva el equilibrio momentáneamente perdido y la adaptación necesaria a sus nuevas condiciones de vida.

Por otro lado, la intervención psicológica es según Trull y Phares (2003), un método para inducir cambios en el comportamiento, pensamientos o sentimientos de una persona.

Los profesionales de la psicología clínica recurren a la intervención para ayudar a las personas a superar sus problemas y lograr una mejor adaptación en su vida. Algunas razones para utilizar la intervención clínica, son según Kendall y Norton-Ford (1988), mejorar, prevenir y superar:

- **Mejorar:** es ayudar a las personas a superar problemas existentes.
- **Prevenir:** es adelantarse a los problemas antes de que ocurran.
- **Superar:** es ayudar a las personas a mejorar sus capacidades personales, sus relaciones en el medio en que viven. Esto tiene como objetivo mejorar la calidad de vida de la persona más que resolver problemas o trastornos.

Las intervenciones, ya sean para el mejoramiento, la prevención o la superación, son importantes en una amplia gama de servicios psicológicos.

Al hablar de intervención terapéutica de apoyo, explica Luz Aragonés (2009) nos referimos al propósito del terapeuta de proporcionar al paciente un espacio psicológico de escucha y atención que le brinde una descarga para la angustia y el retorno a la estabilidad emocional.

1.2 Principios Básicos

- Reconocer en las personas la capacidad para resolver sus problemas cuando se establece una relación de ayuda y se le ofrece la oportunidad y el apoyo para hacerlo.
- Se trata de intervenciones breves, frente a la situación problema, que presenta el paciente en la que el profesional de la salud mental intenta ayudar y acompañar en sus esfuerzos para enfrentar y encontrar la solución a sus problemas.
- Proporciona alivio al paciente frente a la excesiva estimulación de los estresores.
- Se hace énfasis principalmente, en los eventos precipitantes ambientales.
- Puede ser tan valiosa como la prescripción de medicamentos para suprimir síntomas.

La relación que se establece en esta situación, brinda el soporte emocional y aliento al paciente, pero de ninguna manera significa que el terapeuta asume su responsabilidad y problemas como si fueran propios.

1.3 Objetivos

La psicoterapia de apoyo tiene como objetivo básico que el paciente retorne a su nivel de equilibrio emocional, a través de la reducción de los síntomas que generan ansiedad y que perturban al yo mal estructurado.

Permite también restaurar las defensas del paciente a través de los elementos cognitivos, ayudando a que el paciente alcance un nivel satisfactorio de funcionamiento personal, social y laboral.

1.4 Metas

- Alivio de la crisis o reducción del desequilibrio agudo.
- Remoción de síntomas.
- Restablecimiento de homeostasis psíquica.
- Recuperación de la adaptación.
- Movilización y preservación de los aspectos saludables del paciente para que funcione mejor.
- Buscar disminuir la angustia y el miedo, estableciendo una relación de confianza y apoyo en la persona para propiciar cambios en la interacción social y sus estilos de vida.
- Lograr la expresión de sus sentimientos.
- Fortalecer al paciente mediante la clarificación de su situación y el ofrecimiento de información sobre posibles opciones de solución.
- Ayudar a hacer uso de su red de soporte social.
- Evaluar el logro de sus metas.

1.5 Indicaciones

La psicoterapia de apoyo está indicada en una gran variedad de situaciones y trastornos, como medida de soporte para la búsqueda del alivio de la angustia y el restablecimiento del equilibrio perdido.

- Personas en crisis aguda o estados temporales de desorganización e incapacidad para funcionar, como por ejemplo, pérdida de seres queridos, divorcios, enfermedades crónicas, pérdida del trabajo, víctimas de crímenes, abusos, desastres naturales o accidentes.
- Pacientes con enfermedad física crónica de necesidad mortal.
- Pacientes con discapacidad física o déficits mentales que son particularmente vulnerables y difíciles de someterse a otras formas de psicoterapia.
- Pacientes con poca tolerancia a la ansiedad y dificultades para manejar la frustración.
- Pacientes con enfermedades psicosomáticas, tales como asma, úlceras gastrointestinales, colon irritable, psoriasis.
- Pacientes con relaciones interpersonales severamente deterioradas.

1.6 Cualidades del Terapeuta de Apoyo

El personal especialista en psicoterapia de apoyo además, de tener buenas intenciones que es importante, pero de ninguna manera suficiente, requiere de ciertas cualidades, habilidades y conocimientos especializados en el área de psicoterapia.

- Ser sensible, cálido, empático le permitirá colocarse en el lugar del paciente y le ayudará a aceptar y comprender sus experiencias, sentimientos y pensamientos.

- Aceptar al paciente sin criticarlo, ni juzgarlo, sin prejuicios.
- Actuar sobre hechos objetivos, evitando en lo posible hacer suposiciones.
- Evitar asumir la responsabilidad de la solución de los problemas del paciente. Lo saludable es ayudar al paciente para que lo haga por sí mismo.
- Conocer sus limitaciones y de ser necesario hacer la referencia del caso.

1.7 La Entrevista

Por lo general, la entrevista inicial consta de tres momentos fundamentales, los cuales pueden tener algunas variaciones tomando en consideración el estado en que se encuentre el paciente.

- **Primer Momento: Logrando Confianza**

Este primer momento es esencial en toda psicoterapia y la base del tratamiento a seguir. Se deben lograr algunas metas:

- Lograr la confianza del paciente, demostrando una actitud de profundo respeto hacia ella.
- Brindar privacidad, hacerle conocer el trato confidencial de su problema, esto dará seguridad y le animará a expresar sus sentimientos.
- Escuchar activamente, con genuino interés, tranquilidad, estableciendo contacto visual, realizando seguimientos verbales a su conversación, pero evitando interrumpirla en su relato.
- Evitar hacer falsas promesas de que todo saldrá bien.

- Segundo Momento: Conociendo el Problema
- Lograr que el paciente comunique su problema y verbalice sus sentimientos es un paso fundamental en la búsqueda de soluciones.
- Este momento es de utilidad también, para hacer un diagnóstico previo y hacer las referencias correspondientes de ser necesario.
- Ayudar a definir con objetividad el problema sin juzgar, criticar, compadecer o generalizar. A pesar de que los casos puedan parecerse cada uno es único.
- Aclare, pregunte cuando algo está confuso o no se haya expresado lo suficientemente claro, de lo contrario, actuará sobre la base de suposiciones restando objetividad a sus intervenciones.
- Permitir al paciente la expresión de sentimientos hacia sí mismo, hacia el resto de los miembros de su familia y sus percepciones sobre la situación que vive.
- Evitar solicitar información innecesaria o por curiosidad.
- Tercer Momento: Explorando Alternativas

Es un momento de importancia para explorar con el paciente las posibles alternativas de tratamiento y de solución a los problemas.

- Tener en consideración que el problema no desaparecerá hasta que no se haga algo.
- Ayude a explorar sus alternativas para solucionar el problema.
- ¿Qué ha pensado hacer?

- ¿Cuáles son las opciones que tiene?
- ¿Conoce lo necesario para tomar decisiones?
- ¿Cuáles son los posibles riesgos y beneficios que acompañan a cada alternativa?
- Si el paciente no puede tomar decisiones necesarias para su seguridad, por su estado de crisis, actúe activamente y haga lo necesario para protegerlo a él y a otros miembros de su familia.
- Eduque sobre autoestima, comunicación, según las necesidades de cada caso particular.

1.8 Ventajas de la Psicoterapia de Apoyo

- Estrecha la relación terapeuta-paciente.
- Mejora la calidad de vida de los pacientes.
- Contribuye a la supervivencia en enfermedades que comprometen la vida.
- Fortalece la salud física y mental

La psicoterapia como forma de comunicación entre personas es tan antigua como el lenguaje, pues buscar a alguien que quiera escuchar, comprender, dar un consejo, ayudar a buscar soluciones a frustraciones, ansiedades o angustias y organizar estas comunicaciones para tratar de solucionar una situación o mejorar el estado de ánimo de una persona, es lo que se conoce como psicoterapia. No quiere esto decir, que psicoterapia es una simple conversación entre dos personas, en las que una da consejos u orientación, ni tampoco implica que cualquier individuo pueda llamarse terapeuta.

La psicoterapia (implica una relación entre el terapeuta y el paciente) como la forma en que el terapeuta pretende ayudar, mejorar o modificar la conducta de su paciente, implica establecer una relación de trabajo con ciertas características que la distinguen de otras formas de relación entre las personas. La forma en que se establece la relación de trabajo, el encuadre, como se le ha llamado, las circunstancias que el terapeuta prepara para que la persona hable de sí misma, la escucha atenta, el genuino interés mostrado por el terapeuta hacia el cliente, la narración de los hechos que le preocupan, el conocimiento y preparación profesional del terapeuta, su experiencia práctica, las intervenciones, aclaraciones y confrontaciones que hace en búsqueda de mayores datos sobre la historia del paciente; hacen que esta relación sea distinta y especial a cualquier otra. De esta manera, como bien lo plantea Garfield (1984), se puede decir que la psicoterapia, se fundamenta en la experiencia interpersonal, terapeuta-paciente, mediante la cual el paciente con la ayuda del terapeuta adquiere una mayor esperanza para mejorar su situación, logra reorganizar sus percepciones, obtiene cierto conocimiento de su problema y, posiblemente, alcanza también modificar su conducta en un sentido positivo.

Debemos recordar que además, la consulta y la terapia suelen ser solicitadas directamente por el cliente, los padres o la familia, maestros, etcétera y que el psicólogo clínico debe tener presente los objetivos de quien solicita el servicio y procurar que las metas de la consulta o terapia combinen los esfuerzos del cliente y la evaluación profesional del clínico, asegurándose que los objetivos del cliente sean considerados prioritariamente.

Toda intervención suele tener objetivos cuidadosamente planificados de tal manera que conduzcan al mejoramiento de la situación de aquel que busca ayuda. Para Kendall y Norton-Ford (1988), estos objetivos se pueden sintetizar en dos:

- 1) Ayudar al cliente a adaptarse mejor a su situación actual,
- 2) Ayudar al cliente a modificar su situación.

La intervención psicoterapéutica es empleada en una extensa gama de servicios psicológicos, entre ellos, los llamados servicios de emergencia o primeros auxilios emocionales en los que se observan una serie de procedimientos que describimos a continuación:

1) Realización del Contacto Psicológico:

Se le puede llamar “empatía” con los sentimientos de una persona durante una crisis. Lo principal es escuchar a la persona, conocer cómo percibe la situación y se comunica.

Se invita a la persona a hablar, se escucha con atención la narración de lo que pasó y cómo reaccionó la persona ante el acontecimiento, qué sentimientos estuvieron presentes.

El objetivo de este primer contacto, es que la persona sienta que la escuchan, aceptan, entienden y apoyan; esto conduce a la disminución de la ansiedad y reduce el dolor de estar solo ante una situación inesperada, como por ejemplo, un accidente automovilístico, pérdida inesperada de un ser querido, un embarazo temprano.

2) Analizar las Dimensiones del Problema:

La exploración debe enfocarse en tres áreas:

- Pasado Inmediato: (remite a las circunstancias que condujeron al estado depresivo);
- Presente: involucra necesariamente las preguntas de “quién, qué, cómo, dónde, cuándo;
- Futuro Inmediato: se dirige hacia las posibles dificultades para la persona y sus familiares, por ejemplo, ¿qué opciones educativas, personales y laborales tiene una adolescente, después de saber que está embarazada?

3) Sondear las Posibles Soluciones:

Se refiere a identificar las opciones de solución tanto para las necesidades inmediatas como para los que se puedan presentar a lo largo del período de embarazo. Esto significa llevar a la persona a plantear alternativas de solución, pero también a analizar los posibles obstáculos o dificultades para la realización de una solución en particular.

4) Asistencia en la Ejecución de Pasos Concretos:

Es ayudar a la persona a realizar una acción concreta, a dar el mejor paso posible para mejorar su situación; el terapeuta tiene una actitud orientadora o directiva para ayudar al paciente.

5) Seguimiento para Verificar el Progreso:

Este paso se puede realizar mediante la concertación de una entrevista pasado un lapso prudencial (un mes) después de finalizar las sesiones de trabajo acordadas previamente al inicio del tratamiento.

Las adolescentes que experimentan un embarazo temprano, requieren de ayuda para enfrentar esa situación imprevista, que puede causar entre otras manifestaciones ansiedad, estrés, depresión y otros síntomas de desequilibrio psicológico, que es donde precisamente la psicoterapia de apoyo, como tratamiento de duración limitada puede brindar alivio a los síntomas depresivos y devolver la homeóstasis psicológica perdida. Por esto nuestra propuesta de tratamiento psicológico para esta investigación consiste en la psicoterapia de apoyo como metodología de intervención.

La psicoterapia de apoyo es un procedimiento que utiliza una variedad de recursos con el propósito de restituir o reforzar las defensas *yoicas* en pacientes que perciben su medio

ambiente como amenazante, enseñándoles a enfrentarse con éxito a sus dificultades emocionales.

El objetivo fundamental de la psicoterapia de apoyo es lograr que el paciente retorne al nivel de equilibrio emocional previo, a la situación que precipitó sus síntomas depresivos.

La psicoterapia de apoyo se vale de una serie de técnicas que toman en consideración una serie de factores como los rasgos de personalidad, edad, educación, naturaleza del problema, etc., y que buscan reducir los síntomas y mantener, restaurar o mejorar las funciones del *ego*, la autoestima y las habilidades adaptativas de la persona.

El trabajar con la autoestima de la persona, le devolverá la sensación de eficacia, confianza, esperanza y el respeto por sí mismo, atenuados por la situación de embarazo que precipitó la aparición de síntomas depresivos.

Las funciones del *ego*, que incluyen el juicio y prueba de realidad, pensamiento, formación de defensas, regulación del afecto, entre otras, que pudieran estar alteradas transitoriamente, son también tratadas con la psicoterapia de apoyo, buscando mantenerlas, reforzarlas o mejorarlas.

Las habilidades adaptativas que brindan indicios de un funcionamiento afectivo, son evocadas para ayudar al paciente a utilizarlas para enfrentar y superar victoriosamente sus problemas emocionales.

Muchas de las técnicas de la psicoterapia de apoyo contienen elementos del ambiente cotidiano, que surgen de la conversación entre terapeuta-paciente. No sugiere esto, que la psicoterapia de apoyo puede ser practicada por cualquier persona, sin la debida preparación académica y profesional.

2. TERAPIA DE APOYO: UN BREVE VISTAZO HISTÓRICO

2.1 Antecedentes de la Terapia de Apoyo: Métodos Pioneros.

La Terapia de Apoyo actual encuentra sus pioneros hace miles de años, con la magia, la filosofía, la religión y la medicina; desde el momento en que una persona escuchaba a otra y le daba consejos o recomendaciones para mejorar o solucionar sus dificultades.

Inicialmente las explicaciones acerca de la conducta normal o anormal fueron relacionadas con aspectos sobrenaturales y místicos. Asociadas a aspectos animistas, como enfermedades debidas a fenómenos de posesión, un alma u objeto extraño ocupa el alma del paciente. La sesión terapéutica consistía en un ritual efectuado por el hechicero o el chamán, por lo general en presencia de la tribu o comunidad y cuyo objetivo era el retorno del alma al paciente y la expulsión del objeto o alma posesiva.

También en este aspecto, la religión jugó un papel importante, al desarrollar una concepción propia acerca de la conducta anormal y su tratamiento, al vincular los trastornos mentales como producto de una voluntad sobrenatural y la transgresión de normas religiosas y cuya curación iba acompañada de un castigo ejemplar. El pecado se convierte en la causa de todo mal y la confesión del mismo en el tratamiento curativo Pero también marcó un hito importante entre las antiguas concepciones y un pensamiento más racional, al hacer una clara distinción entre un mundo simulado y otro mundo más real o verdadero.

Es así, como la psicoterapia actual va modernizando sus orígenes derivados de la tradición filosófica y médica; desde el animismo y misticismo de la antigüedad hacia una concepción más racional.

En la antigüedad encontramos la existencia de una relación especial entre una persona (el paciente) y un curandero, hechicero, sacerdote (el terapeuta), que escucha y que los demás buscan porque confían en él, éstos utilizaban como tratamiento o remedios recomendados, el

descanso, la meditación, la oración, el vacacionar en lugares tranquilos, llenos de exuberante vegetación y donde la naturaleza hace gala de su gran belleza.

Es en este rápido recorrido histórico que encontramos a Henry Ellenberger (1970, citado por Berroa de González (2011), que en su obra *The Discovery Unconscious*, reseña cinco curas empleadas hace siglos atrás, ideadas para tratar de dar respuesta a los padecimientos típicos de la época.

- a. La Extracción (eliminación) del Objeto Patógeno, empleada para tratar aquellas dolencias en las que se creía que un objeto extraño y nocivo (insectos o animales pequeños) entraban al cuerpo del paciente originando la enfermedad. El método requería que el curandero secretamente introdujera en su boca alguna parte del objeto patógeno y succionaba el área enferma. Como un gran triunfo se creaba el objeto patógeno y el paciente era declarado curado. Esto no es otra cosa, que la dramatización de un truco, pero en aquella época era grandemente utilizado y con frecuencia resultaba exitoso.
- b. La Restauración (recuperación del Alma). Empleada para el tratamiento de aquellas afecciones en las que se pensaba que el alma del paciente se había ido o había sido robada de su cuerpo. Luego de una extensa ceremonia, el alma perdida era localizada, rescatada y devuelta al cuerpo legítimo del paciente, quedando así éste curado.
- c. Eliminación de Espíritus Malignos. Era empleada en aquellos pacientes cuya enfermedad era considerada como consecuencia de la posesión de su cuerpo por parte de un espíritu maligno. Este tratamiento presentaba varias etapas: 1) método mecánico, que podía ser golpear al paciente, producir sonidos u olores intimidantes, desangrar al paciente; 2)) transferir el espíritu maligno a otra persona, animal o cosa; 3) exorcizar al paciente, para sacar fuera al espíritu maligno a través de medios psicológicos.
- d. Confesión. Ampliamente utilizada para tratar aquellas enfermedades debidas al quebrantamiento de normas religiosas, de un tabú tribal, etc. El tratamiento era

acompañado de un castigo representativo para aumentar su efectividad y como ejemplo para los demás.

- e. **Contramagia.** Empleada para tratar a aquellas personas que habían enfermado como producto de la hechicería, un embrujo maligno arrojado al paciente. La magia buena del curandero era declarada como más poderosa que la magia mala del hechicero, la cual era utilizada para combatirla, liberando y curando de esta manera al paciente.

Los tratamientos descritos, si bien es cierto son primitivos, tenían algunas cosas en común, que para aquellos tiempos lograban la curación de la persona que padecía una dolencia. Por ejemplo, la figura del curandero, era la de una persona que gozaba de gran aceptación, prestigio y poder dentro de la comunidad; el sujeto enfermo, en estado regresivo, creía totalmente que el curandero lo curaría, creencia centrada en la persona (curandero) y no en la técnica en sí; los métodos utilizados por el curandero, eran fundamentalmente de naturaleza psicológica, aunque a veces eran acompañados de varios actos físicos.

La naturaleza de estas técnicas descansa sobre la base de una relación particular entre el paciente regresivo y el idealizado y poderoso curandero y es a través de esta relación transferencial que se aumentaba la docilidad y obediencia (sugestión) del paciente a las recomendaciones o consejos del curandero. La curación se daba mediante la sugestión, apoyada algunas veces, por trucos y espectáculos.

Siguiendo la historia, para los siglos XVI al XVIII, surge un pensamiento opuesto a la demonología ofreciendo una visión más humanista acerca de las enfermedades mentales. Para la época de la revolución francesa, las enfermedades mentales eran consideradas como producto de factores psicológicos y sociales, se empezaba a enfatizar la naturaleza emocional de estos trastornos.

2.2 Los Primeros Psicoanalistas (1910 – 1930)

Inicialmente las técnicas de la terapia de apoyo estaban fundamentadas básicamente en la sugestión, asistida por elementos mágicos, de teatralidad y trucos para mantener el interés y credulidad de las personas. Esto no fue bien recibido por los psicoanalistas de aquella época, por lo que el tratamiento de apoyo no recibió una acogida favorable. Por otro lado, algunos investigadores decidieron aplicar su entendimiento psicoanalítico para tratar de comprender cómo lograba su efecto positivo, la terapia de apoyo.

Fue así, como en esta época, Ernest Jones (1912), citado por Berroa de González 2011), proponía que la sugestión estaba supeditada a la transferencia positiva del paciente en relación al tratante (el terapeuta). Sostuvo que esta transferencia poseía elementos eróticos y que a pesar de ser común y normal, se presentaba mayormente en pacientes con una profunda psiconeurosis, lo que los volvía más sensible a los efectos de la terapia.

Para Jones, la sugestión jugaba un papel importante en todos los tratamientos psicoterapéuticos, exceptuando al psicoanálisis. Planteaba que en la psicoterapia de apoyo, los deseos reprimidos eran desplazados hacia el terapeuta (transferencia), provocando una mejoría de los síntomas. En oposición, en el psicoanálisis los deseos reprimidos se vuelven conscientes, la transferencia es analizada de tal manera que estos deseos quedan disponibles para ser sublimados o para emplear otros mecanismos de defensa más saludables para tratar los conflictos inconscientes.

Para esta época, se planteaba la necesidad de la existencia de una relación transferencial entre el paciente y el tratante para hacer posible la sugestión y con ello la mejoría o cura. Esta transferencia se suponía positiva, inconsciente, de carácter sexual y que tenía sus orígenes en fantasías eróticas infantiles reprimidas.

2.3 Psicoterapia de Apoyo (1930 -1950)

Para esta década, los investigadores fijaban su mirada a la forma de interpretación que se hacía de los conflictos y síntomas del paciente. Postularon, entre ellos, Glover (1931), citado por Berroa de González (2011), que el terapeuta de apoyo efectivo es aquel que no toma en cuenta, quizás porque no es especialista psicoanalítico, la situación o conflicto psicoanalítico, en su lugar hace acopio de su experiencia médica, recomendando cambios en el entorno y conductas del paciente, lo que puede reducir la ansiedad y con ello, los síntomas presentes en el sujeto. Este alivio, ocurre claro está, sin el conocimiento consciente del paciente y el médico.

Otro investigador de este decenio, Paul Schilder (1938), citado por Berroa de González (2011), propuso algunas técnicas propias de la terapia de apoyo, entre ellas, la persuasión, consejo, la utilización de la fuerza de voluntad, hipnosis catártica, sugestión sin hipnosis, relajación, concentración.

Maurice Levine (1945), citado por Berroa de González (2011), agregó a las técnicas ya mencionadas por Schilder, el empleo de la farmacología, el uso del alivio, terapia ocupacional para el entretenimiento y diversión, pasatiempos, rutina diaria, firmeza autoritaria, educación, proporcionar formas aceptables de manifestar la agresividad, el suministrar compensaciones aceptables para el miedo y los sentimientos de inferioridad, el desconocer ciertos sentimientos y actitudes, la satisfacción de las necesidades neuróticas, la oportunidad para una saludable identificación, la confesión. Según Levine, estas técnicas son sólo efectivas en un ambiente no condenatorio, en una relación constructiva, que transmite respeto, sentimientos positivos y esperanza para el paciente.

Berroa de González (2011), cita a Ewen Cameron (1950), para quien las técnicas de apoyo eran similares a las de Schilder y Levine, pero enfatizó en el hecho de que a pesar de que los métodos de apoyo eran ampliamente empleados en la práctica clínica, no eran reconocidos en la literatura. Objetando la existencia de un excesivo énfasis en las terapias interpretativas y planteando la necesidad de remediar este desequilibrio, fue de los primeros

autores psicoanalíticamente orientados en tomar una posición opuesta a las creencias de los primeros psicoanalistas, de que cualquier otro tratamiento que no fuese el psicoanálisis era inferior.

Según Rockland (1989), el conocimiento de la terapia de apoyo en este período estaba orientado por el sentido común y era un tanto simplista. El cambio de conducta, los consejos, la relajación y la catarsis eran elementos esenciales. La necesidad de la existencia de una transferencia positiva era clara para los autores y las oportunidades para la identificación con el terapeuta grandemente apreciadas.

A pesar de todos estos argumentos, el tratamiento de apoyo, por esta época no era inspirador, ni un reto intelectualmente hablando, lo que provocó que el psicoanálisis ensombreciera el interés en la terapia de apoyo.

Sin embargo, Cameron, no era el único en adoptar la postura opuesta a las creencias de los primeros psicoanalistas, como veremos más adelante, otros autores también sustentaron que aquellas terapias no basadas en el psicoanálisis eran también eficaces para producir cambios conductuales y estructurales en la personalidad del paciente.

2.4 Psicoterapia de Apoyo (más allá de los años 1950)

La psicoterapia de apoyo, con orientación psicodinámica tuvo sus inicios cuando la teoría estructural psicoanalítica fue empleada en tratamientos de apoyo. Si bien es cierto, Freud describió la teoría clásica de la estructura mental hacia mediados de 1920, pero no fue hasta 1951 que Merton Gill la utilizó en el tratamiento de apoyo, con la aparición simultánea de escritos acerca del tratamiento de apoyo desde un punto de vista psicodinámico y psicoanalítico.

En su libro, *Psicoterapia y Psicología del Yo*, Gill (1951), citado por Berroa de González (2011), explicó detalladamente tres principios básicos de la terapia de apoyo.

- a. El apoyo a actividades de alabanzas del yo, en las cuales las defensas adaptativas son combinadas con la gratificación.
- b. Defensas que son absolutamente necesarias para que el paciente continúe funcionando y que deben ser reforzadas.
- c. Inducir “neurosis artificial”, también mencionada por Glover (1931), para obtener la descarga parcial a conducciones instintivas. Es una opción determinada por el paciente.

Según Gill, las terapias puramente de apoyo y puramente exploratorias no eran practicadas, eran más bien contraposiciones teóricas; mezcla de intervenciones de apoyo y exploratorias. De igual manera la opción de intervención se asignaba dependiendo de la situación clínica específica y exigía el máximo de habilidad, experiencia y sensibilidad del terapeuta.

Por otro lado, Robert Knight (1954), citado por Berroa de González (2011), planteaba la necesidad de la terapia de apoyo desde un punto de vista clínico, pues había observado el deterioro clínico en pacientes tratados con los métodos habituales exploratorios, por lo que sugirió que los pacientes requerían de más apoyo que de un tratamiento superficial. Recomendó algunas técnicas como: la inspiración, sugestión, reaseguramiento, persuasión, asesoramiento, reeducación y la anulación deliberada de intervenciones exploratorias. Finalmente afirmó, que toda buena psicoterapia debía incluir el apoyo, aunque no fuera verbalmente expresado.

Berroa de González (2011), cita a Bibring (1954) que en el libro, *Psicoanálisis y Psicoterapias Dinámicas*, enumera cinco clases de intervenciones psicoterapéuticas.

1. Sugestión: es la inducción del proceso mental por parte del terapeuta en el paciente, independientemente del proceso de pensamiento racional del paciente.

2. Abreacción: revivir en la mente, la descarga de relaciones tensas y afectos que han sido neuróticamente bloqueados.
3. Manipulación: en el consejo y la dirección, aplicada no sólo al entorno, sino también a la situación de tratamiento. Es decir, incluye la “manipulación empírica”.
4. Clarificación: es repetir con exactitud lo que dice el paciente para ayudarlo a establecer conexiones que no puede ver. Clarificar no resuelve el conflicto neurótico, pero inicia el proceso, ayudando al paciente a ver sus conflictos de manera más clara.
5. Interpretación: es una hipótesis inducida por el terapeuta, con la intención de aclarar el proceso inconscientemente activo que está revestido por comportamientos.

Con estas técnicas de intervención, Bibring diferencia la psicoterapia de apoyo de la exploratoria. La psicoterapia de apoyo utiliza la sugestión, abreacción, manipulación y clarificación, no así la interpretación.

Otros autores, como Franz Alexander (1961), citado por Berroa de González (2011), que presentó una lista de técnicas de apoyo que incluía, gratificación de necesidades dependientes, oportunidad de abreacción, repasar objetivamente la situación de tensión aguda, asistencia a la falla del juicio temporal, reforzamiento de las defensas adaptativas del Yo, manipulación de la situación de vida. También introdujo dos técnicas que él consideró psicoanalíticas, pero que en la actualidad son consideradas técnicas de apoyo, la experiencia correctiva emocional y la variación de la frecuencia y longitud de las sesiones.

Berroa de González (2011), cita a Sidney Tarachow (1962-63), que planteó lo que él consideró el verdadero principio de la intervención de apoyo: el terapeuta es tan real que no interpreta la transferencia, sino que responde a ella como si fuese una relación real. Para él, la diferencia principal entre psicoanálisis y terapia de apoyo estriba en el hecho de que en el psicoanálisis la transferencia es constantemente analizada, mientras que en la terapia de apoyo se responde a ella como si estuviera dentro de una verdadera relación.

Tarachow, describió dos principios de psicoterapia de apoyo:

- a. Suministrar desplazamientos, es decir, nuevos síntomas y nuevas resistencias.
- b. Suministrar estabilidad, empleando técnicas como educación, consejo y cambios en el entorno.

Para los años setenta, Paul Dewald's (1971), citado por Berroa de González (2011), describe que el terapeuta de apoyo inspecciona el repertorio defensivo de su paciente y selecciona aquellas defensas que deben ser apoyadas y reforzadas. Igualmente compara la psicoterapia de apoyo con los aspectos de la temprana relación paterno-infantil, dando así el motivo para la realización de intervenciones de apoyo. Para él, un verdadero terapeuta de apoyo, busca las oportunidades para aumentar la identificación de su paciente empleando sus actitudes y valores, con esto, el terapeuta busca facilitar un Superyó más benigno con el cual el paciente pueda identificarse.

Para Dewald's (1971), el terapeuta de apoyo, debe animar el proceso de pensamiento secundario y desalentar la regresión, la asociación libre y la asociación de sueños. El terapeuta es más auténtico, pero paralelamente respeta la necesidad del paciente de tener una distancia apropiada. Dado que las terapias de apoyo pueden ser interminables, Dewald's comparte la idea de que la puerta siempre debe estar abierta para que el paciente regrese cuando lo considere necesario.

Otto Kernberg (1984), hace una distinción entre psicoterapia de apoyo y psicoterapia exploratoria basándose en las técnicas empleadas en cada una de ellas, en el grado de interpretación de la transferencia y el grado de la neutralidad técnica mantenida por el terapeuta. Se manifiesta en contra de la mezcla de técnicas de apoyo y exploratorias dentro de una misma psicoterapia y sostiene que lo más importante es que el terapeuta decida basado en un cuidadoso examen clínico del paciente, cual es la mejor técnica de acercamiento para cada paciente y que mantenga la modalidad seleccionada excluyendo complicaciones imprevistas.

Según Otto Kernberg (1998), el objetivo de la psicoterapia de apoyo es la mejoría sintomática por medio de un mejor equilibrio adaptativo de las configuraciones impulso/defensa, con un reforzamiento de las defensas adaptadas, así como de derivaciones pulsionales adaptados.

La psicoterapia de apoyo psicoanalíticamente orientada según Kernberg (1998), emplea los pasos previos de la técnica interpretativa, es decir, la clarificación y la confrontación, pero no así la interpretación propiamente dicha. En su lugar, emplea el apoyo cognitivo y emocional, es decir, aseveraciones del terapeuta que tienden a reforzar los compromisos adaptativos entre el impulso y la defensa por medio del aprovisionamiento de la afirmación cognitiva, (como el consejo y la persuasión) y a través del apoyo emocional (la sugestión, el reaseguramiento, el dar aliento y la alabanza).

A pesar de que según Kernberg(1998), la interpretación no es empleada en la psicoterapia de apoyo, tampoco es desestimada por completo, ya que la atención cuidadosa que se otorga al desarrollo de la transferencia le permite al terapeuta analizar, con tacto, la naturaleza inadecuada de los desarrollos transferenciales, su replicación en las sesiones, de interacciones patológicas en que frecuentemente el paciente se ve implicado con los otros significativos; y alentar al paciente a disminuir este comportamiento patológico en la sesión. Cuando se señala la índole distorsionada, destructiva, improductiva o confusa de este comportamiento del paciente se une la aclaración de las razones conscientes del paciente de su comportamiento en las sesiones con la confrontación de su naturaleza inadecuada, seguidamente se le imparte o “exporta” el conocimiento así adquirido a las relaciones del paciente fuera del tratamiento.

En síntesis, podemos decir que la psicoterapia de apoyo utiliza la clarificación, la confrontación, la reducción, la “exportación” de la transferencia, de esta manera se logra una de las funciones reeducativas de la psicoterapia de apoyo junto con el apoyo directo cognitivo y emocional de combinaciones adaptativas de impulso y defensa, e intervenciones directas de apoyo al ambiente.

Con relación a las sesiones terapéuticas, en la psicoterapia de apoyo, continúa señalando Kernberg(1998), éstas se realizan cara a cara, terapeuta-paciente y tienen mucha flexibilidad en cuanto a la frecuencia, dependiendo también de la urgencia que presenten las dificultades del paciente y de los objetivos que se pretenda alcanzar a largo plazo con el tratamiento, de esta manera las sesiones pueden ser desde varias sesiones por semana a una o dos sesiones semanales o una o dos sesiones por mes.

Las estrategias de tratamiento en la psicoterapia de apoyo, para Kernberg (1998), consisten en un mapeo cuidadoso y gradual de las dificultades interpersonales dominantes del paciente y sus síntomas neuróticos, que reflejan conflictos inconscientes y su modificación psicoterapéutica en la dirección de reforzar soluciones adaptativas a los conflictos inconscientes en todas las áreas disponibles a la exploración terapéutica, con el empleo particular de la clarificación, confrontación, la reducción y la exportación de la transferencia como técnica principal de tratamiento. Es decir, en psicoterapia de apoyo la estrategia es promover una mejor adaptación a las necesidades intrapsíquicas y externas más que los esfuerzos de cambio estructural intrapsíquico.

Según Kernberg (1998), en la psicoterapia de apoyo, la sintomatología dominante y las perturbaciones del comportamiento del paciente dictan el punto de entrada de las intervenciones psicoterapéuticas. El terapeuta sólo vuelve su atención a la transferencia cuando las complicaciones transferenciales interfieren con los esfuerzos llevados a cabo para cambiar las configuraciones de impulso/defensa a través de las intervenciones de apoyo.

3.2 Objetivos, Estrategias y Técnicas de la Psicoterapia de Apoyo

Según Grimaldo Pérez (1996), la psicoterapia de apoyo busca restaurar la homeostasis psicológica, ese equilibrio que permita reducir o eliminar los síntomas que generan ansiedad y depresión mediante el empleo de técnicas reforzantes.

Para él, en toda intervención terapéutica, el simple hecho de ofrecer ayuda a quien lo necesita, significa dar apoyo emocional y si esto se realiza a través de una figura comprensiva, que escucha y no hace críticas, sino que refuerza y ayuda a clarificar las cosas hasta que se esté en condiciones de enfrentar el problema, es sin lugar a dudas, un elemento imprescindible para la superación de las dificultades emocionales de una persona.

En todo proceso psicoterapéutico, pero en mayor grado, en la psicoterapia de apoyo, es de vital importancia el establecer una buena relación terapéutica, ya que lo primero que el paciente busca es que el terapeuta sea una persona que lo comprenda, con la suficiente capacidad de empatía para enfrentar junto a él, los problemas que no puede resolver por sí solo. De más está decir, que el establecimiento de una atmósfera emocional favorable propicia la comunicación y libera las barreras invisibles de la resistencia.

Es importante tener presente, que en la psicoterapia de apoyo, el objetivo está orientado fundamentalmente en el aquí y el ahora de la situación actual del paciente, evitando investigar el pasado o tratar de acceder al inconsciente del paciente.

La psicoterapia de apoyo permite restaurar las defensas del paciente mediante el empleo de una serie de técnicas que ayudan a lograr que el paciente recobre un nivel de funcionamiento satisfactorio en el ámbito personal, social y laboral.

En cuanto a las técnicas utilizadas en psicoterapia de apoyo, nos señala Grimaldo Pérez (1996), que éstas son variadas y su empleo está supeditado a factores directamente relacionados con el paciente, como los rasgos de personalidad, educación, edad, cultura, nivel de inteligencia, naturaleza de las dificultades que presenta, etc. Algunas de esas técnicas son:

3.2.1 La Liberación de Sentimientos:

Los terapeutas con una orientación dinámica, persisten en la práctica de la función catártica, como un factor terapéutico, ya que consideran que la carga emocional que se libera a

través de las verbalizaciones alivia el yo del paciente; al mismo tiempo que el terapeuta aprovecha esta oportunidad para reforzar la sensación de ser comprendido, beneficiándose de esta manera, la relación terapéutica.

3.2.2 Reforzamiento del Principio de la Realidad:

Al presentarse una crisis emocional intensa, el sujeto pierde el control temporal de la realidad y se refugia en fantasías. La labor terapéutica debe estar orientada a centrarlo, ayudarlo a poner los pies sobre la tierra. El terapeuta debe ser objetivo en sus apreciaciones y críticas para que el paciente asuma una actitud más realista y menos emocional.

3.2.3 Alentar el Sentimiento de Esperanza Real:

La psicoterapia de apoyo requiere que el terapeuta tenga confianza en sí mismo y en las técnicas que emplea, para que pueda asimismo transmitir esa confianza al paciente, de esta manera el paciente sentirá confianza y seguridad en que un hombre de ciencia le ayudará a resolver sus conflictos. Sin embargo, el terapeuta debe ser cuidadoso de alentar sólo aquellos sentimientos que se puedan hacer realidad, pues de lo contrario el paciente se sentirá frustrado cuando sus síntomas depresivos y ansiosos se intensifiquen.

3.2.4 Estimular la Socialización:

Se busca fomentar las condiciones sociales que favorezcan las relaciones interpersonales y grupales que promuevan la participación del paciente en actividades placenteras, sociales y recreativas, asistir a reuniones, inicialmente con familiares que luego pueda ampliarse a otras amistades o instituciones sociales; recreativas como ir de paseo al campo, a la playa, de tal modo que el individuo se sienta bien con la gente que le rodea.

3.2.5 Dar Seguridad y Confianza:

Brindar seguridad al paciente es una de las técnicas pilares de la psicoterapia de apoyo y en esta dirección se debe reforzar cualquier actividad positiva que el paciente realice, ya sea en su medio social, laboral, familiar, académico o de cualquier otro tipo. El reforzar la capacidad del paciente es un medio para mantener una relación positiva, es una manera de reducir en poco tiempo la ansiedad y la inseguridad.

En este punto es importante manifestarle al paciente que su caso no es el único que se ha tratado, que sus problemas son más comunes de lo que piensa, que sus síntomas pueden causarle molestias, pero que de ninguna manera son peligrosos y mucho menos lo llevarán a la locura. Esta postura del terapeuta estará siendo coherente cuando se dice la verdad.

3.2.6 Enseñarle a Razonar:

En la mayor parte de los casos de personas con dificultades emocionales, la capacidad de razonar es deficiente o nula, estos pacientes con un buen nivel de inteligencia, no utilizan este recurso o no saben cómo hacerlo; es tarea del terapeuta, empeñar toda su capacidad y habilidad en enseñarle al paciente a emplear su capacidad cognitiva, para lo cual reforzará cualquier actividad, en este sentido, por pequeña que sea, con lo cual le daremos confianza en su capacidad de resolver sus problemas. La intención es que el paciente piense correctamente y suprima pensamientos ilógicos que son la base de la conducta desadaptada.

