

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

**INTERVENCIÓN PSICOTERAPÉUTICA PSICODINÁMICA MIXTA CON
ADOLESCENTES QUE PRESENTAN ANSIEDAD Y DEPRESIÓN ASOCIADAS
AL TRASTORNO DEL ESTADO DE ÁNIMO INDUCIDOS POR SUSTANCIAS Y
QUE ESTÁN RECLUIDOS EN UN CENTRO DE CUSTODIA Y
CUMPLIMIENTO.**

Por
PSIC. ARELYS K. ARRUE B.

**Tesis de grado presentada a la
Facultad de Psicología, como uno
de los requisitos para optar por el
Grado de Magister en Psicología
Clínica**

PANAMÁ, REPÚBLICA DE PANAMÁ

2012

UNIVERSIDAD DE PANAMÁ
VICERRECTORÍA DE INVESTIGACIÓN Y POSTGRADO
FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN

Programa de maestría en: Psicología Clínica

Facultad de: Psicología
Número de Código 327 -14 – 06 – 10 - 81
Nombre del Estudiante: Arellys K. Arrué B.
Céd.: 6-703-1080

Título al que aspira: Magister en Psicología Clínica

Tema de Tesis: “Intervención Psicoterapéutica Psicodinámica Mixta con adolescentes que presentan ansiedad y depresión asociadas al Trastorno del Estado de Ánimo inducidos por sustancias y que están reclusos en un Centro de Custodia y Cumplimiento”.

Resumen ejecutivo: Se trata de un diseño de investigación, tipo cuasi-experimental con pretest, postest y grupo control y estudio de caso, en el cual se evaluará la efectividad de una intervención psicoterapéutica individual y grupal aplicada a un grupo de adolescentes internos en el Centro de Custodia y Cumplimiento de Herrera para mejorar el manejo de la ansiedad y depresión que subyace al Trastorno del Estado de Ánimo inducidos por sustancias.

Nombre del Asesor: Doctor. Ricardo A. López J.

Firma del Asesor: _____

Firma del Estudiante: _____

Aprobado por: _____

Coordinador del Programa

Director de Postgrado de la Vicerrectoría de
Investigación y postgrado

Fecha: _____

DEDICATORIA

... Con el pasar del tiempo se van adquiriendo experiencias, aprendizajes y metas...

...Otro logro alcanzado en mi vida viene acompañado de muchas personas que creyeron en mí y en mi capacidad de poder culminarlo.

...A mi Esposo, por darme su apoyo, compañía y comprensión; a Mi Pequeña Hija, por su sonrisa que me da fuerzas y ánimo.

...A mi Madre por su amor y apoyo incondicional; a ti Padre, que siempre has sido mi guía; y a mis Hermanos, que estuvieron ahí recordándome el compromiso.

...A los adolescentes del Centro de Custodia y Cumplimiento de Herrera, que sin su valiosa cooperación hubiera sido imposible la realización de este trabajo.

AGRADECIMIENTO

A JESÚS DE LA MISERICORDIA porque llegó a mi vida a demostrarme lo bello de su existencia y a aprender que Confiar en Él, es garantía de que nada faltará.

Mi sincero agradecimiento al Profesor Ricardo López, por su disponibilidad, paciencia, apoyo y orientación, en el asesoramiento de esta investigación. Por su don de gente y amigo, Dios y la Virgen le sigan bendiciendo.

Extiendo mi agradecimiento a mis fieles familiares y mis amistades que durante el proceso de elaboración de tesis, estuvieron ahí apoyándome y dándome ánimos.

A todos Mil Gracias...

ÍNDICE GENERAL

	Página
PORTADA	i
FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN	ii
DEDICATORIA	iii
AGRADECIMIENTO	iv
RESUMEN/SUMMARY	1
INTRODUCCION	2
CAPÍTULO PRIMERO: FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA	
A. ADOLESCENCIA.....	5
1. ¿QUÉ ES LA ADOLESCENCIA?	5
2. TEORÍAS DE LA ADOLESCENCIA.....	6
3. LOS PROBLEMAS DE LA ADOLESCENCIA.....	8
3.1 Delincuencia Juvenil.....	8
3.1.1 Causas de la Delincuencia Juvenil.....	10
3.1.2 Enfoques Teóricos de la Delincuencia.....	12
3.2 Drogadicción en la Adolescencia.....	13
3.2.1 Drogadicción, Dependencia y Síndrome de Abstinencia.....	14
3.2.2 Factores de Riesgo y de Protección del Consumo de Drogas.....	16
3.2.3 Modelos Conceptuales que Explican el Uso de Drogas.....	18
4. LA REALIDAD DEL ADOLESCENTE, LAS DROGAS Y LA DELINCUENCIA.....	22

B. ANSIEDAD Y DEPRESIÓN ASOCIADAS AL TRASTORNO DEL ESTADO DE ÁNIMO INDUCIDOS POR SUSTANCIAS, EN ADOLESCENTES.....	24
1. Criterios clínicos del DSM-IV-TR- para evaluar el trastorno del estado de ánimo inducidos por sustancias.	24
2. Ansiedad y Depresión.....	26

**CAPÍTULO SEGUNDO: INTERVENCIÓN PSICOTERAPÉUTICA
PSICODINÁMICA MIXTA**

1. LA PSICOTERAPIA.....	29
2. LA PSICOTERAPIA BREVE INTENSIVA Y DE URGENCIA.....	31
2.1 Principios Básicos.....	32
2.2 Perfil Básico.....	34
2.3 Proceso Terapéutico.....	36
2.4 Métodos de Intervención.....	38
3. LA PSICOTERAPIA BREVE PSICODINÁMICA.....	40
3.1 Psicoterapia Individual.....	40
3.2 Psicoterapia de Grupo.....	41
3.3 Psicoterapia Mixta.....	43

CAPÍTULO TERCERO: ASPECTOS METODOLOGICOS

1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	45
2. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN.....	48
2.1 Objetivos Generales.....	48
2.2 Objetivos Específicos.....	48
3. HIPÓTESIS	49
3.1 Hipótesis Conceptual.....	49
3.2 Hipótesis Estadísticas.....	49
4. DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN.....	54
5. VARIABLES DE INVESTIGACIÓN.....	55

5.1 Variable Independiente.....	55
5.2 Variable Dependiente.....	55
5.3 Definición Conceptual de la Variable Independiente.....	56
5.3.1 Intervención Psicoterapéutica Psicodinámica Mixta.....	56
5.4 Definición Operacional de la Variable Independiente.....	56
5.4.1 Intervención Psicoterapéutica Psicodinámica Mixta.....	56
5.5 Definiciones Conceptuales de las Variables Dependientes.....	57
5.5.1 Ansiedad.....	57
5.5.2 Depresión.....	58
5.6 Definiciones Operacionales de las Variables Dependientes.....	58
5.6.1 Ansiedad.....	58
5.6.2 Depresión.....	59
6. POBLACIÓN Y MUESTRA.....	59
6.1 Población.....	59
6.2 Muestra.....	59
6.3 Criterios de Inclusión.....	59
6.4 Criterios de Exclusión.....	60
7. TÉCNICAS DE MEDICIÓN E INSTRUMENTOS.....	60
7.1 Entrevista Clínica Psicológica Individual.....	60
7.2 Escala de Evaluación de Ansiedad C-MAS-R.....	61
7.3 Escala Autoaplicada de Depresión de ZUNG.....	62
8. PROCEDIMIENTO ESTADÍSTICO.....	62

CAPÍTULO CUARTO: PRESENTACION Y ANALISIS DE LOS RESULTADOS

1. DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS DE LA MUESTRA.....	65
2. ANALISIS ESTADÍSTICOS DE LOS RESULTADOS.....	68
3. DISCUSIÓN.....	93

CONCLUSIONES.....	95
RECOMENDACIONES.....	97
BIBLIOGRAFIA.....	99
ANEXOS.....	105

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla No. 1 Distribución de la muestra: Edad.....	65
Tabla No. 2 Distribución de la muestra, según la Escolaridad.....	66
Tabla No. 3 Distribución de la muestra según Nivel Socioeconómico.....	67
Tabla No. 4 Distribución de la muestra según creencia religiosa.....	67
Tabla No. 5 Comparación entre los pre-test del grupo experimental y grupo control de la escala ansiedad total CMAS-R.....	68
Tabla No. 6 Comparación entre los pre-test del grupo experimental y grupo control de la escala de depresión de Zung.....	70
Tabla No. 7 Comparación entre el pre-test y postest del grupo experimental de la subescala de ansiedad fisiológica.....	73
Tabla No. 8 Comparación entre el pre-test y postest del grupo experimental de la subescala de inquietud/hipersensibilidad.....	75
Tabla No. 9 Comparación entre el pre-test y postest del grupo experimental de la subescala de preocupaciones sociales/concentración.	77
Tabla No. 10 Comparación entre el pre-test y postest del grupo experimental de la subescala de ansiedad total.	79
Tabla No. 11 Comparación entre el pre-test y postest del grupo experimental de la escala de depresión.....	81

Tabla No. 12 Comparación entre el pre-test y postest del grupo control de la subescala de ansiedad fisiológica.....	83
Tabla No. 13 Comparación entre el pre-test y postest del grupo control de la subescala de inquietud/hipersensibilidad.....	85
Tabla No. 14 Comparación entre el pre-test y postest del grupo control de la subescala de preocupaciones sociales/concentración.....	87
Tabla No. 15 Comparación entre el pre-test y postest del grupo control de la subescala de ansiedad total.	89
Tabla No. 16 Comparación entre el pre-test y pos test del grupo control de la escala de depresión.....	91
Tabla No. 17 Análisis del sujeto 1, del CMAS-R y Depresión de Zung, antes y después de la intervención psicodinámica mixta.	115
Tabla No. 18 Análisis del sujeto 2, del CMAS-R y Depresión de Zung, antes y después de la intervención psicodinámica mixta.	118
Tabla No. 19 Análisis del sujeto 3, del CMAS-R y Depresión de Zung, antes y después de la intervención psicodinámica mixta.	121
Tabla No. 20 Análisis del sujeto 4, del CMAS-R y Depresión de Zung, antes y después de la intervención psicodinámica mixta.....	124
Tabla No. 21 Análisis del sujeto 5, del CMAS-R y Depresión de Zung, antes y después de la intervención psicodinámica mixta.	127
Tabla No. 22 Análisis del sujeto 6, del CMAS-R y Depresión de Zung, antes y después de la intervención psicodinámica mixta.....	130