3.2.7 Reorganización Perceptiva:

Está dispuesta por el aumento cualitativo en las que las fuerzas organizadas dirigidas por el Yo, comprendan todo lo que estaba desorganizado de su propia vida; entonces el paciente advierte relaciones que antes ni siquiera podía imaginar, ve las cosas desde otra perspectiva, las situaciones negativas del pasado, ya no son vistas como graves, sino como experiencias que no deben ocurrir, pero que si ocurren se sabe enfrentarles de la manera más saludable posible.

3.2.8 La Interpretación:

A pesar de que no es una herramienta propia de la terapia de apoyo, su uso no está estrictamente contraindicado y se puede hacer uso de ella para lograr el *insight* del paciente. Es el método más sencillo para transmitir el conocimiento del caso del terapeuta al paciente. Es a través de las interpretaciones que se pretende lograr que el paciente comprenda las causas y naturaleza de su desadaptación y los medios con los que dispone el terapeuta para ayudarlo a superar dicha desadaptación.

3.2.9 La Sugestión:

Desempeña un papel importante en la terapia de apoyo. Es la incitación de ideas, sentimientos y acciones que ejerce el terapeuta sobre el paciente con la finalidad de lograr determinados objetivos; aminorar los efectos de la influencia negativa, reforzar las actitudes positivas, inducir al paciente para que realice acciones deseables, reforzando todas las actividades adaptativas.

3.2.10 Persuasión y Consejo:

Persuadir es guiar a una persona hacia el cambio de una idea o actitud mediante razonamientos y el empleo de todos los recursos cognitivos disponibles.

Aconsejar es ofrecer opiniones, sugerencias y recomendaciones. El terapeuta enseña, educa, persuade y aconseja al paciente.

Las técnicas de persuasión son variadas e incluyen el análisis realista de la situación, explicar las causas, esclarecer la necesidad del cambio de actitud o de hábitos inadecuados. Prevenir acerca de las consecuencias de una futura conducta inadaptada y animarlo para que enfrente la realidad.

3.2.11 Recursos o Técnicas Auxiliares

La psicoterapia de apoyo también emplea los recursos procedentes de análisis auxiliares, tales como la historia clínica, el informe psicológico y de los resultados de otras pruebas que hayan sido aplicadas al paciente en tratamiento. Los datos que se pueden obtener de estos recursos auxiliares son valiosos y entre ellos podemos obtener, el cociente intelectual, las habilidades especiales, motivaciones e intereses que posee el paciente.

3.2.11.1 La Historia Clínica

Proporciona datos que el terapeuta puede utilizar de forma inmediata, como lo es el rango de inteligencia y la observación de aquellas potencialidades y aptitudes propias de la inteligencia y que el paciente no ha podido utilizar por el bloqueo emocional que sufre, producto del estrés y la ansiedad. El terapeuta podrá valerse de estos valiosos datos para reforzar los objetivos terapéuticos, con el empleo de frases como: “Usted es una persona muy capaz”; “Usted es una persona sensata”, “sus habilidades le pueden ayudar a sentirse mejor”; “Usted puede resolver esta dificultad”, etc., estas frases son de gran ayuda porque infunden confianza en las habilidades y capacidades del paciente, a la vez que disminuyen los niveles de ansiedad y estrés porque al animarlos se crean nuevas formas de conducta que dan seguridad al paciente.

3.2.11.2 El Informe Psicológico

Otros datos que pueden ser utilizados por el terapeuta y que provienen del informe psicológico, son algunos resultados de las pruebas psicológicas practicadas al paciente y que pueden ayudar a reforzar algunos aspectos del yo que requieran ser fortalecidos, entre éstos destacan los rasgos afectivos de la personalidad del paciente, las relaciones interpersonales, la capacidad creativa, el trabajo organizado, la iniciativa personal, la ausencia de rasgos patológicos.

3.2.11.3 La Relajación:

De los recursos auxiliares de la psicoterapia de apoyo, el terapeuta cuenta con la técnica de la relajación, la cual constituye una eficaz herramienta física para disminuir la ansiedad. En este sentido, la técnica de Jacobson, conocida como Relajación Progresiva es muy empleada en el tratamiento de la tensión muscular, la ansiedad, el insomnio, la depresión, el tartamudeo, los espasmos musculares, la hipertensión, entre otros padecimientos.

3.2.12 La Evaluación de los Resultados

Para Grimaldo Pérez, (1996), la psicoterapia de apoyo puede ser evaluada tomando en consideración tres criterios clínicamente validados.

- **El Terapeuta:** Profesional especializado que procura despojarse de todo juicio caprichoso para poder evaluar objetivamente al paciente.
- **El Paciente:** Es precisamente el que acude en busca de ayuda y en el cual, todo cambio que ocurra será a través de la evaluación de su propia conducta.
- **Actuación del Paciente en la Vida Cotidiana:** La manera que el paciente emplea para enfrentar sus diversas actividades diarias, su faena laboral, demostrando un mejor desempeño, su matrimonio feliz, mejores relaciones personales y sociales, etc. Todos estos son indicadores de la efectividad de la psicoterapia de apoyo.

Sintetizando, para Julio Grimaldo Pérez (1996), la psicoterapia de apoyo es una técnica útil para reducir o eliminar síntomas que producen ansiedad, estrés, depresión y permitir que el paciente retorne a un nivel de equilibrio emocional funcional, en la cual el establecimiento de una buena relación terapéutica es esencial para el logro de los objetivos propuestos.

3.3 Herramientas Técnicas de la Psicoterapia de Apoyo

Para Ariel Alarcón Prada (2008), las herramientas técnicas más utilizadas en la Psicoterapia de Apoyo, son entre otras, la formulación del caso, el encuadre, la escucha silenciosa y la alianza terapéutica, que se resumen en lo que he denominado el ambiente facilitador en psicoterapia, y siguen las ideas de Winnicott en torno a la función analítica.

3.3.1 Formulación del Caso

Para plantear el caso de un paciente, es necesario haberlo escuchado detenidamente durante una o varias entrevistas, en las cuales el paciente narra su historia personal, sus antecedentes, síntomas y a través de los cuales el terapeuta después de un análisis detenido llega a formular el caso en términos psicodinámicos, es decir, plantea una serie de hipótesis acerca del origen, situación precipitante y factores que hayan podido ejercer influencia en los problemas psicológicos, de relaciones interpersonales o de conducta del paciente.

Formular el caso, le permite al terapeuta organizar adecuadamente toda la extensa y compleja información que ha obtenido de las entrevistas con el paciente, brindándole a la vez, la oportunidad de conocer situaciones por las que ha atravesado el paciente y que son importantes para la comprensión de su actual situación; qué cambios positivos o negativos ha enfrentado el paciente, cómo pueden ser éstos utilizados en beneficio actual del paciente, cuáles podrían ser las posibles fuentes de transferencia y contratransferencia positivas o negativas que pudieran afectar el éxito del tratamiento, son entre otros aspectos, los que facilitaría una adecuada formulación del caso.

La formulación del caso es el planteamiento que hace el terapeuta acerca de los signos y síntomas que caracterizan el problema actual del paciente, sustentados en el modelo teórico que fundamente su práctica clínica y que se convertirá en su itinerario de intervenciones en la atención del paciente. Se debe incluir en la formulación del caso, las explicaciones de las causas y el por qué le ocurre en el momento actual, esta situación al paciente.

Para Alarcón Prada, (2008), en una Psicoterapia de Apoyo de orientación psicodinámica (Psicoterapia Psicoanalíticamente Orientada) la formulación psicodinámica incluye, además del diagnóstico psiquiátrico, diagnóstico del grado de estructuración del yo, su desarrollo psicosexual, la influencia que ha tenido en su vida sus relaciones tempranas, la estructuración y dinámica de sus relaciones objetales, los recursos de su personalidad, los mecanismos de defensa más habituales, todo esto para definir ampliamente su personalidad, el conflicto por el que atraviesa, los recursos con los que cuenta y los que le faltan para superarla.

3.3.2 El Encuadre

Siendo el encuadre uno de los elementos vitales de las psicoterapias psicoanalíticamente orientadas, es claro que no puede desestimarse en la Terapia de Apoyo, ya que su adecuado establecimiento es indispensable para crear esa atmósfera de confianza y familiaridad, si se quiere llamar así, entre terapeuta y paciente, necesaria para el éxito de todo trabajo terapéutico. Y es que el encuadre no se refiere solamente a acordar con el paciente una serie de aspectos antes de iniciar el tratamiento terapéutico (lugar, hora y objetivos de la atención), sino que un encuadre satisfactoriamente establecido, se convierte en una herramienta más al servicio de la terapia, que ayudará al terapeuta a promover cambios significativos en la vida del paciente y éste a su vez, tendrá la certeza de que puede contar con una persona, un lugar y un momento en los cuales sus conflictos, temores, ansiedades y angustias serán atendidos y contenidos.

El encuadre tiene elementos claramente definidos, que deben ser del conocimiento de las partes involucradas en el trabajo terapéutico, antes de iniciarse el mismo, por ejemplo, quiénes participan del trabajo terapéutico (terapeuta-paciente), hora, lugar, fecha y duración de las sesiones terapéuticas; qué se busca lograr con la terapia; qué costos implican tales encuentros terapéuticos, estos elementos le brindan al paciente una atmósfera confiable y segura y un sentido de pertenencia al trabajo terapéutico que se realiza. Pero existen también, otros elementos más específicos, tanto para el terapeuta, (neutralidad, abstinencia y la atención libremente flotante para el paciente), como para el paciente (la asociación libre).

La neutralidad, hace referencia a los principios éticos-terapéuticos que todo terapeuta debe cultivar, independientemente de su modelo teórico-conceptual, en el que priva la norma de no tomar partido por ninguna situación, experiencia o vivencia que paciente traiga a la terapia, sino por el contrario, prestar atención a todas ellas, sin rechazar, unas o aceptar otras, de tal manera que se pueda aceptar al paciente tal y como es.

La abstinencia, recuerda el hecho de que el terapeuta está para atender al paciente, no para brindarle gratificaciones a sus necesidades afectivas o agresivas; el terapeuta es en la vida del paciente sólo su psicoterapeuta, aunque en situaciones transferenciales el paciente lo vea como su amigo, enemigo, padres, amantes, etcétera, el terapeuta debe siempre resaltar su posición inalterable de psicoterapeuta y nada más.

3.3.3 Escucha Terapéutica

Es la principal herramienta del trabajo terapéutico, su empleo adecuado por parte del terapeuta, garantiza en gran medida, una conceptualización del caso completa, una comprensión de los signos y síntomas expresados por el paciente y en general, un óptimo encuadre para la relación terapéutica.

Escuchar con atención al paciente, guardando el silencio activo que todo terapeuta conoce, es ofrecerle al paciente una atmósfera de confiabilidad, de respeto hacia su persona como ser humano que es, a sus ideas, creencias, personalidad, aunque no las compartamos, en donde él puede expresar libremente sus miedos, temores, estreses, angustias, conflictos, necesidades y sentimientos como él los experimenta y comprende, sabiendo que el terapeuta no lo rechaza o critica por lo que está escuchando, que no le interrumpe para hacer correcciones o intervenciones terapéuticas, antes de haberle escuchado completamente y tener una idea clara de los conflictos que le aquejan en el momento de la entrevista y por lo cual el sujeto busca ayuda. Esta escucha terapéutica, científica y objetivamente empleada, abre paso al empleo, por parte del terapeuta, según Alarcón Prada, de otras tres herramientas técnicas de la Psicoterapia de Apoyo: la abreacción, catarsis y el fortalecimiento de la alianza terapéutica.

3.3.4 Alianza Terapéutica

Comúnmente denominada alianza de trabajo, es una de las primeras tareas que debe cumplir el terapeuta, pues de la calidad de ésta, depende en gran medida el éxito de la relación terapéutica y del tratamiento que se planea ofrecer al paciente una vez se hayan reunido los datos necesarios para el diagnóstico. La Alianza Terapéutica es la relación de trabajo que se establece entre paciente –terapeuta, aliados para cumplir con una serie de pautas y finalidades claramente definidas por ambos y que será la garantía para el logro de las metas propuestas para el tratamiento terapéutico. Muchos investigadores y terapeutas, sostienen que una buena Alianza Terapéutica, es la herramienta más eficaz para el logro de los cambios psíquicos que se espera lograr con una psicoterapia. Según Gastón Arredondo, citado por Alarcón Prada, la Alianza Terapéutica, tiene cuatro elementos importantes:

- La relación afectiva entre el paciente y su terapeuta.
- La capacidad del paciente y (del terapeuta) para actuar conforme al propósito de la terapia.
- La comprensión empática y el compromiso del terapeuta.
- El acuerdo entre paciente y terapeuta sobre los objetivos y las tareas del tratamiento.

Es importante también resaltar la necesidad de que el paciente tome consciencia de lo valioso que resulta el establecimiento de una buena alianza terapéutica y en este sentido, el terapeuta puede recurrir a varias formas para señalar al paciente que el vínculo establecido es eficaz y sólido, por ejemplo:

1. El riguroso cumplimiento de los lineamientos del encuadre terapéutico por parte del terapeuta.

2. Mostrarle al paciente que estamos conscientes del esfuerzo que hace por mejorar. Por ejemplo, cuando un paciente expresa la frase “estoy mejor”, el terapeuta debe manifestar su interés y hacer su intervención a manera de cuestionamiento, “qué será lo que Usted está haciendo para mejorar”, con lo cual se está reforzando la capacidad del paciente por mejorar.
3. El desarrollo del aprecio por el paciente: Se trata de un aprecio general y respetuoso por el paciente, lejos de interferir con la objetividad del terapeuta en sus apreciaciones y análisis. A este respecto, hay estudios que señalan la importancia de este aprecio y los beneficios que reportan para el paciente, ya que evidencian que aquellos pacientes apreciados por sus terapeutas mejoraban más que aquellos que no lo recibían.
4. Señalar al paciente de un modo realista y discreto que hay esperanzas para la mejoría. La esperanza del terapeuta en su trabajo terapéutico le transmite a su paciente esta misma actitud, con la cual se logran realizar los objetivos terapéuticos propuestos.
5. El vínculo “nosotros”. Es valioso y muy beneficioso transmitirle al paciente la noción de unión entre los dos para la consecución de una meta común. Frases como “tratemos de comprenderlo mejor”; “examinemos si estamos o no errado”; “ya hemos pasado por esto”, son formas de demostrarle al paciente que él forma parte del equipo y que él y el terapeuta toman decisiones juntos.

3.3.5 Ambiente Facilitador

Es un término acuñado por Winnicott, para referirse a la necesidad de establecer una atmósfera adecuada para el desarrollo de la psicoterapia y él lo relaciona con el ambiente que todo ser humano requiere para crecer, en los primeros años de vida, este ambiente es proporcionado por los padres, al ambiente terapéutico, de la Psicoterapia de Apoyo, diríamos que si se cumplen a cabalidad con los elementos descritos en párrafos anteriores, el terapeuta

se convertiría en un terapeuta suficientemente bueno, en términos Winnicott, que permitirá y estimulará el crecimiento de su paciente, en un ambiente facilitador adecuado, un ambiente suficientemente bueno que junto a los elementos, estrategias y técnicas ya descritas, formarán el ambiente facilitador, suficientemente bueno y adecuado para el logro de los objetivos planteados para el tratamiento psicoterapéutico y el cambio psíquico esperado por y para el paciente, de tal manera que éste desarrolle, recupere o mantenga el equilibrio emocional.

A manera de síntesis, sobre lo apuntado en párrafos anteriores, diremos que con la formulación de caso, conocemos quién es el paciente, cuál es su historia, los antecedentes de sus conflictos y qué lo ha llevado a la crisis actual. Con el encuadre establecemos los lineamientos desde los cuales trabajaremos con el paciente. Con la escucha terapéutica, le brindamos toda la libertad y acogida posibles para que se encuentre consigo mismo. Por último, con la alianza terapéutica, lo hacemos consciente de su capacidad de establecer vínculos humanos sanos y de crecimiento interior.

3.4 Manejo de la Transferencia y Contratransferencia en la Psicoterapia de Apoyo

3.4.1 La Transferencia

Los que trabajamos en este ambiente terapéutico, sabemos que la transferencia es el fenómeno psicológico mediante el cual el paciente revive en la situación actual de terapia y en la persona del terapeuta las figuras significativas para él y relaciones anteriores, principalmente con figuras parentales, todo esto cargado con intensas emociones vividas en el momento anterior de la vida del paciente, situaciones que en la mayoría de los casos corresponden a momentos de relaciones emocionales inapropiadas ocurridos en la infancia del paciente y que gracias a este fenómeno inconsciente se pueden trabajar y manejar en beneficio del mejoramiento del paciente.

Según Kernberg (2000), la transferencia no es interpretada en la psicoterapia de apoyo, pero tampoco ignorada. La observación meticulosa de los desarrollos transferenciales ayuda al terapeuta a analizar con tacto la naturaleza “inadecuada” de los desarrollos transferenciales, su

reproducción, en las sesiones, de interacciones patológicas en que generalmente el paciente se ve implicado con los otros significativos; y alentar al paciente para disminuir este comportamiento patológico en la sesión. Al indicar la naturaleza distorsionada, improductiva, destructiva o confusa de tal comportamiento del paciente, se une la aclaración de las razones conscientes del paciente de su comportamiento en las sesiones con la confrontación de su naturaleza inadecuada, seguida de impartirle o “exportarle” el conocimiento así adquirido a las relaciones del paciente fuera del tratamiento.

3.4.2 La Contratransferencia

La contratransferencia puede ser descrita como la respuesta emocional del terapeuta a los estímulos que provienen del paciente. Más que un obstáculo debe ser concebida como una situación inevitable en toda relación terapéutica y una oportunidad para que el terapeuta conozca más sobre el paciente y sobre sí mismo.

Con relación a la contratransferencia, Kemberg, (1965) describe dos posibles formas de aproximación a la contratransferencia: primero, como las reacciones inconscientes del analista a la transferencia del paciente, lo que denomina “el acercamiento clásico” y segundo, como la totalidad de respuestas emocionales del analista hacia el paciente “acercamiento de total”.

Los fenómenos transferenciales y contratransferenciales adecuadamente manejados le permitirán al terapeuta saber el momento apropiado para hacer una intervención, no para interpretarla, sino para conocer mejor lo que está pasando en el paciente, de tal modo que se pueda sugerir al paciente alternativas a su situación o bien, el significado de la demanda infantil que fue traída a colación a través de la transferencia.

3.5 Uso de la Interpretación en la Psicoterapia de Apoyo

A pesar de que la interpretación no es una herramienta de trabajo en la Psicoterapia de Apoyo, su empleo no está contraindicado, al contrario se puede hacer uso de ella, con algunas

condiciones, como las que se refieren al estado del paciente y su preparación para recibir la interpretación y que la alianza terapéutica esté funcionando apropiadamente.

En la Psicoterapia de Apoyo, la interpretación no es hecha de manera explícita, sino como una serie de alternativas que le brindan al paciente la opción de tener un tiempo y un espacio para aceptar, rechazar o trabajar con la interpretación. En la Psicoterapia de Apoyo, la interpretación debe ser formulada de manera indirecta, como una semblanza de una situación similar ocurrida en el presente y que es parecida a lo que sucedió en el pasado, de tal manera que el paciente pueda obtener un alivio de sus tensiones y conflictos anteriores.

3.6 Fases de la Psicoterapia de Apoyo

Rockland (1989), en su libro *Supportive Therapy*, distribuye el tratamiento aplicado en psicoterapia de apoyo en cuatro fases:

3.6.1 Evaluación y Planificación del Tratamiento

Esta fase tiene como propósito principal, iniciar la evaluación clínica cuidadosa y detallada del paciente con miras a realizar un diagnóstico estructural óptimo. Para esto se requiere de una evaluación del ambiente social que rodea al paciente, sus sistemas de apoyo, además de la motivación, preocupación psicológica, inteligencia y demás recursos del paciente, que permitan formular un diagnóstico acertado y un tratamiento basado en los datos lógicos y apropiados derivados de la entrevista clínica realizada en el paciente.

Todo tratamiento debe partir de la evaluación cuidadosa del paciente, para lo cual es indispensable la formulación del diagnóstico, el cual puede estar basado en la propuesta del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-IV) de la Asociación Americana de Psiquiatría. Este manual presenta la denominada evaluación multiaxial, ampliamente utilizada por los profesionales de la psicología, el mismo incluye cinco ejes principales:

- Eje I: incluye los trastornos clínicos y otros problemas que puedan ser objeto de atención clínica.
- Eje II: comprende los trastornos de la personalidad y el retraso mental. Además, puede emplearse para señalar los mecanismos de defensa y características desadaptativas de la personalidad.
- Eje III: se detallan las enfermedades médicas actuales que son potencialmente relevantes para la comprensión del trastorno mental del sujeto.
- Eje IV: se registran los problemas psicosociales y ambientales que pueden afectar el diagnóstico y el pronóstico de los trastornos anotados en los ejes I y II. Un problema psicosocial o ambiental puede convertirse en un acontecimiento vital negativo, un estrés familiar o interpersonal, una carencia en el apoyo social o en los recursos personales.
- Eje V: en este apartado se realiza la evaluación de la actividad global, la cual incluye la opinión del terapeuta acerca del nivel general de actividad del sujeto. La Escala de Evaluación de la Actividad Global (EEAG) puede ser particularmente útil al seguir la evolución del proceso clínico.

En esta fase inicial, también se lleva a cabo el planeamiento del tratamiento, el cual está estrictamente basado en los resultados de la evaluación y la formulación del diagnóstico. El planeamiento del tratamiento puede ser estructurado en torno a los siguientes aspectos.

- La extensión o duración del tratamiento.
- La forma de tratamiento: individual, grupal, mixto, de pareja.
- La modalidad del tratamiento: de apoyo, exploratorio, mixto.

3.6.2 Tratamiento Temprano

Las labores de la fase temprana giran alrededor del establecimiento de la alianza de trabajo y la identificación del principal mecanismo de inadaptación que presenta el paciente y que requiere ser tratado, de la misma manera, la identificación de las fuerzas (fortalezas, destrezas, habilidades y defensas adaptables del sujeto que necesitan ser apoyadas o reforzadas.

La alianza de trabajo (alianza terapéutica), determina la estructura y el marco referencial del tratamiento, delineando de manera clara y específica los roles y obligaciones de cada uno de los participantes, así como los objetivos que se espera lograr con el tratamiento.

Durante el tratamiento temprano, el terapeuta hace uso de la clarificación y confrontación para reconocer los principales comportamientos positivos y negativos del paciente.

En síntesis, la fase temprana del tratamiento organiza el tratamiento y determina los principales aspectos del trabajo futuro.

3.6.3 Fase Intermedia del Tratamiento

Las tareas principales de esta fase media, es desarrollar el proceso de trabajo terapéutico, el cual debe llevar al terapeuta a reconocer, entre otros aspectos, los patrones repetitivos en el discurso del paciente. Es importante, prestar atención a la conducta no verbal y a los lapsus, vacilaciones, bloqueos, olvidos, los cuales le pueden permitir al terapeuta orientarse hacia las áreas conflictivas. Durante esta etapa de la psicoterapia, el trabajo se torna interesante y creativo, al ser los temas de las etapas iniciales objeto de exposición, variación y desarrollo. Aquí tienen lugar las reestructuraciones y transformaciones básicas, las revelaciones más significativas y el *insight*. En esta fase el tratamiento se centra en los siguientes aspectos:

- Los síntomas: a pesar de ser manifestaciones superficiales de los problemas más profundos, un reconocimiento cuidadoso de sus contenidos, función y actitudes del

3.6.4 Terminación

Su nombre, define el objetivo de esta fase, es la finalización de la terapia. En ella no solamente afloran los problemas básicos del ser humano, sino que se plantean interrogantes acerca de la Psicoterapia. El conflicto fundamental es el de la separación, que es un problema crucial, que cada uno debe aprender a resolver.

La finalización de la terapia desencadena emociones tan profundas como conflictivas, por lo general, el paciente se ve fuertemente motivado para evitarla. Lo recomendable es que ninguna consideración intrínseca o extrínseca a la terapia influya en lo más mínimo en la terminación de la misma. La terminación en la psicoterapia de apoyo es tan importante como en las terapias exploratorias y, puede ser aún más difícil de tratar para el paciente.

Existen ciertos criterios básicos para determinar el momento de la finalización. Desde el punto de vista del paciente, con frecuencia, estos criterios se basan en las razones que lo llevaron a buscar ayuda y en sus expectativas acerca de los resultados que podría obtener de la misma. Es muy raro, que el paciente al finalizar la terapia, experimente la sensación de que todas sus expectativas han sido satisfechas. De hecho, la terminación de la terapia, puede hacer que surjan determinados problemas que inicialmente no eran relevantes, o alterar su importancia, haciendo que algunos conflictos iniciales parezcan menos graves o urgentes que otros aparecidos posteriormente. Ocurre con mucha frecuencia, que el síntoma que motivó al paciente a la búsqueda de ayuda persiste, pero el papel que desempeña en su existencia se modifica de manera que puede seguir viviendo con él. También suele ocurrir, que al aproximarse la finalización de la terapia, surgen problemas y conflictos nuevos. En ocasiones, esto sucede como consecuencia de la necesidad del paciente de posponer dicha finalización.

La terapia puede seguir libremente su curso natural sin que ocurran cambios importantes en la conducta del paciente y su experiencia fuera del contexto terapéutico. Esto no significa que la terapia haya carecido de efectividad, sino que en ocasiones, sus efectos pueden sólo revelarse una vez concluido el tratamiento. La mayoría de los pacientes experimentan una

serie de importantes cambios en el transcurso del tratamiento, pero en ciertos casos, esos cambios sólo se manifiestan con posterioridad a él.

La transición entre la fase intermedia y la final es a veces, muy gradual y sutil, pero en la mayoría de los casos suelen darse indicios de que se ha producido. En ocasiones se le distingue por la sensación de que está por producirse un cambio cercano en el proceso. En otros casos, se advierte por la intensidad que adquiere el trabajo terapéutico.

También el terapeuta puede experimentar una serie de sentimientos confusos acerca del final de la terapia y éstos en determinadas ocasiones, tal vez prefieran dar por finalizada la terapia debido al pesimismo que se alberga, por simple aburrimiento o porque la tarea inicial resultaba más interesante y permitía realizar un trabajo más productivo.

Por otro lado, la terminación con frecuencia es manejada de forma diferente por cada terapeuta y puede no ser una finalización definitiva, sino una disminución gradual y progresiva de la relación terapéutica.

Por lo general, el criterio más utilizado para la terminación en psicoterapia de apoyo, es el logro de los objetivos o metas terapéuticas que fueron propuestas al inicio del tratamiento. Sin embargo, hay que ser muy cautelosos, ya que los objetivos tempranos deben ser considerados relativos y sujetos a cambios, debido a que en ocasiones, es posible que se hayan establecido objetivos muy elevados o bajos, de tal manera que en algún momento de la psicoterapia será necesario un ajuste.

Para finalizar este apartado, hay que tener presente también, que en psicoterapia de apoyo se debe evitar el proceso de separación o finalización de la terapia, mientras se evidencie en la vida del paciente, la presencia de algún estresor.

CAPÍTULO III

METODOLOGÍA DE INVESTIGACIÓN

“La locura, incluso en sus formas más benignas, acarrea el mayor sufrimiento con el que los médicos deben enfrentarse”.

Emil Kraepelin

1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

¿Mejorarán los síntomas depresivos que presentan las madres adolescentes que participaron de una Intervención Psicoterapéutica Individual de Apoyo?

2. HIPÓTESIS

2.1 Hipótesis de Investigación

Las madres adolescentes que participaron de la Intervención Psicoterapéutica Individual de Apoyo reportarán una disminución de los síntomas depresivos con la consecuente mejoría en su estado emocional.

2.2 Hipótesis Estadísticas

2.2.1 Para el Pre test del Grupo Experimental y Control

Hipótesis 1: Depresión (Escala de Zung)

H_0 : No existen diferencias significativas entre las puntuaciones obtenidas en el pre test por las madres adolescentes del grupo experimental y el grupo control en la Escala de Zung), antes de iniciar el tratamiento.

$$H_0: \bar{X}_{GE} = \bar{X}_{GC}$$

H_1 : Existen diferencias significativas entre las puntuaciones obtenidas en el pre test por las madres adolescentes del grupo experimental y el grupo control en la Escala de Zung), antes de iniciar el tratamiento.

$$H_1: \bar{X}_{GE} \neq \bar{X}_{GC}$$

Hipótesis 2: Depresión (De) LSB-50

H₀: No existen diferencias significativas entre las puntuaciones obtenidas en el pre test por las madres adolescentes del grupo experimental y el grupo control para la variable depresión (De) del LSB-50 antes de iniciar el tratamiento.

$$H_0: \bar{X}_{GE} = \bar{X}_{GC}$$

H₁: Existen diferencias significativas entre las puntuaciones obtenidas en el pre test por las madres adolescentes del grupo experimental y el grupo control para la variable depresión (De) del LSB-50, antes de iniciar el tratamiento.

$$H_1: \bar{X}_{GE} \neq \bar{X}_{GC}$$

Hipótesis 3: Ansiedad (An) LSB-50

H₀: No existen diferencias significativas entre las puntuaciones obtenidas en el pre test por las madres adolescentes del grupo experimental y el grupo control para la variable ansiedad (An) del LSB-50, antes de iniciar el tratamiento.

$$H_0: \bar{X}_{GE} = \bar{X}_{GC}$$

H₁: Existen diferencias significativas entre las puntuaciones obtenidas en el pre test por las madres adolescentes del grupo experimental y el grupo control para la variable ansiedad (An) del LSB-50, antes de iniciar el tratamiento.

$$H_1: \bar{X}_{GE} \neq \bar{X}_{GC}$$

Hipótesis 4: Somatización (Sm) LSB-50

H₀: No existen diferencias significativas entre las puntuaciones obtenidas en el pre test por las madres adolescentes del grupo experimental y el grupo control para la variable Somatización (Sm) del LSB-50, antes de iniciar el tratamiento.

$$H_0: \bar{X}_{GE} = \bar{X}_{GC}$$

H₁: Existen diferencias significativas entre las puntuaciones obtenidas en el pre test por las madres adolescentes del grupo experimental y el grupo control para la variable somatización (Sm) del LSB-50, antes de iniciar el tratamiento.

$$H_1: \bar{X}_{GE} \neq \bar{X}_{GC}$$

Hipótesis 5: Hipersensibilidad (Hp) LSB-50

H₀: No existen diferencias significativas entre las puntuaciones obtenidas en el pre test por las madres adolescentes del grupo experimental y el grupo control para la variable hipersensibilidad (Hp) del LSB-50, antes de iniciar el tratamiento.

$$H_0: \bar{X}_{GE} = \bar{X}_{GC}$$

H₁: Existen diferencias significativas entre las puntuaciones obtenidas en el pre test por las madres adolescentes del grupo experimental y el grupo control para la variable hipersensibilidad (Hp) del LSB-50, antes de iniciar el tratamiento.

$$H_1: \bar{X}_{GE} \neq \bar{X}_{GC}$$

2.2.2 Para el Pre test y post test del grupo Experimental

Hipótesis 6: Depresión (Escala de Zung)

H_0 : No existen diferencias significativas entre los puntajes obtenidos por las madres adolescentes del grupo experimental en la Escala de Zung, después de recibir el tratamiento.

$$H_0: \bar{X}_{GE} = \bar{X}_{GC}$$

H_1 : Existen diferencias significativas entre los puntajes obtenidos por las madres adolescentes del grupo experimental en la Escala de Zung, después de recibir el tratamiento.

$$H_1: \bar{X}_{GE} \neq \bar{X}_{GC}$$

Hipótesis 7: Depresión (De) LSB-50

H_0 : No existen diferencias significativas entre los puntajes obtenidos por las madres adolescentes del grupo experimental en la variable depresión (De) del LSB-50, después de recibir el tratamiento.

$$H_0: \bar{X}_{GE} = \bar{X}_{GC}$$

H_1 : Existen diferencias significativas entre los puntajes obtenidos por las madres adolescentes del grupo experimental en la variable depresión (De) del LSB-50 después de recibir el tratamiento.

$$H_1: \bar{X}_{GE} \neq \bar{X}_{GC}$$

Hipótesis 8: Ansiedad (An) LSB-50

H₀: No existen diferencias significativas entre los puntajes obtenidos por las madres adolescentes del grupo experimental en la variable ansiedad (An) del LSB-50, después de recibir el tratamiento.

$$H_0: \bar{X}_{GE} = \bar{X}_{GC}$$

H₁: Existen diferencias significativas entre los puntajes obtenidos por las madres adolescentes del grupo experimental en la variable ansiedad (An) del LSB-50 después de recibir el tratamiento.

$$H_1: \bar{X}_{GE} \neq \bar{X}_{GC}$$

Hipótesis 9: Somatización (Sm) LSB-50

H₀: No existen diferencias significativas entre los puntajes obtenidos por las madres adolescentes del grupo experimental en la variable somatización (Sm) del LSB-50, después de recibir el tratamiento.

$$H_0: \bar{X}_{GE} = \bar{X}_{GC}$$

H₁: Existen diferencias significativas entre los puntajes obtenidos por las madres adolescentes del grupo experimental en la variable somatización (Sm) del LSB-50 después de recibir el tratamiento.

$$H_1: \bar{X}_{GE} \neq \bar{X}_{GC}$$

Hipótesis 10: Hipersensibilidad (Hp) LSB-50

H₀: No existen diferencias significativas entre los puntajes obtenidos por las madres adolescentes del grupo experimental en la variable hipersensibilidad (Hp) del LSB-50, después de recibir el tratamiento.

$$H_0: \bar{X}_{GE} = \bar{X}_{GC}$$

H₁: Existen diferencias significativas entre los puntajes obtenidos por las madres adolescentes del grupo experimental en la variable hipersensibilidad (Hp) del LSB-50 después de recibir el tratamiento.

$$H_1: \bar{X}_{GE} \neq \bar{X}_{GC}$$

2.2.3 Para el Pre test y el Post test del Grupo Control

Hipótesis 11: Depresión (Escala de Zung)

H₀: No existen diferencias significativas entre las puntuaciones obtenidas en el pre test y post test por las madres adolescentes del grupo control en la Escala de Zung.

$$H_0: \bar{X}_{GE} = \bar{X}_{GC}$$

H₁: Existen diferencias significativas entre las puntuaciones obtenidas en el pre test y post test por las madres adolescentes del grupo control en la Escala de Zung.

$$H_1: \bar{X}_{GE} \neq \bar{X}_{GC}$$

Hipótesis 12: Depresión (De) del LSB-50

H_0 : No existen diferencias significativas entre las puntuaciones obtenidas en el pre test y post test por las madres adolescentes del grupo control en la variable depresión (De) del LSB-50.

$$H_0: \bar{X}_{GE} = \bar{X}_{GC}$$

H_1 : Existen diferencias significativas entre las puntuaciones obtenidas en el pre test y post test por las madres adolescentes del grupo control en la variable depresión (De) del LSB-50.

$$H_1: \bar{X}_{GE} \neq \bar{X}_{GC}$$

Hipótesis 13: Ansiedad (An) del LSB-50

H_0 : No existen diferencias significativas entre las puntuaciones obtenidas en el pre test y post test por las madres adolescentes del grupo control en la variable ansiedad (An) del LSB-50.

$$H_0: \bar{X}_{GE} = \bar{X}_{GC}$$

H_1 : Existen diferencias significativas entre las puntuaciones obtenidas en el pre test y post test por las madres adolescentes del grupo control en la variable ansiedad (An) del LSB-50.

$$H_1: \bar{X}_{GE} \neq \bar{X}_{GC}$$

Hipótesis 14: Somatización (Sm) del LSB-50

H_0 : No existen diferencias significativas entre las puntuaciones obtenidas en el pre test y post test por las madres adolescentes del grupo control en la variable somatización (Sm) del LSB-50.

$$H_0: \bar{X}_{GE} = \bar{X}_{GC}$$

H_1 : Existen diferencias significativas entre las puntuaciones obtenidas en el pre test y post test por las madres adolescentes del grupo control en la variable somatización (Sm) del LSB-50.

$$H_1: \bar{X}_{GE} \neq \bar{X}_{GC}$$

Hipótesis 15: Hipersensibilidad (Hp) del LSB-50

H_0 : No existen diferencias significativas entre las puntuaciones obtenidas en el pre test y post test por las madres adolescentes del grupo control en la variable hipersensibilidad (Hp) del LSB-50.

$$H_0: \bar{X}_{GE} = \bar{X}_{GC}$$

H_1 : Existen diferencias significativas entre las puntuaciones obtenidas en el pre test y post test por las madres adolescentes del grupo control en la variable hipersensibilidad (Hp) del LSB-50.

$$H_1: \bar{X}_{GE} \neq \bar{X}_{GC}$$

GE: Grupo experimental

GC: Grupo control o en lista de espera

3. OBJETIVOS

3.1 Objetivo General:

- Validar la Intervención Psicoterapéutica Individual de Apoyo aplicada a un grupo de madres adolescentes que presentan síntomas depresivos.

3.2 Objetivos Específicos:

- Determinar la presencia de síntomas depresivos en la muestra de madres adolescentes pertenecientes al estudio.
- Medir el grado de depresión que presentan los sujetos de la muestra antes de la intervención Psicoterapéutica Individual de Apoyo.
- Medir el grado de depresión que presentan los sujetos de la muestra después de la intervención Psicoterapéutica Individual de Apoyo.
- Confeccionar la anamnesis de las madres adolescentes pertenecientes a la muestra.
- Preparar un diagnóstico multiaxial atendiendo los lineamientos del DSM-IV para determinar el estado psicológico de las madres adolescentes pertenecientes a la muestra.

- Aplicar un Programa Psicoterapéutico Individual de Apoyo para disminuir los síntomas depresivos presentes en las madres adolescentes pertenecientes a la muestra de este estudio.
- Valorar en términos estadísticos la efectividad del tratamiento Psicoterapéutico Individual de Apoyo aplicado a la muestra de madres adolescentes que presentan síntomas depresivos, en función de la disminución de los síntomas y la consecuente recuperación emocional de los sujetos de la muestra.

4. DISEÑO DE INVESTIGACIÓN

Este estudio llevó a cabo una intervención Psicoterapéutica Individual de Apoyo con el propósito de promover una mejoría en el estado de ánimo y la consecuente disminución de los síntomas depresivos que presentaban las madres adolescentes que participaron del estudio.

Esta fue una investigación de tipo cuasiexperimental, que permitió la manipulación de la variable independiente y apreciar sus efectos en la variable dependiente. Decimos que fue cuasiexperimental porque no contamos con los rigurosos controles que exigen los diseños experimentales en relación al grado de confiabilidad que pueda esperarse sobre la equivalencia inicial de los grupos. (Hernández Sampieri, 2010).