ÍNDICE DE GRÁFICAS

Gráfica No. 1 Comparación entre los pre-test del grupo experimental y grupo control de la subescala ansiedad total CMAS-R.....	70
Gráfica No. 2 Comparación entre los pre-test del grupo experimental y grupo control de la escala de depresión de Zung.....	72
Gráfica No. 3 Comparación entre el pre-test y postest del grupo experimental de la subescala de ansiedad fisiológica.....	74
Gráfica No. 4 Comparación entre el pre-test y postest del grupo experimental de la subescala de inquietud/hipersensibilidad.....	76
Gráfica No. 5 Comparación entre el pre-test y pos test del grupo experimental de la subescala de preocupaciones sociales/concentración.....	78
Gráfica No. 6 Comparación entre el pre-test y pos test del grupo experimental de la subescala de ansiedad total.....	80
Gráfica No. 7 Comparación entre el pre-test y postest del grupo experimental de la escala de depresión.....	82
Gráfica NO. 8 Comparación entre el pre-test y pos test del grupo control de la subescala de ansiedad fisiológica.	84
Gráfica No. 9 Comparación entre el pre-test y postest del grupo control de la subescala de inquietud/hipersensibilidad.....	86

Gráfica No. 10 Comparación entre el pre-test y pos test del grupo control de la subescala de preocupaciones sociales/concentración.....	88
Gráfica No. 11 Comparación entre el pre-test y postest del grupo control de la subescala de ansiedad total.....	90
Gráfica No. 12 Comparación entre el pre-test y pos test del grupo control de la escala de depresión.....	92
Grafica No. 13 Puntuaciones en las escalas de ansiedad y depresión, del sujeto 1 del grupo experimental.	115
Grafica No. 14 Puntuaciones en las escalas de ansiedad y depresión, del sujeto 2 del grupo experimental.....	118
Grafica No. 15 Puntuaciones en las escalas de ansiedad y depresión, del sujeto 3 del grupo experimental.....	121
Grafica No. 16 Puntuaciones en las escalas de ansiedad y depresión, del sujeto 4 del grupo experimental.	124
Grafica No. 17 Puntuaciones en las escalas de ansiedad y depresión, del sujeto 5 del grupo experimental.	127
Grafica No. 18 Puntuaciones en las escalas de ansiedad y depresión, del sujeto 6 del grupo experimental.	130

ÍNDICE DE ANEXOS

Anexo No.1 Consentimiento Informado.....	106
Anexo No. 2 Diseño de las sesiones individuales y grupales.....	107
Anexo No. 3 Historias Clínicas.....	113

RESUMEN

El trabajo desarrollado consistió en un diseño de investigación, tipo cuasi experimental con pretest, posttest y grupo control y estudio de caso, en el cual se evaluó la efectividad de una intervención psicoterapéutica psicodinámica individual y grupal aplicada a un grupo de adolescentes internos en el Centro de Custodia y Cumplimiento de Herrera para mejorar el manejo de la ansiedad y depresión que subyace al Trastorno del Estado de Ánimo inducidos por sustancias. Los resultados sugieren que la intervención psicoterapéutica mixta no fue efectiva para el manejo de la ansiedad asociada al Trastorno del Estado de Ánimo inducidos por sustancias. La intervención terapéutica si fue efectiva significativamente para el manejo de la depresión. Se discuten estos resultados y se hacen las recomendaciones pertinentes para esta población de adolescente que se mantienen reclusos en un de Custodia y Cumplimiento.

SUMMARY

The work consisted of a research design, quasi-experimental with pretest, posttest and control group and case study in which we assessed the effectiveness of an individual and group psychodynamic psychotherapy applied to a group of adolescent inmates at the Center Enforcement of Custody in the province of Herrera to improve the management of anxiety and depression that underlies the Mood disorder substance-induced. The results suggest that mixed psychotherapy intervention was not effective for the management of anxiety associated with Mood Disorder Substance-induced; whether or not therapeutic intervention was significantly effective for the management of depression. We discuss these results and make recommendations for this population of adolescents who remain detained in a Custody and Compliance.

INTRODUCCIÓN

Todo ser humano llega al mundo indefenso, con necesidades y demandas que sólo los adultos pueden saciar. La suerte que una persona tenga al ser recibido en su hogar delimita su futuro, es decir un ambiente de amor, afecto, autoridad y establecimiento de límites, son garantes de un individuo con un futuro prometedor y sano.

Aquellos adolescentes que en sus primeros años de vida fueron víctima de las deprivaciones en diversos aspectos de su vida, son también víctimas de la delincuencia y de la drogadicción. Según Winicott (1993), La tendencia antisocial impulsa al muchacho o niña a retroceder a un tiempo o estado anterior al de la deprivación; siempre nace de una deprivación y representa el reclamo del niño de volver, por detrás de ella, a la situación reinante cuando todo iba bien.

Cuando no se considera a la vida como un gran valor, cuando no se enseñan virtudes como la honradez, la laboriosidad, el estudio, la responsabilidad, el respeto, la solidaridad, muchos jóvenes se encuentran ante la tentación; y ya sea por rebeldía, por necesidad, por curiosidad o por afán de aventura, que comienzan a verse inmersos en un ambiente que los arrastrará cada vez más, que los absorberá necesariamente, en el mundo de la delincuencia y las drogas; y al mismo tiempo los envolverá en el túnel de la inestabilidad de su salud mental.

El abuso de drogas parece hacerse más probable si la conducta antisocial persiste y se vuelve más variada en la adolescencia temprana incluyendo peleas y mal comportamiento en el ámbito escolar (Kandel, 1982; Barnes y Welte, 1986).

El presente trabajo de investigación tiene la finalidad de evaluar la efectividad de una intervención psicoterapéutica psicodinámica mixta, individual y grupal con adolescentes que presentan ansiedad y depresión asociadas al Trastorno del Estado de Ánimo inducidos por sustancias y que están recluidos en un Centro de Custodia y Cumplimiento. La inquietud de estudiar esta situación surge del hecho de la convivencia cercana con

estos menores víctimas de la delincuencia y el abuso de drogas y de la observación de sus niveles de frustración por las consecuencias de su privación de libertad.

A través de diseño de investigación, tipo cuasi-experimental con pretest, postest y grupo control y estudio de caso, se valorará la efectividad de una intervención psicoterapéutica individual y grupal en la modalidad de psicoterapia breve, sobre las variables de ansiedad y depresión aplicada a los adolescentes internos.

El presente trabajo se ha dividido en cuatro secciones para su mejor comprensión. El capítulo primero presenta la fundamentación teórica sobre la adolescencia y la problemática de la delincuencia y drogadicción juvenil, así como sus consecuencias a nivel de salud mental, con las manifestaciones de ansiedad y depresión subyacentes al trastorno del estado de ánimo inducido por sustancias. En el capítulo segundo, se describe las generalidades y aspectos relevantes para una intervención psicoterapéutica psicodinámica mixta, en sus versiones individual y grupal, bajo la modalidad de la psicoterapia breve.

El capítulo tercero fue destinado para la presentación de los aspectos metodológicos de la investigación y en el capítulo cuarto presentamos los resultados, analizados estadísticamente y finalmente, se expone la discusión de dichos resultados.

Todo trabajo investigativo contempla las conclusiones a las que se llegó en la investigación, así como las recomendaciones, adecuadas a la temática. Seguido, se expone la bibliografía consultada y los anexos relacionados a la investigación.

CAPITULO PRIMERO

FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA

Como la mayoría de los nativos americanos, también otros han perdido mucho de los rituales que una vez nos guiaron hacia la adultez.

Erik Erikson

A. ADOLESCENCIA

1. ¿Qué es la Adolescencia?

Para explicar el fenómeno del uso de drogas y los actos infractores cometidos por la población adolescente, debemos empezar por comprender la adolescencia como un proceso de transición, donde se involucran aspectos físicos, psicológicos y sociales del ser humano.

Existen diferentes definiciones para el concepto de adolescencia; revisaremos a continuación algunas de ellas con el objetivo de tener una imagen integral de esta etapa de la vida:

- La Real Academia Española, define este periodo como la edad de transición que sucede a la niñez y que transcurre desde la pubertad, hasta el completo desarrollo del organismo. (Diccionario de la Real Academia Española, 2001).
- Papalia y Olds (1997), sostienen que “la adolescencia es un periodo de transición del desarrollo, entre la niñez y la etapa adulta” y que en la cultura occidental se enmarca entre los 12 y los 20 años de edad aproximadamente.
- Arbex (2002), indica que la adolescencia es el periodo de desarrollo humano que se inicia al finalizar la infancia, con la pubertad y termina en la etapa adulta.
- La adolescencia puede considerarse como una etapa de la vida del ser humano en la que ocurren complejos cambios biológicos, psicológicos y conductuales; que requieren de una cuidadosa atención por las importantes transformaciones fisiológicas, emocionales y sociales; que finalmente imprimen en la persona el sello de la madurez, con los rasgos característicos del adulto (Salazar, 2006).
- Según la Organización Mundial de la Salud, (OMS, 1975), la adolescencia es el periodo de vida comprendido entre los 10 y 20 años. Es un proceso biopsicosocial

por el cual un niño se transforma en un adulto maduro e independiente. Es importante recalcar, que la influencia de los fenómenos socioculturales son un complemento de los aspectos físicos y psicológicos en este periodo de transición de la niñez a la edad adulta.