Se empleó el Diseño de Pre-prueba-Post-prueba, en donde se utilizó dos grupos (Experimental y Control o en lista de espera) y estudio de caso. Se aplicó a ambos grupos simultáneamente una pre-prueba, luego se administró el tratamiento (Psicoterapia Individual de Apoyo) solamente al grupo experimental, al otro no (grupo control o en lista de espera) y, finalmente se aplicó una post-prueba también simultáneamente a ambos grupos. La principal característica de este tipo de diseño es que los sujetos son evaluados antes y después de la intervención, de esta forma el efecto de la intervención se refleja en la cantidad de cambios de la evolución pre prueba a post prueba. (Hernández Sampieri, 2010).

El grupo control fue un grupo en lista de espera que recibió el mismo tratamiento del grupo experimental, pero al concluir el estudio inicial por consideraciones éticas de investigación. Estos resultados del tratamiento del grupo control no se presentaron en esta investigación.

El diseño puede representarse de la siguiente manera:

<u>G₁</u>	<u>Pre-test (1)</u>	<u>X</u>	<u>Post-test (2)</u>
G ₂	Pre-test (3)	0	Post-test (4)

donde,

G ₁ =	Grupo Experimental
G ₂ =	Grupo Control en lista de espera
Pre-Test =	Primera evaluación de las variables dependientes
X =	Intervención Psicoterapéutica Individual de Apoyo
0 =	Ausencia de Intervención
Post-Test =	Segunda evaluación de las variables dependientes

5. VARIABLES DE INVESTIGACIÓN

5.1 Variable Independiente

- **Intervención Psicoterapéutica Individual de Apoyo:**
- **Definición Conceptual de la Variable Independiente:**

Es una técnica de tratamiento con orientación psicodinámica, que tiene como objetivo primordial fortalecer las conductas apropiadas presentes en el sujeto y emplearlas o extenderlas en la resolución de nuevas situaciones. Se centra en el aquí y ahora, de la situación actual del paciente y busca reducir los síntomas para mantener, restaurar o mejorar la autoestima, funciones yoicas y demás funciones adaptativas del sujeto.

Según Wolberg (1967), el objeto en terapia de apoyo es llevar al paciente a un equilibrio emocional tan rápidamente como sea posible, con mejora de los síntomas, para que pueda funcionar a un nivel próximo a su norma. Se hace un esfuerzo para reforzar las defensas existentes y elaborar mejores "mecanismos de control". Coordinadamente, se intenta eliminar o reducir los factores externos perjudiciales que actúan como fuentes de estrés. No hay ninguna intención de cambiar la estructura de la personalidad, a pesar de las alteraciones caracterológicas constructivas que se pueden desarrollar como consecuencia del tratamiento, cuando el dominio ha sido restaurado.

- **Definición Operacional de la Variable Independiente:**
- **Intervención Psicoterapéutica Individual de Apoyo:**

Se propuso llevar a cabo una intervención Psicoterapéutica Individual de Apoyo en un grupo de madres adolescentes que presentaban síntomas depresivos, apoyados en los siguientes lineamientos: doce sesiones individuales de 50 minutos, dos veces a la semana que fueron estructuradas de la siguiente manera:

Las sesiones de nuestro estudio se diseñaron de la siguiente manera:

- Sesiones de Evaluación y Planteamiento del Tratamiento (1-3)
- Sesiones Iniciales (4-6)
- Sesiones Intermedias (7-9)
- Sesiones de Finalización o Terminación (10-12)
- Sesión de Seguimiento (un mes después de finalizado el tratamiento).

Diseño de las Sesiones

Fase de Evaluación y Planeamiento (sesiones 1 a 3)

Objetivo: Establecer el encuadre y la alianza terapéutica.

Realizar la evaluación clínica de las pacientes tendiente a establecer el diagnóstico.

Tareas Terapéuticas:

- Evaluación de la psicopatología de la paciente, sus fortalezas, debilidades, entorno social y sistema de apoyo.
- Especificar el diagnóstico Multiaxial del DSM-IV de la paciente.
- Reconocer y analizar los mecanismos de defensa empleados por la paciente.
- Valorar destrezas, habilidades de la paciente, su interés por entenderse a sí misma.
- Examinar las tendencias opuestas de convertir el conflicto psíquico en conductas o en síntomas físicos (somatización).

Sesión N°1: Evaluando y diagnosticando a cada paciente:

- Realizar la evaluación clínica de la paciente y especificar el diagnóstico.
- Determinar el diagnóstico multiaxial del DSM-IV
- Reconocer la presencia de mecanismos de defensa.

Estableciendo el Encuadre y la Alianza Terapéutica:

- Establecer fecha, lugar, hora de las sesiones.
- Aclarar las ausencias y tardanzas a las sesiones.
- Explicar la dinámica de las sesiones.
- Explorar metas y expectativas acerca de la terapia

Sesión N°2: Identificando y tratando los Síntomas Depresivos:

- Identificar los síntomas y sentimientos depresivos.
- Aprender a tratar con esos sentimientos y síntomas, para prevenir nuevas crisis depresivas.

Sesión N°3: Combatiendo la Incertidumbre:

- Proporcionar a la paciente la información necesaria acerca de lo que es la depresión y sus consecuencias para el futuro de no ser atendida adecuadamente.
- Reflexionar sobre su futuro personal, académico, laboral, a la luz de su nueva condición de madre adolescente.

Fase Temprana del Tratamiento (sesiones 4 a 6)

Objetivo: Reconocer las fortalezas y defensas que serán apoyadas.

Determinar los principales patrones mal adaptativos.

Tareas Terapéuticas:

- Motivar a la paciente a someterse a la terapia.
- Estimación de la alianza terapéutica, el encuadre y la escucha terapéutica.
- Clarificar las ideas acerca de la terapia.
- Demostrar a la paciente que el terapeuta comprende su sufrimiento y está calificado para ayudarlo.
- Emplear la clarificación y confrontación para reconocer conductas positivas y negativas.
- Desarrollar el proceso de educación de la paciente.
- Intentar definir metas de la terapia y de la situación terapéutica.
- Identificar áreas de interés de la paciente como futuros temas a tratar.

Sesión N°4: Hablando del embarazo, sus efectos y consecuencias sobre sus vidas.

- Reconocer que cometieron un error, pero que tienen la suficiente fortaleza para salir adelante con su vida, sus estudios y su hijo.
- Aceptar las consecuencias que el embarazo produce en sus vidas.
- Admitir que el embarazo cambió sus vidas y la de las personas que la rodean (familia, compañeros de escuela, amigos, etc.).

Sesión N°5: Recordando experiencias pasadas, para fortalecer el futuro:

- Liberando sentimientos: Romper el silencio, hablar de la experiencia sexual que trajo como consecuencia su embarazo.
- Hablar y reconocer la ira, la culpa, los remordimientos, la vergüenza.
- Se busca que la paciente verbalice sus emociones y logre una descarga emocional significativa.

Sesión N° 6: Enfrentando y Superando los síntomas depresivos (ansiedad, temor, angustia, tristeza, etc.)

- Identificar y aclarar el motivo de la ansiedad, temor, angustia, tristeza;
- Aclarar sus dudas
- Despejar interpretaciones erróneas, falsos mitos y creencias.
- Encontrar alternativas de solución para los problemas que las inquietan.
- Utilizar algunas técnicas de relajación para disminuir la ansiedad.
- Proporcionar un buen ambiente para la expresión de los síntomas y buscar en conjunto las opciones que ayudarán a resolver sus síntomas, problemas e inquietudes.

Fase Intermedia del Tratamiento (sesiones 7 a 9)

Objetivos: Determinar las causas y dinámica del desorden del paciente.

Fijar medidas correctivas.

Tareas Terapéuticas:

- Trabajar los puntos de mayor relevancia identificados en la etapa temprana.
- Ayudar a la paciente a controlar su ansiedad y depresión.
- Se trabajó en el fortalecimiento de la autoestima y demás defensas *yoicas*.
- Trabajar en la clarificación y confrontación de los patrones de comportamiento y defensas mal adaptativas. Paralelamente se apoyan y reforzaron los comportamientos y defensas adaptativas empleados por la paciente.
- Empleo del elogio y gratificaciones para fortalecer la autoestima y el *yo* de la paciente.

Sesión N°7: Fortaleciendo Aspectos, Habilidades, Destrezas, Funciones *yoicas*:

- Fortalecer la Autoestima, autoimagen, autoconcepto.

Sesión N°8: Fomentando las estrategias de Afrontamiento:

- En las Relaciones Interpersonales (cómo manejar mensajes negativos, por parte de compañeros, profesores, vecinos, la pareja, amistades en general).
- Expresión y manejo de la ira, culpa, remordimiento, vergüenza.
- Aprendiendo a ser más asertivas.

Sesión N°9: Reforzando la formación de las habilidades y destrezas de las pacientes:

- Utilizar su autosuficiencia y demás habilidades para asumir con responsabilidad las tareas propias de su rutina cotidiana y de su papel como madre adolescente, lavar, cocinar, limpiar, atención del bebé, etc., como una manera de lograr la superación de sus síntomas depresivos.
- Reforzar el éxito que cada una de las pacientes manifieste.

Fase Final o de Terminación (sesiones 10 a 12)

Objetivos: Finalizar la Terapia

Tareas Terapéuticas:

- Examinar los elementos de dependencia que hayan podido surgir en la relación terapeuta-paciente.
- Alentar y apoyar a la paciente a tomar sus propias decisiones, estableciendo sus valores y metas, a la luz de sus habilidades y destrezas.
- Ayudar a la paciente a obtener tanta independencia y seguridad en sí misma como sea posible, tendiente a la adaptación y ajuste a su entorno personal, social, escolar, etc.
- Trabajar en torno a las reacciones de la paciente ante la finalización de la terapia, sentimientos de pérdida, temor al futuro.

Sesión N°10: Adaptando y Ajustando las Relaciones de la Paciente con su Entorno

- Prepararse para la participación en actividades sociales de su comunidad, su grupo escolar, su grupo de pares, con la familia, con la pareja,
- Anuncio de la próxima finalización del trabajo terapéutico.

Sesión N°11: Desarrollando Habilidades para Prevenir Recaídas:

- Aprendiendo a detectar los primeros signos de recaída.
- Revisar las habilidades aprendidas durante la terapia.
- Desarrollar un plan para enfrentar y evitar la recaída.
- Preparándonos para la finalización de la terapia.

Sesión N°12: Despidiéndose:

: Es común que durante la realización de un trabajo de esta naturaleza, se experimenten fuertes sentimientos entre paciente y terapeuta, la alianza terapéutica ha sido intensa; causa dolor el tener que abandonar el lugar de trabajo, las horas compartidas, finalizar los vínculos establecidos. Es por esto necesario que durante las últimas sesiones se vaya preparando a las participantes para la finalización del trabajo terapéutico.

- Se realiza la aplicación del post-test.
- En esta última sesión se establece la fecha, hora y lugar para la sesión de seguimiento, un mes después de esta última sesión.
- También es una despedida para la terapeuta, quien ha desarrollado igualmente, un fuerte sentimiento de agradecimiento por las participantes en la investigación.
- Evaluación del proceso terapéutico: En esta última sesión, es posible realizar una breve evaluación del trabajo terapéutico por parte de las participantes; es apropiada y conveniente, les brinda a las participantes, por un lado, la oportunidad de evaluar su propio proceso de tratamiento, sus avances, resultados, logros, y por la otra, ofrece a la terapeuta información valiosa acerca de la experiencia vivida por las participantes y una forma de enriquecer y/o mejorar el modelo terapéutico puesto en práctica.
- Como una forma de expresarles a las participantes lo valientes y maravillosas que son, al enfrentarse a la sociedad y darles a sus hijos el derecho de vivir; de agradecimiento por su participación en esta investigación y de lo mucho que se les respeta, quiere y admira, se les entregó a cada una de las participantes en este estudio una pequeña distinción, a manera de recordatorio y premio a su valiente decisión de ser madre adolescente.

5.2 Variables Dependientes

- **Definición Conceptual de las Variables dependientes**
- **Depresión:** consiste en un estado de ánimo caracterizado por tristeza y aprensión, sentimientos de inutilidad, culpabilidad, pérdida del interés en casi todas las áreas y actividades de la persona, lo que representa un cambio drástico en su forma de ser.
- **Hipersensibilidad:** es el conocimiento que un individuo tiene de los otros (sensibilidad interpersonal), de sí mismo (intrapersonal), del ambiente y de la influencia personal que ejerce sobre ellos.

- **Ansiedad:** Estado o condición de una persona que experimenta una conmoción, intranquilidad, nerviosismo o preocupación.
- **Somatizaciones:** son los síntomas corporales sin causa orgánica justificable que experimenta y expresa una persona llegando a generar incapacidad en el sujeto.
- **Definición Operacional de las Variables Dependientes**
- **Depresión.** Esta variable se midió a través de la Escala Autoaplicada de Depresión de Zung. Se trata de una escala autoaplicada que consta de 20 frases que guardan relación con la depresión. Las preguntas están organizadas la mitad, en términos positivos y la otra mitad, en términos negativos, dándose en la escala un mayor énfasis al componente somático-conductual del trastorno depresivo, al encontrarse con 8 reactivos para cada componente y la escala se completa con dos referentes al estado de ánimo y otros dos para síntomas psicomotores. También se empleó del Listado de Síntomas Breves (LSB-50), específicamente la escala de depresión (De), la cual contiene 10 ítems que corresponden a síntomas característicos de la depresión, como la tristeza, la desesperanza, la anhedonia, la anergia, la impotencia o la ideación autodestructiva, entre ellos la culpa. Entre los contenidos evaluados se encuentran: sensaciones de tristeza, sensaciones de falta de energía o de encontrarse apagado o alicaído, ideaciones suicidas, falta de esperanza con relación al futuro, sentimientos de culpa con relación a todo lo que le pasa, ausencia de interés por las cosas, sentimientos de soledad, tendencia al llanto, sensaciones de inutilidad, necesidad de hacer grandes esfuerzos para conseguir cualquier cosa.
- **Ansiedad:** se midió esta variable utilizando la escala de ansiedad (An) del Listado de Síntomas Breves, la cual se compone de 9 ítems que evalúan las manifestaciones tanto del trastorno de ansiedad generalizada, como cuadros de pánico y de ansiedad fóbica. Entre los contenidos evaluados se pueden mencionar: existencia de miedos repentinos y sin causa aparente, inquietud y nerviosismo cuando se queda solo, evitación de determinados lugares o situaciones por el miedo que le provocan, sensaciones o

intuiciones de que algo malo le va a suceder, inquietud o nerviosismo interior, sensaciones de miedo o angustia si tiene que salir de casa solo (a), sensaciones de miedo o angustia cuando se encuentra en espacios abiertos o en la calle.

- **Hipersensibilidad:** la variable fue medida mediante la subescala de hipersensibilidad (Hp) del Listado de Síntomas Breves, que está compuesta de 7 ítems que se refieren a la sensibilidad tanto interpersonal como intrapersonal, es decir, a síntomas centrados en la excesiva focalización bien en los detalles de la relación interpersonal bien en la valoración de uno mismo. Entre los contenidos evaluados se incluyen: los sentimientos de vergüenza o cohibición ante otras personas, el sentirse incomprendido por parte de los demás, el sentir que otros hablan de él (ella) o le miran, la susceptibilidad a los comentarios de los demás (es fácil que se sienta herido), la sensación de ser inferior a los demás, sentirse solo aunque esté rodeado de gente.
- **Somatización:** El Listado de Síntomas Breves, nos permitió evaluar esta variable a través de la escala de somatización (Sm) que contiene 8 ítems que se refieren a síntomas de malestar somático o corporal, debidos a procesos de somatización psicológica, aunque pueden ser también manifestaciones de una patología médica. Incluye respuestas somáticas relacionadas con desequilibrios del sistema nervioso autónomo y que afectan a los sistemas respiratorio, muscular, cardiovascular y gastrointestinal. Es útil para detectar la presencia de trastornos somatomorfos y de ansiedad somática. Incluye síntomas referidos a: palpitaciones, desmayos o mareos, dolores de cabeza, náuseas o problemas estomacales, entumecimiento muscular, dolores musculares, dolores en el pecho, dificultad para respirar.

6. POBLACIÓN Y MUESTRA

6.1 Población

- **Población Objetivo:**

Madres adolescentes que cursan estudios en el Colegio Moisés Castillo Ocaña de La Chorrera.

- **Población Muestral:**

Madres adolescentes que cursan estudios en el Colegio Moisés Castillo Ocaña y que presentan síntomas depresivos.

6.2 Muestra

La muestra de este estudio fue no paramétrica. (Kerlinger, 2002). Se empleó, inicialmente, un tipo de muestreo intencional o por conveniencia, es decir, que se tomó a todas las jóvenes que cumplieran con el criterio de inclusión para este estudio, de ser madre adolescente y posterior a la aplicación de los instrumentos de evaluación, aquellas que cumplieran con el criterio de inclusión, de obtener puntuaciones altas en la Escala de Zung, y las sub-escalas y escalas del LSB-50 (ansiedad, depresión, somatización e hipersensibilidad), fueron asignadas al azar a cada uno de los grupos que participaron del estudio, seis para el grupo experimental y seis para el grupo control o en lista de espera.

Este estudio sólo se refiere a los resultados obtenidos de la aplicación de la psicoterapia individual de apoyo, al grupo de adolescentes participantes y no pretende en ningún momento generalizar los resultados.

6.3 CRITERIOS DE INCLUSIÓN

Las participantes de este estudio deben reunir los siguientes criterios para poder ser considerados parte de la muestra.

- Ser estudiante del Colegio Moisés Castillo Ocaña,
- Poseer inteligencia normal,
- No estar recibiendo tratamiento psicológico o psiquiátrico, ni medicamentoso,
- Participar voluntariamente del programa y aceptar las condiciones que el tratamiento requiera.
- Firmar el consentimiento informado,
- Contar con el consentimiento de los padres,
- Obtener puntuaciones altas en la escala de Zung para la depresión y en el LSB-50 (escalas de ansiedad, depresión, hipersensibilidad y somatización)

6.4 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN:

Los sujetos serán excluidos de la muestra de este estudio si presentan alguno de los siguientes criterios:

- Estudiar en un colegio diferente al citado en este estudio,
- Estar libre de síntomas depresivos.
- Poseer una inteligencia inferior o superior a la normal,
- Recibir algún tipo de tratamiento psicológico, psiquiátrico o medicamentoso.
- Participar del programa de manera obligada,
- Los padres niegan el permiso para que participen del programa.
- Dejar de asistir a dos sesiones seguidas en cualquier etapa del programa.
- Obtener puntuaciones bajas en la escala Zung para la depresión y en el Listado de Síntomas Breves (escalas de depresión, ansiedad, hipersensibilidad y somatización).

7. INSTRUMENTOS Y TÉCNICAS DE EVALUACIÓN:

- **Entrevista Clínica DSM-IV:**

Es el encuentro entre el terapeuta y el paciente que genera un intercambio afectivo y permite la observación y el establecimiento del vínculo (alianza terapéutica) requerida para que el entrevistado (paciente) deposite su confianza en el terapeuta. La alianza terapéutica es la base fundamental sobre la cual descansa cualquier tipo de tratamiento terapéutico. Este tipo de entrevista permite la obtención de los datos e informaciones necesarias acerca de la vida y datos personales del paciente que luego serán utilizados para la elaboración de la anamnesis detallada del paciente; permite igualmente, el desarrollo de la escucha terapéutica para la observancia de los señalamientos sobre las contradicciones o frases significativas que verbalice el entrevistado y la presentación de alternativas, que representan los puntos de vista que el entrevistado no logra visualizar. Todo lo anterior con miras a clasificar los síntomas y disfunciones del paciente y formular un diagnóstico sobre la condición psicológica del entrevistado, en este caso apoyados en las categorías diagnósticas definidas y el diagnóstico multiaxial, según los criterios del DSM-IV.

Los datos recabados a través de la entrevista clínica fueron estructurados siguiendo los lineamientos recomendados por el registro de la historia clínica de Karl Menninger, la cual se compone de cinco apartados.

- **Planteamiento General del Problema:** es un resumen de las condiciones y causas por las cuales el paciente buscó ayuda o fue llevado con el terapeuta. Los problemas del paciente tal como los ve él, cómo los ve la familia, cómo los ven, los otros significativos del paciente, cómo los ve el médico que lo refiere y cómo se presentan ante el terapeuta.
- **Enfermedad Presente:** se inicia con los datos relacionados con la fecha de admisión o de examen, seguidamente del relato detallado y cronológico de los sucesos ocurridos

hasta el momento presente de la entrevista, incluyendo los hechos que llevaron al paciente a buscar ayuda profesional.

- **Historia Familiar:** en esta sección, se describen las condiciones generales y particulares de tipo cultural, sociológica y familiar que caracterizaron el medio en el cual el paciente nació. Se debe incluir el registro de las actitudes y características de la familia y de sus miembros. Se describe la relación paterna filial, relaciones entre hermanos y el papel que cada persona ha desempeñado en la crianza del paciente.
- **Historia del Desarrollo:** se detalla el período comprendido desde el nacimiento hasta la vida adulta. Se describe la historia de la infancia, historia escolar y la historia del período adolescente.
- **Patrones Adultos de Ajuste:** comprende una evaluación de los patrones de trabajo, las actividades culturales y de juego, el ajuste social en general, el desarrollo sexual. Asimismo se empleó la evaluación del estado mental para sistematizar la información referente al grado de alerta, el juicio, la inteligencia, la memoria y el estado de ánimo de cada paciente. A su vez, el diagnóstico multiaxial del DSM-IV, fue utilizado para organizar información relacionada con cada paciente, para el mismo se tomaron en consideración los cinco ejes diagnósticos.

- **LSB-50 Listado de Síntomas Breve**

Es un instrumento de medición, desarrollado por Luis De Rivera y Manuel R. Abuíñ (2012,) a partir de su experiencia con otros cuestionarios de medida de síntomas y que a través de un cuestionario de 50 ítems, ha sido desarrollado para evaluar síntomas presentes en individuos, con predominancia, aquéllos que se muestran en síndromes ansioso-depresivos.

Mediante la aplicación de este instrumento se obtienen tres índices fundamentales de psicopatología, incluyendo un indicador de riesgo que identifica a pacientes potencialmente graves o que requieren una atención clínica inmediata.

El LSB-50 proporciona puntuaciones en dos escalas de validez, tres índices generales, nueve escalas y subescalas y un índice de riesgo psicopatológico. Las escalas y subescalas clínicas son a continuación:

- Psicorreactividad (Pr)
- Hipersensibilidad (Hp)
- Obsesión-compulsión (Ob)
- Ansiedad (An)
- Hostilidad (Hs)
- Somatización (Sm)
- Depresión (De)
- Alteraciones del sueño (Su y Su-a)

El Listado cuenta además, con Escalas de Validez que permiten detectar posibles riesgos de respuestas que puedan estar afectando a los resultados en la prueba y con Índices Generales de Psicopatología, que informan sobre diferentes aspectos del sufrimiento psicopatológico general.

En cuanto a las escalas de validez se señalan:

- **Minimización (Min):**

Evalúan un conjunto de síntomas que aparecen con cierta frecuencia en la población general y que informan acerca del padecimiento de síntomas relativamente menores y frecuentes. Indica si el evaluado puede estar minimizando la frecuencia o la intensidad de los síntomas que padece.

- **Magnificación (Mag):**

Se centra en síntomas que tienen baja frecuencia de respuesta tanto en las personas sanas como en aquellas pertenecientes a muestras clínicas. Indica si el evaluado puede estar magnificando su sintomatología, puntuando con alta intensidad síntomas relativamente poco frecuente.

Los índices generales de psicopatología son:

- **El Índice Global de Severidad (GLOBAL):**

Es una medida general de la intensidad del sufrimiento psíquico y psicosomático.

- **El Índice Número de Síntomas Presentes (NUM):**

Informa sobre la extensión de las manifestaciones psicopatológicas, independientemente de su intensidad. Pretende responder a la pregunta sobre cuál es la amplitud de la sintomatología del paciente.

- **El Índice de Intensidad de Síntomas Presentes (INT):**

Es un indicador de la intensidad sintomática del paciente.

- **El Índice de Riesgo Psicopatológico (IRPsi):**

Evalúa la presencia de síntomas asociados a la población clínica psicopatológica formando un conglomerado de desvalorización, incomprensión, miedo, somatización y hostilidad junto con ideas de suicidio. En su conjunto resulta predictivo para la inclusión del evaluado en una población afectada con psicopatología.

Este listado, nos indicará la presencia de síntomas depresivos a través de las escalas de somatización, ansiedad, hipersensibilidad.

El Listado de Síntomas Breves (LSB-50), cuenta con estudios de fiabilidad y validez que señalan que la prueba consta con propiedades psicométricas adecuadas que le aseguran al investigador que lo emplee que es un buen instrumento de medición.

La fiabilidad se refiere a la precisión con la que un test sitúa en el continuo de un determinado rasgo o conducta y diferencia a unos individuos de otros. En los análisis realizados con el LSB-50 se estudió la fiabilidad entendida como consistencia interna, que indica en qué grado los ítems de una escala están midiendo una misma variable. Una consistencia interna alta indica que todos los ítems dependen en gran medida de la variable evaluada, esto es, son una función de esta variable. Este estudio se realizó desde una perspectiva clásica (coeficiente de fiabilidad alfa de Cronbach) a partir de muestra clínica psicopatológica.

Los coeficientes de fiabilidad en las escalas del LSB-50 están comprendidos entre 0,79 y 0,90, valores que resultan satisfactorios. En cuanto al índice de riesgo psicopatológico, el coeficiente alfa de 0,88 avala la existencia de un complejo sintomático ansioso-depresivo y de somatización ligado a la sensibilidad interpersonal e intrapersonal. El coeficiente de fiabilidad para el total de la prueba (índice GLOBAL) fue de 0,96. (De Rivera, 2012).

La sintomatología psicopatológica tiene repercusiones en la vida académica y laboral y en el bienestar personal y social. Por eso, en los estudios de validez se han utilizado varias medidas con las que debería estar correlacionada. El LSB-50 cuenta con estudios de validez de criterio y de estructura factorial. La validez de criterio se ha estudiado tomando en consideración la validez concurrente de las escalas e indicadores generales del LSB-50 con respecto a variables de dependencia y estilos de relación y apego interpersonal (análisis de contingencia y de correlaciones). Con relación a la estructura factorial, se realizó un estudio factorial para conocer la estructura del test y validar empíricamente las dimensiones de psicopatología seleccionadas. Esto se logró examinando la estructura del LSB-50 con la

técnica del análisis factorial exploratorio empleando la muestra clínica psicopatológica. (De Rivera, 2012)

- **Escala Autoaplicada de Depresión de Zung:**

La Escala Autoaplicada de Depresión de Zung (Self-Rating Depression Scale, SDS), utilizada específicamente para medir depresión. Es una escala de cuantificación de síntomas de base empírica que nace en cierto modo de la escala de depresión de Hamilton, ya que de manera similar, da mayor peso al componente somático-conductual, es una encuesta corta que se auto administra y que indica la presencia y severidad de la sintomatología depresiva de una persona; fue desarrollada por Zung en 1965.

Se trata de una escala autoaplicada que consta de 20 frases que guardan relación con la depresión. Las preguntas están organizadas la mitad, en términos positivos y la otra mitad, en términos negativos, dándose en la escala un mayor énfasis al componente somático-conductual del trastorno depresivo, al encontrarse con 8 reactivos para cada componente y la escala se completa con dos referentes al estado de ánimo y otros dos para síntomas psicomotores.

El paciente cuantifica no sólo la intensidad, sino también la frecuencia de los síntomas, utilizando una escala de Likert de 4 puntos, desde 1 (poco tiempo), 2 (algo del tiempo), 3 (una buena parte del tiempo), 4 (la mayor parte del tiempo).

En relación a las propiedades psicométricas de la escala debemos acotar que en lo concerniente a la fiabilidad de la escala, los índices de fiabilidad son buenos (índices de 0,70 – 0,80 en la fiabilidad dos mitades, índice alfa de Cronbach entre 0,79 y 0,92) 6,20.

En cuanto a la validez, los índices de correlación con otras escalas (escala de depresión de Hamilton, inventario de depresión de Beck) y con el juicio clínico global oscilan entre 0.50 y 0.80 3, 6, 18, 20. Informa sobre la presencia y severidad de la sintomatología depresiva, y es

sensible a los cambios en el estado clínico 3,21. La puntuación total no correlaciona significativamente con edad, sexo, estado civil, nivel educacional, económico, ni inteligencia.

8. MÉTODOS Y TÉCNICAS DE INTERVENCIÓN

La primera herramienta utilizada dentro del programa de intervención fue la entrevista clínica. La misma es ideal para obtener la información concerniente a la vida personal del paciente y que nos permitió formular la impresión diagnóstica y luego, el diagnóstico multiaxial. La intervención llevada a cabo durante el proceso de tratamiento terapéutico tenía como meta fundamental la disminución de la sintomatología depresiva que presentaban las participantes del estudio como consecuencia lógica de un evento inesperado, como lo fue un embarazo a temprana edad y que provocó un significativo desequilibrio emocional. Todo esto se logró a través del análisis cuidadoso de la situación emocional (estrés, ansiedad, depresión, sentimientos de culpa) por la que pasaban las pacientes y que afectaban su adecuado desenvolvimiento, lo cual nos permitió, a su vez, precisar si eran susceptibles a modificación o atenuación. Quizás, el indicador más significativo del logro obtenido a través de la psicoterapia fue el que las pacientes obtuvieran un alivio de sus síntomas depresivos, que manifestaran haber logrado una descarga emocional significativa que mejoró su estado emocional.

Las técnicas empleadas durante el proceso de tratamiento psicoterapéutico, se basaron en las sugerencias de Lawrence Rockland y Julio Grimaldo Pérez, las cuales pasamos a describir a continuación.

- **Alentar la Alianza Terapéutica:** se logró establecer un entorno contenedor y adecuado donde el terapeuta consiguió demostrarle al paciente su genuino interés y capacidad empática, de experimentar como propias las dificultades del paciente, pero con objetividad y manteniendo una distancia conveniente, lo constituye además, la base fundamental de todo tratamiento psicoterapéutico. Esta particular relación de trabajo, se estableció desde las primeras sesiones del tratamiento, consolidándose con acciones sencillas que demostraron al paciente el interés del terapeuta en su caso, con

comentarios, gestos y actitudes sencillos, como por ejemplo, escuchar atentamente (escucha terapéutica), evitando interrupciones innecesarias; establecer contacto visual, acogedor y afectuoso; ejecutar movimientos de vaivén ántero-posterior de la cabeza en señal de asentimiento comprensivo, en los momentos pertinentes del diálogo; desarrollar una actitud de profundo respeto humano por el paciente, sin diferencias de raza, credo, condición socio-económica, cultural, o filiación política. Todo esto permitió que la paciente se sintiera entendida y comprendida y no juzgada ni culpada por su embarazo.

- Estimular la liberación de sentimientos: se hicieron declaraciones directas con la finalidad de propiciar la liberación de sentimientos ya que la descarga emocional que se libera a través de las verbalizaciones alivia el yo del paciente; al mismo tiempo el terapeuta aprovechó la oportunidad para reforzar la sensación de ser comprendido, lo que reporta grandes beneficios a la relación terapéutica.
- Dar seguridad y confianza: se reforzó toda actividad positiva realizada por el paciente en su medio social, escolar, familiar, esto reduce la ansiedad e inseguridad.
- Combatir el sentimiento de “No puedo” y alentar la autoafirmación: se trató de hacerle comprender a la paciente que la dificultad que confronta no es precisamente en que no puede, sino en que no sabe cómo resolver dicha situación y se le ayudó a encontrar nuevas alternativas de solución.
- Alentar la socialización y exteriorización de intereses: toda psicoterapia es en sí, un proceso educativo de socialización, en este sentido se alentó a la paciente a retomar alguna actividad que le resultara placentera, asistir a reuniones, ir de paseo al campo, a la playa, visitar familiares, de tal modo que se sintiera bien con la gente que le rodea.
- Intervención en el ambiente: se trabajó con la paciente los aspectos que llevó a las sesiones relacionadas con conflictos familiares, escolares, con el padre del bebé. De igual manera, se empleó el entorno del diario quehacer del paciente para modificar o

equilibrar aquellos estímulos externos que operan como fuentes de estrés, incluimos en esta tarea, a las personas, familiares o amigos, de la paciente, que funcionan como figuras significativas, para reforzar su sistema de apoyo social.

- **Persuasión y consejo:** se hicieron declaraciones directas con la finalidad de lograr ciertas conductas, como por ejemplo no seguir culpándose, no sentirse avergonzada, ni inferior ante los demás.
- **Aceptar la Abreacción:** dentro del ambiente contenedor de la psicoterapia, se permitió a las pacientes expresarse libremente, se manejó la ira, el dolor, la desesperación, el llanto, la culpa, la vergüenza y se aceptó las emociones de cada una sin juzgar, ni criticar.
- **Empleo de la clarificación y confrontación:** se replantearon de forma más directa y clara las producciones de las pacientes y se utilizó la confrontación para mostrarle sus comportamientos defensivos y mal adaptativos.
- **Descartar los mecanismos de defensa mal adaptativos:** se trató de desalentar los sentimientos de inferioridad, culpabilidad, vergüenza y pena, replitiendo que los mismos no ayudan a superar la situación, pero que empañan y agravan la situación.
- **Ofrecer replanteamiento, enfatizar en las fortalezas y talentos:** se reforzó aquellas habilidades, talentos y fortalezas de cada paciente, se fortaleció sus Yo y se canalizaron al servicio de la lucha contra los sentimientos asociados al embarazo temprano.

Durante el desarrollo de la psicoterapia, se emplearon además de las técnicas ya mencionadas, algunas estrategias propias de la psicoterapia de apoyo, como lo fueron el reforzamiento de las defensas adaptativas, la reducción y exportación de la transferencia, el establecimiento y fortalecimiento de la alianza terapéutica, entre otras.

9. EVALUACIÓN DE LOS RESULTADOS

La evaluación de los resultados de la psicoterapia es un aspecto importante no sólo para el paciente, que espera experimentar al finalizar el tratamiento una mejoría o disminución de sus dolencias. En este sentido, nos apoyamos en los lineamientos propuestos por Grimaldo Pérez (1996) y los Worden W (1997). El primero señala que la psicoterapia de apoyo puede ser evaluada tomando en consideración tres criterios clínicamente validados, los cuales son:

- El terapeuta: profesional especializado que procura despojarse de todo juicio caprichoso para poder evaluar objetivamente al paciente.
- El paciente: es precisamente el que acude en busca de ayuda profesional y en el cual, todo cambio que experimente será a través de la evaluación de su propia conducta.
- Actuación del paciente en la vida cotidiana: la forma que el paciente emplea para enfrentar sus diversas actividades cotidianas, su faena laboral, sus deberes escolares, demostrando un mejor desempeño, mejores relaciones personales, escolares y sociales, etc., son los mejores indicadores de la efectividad de la psicoterapia de apoyo.

Por su parte Worden, precisa igualmente, que existen tres tipos de cambios que ayudan a evaluar los resultados de un tratamiento psicoterapéuticos, a saber:

- La experiencia subjetiva: las personas que llevan a feliz término su tratamiento, expresan subjetivamente sentirse diferentes. Se refieren a un aumento de la estima propia y una reducción del sentimiento de culpa, entre otros aspectos.
- La conducta: muchos pacientes experimentan cambios conductuales evidentes. Algunos entablan nuevas relaciones y cuidan de sí mismos y de otros.

- El alivio de los síntomas: es quizás el indicador más significativo de la efectividad de la psicoterapia. Los sujetos al finalizar el tratamiento a cabalidad, pueden reportar mejoría en lo que concierne a la aparición de síntomas negativos del problema o enfermedad.

10. PROCEDIMIENTO ESTADÍSTICO.

Para el análisis estadístico de los resultados obtenidos en las dos muestras grupales, en la Escala Autoaplicada de Depresión de Zung (SDS) y en el Listado de Síntomas Breve (LSB-50), al igual que para la prueba de hipótesis se utilizaron dos pruebas no paramétricas: la prueba de Wilcoxon de los Rangos Signados / Prueba bilateral para muestras apareadas y la prueba de Mann-Whitney / Prueba Bilateral para muestras independientes.

Estas dos pruebas evalúan la existencia de diferencias estadísticamente significativas entre los grupos, en los puntajes obtenidos de la aplicación de los instrumentos de evaluación, en el pre-test y post-test. Para el análisis se empleó un nivel de significación de 0.05 y la prueba de hipótesis a dos colas, para efectos de aceptar o rechazar la hipótesis nula.

También se emplearon la desviación estándar y la media como medidas descriptivas. Los datos estadísticos fueron procesados mediante el Programa XLSTAT versión 2013.

CAPÍTULO IV

RESULTADOS

“La ciencia moderna aún no ha producido un medicamento tranquilizador tan eficaz como lo son unas pocas palabras bondadosas”.

Sigmund Freud

La presentación de los resultados de este estudio se realiza en dos secciones, en la primera, se hace una breve descripción de las muestras atendiendo a algunas de sus características sociodemográficas, como lo son la edad, nivel de escolaridad, religión, nivel socioeconómico, tanto del grupo experimental como del grupo control. En la segunda sección, presentamos los resultados obtenidos de la prueba de hipótesis, previa aplicación de los instrumentos de evaluación, a saber, la Escala Autoaplicada de Depresión de Zung y el Listado de Síntomas Breve (LSB-50) que fueron procesados estadísticamente a través del programa XLSTAT, versión 2013, para lo cual se emplearon dos pruebas no paramétricas, la Prueba de Rangos de Wilcoxon para muestras apareadas y la de U de Mann-Whitney para muestras independientes.

En este estudio participaron doce sujetos, mujeres, estudiantes, que manifestaron su interés de participar voluntariamente en el estudio, que inicialmente cumplieron con el criterio de inclusión de ser madre adolescente; luego de aplicar los instrumentos de evaluación, obtuvieron puntuaciones elevadas en la escala de Zung y las escalas de ansiedad, depresión, somatización e hipersensibilidad del Listado de Síntomas Breve. Estas doce sujetos fueron posteriormente asignadas aleatoriamente, a los grupos experimental y control o en lista de espera, seis en cada grupo, respectivamente.

1. Análisis Descriptivo de las Muestras del Estudio.

1.1 Homogeneidad y Heterogeneidad de las Muestras del Estudio

Este estudio empleó dos grupos, experimental y control o en lista de espera, cada uno de ellos estuvo conformado por seis sujetos respectivamente. Las muestras estudiadas, son homogéneas en cuanto al sexo, todas eran mujeres, sintomatología depresiva y la condición de ser madres adolescentes, estudiantes, esto último, se debió principalmente al cumplimiento de los criterios de inclusión exigidos previamente para la participación en este estudio.

Son heterogéneas las muestras, en relación, al nivel de escolaridad, religión, nivel socioeconómico, edad, entre otras características.

TABLA N° 1

DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS DEL GRUPO EXPERIMENTAL

Sujetos	Sexo	Edad	Religión	Escolaridad	Nivel Socioeconómico
A	F	17	Católica	12	Bajo
B	F	17	Católica	12	Bajo
C	F	18	Evangélica	11	Medio
D	F	18	Católica	12	Medio
E	F	17	Católica	11	Bajo
F	F	17	Evangélica	10	Bajo

Fuente: Judith Ruiz (2013)

Tal y como se puede apreciar en la tabla N° 1 y la gráfica N° 1 con relación a la edad, la muestra del grupo experimental estuvo formada por seis adolescentes, mujeres, madres, con una edad promedio de 17 años, lo que nos indica que el 67% de la muestra, 4 estudiantes, tenía 17 años y un 33%, tenía 18 años (2 estudiantes).