- Psicológicamente, Bühler sostiene que este periodo “empieza con la adquisición de la madurez fisiológica y termina con la adquisición de la madurez social, cuando se asumen los derechos y deberes sexuales, económicos, legales y sociales del adulto”. (Montenegro y Guajardo, 1994)
- Es el periodo de crecimiento y desarrollo humano que transcurre entre la pubertad y la edad juvenil. Su aparición está señalada por la pubertad, pero la aparición de este fenómeno biológico es solamente el comienzo de un proceso continuo y más general, tanto en el plano somático como en el psíquico, y que prosigue por varios años hasta la formación completa del adulto. Aparte del aspecto biológico de este fenómeno, las transformaciones psíquicas están profundamente influenciadas por el ambiente social y cultural. (Merani, 1982).

Teniendo en cuenta estos aspectos, consideramos que el individuo motivado por los eventos característicos de esta etapa, la carencia de patrones familiares adecuados, la ausencia de valores, una precaria vida afectiva, la incidencia en la delincuencia y el consumo de drogas, son los garantes de la crisis que una parte de la población adolescente está experimentando en la actualidad. Todos los adolescentes no dan problemas y puede llegar a ser una época maravillosa, sin embargo, cuando algunas condiciones como las ya mencionadas, se unen aparece con toda su fuerza una crisis disfuncional que afecta no sólo a la familia si no a la sociedad en general.

2. Teorías de la Adolescencia.

El conocimiento de las diferentes teorías sobre la adolescencia nos permite tener un mejor abordaje sobre la temática. Los diferentes enfoques que revisaremos están centrados en los aspectos motivacionales, sociales e intelectuales o cognitivos.

- Teoría centrada en el aspecto motivacional.
 - **Teoría psicoanalítica de S. Freud:** Según esta teoría la adolescencia es un estadio del desarrollo en el que brotan con toda su fuerza biológica los impulsos, especialmente los sexuales y se produce una primacía del erotismo genital. Supone, por un lado, revivir conflictos edípicos infantiles, y la necesidad de resolverlos con mayor independencia de los progenitores y, por otro lado, un cambio en los lazos afectivos hacia nuevos objetos amorosos.

- Teoría centrada en el aspecto social.
 - **Teoría de la adolescencia de Erikson:** esta considera a la adolescencia como una crisis normativa, una fase normal de incremento de conflictos, donde la tarea más importante es construir una identidad coherente y evitar la confusión de papeles. Erikson señala a la adolescencia como una fase de “moratoria”, en donde es posible esperar, dejar pasar las cosas, aguardar por el crecimiento, sin penalidades, es decir, durante la adolescencia se vive y se trata de encontrar una identidad propia dentro de muchas posibles.

 - **Teoría con una visión psicosociológica:** Esta visión subraya la influencia de los factores externos. La adolescencia es la experiencia de pasar una fase que enlaza la niñez con la vida adulta, y que se caracteriza por el aprendizaje de nuevos papeles sociales; en este desarrollo del nuevo papel social, el adolescente debe buscar la independencia frente a sus padres.

- Centrado en el aspecto intelectual
 - **Teoría de J. Piaget:** en este caso nos encontramos entre los que consideran la inteligencia como un proceso adaptativo a través del cual mantenemos un equilibrio con nuestro entorno. Sostiene el psicólogo suizo Jean Piaget, que con la madurez cognoscitiva, los cambios internos

y externos en la vida de los adolescentes se combinan. (Papalia y Olds, 1997).

Este autor nos señala la importancia del cambio cognitivo y su relación con la afectividad. El importante cambio cognitivo que se produce en estas edades genera un nuevo egocentrismo intelectual, confiando excesivamente en el poder de las ideas. (Cobb, 2001)

3. Los Problemas de la adolescencia.

Dos problemas graves que suelen darse en la adolescencia y en el que gran cantidad de población adolescente está inmerso en nuestros días son: la delincuencia juvenil y la drogadicción.

3.1 Delincuencia Juvenil

Las conductas antisociales son vistas fuera del consenso normativo, fuera de lo que es una conducta social aceptable, o la violación de los códigos legales, incluyendo aquellos relativos a la edad. Involucra tanto las ofensas violentas como las no violentas, así como el uso ilegal de drogas y la delincuencia.

Para comprender el termino delincuencia juvenil, debemos empezar por definir lo que es delincuencia, un concepto que procede del latín *delinquentia* y que permite nombrar a la acción de delinquir o la cualidad de delincuente; entendiendo por delinquir el acto de cometer un delito; es decir, violar la ley; mientras que Juvenil, se refiere a aquello perteneciente a la juventud; a la edad situada entre la infancia y la adultez, un periodo que va de los 15 a los 25 años de acuerdo a la Organización de las Naciones Unidas (ONU).

La delincuencia juvenil es un problema social de mucha importancia; el joven que se vuelca a la delincuencia desde temprana edad, suele quedar fuera del sistema educativo y de la contención habitual para las personas de la edad; haciendo muy difícil reincorporarlo a la sociedad con un perfil adecuado.

Siempre se ha considerado que la delincuencia es un fenómeno específico y agudo de desviación e inadaptación (Moreno, 1980). En este sentido, se ha dicho que "delincuencia es la conducta resultante del fracaso del individuo en adaptarse a las demandas de la sociedad en que vive" (Morant, 2003).

Cobb (2001), sostiene que la delincuencia juvenil implica los actos ilegales cometidos por un menor de edad.

En la legislación panameña existe la Ley No. 40 del 26 de agosto de 1999, que instauro el Régimen Especial de Responsabilidad Penal para la Adolescencia (RERPA), que en su Artículo 2 establece que "las adolescentes y los adolescentes sólo podrán ser investigados, procesados y sancionados por los hechos descritos expresamente como delito por la ley penal vigente al tiempo de su comisión". Esta ley es aplicable a todas las personas que hayan cumplido los 12 años y no hayan cumplido 18 años de edad al momento de cometer el delito que se le imputa; igualmente, es aplicable a los procesados que cumplan los 18 años durante los trámites del proceso, así como a las personas mayores de edad acusadas por actos cometidos luego de haber cumplido los 12 años y antes de cumplir los 18 años. (Artículo 4, RERPA).

Garrido (1997), sostiene que el delincuente juvenil es una persona con un gran conjunto de deficiencias, y una de ellas es que comete delitos. Entre tales factores cita, los siguientes:

- Impulsivo.
- Con afán de protagonismo.
- Fracaso escolar.
- Consumidor de drogas.
- Baja autoestima.
- Familia desestructurada.
- Clase baja.
- Falto de afectividad.

- Agresivo.
- Sin habilidades sociales.
- Poco equilibrio emocional.
- Inadaptado.
- Frustrado.

3.1.1 Causas de la Delincuencia Juvenil

Los factores de riesgo que pueden llevar al adolescente a incurrir en la delincuencia juvenil, suelen provenir de diferentes esferas como la personal, social, familiar y educativa, con carencias que desde edades muy tempranas acompañan al individuo que incurre en este rol de delincuente.

A continuación detallamos las causas enmarcadas dentro de cada uno de estos factores de riesgo:

- **Factor Personal:** se contemplan anormalidades mentales y psíquicas, como la psicopatía, la psicosis y otras enfermedades mentales. Algunos antecedentes en el adolescente y que debe alertar a todo especialista son:
 - ❖ Rabieta o explosiones incontrolables de coraje, comportamiento violento pasado y abusivo hacia sus compañeros o hacia los más jóvenes,
 - ❖ Recurre típicamente a insultos o lenguaje ofensivo;
 - ❖ Probablemente ha sido víctima de abusadores,
 - ❖ Suele utilizar un patrón de amenazas violentas cuando tiene coraje,
 - ❖ Crueldad hacia los animales,
 - ❖ Comenzar incendios,
 - ❖ Uso y abuso de alcohol o drogas,
 - ❖ Haber intentado suicidio en el pasado, depresiones frecuentes o cambios de humor significativos,
 - ❖ Tendencia a culpar a los demás por sus problemas personales,

- ❖ Experiencia reciente de humillación, pérdida o rechazo,
- ❖ Demasiado interés en armas o explosivos,
- ❖ Relaciones pobres con los compañeros, marginación del grupo, pocas o ningunas amistades cercanas;
- ❖ Participación en cultos o pandillas,
- ❖ Demasiado tiempo no estructurado,
- ❖ Quedarse sin familia.

1. **Factores Familiares:** estos factores se constituyen facilitadores para ingresar a la carrera delictiva a edades tempranas:

4. La desorganización familiar,
5. El abandono moral de los padres,
6. La falta de comunicación, entre padres e hijos,
7. Fallas en el patrón de comunicación con los padres especialmente comunicación oscura e indirecta y dobles mensajes.

2. **Factores Sociales y Educativos:**

- Influencia nociva de los líderes negativos del barrio como modelos de identidad negativa,
- Carencia de una política educativa, que se proponga reforzar valores y orientar a los jóvenes por caminos correctos y con una visión optimista del futuro.
- Los medios de comunicación masivos, que transmiten antivalores, que no aportan nada a la cultura, series y programas donde lo central es la violencia y la sexualidad descarnada. Magnificando las noticias de acontecimientos antisociales, que promueven una cultura de la violencia.
- La falta de oportunidades de empleos, que les permita satisfacer sus necesidades de una manera lícita, recurriendo a los medios delictivos.

3.1.2 Enfoques Teóricos de la Delincuencia

Existen varias teorías que tratan de explicar y en cierto modo predecir la delincuencia haciendo hincapié en sus causas y consecuencias en la sociedad.