En relación al nivel de escolaridad, los sujetos pertenecían al nivel de educación media, entre el décimo y duodécimo grado, concentrándose la mayor parte en el nivel 12, es decir, un 50% de la muestra del grupo experimental, 3 estudiantes, cursaban el duodécimo grado; dos estudiantes, un 33% cursaba el undécimo grado y solamente una estudiante, 17% de la muestra cursaba el décimo grado. (Ver gráfica N° 2)

En el aspecto religioso, para el grupo experimental tenemos que el 67%, (4 estudiantes) practicaba la religión católica y dos eran evangélicas, 33%. (Ver gráfica N°3)

Atendiendo a los datos relativos al nivel socioeconómico de los sujetos del grupo experimental, observamos que el 67% (4 estudiantes) presentaba una condición socioeconómica con bajos recursos y un 33% (2 estudiantes) reveló una condición socioeconómica en el nivel medio. (Ver gráfica N° 4)

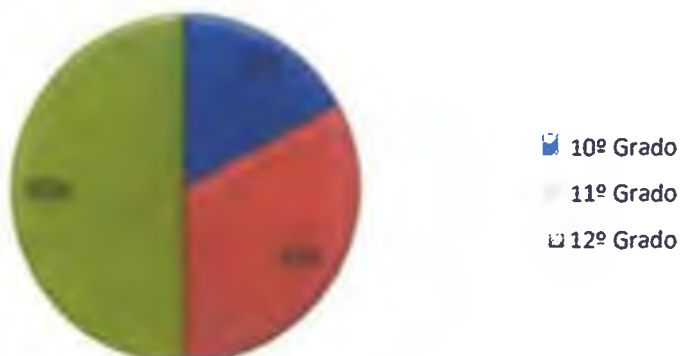
Gráfica N° 1
Edades
Grupo Experimental



Fuente: Judith E. Ruíz S. (2013)

En esta gráfica observamos que las edades están comprendidas entre los 17 años con un total de 4 sujetos (67%) y dos sujetos con 18 años (33%).

Gráfica N° 2
Nivel de Escolaridad
Grupo Experimental



Fuente: Judith E. Ruíz S. (2013)

Los datos de esta gráfica nos muestran que el nivel de escolaridad del grupo experimental está en el nivel de educación media, con 3 estudiantes (50%) en el duodécimo grado, dos estudiantes (33%) en el undécimo grado y una estudiante (17%) en el décimo grado respectivamente.

Gráfica N° 3
Religión
Grupo Experimental



Fuente: Judith E. Ruíz S. (2013)

La gráfica N° 3 permite observar que en el grupo experimental cuatro sujetos (67%) de la muestra practicaba la religión católica y dos estudiantes (33%) pertenecía a la iglesia evangélica.

Gráfica N° 4
Nivel Socioeconómico
Grupo Experimental



Fuente: Judith E. Ruíz S. (2013)

En la gráfica N° 4 se puede observar que un 67% (4 estudiantes), declaró un nivel socioeconómico bajo, mientras que dos estudiantes (33%) presentó un nivel socioeconómico medio

TABLA N° 2
DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS DEL GRUPO CONTROL

Sujetos	Sexo	Edad	Religión	Escolaridad	Nivel Socioeconómico
A	F	18	Católica	12	Medio
B	F	18	Evangélica	12	Medio
C	F	15	Adventista	10	Bajo
D	F	16	Católica	11	Medio
E	F	17	Católica	12	Medio
F	F	18	Evangélica	12	Medio

Fuente: Judith Ruíz (2013)

Se aprecia en el tabla N° 2 y gráfica N° 5 con relación a la edad, la muestra del grupo control estuvo formada por seis madres adolescentes, con una edad promedio de 17 años. El 50% de la muestra, 3 estudiantes, tenía 18 años, los otros tres estudiantes, se ubicaron entre los 15 y 17 años, uno en cada rango de edad, haciendo un porcentaje de 16.67% cada uno.

En relación al nivel de escolaridad, los sujetos pertenecían al nivel de educación media, entre el décimo y duodécimo grado, concentrándose la mayor parte en el nivel 12, es decir, un 66.67% de la muestra del grupo control, (4 estudiantes) cursaba el duodécimo grado, una estudiante, un 16.67% cursaba el undécimo grado e igualmente una estudiante, 16.66% de la muestra cursaba el décimo grado. (Ver gráfica N° 6)

En el aspecto religioso, para el grupo control tenemos que el 50%, (3 estudiantes) practicaba la religión católica, dos eran evangélicas, 33% y una pertenecía al culto adventista 17% (Ver gráfica N°7)

Atendiendo a los datos relativos al nivel socioeconómico de los sujetos del grupo control, observamos que el 83.33% (5 estudiantes) presentaba una condición socioeconómica media y un 16.67% (1 estudiante) reveló una condición socioeconómica en el nivel bajo. (Ver gráfica N° 8).

Gráfica N° 5
Edades
Grupo Control



Fuente: Judith E. Ruiz S (2013)

En esta gráfica observamos que las edades están comprendidas entre los 15 a 17 años, con un 50% (3 sujetos) tenía 18 años y el resto de los sujetos de la muestra se ubico, uno en 15 años, (16.67%), otro en 16 años, (16.66%) y uno en 17 años (16.67%) respectivamente.

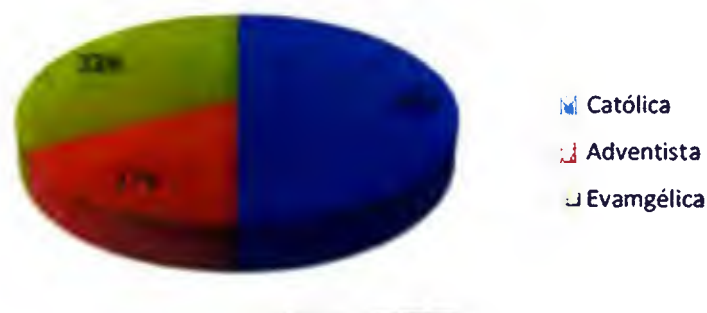
Gráfica N° 6
Nivel de Escolaridad
Grupo Control



Fuente: Judith E. Ruiz S (2013)

Los datos de esta gráfica nos muestran que el nivel de escolaridad del grupo control estuvo concentrado en educación media, con 4 estudiantes (66.67%) en el duodécimo grado, una estudiante (16.67%) en el undécimo grado y una estudiante (16.66%) en el décimo grado respectivamente.

Gráfica N° 7
Religión
Grupo Control



Fuente: Judith E. Ruíz S. (2013)

La gráfica N° 7 nos permite observar que en el grupo control tres sujetos (50%) de la muestra practicaba la religión católica, dos estudiantes (33%) pertenecía a la iglesia evangélica y una estudiante (17%) profesaba la religión adventista.

Gráfica N° 8
Nivel Socioeconómico
Grupo Control



Fuente: Judith E. Ruíz S. (2013)

En la gráfica N° 8 se puede observar que un 83% (5 estudiantes), declaró un nivel socioeconómico medio, mientras que una estudiante (17%%) presentó un nivel socioeconómico bajo.

2. Análisis Estadísticos

2.1 Datos Estadísticos y Pruebas de Hipótesis del Pre Test de los Grupos Experimental y Control.

2.1.1. Prueba de Hipótesis 1: Variable Depresión (Escala de Zung)

TABLA N° 3
Comparación de las Puntuaciones Pre-Test
Grupos Experimental y Control
Escala de Zung
Variable Depresión

Sujetos	A	B	C	D	E	F
Pre-test G. Exp.	61	63	70	62	68	63
Pre-test G. C.	63	67	61	62	60	62

Hipótesis:

H_0 : No existen diferencias significativas entre las puntuaciones obtenidas en el pre test por las madres adolescentes del grupo experimental y el grupo control en la Escala de Zung, antes de iniciar el tratamiento.

H_1 : Existen diferencias significativas entre las puntuaciones obtenidas en el pre test por las madres adolescentes del grupo experimental y el grupo control en la Escala de Zung, antes de iniciar el tratamiento.

Nivel de Significación: $\alpha = 0.05$

Estadísticas descriptivas:

	Observaciones	Mínimo	Máximo	Media	Desviación Típica
Pre-test G. Exp.	6	61.000	70.000	64.500	3.619
Pre-test G. C.	6	60.000	67.000	62.500	2.429

Prueba de Mann-Whitney / Prueba bilateral:

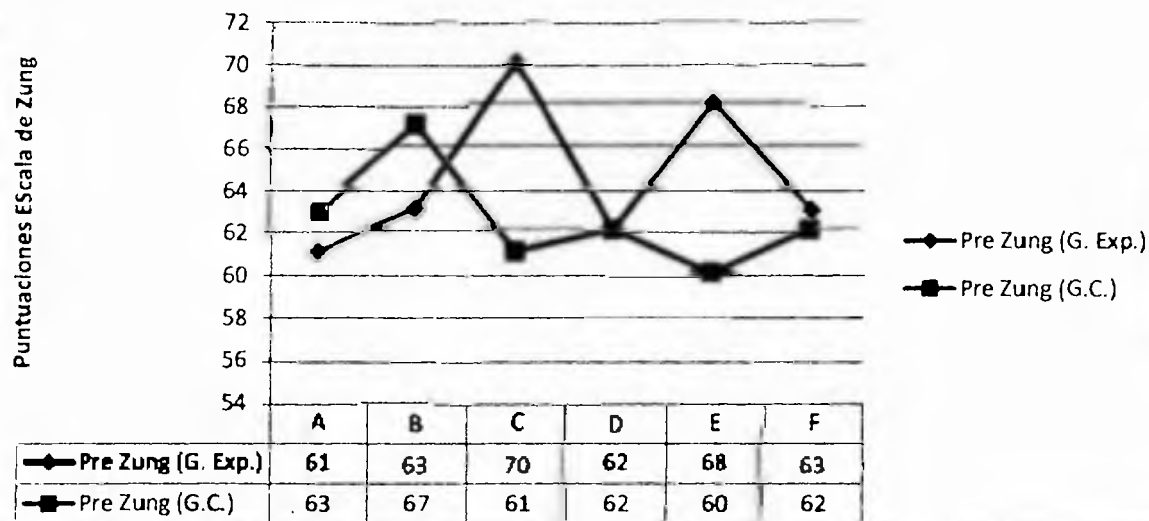
V	25.500
Esperanza	18.000
Varianza(V)	37.773
p-valor (bilateral)	0.255
alfa	0.05

Decisión: Como el p-valor calculado es mayor que el nivel de significación $\alpha = 0,05$, se debe aceptar la hipótesis nula (H_0) y rechazar la hipótesis alternativa (H_1).

El riesgo de rechazar la hipótesis nula H_0 cuando es verdadera es de 25.47%.

Conclusión: Los resultados en la prueba de hipótesis, indican que no hay diferencias significativas entre ambos grupos en el pre-test, por lo tanto, ambos grupos mantienen puntuaciones similares al inicio de la investigación.

Gráfica N° 9
Comparación de Puntuaciones Pre-Test
Grupos Experimental y Control
Escala de Zung



Fuente: Judith E. Ruiz S. (2013)

La gráfica N° 9 muestra las puntuaciones obtenidas en el Pre-test por los sujetos tanto del grupo experimental como control, para la Escala de Zung. Notamos que el comportamiento de los sujetos en esta escala fue bastante similar y los puntajes del grupo experimental oscilan entre 70, como el más alto y 61 como el más bajo. En el grupo control, tenemos un 67 como puntaje más alto y 60 como el más bajo, el resto de los puntajes fluctúan entre estos dos rangos.

Los resultados del pre-test en la escala de Zung, señalan que los sujetos de ambos grupos, tienen un comportamiento bastante semejante en cuanto a la sintomatología depresiva evaluada por esta escala, al inicio de la investigación, situando a la mayoría de ambas muestras en un nivel de depresión moderada, solamente una de las madres adolescentes fue ubicada en un nivel grave de depresión. Nuestra prueba de hipótesis revela que no existen diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos. Es decir, los sujetos de ambos grupos mantienen un nivel de depresión moderado/grave, en la primera evaluación de esta variable.

2.1.2 Prueba de Hipótesis 2: Variable Depresión (De)

TABLA N° 4
Comparación de las Puntuaciones Pre-Test
Grupos Experimental y Control
Listado de Síntomas Breve (LSB-50)
Escala Depresión (De)

Sujetos	A	B	C	D	E	F
Pre-test G. Exp.	20	32	28	29	35	29
Pre-test G. C.	34	32	34	29	28	31

Hipótesis:

H_0 : No existen diferencias significativas entre las puntuaciones obtenidas en el pre test por las madres adolescentes del grupo experimental y el grupo control para la variable depresión (De) del LSB-50 antes de iniciar el tratamiento.

H_1 : Existen diferencias significativas entre las puntuaciones obtenidas en el pre test por las madres adolescentes del grupo experimental y el grupo control para la variable depresión (De) del LSB-50, antes de iniciar el tratamiento.

Nivel de significación: $\alpha = 0.05$

Estadísticas descriptivas:

	Observaciones	Mínimo	Máximo	Media	Desviación Típica
Pre-test G. Exp.	6	20.000	35.000	28.833	5.037
Pre-test G. C.	6	28.000	34.000	31.333	2.503

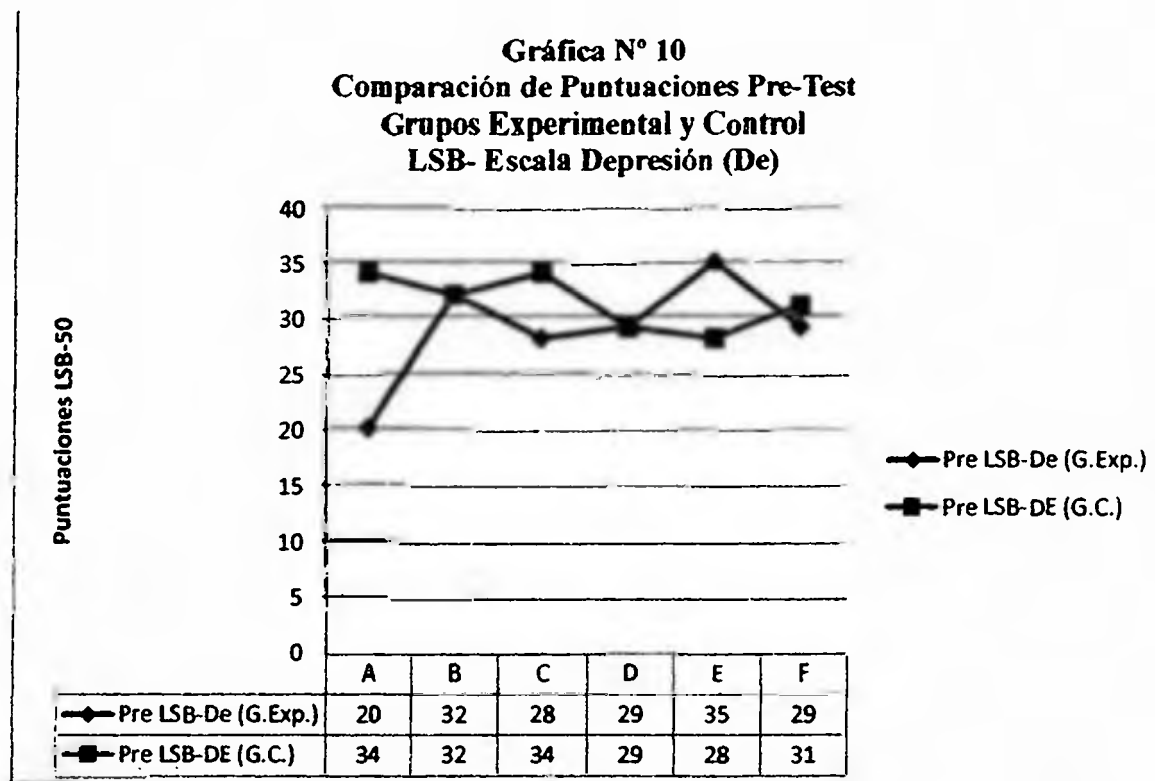
Prueba de Mann-Whitney / Prueba bilateral:

V	13.000
Esperanza	18.000
Varianza(V)	38.045
p-valor (bilateral)	0.466
alfa	0.05

Decisión: Como el p-valor calculado es mayor que el nivel de significación $\alpha = 0,05$, se debe aceptar la hipótesis nula (H_0) y rechazar la hipótesis alternativa (H_1).

El riesgo de rechazar la hipótesis nula H_0 cuando es verdadera es de 46,57%.

Conclusión: Los resultados indican que no existe diferencia estadísticamente significativa entre ambos grupos, evidenciando ambos, un nivel alto de síntomas depresivos en la escala de depresión del listado de síntomas breve LSB-50



Fuente: Judith E. Ruíz S. (2013)

Los resultados que muestra la gráfica N° 10, señalan que ambos grupos obtuvieron puntuaciones bastante similares y altas en el pre-test, para la escala de depresión del Listado de Síntomas Breve (LSB-50), significa que los dos grupos en la medición inicial de esta condición, evidencian niveles altos de síntomas depresivos.

2.1.3 Prueba de Hipótesis 3: Variable Ansiedad (An)

TABLA N° 5
Comparación de las Puntuaciones Pre-Test
Grupos Experimental y Control
Listado de Síntomas Breve (LSB-50)
Escala Ansiedad (An)

Sujetos	A	B	C	D	E	F
Pre-test G. Exp.	21	21	22	22	22	19
Pre- Test G. C.	26	22	25	28	23	24

Hipótesis:

H₀: No existen diferencias significativas entre las puntuaciones obtenidas en el pre test por las madres adolescentes del grupo experimental y el grupo control para la variable ansiedad (An) del LSB-50, antes de iniciar el tratamiento.

H₁: Existen diferencias significativas entre las puntuaciones obtenidas en el pre test por las madres adolescentes del grupo experimental y el grupo control para la variable ansiedad (An) del LSB-50, antes de iniciar el tratamiento.

Nivel de significación: $\alpha = 0.05$

Estadísticas descriptivas:

	Observaciones	Mínimo	Máximo	Media	Desviación Típica
Pre-test G. Exp.	6	19.000	22.000	21.167	1.169
Pre-test G. C.	6	22.000	28.000	24.667	2.160

Prueba de Mann-Whitney / Prueba bilateral:

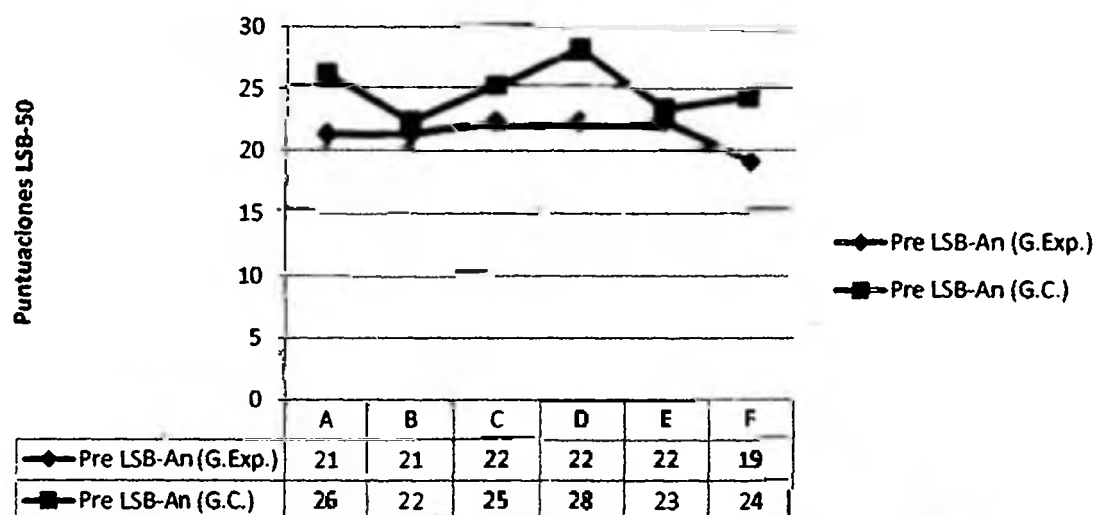
V	1.500
Esperanza	18.000
Varianza(V)	37.500
p-valor (bilateral)	0.009
alfa	0.05

Decisión: Como el p-valor computado es menor que el nivel de significación $\alpha = 0,05$, se debe rechazar la hipótesis nula (H_0) y aceptar la hipótesis alternativa (H_1).

El riesgo de rechazar la hipótesis nula H_0 cuando es verdadera es menor que 0,90%.

Conclusión: Los resultados señalan una diferencia significativa en los puntajes de ambos grupos, en la medición inicial de esta variable, ansiedad.

Gráfica N° 11
Comparación de Puntuaciones Pre-Test
Grupos Experimental y Control
LSB-Escala Ansiedad (An)



Fuente: Judith E. Ruiz S. (2013)

Al observar los datos registrados en la gráfica N° 11, tenemos que en el pre test del grupo experimental el puntaje más alto es 22 y el más bajo 19, el resto de los puntajes oscilan entre estos dos rangos. Para el grupo control, notamos un puntaje de 28 como el más alto y 22 como el más bajo. Esto nos indica una diferencia significativa, de acuerdo a la prueba de hipótesis entre ambos grupos. Importante recalcar que en ambos grupos se evidencian puntuaciones altas, indicativo de la presencia de síntomas ansiosos en los sujetos de ambos grupos, con un nivel un tanto más elevado en los sujetos del grupo control al inicio de esta investigación.

2.1.4 Prueba de Hipótesis 4: Variable Somatización (Sm)

TABLA N° 6
Comparación de las Puntuaciones Pre-Test
Grupos Experimental y Control
Listado de Síntomas Breve (LSB-50)
Escala Somatización (Sm)

Sujetos	A	B	C	D	E	F
Pre-Test G. Exp.	18	30	28	20	22	19
Pre-Test G. C.	22	19	21	24	21	23

Hipótesis:

H_0 : No existen diferencias significativas entre las puntuaciones obtenidas en el pre test por las madres adolescentes del grupo experimental y el grupo control para la variable somatización (Sm) del LSB-50, antes de iniciar el tratamiento.

H_1 : Existen diferencias significativas entre las puntuaciones obtenidas en el pre test por las madres adolescentes del grupo experimental y el grupo control para la variable somatización (Sm) del LSB-50, antes de iniciar el tratamiento.

Nivel de significación: $\alpha = 0.05$

Estadísticas descriptivas:

	Observaciones	Mínimo	Máximo	Media	Desviación Típica
Pre-test G. Exp.	6	18.000	30.000	22.833	4.997
Pre-test G. C.	6	19.000	24.000	21.667	1.751

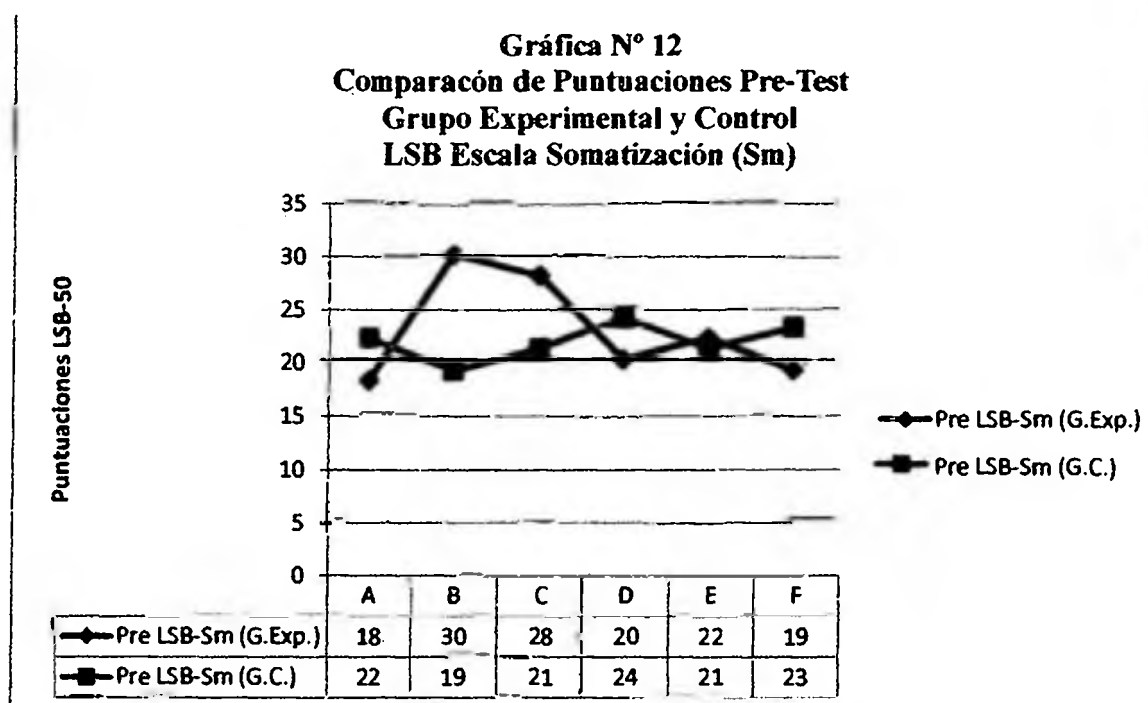
Prueba de Mann-Whitney / Prueba bilateral:

V	17.000
Esperanza	18.000
Varianza(V)	38.591
p-valor (bilateral)	0.936
alfa	0.05

Decisión: Como el p-valor calculado es mayor que el nivel de significación $\alpha = 0,05$, se debe aceptar la hipótesis nula (H_0) y rechazar la hipótesis alternativa (H_1).

El riesgo de rechazar la hipótesis nula H_0 cuando es verdadera es de 93,58%.

Conclusión: Revelan estos resultados que no existen diferencias estadísticamente significativas entre las mediciones del pre test de los grupos experimental y control, en ambos grupos se evidencian síntomas de malestar somático en los sujetos del estudio, al inicio del mismo.



Fuente: Judith E. Ruiz S. (2013)

Al realizar un breve análisis de la gráfica N° 12, podemos decir que en la evaluación realizada antes del tratamiento, ambos grupos obtuvieron puntuaciones elevadas en la escala de somatización del LSB-50, lo que deja claro que los sujetos presentaban síntomas de malestar somático o corporal al inicio de esta investigación.

2.1.5 Prueba de Hipótesis 5: Variable Hipersensibilidad (Hp)

TABLA N° 7
Comparación de las Puntuaciones Pre-Test
Grupos Experimental y Control
Listado de Síntomas Breve (LSB-50)
Sub-Escala Hipersensibilidad (Hp)

Sujetos	A	B	C	D	E	F
Pre Test G. Exp.	14	16	13	16	20	19
Pre Test G.C.	18	14	17	19	19	18

Hipótesis:

H_0 : No existen diferencias significativas entre las puntuaciones obtenidas en el pre test por las madres adolescentes del grupo experimental y el grupo control para la variable hipersensibilidad (Hp) del LSB-50, antes de iniciar el tratamiento.

H_1 : Existen diferencias significativas entre las puntuaciones obtenidas en el pre test por las madres adolescentes del grupo experimental y el grupo control para la variable hipersensibilidad (Hp) del LSB-50, antes de iniciar el tratamiento.

Nivel de significación: $\alpha = 0.05$

Estadísticas descriptivas:

	Mínimo	Máximo	Media	Desviación Típica
Pre-test G. Exp.	13.000	20.000	16.333	2.733
Pre-test G. C.	14.000	19.000	17.500	1.871

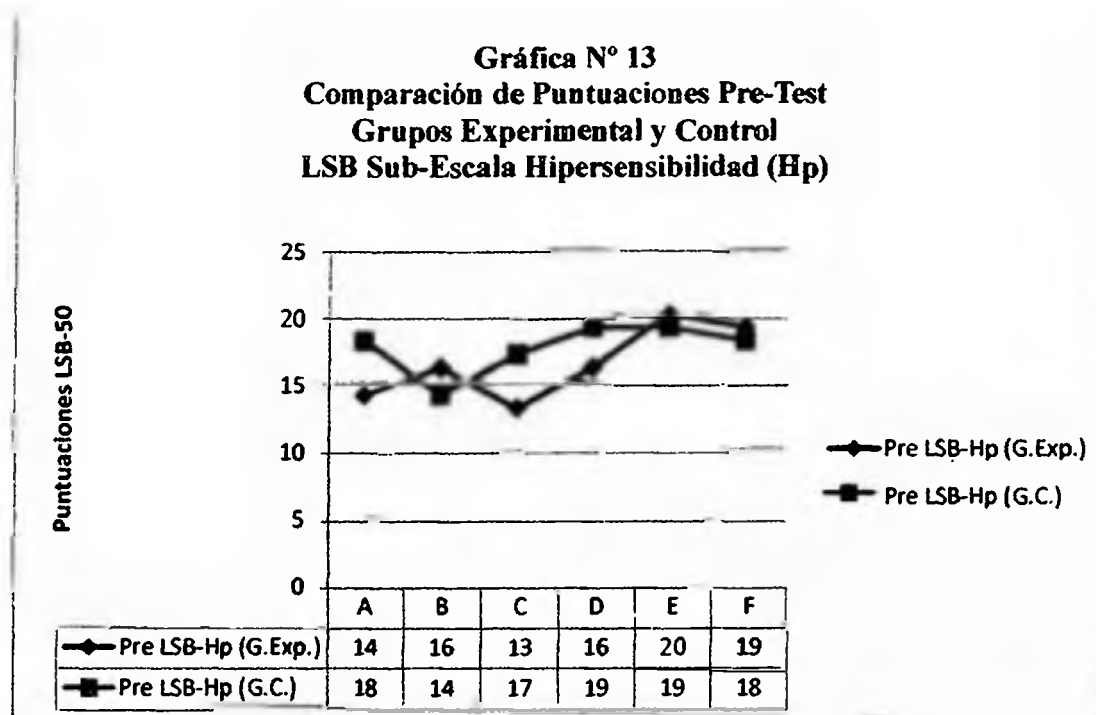
Prueba de Mann-Whitney / Prueba bilateral:

V	13.500
Esperanza	18.000
Varianza(V)	38.045
p-valor (bilateral)	0.517
alfa	0.05

Decisión: Como el p-valor calculado es mayor que el nivel de significación $\alpha = 0,05$, se debe aceptar la hipótesis nula (H_0) y rechazar la hipótesis alternativa (H_1).

El riesgo de rechazar la hipótesis nula H_0 cuando es verdadera es de 51,67%.

Conclusión: Los resultados indican que no existe diferencia estadísticamente significativa entre las mediciones de ambos grupos al inicio del estudio. Ambos grupos presentan puntuaciones similares e indican la presencia de síntomas de hipersensibilidad.



Fuente. Judith E. Ruíz S. (2013)

Observando los resultados presentados en la gráfica N° 13, podemos señalar que en la variable de hipersensibilidad, los sujetos de ambos grupos presentaron puntuaciones bastante similares en el pre test; para el grupo experimental la puntuación más alta fue de 20 y la más baja 13; en el grupo control, la más alta fue 19 y la más baja 14. Esto deja claro que al inicio de la investigación los sujetos de ambos grupos presentaron síntomas de hipersensibilidad tanto interpersonal como intrapersonal y que no existe diferencia estadísticamente significativa entre las mediciones de ambos grupos.

2.2 Datos Estadísticos y Pruebas de Hipótesis Pre test y Post test del Grupo Experimental

2.2.1 Prueba de Hipótesis 6: Variable Depresión (Escala de Zung)

TABLA N° 8
Comparación de las Puntuaciones Pre-Test y Post-Test
Grupo Experimental
Escala de Zung
Variable Depresión

Sujetos	A	B	C	D	E	F
Pre-Test	61	63	70	62	68	63
Post-Test	55	58	64	56	52	54

Hipótesis:

H_0 : No existen diferencias significativas entre los puntajes obtenidos por las madres adolescentes del grupo experimental en la Escala de Zung, después de recibir el tratamiento.

H_1 : Existen diferencias significativas entre los puntajes obtenidos por las madres adolescentes del grupo experimental en la Escala de Zung, después de recibir el tratamiento.

Nivel de significación: $\alpha = 0.05$

Estadísticas descriptivas:

	Observaciones	Mínimo	Máximo	Media	Desviación Típica
Pre-Test	6	61.000	70.000	64.500	3.619
Post-Test	6	52.000	64.000	56.500	4.183

Prueba de Wilcoxon de los rangos signados / Prueba bilateral:

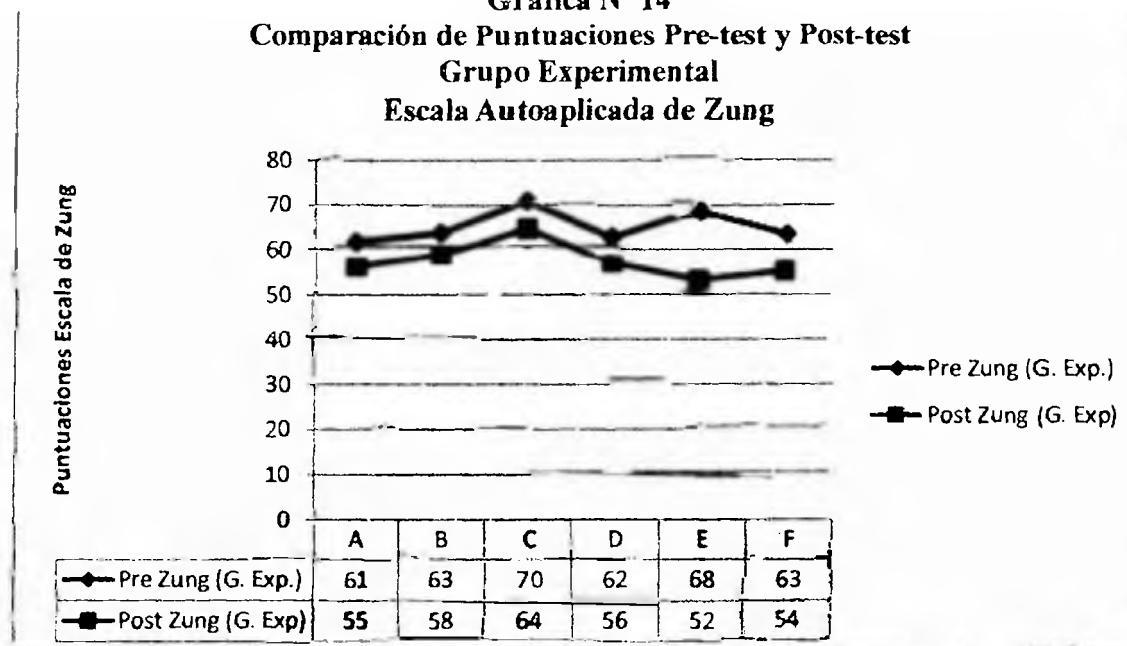
V	21.000
Esperanza	10.500
Varianza(V)	22.250
p-valor (bilateral)	0.034
alfa	0.05

Decisión: Como el p-valor computado es menor que el nivel de significación $\alpha = 0,05$, se debe rechazar la hipótesis nula (H_0), y aceptar la hipótesis alternativa (H_1).

El riesgo de rechazar la hipótesis nula H_0 cuando es verdadera es menor que 3,55%.

Conclusión: Esto indica que existe diferencia estadísticamente significativa para afirmar que el tratamiento aplicado fue efectivo para disminuir el nivel de depresión en las madres adolescentes del grupo experimental, que participaron de la intervención psicoterapéutica individual de apoyo.

Gráfica N° 14
Comparación de Puntuaciones Pre-test y Post-test
Grupo Experimental
Escala Autoaplicada de Zung



Judith E. Ruiz S. (2013)

Apreciamos en esta gráfica las puntuaciones obtenidas por las adolescentes en la escala de Zung en el pre-test y post-test. Observamos que en el pre-test, 70 es el puntaje más alto y 61 el más bajo, y el resto de los puntajes fluctúan entre estos dos rangos. Esto indica que el total de las adolescentes madres, padecían de un nivel de depresión moderado de acuerdo con la escala de depresión de Zung. Sin embargo, después de aplicado el tratamiento, los puntajes oscilan entre 64 el más alto y 52 el más bajo, situando a la mayoría de los sujetos en un nivel ligeramente deprimido, y sólo uno en el nivel moderadamente deprimido, lo que nos deja claro que la intervención psicoterapéutica individual de apoyo es efectiva para disminuir los niveles de depresión que presentaban las madres adolescentes que participaron de esta investigación.

2.1.2 Prueba de Hipótesis 7: Variable Depresión (De)

TABLA N° 9
Comparación de las Puntuaciones Pre-Test y Post-Test
Grupo Experimental
Listado de Síntomas Breve (LSB-50)
Escala Depresión (De)

Sujetos	A	B	C	D	E	F
Pre-test	20	32	28	29	35	29
Post-test	14	14	10	19	22	23

Hipótesis:

H_0 : No existen diferencias significativas entre los puntajes obtenidos por las madres adolescentes del grupo experimental en la variable depresión (De) del LSB-50, después de recibir el tratamiento.

H_1 : Existen diferencias significativas entre los puntajes obtenidos por las madres adolescentes del grupo experimental en la variable depresión (De) del LSB-50 después de recibir el tratamiento.

Nivel de significación: $\alpha = 0.05$

Estad

	Observaciones	Mínimo	Máximo	Media	Desviación Típica
Pre-Test	6	20.000	35.000	28.833	2.639
Post-Test	6	10.000	23.000	17.000	5.138

Prueba de Wilcoxon de los rangos signados / Prueba bilateral:

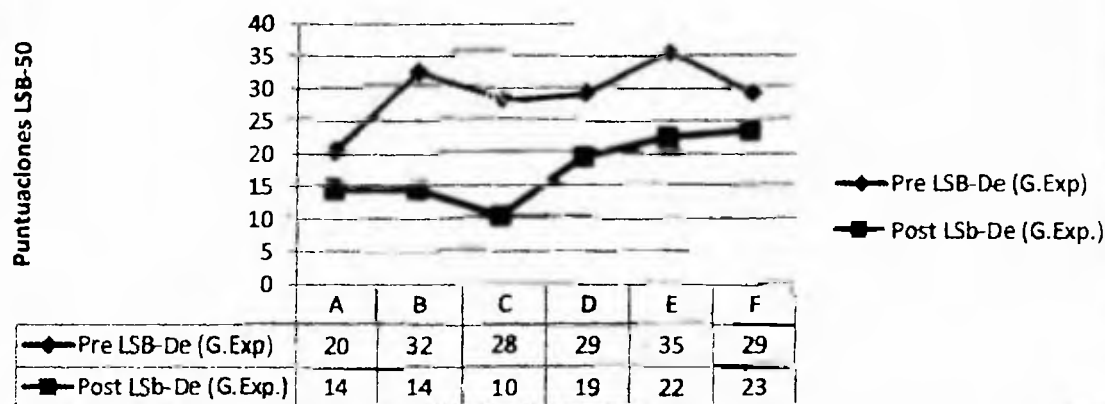
V	21.000
Esperanza	10.500
Varianza(V)	22.500
p-valor (bilateral)	0.035
alfa	0.05

Decisión: Como el p-valor computado es menor que el nivel de significación $\alpha = 0,05$, se debe rechazar la hipótesis nula (H_0), y aceptar la hipótesis alternativa (H_1).

El riesgo de rechazar la hipótesis nula H_0 cuando es verdadera es menor que 3,50%.