– **La Teoría Sociológica:**

Su máximo exponente es Durkheim. Esta teoría interpreta la conducta delincuente como una respuesta “normal” ante un ambiente malo. El factor desencadenante de las conductas delictivas es la misma sociedad. Es decir, para acabar con la delincuencia y la criminalidad hay que hacer una reforma social profunda del entorno. La teoría sociológica parte de que el delincuente se hace y no nace, los rasgos constitutivos no son heredados, la experiencia es un factor que juega en contra. Todos los ciudadanos pueden ser o delincuentes sangrientos o personas ejemplares (esto va muy parejo al anarquismo ya que esta ideología sostiene que todos somos iguales y es la circunstancia la que nos modifica). Los delincuentes son miembros sanos que crecen en una comunidad enferma, en una comunidad en la que el estilo de vida delictivo es más accesible y se aprende con más facilidad que las normas de convivencia ética y social.

– **La Teoría Conductista:**

Su exponente Eysenck, considera que el rasgo más significativo que guarda relación con la delincuencia es la extraversión. Los extrovertidos son sujetos expansivos, impulsivos y no inhibidos, amantes de la aventura y de la acción. La introversión es propia de sujetos retraídos y en general opuestos en personalidad a los extrovertidos. Las sensaciones fuertes no son de su agrado y llevan una vida ordenada. Cuando los individuos extrovertidos son emocionalmente inestables son más propensos a la delincuencia. El mismo rasgo en los introvertidos se traduce en conformismo. Otros rasgos que pueden significar atracción hacia la delincuencia son la torpeza psicomotriz y la escasa condicionabilidad.

– **Interpretación psicoanalítica:**

Sostiene que los rasgos distintivos más importantes del carácter criminal son los adquiridos en la primera infancia. Acorde a esta teoría el delincuente tiene un *super-ego* muy débil e inconsistente como producto alterado de su culminación edípica deficiente. Esto origina individuos caprichosos, incapaces de controlar sus instintos o necesidades. Los padres juegan un papel fundamental en esta teoría, si dan excesiva libertad darán rienda suelta a sus deseos y a sus impulsos. Una característica que no es mencionada en las demás teorías y sí en ésta es que aquellos sujetos cuyo *super-ego* sea débil no presentaran síntomas de culpabilidad.

Winnicott, (1993) opina que la tendencia antisocial o delincuencia juvenil está intrínsecamente vinculada a la privación del individuo. La tendencia antisocial impulsa al muchacho o niña a retroceder a un tiempo o estado anterior al de la privación.

3.2 Drogadicción en la Adolescencia

La amplitud del concepto de la palabra droga se debe tener en cuenta al momento de conocer su significado, ya que se incluyen los fármacos de uso legal y las sustancias de uso ilegal.

La Organización Mundial de la Salud en 1969, definió droga como “toda sustancia que introducida en un organismo vivo, pueda modificar una o varias de sus funciones”.

Pick, Susan y otros (1997), sostienen que los adolescentes consideran que las drogas representan una forma de aliviar sus problemas, reducir la ansiedad y la tensión de la vida cotidiana y en realidad sólo fracasan en sus intentos por sentirse mejor. El consumo de drogas se convierte en un problema social en el momento que afecta la salud física y/o mental de una parte importante de la población.

3.2.1 Drogadicción, Dependencia y Síndrome de Abstinencia

El término “*drogadicción*”, se refiere al abuso de sustancias ilegales, como drogas, o al uso excesivo de sustancias legales; es utilizado para describir un patrón de conducta continua del uso de estas sustancias; que suele conducir a problemas o preocupaciones graves, como faltar a la escuela, situaciones de riesgo o peligro, accidentes automovilísticos, problemas legales y dificultades en las relaciones familiares y sociales.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) y su Comité de Expertos en 1965, aprobaron la siguiente definición internacional de drogadicción:

“Estado psíquico y a veces también físico que resulta de la interacción entre un organismo vivo y un medicamento, que se caracteriza por modificaciones de la conducta y otras reacciones que siempre comprenden una pulsión que lleva a tomar el medicamento de modo continuo o periódico para provocar sus efectos psíquicos y a veces evitar el malestar de su privación. Este estado puede acompañarse o no de tolerancia. El mismo individuo puede depender de varios medicamentos” (Comité de la Organización Mundial de la Salud, 1969, pág. 8)

En cuanto a la “*dependencia a las drogas*”, se ha definido como un síndrome en el que el uso de una droga adquiere mayor importancia, que otros actos que el sujeto valoraba más anteriormente; se puede ser dependiente sin ser adicto; muchos tratamientos neurológicos o psiquiátricos requieren de la administración continua de drogas a las que el individuo se hace dependiente, porque sin ellas las alteraciones reaparecerán (Carlson, 1999).

Cuando hay una dependencia a las drogas, el organismo empieza a desarrollar una tolerancia a estas sustancias, de manera que para poder tener el mismo efecto que antes se

tenía se necesita consumir mayores cantidades de la sustancia. La señal evidente de una dependencia de drogas incluye un aumento de la tolerancia o una necesidad de tomar cantidades mayores de las sustancias para lograr los efectos deseados.

Según Carlson (1999), la tolerancia es la disminución del efecto a una droga después de la administración repetida de la misma, o la necesidad de aumentar la dosis para obtener el mismo efecto, también como consecuencia de la administración continua del fármaco, pero no siempre la dependencia se acompaña de la tolerancia.

Otra dependencia que se origina por el consumo de drogas es la “*dependencia física*”; un estado fisiológico alterado producido por la exposición repetida a una droga, que provoca la necesidad de continuar su administración, con el fin de prevenir la aparición de los signos del *síndrome de abstinencia*, los cuales dependen de la droga que se consuma (Brailowsky, 1999).

El “*síndrome de abstinencia*”, se caracteriza por un estado de ánimo deprimido, apatía, fatiga, pesadillas, insomnio o hipersomnia, aumento del apetito e intranquilidad; hay ciertas manifestaciones físicas y emocionales por la falta de droga; el individuo percibe la necesidad de consumir cada vez mayores cantidades de la sustancia para poder percibir los efectos que antes percibía con cantidades menores de la misma; es decir, existen cambios biológicos en los que la droga se integra al funcionamiento normal del cerebro, también se habla de un estado de neuroadaptación, para referirse a la dependencia física de las drogas (Carlson, 1999).

Según el DSM IV TR, la característica esencial de la dependencia de sustancias consiste en un grupo de síntomas cognoscitivos, de comportamientos y fisiológicos que indican que el individuo continúa consumiendo la sustancia, a pesar de la aparición de problemas relacionados con ella; mientras que la abstinencia de sustancias se refiere a la presencia de un cambio desadaptativo de comportamiento con concomitantes fisiológicos y cognoscitivos debido al cese o reducción del uso prolongado de grandes cantidades de sustancias.

3.2.2 Factores de Riesgo y de Protección del Consumo de Drogas

La niñez y la adolescencia son etapas críticas en el proceso de desarrollo, crecimiento y maduración de una persona, en los que se adquiere gran parte de los valores, hábitos y habilidades, que en el presente y en el futuro fungirán como herramientas que permitirán enfrentar diversas situaciones, donde se deben tomar las mejores decisiones.

La adolescencia es considerada el periodo de vida más vulnerable, debido al surgimiento de la crisis de identidad en los individuos que los enfrenta a sí mismos, a las demandas familiares y de la sociedad, produciendo gran ansiedad, rabia y confusión; sentimientos que en ocasiones, no puede afrontar debido a diferentes factores. (Villatoro, Alcántar, Medina-Mora; Fleiz, González, Amador y Bermúdez, 2003).

Kumate (2002), sostiene que el hecho de que el comienzo del uso de sustancias psicoactivas ocurra en mayor medida durante la adolescencia y juventud temprana se explica también como un proceso de aprendizaje social, vinculado con la propia dinámica cultural, donde las características del individuo y de la sustancia, determinan la interacción que consolida ese aprendizaje.

Existen factores de riesgo y factores de protección que incrementan y reducen respectivamente la posibilidad de involucrarse en un proceso adictivo. La relación que existe entre estos factores establece una dinámica, donde los factores de protección modulan los de riesgo, es decir que la presencia de los primeros puede limitar o neutralizar los efectos de los segundos, a los que se expone el adolescente.

De acuerdo con la Organización Panamericana de la Salud (1998), un factor de riesgo es cualquier característica o cualidad de una persona o comunidad que se sabe va unida a una elevada probabilidad de dañar la salud. Jessor (1992) define el riesgo como “cualquier conducta que pone en peligro el desarrollo psico-social del adolescente”.

Los factores de riesgo pueden dividirse de acuerdo a los diversos dominios en los que interactúan cotidianamente los adolescentes: Individual (como la conducta desviada, baja

autoestima, trastorno emocional), Familiar (violencia familiar, prácticas ineficaces de la paternidad, convivencia con padres alcohólicos), Escolar (fracaso escolar), Grupo de amigos (amigos usuarios de drogas, influencia de la interacción social, la pertenencia al grupo, presión de los amigos), Comunidad (alta disponibilidad de sustancias, tolerancia social hacia el consumo) (Flay y Petraitis, 1991; Hawkins, Catalano, y Miller, 1992; Medina- Mora y cols., 2002).

Paralelamente a los factores de riesgo y dentro de los mismos dominios existen factores de protección que balancean y contrarrestan el impacto de los primeros, protegiendo a los individuos de consumir drogas; como por ejemplo poseer una autoestima sana, una personalidad orientada a la evitación de riesgos, la convivencia con padres capaces de cubrir las necesidades afectivas de los menores, el apego escolar, amigos poco tolerantes hacia el consumo, el pertenecer a redes de apoyo social, entre otros (Medina- Mora y cols., 2002).

Los factores protectores pueden actuar como escudo para favorecer el desarrollo de seres humanos que parecían sin esperanzas de superación por su alta exposición a factores de riesgo (Munist, Santos, Kotliarenco, Suárez, Infante y Grotberg, 1998).