Conclusión: Esto señala que existe diferencia estadísticamente significativa para afirmar que el tratamiento aplicado en la intervención psicoterapéutica individual de apoyo, fue efectivo para disminuir los síntomas depresivos.

Gráfica N° 15
Comparación de Puntuaciones Pretest-Post-test
Grupo Experimental
LSB Escala Depresión (De)



Fuente: Judith E. Ruíz S. (2013)

Apreciamos en la gráfica 15 las puntuaciones obtenidas por las adolescentes en el Listado de Síntomas Breve, en la escala de depresión en el pre-test y post-test. Observamos que en el pre-test, 35 es el puntaje más alto y 20 el más bajo, y el resto de los puntajes fluctúan entre estos dos, indicando un nivel alto de síntomas depresivos. Sin embargo, después de aplicado el tratamiento, los puntajes oscilan entre 23, el más alto y 10 el más bajo, indicando una disminución de los síntomas depresivos, lo que nos deja claro que la intervención psicoterapéutica individual de apoyo es efectiva para disminuir los niveles de depresión que presentaban las madres adolescentes que participaron de esta investigación.

2.1.3 Prueba de Hipótesis 8: Variable Ansiedad (An)

TABLA N° 10
Comparación de las Puntuaciones Pre-Test y Post-Test
Grupo Experimental
Listado de Síntomas Breve (LSB-50)
Escala Ansiedad

Sujetos	A	B	C	D	E	F
Pre-test	21	21	22	22	22	19
Post-test	17	15	12	18	11	10

Hipótesis:

H_0 : No existen diferencias significativas entre los puntajes obtenidos por las madres adolescentes del grupo experimental en la variable ansiedad (An) del LSB-50, después de recibir el tratamiento.

H_1 : Existen diferencias significativas entre los puntajes obtenidos por las madres adolescentes del grupo experimental en la variable ansiedad (An) del LSB-50 después de recibir el tratamiento.

Nivel de significación: $\alpha = 0.05$

Estadísticas descriptivas:

	Observaciones	Mínimo	Máximo	Media	Desviación Típica
Pre-Test	6	19.000	22.000	21.167	1.169
Post-Test	6	10.000	18.000	13.833	3.312

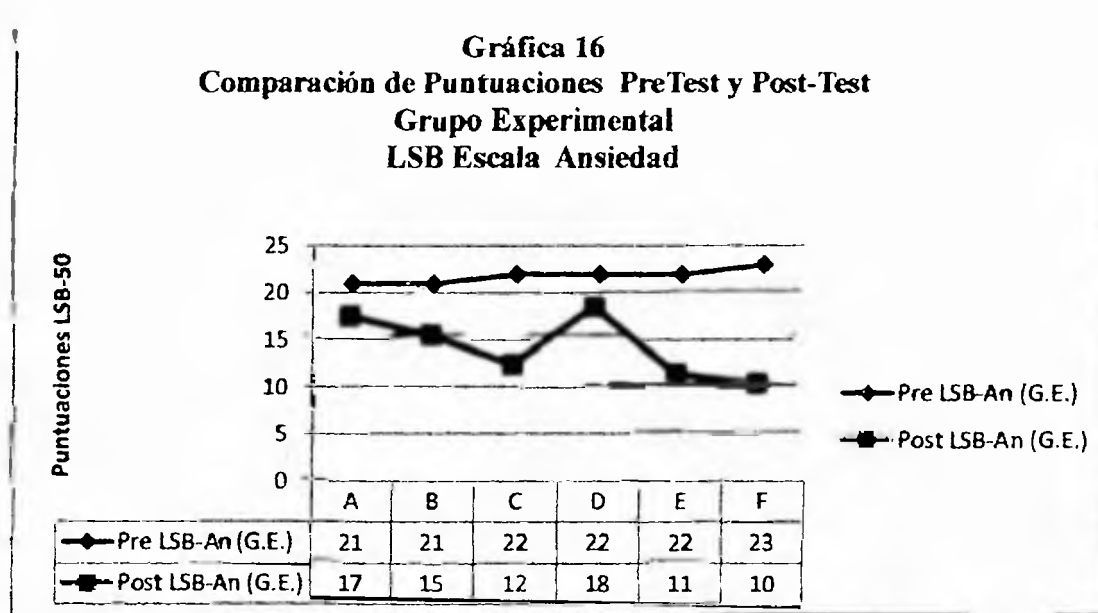
Prueba de Wilcoxon de los rangos signados / Prueba bilateral:

V	21.000
Esperanza	10.500
Varianza(V)	22.625
p-valor (bilateral)	0.036
alfa	0.05

Decisión: Como el p-valor computado es menor que el nivel de significación $\alpha = 0,05$, se debe rechazar la hipótesis nula (H_0), y aceptar la hipótesis alternativa (H_1).

El riesgo de rechazar la hipótesis nula H_0 cuando es verdadera es menor que 3,55%.

Conclusión: Estos resultados señalan que existe diferencia estadísticamente significativa para afirmar que el tratamiento aplicado en la intervención psicoterapéutica individual de apoyo, fue efectivo para disminuir los síntomas ansiosos asociados a la depresión.



Fuente: Judith E. Ruíz S. (2013)

Observamos en la gráfica N° 16, las puntuaciones obtenidas por las adolescentes en el Listado de Síntomas Breve, en la escala de ansiedad en el pre-test y post-test. Observamos que en el pre-test, 23 es el puntaje más alto y 21 el más bajo, el resto de los puntajes fluctúan entre estos dos, indicando un nivel alto de síntomas ansiosos. Sin embargo, después de aplicado el tratamiento, los puntajes oscilan entre 18, el más alto y 10 el más bajo, indicando una disminución de los síntomas ansiosos, lo que no deja dudas de que la intervención psicoterapéutica individual de apoyo es efectiva para disminuir los niveles de ansiedad asociados a la depresión, que presentaban las madres adolescentes que participaron de esta investigación.

2.1.4 Prueba de Hipótesis 9: Variable Somatización (Sm)

TABLA N° 11
Comparación de las Puntuaciones Pre-Test y Post-Test
Grupo Experimental
Listado de Síntomas Breve (LSB-50)
Escala Somatización

Sujetos	A	B	C	D	E	F
Pre-test	18	30	28	20	22	19
Post-test	13	24	16	8	14	11

Hipótesis:

H_0 : No existen diferencias significativas entre los puntajes obtenidos por las madres adolescentes del grupo experimental en la variable somatización (Sm) del LSB-50, después de recibir el tratamiento.

H_1 : Existen diferencias significativas entre los puntajes obtenidos por las madres adolescentes del grupo experimental en la variable somatización (Sm) del LSB-50 después de recibir el tratamiento.

Nivel de significación: $\alpha = 0.05$

Estadísticas descriptivas:

	Observaciones	Mínimo	Máximo	Media	Desviación Típica
Pre-Test	6	18.000	30.000	22.833	4.997
Post-Test	6	8.000	24.000	14.333	5.465

Prueba de Wilcoxon de los rangos signados / Prueba bilateral:

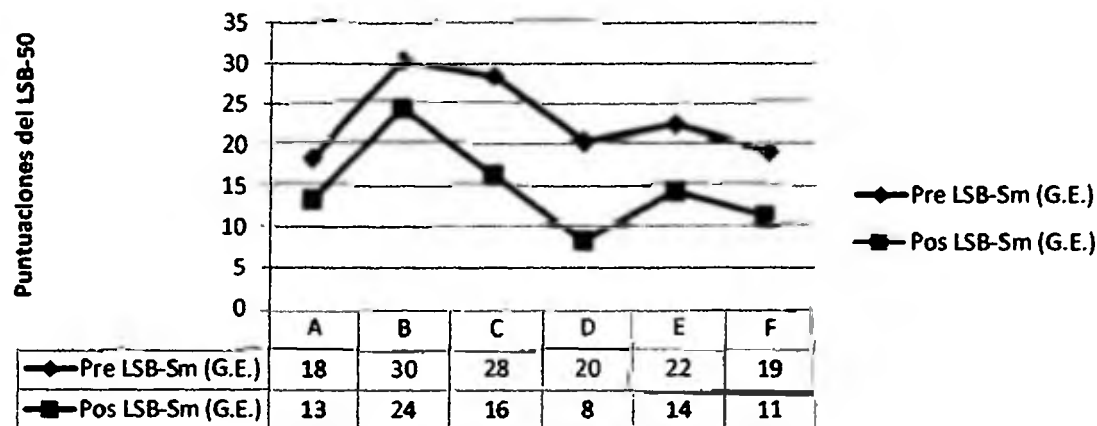
V	21.000
Esperanza	10.500
Varianza(V)	22.500
p-valor (bilateral)	0.035
alfa	0.05

Decisión: Como el p-valor computado es menor que el nivel de significación $\alpha = 0,05$, se debe rechazar la hipótesis nula (H_0), y aceptar la hipótesis alternativa (H_1).

El riesgo de rechazar la hipótesis nula H_0 cuando es verdadera es menor que 3,50%.

Conclusión: Demuestran los resultados que existe diferencia estadísticamente significativa para afirmar que el tratamiento aplicado en la intervención psicoterapéutica individual de apoyo, fue efectivo para disminuir los niveles de malestar somático asociados a la depresión.

Gráfica N° 17
Comparación de Puntuaciones Pre-test y Post-Test
Grupo Experimental
LSB-Escala de Somatización (Sm)



Fuente: Judith E. Ruiz S. (2013)

La gráfica N° 17, permite apreciar las puntuaciones obtenidas por las adolescentes en el Listado de Síntomas Breve, en la escala de somatización en el pre-test y post-test. Observamos que en el pre-test, 30 es el puntaje más alto y 18 el más bajo, el resto de los puntajes fluctúan entre estos dos, indicando un nivel alto de somatización. Sin embargo, después de aplicado el tratamiento, los puntajes oscilan entre 24, el más alto y 08 el más bajo, indicando una disminución de los síntomas relacionados con las somatizaciones, lo que deja claro que la intervención psicoterapéutica individual de apoyo es efectiva para disminuir los niveles de malestar somático que presentaban las madres adolescentes que participaron de esta investigación.

2.1.5 Prueba de Hipótesis 10: Variable Hipersensibilidad (Hp)

TABLA N° 12
Comparación de las Puntuaciones Pre-Test y Post-Test
Grupo Experimental
Listado de Síntomas Breve (LSB-50)
Subescala Hipersensibilidad Hp)

Sujetos	A	B	C	D	E	F
Pre-test	14	16	13	16	20	19
Post-test	9	11	8	12	17	15

Hipótesis:

H_0 : No existen diferencias significativas entre los puntajes obtenidos por las madres adolescentes del grupo experimental en la variable hipersensibilidad (Hp) del LSB-50, después de recibir el tratamiento.

H_1 : Existen diferencias significativas entre los puntajes obtenidos por las madres adolescentes del grupo experimental en la variable hipersensibilidad (Hp) del LSB-50 después de recibir el tratamiento.

Nivel de significación: $\alpha = 0.05$

Estadísticas descriptivas:

	Observaciones	Mínimo	Máximo	Media	Desviación Típica
Pre-Test	6	13.000	20.000	16.333	2.733
Post-Test	6	8.000	17.000	12.000	3.464

Prueba de Wilcoxon de los rangos signados / Prueba bilateral:

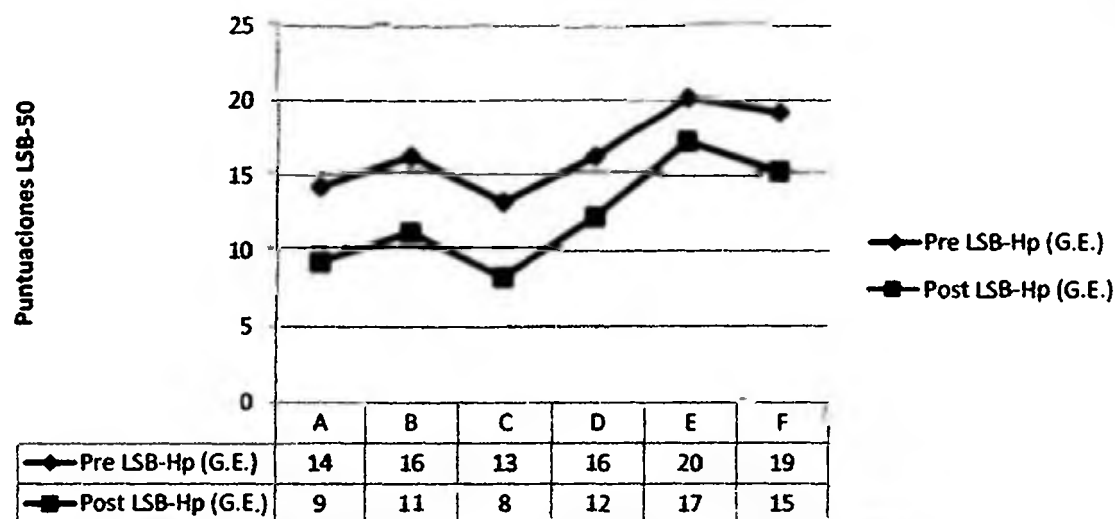
V	21.000
Esperanza	10.500
Varianza(V)	22.125
p-valor (bilateral)	0.034
alfa	0.05

Decisión: Como el p-valor computado es menor que el nivel de significación $\alpha = 0,05$, se debe rechazar la hipótesis nula (H_0), y aceptar la hipótesis alternativa (H_1).

El riesgo de rechazar la hipótesis nula H_0 cuando es verdadera es menor que 3,35%.

Conclusión: Evidencian los resultados obtenidos por los sujetos del grupo experimental, que existe diferencia estadísticamente significativa para afirmar que el tratamiento aplicado en la intervención psicoterapéutica individual de apoyo, fue efectivo para disminuir los niveles de hipersensibilidad tanto interpersonal como intrapersonal asociados a la depresión.

Gráfica N° 18
Comparación de Puntuaciones Pre-test y Post-Test
Grupo Experimental
Sub-escala Hipersensibilidad (Hp)



Fuente: Judith E. Ruiz S. (2013)

De acuerdo a los datos reflejados por la gráfica N° 18, podemos contemplar las puntuaciones obtenidas por las adolescentes en el Listado de Síntomas Breve, en la subescala de hipersensibilidad en el pre-test y post-test. Observamos que en el pre-test, 20 es el puntaje más alto y 13 el más bajo, el resto de los puntajes fluctúan entre estos dos, indicando un nivel alto de hipersensibilidad tanto intrapersonal como interpersonal. Sin embargo, después de aplicado el tratamiento, los puntajes oscilan entre 17, el más alto y 08 el más bajo, indicando una disminución de los síntomas relacionados con la hipersensibilidad, lo que enfatiza el hecho de que la intervención psicoterapéutica individual de apoyo fue efectiva para disminuir los niveles de hipersensibilidad que percibían las madres adolescentes que participaron de esta investigación.

2.3 Datos Estadísticos y Pruebas de Hipótesis Pre test y Post test del Grupo Control

2.3.1 Prueba de Hipótesis 11: Variable Depresión (Escala de Zung)

TABLA N° 13
Comparación de las Puntuaciones Pre-Test y Post-Test
Grupo Control
Escala de Zung
Variable Depresión

Sujetos	A	B	C	D	E	F
Pre-test	63	67	61	62	60	62
Post-test	60	64	63	62	60	61

Hipótesis:

H_0 : No existen diferencias significativas entre las puntuaciones obtenidas en el pre test y post test por las madres adolescentes del grupo control en la Escala de Zung.

H_1 : Existen diferencias significativas entre las puntuaciones obtenidas en el pre test y post test por las madres adolescentes del grupo control en la Escala de Zung.

Nivel de significación: $\alpha = 0.05$

Estadísticas descriptivas:

	Observaciones	Mínimo	Máximo	Media	Desviación Típica
Pre-Test	6	60.000	67.000	62.500	2.429
Post-Test	6	60.000	64.000	61.667	1.633

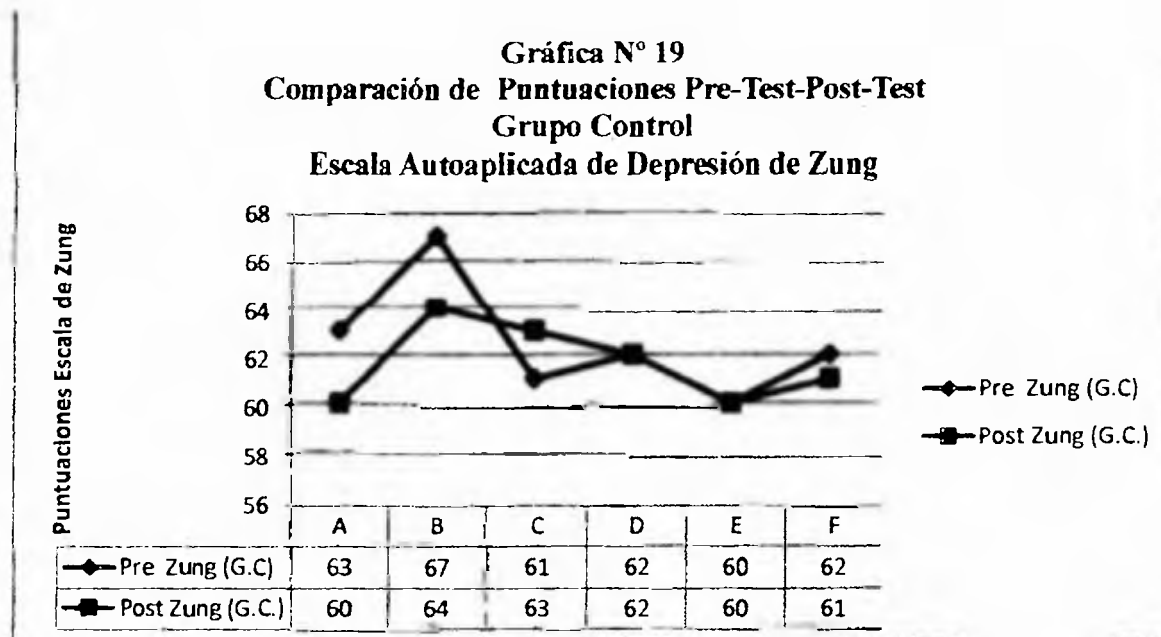
Prueba de Wilcoxon de los rangos signados / Prueba bilateral:

V	8.000
Esperanza	5.000
Varianza(V)	7.375
p-valor (bilateral)	0.357
alfa	0.05

Decisión: Como el p-valor calculado es mayor que el nivel de significación $\alpha = 0,05$, no se puede rechazar la hipótesis nula (H_0), por lo cual la aceptamos y en consecuencia, rechazamos la hipótesis alternativa (H_1).

El riesgo de rechazar la hipótesis nula H_0 cuando es verdadera es de 35,73%.

Conclusión: Estos resultados indican que a pesar de que los niveles de depresión disminuyeron en el post-test, dicha disminución no alcanza niveles estadísticamente significativos.



Fuente: Judith E. Ruiz S. (2013)

Los datos que se reflejan en la gráfica N° 19, indican que la mayoría de las adolescentes del grupo control en el pre-test presentaron un nivel de depresión moderado según las puntuaciones de la Escala de Depresión de Zung, con un puntaje máximo de 67 y el más bajo de 60, los otros puntajes oscilaron entre estos dos rangos. En el post-test, tenemos un puntaje de 64 como el más alto y 60 el más bajo, lo que revela el hecho de que no hay mejoría en los niveles de depresión mostrados por las adolescentes que participaron del estudio, ya que dichos puntajes caen igualmente, dentro de la clasificación de depresión moderada, tal y como ocurrió con las puntuaciones del pre-test.

2.3.2 Prueba de Hipótesis 12: Variable Depresión (De)

TABLA N° 14
Comparación de las Puntuaciones Pre-Test y Post-Test
Grupo Control
Listado de Síntomas Breve (LSB-50)
Escala Depresión

Sujetos	A	B	C	D	E	F
Pre-test	34	32	34	29	28	31
Post-test	32	32	31	30	28	30

Hipótesis:

H₀: No existen diferencias significativas entre las puntuaciones obtenidas en el pre test y post test por las madres adolescentes del grupo control en la variable depresión (De) del LSB-50.

H₁: Existen diferencias significativas entre las puntuaciones obtenidas en el pre test y post test por las madres adolescentes del grupo control en la variable depresión (De) del LSB-50.

Nivel de significación: $\alpha = 0.05$

Estadísticas descriptivas:

	Observaciones	Mínimo	Máximo	Media	Desviación Típica
Pre-Test	6	28.000	34.000	31.333	2.503
Post-Test	6	28.000	32.000	30.500	1.517

Prueba de Wilcoxon de los rangos signados / Prueba bilateral:

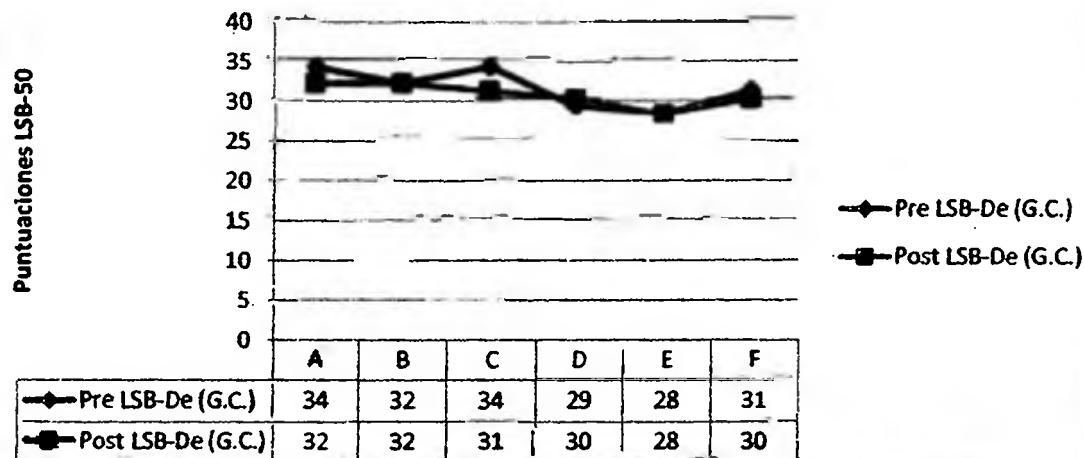
V	8.500
Esperanza	5.000
Varianza(V)	7.375
p-valor (bilateral)	0.269
alfa	0.05

Decisión: Como el p-valor calculado es mayor que el nivel de significación $\alpha = 0,05$, aceptamos la hipótesis nula (H_0), y rechazamos la hipótesis alternativa (H_1).

El riesgo de rechazar la hipótesis nula H_0 cuando es verdadera es de 26,93%.

Conclusión: La prueba de hipótesis señala que no hay diferencia estadísticamente significativa entre las mediciones del pre-test y post-test del grupo control.

Gráfica N° 20
Comparación de Puntuaciones Pretest-Post-test
Grupo Control
LSB-Escala de Depresión (De)



Fuente: Judith E. Ruiz S. (2013)

Apreciamos en la gráfica N° 20 las puntuaciones obtenidas por las adolescentes del grupo control, en el Listado de Síntomas Breve, en la escala de depresión en el pre-test y post-test. Observamos que en el pre-test, 34 es el puntaje más alto y 29 el más bajo, y el resto de los puntajes fluctúan entre estos dos rangos, indicando un nivel alto de síntomas depresivos. En el post-test, hay un puntaje máximo de 32 y uno mínimo de 28, pero siguen revelando niveles altos en la escala de depresión del LSB-50

Estas dos mediciones señalan que no hay diferencias estadísticamente significativas entre ellas y que por tanto, no hay mejoría en los síntomas depresivos manifestados por las adolescentes que participaron en esta investigación.

2.2.3 Prueba de Hipótesis 13: Variable Ansiedad (An)

TABLA N° 15
Comparación de las Puntuaciones Pre-Test y Post-Test
Grupo Control
Listado de Síntomas Breve (LSB-50)
Escala Ansiedad

Sujetos	A	B	C	D	E	F
Pre-test	26	22	25	28	23	24
Post-test	27	21	23	28	22	24

Hipótesis:

H_0 : No existen diferencias significativas entre las puntuaciones obtenidas en el pre test y post test por las madres adolescentes del grupo control en la variable ansiedad (An) del LSB-50.

H_1 : Existen diferencias significativas entre las puntuaciones obtenidas en el pre test y post test por las madres adolescentes del grupo control en la variable ansiedad (An) del LSB-50.

Nivel de significación: $\alpha = 0.05$

Estadísticas descriptivas:

	Observaciones	Mínimo	Máximo	Media	Desviación Típica
Pre-Test	6	22.000	28.000	24.667	2.160
Post-Test	6	21.000	28.000	24.167	2.787

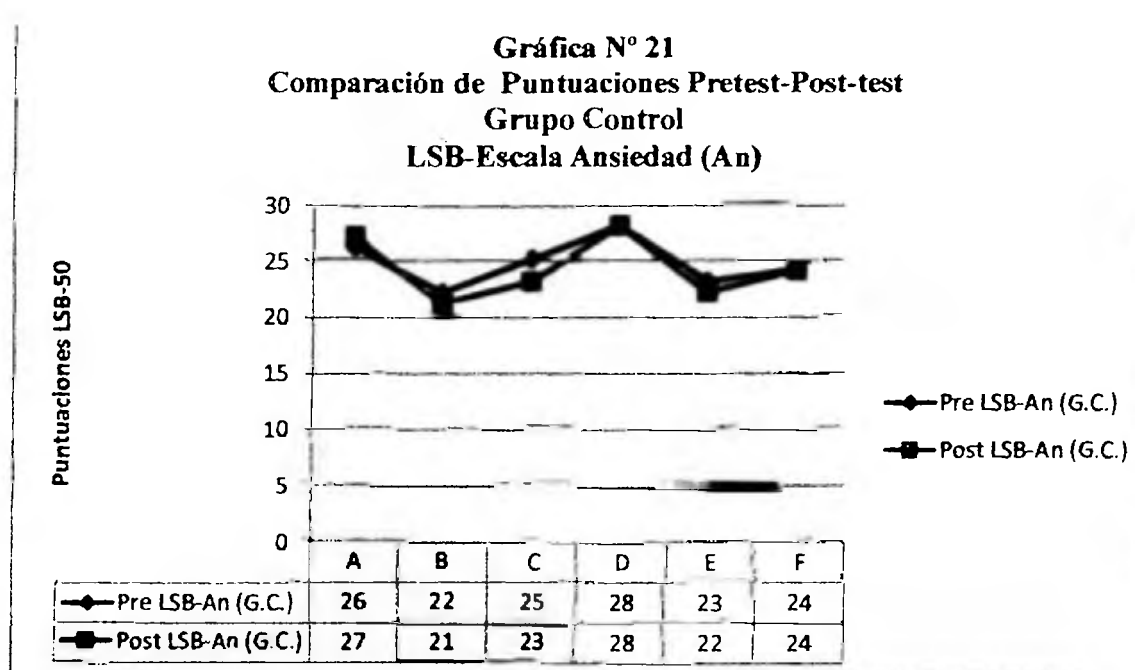
Prueba de Wilcoxon de los rangos signados / Prueba bilateral:

V	8.000
Esperanza	5.000
Varianza(V)	7.000
p-valor (bilateral)	0.345
alfa	0.05

Decisión: Como el p-valor calculado es mayor que el nivel de significación $\alpha = 0,05$, debemos aceptar la hipótesis nula H_0 y rechazar la hipótesis alternativa H_1 .

El riesgo de rechazar la hipótesis nula H_0 cuando es verdadera es de 34,47%.

Conclusión: Esto sugiere que no hay diferencia estadísticamente significativa entre las mediciones del pre-test y post-test del grupo control en la escala ansiedad.



Fuente: Judith E. Ruiz S. (2013)

Apreciamos en la gráfica N° 21, las puntuaciones obtenidas por las adolescentes del grupo control, en el Listado de Síntomas Breve, en la escala de ansiedad en el pre-test y post-test. Observamos que en el pre-test, 28 es el puntaje más alto y 22 el más bajo, y el resto de los puntajes fluctúan entre estos dos, indicando un nivel alto de síntomas ansiosos, asociados a cuadros depresivos. En el post-test, hay un puntaje máximo de 28 y uno mínimo de 21, pero siguen revelando niveles altos en la escala de ansiedad del LSB-50

Estas dos mediciones señalan que no hay diferencias estadísticamente significativas y que por tanto no hay mejoría en los síntomas ansiosos manifestados por las adolescentes que participaron en esta investigación.

2.3.4 Prueba de Hipótesis 14: Variable Somatización (Sm)

TABLA N° 16
Comparación de las Puntuaciones Pre-Test y Post-Test
Grupo Control
Listado de Síntomas Breve (LSB)
Escala Somatización

Sujetos	A	B	C	D	E	F
Pre-test	22	19	21	24	21	23
Post-test	22	19	20	24	21	22

Hipótesis:

H_0 : No existen diferencias significativas entre las puntuaciones obtenidas en el pre test y post test por las madres adolescentes del grupo control en la variable somatización (Sm) del LSB-50.

H_1 : Existen diferencias significativas entre las puntuaciones obtenidas en el pre test y post test por las madres adolescentes del grupo control en la variable somatización (Sm) del LSB-50.

Nivel de significación: $\alpha = 0.05$

Estadísticas descriptivas:

	Observaciones	Mínimo	Máximo	Media	Desviación Típica
Pre-Test	6	19.000	24.000	21.667	1.751
Post-Test	6	19.000	24.000	21.333	1.751

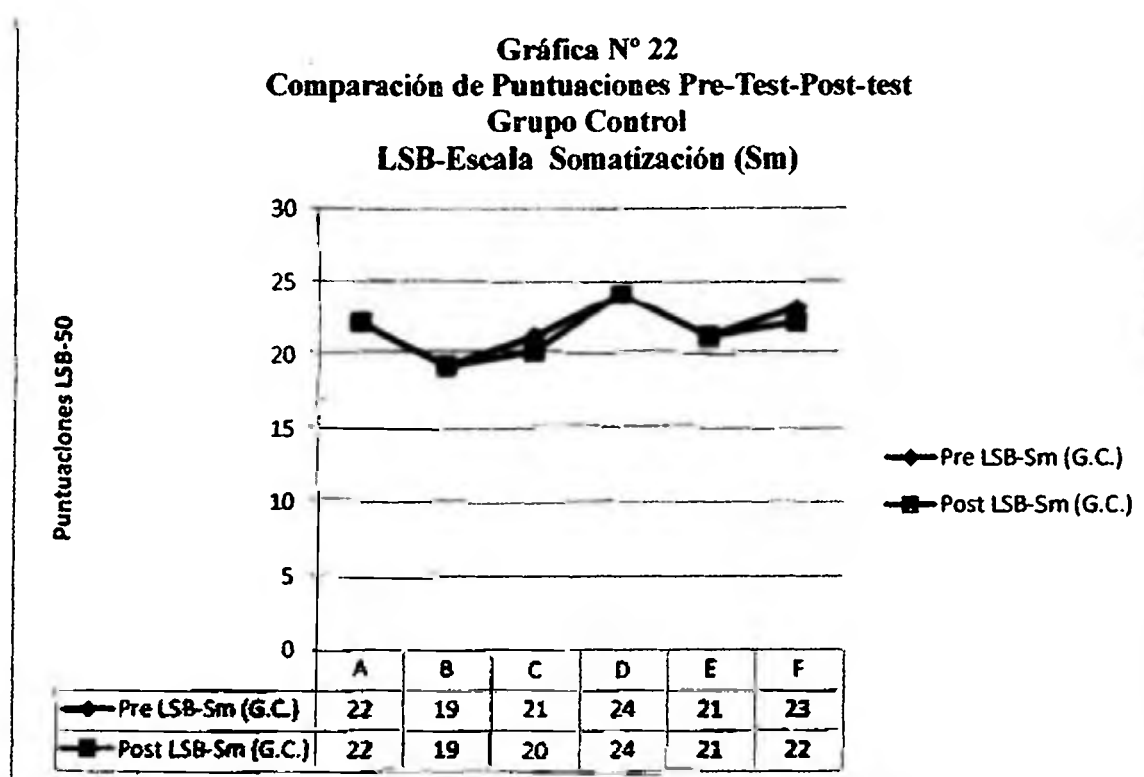
Prueba de Wilcoxon de los rangos signados / Prueba bilateral:

V	3.000
Esperanza	1.500
Varianza(V)	1.125
p-valor (bilateral)	0.346
alfa	0.05

Decisión: Como el p-valor calculado es mayor que el nivel de significación $\alpha = 0,05$, se acepta la hipótesis nula (H_0) y rechazar la hipótesis alternativa (H_1).

El riesgo de rechazar la hipótesis nula H_0 cuando es verdadera es de 34,58%.

Conclusión: Esto sugiere que no hay diferencia estadísticamente significativa entre las mediciones del pre-test y post-test del grupo control en la escala somatización.



Fuente: Judith E. Ruiz S. (2013)

Observamos en la gráfica N° 22, las puntuaciones obtenidas por las adolescentes del grupo control, en el Listado de Síntomas Breve, en la escala de somatización en el pre-test y post-test. Se puede visualizar que en el pre-test, 24 es el puntaje más alto y 19 el más bajo, y el resto de los puntajes fluctúan entre estos dos rangos, indicando un nivel alto de malestar somático o corporal. En el post-test, hay un puntaje máximo de 24 y uno mínimo de 19, pero siguen revelando niveles altos en la escala de somatización del LSB-50

Estas dos mediciones señalan que no hay diferencias estadísticamente significativas entre el pre-test y el post-test y, que por tanto, no hay mejoría en los síntomas somáticos manifestados por las adolescentes que participaron en el grupo control de esta investigación.

2.3.5 Prueba de Hipótesis 15: Variable Hipersensibilidad (Hp)

TABLA N° 17
Comparación de las Puntuaciones Pre-Test y Post-Test
Grupo Control
Listado de Síntomas Breve (LSB-50)
Sub-Escala Hipersensibilidad

Sujetos	A	B	C	D	E	F
Pre-test	18	14	17	19	19	18
Post-test	18	14	16	20	19	16

Hipótesis:

H_0 : No existen diferencias significativas entre las puntuaciones obtenidas en el pre test y post test por las madres adolescentes del grupo control en la variable hipersensibilidad (Hp) del LSB-50-

H_1 : Existen diferencias significativas entre las puntuaciones obtenidas en el pre test y post test por las madres adolescentes del grupo control en la variable hipersensibilidad (Hp) del LSB-50.

Nivel de significación: $\alpha = 0.05$

Estadísticas descriptivas:

	Observaciones	Mínimo	Máximo	Media	Desviación Típica
Pre-Test	6	14.000	19.000	17.500	1.871
Post-Test	6	14.000	20.000	17.167	2.229

Prueba de Wilcoxon de los rangos signados / Prueba bilateral:

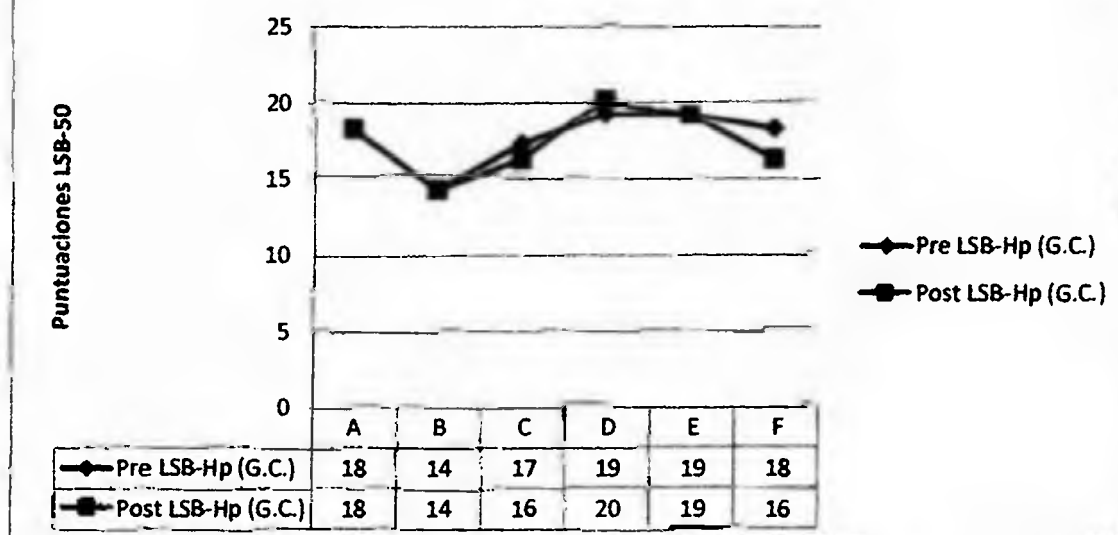
V	4.500
Esperanza	3.000
Varianza(V)	3.375
p-valor (bilateral)	0.586
alfa	0.05

Decisión: Como el p-valor calculado es mayor que el nivel de significación $\alpha = 0,05$, se acepta la hipótesis nula (H_0) y se debe rechazar la hipótesis alternativa (H_1).

El riesgo de rechazar la hipótesis nula H_0 cuando es verdadera es de 58,62%.

Conclusión: Evidencian los resultados obtenidos por los sujetos del grupo control, que no existe diferencia estadísticamente significativa entre el pre-test y post-test del grupo control en la sub-escala hipersensibilidad.

Gráfica N° 23
Comparación de Puntuaciones Pre-Test-Post-test
Grupo Control
LSB-Subescala Hipersensibilidad (Hp)



Fuente. Judith E. Ruíz S. (2013)

De acuerdo a los datos reflejados por la gráfica N° 23, podemos contemplar las puntuaciones obtenidas por las adolescentes en el Listado de Síntomas Breve, en la sub-escala de hipersensibilidad en el pre-test y post-test del grupo control. Observamos que en el pre-test, 19 es el puntaje más alto y 14 el más bajo, el resto de los puntajes fluctúa entre estos dos rangos, indicando un nivel alto de hipersensibilidad tanto intrapersonal como interpersonal.

En el post-test de este mismo grupo, apreciamos un comportamiento similar en relación a esta variable de hipersensibilidad, puesto que tenemos el puntaje más alto en 20 y el más bajo en 14. Esto señala que el nivel de hipersensibilidad continúa siendo alto y que no se reporta mejoría alguna en la hipersensibilidad percibida por las adolescentes que participaron de esta investigación.

3. ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS

Esta investigación fue diseñada para probar la efectividad de una intervención psicoterapéutica individual de apoyo en un grupo de madres adolescentes que presentaban síntomas depresivos, relacionados con un embarazo temprano.

La hipótesis de la investigación plantea que las madres adolescentes que participan de la intervención psicoterapéutica individual de apoyo (grupo experimental), reportarán una disminución de los síntomas depresivos con la consecuente mejoría en su estado emocional.

Los instrumentos de evaluación empleados para medir el comportamiento de las variables involucradas en el estudio, fueron la Escala Autoaplicada de Depresión de Zung y el Listado de Síntomas Breve (LSB-50), este último, indicaba la presencia de síntomas depresivos en los sujetos de las muestras del estudio, tanto para el grupo experimental como para el grupo control o en lista de espera, a través de las puntuaciones de las escalas de depresión, ansiedad, somatización e hipersensibilidad.