Clayton, (1992) define al factor protector como las condiciones o los ambientes capaces de favorecer el desarrollo de individuos o grupos y, en muchos casos, de reducir o eliminar los efectos de circunstancias desfavorables. A continuación vemos algunos ejemplos de estos factores:

ÁMBITO	FACTORES PROTECTORES	FACTORES DE RIESGO
Conducta	Fuerte capacidad de decisión	Resistencia a la autoridad
Espiritualidad	Fe creciente	Involucrarse en sectas o cultos.
Familia	Lazos familiares fuertes	Consumo de drogas en la familia.
Escolaridad	Éxito escolar	Deserción escolar.

ÁMBITO	FACTORES PROTECTORES	FACTORES DE RIESGO
Pares	Rechazo al uso de drogas	Amigos que usan drogas
Cultura	Normas grupales positivas	Normas antisociales
Economía	Empleo estable de los padres	Pobreza crónica

Fuente: En: Munist, M.; Santos, H.; Kotliarenco, A.; Suárez, N.; Infante, F. y Grotberg, E.; 1998.
Referencia: Losel, F., Bureau International Catholique de l'Enfance. 1994

3.2.3 Modelos Conceptuales que Explican el Uso de Drogas

Es necesario conocer algunos modelos teóricos que explican el uso de las drogas para tener una mejor comprensión de esta problemática en la juventud.

1. Teoría de la Socialización Primaria de Oetting et al.

Esta teoría ha sido propuesta por Oetting y colaboradores, se basa en el aprendizaje de normas y centra su interés en las conductas problema, donde el consumo de drogas es una de ellas. Tiene como premisa fundamental que “aunque la base biológica de la conducta humana es incuestionable, esencialmente todas las conductas sociales humanas son aprendidas o tienen componentes principales que son susceptibles al aprendizaje”. Las conductas sociales desviadas, tales como el uso de drogas, el crimen y la violencia, están entre estas conductas sociales aprendidas. (Donnermeyer, Delfenbacher, Trimble, Beauvais, 1998).

La desviación no es simplemente una situación defectuosa o incorrecta que ocurre cuando hay una ruptura en los vínculos y en las normas sociales que favorecen la convivencia armónica de la sociedad, las normas prosociales como las desviadas se aprenden del proceso de socialización primaria (Oetting y Donnermeyer, 1998); entendiendo que en el proceso de socialización es donde se aprenden normas y conductas sociales.

Becoña, (2001), señala que cada sociedad determina como se lleva a cabo la socialización, poniendo como responsables de este proceso a la familia, la escuela y el

grupo de pares; la interacción entre el individuo y estas fuentes de socialización primaria es la que influye en las conductas normativas y desviadas del individuo. El periodo de mayor importancia para la socialización del individuo es desde la infancia, hasta la adultez temprana; sin embargo, el riesgo de aprender normas desviadas se da principalmente en la adolescencia.

El grupo familiar es el primer elemento de socialización para el niño, si en este hay problemas, como conductas delictivas, consumo de drogas, conflictos, agresiones, el niño aprenderá del mismo, aumentándose la probabilidad del consumo posterior en el niño o adolescente.

La escuela es considerada por esta teoría como otro elemento de socialización primaria, y así como hay familias disfuncionales, también hay escuelas que lo son, tienen problemas o reducen la habilidad de aprender o transmitir normas prosociales.

El grupo de pares es considerado como el tercer elemento de socialización, distinguiendo varios tipos de pares: pares en general, grupo de pares, grupo de pares de estilo de vida, grupo de iguales. La formación de las normas sucederá básicamente en el grupo de iguales y de manera más indirecta en los otros grupos de pares.

Se entiende por grupo de iguales, las díadas de los mejores amigos o pequeños grupos de amigos cercanos. Dependiendo de los iguales con normas prosociales o implicados en conductas desviadas, se va a influir claramente en la conducta de esa persona.

La teoría propone que si los vínculos entre el niño y la familia, y la escuela son fuertes entonces los niños desarrollarán normas prosociales, si son débiles, la socialización estará dominada por el grupo de pares. En cuanto al papel de los rasgos personales afirma que las características físicas, emocionales y sociales del joven influyen en el proceso de socialización.

Esta teoría indica que la relación entre el paso de la socialización primaria al consumo de drogas se puede producir por dos vías: que la adicción a las drogas ocurra como un resultado de socialización ó por la dependencia de un estilo de vida basado en el consumo de drogas; desde el tipo de drogas, su accesibilidad y grado de aceptación.

Dentro de las características generales de la comunidad se considera todo el entorno físico y social en el que el individuo vive; varias de estas características se asocian a una mayor o menor desviación y a un mayor o menor consumo de drogas.

2. Modelo del desarrollo social de Catalano, Hawkins et al.

Es un modelo que se desprende de la teoría general de la conducta humana cuyo objetivo es explicar la conducta antisocial a través de la especificación de relaciones predictivas del desarrollo, dando gran relevancia a los factores de riesgo y protección (Catalano y Hawkins, 1996).

La ventaja de este modelo es que predice tanto la conducta prosocial como la antisocial, especificando estos procesos tanto en la infancia como en la adolescencia, así como el mantenimiento o abandono en la adultez.

Sus bases teóricas están fundamentadas en dos premisas que establecen lo siguiente:

1) Los seres humanos son buscadores de satisfacción y la conducta humana depende del interés percibido por la persona sobre sus actos,

2) Existe un consenso normativo en la sociedad, es decir las “reglas del juego” (Becoña, 2001).

El modelo del desarrollo social hipotetiza que son similares los procesos de desarrollo que llevan tanto a la conducta prosocial como a la antisocial; asumiendo que la persona pasa por varias fases a lo largo del curso de su vida. (Catalano y Hawkins, 1996).

El objetivo del modelo es explicar y predecir el comienzo, escalada, mantenimiento, desescalada y abandono de aquellas conductas que son de gran preocupación para la sociedad, como la delincuencia y el uso de drogas ilegales (Catalano y Hawkins, 1996).

La importancia para este modelo de los factores de riesgo radica en que numerosas investigaciones señalan que un amplio grupo de ellos incrementan la probabilidad de consumo de drogas, de la misma forma que hay importantes factores de protección que funcionan de modo semejante.

De esta manera, el modelo incorpora tres elementos básicos:

1. La conducta delincuente y el uso de drogas
2. Una perspectiva de desarrollo con sub-modelos específicos para las distintas edades (preescolar, escuela elemental (primaria), escuela media y preparatoria) y
3. Los factores de riesgo y protección para la delincuencia y el uso de drogas.

Consecuencia de estos elementos, el modelo del desarrollo social parte de que el niño aprende patrones de conducta social o antisocial, de los agentes de socialización, como son la familia, la escuela, su grupo religioso, otras instituciones comunitarias y su grupo de iguales.

De acuerdo con este modelo, los niños se socializan a través de un proceso que implica cuatro constructos:

- a. Oportunidades percibidas para implicarse en actividades e interacciones con otros (por ejemplo, si el individuo no ve oportunidades para usar drogas la interacción e implicación no es posible),
- b. Grado de implicación e interacción (por ejemplo, la percepción del costo personal en términos de sanciones legales),
- c. Las habilidades para participar en estas implicaciones e interacciones y
- d. El reforzamiento que ellos perciben como próximo desde la ejecución en las actividades e interacciones (por ejemplo, el refuerzo percibido de la conducta antisocial).

De este modo, cuando el proceso de socialización es consistente, un vínculo social se desarrolla entre el individuo y el agente socialización; obteniendo de acuerdo a lo estrecho de este vínculo un poder reforzante y contenedor de la conducta futura, inhibiendo de esta forma las conductas desviadas a través de la internalización de las normas y valores de la unidad socializante.

Como un panorama global de lo aquí explicado vemos que el primer modelo plantea la socialización como un elemento fundamental, el cual puede tomar direcciones opuestas, tanto el consumo como el abstenerse de consumir, todo dependerá de los elementos que estén presentes o ausentes en ese proceso de socialización inherente al ser humano.

En cuanto al modelo de desarrollo social de Catalano y Hawkins su virtud radica en que permite explicar a través de etapas, el proceso desde el inicio del consumo hasta su fin en el mejor de los casos, constituyendo predictores de la conducta prosocial y antisocial de acuerdo a las etapas del desarrollo humano, favoreciendo con ello la anticipación de consecuencias positivas y negativas para la persona y la sociedad.

Finalmente el modelo de Oetting es un modelo que propone incidir directamente en las fuentes de socialización primaria, mientras que el modelo de Catalano y Hawkins, es un modelo predictivo en el que explica el inicio y predice el preservar la conducta o extinguirla.

4. LA REALIDAD DEL ADOLESCENTE, LAS DROGAS Y LA DELINCUENCIA.

Existen pruebas empíricas que indican que cuando los adolescentes que establecen una amistad con compañeros que consumen drogas, tienen más probabilidad de consumirlas, y quienes frecuentan a delincuentes, a la larga también lo sean (Thornberry, Terence y Marvin Krohn, citados por Staff, David M y otros 2002).

El consumo de drogas, la alianza con otros adolescentes que presentan conductas desviadas de las normas establecidas por la sociedad, así como adolescentes con problemas emocionales y la existencia de hogares disfuncionales son factores que predisponen a la delincuencia. (Hinshaw y Zupan citados por Stoff, David 2002).

En nuestro país, la OEA (2007) en su informe sostiene que alrededor del 15% de los adolescentes panameños entre 12 y 17 años ha consumido drogas, al menos una vez en su vida, entre ellas la cocaína, marihuana, crack y éxtasis.

Según un informe comparativo entre siete países que elaboró la Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas, Panamá ocupa el segundo lugar en consumo de droga entre adolescentes, solo por detrás de Uruguay.

El estudio, presentado en 2004, señaló que el 11.7% de los estudiantes del octavo grado (de 12 a 14 años) consumió droga al menos una vez en su vida, al igual que el 15.9% de los alumnos de décimo grado (de 15 a 16 años). En tanto, el 14.2% de los jóvenes que cursan el doceavo grado (17 años) consumió estupefacientes. Para ellos la droga preferida es la marihuana, seguida de la cocaína.

En el ámbito internacional, estudios cuyo objetivo principal era determinar la influencia diferencial de la conducta antisocial en el consumo de drogas ilegales han evidenciado que aquellos adolescentes que muestran una frecuencia de consumo mayor de cualquiera de las drogas analizadas (cannabis, derivados morfínicos, cocaína o drogas de síntesis), también obtienen mayores puntuaciones en conducta antisocial. (Muñoz Rivas, M.; Graña, J; Peña, M.; Andreu, J., 2002)

En el Informe Mundial sobre las Drogas 2012 de la UNODC (Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito) se señala que cerca de 230 millones de personas, es decir, una de cada 20, consumieron drogas ilícitas por lo menos una vez en 2010. Las drogas ilícitas alimentan la delincuencia y la inseguridad al tiempo que socavan los

derechos humanos y plantean riesgos considerables para la salud pública: "La heroína, la cocaína y otras drogas siguen matando a unas 200.000 personas al año, destruyen familias y causan sufrimiento a otros miles de personas, crean inseguridad y contribuyen a la propagación del VIH", sostuvo el director ejecutivo de esta oficina.

C. ANSIEDAD Y DEPRESIÓN ASOCIADAS AL TRASTORNO DEL ESTADO DE ÁNIMO INDUCIDOS POR SUSTANCIAS, EN ADOLESCENTES.

1. Criterios clínicos del DSM-IV-TR- para evaluar el trastorno del estado de ánimo inducidos por sustancias.

- En el cuadro clínico predomina una notable y persistente alteración del estado de ánimo caracterizada por uno (o ambos) de los siguientes estados:
 - Estado de ánimo depresivo o notable disminución de intereses o del placer en todas o casi todas las actividades.
 - Estado de ánimo elevado, expansivo o irritable

- ❖ A partir de la historia clínica, la exploración física o los exámenes de laboratorio, hay pruebas de que 1 o 2:
 - los síntomas del Criterio A aparecen durante o en el mes siguiente a una intoxicación o abstinencia
 - el empleo de un medicamento está etiológicamente relacionado con la alteración

- ❖ La alteración no se explica mejor por la presencia de un trastorno del estado de ánimo que no sea inducido por sustancias. Las pruebas de que los síntomas no son atribuides a un trastorno del estado de ánimo no inducido por sustancias pueden ser las siguientes: los síntomas preceden al inicio del consumo de la sustancia (o al consumo del medicamento); los síntomas persisten durante un período sustancial de tiempo (p. ej., alrededor de 1 mes) después del final de la abstinencia aguda o la intoxicación grave, o son claramente excesivos respecto a

lo que sería esperable dado el tipo o la cantidad de la sustancia utilizada o la duración de su uso; o hay otros datos que sugieren la existencia independiente de un trastorno del estado de ánimo no inducido por sustancias (p. ej., una historia de episodios depresivos mayores recidivantes).

- ❖ La alteración no aparece exclusivamente en el transcurso de un delirium.
- ❖ Los síntomas provocan malestar clínico significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

Nota: Este diagnóstico debe hacerse en lugar de un diagnóstico de intoxicación por sustancias o abstinencia de sustancias únicamente si los síntomas exceden de los normalmente asociados con el síndrome de intoxicación o abstinencia y cuando son de suficiente gravedad como para merecer una atención clínica independiente.

Código para trastorno del estado de ánimo inducido por (sustancia específica):

F10.8 Alcohol	[291.8]
F16.8 Alucinógenos	[292.84]
F15.8 Anfetaminas (o sustancias de acción similar)	[292.84]
F14.8 Cocaína	[292.84]
F19.8 Fenciclidina (o sustancias de acción similar)	[292.84]
F18.8 Inhalantes	[298.84]
F11.8 Opiáceos	[298.84]
F13.8 Sedantes, hipnóticos o ansiolíticos	[292.84]
F19.8 Otras sustancias (o desconocidas)	[292.84]

Para clarificar los síntomas que se presentan se debe especificar el tipo:

Con síntomas depresivos: si el estado de ánimo predominante es depresivo

Con síntomas maníacos: si el estado de ánimo predominante es elevado, eufórico o irritable

Con síntomas mixtos: si hay tanto síntomas de manía como de depresión sin que ninguno de ellos predomine.

Además, es necesario especificar el inicio del trastorno de acuerdo a los siguientes criterios:

De inicio durante la intoxicación: si se cumplen los criterios para la intoxicación por la sustancia y los síntomas aparecen durante la intoxicación.

De inicio durante la abstinencia: si se cumplen los criterios para la abstinencia de la sustancia y los síntomas aparecen durante o poco tiempo después del síndrome de abstinencia.

2. Ansiedad y Depresión

Las manifestaciones de ansiedad y depresión en adolescentes consumidores de sustancias ilícitas son comprendidas como consecuencia del proceso de desintoxicación o como resultado de síndrome de abstinencia.

La intoxicación y abstinencia de las sustancias ocasionan síndromes de ansiedad y depresión temporales, donde el individuo puede experimentar, especialmente tras la interrupción del consumo intranquilidad, desesperanza, tristeza, culpa y crisis de angustia. Estas manifestaciones mejoran tras unos días, aunque a veces pueden persistir síntomas durante meses. (Guillamón, 2006).

Se debe comprender que la problemática con las drogas no provoca directamente un cuadro de psicopatología depresiva, pero sus efectos sobre los sentimientos de culpa, desesperanza y situaciones de la vida, puede desencadenar una depresión clínica; y al mismo tiempo, como otra consecuencia puede aparecer un estado de ansiedad.

La relación existente entre ansiedad y depresión en el marco de la drogadicción, parte del hecho de que el abuso de sustancias produce en sí misma una sintomatología ansiosa, aumentando el sufrimiento psicológico y haciendo que en el individuo adicto se perciban sentimientos depresivos. (Cobo, 2006)

Una explicación más clara de la relación existente entre estas manifestaciones, se refiere a que la depresión surge de un intento de solucionar un problema; dicha solución supone un esfuerzo que a su vez genera ansiedad, la cual se va incrementando cuando se comprueba que la solución al problema no se puede encontrar. En este momento aparece nuevamente la depresión, sin abandonarse el intento de solucionar el problema, con lo cual la ansiedad persiste asociada a la depresión.

En la Revista Virtual Opción (2002), informan que el estudio nacional sobre el consumo de sustancias psicoactivas en Colombia en 1993, encontró una alta asociación entre consumo de sustancias psicoactivas y la percepción de ansiedad, depresión e intentos de suicidios.

CAPITULO SEGUNDO
INTERVENCIÓN PSICOTERAPÉUTICA
PSICODINÁMICA MIXTA

1. LA PSICOTERAPIA

La psicoterapia es considerada un espacio de reflexión entre un profesional de la salud mental y el paciente, donde se afrontan algunos problemas que se presentan en el transcurso de la vida. Se supone que el paciente visita al terapeuta para reflexionar juntos y averiguar qué es lo que ocurre, situaciones que en su mayoría son inconscientes, es decir, está fuera de nuestra conciencia. Esta técnica terapéutica presume que el conocimiento salva y que averiguando lo que se ha olvidado o de lo que no somos conscientes, se soluciona el problema.

Es la técnica o forma de tratamiento que utiliza como instrumento de curación, el proceso de comunicación entre un profesional y el consultante. Su principal finalidad es actuar sobre emociones, conductas e ideas disfuncionales. Wolberg, L., (1975), valora la psicoterapia como una forma de tratamiento para problemas de naturaleza emocional, donde una persona establece una relación profesional con un paciente, con el objetivo de alcanzar los fines terapéuticos.

La psicoterapia es un proceso que comprende sesiones semanales, en las cuales el objetivo del terapeuta es estimular al paciente a reflexionar sobre sí mismo, por lo cual es necesario que se establezca entre ellos una alianza terapéutica; una relación de colaboración, sincera, sin doble moral y empática; rigiéndose por los principios de flexibilidad, adaptabilidad, armonía, apoyo y voluntariedad de ambas partes.

E.S. Bordin en 1979, incluye tres componentes básicos que deben existir en una alianza terapéutica:

1. El acuerdo entre terapeuta y cliente sobre las metas del tratamiento,
2. El acuerdo sobre las tareas necesarias para lograr esas metas, y
3. El vínculo emocional que se crea entre terapeuta y cliente y que permite al cliente hacer progresos terapéuticos.

En este proceso, a diferencia de una conversación social, se utilizan métodos rigurosos, surgen emociones, sentimientos profundos y una comprensión enriquecida de

la realidad. Algunos de los elementos comunes que deben adjudicarse en este proceso, sin importar el tipo de psicoterapia que se disponga utilizar son:

1. Toda psicoterapia, independientemente de su marco teórico y técnico, comparten elementos comunes;
2. Todas las psicoterapias incluyen factores curativos
3. Las emociones juegan un rol central en la psicoterapia
4. El constructo “self”, es importante en la psicoterapia
5. Las experiencias tempranas tienen un impacto en el desarrollo humano
6. Las experiencias interpersonales negativas, son por lo general la base de la patología.
7. La relación terapeuta-paciente, es la llave del cambio
8. La cultura y la familia juegan un rol central en la salud y la enfermedad (Pipes,R., Davenport, 1990).

El propósito esperado de la psicoterapia es lograr el bienestar del individuo y que se modifiquen las características psicológicas, cognitivas, emocionales y conductuales que hayan contribuido al origen y mantención de síntomas y conflictos, con la consiguiente mejoría de la calidad de vida y la adquisición del aprendizaje de nuevas destrezas para enfrentar con mayor efectividad cualquier desafío que pueda surgir en el futuro.