El primer comentario que presentamos de este estudio es el que corresponde a los datos registrados en las tablas N° 3, 4, 5, 6 y 7 que fueron las puntuaciones obtenidas en el Pre test por los sujetos de los grupos experimental y control en las escalas de depresión (De), ansiedad (An), Somatización (Sm) y la subescala hipersensibilidad (Hp), del Listado de Síntomas Breve (LSB-50) y en la Escala Autoaplicada de Depresión de Zung y cuyo análisis comentamos a continuación.

La prueba U de Mann-Whitney, señaló que las medias y desviaciones típicas de ambos grupos (experimental y control) son similares en lo que se refiere a la evaluación realizada antes de iniciado el tratamiento, en la mayoría de las escalas evaluadas. Según la norma de decisión empleada, como el p-valor calculado es mayor que el nivel de significación alfa $\alpha = 0.05$ se acepta la hipótesis nula, que plantea que no existen diferencias estadísticamente significativas entre los puntajes del pre test obtenidos por los sujetos tanto del grupo experimental como del control, eso señala que al inicio de la investigación los sujetos de

ambos grupos mostraban niveles elevados de síntomas depresivos. Sólomente en la escala de ansiedad, estos grupos mostraron una leve diferencia en la evaluación inicial, esto sugiere que ambos grupos no son homogéneos en la primera evaluación de esta variable. Sin embargo, por la relevante significación clínica que posee esta variable para la investigación que se lleva a cabo y, en el diagnóstico de la depresión, siendo su compañero habitual, a criterio de la investigadora, se decidió continuar con el estudio tomando en consideración esta variable. Una vez concluido el estudio, se demostró que a pesar de lo anterior, las participantes no modificaron su comportamiento en relación a la variable ansiedad, es decir, siguieron existiendo diferencias significativas entre ambos grupos en esta variable, tal como lo reflejan los resultados observados en la gráfica N° 16, en la cual se registra la evaluación inicial de esta variable y en la cual los dos grupos muestran evidencias de síntomas ansiosos, aunque la diferencia en esta primera medición radica en el hecho de que en el grupo control los puntajes reflejan una mayor intensidad de estos síntomas. Esta primera medición también permite establecer que ambos grupos, experimental y control cumplan con el criterio científico de igualdad antes del tratamiento. Esto es de suma importancia, ya que comprobar que los grupos experimental y control no difieren en sus medias y desviaciones típicas y que sus varianzas se suponen, en términos estadísticos, iguales, es una condición necesaria cuando se quiere validar un estudio en términos científicos.

En la primera medición de ambos grupos, es decir, el pre-test todos los sujetos mostraron niveles de intensidad elevados en las diferentes variables evaluadas, indicando la presencia de los síntomas depresivos, objeto del estudio. Luego se procedió a realizar la intervención psicoterapéutica individual de apoyo (terapia), solamente con el grupo experimental.

Las medidas descriptivas, como la media y las desviación típica de ambos grupos, (experimental y control), son bastante similares antes de iniciar el tratamiento en las escalas, ya mencionadas con anterioridad, lo que nos indica que tomando en consideración nuestras hipótesis, para el caso del pre-test de ambos grupos no se puede rechazar la hipótesis nula, puesto que, no existen diferencias significativas entre ambos grupos al inicio del estudio, es decir, en ambos se reflejaban niveles altos de síntomas depresivos.

Al hablar de síntomas depresivos, en nuestro estudio se toman en consideración algunas escalas y subescalas del Listado de Síntomas Breve (LSB-50), a saber, depresión, ansiedad, somatización e hipersensibilidad además, de la Escala Autoaplicada de Depresión de Zung. Entonces veamos por separado qué información nos brindó la primera evaluación de los sujetos de los grupos experimental y control a la luz de nuestra hipótesis principal.

- Escala Depresión LSB-50 (De): los resultados obtenidos por los sujetos de los grupos experimental y control en el pre test, indican que para esta variable depresión, ambos grupos mostraron niveles altos de síntomas depresivos, es decir, no existen diferencias significativas en las puntuaciones obtenidas por los sujetos de ambos grupos en esta variable. (Ver gráfica 10)
- Escala Ansiedad LSB-50 (An): para esta variable, encontramos que los puntajes obtenidos por los sujetos del grupo control y experimental son levemente diferentes, aunque revelan que ambos grupos de sujetos presentan síntomas ansiosos, con una mayor intensidad en los sujetos del grupo control, al inicio de este estudio. Es en este aspecto en el que se diferencian los grupos en esta primera evaluación de la variable ansiedad. (Ver gráfica 11)
- Escala Somatización LSB-50 (Sm): las puntuaciones elevadas en esta variable muestran bastante semejanza entre los dos grupos, indicativo de la presencia de síntomas de malestar somático o corporal en los sujetos de ambos grupos al inicio del estudio. Si nos apegamos a la prueba de hipótesis tenemos que decir, que no existen diferencias significativas entre los puntajes obtenidos por los sujetos del grupo experimental y control en el pre test llevado a cabo al inicio del estudio. (Gráfica 12)
- Sub-escala Hipersensibilidad LSB-50 (Hp): para esta variable, los resultados obtenidos en el pre test indican puntuaciones bastante similares, que no muestran una diferencia significativa entre ambos grupos en esta primera medición de la hipersensibilidad. Esto quiere decir, que al inicio del estudio los sujetos de ambos grupos (experimental y control), mostraban síntomas de hipersensibilidad tanto interpersonal como

intrapersonal. Como era de esperarse, al inicio del estudio los sujetos de ambos grupos mostraron un comportamiento semejante en esta condición evaluada. (Ver gráfica 13)

- Escala de Depresión de Zung: las puntuaciones obtenidas por los sujetos del grupo experimental y control en el pre test para la escala de Zung, son bastante parecidas y ubican a la mayoría de los sujetos de ambos grupos en un nivel moderado de depresión, sólo un sujeto del grupo experimental fue ubicado en un nivel de depresión grave. Lo anterior es indicativo de que al inicio de la investigación los sujetos de la muestra presentaban un nivel elevado de síntomas depresivos. La prueba de hipótesis señala que no existen diferencias entre las puntuaciones de ambos grupos (experimental y control), y que para esta escala, al inicio de la investigación los sujetos presentaban niveles elevados de depresión. (Ver gráfica 9)

Continuando con la discusión y análisis de los resultados de nuestra investigación, traemos los datos obtenidos el Pre-Test y Post-Test por los sujetos del grupo Experimental, contenidos en las tablas N° 8, 9, 10, 11 y 12.

La prueba de Wilcoxon empleada para probar la existencia o no, de diferencias en los puntajes del grupo experimental antes y después de recibir el tratamiento, muestra que existe evidencia estadísticamente significativa entre ambas mediciones y que tomando en consideración nuestra norma de decisión, rechazamos la hipótesis nula y aceptamos la alternativa, que plantea que las madres del grupo experimental reflejarán una disminución en los niveles de intensidad de los síntomas depresivos después de recibir el tratamiento. Las medidas descriptivas del grupo experimental, a saber, las medias y desviaciones típicas, son diferentes, lo que también corrobora la decisión de rechazar la hipótesis nula.

Analicemos estos resultados detalladamente en cada una de las escalas consideradas para este estudio y veamos el comportamiento de cada una de estas variables antes y después de aplicado el tratamiento.

- **Escala Depresión LSB-50 (De):** los resultados obtenidos en las dos evaluaciones realizadas al grupo experimental, una antes del iniciar la investigación (pre-test) y otra, luego de concluir la intervención psicoterapéutica individual de apoyo (tratamiento) y que denominamos post .test, muestran que las madres adolescentes que recibieron tratamiento, reflejan una disminución de los puntajes obtenidos en las diferentes escalas objeto de medición en este estudio, con relación a la primera evaluación, pre test. Esto significa que la intervención psicoterapéutica individual de apoyo fue efectiva para disminuir los síntomas depresivos que presentaban las madres adolescentes del grupo experimental de este estudio. La prueba de hipótesis para esta escala señala que existe diferencia estadísticamente significativa entre las mediciones del pre test y post test del grupo experimental. (Ver gráfica 15)
- **Escala Ansiedad LSB-50 (An):** para la variable de ansiedad las mediciones del post-test del grupo experimental reflejan una disminución en los síntomas ansiosos que previamente (en el pre-test) mostraban las madres adolescentes del grupo experimental. La prueba de hipótesis apunta al hecho de que existe una diferencia estadísticamente significativa entre ambas mediciones del grupo experimental , lo que no deja dudas de que la intervención psicoterapéutica individual de apoyo es efectiva para disminuir los niveles de ansiedad asociados a la depresión y que presentaban las madres adolescentes que participaron de esta investigación. (Ver gráfica 16)
- **Escala Somatización LSB-50 (Sm):** Las mediciones realizadas en los sujetos del grupo experimental, para la escala de somatización indican que en post-test las madres adolescentes obtuvieron puntuaciones menores a las recibidas en el pre test, esto significa que luego de recibir el tratamiento, las madres adolescentes del grupo experimental lograron una disminución del malestar somático que mostraban al inicio del estudio (pre test). La prueba de hipótesis en este caso, señala que existe diferencia estadísticamente significativa para afirmar que la intervención psicoterapéutica individual de apoyo fue efectiva para disminuir los niveles de malestar somático que presentaban las madres del grupo experimental que participaron de esta investigación. (Ver gráfica 17)

- Subescala Hipersensibilidad LSB-50 (Hp): Después de recibir el tratamiento, las puntuaciones obtenidas por las madres adolescentes del grupo experimental, en la subescala hipersensibilidad, evidencian una disminución en los niveles de hipersensibilidad tanto interpersonal como intrapersonal. Queda claramente establecido por la prueba de hipótesis, que existe diferencia estadísticamente significativa que apoya la tesis de que después de participar de la intervención psicoterapéutica individual de apoyo se logrará una reducción en los niveles de hipersensibilidad que presentaban las madres adolescentes del grupo experimental que participaban de esta investigación. (Ver gráfica 18)
- Escala de Depresión de Zung: Las madres adolescentes del grupo experimental de esta investigación, reflejan una clara reducción en el nivel de depresión detectado por la escala de Zung. Es decir, que después del tratamiento, las puntuaciones recibidas en el post-test, son menores a las recibidas en el pre-test, eso indica, basados también, en la prueba de hipótesis que existe diferencia estadísticamente significativa que apoya la afirmación de que el tratamiento aplicado a las madres adolescentes del grupo experimental logró disminuir los niveles de depresión iniciales, pues de las seis madres adolescentes, inicialmente cinco, fueron ubicadas en un nivel de depresión moderada según la escala de Zung, y luego del tratamiento, se situaron en un nivel de depresión leve, la madre adolescente con depresión grave, logró disminuir su nivel de depresión y luego del tratamiento fue ubicada por la Escala de Zung, en un grado de depresión moderado. (Ver gráfica 14)

Para finalizar, debemos acotar que en las dos mediciones realizadas al grupo experimental (pre test y post test) observamos que las medidas descriptivas (media y desviación típica) son diferentes y que después de aplicar la intervención psicoterapéutica individual de apoyo al grupo experimental, las madres adolescentes de este grupo, reportaron una disminución significativa en los niveles de depresión iniciales, situación que no se evidenció en el grupo control, el cual mantuvo sus niveles altos en los síntomas depresivos estudiados, ya que a este grupo no se le brindó tratamiento.

Proseguimos nuestro análisis y discusión de los resultados de esta investigación presentando, en este caso, los resultados del grupo control en el pre-test y post-test, los mismos se registraron en las tablas N°1 13, 14, 15, 16 y 17.

Para probar la existencia o no, de diferencias en las mediciones del pre test y post test del grupo control, se utilizó la prueba de Wilcoxon, la cual demostró que no existen diferencias entre los puntajes obtenidos por los sujetos de este grupo entre ambas mediciones. Atendiendo a la norma de decisión del estudio se debe en este caso, aceptar la hipótesis nula, que dice que no habrá mejoría en los síntomas depresivos antes y después de la medición de las variables para el grupo control, esto debido a que a este grupo no se le administró tratamiento alguno.

Para reafirmar esta decisión, tenemos las estadísticas descriptivas del grupo control, que demuestran que las medias y desviaciones típicas en ambas mediciones son bastante similares, por lo tanto las madres adolescentes de este grupo, continuaron reflejando niveles elevados de síntomas depresivos, tanto al inicio de la investigación, cuando se les practicó la primera medición (pre test), como al final de la misma, al realizar el post-test.

Los detalles de cada una de las mediciones de las variables involucradas en el estudio se presentan a continuación.

- Escala Depresión LSB-50 (De): En el caso del grupo control, tenemos que las mediciones antes y después del tratamiento permiten señalar que los sujetos de este grupo se mantuvieron en los mismos niveles de síntomas depresivos, en ambas mediciones obtuvieron puntuaciones altas. Las medidas descriptivas, como la media y la desviación típica sugieren que al comparar ambas muestras las diferencias son mínimas, esto quiere decir, que la prueba de hipótesis para este variable depresión, indica que no existe una diferencia estadísticamente significativa entre las puntuaciones del pre-test y post-test del grupo control, y que los sujetos de este grupo mantienen los mismos niveles de síntomas depresivos, esto debido a que a este grupo no se le brindó terapia. (Ver gráfica 20)

- Escala Ansiedad LSB-50 (An): Las madres adolescentes del grupo control reflejan puntuaciones semejantes en el pre-test y post-test, puntuaciones altas que demuestran que sus niveles de ansiedad se han mantenido constantes en ambas evaluaciones. Para la escala ansiedad, del grupo control la prueba de hipótesis señala que no existe diferencia estadísticamente significativa entre las mediciones pre-test y post. test, las mismas siguen evidenciando la presencia de síntomas ansiosos asociados a la depresión. (Ver gráfica 21)
- Escala Somatización LSb-50 (Sm): para esta escala, los resultados siguen indicando que en el grupo control no se han producido cambios en el comportamiento de esta variable y que las madres adolescentes de este grupo control siguen manifestando malestar somático, no hay mejoría en ellas. Igualmente la prueba de hipótesis, sigue señalando que no hay diferencia estadísticamente significativa entre la medición pre-test y post-test del grupo control. (Ver gráfica 22)
- Subescala Hipersensibilidad LSB-50 (Hp): Un comportamiento similar se presenta en esta variable para las madres adolescentes del grupo control, se sigue evidenciando la presencia de síntomas somáticos en ambas mediciones. como lo manifiesta la prueba de hipótesis, la cual demuestra que no existe diferencia estadísticamente significativa entre las puntuaciones del pre-test y post-test de la muestra del grupo control y que siguen existiendo niveles altos y que no se reportó mejoría en la hipersensibilidad percibida por las madres adolescentes del grupo control de esta investigación. (Ver gráfica 23)
- Escala de depresión de Zung: Los resultados que obtuvieron las madres adolescentes del grupo control en el pre-test y post-test, señalan que para este caso particular, las puntuaciones se mantienen bastante similares y en el mismo nivel de depresión moderada. Concluimos que para esta condición, la prueba de hipótesis no permite dudas y demuestra que no existe diferencia estadísticamente significativa en los niveles de depresión al inicio (pre-test) y al final (post-test) del estudio, quiere decir, que el nivel de depresión se mantuvo en el mismo nivel de depresión moderada y que las

madres adolescentes de este grupo control no reportaron mejoría en su estado depresivo. (Ver gráfica 19)

Todos los resultados aquí analizados nos permiten concluir que para el caso de las madres adolescentes del grupo experimental que participaron de la intervención psicoterapéutica individual de apoyo, se lograron disminuir los síntomas depresivos que presentaban al inicio de la investigación; los datos son concluyentes y demuestran que el tratamiento brindado al grupo experimental de esta investigación fue efectivo para reducir los niveles de depresión y demás síntomas depresivos, ansiedad, somatización e hipersensibilidad, que fueron objeto de evaluación en esta investigación.

Por otra parte y atendiendo a los datos descriptivos de la muestra del grupo experimental, la entrevista clínica, la historia personal y familiar, la historia de la enfermedad presente, además de los resultados de las pruebas de hipótesis realizadas antes y después del tratamiento, podemos argumentar los siguientes comentarios:

Durante las sesiones de trabajo, se pudo observar en las estudiantes, madres adolescentes, sentimientos de tristeza, soledad, baja autoestima, culpa, remordimiento, la mayoría experimentó la falta de la figura paterna desde corta edad, lo que se traduce en una búsqueda inconsciente de apoyo, seguridad y afecto, posiblemente en una pareja; también se pudo observar el empleo de algunos mecanismos de defensa como la negación, la represión, aislamiento social, existió igualmente un temor al rechazo por parte de familiares y compañeros ante el embarazo, comportamiento irritable, indisciplinado, baja en su rendimiento escolar, problemas para conciliar el sueño, fatiga, cansancio, un descenso en su actividad física regular, dolores musculares, cefaleas, entre otros. Todas estas características son propias de sujetos que han experimentado situaciones de abandono, rechazo, pérdida de figuras significativas en su vida, carencias afectivas y que de alguna manera podrían explicar la necesidad de estas jóvenes de buscar afecto, seguridad y aprobación a través de relaciones sexuales tempranas, pero las consecuencias de este comportamiento interfirieron grandemente en su desarrollo físico y psicológico, pues al enfrentarse a una situación inesperada y estresante, como lo es un embarazo temprano, no deseado, para el cual no estaban preparadas

ni física, ni emocionalmente, no logran un adecuado ajuste y se produce un desequilibrio en la homeostasis psicológica, provocando, angustia, ansiedad y otros síntomas depresivos. Estas madres adolescentes, niñas aún, de muy temprana edad, tendrán a su cargo el cuidado de un ser humano, pero al mismo tiempo depositarán en él, todos los sueños, ilusiones, angustias, tristezas, carencias afectivas, frustraciones, dolor y culpa, que han tenido que sobrellevar durante el embarazo y que mantienen latentes; son niñas jugando a ser madres, un rol adulto, para el cual no están preparadas.

La intervención psicoterapéutica individual de apoyo que se le brindó a las estudiantes, madres adolescentes del grupo experimental que participaron de esta investigación, logró cumplir con el objetivo de reducir los síntomas depresivos que presentaban estas pacientes, con la consecuente mejoría en su estado de ánimo, lograron aceptarse a sí mismas con sus errores, su autoestima mejoró, sus relaciones interpersonales con compañeros y amigos mejoraron, comenzaron a integrarse al trabajo en grupo en las labores escolares, lo que inicialmente no hacían por temor al rechazo y la burla de los compañeros; igualmente sus relaciones familiares se tornaron más cercanas al comprender, que si bien es cierto, que lo sucedido no era lo más adecuado para ellas, esto no tenía que convertirse en un obstáculo insalvable, que contar con el apoyo y afecto de sus seres queridos, les daba la oportunidad de poder salir adelante con sus responsabilidades como madre y estudiante.

Según comentaron han vuelto a disfrutar de algunas actividades recreativas, sociales y deportivas, que habían dejado de practicar por vergüenza y miedo al qué dirán, pero que luego de la terapia se sentían con más fuerzas y energías para enfrentarse a los comentarios malintencionados con la certeza de que en la vida se pueden cometer errores, pero lo importante es poder levantarse y seguir adelante.

Los sentimientos de culpa que inicialmente presentaban fueron aminorando poco a poco, al aceptar que cometieron un error y aprender a hacerle frente a las consecuencias de sus actos en forma responsable.

Si bien es cierto que la psicoterapia individual de apoyo logró disminuir los síntomas depresivos, debemos señalar que esta disminución no fue total, pues de las madres adolescentes que recibieron el tratamiento, cinco fueron diagnosticadas con un nivel de depresión moderado, según las puntuaciones de la escala de Zung, al inicio de la investigación, estas madres adolescentes luego de concluir el tratamiento, fueron ubicadas en un nivel de depresión leve, y el caso diagnosticado con depresión grave, luego de recibir la terapia de apoyo, se le ubicó con un nivel de depresión moderada. Esto indica que para lograr cambios más significativos se requiere de más de doce sesiones individuales de terapia de apoyo y que además, se debe involucrar a los familiares y grupo de apoyo social más cercano a las pacientes de tal manera que se les pueda ofrecer nuevas y mejores oportunidades de llevar una vida más saludable, no solamente en el aspecto físico, sino también emocional, en dignidad, respeto, educación y trabajo, que será de beneficio, no sólo para ellas y su bebé, sino que les permitirá ser mujeres productivas y útiles a sí mismas y a la sociedad a la que pertenecen.

Al finalizar las doce sesiones que comprendían el proceso de tratamiento, le preguntamos a las jóvenes, cómo se sentían y qué era a su juicio lo que más les había ayudado del trabajo que habíamos realizado durante casi dos meses con cada una de ellas. Las respuestas que dieron a esta interrogante, nos sorprendieron mucho, pero al mismo tiempo nos hicieron sentir gran satisfacción por la labor realizada y de los logros obtenidos con la terapia de apoyo en estas estudiantes, madres adolescentes. En términos generales manifestaron sentirse mejor con relación a los síntomas que presentaron al inicio del tratamiento, declararon sentirse más animadas a seguir adelante con sus estudios y con sus nuevas responsabilidades como madres, en relación a qué les había ayudado más del trabajo terapéutico realizado, nos expresaron que poder desahogarse y contar todo lo que les había sucedido era como haberse quitado un gran peso de encima.

El haber podido crear un ambiente contenedor, de confianza y seguridad, en el cual las jóvenes se sentían respetadas, escuchadas y no criticadas, fue fundamental y facilitó la situación para que ellas pudieran hacer una descarga emocional significativa (abreacción), que logró mejorar sus síntomas depresivos.

No podemos finalizar la discusión de los resultados de esta investigación, sin comentar algunas limitaciones que se presentaron durante la fase experimental del mismo y que interrumpieron de alguna manera el proceso de tratamiento, por ejemplo, la semana de vacaciones del primer trimestre, interrumpió el proceso de terapia, con la consecuente extensión del período de sesiones; por otro lado, la falta de recursos económicos de las estudiantes, provocaba que faltasen a las sesiones de trabajo, teniendo que reponer las mismas, alargando el período de terapia; ya que si estudiaban en el turno vespertino, la terapia se realizaba entre las 11:00 y 12:00 medio día, si pertenecían al turno matutino se trabajaban las sesiones entre 12:00 y 1:00 de la tarde, en ambos casos se les ofrecía el almuerzo durante todos los días de terapia y se les apoyaba en el gasto del transporte, para evitar que fuesen a faltar por falta de recursos para adquirir el almuerzo. También sufrimos interrupciones, por la falta de agua y de fluido eléctrico, además de las actividades propias del ambiente escolar en donde se llevó a cabo esta investigación.

Es pertinente comentar en esta sección del trabajo, algunas situaciones que se presentaron durante el desarrollo del proceso terapéutico. Al inicio del tratamiento nos encontramos con cierto temor, timidez para expresar lo que les ocurría, esto lo consideramos como el fenómeno de resistencia, que se presenta al inicio de toda relación terapéutica sin embargo, cabe mencionar que las explicaciones y aclaraciones pertinentes acerca del funcionamiento del proceso terapéutico unido al clima de confianza, a la escucha terapéutica, a la comprensión y no a la crítica, facilitaron un ambiente adecuado para que ellas a partir de la tercera sesión pudieran expresar más abiertamente sus experiencias y sentimientos relacionados con la situación de embarazo y el consecuente estado emocional deprimido, que las había llevado a participar de la investigación.

Durante el desarrollo de las sesiones de tratamiento, apareció en el ambiente terapéutico, el fenómeno transferencial y a pesar de que éste no es interpretado en la psicoterapia de apoyo, tampoco podemos ignorarlo, de esta manera nos fueron atribuidos roles de madres, tía, hermana, esta situación fue aprovechada para analizar con mucha sutileza el comportamiento inadecuado y los sentimientos asociados a éste de tal manera que al señalarle a la paciente la

índole perturbadora de tal comportamiento, ésta reconoce lo impropio de tal comportamiento y puede aplicar lo actuado en la terapia en sus relaciones fuera del ambiente terapéutico.

Si durante el proceso de tratamiento apareció el fenómeno transferencial, no es de sorprender que también se haya hecho presente la contratransferencia. Las respuestas emocionales, que provocaron la transferencia de las jóvenes, fueron más que nada las relacionadas con nuestro propio rol de madre, ya que al escuchar los relatos de las jóvenes, veíamos en ellas a nuestra propia hija adolescente, pero pudimos manejar esta situación para conocer mejor a las pacientes y sugerirles alternativas a su situación.

Durante la fase de finalización del trabajo terapéutico, se dieron cita, intensas emociones por parte de las participantes, algunas irrumpieron en llanto, se negaban a aceptar que el trabajo llegaba a su término. Explicamos a las jóvenes que el tratamiento llegaba a su fin y que debían tener presente que se había logrado el objetivo del mismo, que era ayudarlas a mejorar su estado emocional. También en la terapeuta surgieron profundas emociones relacionadas con la finalización, ya que al lograr una alianza terapéutica intensa, el vínculo con las participantes también se hizo fuerte, por las horas, experiencias compartidas y el agradecimiento indiscutible, que sentía en este caso particular, por las participantes de la investigación.

Todo el proceso terapéutico fue una experiencia enriquecedora, de la cual obtuvimos aprendizajes invaluable para nuestra formación profesional, experiencia única e irrepetible, de la cual guardamos maravillosos recuerdos del trabajo e interacción con las seis estudiantes, madres adolescentes, del grupo experimental que participaron de esta investigación.

CONCLUSIONES

Después de haber realizado la intervención y de analizar los resultados obtenidos de la aplicación de la Psicoterapéutica Individual de Apoyo en madres adolescentes con síntomas depresivos, podemos argumentar las siguientes conclusiones:

- Un trastorno depresivo es un padecimiento que afecta al organismo, estado de ánimo, manera de pensar y de concebir la realidad; igualmente altera el ciclo de sueño, de la alimentación y el sentido de autovalía y autoestima de quienes lo padecen.
- El embarazo es una situación inesperada para la menor, que en la mayoría de los casos, genera tensión, la cual puede desencadenar múltiples síntomas, como: desesperación, miedo, ansiedad, culpa, dolor, ira, vergüenza, pena, angustia y llegar a un estado depresivo.
- El embarazo en la adolescencia se ha convertido en un grave problema de salud pública, que preocupa a varios sectores sociales de la población panameña, no sólo por el incremento en el número de embarazos escolares, sino por las edades tempranas en que ocurre.
- La adolescencia es una etapa de cambios significativos en la vida de todo individuo, que lo preparan para ser adulto, el ingrediente principal de esta época de transición, es un ambiente familiar en donde reine el amor, la comprensión y el apoyo incondicional, que permita al adolescente enfrentar y superar adecuadamente los obstáculos que se le presenten.
- La familia y entorno social, desempeña un papel primordial en esta etapa de la vida de toda adolescente y por consiguiente, en la aparición de síntomas depresivos, cuando existe una atmósfera familiar negativa, de rechazo y represión en torno al tema del embarazo temprano.

- El entorno escolar en el que estudia la menor embarazada, se convierte en muchas ocasiones en agente estresor, al no estar, estudiantes y docentes, adecuadamente preparados para compartir con una estudiante embarazada.
- Establecer una buena alianza terapéutica con las menores embarazadas fue un factor que contribuyó eficazmente al logro de los objetivos propuestos para la investigación.
- El programa de Intervención Psicoterapéutica Individual de Apoyo que se brindó a las madres adolescentes del grupo experimental, que participaron en esta investigación demostró ser efectivo para disminuir los síntomas depresivos que presentaban y mejorar su estado emocional.
- Los resultados obtenidos demuestran que la Psicoterapia de Apoyo, es una modalidad terapéutica que contribuye eficazmente en el tratamiento de los síntomas depresivos, que presentaban las madres adolescentes que participaron de esta investigación.
- Las adolescentes que participaron de esta investigación, lograron mejoría en su estado emocional y en su conducta a lo largo del tratamiento, mejoría que se evidenció en las pruebas aplicadas después de dicho tratamiento.
- Entre los cambios reportados por las participantes del estudio se pueden mencionar la disminución de los sentimientos de culpa, vergüenza, aumento de la autoestima, mejora en la calidad y cantidad de sueño, mejores relaciones con los demás, en especial con familiares y compañeros de clases, entre otros.
- Los resultados obtenidos en esta investigación fueron evaluados inmediatamente después del tratamiento, es decir, a corto plazo, por lo cual la mejoría reflejada mediante los resultados obtenidos en las pruebas aplicadas a éstas adolescentes, debe ser considerada como una mejoría en ese período de tiempo.

- El logro de un ambiente contenedor, de confianza y escucha terapéutica y no de crítica, facilitó la comunicación verbal de las participantes, permitiéndoles hacer una descarga emocional significativa, de los sentimientos asociados a la situación de embarazo por la que atravesaban y de los síntomas depresivos que experimentaron, de esta manera obtuvieron un efecto catártico con la consecuente mejoría en su estado de ánimo
- Los fenómenos transferenciales y contratransferenciales son aspectos que inevitablemente surgen en toda relación terapéutica y a pesar de que en la Psicoterapia de Apoyo, no son interpretados tampoco se les puede ignorar, pues de su manejo adecuado pueden surgir aspectos beneficiosos para la terapia.
- No obstante, la evidencia estadística demostró que existen diferencias significativas en las puntuaciones del grupo experimental antes y después del tratamiento, y que la intervención Psicoterapéutica Individual de Apoyo es efectiva para reducir los síntomas depresivos, se observó que las adolescentes al finalizar el tratamiento, fueron ubicadas según la Escala de Zung, en el nivel inmediatamente inferior, al que fueron ubicadas al inicio del estudio, lo que indica que probablemente se requiera de más de doce sesiones de tratamiento y de un lapso de tiempo mayor para obtener resultados más profundos y lograr que las adolescentes sean ubicadas en el nivel que indica ausencia de depresión según la Escala de Zung.
- Las adolescentes mostraron resistencia al inicio del tratamiento, al no querer hablar sobre su historia personal, del embarazo y demás situaciones relacionadas con el mismo.
- La fase de finalización del tratamiento suscita intensos sentimientos, tanto en el terapeuta como en el paciente, debido a la estrecha relación que se establece entre ellos, gracias a la alianza terapéutica, lo que provocó en las participantes un rechazo a la terminación del tratamiento.

- La información objetiva y adecuada de temas relacionados con la salud, el embarazo, cuidados pre natales, depresión, entre otros, contribuyó a mejorar el conocimiento que sobre éstos tenían las menores embarazadas, lo que les permitió mejorar las formas de abordar y afrontar los síntomas depresivos que afectaban su estado de ánimo.

RECOMENDACIONES

Luego de concluir la fase experimental de esta investigación y de realizada las pruebas estadísticas y análisis requeridos, presentamos las siguientes recomendaciones:

- Repetir este estudio con una muestra de mayor tamaño, de tal manera que se pueda considerar representativa de la población en general y, de esta manera, poder generalizar los resultados y que el estudio posea un mayor grado de confiabilidad.
- Incluir a los padres de familia y red de apoyo social más cercana a las participantes, de tal manera que sean agentes de apoyo efectivo para éstas madres adolescentes.
- Capacitar al personal docente y educando de los colegios, a través de seminarios, sobre el manejo adecuado de embarazadas en el aula de clases, para evitar que se conviertan en agentes estresores que agraven la condición de estas menores.
- Diseñar estrategias terapéuticas que involucren a padres, familiares, maestros y compañeros de las estudiantes embarazadas para que se conviertan en agentes de apoyo.
- El tratamiento psicoterapéutico brindado a las estudiantes, debe incluir en su planificación, citas periódicas de seguimiento más allá del periodo de tiempo, del que esta investigación pudo realizar.
- Ofrecer seminarios de psicoterapia de apoyo, como parte de la materia de psicoterapia, en las diferentes universidades del país, con la finalidad de divulgar las técnicas de intervención de apoyo, pues la misma ha demostrado ser eficaz en el tratamiento de madres adolescentes con síntomas depresivos, a corto plazo.
- La mayoría de las participantes de este estudio confrontaban problemas de relaciones familiares, por lo cual, recomendamos ofrecer conjuntamente con la terapia de apoyo a las madres adolescentes, una terapia familiar para el resto de los familiares.

- Reorganizar las sesiones del programa de intervención psicoterapéutico individual de apoyo, para que incluya varias sesiones adicionales, de tal manera que se puedan abordar y trabajar con mayor énfasis los diferentes síntomas depresivos, con lo cual se lograría atenuar dichos síntomas de una manera más significativa.
- Brindar este tipo de modalidad terapéutica de apoyo a personas que presenten síntomas depresivos, ya que en este estudio, se obtuvieron resultados que sustentan lo beneficioso que ha sido para disminuir los síntomas depresivos en un grupo de madres adolescentes.
- Dar seguimiento y continuar con la evaluación de los resultados del programa, introduciendo las modificaciones necesarias, ya que un programa de esta índole debe ser evaluado constantemente, con el propósito de detectar las fallas o limitaciones y facilitar el mejoramiento de los métodos y las técnicas empleadas.
- Brindar a estas jóvenes actividades diversas, sean educativas, recreativas, deportivas y hasta terapéuticas, en las que puedan ocupar su tiempo libre, y sentirse productivas y útiles, como por ejemplo: talleres de pintura, música, decoración, costura, salud, embarazo, cuidado pre natal, entre otros.
- Que el Ministerio de Educación, ofrezca mayor apoyo a estas estudiantes y no solamente en el ámbito escolar, sino también que se les facilite la asistencia psicológica requerida.
- Que los gabinetes psicopedagógicos de los colegios cuenten entre su personal con un psicólogo clínico capacitado en psicoterapia, que brinde la atención especializada que requieren ciertos comportamientos que se dan comúnmente en los colegios, como lo son: el caso del embarazo, abuso de sustancias, homosexualidad, delincuencia, cultos satánicos, acoso escolar, entre otros.

- Desarrollar un programa de psicoterapia de apoyo, para los colegios, dirigido a adolescentes embarazadas que cubra sus necesidades de atención psicológica, con la finalidad de mejorar su condición emocional y su calidad de vida.
- Ofrecer atención terapéutica, de preferencia simultánea, a la que se brinda a estas estudiantes, a los padres, docentes y compañeros, para que se conviertan en agentes efectivos de apoyo y no en estresores potenciales.
- Que el Ministerio de Educación adopte una política más agresiva, en relación a la educación sexual que se imparte a los estudiantes, para prevenir la aparición de embarazos en adolescentes en edades muy tempranas.
- Que el Ministerio de Educación incorpore un programa de psicoterapia de apoyo, para ser utilizado en los colegios en estudiantes que presenten síntomas depresivos, no solamente asociados a embarazos tempranos, sino también a otras situaciones que provoquen sintomatología depresiva, ya que en la actualidad observamos la presencia en los colegios de situaciones como: riñas, práctica de relaciones sexuales, agresión entre estudiantes, etc., ya que los resultados obtenidos en esta investigación confirman la efectividad de este tratamiento.
- Ofrecer este tratamiento psicoterapéutico a estudiantes embarazadas de otros colegios, que presenten síntomas depresivos y confirmar su efectividad, ya que en las madres adolescentes que participaron de esta investigación fue beneficioso para disminuir los síntomas depresivos y mejorar su estado de ánimo.

BIBLIOGRAFÍA

Asociación Americana de Psiquiatría. (2003). Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM IV TR). México: Editorial El Manual Moderno, S.A.

Bellak, L. y Siegel, H. (1986). Manual de Psicoterapia Breve, Intensiva y de Urgencia. México, D. F.: Editorial El Manual Moderno, S. A. de C. V.

Belloch, Amparo, Sandin, Bonifacio, Ramos Francisco. (1995). Manual de Psicopatología. 2da. Edición. Madrid: McGraw-Hill Interamericana, S.A.

Cameron, Norman. (2009). Desarrollo de la Personalidad y Psicopatología. Un Enfoque Dinámico. 2^{da} Edición. México: Editorial Trillas.

Crooks, Robert y Baur, Karla. (2000). Nuestra Sexualidad. Séptima edición. México, D.F.: International Thomson Editores, S.A.

Davis, Maxine. (1996). La Sexualidad en la Adolescencia. Buenos Aires, Argentina: Ediciones Hormé, S.A.

De Rivera, Luis; Abuín, 2012. Manuel R. Listado de Síntomas Breve. Manual. España: TEA Ediciones, S.A.

DSM-IV. (1996). La Entrevista Clínica. Tomo I. Fundamentos de Ekkehard Othmer, M.D., y Sieglinde C. Othmer, Ph.D. Barcelona, España: Editorial Masson, S.A.

Deschamps, J. (1979). Embarazo y Maternidad en la Adolescente. Barcelona: Editorial Heder.

Ferenczi, S. (1955). Problemas y Métodos del Psicoanálisis. Buenos Aires.

Garfield, Sol L. (1984) Psicología Clínica. El Estudio de la Personalidad y la Conducta. México, D. F.: Editorial El Manual Moderno, S.A.

Goldman, Howard. (1994). Psiquiatría General. 3ra. Edición. México, D.F.: Editorial El Manual Moderno, S. A. de C.V.

Gotwald, William Jr. (1983). Sexualidad (La Experiencia Humana). México, D.F.: Editorial El Manual Moderno.

Halgin, Richard P. y Whitbourne, Susan K. (2004). Psicología de la Anormalidad. Perspectivas Clínicas sobre Desórdenes Psicológicos. México, D.F.: McGraw-Hill.

Hernández Sampieri, Roberto, Fernández Collado, Carlos y Baptista Lucio, Pilar. (2010). Metodología de la Investigación. Quinta edición. México, D.F.: McGraw-Hill/Interamericana Editores, S.A., de C.V.

Hurlock, Elizabeth B. (1961). Psicología de la Adolescencia. 1ª edición. Buenos Aires, Argentina: Editorial Paidós.

Kendall, Philip C., y Norton-Ford, Julian D. (1988). Psicología Clínica. Perspectivas Científicas y Profesionales. México, D.F.: Editorial Limusa,

Knobel, M. (1987). Psicoterapia Breve. Buenos Aires.: Editorial Paidós.

Kerlinger, Fred N y Lee, Howard B. (2002). Investigación del Comportamiento. Método de Investigación en Ciencias Sociales. México, D.F.: McGraw-Hill/Interamericana Editores, S.A. de C.V.

Manual de Estilo de Publicaciones de la American Psychological Association. (1999). Traducción de Maricela Chávez M. et al; adaptación gramatical de Mayra Inzunza S. 1ª. Reimpresión. México, D.F.: Editorial El Manual Moderno, S.A. .

Mckinney, John Paul; Fitzgerald, Hiram E. y Strommen, Ellen A. (1977). *Psicología del Desarrollo. Edad Adolescente*. México, D.F.: Editorial El Manual Moderno, S.A.

Navarro, R. (1990). *Psicoterapia Antidepresiva*. México, D.F: Editorial Trillas.

Papalia, Diane E.; Wendkos Olds, Sally y Duskin, Feldma, Ruth. (2005). *Psicología del Desarrollo. De la Infancia a la Adolescencia*. Novena edición. México, D.F.: McGrawHill/Interamericana Editores, S.A.

Rockland, Lawrence H. (1989). *Supportive Therapy: A Psychodynamic Approach*. New York. Basic Books.

Rossi, Luisa. (2010). *Entrevista, Historia Clínica, Patología Frecuente*. 1ª edición. México: Editores de Textos Mexicanos.