La meta de cualquier psicoterapia es aliviar al paciente de los síntomas que los perturban o librarlo de las características discordantes de su personalidad, todo lo cual está interfiriendo con su adaptación satisfactoria respecto al mundo y los eventos. Por lo tanto, esta tiene un trabajo reparador (Colby, M., apuntes 2001).

2. LA PSICOTERAPIA BREVE, INTENSIVA Y DE URGENCIA

La Psicoterapia Breve es una técnica de intervención terapéutica que busca solucionar los problemas del individuo de una manera más rápida y eficaz; implica tratamientos mucho más cortos que los tradicionales y requiere de todas las habilidades clínicas del terapeuta, en especial de la empatía.

Bellak (1995) desarrolló un modelo de psicoterapia breve, denominada Psicoterapia Breve, Intensiva y de Urgencia y manifiesta que reconoce el mérito de otras aproximaciones a la psicoterapia breve; a la vez, declara que su enfoque es un intento más amplio de abordar todos y cada uno de los problemas que llegan a diario a clínica, debido a que el enfoque que utiliza se basa en las teorías psicoanalíticas, del aprendizaje y sistemas.

Se define este modelo de psicoterapia breve, intensiva y de urgencia como un modelo de intervención terapéutica basada en el psicoanálisis, que se enfoca en los rasgos cruciales del trastorno que se presenta, trata de comprender al paciente de la manera más completa posible, ya que selecciona los síntomas más perturbadores y sus causas y se enfoca en lo que ha sido aprendido en forma deficiente. (Bellak, 1995).

La psicoterapia breve, intensiva y de urgencia (PBIU) se enfoca y selecciona, los síntomas principales y más perturbadores y su causa, dentro de un marco de referencia más amplio, y después provee la conceptualización más certeramente orientada posible de las intervenciones psicoterapéuticas necesarias. (Bellak, 2000).

Para que este procedimiento de intervención terapéutico sea efectivo deben considerarse los siguientes aspectos:

- El establecimiento rápido de una relación fuerte entre paciente y terapeuta,
- El síntoma no ocasiona el problema más bien el foco se sitúa sobre la solución y en hacer comprender al paciente que el cambio es posible,
- Es necesario definir metas relativas a un comportamiento o cambio específico;

- La intervención debe producir cambios inmediatos,
- El estilo terapéutico es altamente activo, empático y a veces directivo,
- La responsabilidad sobre el cambio se sitúa claramente sobre el paciente,
- Fijar la terminación de la terapia antes de comenzar,
- Los resultados deben de ser medibles.
- La selección y evaluación son pasos iniciales y críticos. (Frojan M., 1998)

2.1. Principios Básicos

- *La psicoterapia breve se relaciona con la terapia tradicional a largo plazo, de la misma forma que una historieta con una novela; es decir, cada una tiene sus indicaciones, meritos, talentos, necesita sus habilidades y su propia pericia. El terapeuta debe comprender que su trabajo es valioso y no sólo elige medidas transitorias.*
- *Es esencial una conceptualización fiel, consiste en comprender todo, saber bastante y prontamente ejecutar una intervención que marque una diferencia crucial. Para lograr este punto el terapeuta debe realizar muchas tareas, pensar, planificar y conceptualizar.*
- *En lugar de seleccionar a los pacientes, se seleccionan las metas y los problemas; se deben determinar las metas de cada caso particular; no se espera que la psicoterapia breve cure una neurosis de carácter grave; es posible en ocasiones, que cambie el rasgo más perturbador de un trastorno y sugieren que la terapia breve se considera el primer método de elección y sólo cuando ésta falle o exista una razón para desear cambios más amplios, se debe utilizar la psicoterapia de larga duración o psicoanálisis.*

- *Se basa en una historia clínica exhaustiva, que se guía por conceptos formulados con claridad y utilice un estilo adecuado de comunicación;* es decir, la terapia debe involucrar una anamnesis completa, una evaluación psicodinámica y estructural tan amplia, como sea posible, así como una consideración de los aspectos sociales y médicos, con el propósito de planear las áreas y los métodos de intervención.
- *Se puede enseñar a llevar a cabo con éxito la psicoterapia breve a personas con un relativamente limitado conocimiento de psicodinamia;* debido a que suele ser ventajoso, ya que la personalidad pasiva de los psicoanalistas tiende a dificultar el grado de intervención activa, que se necesita con esta psicoterapia.
- *Guía esquemática;* el concepto de medicina de urgencia como paradigma de la psicoterapia breve.
- *La psicoterapia de urgencia no sólo se limita a la eliminación del síntoma. A pesar de las restricciones de tiempo, puede haber oportunidad de reconstituir al paciente a un mayor nivel que el premórbido;* es decir la terapia breve se tiene que definir la meta y se debe de adaptar a cualquier circunstancia.
- *Eficacia para la prevención primaria, secundaria y terciaria,* es decir, que cuando las personas se encuentran en psicológicamente en riesgo, la psicoterapia breve se puede utilizar para translaborar los problemas por adelantado, en forma de prevención.
- *Aspectos administrativos e indicaciones para la terapia breve,* el autor recomienda la psicoterapia breve como el proceso de admisión a elegir, en las clínicas y agencias sociales, así como en la práctica privada; debido a que se ayuda a reducir largas listas de espera, se puede ver a las personas de forma rápida y efectiva, antes que desarrollen cronicidad y resistencia posterior a la terapia y según estadísticas se conoce que el paciente no regresará a terapia

más de cinco veces, por no estar acostumbrado a terapias de larga duración. Este tipo de terapia es la piedra angular de la salud mental comunitaria.

- *Papel del terapeuta y resistencia a la terapia breve*; es importante que el terapeuta no pierda su autoestima, debe entender que está realizando un trabajo valioso y no sólo toma medidas momentáneas; requiere mucha más actividad mental, debe desarrollar una actitud de escucha y planificación de intervenciones en forma activa, a un grado mayor que en la terapia a largo plazo. Además, debe poseer optimismo terapéutico, para la obtención de resultados en terapia.

2.2 Perfil Básico

Bellak (2000), pretende que el perfil básico para la psicoterapia breve sea una guía para el desarrollo del proceso terapéutico y no algo forzoso; a continuación se detallan los pasos a seguir:

- Cinco o seis sesiones de 50 minutos, por lo general una por semana.
- Sesión de seguimiento un mes después, suele ser la sexta sesión.
- Anamnesis completa.
- Valoración psicodinámica y estructural.
- Consideración de los aspectos médicos y sociales.
- Plan para las áreas de intervención.
- Plan para métodos de intervención.
- Plan para la secuencia de las áreas y métodos de intervención.

- Decidir si se aplicará la terapia individual únicamente, o si se combinará con sesiones conjuntas o familiares.
- Consideraciones de condiciones facilitadoras como fármacos u hospitalización breve.

Se sugieren cinco o seis sesiones, por lo general una por semana, con una duración de 50 minutos cada una, debido a que esta cantidad parece adecuarse a la mayoría de los pacientes; aclaran que ni el número ni la disposición o duración de las sesiones son inmutables.

La elaboración de la anamnesis completa es necesaria, se debe recabar información relacionada a los síntomas secundarios, historia familiar y personal del sujeto en tratamiento. La formulación dinámica y estructural está relacionada a la interacción de las fuerzas responsables de la personalidad y psicopatología del paciente.

Los aspectos sociales, étnicos, económicos y generales son muy importantes, porque determinan el estilo de comunicación que debe tenerse en mente, respecto a lo que es patológico y lo que se encuentra dentro de lo normal, para un paciente en particular, las formas de intervención y ayuda en entender la patogénesis.

Los aspectos médicos deben incluir consideraciones de condiciones médicas que puedan representar o complicar un cuadro psiquiátrico.

Las áreas y métodos de intervención y las secuencias y métodos de las mismas, cambian de paciente a paciente, aun si sufren de modo manifiesto la misma condición.

El uso de fármacos como condiciones favorables al proceso terapéutico, pueda que algunos psicofarmacólogos no estén de acuerdo, por lo que el efecto de los neurolépticos, ansiolíticos y antidepresivos deben ser entendidos psicodinámicamente en la terapia de cada paciente.

2.3 Proceso Terapéutico

La efectividad de la terapia breve, intensiva y de urgencia resulta en la medida en que el terapeuta logre desarrollar el proceso terapéutico; es necesario conocer algunos aspectos que se deben considerar al momento de llevar a cabo este método de intervención terapéutico.

2.3.1. Guiar y controlar la intensidad del proceso terapéutico

El terapeuta debe tener control del proceso terapéutico y ser capaz de acelerar, frenar y maniobrar la terapia en direcciones óptimas. Para lograrlo se utilizan técnicas como la atención selectiva o inatención para centrar las áreas apropiadas y relevantes; la regulación de la ansiedad que siente el paciente al incrementarla por medio de la interpretación de las defensas, o disminuirla a través de medidas como la discusión de temas neutrales.

2.3.2 Facilitar la comunicación, es esencial un estilo adecuado

El terapeuta tiene la tarea de asegurar que existe un proceso terapéutico, para lograr este objetivo, tiene que facilitar al paciente la manera de contribuir con su parte en la alianza terapéutica, es decir que tenga la capacidad de comunicarse. Esto facilita la formulación de la mejor hipótesis sobre la naturaleza y significado de los síntomas y pensamientos del paciente.

2.3.3. Explicar el proceso terapéutico en términos sencillos al finalizar la sesión inicial.

Para hacer el proceso terapéutico comprensible para el paciente, se le explicará en términos simples al finalizar la sesión inicial o en otro momento el concepto de distorsión aperceptiva, es decir que su experiencia previa se ha almacenado como un gran número de imágenes y que al observar una escena contemporánea, es probable que estos recuerdos se activan y hagan que la situación actual sea vivida empañada por la experiencia del pasado, produciéndose una corrección perceptual y cambio estructural.