Santrock, John W. (2004). *Psicología del Desarrollo en la Infancia*. 7ª edición. Bogotá, Colombia: McGraw-Hill,

Taylor, Donald L. *El Desarrollo Sexual Humano (Perspectivas de la Educación Sexual)*. Madrid: Edutex, S.A.

Trull, Timothy J., y Phares, E. Jerry. (2003). *Psicología Clínica. Conceptos, Métodos y Aspectos Prácticos de la Profesión*. Sexta edición. México, D.F.: International Thomson Editores, S.A.

Virel, André. (1985). *Vocabulario de las Psicoterapias*. Primera Edición. Barcelona, España: Editorial Gedisa, S.A.

Wolberg, Lewis R. (1967). *The Technique of Psychotherapy*. Second Edition. New York, USA.: Grune & Stratton, INC.

Zung, W.W. Zung Self-Rating Depression Scale and Depression Status Inventory. En Sartorius N, Ban TA (eds). Assessment of depression. Berlin: Springer-Verlag y W.H.O., 1986. 221-231

REVISTAS

Alarcón Prada, Ariel. (2008). Fundamentos Técnicos de la Psicoterapia de Apoyo. Revista Colombiana de Psiquiatría. Volumen 37, suplemento N°1.

Grimaldo, Pérez, Julio. La Psicoterapia de Apoyo: Conceptualización, Técnicas y Aplicaciones. Revista de Psicología Veritas, 1996, Volumen 2, año 2.

Kernberg, Otto. (2000) Psicoanálisis, Psicoterapia Psicoanalítica y Psicoterapia de Apoyo: Controversias Contemporáneas. Revista de Psiquiatría del Uruguay. Volumen 64, N°2. Agosto.

Perales, Alberto. (1998). Psicoterapia de Apoyo. En Humberto Rotondo. Manual de Psiquiatría. 2ª. Edición. Ediciones Alberto Perales. Lima: UNMSM.

Villalobos G, María A. (2008). Depresión en Niños y Adolescentes. Revista Médica de Costa Rica y Centroamérica. LXV 586, pp. 331-333

JOURNALS

Issler, Juan R. (2001). Embarazo en la Adolescencia. Revista de Postgrado de la Cátedra Via Medicina N° 107. pp. 11-23. Agosto. Disponible en: http://med.unne.edu.ar/revista/revista107/emb_adolescencia.html

Martínez L., Patricia y Romano Waysel. (2009) Depresión en Adolescentes Embarazadas. Enseñanza e Investigación en Psicología, vol.14, núm.2, julio-diciembre, pp. 261-274. México. Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/292/29211992004.pdf>

Pardo A., Graciela, Sandoval D., Adriana y Umbarila Z., Diana. (2004). Adolescencia y Depresión. Revista Colombiana de Psicología. N° 13, pp. 13-28 Universidad Nacional de Colombia. Disponible en: <http://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&frm=1&source=web&cd=2&ved=0CDQQFjAB&url=http%3A%2F%2Fwww.revistas.unal.edu.co%2Findex.php%2Fpsicologia%2Farticle%2Fdownload%2F1204%2F1755&ei=jvBCUpmXDu3i4AO8poHQCO&usg=AFQjCNGPg7ON3sNpzSk8oilqOPbqmUvJCg>

Quezada B., Lucía del C., y González R., Mónica T. (2011). Relación entre Depresión, Estrés y Estresores en Adolescentes Gestantes bajo Distintas Condiciones de Estado Civil. Summa Psicológica UST. Vol. 8, núm. 2, pp. 31-38. Disponible en <http://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/3876631.pdf>

Trejo L., Humberto; Torres P., Juan; Medina J., Manuel A.; Briones G., J. Carlos y Meneses C., José. (2009). Depresión en Adolescentes Embarazadas que Acuden a un Hospital Perinatal. Revista mexicana de pediatría. Vol. 76, núm. 1, enero-febrero, pp. 9-12. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/pediat/sp-2009/sp091c.pdf>

Valdivia P., Maruzzella y Molina S., Marta. (2003). Factores Psicológicos Asociados a la Maternidad Adolescente en Menores de 15 años. Revista de Psicología de la Universidad de Chile. Vol. XII, núm. 2, pp. 85-109. Disponible en: <http://www.revistamad.uchile.cl/index.php/RDP/article/viewFile/17457/18228>

Wolff L., Claudia; Valenzuela X., Paula; Steffan S., Karim y Zapata B., Daniela. (2009). Depresión Posparto en el Embarazo Adolescente: Análisis del Problema y sus Consecuencias. Revista chilena de obstetricia y ginecología. Vol. 74, núm.3, pp. 151.158. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75262009000300004

ARTÍCULOS DE PERIÓDICOS

Aguilar, G. (2013, septiembre 27). Cifras de Adolescentes Embarazadas van en Aumento. El Panamá América, p 4A

Castillo, C. (2013, abril 30). El 20% de Embarazos se da en Adolescentes. El Siglo, p. 21

López, A. (2013, abril 28). Reportan 2 mil 97 Embarazos Precoces. La Prensa p. 4A

PUBLICACIONES DEL GOBIERNO

Estadísticas de Madres Adolescentes. (2012). Hospital Regional Nicolás A. Solano. Departamento de estadística. La Chorrera, República de Panamá.

FUENTES ELECTRÓNICAS

Aragón A., Luz. Intervención Terapéutica.(2009). Disponible en: <http://www.slideshare.net/ozuani/depresion-consejeriaorientacion>

Panamá. Contraloría General de la República. Situación de las Madres Adolescentes. Disponible en: <http://estadisticas.contraloria.gob.pa/redpan/sid/docs/Atlas%20social%20de%20Panama/09%20-%20Situaci%C3%B3n%20de%20las%20madres%20adolescentes.pdf>

Terapia de Apoyo. Buenas tareas.com Recuperado 07, 2011 de <http://www.buenastareas.com/ensayos/Terapia-De-Apoyo/2555077.html>

Cambios Psicológicos durante la Adolescencia.

http://www.angelfire.com/band2/suciasteam0/CAMBIOS_PSICOLOGICOS.htm

TESIS

Díaz V., Marta C. (2007). Psicoterapia Breve, Intensiva y de Urgencia Aplicada a Adolescentes que Presentan Síntomas Depresivos. Maestría. Psicología Clínica. Universidad de Panamá.

Delgado, Rebeca M. de. (2007). Las Actitudes de una Muestra de Estudiantes y Docentes hacia la Presencia, en el Aula de Clases, de una Estudiante Embarazada. Tesis. Maestría. Psicología Escolar. Universidad de Panamá.

Robles, Mariela G. (2002). Programa Grupal de Intervención Psicológica para el Desarrollo Personal y Social en Adolescentes. Tesis. Maestría. Psicología Clínica. Universidad de Panamá.

Vásquez F., Madelane I. (2007). Intervención Psicoterapéutica en un Grupo de Madres Adolescentes de 14 a 19 años que Presentan Síntomas Depresivos. Tesis. Maestría. Psicología Clínica. Universidad de Panamá.

Berrea de González, Maryam. (2011). Intervención Psicoterapéutica Individual de Apoyo en un Grupo de Personas Diagnosticadas con Trastorno Adaptativo Mixto Tendiente a Disminuir sus Niveles de Ansiedad y Depresión. Tesis. Maestría. Psicología Clínica. Universidad de Panamá.

ANEXOS

ANEXO N° 1

CONSENTIMIENTO INFORMADO

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Estimado Padre de Familia y Estudiante:

Como parte de una investigación sobre problemas emocionales en madres adolescentes nos sería de gran ayuda que tú formarás parte de la misma, por eso les invito a leer este formulario.

Propósito del Estudio:

Esta es una investigación en la cual se medirá la efectividad de una intervención psicoterapéutica de apoyo, aplicada a madres adolescentes que cursan estudios en este Colegio.

Beneficios:

Con esta investigación pretendemos mejorar tu estado emocional, modificando favorablemente los modos como enfrentas las circunstancias que te rodean y ayudarte a reducir los niveles de depresión que naturalmente experimentamos todos ante una situación imprevista como ésta.

Metodología:

- Se efectuará una entrevista individual y se aplicarán instrumentos de evaluación.
- Se ofrecerán sesiones individuales completamente gratuitas y ofrecidas en las instalaciones del colegio y no representarán ningún riesgo, ni pérdida de tiempo en tus tareas y obligaciones escolares, por el contrario, podrás fortalecer tu personalidad y se ofrecerá el apoyo psicológico emocional que requieras para mejorar cualquier síntoma depresivo que pudieras presentar como consecuencia de una situación imprevista, como la que acabas de experimentar.
- En caso de cualquier información o aclaración me pongo a su disposición en el Colegio Moisés Castillo Ocaña.

La participación en esta investigación es voluntaria y te puedes retirar de la misma en el momento que lo desees. La información que proporcionas se mantendrá con la **mayor confidencialidad posible, según las leyes nacionales e internacionales que te protegen cuando participas en una investigación.** Por lo tanto, no se utilizará tu nombre ni se publicará tu historia personal.

Una vez leída la información anterior, por favor contesta las siguientes preguntas:

1. Ha entendido toda la información suministrada en este formulario. Si__ No__
2. Se le han resuelto todas las dudas sobre el estudio en el que va a participar. Si__ No__
3. Se le ha informado que puede retirarse en cualquier momento. Si__ No__
4. Sabe que los resultados y datos proporcionados son confidenciales. Si__ No__

Con mi firma en este formulario acepto que mi participación es voluntaria, que he entendido el propósito y que se me han informado mis derechos y que deseo participar en esta investigación.

Nombre y firma de la Adolescente

Nombre y firma del Acudiente

ANEXO N° 2

ESCALA DE ZUNG

Escala de Autoevaluación para la Depresión de Zung (SDS)

Por favor lea cada enunciado y decida con que frecuencia el enunciado describe la forma en que usted se ha sentido en los últimos días.

Por favor marque (✓) la columna adecuada.	Poco tiempo	Algo del tiempo	Una buena parte del tiempo	La mayor parte del tiempo
1 Me siento decaído y triste.				
2 Por la mañana es cuando me siento mejor.				
3 Siento ganas de llorar o irrumpo en llanto				
4 Tengo problemas para dormir por la noche.				
5 Como la misma cantidad de siempre.				
6 Todavía disfruto el sexo.				
7 He notado que estoy perdiendo peso.				
8 Tengo problemas de estreñimiento.				
9 Mi corazón late más rápido de lo normal.				
10 Me canso sin razón alguna.				
11. Mi mente está tan clara como siempre.				
12. Me es fácil hacer lo que me interesa.				
13. Me siento agitado y no puedo estar quieto.				
14. Siento esperanza en el futuro.				
15. Estoy más irritable.				
16. Me es fácil tomar decisiones.				
17. Siento que soy útil y me necesitan.				
18. Mi vida es bastante plena.				
19. Siento que los demás estarían mejor si yo muriera.				
20. Todavía disfruto de las cosas que disfrutaba antes.				

ANEXO N° 3

LISTADO DE SÍNTOMAS BREVE (LSB-50)

Nombre y apellidos: _____

Edad: [] [] Sexo: [] [] Fecha de la evaluación: [] [] / [] [] / [] [] [] []

Luis de Rivera y Manuel R. Abián

INSTRUCCIONES

Al dorso de esta página encontrará una serie de afirmaciones sobre MOLESTIAS o PROBLEMAS que pueden afectar en mayor o menor medida a todas las personas. Conteste a cada una de ellas teniendo en cuenta aquello que haya sentido o experimentado durante las últimas semanas, incluida la día de hoy. Para ello, marque junto a cada afirmación una de las siguientes opciones:

0	1	2	3	4
Si no ha tenido esta molestia en absoluto	Si ha tenido esta molestia un poco presente	Si ha tenido esta molestia moderadamente	Si ha tenido esta molestia bastante	Si ha tenido esta molestia mucho o extremadamente

Observe el siguiente ejemplo:

Me cuesta dormir: 0 1 2 3 4

La persona ha tenido problemas **BASTANTE** al ejemplo (rodeando el 3) ya que últimamente ha tenido muchos problemas para quedarse dormido por las noches.

	Nada	Poco	Moderadamente	Mucho
1				0 1 2 3 4
2				0 1 2 3 4
3				0 1 2 3 4
4				0 1 2 3 4
5				0 1 2 3 4
6				0 1 2 3 4
7				0 1 2 3 4
8				0 1 2 3 4
9				0 1 2 3 4
10				0 1 2 3 4
11				0 1 2 3 4
12				0 1 2 3 4
13				0 1 2 3 4
14				0 1 2 3 4
15				0 1 2 3 4
16				0 1 2 3 4
17				0 1 2 3 4
18				0 1 2 3 4
19				0 1 2 3 4
20				0 1 2 3 4
21				0 1 2 3 4
22				0 1 2 3 4
23				0 1 2 3 4
24				0 1 2 3 4
25				0 1 2 3 4
26				0 1 2 3 4
27				0 1 2 3 4
28				0 1 2 3 4
29				0 1 2 3 4
30				0 1 2 3 4
31				0 1 2 3 4
32				0 1 2 3 4
33				0 1 2 3 4
34				0 1 2 3 4
35				0 1 2 3 4
36				0 1 2 3 4
37				0 1 2 3 4
38				0 1 2 3 4
39				0 1 2 3 4
40				0 1 2 3 4
41				0 1 2 3 4
42				0 1 2 3 4
43				0 1 2 3 4
44				0 1 2 3 4
45				0 1 2 3 4
46				0 1 2 3 4
47				0 1 2 3 4
48				0 1 2 3 4
49				0 1 2 3 4
50				0 1 2 3 4

FIN DE LA PRUEBA. COMPRUEBE QUE HA CONTESTADO A TODAS LAS FRASES.

ANEXO N° 4

HISTORIAS CLÍNICAS.

HISTORIAS CLÍNICAS

GRUPO EXPERIMENTAL

REGISTRO DE LA HISTORIA CLÍNICA

CASO Nº 1

FICHA DE IDENTIFICACIÓN:

Nombre: "A"

Edad: 17 años

Sexo: Femenino

Fecha de nacimiento: 08 de mayo de 1996.

Lugar de nacimiento: La Chorrera

Número de Hermanos: uno

Posición que ocupa entre los hermanos: Menor

Estado Civil: Soltera

Escolaridad: IV año Bachiller en Comercio.

Dirección: Barriada La Industrial

Nivel Socioeconómico: Media baja

Religión: Católica

Ocupación: Estudiante

Fecha de primera entrevista: miércoles 03 de junio de 2013.

PLANTEAMIENTO GENERAL DEL PROBLEMA

"A" se presenta a entrevista ya que una amiga le informó que en el colegio había una psicóloga que estaba realizando un estudio con estudiantes que fueran madres adolescentes y sintió curiosidad por saber si le podían ayudar. Ella es madre adolescente y desde que estuvo embarazada se siente muy triste, sola, que nadie la entiende y ahora con el bebé las cosas en su hogar han cambiado mucho, ya que su mamá le ha dicho que tiene que atender a su hijo ella misma, pues esas son las consecuencias de sus acciones, siente que en su casa nadie la quiere.

ENFERMEDAD PRESENTE

“A” refiere que su principal problema radica en que es madre adolescente y en su casa no la comprenden, todo el tiempo le están recalcando que metió la pata y no recibe el apoyo que ella necesita, se siente sola, triste, sin deseos de continuar la escuela, no quiere salir de su casa, pero a veces lo ha pensado.

Su embarazo, fue una situación inesperada, no fue buscada, sino el producto de un momento de romanticismo que ni ella ni el papá del bebé logró evitar. Cuando se enteró que estaba embarazada el mundo se le vino encima, no sabía qué hacer, pasó días llorando, no quería comer, no hablaba con nadie, en la escuela era una estudiante regular, pero sus notas bajaron mucho, por su cabeza pasaron muchas ideas, abortar, no seguir viviendo, irse de su casa, dejar la escuela, estaba desesperada.

Al darle la noticia a su mamá, está rompió en llanto, se volvió agresiva contra ella y le gritó qué pensará que iba a hacer, pero ni pensar en abandonar la escuela, pues ese sería su castigo, que todos supieran lo que había hecho, que sintiera vergüenza.

Su estado de embarazo, le ocasionó serios conflictos, tuvo que acudir a la escuela al servicio de orientación, en compañía de su madre, la cual estaba disgustada con ella; en su casa no querían saber nada del papá del niño, a pesar de que él había dicho que se iba a responsabilizar de ella y del bebé, ya que él es mayor de edad, en la escuela, era blanco de comentarios y risas, por parte de los estudiantes y de algunos profesores que manifestaron abiertamente no estar de acuerdo en que las embarazadas asistan a clases. En lo personal, ella no se sentía bien, estaba deprimida, triste, estuvo varios meses sin ánimo para nada, le costaba mucho ir a la escuela, es como si le faltara las fuerzas para realizar las actividades diarias, no quería hablar con nadie, estaba ojerosa, no dormía bien y las relaciones familiares estaban mal, su hermano no la podía ni ver, sus compañeros de escuela, la evitaban, así que todo esto la hacía sentirse peor.

HISTORIA FAMILIAR

La paciente refiere que sus padres se separaron cuando ella contaba con ocho años, desde entonces vive sola con su madre y hermano. La relación cuando estaba en casa con su madre, era buena, él decía que ella era la niña de sus ojos, pero al darse la separación, su padre cambió mucho, ya no la trataba igual, su padre no le habla, la insulta, la desvaloriza, le dice que es una bruta y que va a terminar igual que su madre.

La relación madre-hija es un tanto ambivalente, pues según la paciente, quiere a su mamá, pero también le tiene mucho miedo, ya que su madre es muy estricta y siempre le decía que estudiara para que no pasara trabajos como ella, que tenía que lavar y planchar para poder mantener a sus hijos, por eso ella sentía tanto temor cuando se enteró de su embarazo y no sabía de qué manera decírselo a su madre, la cual como era de esperarse la tomó contra ella, las cosas no han vuelto a ser iguales desde entonces con su madre.

En su familia hay antecedentes de diabetes, problemas con el alcohol y las drogas. No reporta familiares con trastorno mental.

“A”, comenta que las relaciones familiares siempre fueron malas, sus padres discutían mucho, debido a que su padre tomaba mucho y se gastaba todo el dinero en las cantinas, al darse la separación, las cosas empeoraron porque su padre siempre le habla de malas maneras, la insulta, situación que la hace sentirse muy triste, porque según dice ella quiere mucho a su padre a pesar de todo. Las relaciones con su hermano son bastante distantes, mucho más después de su embarazo, el hermano la rechazó, le dice que ella tiene la culpa de que las cosas en la casa se hayan puesto más difíciles.

HISTORIA DEL DESARROLLO

Su madre le contó que su parto fue por cesárea y que no hubo complicaciones durante el embarazo. Durante su infancia sólo padeció de varicela. “A”, sólo tiene un hermano, ella es la menor, de pequeños eran muy unidos, pero actualmente su hermano la rechaza por lo del embarazo, culpándola de lo que le pasó.

Durante sus estudios primarios fue una buena alumna, por eso pudo ingresar al colegio Moisés Castillo, le gustaba estudiar, hacía sus tareas y tenía muchas amiguitas de la escuela. Cuando estaba en primer ciclo comenzó a bajar sus notas, por la gavilla, repitiendo primer año. Al llegar al cuarto año, ya conocía al padre de su hijo, con el cual tenía una relación de noviazgo, a espaldas de su familia, pues ella está consciente de que el joven no es lo mejor, pues había sido detenido por asuntos de drogas, tampoco había terminado el bachillerato, pero ella asegura que ahora, el joven ha cambiado pues él dice que ser padre es una gran responsabilidad y que la va a ayudar con todo lo que se relaciona con el bebé. Se inscribió en un curso en la policía y está buscando trabajo.

La paciente refiere que su embarazo es producto de sus relaciones sexuales con este joven, que nunca esperó quedar embarazada y que al saberlo, sus primeras ideas fue el aborto, pero que por internet y algunas amigas se dio cuenta de que era muy peligroso y después de hablarlo con el padre del niño, decidió seguir adelante con su embarazo y contarle a su mamá.

La paciente manifiesta que durante su embarazo, tuvo muchas complicaciones, mareos, náuseas, cefaleas constantes, dificultades para conciliar el sueño, pérdida de energía, estaba muy cansada, perdió el interés en muchas de las actividades que realizaba en casa, en la escuela, con sus amistades, sentía culpa y vergüenza por lo que había hecho y por su embarazo, baja autoestima, se sentía inferior al resto de sus compañeros por su condición de madre adolescente. Los meses de embarazo que tuvo que asistir a la escuela fueron difíciles, comentarios, risas y miradas de compañeros y profesores, que la hacían sentirse muy mal, pero trataba de sobrellevar la situación para no perder el año escolar y no defraudar más a su mamá.

PATRONES DE AJUSTE ADULTO

La paciente cursa el cuarto año de bachiller y está tratando de salir adelante con sus estudios, le gusta mucho jugar baloncesto. En cuanto a sus ajustes sociales, Huna comenta que es una persona callada y tranquila, siempre tuvo muchas amistades, pero ahora no tiene muchas, pues dedica la mayor parte de su tiempo a cuidar su bebé, a ayudar en los oficios de la casa y lo que resta a sus labores escolares, pues según comenta desea terminar su sexto año.

EVALUACIÓN DEL ESTADO MENTAL

La paciente se presentó con su uniforme escolar, a la hora convenida y mostró buena disposición para colaborar, atención y tranquilidad durante el proceso de entrevista y posterior tratamiento.

- Aspecto General: la paciente se presentó siempre con un aspecto normal en lo que respecta al aspecto físico, adecuadamente uniformada, buen cuidado personal.
- Nivel de Conciencia: evidenció un adecuado nivel de conciencia en relación a la orientación respecto a sí mismo, tiempo, lugar, persona.
- Lenguaje: 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.
- Memoria: la paciente mostró una adecuada capacidad de memoria, recordando tanto hechos o datos remotos como recientes sin dificultad alguna.
- Atención: en este aspecto, no se advirtieron distracciones durante las sesiones de trabajo, por el contrario, la paciente mostró siempre una buena atención, concentración y cooperación durante las intervenciones del terapeuta y la situación de terapia en general.

- Estructuración del Pensamiento y Percepciones: no se revelaron alteraciones en el contenido del pensamiento, ni alteraciones en la percepción de la realidad, no se presentan alucinaciones ni delirios.
- Estado anímico: las pláticas de la paciente mostraron un estado de ánimo depresivo, el cual se reflejaba en la expresión de su rostro.

EVALUACIÓN MULTIAXIAL

Eje I: F32.1 Trastorno Depresivo Mayor, episodio único, moderado
(296.21)

Eje II: Z03.2 Ningún diagnóstico

Eje III: Ninguno

Eje IV: Problemas relativos al grupo primario de apoyo.
Problemas relativos a la enseñanza.
Problemas económicos.

Eje V: EEAG = 65 (actual)

REGISTRO DE LA HISTORIA CLÍNICA

CASO N° 2

FICHA DE IDENTIFICACIÓN:

Nombre: "B"

Edad: 17 años

Sexo: Femenino

Fecha de nacimiento: 26 de junio de 1996.

Número de Hermanos: dos

Posición que ocupa entre los hermanos: Segunda

Estado Civil: Soltera

Escolaridad: IV año Bachiller en Comercio.

Dirección: El Coco

Nivel Socioeconómico: Media baja

Religión: Evangélica

Ocupación: Estudiante

Fecha de Entrevista: miércoles 13 de marzo de 2013.

PLANTEAMIENTO GENERAL DEL PROBLEMA

Acude a entrevista al aceptar voluntariamente a participar del proyecto de investigación que se lleva a cabo en el colegio, relacionado con madres adolescentes. "B", se siente triste, su embarazo cambió su vida, ya no es la misma, sus amigos se han apartado, en su casa, su mamá, a pesar de que la ha apoyado, no es la misma con ella.

ENFERMEDAD PRESENTE

Joven adolescente, mujer de 16 años, que se presentó a entrevista con un buen arreglo y apariencia personal, de constitución esbelta, tez blanca, estatura alta. Su manera de vestir, aunque en uniforme del Colegio, se observa corrección en su utilización.

Su lenguaje fluido, tono de voz agradable, con una buena disposición a colaborar en la entrevista y en el proceso de investigación del cual forma parte de manera voluntaria.

La problemática de “B” se relaciona con el hecho de ser madre adolescente, siente que su familia, amigos y compañeros de escuela no la comprenden. En su casa, los reclamos y constantes llamados de atención, en la escuela los comentarios y miradas burlonas de compañeros, la hacen sentirse muy triste y con deseos de dejar todo, se siente menospreciada por profesores y compañeros.

Al cumplir los quince años y estando cursando el noveno grado de la educación básica general, tiene su primera relación sexual con este joven, de esta relación queda embarazada. Su embarazo fue producto de una relación sentimental con su novio, no fue accidental, pero tampoco planificada, más bien producto de un momento de romanticismo que no pudo controlar. Sin embargo, en ningún momento llegó a pensar que podía quedar embarazada, más cuando lo supo por exámenes que se practicó por recomendaciones de una tía, con la cual habló de lo que le estaba pasando y sospechando, la noticia la tomó muy mal, estuvo varios días llorando, sin poder dormir, presa de temores, relacionados a su futuro, cómo lo iban a tomar sus padres, ella se sentía culpable, incluso durante los primeros días pensó en abortar, en dejar de vivir, pero no lo hizo, fue sólo una idea que le pasó por la mente, producto de su desesperación.

Durante el embarazo, se sentí muy mal, todo lo que comía lo regresaba, estaba delgada en extremo, tenía picazón en todo el cuerpo, el doctor le dijo que era por el mismo embarazo, no dormía bien, amanecía cansada, sin ganas de hacer nada y se queda horas en cama. “B”, comenta, mi actitud cambió, todo me molestaba, si me decían algo me enfadaba o me encerraba en mi cuarto y lloraba largo tiempo, no quería salir de la casa, para que no me vieran, pensaba que los demás dirían cosas horribles de mí por haberme embarazado, esto me ocurrió durante los primeros cuatro meses de embarazo.

HISTORIA FAMILIAR

La paciente proviene de un hogar, en el cual ambos padres están vivos y mantienen una relación de pareja armoniosa. Según la paciente siempre ha mantenido con ellos una buena relación afectiva, de confianza y de mucho respeto. Con sus hermanos, también se llevaba bien de chicos, pero actualmente, enfrenta problemas con el hermano mayor.

No reporta problemas de abuso de sustancias en su familia, tampoco la presencia de enfermedades relacionadas con la salud mental.

Según la paciente, en su hogar, sus padres siempre establecieron reglas disciplinarias, depositaron en ella su confianza, por eso se sintió muy mal cuando se enteró de que estaba embarazada y su preocupación aumentaba cuando pensaba la forma en qué le iba a decir a sus padres aquella noticia, se sentía culpable de lo que había pasado y pensaba que había defraudado a su madre.

HISTORIA DEL DESARROLLO

Su nacimiento fue parto normal, su mamá tuvo a su hermano mayor por cesárea, se embarazó nuevamente siete años después y ella que fue el producto de este nuevo embarazo nació por parto normal. Un año después nace su hermano menor.

Narra que durante su infancia, a los 8 años fue hospitalizada por tres días por fuerte dolor en el vientre, pese a los exámenes que se le practicaron inclusive, un ultrasonido, no se detectó nada.

Tiene según cuenta, recuerdos felices de su infancia, su bautizo que se celebró cuando ella tenía cinco años, junto con el primer cumpleaños de su hermano, la primera comunión, su graduación de VI grado. Su educación primaria transcurrió sin mayores complicaciones, era buena estudiante. Tiene varios compañeros de juego, con los cuales también compartía deberes escolares.

Al llegar a la secundaria, a primer año, un vecino unos años mayor que ella, la comienza a frecuentar, pasado un tiempo la relación se convierte en un noviazgo, relación de la cual la madre está enterada, el joven la visita en su casa.

Al cumplir los quince años, su novio le pidió tener relaciones sexuales, ella inicialmente se negó y el asunto quedó, pensaba ella, olvidado, pero después de transcurrido un tiempo él se lo vuelve a proponer y en una visita a casa de él, se da el ambiente propicio y tienen relaciones, de las cuales quedó embarazada.

PATRONES DE AJUSTE ADULTO

La paciente cursa el quinto año de bachiller y está tratando de salir adelante con sus estudios y su hijo. Le gustan mucho los deportes en general. En cuanto a sus ajustes sociales, "B", es una persona sociable y tranquila, siempre tuvo muchas amistades, si bien es cierto que ser madre adolescente, según ella, limita grandemente, las actividades sociales, ella está procurando que su círculo social se mantenga, pese a que ahora tiene mayores responsabilidades, en casa, sus estudios y la bebé. Su meta es terminar su sexto año y graduarse de bachiller.

EVALUACIÓN DEL ESTADO MENTAL

La paciente se presentó con su uniforme escolar, a la hora convenida y mostró buena disposición para colaborar, atención y tranquilidad durante el proceso de entrevista y posterior tratamiento.

- Aspecto General: la paciente se presentó siempre con un aspecto normal en lo que respecta al aspecto físico, adecuadamente uniformada, buen cuidado personal.
- Nivel de Conciencia: evidenció un adecuado nivel de conciencia en relación a la orientación respecto a sí mismo, tiempo, lugar, persona.
- Lenguaje: 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.

- Memoria: la paciente mostró una adecuada capacidad de memoria, recordando tanto hechos o datos remotos como recientes sin dificultad alguna.
- Atención: en este aspecto, no se advirtieron distracciones durante las sesiones de trabajo, por el contrario, la paciente mostró siempre una buena atención, concentración y cooperación durante las intervenciones del terapeuta y la situación de terapia en general.
- Estructuración del Pensamiento y Percepciones: no se revelaron alteraciones en el contenido del pensamiento, ni alteraciones en la percepción de la realidad, no se presentan alucinaciones ni delirios.
- Estado anímico: las pláticas de la paciente mostraron un estado de ánimo depresivo, su rostro denotaba tristeza, melancolía.

EVALUACIÓN MULTIAXIAL

Eje I: F32.1 Trastorno depresivo mayor, episodio único, moderado
(296.21)

Eje II: Z03.2 Ningún diagnóstico

Eje III: Ninguno

Eje IV: Problemas relativos a la enseñanza.
Problemas relativos al ambiente social

Eje V: EEAG = 75 (actual)

REGISTRO DE LA HISTORIA CLÍNICA**CASO N° 3****FICHA DE IDENTIFICACIÓN:****Nombre: "C"****Edad: 17 años****Sexo: Femenino****Fecha de nacimiento: 03 de mayo de 1995.****Lugar de nacimiento:****Número de Hermanos: cuatro****Posición que ocupa entre los hermanos: Tercera****Estado Civil: Soltera****Escolaridad: V año Bachiller en Comercio.****Dirección: Potrero Grande.****Nivel Socioeconómico: Media baja****Religión: Católica****Ocupación: Estudiante****Fecha de Entrevista: lunes 11 de marzo de 2013.****PLANTEAMIENTO GENERAL DEL PROBLEMA**

Acude a entrevista voluntariamente para participar del proyecto de investigación que se lleva a cabo en el colegio y del cual se enteró por otra estudiante madre, que le comentó y ella sintió curiosidad por saber de qué se trataba y si podría encontrar ayuda. "C", es madre adolescente y manifiesta sentirse muy sola y triste, su embarazo cambió su vida, sus amigos ya no la frecuentan como antes, en su casa las relaciones familiares son bastante difíciles y con lo de su embarazo se tornaron mucho más delicadas, principalmente con su padrastro con el cual nunca se ha llevado muy bien.

ENFERMEDAD PRESENTE

Se trata de joven mujer de 17 años, que se presentó a entrevista con un buen arreglo y apariencia personal, de constitución esbelta, tez blanca, estatura alta. Su manera de vestir, aunque en uniforme del Colegio, se observa con pulcritud y corrección en su utilización, aspecto físico y arreglo personal se observa con pulcritud y cuidado.

Su lenguaje fluido, tono de voz agradable, con una buena disposición a colaborar en la entrevista y en el proceso de investigación del cual forma parte de manera voluntaria.

La paciente manifiesta sentirse muy triste, sus padres se separaron cuando ella sólo tenía tres años, no tiene recuerdos de él y en todos estos años no ha tenido contacto con él. Su madre, pasado algunos años, se unió a otro hombre que es hasta el momento su padrastro y con el cual nunca se ha llevado bien.

Su principal preocupación en este momento es que como madre adolescente, se siente rechazada por sus amistades, compañeros de escuela, se siente sola, las cosas han cambiado mucho desde que quedó embarazada, hecho que ocurrió después que cumplió quince años, al presentarse la ocasión, de estar ella sola con el novio, pues este ya se lo había propuesto, pero ella se había negado, diciéndole que no se sentía preparada todavía para ese tipo de relación.

Según cuenta la paciente, durante algún tiempo ella se comenzó a sentir mal, tenía frecuentes dolores de cabeza, tenía problemas con algunos alimentos como el pollo, el cual le provocaba ganas de vomitar. Su período menstrual comenzó a retrasarse, pero inicialmente ella no sospechó que estaba embarazada. Un día estando en cama porque no se sentía bien, se sintió como una bolita dentro del vientre, se lo comentó a una tía y una prima, las cuales concordaron en que debía acudir al médico. Los exámenes que le practicaron le dieron la noticia de que esperaba un bebé. Su reacción inicial fue de miedo, preocupación, recuerda haber llorado por un largo rato, pensaba en la forma en que su mamá iba a tomar esa situación. Al hablar con su madre, ésta le reprocho lo que había hecho, pero también lloró y se entristeció porque según le dijo, eso no era lo que esperaba de ella, pero que era su hija y no la

iba a desamparar, así que la ayudó en todo, la acompañó al médico, a la escuela para arreglar lo de las clases por módulos.

Narra "C", que para ella esta situación fue inesperada, los meses de embarazo fueron difíciles, se sentía muy mal, estuvo triste por mucho tiempo, se sentía culpable y con muchos remordimientos de aquella situación, hasta llegó a pensar en abortar, pues el padre del bebé, inicialmente negó su paternidad, después la aceptó, pero de igual manera ella tuvo que apersonarse al Juzgado de Menores para solicitar una pensión alimenticia, todo esto le causaba mucha desesperación, lloraba con mucha facilidad, llegó incluso, a enfermarse del estómago y sufría de constantes y fuertes dolores de cabeza, se sentía muy cansada, perdió el poco apetito que tenía, pues muchos alimentos le provocaban vómitos, perdió el interés en muchas actividades que realizaba antes del embarazo, fiestas, la escuela, no quería salir de la casa, estaba deprimida y aún después del nacimiento de su bebé en ocasiones se siente tan deprimida como durante sus primeros meses de embarazo, pues las relaciones familiares son cada vez más tensas, ella ahora sólo piensa en graduarse para irse a trabajar y poder independizarse, pues la situación con el padrastro es insoportable, pues ha llegado al extremo de prohibirle a la mamá que la ayude con el bebé.

HISTORIA FAMILIAR

La paciente menciona que tiene una tía a la cual le han diagnosticado lupus, siente cierta preocupación de que en algún momento ella que no se ha sentido bien pueda tener esa enfermedad.

Al hablar de la relación con sus padres, se entristece, pues recuerda que cuando tenía tres años sus padres se separaron; por lo que dice no tener recuerdos de su padre, tampoco ha tenido contacto con él, en todos estos años. Luego de tres años, su madre se unió a otro hombre que es hasta el momento su padrastro con el cual nunca se ha llevado bien, pero ahora con el niño, la situación se ha vuelto más incómoda porque él no quiere que mi mamá me ayude en nada, ni que atienda al niño,

Con su madre se lleva bien, siempre le ha ofrecido su apoyo al igual que sus hermanos mayores, aunque lo de su embarazo no les resultó agradable, le han ayudado en lo que pueden, pero también le han hecho sentir que no fue lo más adecuado y que las consecuencias tiene que aceptarlas y seguir adelante, por ningún motivo desean que deje la escuela.

HISTORIA DEL DESARROLLO

“C” es la tercera de cuatro hermanos, su madre le contó que todos ellos nacieron por parto normal.

De niña sufrió de asma, que la llevó al hospital en varias ocasiones, pero este padecimiento en la actualidad no le impide la realización de sus actividades. Su infancia transcurrió de manera normal, jugaba con sus hermanos, con los cuales se llevaba bien, pero siempre estaban peleándose.

Nos narra la joven que durante su infancia fue una niña más bien tímida, le costaba hacer amistades rápidamente, pero esto no le impedía que después de pasado algún tiempo perdiera la timidez y se relacionara bien con los demás, tenía sus amigas y amigos de juegos en la primaria, esto ocurrió así durante sus estudios primarios, hasta el cuarto grado fue bastante tímida, en quinto ya se desenvolvía mejor.

Cuando llegó al Primer Ciclo de educación secundaria, le costó también un poco perder la timidez, pero logró también superarlo e hizo amistades, con las cuales compartía tareas, trabajos en grupos, actividades recreativas, etc.

Estando en tercer año, se ve frecuentada por un vecino en términos románticos. Nos narra que se hacen novios, que en una ocasión él le propone tener relaciones sexuales, pero ella le dice que no se sentía preparada para ello en ese momento. Después de cumplir los quince años, se presenta la ocasión y tienen relaciones sexuales.

Los meses de embarazo fueron difíciles, los dolores de cabeza no se le quitaban, las molestias gastrointestinales tampoco, pues todo lo que comía lo devolvía. Recuerda que ella estaba bien deprimida, no salía de la casa más que para ir a la escuela y a veces, ni a la escuela quería ir, por las miradas y comentarios de compañeros y profesores, estuvo así por más de tres meses, en que no tenía ánimos para nada, lo que antes le gustaba hacer ya no le parecía bien, sus amistades de antes, ya no la frecuentaban, se sentía muy sola, además el papá del niño si bien es cierto que le dijo que se iba a hacer cargo de los gastos del bebé, no le daba ningún otro tipo de apoyo, no la acompañaba a las citas, ni mostraba interés por saber su estado de salud y si el embarazo iba bien, esto también la mortificaba, porque pensaba que se dejó llevar y no hizo nada para evitar la situación, lo que le molesta, por lo cual siente culpa de lo que le pasó, en una ocasión estaba tan desanimada que pensó en abortar o algo peor, sólo fue una idea y nunca concretizó nada para atender ni contra el bebé ni contra ella misma.

En la escuela, sólo dos compañeros sabían del embarazo, para la mayoría de compañeros y profesores fue una sorpresa, también en ese momento se sintió un poco incómoda, por los comentarios hirientes que ellos hacían acerca de su estado.

PATRONES DE AJUSTE ADULTO

La paciente cursa el sexto año de bachiller y está tratando de salir adelante con su hijo, sus estudios y graduarse para poder buscar un empleo que le permita independizarse. En cuanto a sus ajustes sociales, "C" es una persona bastante tímida, callada, le cuesta entablar amistad inicialmente, pero superado los primeros momentos de conocerse, sus relaciones sociales son buenas.

EVALUACIÓN DEL ESTADO MENTAL

La paciente se presentó con su uniforme escolar, a la hora convenida y mostró buena disposición para colaborar, atención y tranquilidad durante el proceso de entrevista y posterior tratamiento.

- **Aspecto General:** la paciente se presentó siempre con un aspecto normal en lo que respecta al aspecto físico, adecuadamente uniformada, buen cuidado personal.
- **Nivel de Conciencia:** evidenció un adecuado nivel de conciencia en relación a la orientación respecto a sí mismo, tiempo, lugar, persona.
- **Lenguaje:** 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.
- **Memoria:** la paciente mostró una adecuada capacidad de memoria, recordando tanto hechos o datos remotos como recientes sin dificultad alguna.
- **Atención:** en este aspecto, no se advirtieron distracciones durante las sesiones de trabajo, por el contrario, la paciente mostró siempre una buena atención, concentración y cooperación durante las intervenciones del terapeuta y la situación de terapia en general.
- **Estructuración del Pensamiento y Percepciones:** no se revelaron alteraciones en el contenido del pensamiento, ni alteraciones en la percepción de la realidad, no se presentan alucinaciones ni delirios.
- **Estado anímico:** las pláticas de la paciente mostraron un estado de ánimo depresivo, el cual se reflejaba en la expresión de su rostro.

EVALUACIÓN MULTIAXIAL

**Eje I: F32.1 Trastorno depresivo mayor, episodio único, moderado
(296.21)**

**Eje II: Z03.2 Ningún diagnóstico
Uso constante de la negación**

Eje III: Ninguno

**Eje IV: Problemas relativos al grupo primario de apoyo.
Problemas relativos a la enseñanza.
Problemas económicos.**

Eje V: EEAG = 57 (actual)

REGISTRO DE LA HISTORIA CLÍNICA

CASO N° 4

FICHA DE IDENTIFICACIÓN:

Nombre: “D”

Edad: 18 años

Sexo: Femenino

Fecha de nacimiento: 03 de marzo de 1995.

Lugar de nacimiento: Puerto Armuelles, Chiriquí

Número de Hermanos: cuatro

Posición que ocupa entre los hermanos: segunda

Estado Civil: Soltera

Escolaridad: VI año Bachiller en Comercio.

Dirección: Residencial Brisa Mar

Nivel Socioeconómico: Media baja

Religión: Evangélica

Ocupación: Estudiante

Fecha de Entrevista: viernes 14 de junio de 2013

PLANTEAMIENTO GENERAL DEL PROBLEMA

Se trata de joven estudiante de V año de Bachiller en Comercio, que se presentó a entrevista, al aceptar participar voluntariamente de la investigación con madres adolescentes que se realiza en el colegio donde ella estudia.

“D”, es madre adolescente y manifiesta sentirse rechazada por sus familiares, amigos y compañeros de escuela, a raíz de su embarazo, lo que le produce profunda tristeza y sentimientos de inferioridad.

ENFERMEDAD PRESENTE

Se presentó a entrevista puntualmente, su apariencia personal es adecuada a su condición de estudiante, inicialmente se mostró un tanto tímida, pero con una buena disposición a cooperar. Durante la entrevista su tono de voz fue moderado, su lenguaje fluido, con ademanes acorde con lo narrado. Demostró una buena orientación en tiempo, espacio y memoria reciente y a largo plazo.

Las dificultades de “D”, según ella misma nos informa, comenzaron una vez que descubrió que estaba embarazada, fue una situación sorpresiva e inesperada que le provocó mucha angustia, desesperación, temor, por no saber qué iba a pasar. La paciente cuenta que cuando descubrió que estaba embarazada lloró mucho, pensó que su mundo se le derrumbaba, sus planes de graduarse no se iban a cumplir, cómo lo iban a tomar sus padres y hermanos. Nos cuenta que después de muchos días de llorar, pensar y reflexionar, que fueron momentos de mucha angustia, desesperación y estrés, porque yo estaba muy mal por lo del embarazo, decidió hablar con los padres, lo que la tranquilizó un poco, ellos se mostraron bastante disgustados con ella, le manifestaron que había traicionado su confianza y los había defraudado, pero decidieron brindarle su apoyo.

Los meses de embarazo fueron difíciles, principalmente los primeros, pues fueron momentos en que yo estaba bien alterada, tenía náuseas, todo lo que comía lo devolvía, sufría de constantes dolores de cabeza, no dormía bien, porque me la pasaba llorando, pensando que iba a ser de mí, que iba yo hacer de ahora en adelante.

En el colegio las cosas no fueron mejores, los compañeros comentaban, me miraban y se reían, los profesores, por su parte, también hacían comentarios que me indicaban que no estaban de acuerdo con el hecho de que las estudiantes embarazadas estuvieran en el colegio, todo eso provocaba sentimientos de baja autoestima en Katrina, sumado a todo lo que ya venía sintiendo por la situación que confrontaba, el papá del bebé, no asumió su responsabilidad y se negó a brindarle apoyo económico.

HISTORIA FAMILIAR

“D”, proviene de un hogar completo, ambos padres viven y hasta el momento han mantenido una buena relación de pareja. Ellos residían inicialmente en Puerto Armuelles, pero por dificultades con los vecinos sus padres decidieron trasladarse a La Chorrera.

Su relación con sus padres siempre ha sido buena, ha habido mucho afecto y confianza entre ella y sus padres, igualmente con sus hermanos, de chicos se llevaban muy bien, eran muy unidos, con el mayor, es que ahora, ha tenido dificultades, por lo del embarazo, su hermano se disgustó muchísimo y estuvo varios meses que no le dirigía la palabra.

No reporta enfermedades crónicas en su familia, ni abuso de sustancias, tampoco antecedentes de enfermedad mental.

HISTORIA DEL DESARROLLO

“D”, es la segunda de cuatro hermanos. Su madre le contó que su nacimiento fue parto normal, que durante la niñez padeció de amigdalitis, motivo por el cual estuvo hospitalizada por varios días, según le contó su mamá.

También recuerda que cuando ella tenía cinco años dejaron Puerto Armuelles y se trasladaron hacia La Chorrera, donde residen en la actualidad, Nos mudamos porque mis papás tenían muchos problemas con los vecinos y decidieron que lo mejor era mudarnos, acá en La Chorrera sólo teníamos un tío por parte de papá, yo todavía extrañé la casa, que era grande, bonita, era de dos pisos, con un gran patio, con muchos árboles, también extrañé por mucho tiempo a mis amigos de aquella época.

En la escuela primaria, el inicio fue difícil, ya que yo era la nueva, pero después de pasado un tiempo pude adaptarme a las nuevas amistades y fui una buena alumna. Cultivé muchas amistades. Después en primer ciclo, fue muy divertido pues varios compañeros de primaria quedamos juntos en el mismo salón, así que compartíamos tareas y trabajos en grupo. En esos

años formamos un grupo de cinco amigas muy apegadas, luego al pasar a Cuarto Año, los caminos fueron distintos algunas se fueron a estudiar ciencias, para mi sorpresa cuando comenzó el año escolar me encontré que habíamos quedado juntas otra compañera del grupo de las cinco y yo, eso nos alegró mucho a ambas. De esas cinco amigas, dos ya dejaron la escuela, de la otra no sabemos nada, quedamos mi compañera y yo aquí en esta escuela.

Cuando estaba en tercer año conocí, a un muchacho, más bien era vecino, que comenzó a frecuentar más la casa y con el tiempo nos hicimos novios, pero las cosas fueron más allá de un simple noviazgo porque en una ocasión tuvimos relaciones sexuales y quede embarazada. Luego de eso las cosas se enfriaron, pues yo estaba bien preocupada por lo del embarazo y cómo lo iban a tomar mis padres y a él parecía no preocuparle nada.

La paciente nos relata que cuando descubrió que estaba embarazada lloró mucho, pensó que el mundo se le venía encima, cómo lo iban a tomar sus padres y hermanos. Los meses de embarazo fueron difíciles, principalmente los primeros, pues fueron momentos en que yo estaba bien alterada, tenía náuseas, todo lo que comía lo devolvía, sufría de constantes dolores de cabeza, no dormía bien, porque me la pasaba llorando, pensando que iba a ser de mí, que iba yo hacer de ahora en adelante, me sentía muy cansada, agotada, no tenía deseos de realizar ninguna actividad, sólo quería estar en cama, no deseaba ver a nadie, falté varias semanas a la escuela. Después mi mamá me acompañó para hablar con la orientadora para ver que había que hacer, las cosas también fueron difíciles en un inicio, ya que la gente se me quedaba mirando y murmuraba, los compañeros de grupo, me miraban con sorpresa, algunos despectivamente, y yo sé que si no decían nada delante de mí, luego comentaban porque así me lo hicieron saber algunas compañeras, que después se solidarizaron conmigo; algunos profesores también hacían sus comentarios sarcásticos e indirectas, yo trataba de sobrellevar la situación, pero en ocasiones no aguantaba más y me salía del salón, para llorar en el baño.

Para "D", la situación ha sido muy difícil, el papá del niño se desinteresó totalmente de ellos, hasta la fecha sólo lo ha visto una vez y ella ha tenido que acercarse al Juzgado de Menores para solicitar una pensión alimenticia, que en efecto, el Juzgado le otorgó, pero ni aun así el papá del niño ha cumplido, lo último que le dijeron en el Juzgado es que le darían un

plazo de dos meses para que consigne la pensión asignada, de lo contrario, será detenido. Todo esto según la paciente la ha hecho sentirse muy triste, pensar que el hombre con el que compartió un momento tan especial, luego se olvidará totalmente de ella e incluso de su primer hijo, pues se enteró de que tiene otro, con otra joven, fueron momentos de mucha angustia, según nos narra, estuvo deprimida por meses, no quería salir, ni hablar con nadie, sólo pensaba en qué iba a ser de ella y de su bebé, qué pasaría con su vida, sus estudios, si podría continuar, todo lo cual le ha dejado un profundo sentimiento de culpa, de inferioridad, tristeza, baja autoestima.

PATRONES DE AJUSTE ADULTO

La paciente cursa el sexto año de bachiller en comercio y está tratando de salir adelante con sus estudios y su hijo. En cuanto a sus ajustes sociales, “D” es una persona sociable, siempre ha tenido muchas amistades, si bien es cierto que ser madre adolescente, según ella, limita grandemente, las actividades sociales, ella está procurando que su círculo social se mantenga, pese a que ahora tiene mayores responsabilidades, en casa, sus estudios y el bebé. Su meta es terminar su sexto año y graduarse de bachiller; para lo cual se ha convertido en vendedora de productos Avon, para ayudarse con sus gastos y los del bebé.

EVALUACIÓN DEL ESTADO MENTAL

La paciente se presentó con su uniforme escolar, a la hora convenida y mostró buena disposición para colaborar, atención y tranquilidad durante el proceso de entrevista y posterior tratamiento.

- Aspecto General: la paciente se presentó siempre con un aspecto normal en lo que respecta al aspecto físico, adecuadamente uniformada, buen cuidado personal.
- Nivel de Conciencia: evidenció un adecuado nivel de conciencia en relación a la orientación respecto a sí mismo, tiempo, lugar, persona.
- Lenguaje: 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.

- Memoria: la paciente mostró una adecuada capacidad de memoria, recordando tanto hechos o datos remotos como recientes sin dificultad alguna.
- Atención: en este aspecto, no se advirtieron distracciones durante las sesiones de trabajo, por el contrario, la paciente mostró siempre una buena atención, concentración y cooperación durante las intervenciones del terapeuta y la situación de terapia en general.
- Estructuración del Pensamiento y Percepciones: no se revelaron alteraciones en el contenido del pensamiento, ni alteraciones en la percepción de la realidad, no se presentan alucinaciones ni delirios.
- Estado anímico: las pláticas de la paciente mostraron un estado de ánimo depresivo, su rostro denotaba tristeza, melancolía.

EVALUACIÓN MULTIAXIAL

Eje I: F32.1 Trastorno depresivo mayor, episodio único, moderado
(296.21)

Eje II: Z03.2 Ningún diagnóstico

Eje III: Ninguno

Eje IV: Problemas relativos al grupo primario de apoyo.
Problemas relativos a la enseñanza.

Eje V: EEAG = 70 (actual)

REGISTRO DE LA HISTORIA CLÍNICA

CASO N° 5

FICHA DE IDENTIFICACIÓN:

Nombre: “E”

Edad: 17años

Sexo: Femenino

Fecha de nacimiento: 29 de mayo de 1996.

Lugar de nacimiento: Playa Leona, Distrito de La Chorrera

Número de Hermanos: cuatro

Posición que ocupa entre los hermanos: 4 (Menor)

Estado Civil: Soltera

Escolaridad: V año Bachiller en Comercio.

Dirección: Residencial: La Sedita

Nivel Socioeconómico: Media baja

Religión: Católica

Ocupación: Estudiante

Fecha de Entrevista: 08 de junio de 2013

PLANTEAMIENTO GENERAL DEL PROBLEMA

Se trata de joven estudiante de V año de Bachiller en Comercio, que se presentó a entrevista, al aceptar participar voluntariamente de la investigación con madres adolescentes que se realiza en el colegio donde ella estudia.

“E”, es madre adolescente y manifiesta que desde que estuvo embarazada se siente triste, sola a pesar de que vive con su mamá y hermana. Nadie parece entenderla, en su casa; en la escuela los compañeros evitan incluirla en los grupos de trabajo, eso la hace sentirse rechazada, menospreciada.

ENFERMEDAD PRESENTE

Se presentó a entrevista puntualmente, su apariencia personal es adecuada a su condición de estudiante, mostró cooperadora. Durante la entrevista su tono de voz fue moderado, su lenguaje fluido, con ademanes acorde con lo narrado. Demostró una buena orientación en tiempo, espacio y memoria reciente y a largo plazo.

“E” piensa que nadie la quiere, porque al inicio del embarazo todos la llamaban muy seguido para preguntar cómo se sentía y cómo iba el embarazo, pero que al pasar el tiempo ya nadie la llama, ni la visita.

Su embarazo fue producto de una segunda relación, ya que con su primer novio no hubo intimidad, pues el joven no era aceptado por la familia, esto le trajo muchas dificultades, problemas con la mamá, fue en esta situación que conoció a Marcos, un joven mayor que ella, conocido de la mamá que frecuentaba la casa, este comenzó a darse cuenta de la situación y poco a poco, le fue haciendo ver que aquel muchacho no le convenía, pues tenía serios problemas con el abuso de sustancias, ella al principio no lo quería aceptar, pero Marcos le hablaba de una manera que ella terminó por darse cuenta de que lo que decía su mamá y Marcos era la verdad, así que decidió terminar con aquel muchacho. Ya para este tiempo Marcos le había hablado de sus sentimientos y propuesto que fueran novios, ella aceptó y su relación era tan diferente a la primera, que el asunto pasó a mayores y tuvo relaciones sexuales con Marcos, de las cuales queda embarazada.

Lo del embarazo fue una noticia inesperada y sorpresiva, ya que ella no tenía ni sospechas de su embarazo, pero con el segundo mes de retraso comenzó a sospechar y al tener la certeza, su mundo se derrumbó, comenzó a sentirse muy mal, se culpaba de lo que había pasado, pues pensaba en su madre, que siempre le había dicho que ella era su esperanza de una vida mejor. Al informarle a la mamá, esta tuvo una crisis y fue hospitalizada, pues sufre de diabetes, lo que la hizo sentirse más culpable y con muchos remordimientos.

Las relaciones con su madre son buenas, pero su mamá no habla mucho con ella, así que no tiene con quién desahogarse y eso le provoca llorar y pensar que nadie se interesa por ella, que nadie la quiere. También manifiesta preocupación por el estado de salud de su madre, la cual es diabética y su condición es delicada, pues al enterarse de su embarazo tuvo una crisis y recaída que la mantuvo hospitalizada por una semana, aumentando el estado de estrés, de la paciente.

Los primeros meses de embarazo fueron difíciles, sufría de náuseas y todo lo que comía lo vomitaba, no dormía bien, me levantaba cansada, sin deseos de hacer nada, no quería hablar con nadie, estuve así por varios meses, estaba deprimida, triste, me la pasaba llorando, pensando que nadie me quería. Las cosas con mi mamá no han cambiado mucho, ella sigue resentida conmigo, pero me acompañó a la escuela para arreglar mi situación y poder continuar con mis estudios.

HISTORIA FAMILIAR

Refiere que en su familia, por parte de padre, hay antecedentes de cáncer, problemas de alcoholismo y drogas; por parte de su madre, hay antecedentes de diabetes.

La paciente proviene de un hogar desintegrado, su madre se separó del papá, por problemas de violencia doméstica y de abuso de alcohol y drogas por parte del papá. Cuando se separaron su mamá sólo se quedó con ella, ya que el papá decía que ella no era hija de él, después se dio cuenta de que si era su hija, pero Estrella sólo lleva el apellido de su madre, su papá nunca la reconoció.

“E” refiere que siempre ha vivido con su mamá, y se ha mantenido en contacto con sus hermanos, para el día de la madre, sus hermanos se reúnen en la casa de la mamá y comparten el día con ellas, cuando ella contaba con siete años, una de las hermanas que vivía con su padre, se fue a vivir con ella y su mamá. No frecuenta mucho a la familia del papá.

A pesar de que manifiesta que la relación con su madre es buena, la paciente resiente que su madre no dedique tiempo para conversar con ella, para que puedan compartir sus problemas, sus alegrías, su mamá es muy reservada, por eso le costó mucho hablar con ella de su embarazo, la reacción de su mamá y la hospitalización de ésta tras recibir la noticia, la hacen sentir más culpable, más triste, más deprimida.

HISTORIA DEL DESARROLLO

Recuerda que su madre le contó que su embarazo fue una sorpresa, ya que el médico le había dicho cuando tuvo el tercer hijo que no debía tener más porque el útero se había roto y que si quedaba nuevamente embarazada corría peligro de muerte no sólo ella sino también el bebé y que debían operarla, cuando se iba a operar descubrieron que estaba embarazada. El parto fue por cesárea y fue seco.

Ella siempre ha vivido con su mamá, cuando tenía 7 años su hermana, anterior a ella y que vivía con el papá se fue a vivir con ellas, Su madre se separó del papá de ellas, porque este señor era de mal vivir (tomaba y fumaba) y maltrataba a su mamá, la madre sufrió fractura de tabique nasal, y de múltiples golpes, por lo cual decidió separarse de él, inicialmente él se quedó con los niños, la mamá sólo se quedó con ella porque pensaba que no era hija suya, nunca la ha reconocido y ella sólo tiene el apellido de su madre. A pesar de esto, Estrella cuenta que conoce a sus hermanos, comparte con ellos los días de la madre, navidad, pero que eso es todo, eso con los dos mayores, ya que como la penúltima vive con ella, ha compartido más con ella. Se lleva bien con todos, pero no frecuenta la familia del papá.

Recuerda que en su infancia jugaba con sus primos, era muy unida con ellos, como todos eran varones, jugaba todos los juegos de varones (futbol, canicas, patinetas), hasta se vestía como sus primos, pero gracias a eso tiene buenos y felices recuerdos de su infancia.

En la escuela primaria fue cuadro de honor hasta el quinto grado, después bajo sus notas y dejó de pertenecer al cuadro de honor, pero no era fracasada, su promedio era de 4,2. Tenía amistades para estudiar, no así para jugar, ya que eso lo hacía con sus primos. Al llegar a sexto

grado, ella deseaba mucho ir al Colegio Moisés Castillo, cosa que logró por sus buenas notas y desde el séptimo grado ha estado en este Colegio. Actualmente cursa el quinto año y a pesar de que es madre adolescente desea terminar su bachiller.

Para "E", su primera relación sexual fue a los 17 años, de la misma quedó embarazada y le nació una bebé, pero los meses de embarazo fueron difíciles, al tener la certeza de su embarazo se sintió muy mal, lloraba inconsolable, estaba deprimida, no sabía cómo le iba a decir a su mamá, la cual le había brindado toda la confianza y ella la había defraudado, se sentía culpable. Cuando finalmente, le comunica a su madre sobre el embarazo, a ésta se le sube la presión, sufre una recaída de la diabetes y es hospitalizada, esto la hace sentirse culpable y su tristeza es aún mayor. Cuando su madre sale del hospital, se muestra muy disgustada con ella y con el joven Marcos, les manifiesta que se siente defraudada por ambos, que abusaron de su confianza.

Los primeros meses de embarazo fueron difíciles, no dormía bien, se sentía cansada, sin ánimos para realizar sus actividades cotidianas en casa y en la escuela, a la que faltó por varias semanas, no quería salir de casa, hablar con nadie y se pasaba el día encerrada en su cuarto, llorando y pensando qué iba a suceder con ella y su bebé. Su embarazo se complicó, se le subió la presión y le tuvieron que practicar una cesárea de emergencia, con siete meses de embarazo, situación que la tomó por sorpresa y le causó también angustia, tristeza y depresión, ya que la bebé se quedó hospitalizada por varias semanas.

PATRONES DE AJUSTE ADULTO

La paciente cursa el quinto año de bachiller en comercio y está tratando de salir adelante con sus estudios y su hijo. Es una joven que se muestra tranquila, callada. En cuanto a sus ajustes sociales, Estrella es una persona que le gustan los juegos, de chica jugaba con sus primos, en la escuela goza de sus clases de educación física, por los deportes que practican, incluso las clases de folklóre. ES posible que no tenga un gran círculo social, pero mantiene una buena relación de compañerismo, le gusta trabajar en grupos. Su objetivo es graduarse de

bachiller y darle a su mamá la satisfacción de verla graduada, además de criar a su hijo con las mejores oportunidades posibles.

EVALUACIÓN DEL ESTADO MENTAL

La paciente se presentó con su uniforme escolar, a la hora convenida y mostró buena disposición para colaborar, atención y tranquilidad durante el proceso de entrevista y posterior tratamiento.

- **Aspecto General:** la paciente se presentó siempre con un aspecto normal en lo que respecta al aspecto físico, adecuadamente uniformada, buen cuidado personal.
- **Nivel de Conciencia:** evidenció un adecuado nivel de conciencia en relación a la orientación respecto a sí mismo, tiempo, lugar, persona.
- **Lenguaje:** 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.
- **Memoria:** la paciente mostró una adecuada capacidad de memoria, recordando tanto hechos o datos remotos como recientes sin dificultad alguna.
- **Atención:** en este aspecto, no se advirtieron distracciones durante las sesiones de trabajo, por el contrario, la paciente mostró siempre una buena atención, concentración y cooperación durante las intervenciones del terapeuta y la situación de terapia en general.
- **Estructuración del Pensamiento y Percepciones:** no se revelaron alteraciones en el contenido del pensamiento, ni alteraciones en la percepción de la realidad, no se presentan alucinaciones ni delirios.
- **Estado anímico:** las pláticas de la paciente mostraron un estado de ánimo depresivo, su rostro denotaba tristeza, melancolía.

EVALUACIÓN MULTIAXIAL

**Eje I: F32.1 Trastorno depresivo mayor, episodio único, moderado
(296.21)**

Eje II: Z03.2 Ningún diagnóstico

Eje III: Ninguno

**Eje IV: Problemas relativos al grupo primario de apoyo.
Problemas de vivienda.
Problemas económicos.**

Eje V: EEAG = 60 (actual)

REGISTRO DE LA HISTORIA CLÍNICA

CASO N° 6

FICHA DE IDENTIFICACIÓN:

Nombre: "F"

Edad: 18 años

Sexo: Femenino

Fecha de nacimiento: 03 de marzo de 1995.

Lugar de nacimiento: Hospital Nicolás A. Solano. (La Chorrera)

Número de Hermanos: cuatro

Posición que ocupa entre los hermanos: última (menor)

Estado Civil: Soltera

Escolaridad: V año Bachiller en Comercio.

Dirección: El Hatillo, Calle 45A Sur

Nivel Socioeconómico: Media baja

Religión: Católica

Ocupación: Estudiante

Fecha de Entrevista: martes 20 de mayo de 2013.

PLANTEAMIENTO GENERAL DEL PROBLEMA

Acude a entrevista al aceptar voluntariamente a participar de proyecto de investigación que se lleva a cabo en el colegio y del cual se enteró por otra estudiante madre, que le comentó y ella sintió curiosidad por saber de qué se trataba y si podría encontrar ayuda ya que el embarazo fue una etapa muy difícil en su vida, sus familiares la culpaban de lo ocurrido, los familiares del padre del bebé no simpatizaban con ella, sobretodo la madre del joven, quien incluso insinuó que ese embarazo podría ser de otro hombre, lo que le causó profunda tristeza.

ENFERMEDAD PRESENTE

Se trata de joven estudiante de V año de Bachiller en Comercio, que se presentó a entrevista, al aceptar participar voluntariamente de la investigación con madres adolescentes que se realiza en el colegio donde ella estudia.

Su apariencia personal es adecuada a su condición de estudiante, mostró una buena disposición a cooperar. Durante la entrevista se mostró tranquila, su tono de voz así lo mostraba, su lenguaje fluido, a veces sonreía de acuerdo a su narración. Demostró una buena orientación en tiempo, espacio y memoria reciente.

Según manifiesta "F", inició una relación amistosa con un joven un poco mayor que ella, que le fue presentado por una compañera de clases, que no le resultaba simpático cuando lo conoció, pero que era muy amable y le llamaba frecuentemente por teléfono; tras un accidente, en el cual ella resultó con lesiones de una caída de la bicicleta al ser impactada por un automóvil, él joven Diego, se comportó muy solidario, la acompañó a sus terapias todos los días, de esta manera su actitud hacia él fue cambiando poco a poco, su relación pasó entonces de amistad a noviazgo, a los pocos meses, tuvieron sexo y de esta relación ella quedó embarazada.

La noticia del embarazo fue para ella muy difícil, no sabía qué hacer, con quién conversar, no tanto por la madre, a quien ella sabía le sería indiferente la noticia, pero a su abuela con quien vive desde que era bebé de seguro le afectaría esa noticia.

Los primeros meses de embarazo según informa la paciente, fueron muy difíciles, ella se sentía culpable, estaba triste, no dormía bien, en las mañanas se sentía cansada como si no hubiera descansado durante la noche; no comía bien, pues todo lo que ingería lo devolvía, todo le molestaba, no quería ver a nadie, no salía de casa, incluso faltó varias semanas a la escuela.

Después de conversar con la abuela, a la cual la noticia no le resultó nada agradable, pero le dijo que le ayudaría en lo que pudiera, pues su economía no era solvente, ella se sintió un poco

mejor. La abuela la acompañó al colegio, para arreglar su permanencia en ella, esto fue igualmente difícil, pues los compañeros no la trataban igual, ella sentía que la hacían a un lado, no querían trabajar en grupo con ella, como si el embarazo fuera una enfermedad contagiosa, por su parte, los profesores también hacían lo suyo para hacerla sentir mal, pues es sabido que ellos no están de acuerdo con el hecho de que las embarazadas estén en el aula de clases, pero como la ley las ampara no pueden hacer nada, pero algunos nos hacen la vida imposible, haciéndonos sentir mucho peor.

En la familia del papá del niño, la noticia no fue bien recibida, incluso se quiso hacer que este negará su paternidad, pero Diego que ya era mayor de edad, dijo que él asumía su responsabilidad ya que el bebé era suyo. Esta situación también la incomodaba, se sentía, muy triste, rechazada por la familia del papé del bebé, pensaba que no tendría apoyo por parte de ellos, pero el papá del niño sí la ha apoyado, se encarga de todos los gastos del bebé, a pesar de que no se frecuentan mucho, ella quiere evitar problemas con la abuela del niño, que nunca se ha mostrado cariñosa con el bebé, lo que la hace sentirse mal.

HISTORIA FAMILIAR

Nos informa la joven, que en su infancia se descubrió que era asmática, condición por la cual estuvo varias veces hospitalizada, pero no padeció de ninguna otra enfermedad propia de esa etapa de la vida.

Durante sus primeros cuatro años de edad, convivió con sus padres y hermanos, luego el papá decide irse del hogar por infidelidad por parte de la madre. Ella y sus hermanos, junto con la madre se van a casa de la abuela materna, al poco tiempo la madre decide vivir con otro hombre y los deja al cuidado de la abuela, así que para ella, su abuela es su mamá ya que fue la que la cuidó, le dio todo, la está educando.

Al hablar de esto, se torna un tanto nerviosa y triste, dice, yo siempre me he llevado bien con mi papá, aunque él no vive conmigo desde que yo era muy chica, pero él siempre me frecuentó porque soy su única hija mujer. Con mi mamá, normal, a pesar de que ella volvió a vivir a casa de mi abuela, unos años después de haberse ido, yo la trato bien, pero entre las dos

no existe esa relación madre-hija afectiva, más bien hay cierta indiferencia, como si a ella no le importara lo que me pasa y yo, pues también la trato a distancia, ya que ella nunca me ha dado la oportunidad de acercarme a ella y demostrarle mi cariño, a pesar de que me abandonó por mucho tiempo, pues nos dejó con mi abuelo e hizo su vida desentendiéndose de mí y de mis hermanos, yo sé que es mi mamá y le tengo cariño, no puedo entender porque nos dejó, porque ahora que yo tengo mi bebé me parece que no lo dejaría por nada del mundo, pero pienso que ella tendría sus razones y quizás algún día, me las dirá.

En la historia personal de esta joven hay como vemos antecedentes de abandono por parte de la madre y falta de una figura paterna. Igualmente hay situaciones de duelo, que la joven recuerda por los comentarios de su madre y abuela. Su hermano de once años murió a causa de una caída de un árbol a raíz de un fuerte viento que lo lanzó a varios metros del lugar donde estaba el árbol. Para esta época su madre estaba embarazada de ella, pero como existían muchas fotos del hermano, de niña ella preguntó quién era él y entonces le contaron lo sucedido con el hermano.

HISTORIA DEL DESARROLLO

La paciente fue producto de un embarazo no deseado, pues según le contó la abuela, cuando la mamá quedó embarazada de ella, ya había problemas en el matrimonio, pues su mamá era muy libertina, así que su embarazo fue problemático, con muchos disgustos, peleas entre los padres. Un parto por cesárea, fue como vino al mundo según le contó su abuela, ya que su madre nunca ha hablado con ella sobre estas cosas.

Durante su infancia, se descubrió que era asmática, fue hospitalizada en varias ocasiones por esta situación. También padeció de varicela y paperas, enfermedades propias de esta etapa del desarrollo.

De sus relaciones con hermanos, nos cuenta que se llevaba bien con ellos, pero que perdió a uno de sus hermanos, al que nunca conoció, porque para esta época, su madre estaba precisamente embarazada de ella, según le contaron, éste cayó de un árbol y después de unos

días en el hospital, falleció, cuando ella tenía como seis años, viendo unas fotos familiares, preguntó, por el niño en una foto, entonces su abuela le contó que era su hermano y que había muerto a raíz de un accidente, tras la caída de un árbol de gran altura. Con sus otros hermanos, recuerda que jugaban juntos, eran muy unidos y hasta la fecha son muy unidos y se tienen mucho cariño, a ellos no les hizo mucha gracia lo de su embarazo, pero la han apoyado y le demuestran afecto al sobrino, eso la hace sentirse bien, a pesar de todas las dificultades que ha tenido que pasar, por tener a su bebé.

De la relación con sus padres nos dice que vivió con sus padres hasta cuando ella tenía aproximadamente los cuatro años de edad, en ese momento su papá se fue de la casa y la mamá los dejó un día en casa de la abuela, desde entonces ella ha vivido con su abuela. Tiene buenos recuerdos de su papá con quien recuerda haberse llevado bien, era muy afectuoso con ella y a pesar de que no vivió con ella desde muy pequeña, siempre la ha frecuentado por ser ella su única hija mujer. De la relación con su madre, expresa que nunca ha existido un afecto madre-hija, ya que su madre la dejó desde muy pequeña al cuidado de su abuela, esto ha sido para ella como un abandono, ella misma expresa que la relación con su madre es superficial, nada afectuoso, más bien de indiferencia por parte de la madre a la cual no parece interesarle nada acerca de su hija. Para la paciente su abuela es su mamá, la que la cuidó, brindó su cariño, protección, atenciones y la ha educado.

De sus estudios primarios recuerda que era buena estudiante y tenía muchas amistades, sonríe al decir, esto, agregando que siempre le ha gustado el relajo y que tiene facilidad para hacer amistades, de esta época todavía conserva amistades, pues según narra, siguieron asistiendo a la misma escuela para el primer ciclo.

Cuando estaba en tercer año, una amiga le presenta a un joven, mayor que ella, inicialmente a ella no le resultaba para nada simpático, él la llamaba por teléfono, pero nada más. En una ocasión, cuando ella paseaba en bicicleta, sufrió un accidente, un automóvil le tocó la bocina, ella se asustó perdiendo el equilibrio y cayó en una cuneta, este joven la auxilió y la llevó a una clínica para que fuera atendida, ya que de la caída, la rótula se salió de su lugar, ella estaba muy asustada. Desde ese momento su actitud hacia el joven cambió. Luego

de esto, las cosas cambiaron, el joven le pidió que fueran novios y ella aceptó, él era muy respetuoso, cariñoso, siempre tenía un detalle para ella. Cuando tenían dos meses de noviazgo la invitó a su casa para presentarla con su madre; la señora me trato muy amable, (se sonrie, y dice bueno era sólo hipocresía, porque al poco tiempo ya yo no le caía bien), pero bueno en esa ocasión fue amable. Después de esto visité varias veces su casa, en una ocasión, su madre no estaba en casa, nos quedamos para esperarla, escuchamos música y fue cuando me propuso tener relaciones, inicialmente yo le dije que no, pero la música y el ambiente tranquilo y silencioso se encargaron de hacer que perdiéramos el control y cuando nos dimos cuenta, ya no pudimos parar, la verdad fue maravilloso, me hizo sentirme tan querida, que en sus brazos me sentí protegida, amada, muy bien. Nunca pensaron que ese momento maravilloso que habían pasado, les traería grandes y graves consecuencias, a los pocos meses ella se percató de que su período menstrual no aparecía y comenzó a preocuparse, lo comentó con él, decidieron que ella se hiciera una prueba de embarazo para salir de las dudas y para su sorpresa el resultado fue positivo, estaba embarazada, esto le cayó como un balde de agua fría, sintió que el mundo se le venía encima y le dijo que no quería tener a ese bebé, él la abrazó y le dijo, no te apresures a tomar una decisión tan cruel para ese bebé, que es nuestro hijo y peligrosa para ti, tú sabes que cuentas conmigo y que no me voy a desentender de mis responsabilidades. Pero a pesar de todo esto, ella se sentía muy triste, deprimida, se encerraba en su cuarto a llorar, no dormía bien, estaba ojerosa, no tenía deseos de hacer nada, su abuela, que la conocía bien, le preguntó si tenía algún problema en la escuela, porque de verdad ella no era así, más bien era alegre, le gustaba salir, ir a fiestas, pero la noticia de su embarazo le cambió la vida.

Cuenta la paciente que cuando tenía cuatro meses, decide contarle a su abuela, porque ya no aguantaba más, ésta se entristece, porque no era lo que deseaba para ella, que la quería ver graduada, con un buen trabajo y un buen esposo, pero le dice que no se preocupe que cuenta con su apoyo, esto la hace sentirse un poco mejor, pero se siente culpable y con deseos de que nada de eso hubiese ocurrido, pero ya estaba hecho y no había marcha atrás, por su parte, la mamá, todo le pareció indiferente, sólo la miró como diciendo me lo imaginaba.

Los meses de embarazo fueron difíciles, con muchas complicaciones, amenazas de aborto, por lo cual tuvo que mantener reposo por varias semanas, dolores de cabeza, se sentía muy

cansada, sin energía, perdió el interés por muchas actividades que a ella le gustaba realizar, sentía culpa y vergüenza por lo que había hecho y por su embarazo, se sentía señalada por compañeros y personas conocidas. Cuando pudo regresar a la escuela y luego de que ella y su abuela pasaran a la Oficina de Orientación para el debido seguimiento, las cosas también fueron difíciles, comentarios, murmuraciones, risas, miradas burlonas de compañeros la hacían sentirse muy mal, pero trataba de pensar en su bebé y que tenía que salir adelante y no perder su año escolar, para no defraudar más a su abuela.

Siempre ha contado con el apoyo del papá del bebé, que se ha hecho cargo de todos los gastos de manutención del niño, ropa, juguetes, gastos médicos, de él no ha tenido quejas, incluso le propuso que se fueran a vivir juntos, lo cual suponía dejar sus estudios, a lo cual ella le respondió que no, porque ella deseaba terminar su bachiller para poder tener opción en el futuro de ingresar a la universidad, él le dijo que podía mantenerla a ella y al bebé y que sólo se preocupara por atender al bebé, pero esto, sumado a la actitud de la mamá del joven, que nunca la ha aceptado y que se muestra poco afectuosa con el bebé, ella decidió finalizar la relación de pareja, prevaleciendo la de padres del niño, aunque el papé del niño le ha dicho que no cierre la posibilidad de que en el futuro puedan formar un hogar.

PATRONES DE AJUSTE ADULTO

La paciente estudia el quinto año de bachiller y a pesar de manifestar que se siente sumamente complicada con los estudios, el cuidado del bebé y demás responsabilidades en casa, tiene una meta trazada terminar su bachiller, lo cual le deja abierta la posibilidad de poder asistir a la universidad en el futuro. Siempre le ha gustado las fiestas, pero por el momento dedica parte de su tiempo al cuidado del bebé, a ayudar en los oficios domésticos de la casa y a sus labores escolares.

EVALUACIÓN DEL ESTADO MENTAL

La paciente se presentó con su uniforme escolar, a la hora convenida y demostró buena disposición para colaborar, atención y tranquilidad durante el proceso de entrevista y posterior tratamiento.

Aspecto General: la paciente se presentó siempre con un aspecto normal en lo que respecta al aspecto físico, adecuadamente uniformada, buen cuidado personal.

- Nivel de Conciencia: demostró un adecuado nivel de conciencia en relación a la orientación respecto a sí mismo, tiempo, lugar, persona.
- Lenguaje: 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.
- Memoria: la paciente reveló una adecuada capacidad de memoria, recordando tanto hechos o datos remotos como recientes sin dificultad alguna.
- Atención: en este aspecto, no se advirtieron distracciones durante las sesiones de trabajo, por el contrario, la paciente mostró siempre una buena atención, concentración y cooperación durante las intervenciones del terapeuta y la situación de terapia en general.
- Estructuración del Pensamiento y Percepciones: no se revelaron alteraciones en el contenido del pensamiento, ni alteraciones en la percepción de la realidad, no se presentan alucinaciones ni delirios.
- Estado anímico: las pláticas de la paciente mostraron un estado de ánimo depresivo, su rostro denotaba tristeza, melancolía.

EVALUACIÓN MULTIAXIAL

**Eje I: F32.2 Trastorno depresivo mayor, episodio único, grave, sin
Síntomas psicóticos (296.23)**

Eje II: Z03.2 Ningún diagnóstico

Eje III: Ninguno

**Eje IV: Problemas relativos al grupo primario de apoyo.
Problemas relativos a la enseñanza.**

Eje V: EEAG = 40 (actual)

CERTIFICACIÓN

El suscrito Geminiano Domínguez, Profesor de Español.

HAGO CONSTAR

Que he corregido lo concerniente al español del trabajo de graduación titulado: "Intervención Psicoeducativa Individual a Grupo de Mujeres para disminuir los síntomas depresivos presentes en Madres Adolescentes" del o de la estudiante: Judith Elizabeth Ruiz Sánchez con cédula de identidad personal No. _____. Le recomendé hacer las correcciones indicadas.

1. Tesis: X
2. Seminario: _____
3. Informe Práctico Profesional _____

Atentamente,

Geminiano Domínguez
Prof. Geminiano Domínguez

Adjunto.
Copia del Diploma. (1)
97553

La Chorrera, 1º de noviembre de 2013.