2.3.4. Aprendizaje facilitador

La psicoterapia es un proceso de aprendizaje, desaprendizaje y reaprendizaje, y es el terapeuta el encargado de estimularlo, utilizando ejemplos y conceptos concretos, vividos y vistosos. Al paciente se le puede expresar casi todo lo que sea necesario, siempre que se encuentre el estilo apropiado para un paciente específico; incluso la interpretación, puede darse en un tiempo relativamente corto si se hace en el estilo intelectual, conceptual y lingüístico apropiado.

2.3.5. Técnicas proyectivas

Son útiles como vehículo para la comunicación e interpretación, para aumentar la disposición psicológica del paciente y hacer egodistónico lo que con frecuencia es egosintónico para él.

2.3.6. Importancia de la educación en el tratamiento de urgencia de las reacciones emocionales a la enfermedad física, haga que el paciente esboce el órgano enfermo.

Es útil solicitarle al paciente que haga una descripción del órgano enfermo, lo cual ayuda al terapeuta a observar una demostración concreta de la distorsión de la realidad y ofrece la oportunidad para comunicarle acerca de las realidades de su problema, lo cual es más fácil de aceptar que las fantasías e ideas irracionales que ha imaginado.

2.3.7. Comunicación entre paciente y terapeuta

Una vez que el paciente empieza a comunicarse, el terapeuta se hace una idea de los denominadores comunes entre la conducta presente, la historia pasada y la relación terapéutica.

2.3.8. Interpretación

Es el proceso de señalar los denominadores comunes entre patrones afectivos y conductuales del paciente en el pasado, presente y en la situación

de transferencia.

2.3.9. Insight

Es cuando el paciente logra reconocer los denominadores comunes. Es una experiencia similar a conocer la respuesta del porqué actuar así en diversas circunstancias. La respuesta debe tener fuertes componentes afectivos y no sólo existir como un proceso intelectual.

2.3.10. Translaboración

Es el momento cuando el paciente tiene la capacidad de aplicar, a las situaciones de su vida, el insight adquirido. Esto puede ocurrir muchas veces, debido a que lo que empieza como un sistema consciente se puede convertir en automático, hasta que la reconstrucción ideal se dé.

2.4. Métodos de Intervención

2.4.1 Interpretación: es el método clásico de intervención dinámica, pero de ninguna manera es el único.

2.4.2 Catarsis y Catarsis Mediata: la catarsis puede ser una intervención importante, aunque su papel ha sido exagerado en las terapias de moda, como la primera y principal; un error común es la creencia de que la catarsis por sí sola tendrá un efecto terapéutico, cuando por sí misma es insuficiente.

La Catarsis Mediata: es un término utilizado cuando se expresa al paciente proposiciones con una carga emocional.

2.4.3. Prueba Auxiliar de la Realidad: es necesaria para informar en qué proporción se encuentra perturbado un paciente y qué tanta necesidad existe de que el terapeuta represente un papel como auxiliar para someter a prueba a la realidad y clarificar las distorsiones que el paciente tiene de ésta y funcione como un yo auxiliar para él.

2.4.4. Represión del impulso: se trata de orientar al paciente a que descargue su mente; es decir que haga una pausa en su vida para reconstituirse. Debe tenerse presente que la represión juega un papel normal en el funcionamiento cotidiano de la persona.

2.4.5. Sensibilización a las Señales: se refiere hacer consciente al paciente de que cierta conducta suya, como el “acting out” o pánico, ocurre cuando hay una constelación dinámica específica.

2.4.6. Educación: consiste en informar al paciente sobre lo que le ocurre, darle a conocer porqué reacciona de una forma particular, ante una situación específica, ayudándolo, al mismo tiempo a evitar dificultades posteriores.

2.4.7 Intelectualización: es más importante en la terapia intensiva breve, que en las tradicionales a largo plazo, ya que favorece la alianza terapéutica y colabora en asegurar al paciente que el terapeuta comprende su problemática.

2.4.8. Apoyo: consiste en que el terapeuta acepte y comprenda los sentimientos manifestados por el paciente, ayudándolo a soportar la ansiedad. Hacer afirmaciones que lo tranquilicen es importante en algunas ocasiones de la terapia, pero no puede ser la única medida tomada si se espera proporcionar algo más que ayuda.

2.4.9. Sesiones conjuntas y terapia del sistema familiar: son técnicas especiales que no pueden discutirse en detalle aquí, excepto que se pueden usar en terapia intensiva breve de una manera muy específica: el terapeuta debe conceptuar con claridad lo que desea cubrir en una sesión conjunta y después hacer arreglos para lograr las metas circunscritas; su papel es de catalizador.

2.4.10. Fármacos Psicoactivos: son una ayuda para el terapeuta, proporcionan un campo terapéutico en el cual trabajar. En terapia con frecuencia son parte de las condiciones facilitadoras que hacen posible el control de la ansiedad, trastornos en el proceso del pensamiento perturbados o la depresión, lo suficiente para que el paciente pueda permanecer en la comunidad y continuar con la psicoterapia, lo que de otra manera sería en extremo difícil. (Bellak, L., 2000)

3. LA PSICOTERAPIA BREVE PSICODINÁMICA

La psicoterapia psicodinámica es un enfoque terapéutico derivado del Psicoanálisis y tiene sus bases en los planteamientos de Sigmund Freud; está orientada al establecimiento de una especial relación entre el sujeto y el terapeuta.

Es un medio para lograr un objetivo que debe traducirse en el bienestar del paciente o cliente y aliviar su sufrimiento emocional, es decir, ayudarlo a explorar las causas emocionales de sus problemas psicológicos y conductuales, con el objetivo de solucionarlos y crecer como persona; también ayuda a superar los momentos de crisis, lograr objetivos y tener una mejor calidad de vida.

Como objetivos centrales la terapia psicodinámica tiene los siguientes:

- Ayuda a descubrir y resolver los motivos conscientes e inconscientes (traumas, miedos, carencias) de los problemas personales.
- Ofrecer una guía poderosa, estímulo y apoyo incondicional para expresar los verdaderos sentimientos, pensamientos y deseos; recobrar la autoestima y libertad interior y realizar los deseos y proyectos, así como madurar emocionalmente.

3.1 Psicoterapia Individual

La psicoterapia individual es el encuentro entre el terapeuta y el paciente, en un

ambiente de aceptación, confidencialidad y apertura, donde el paciente puede expresar sus problemas y emociones. Con esta técnica terapéutica se identifican los conflictos personales y su origen, los cuales pueden ser consecuencia de situaciones especiales, de nuestra propia historia personal.

El enfoque que se maneja en la psicoterapia individual es psicoanalítico, este tipo de técnica es apropiado para personas que voluntariamente desean mejorar su estado psíquico y su funcionamiento mental, ya sea para verse libres de síntomas y molestias tales como inhibiciones, ansiedades, fobias, compulsiones, trastornos de la sexualidad, etc.

La psicoterapia individual, tiene como objetivo analizar el consciente de la persona, indagando en el por qué de la dinámica de sus conductas, sus orígenes y consecuencias. (www.psicoterapeutas.org)

3.2. Psicoterapia de Grupo

Es una forma especial de terapia o técnica de tratamiento en la cual un pequeño grupo, dentro del cual se encuentra el paciente, se reúnen, y guiados por un profesional como punto de referencia, tratan de movilizar las actitudes negativas que dificultan la comunicación y convivencia, y aliviar tensiones emocionales, que pueden traer como consecuencia sufrimiento tanto al paciente, como a las personas de su entorno social y familiar.

Una sesión de terapia de grupo es una reunión, con una duración de 50 minutos, donde los miembros se ocupan de expresar honesta y libremente sus problemas, sentimientos, ideas y reacciones, mientras que el terapeuta asume la responsabilidad clínica del grupo y los participantes. Los miembros del grupo, aprenden de su propia

experiencia y problemas, y al mismo tiempo son ayuda terapéutica para los otros participantes.

Algunas de las características de los grupos que le ha garantizado el logro de los fines antes mencionados son los siguientes:

- la economía de recursos que se logra mediante el trabajo con grupos, resulta incomparable si la atención prestada se realiza a los sujetos individualmente.
- La información que el sujeto recibe en el grupo, es mucho más que la que puede obtener a partir de la sola fuente del terapeuta, en el grupo, las fuentes de experiencias e informaciones se multiplicarán y éstos no sólo provienen del terapeuta sino también de los restantes miembros, lo que abre un amplio margen para el intercambio de ideas, sentimientos y otras experiencias.
- el grupo no sólo posibilita el intercambio de experiencias sino que amplía la red de apoyo social que el sujeto recibe. Probablemente uno de los aspectos más importantes de las experiencias grupales se vincula a esta experiencia de ayudar y ser ayudado.
- el grupo posibilita nuevas posibilidades de aprendizaje interpersonal, donde sus integrantes pasan por un proceso en el cual, los comportamientos formales que inicialmente los mismos manifiestan unos en relación con los otros, se van tornando en comportamientos espontáneos, íntimos, verdaderos, no formales, los sujetos llegan a sentirse auténticos en su trato con los otros
- el grupo permite a sus integrantes el logro de una universalidad en cuanto a la apreciación de los problemas comunes, lo cual contribuye a que los sujetos estén menos centrados en sí mismos y dejen de verse como “víctimas de su destino”.
- en el grupo, el individuo acrecienta su capacidad para enfrentar y resolver problemas; y aumenta la comprensión y una mayor sensibilidad hacia los comportamientos y actividades propias y de los demás integrantes.

3.3. Psicoterapia Mixta

Cuando en la práctica terapéutica se unen los efectos de la psicoterapia individual y los de la psicoterapia grupal, le denominamos psicoterapia mixta.

La intervención Psicoterapéutica Psicodinámica Mixta, es un enfoque terapéutico que ayuda al paciente a aumentar su consciencia sobre sus conflictos inconscientes, sentimientos, motivaciones, deseos y fantasías, así como sobre sus patrones de comportamiento y relaciones problemáticas, con el objetivo de que pueda encontrar nuevas normas de relacionarse consigo mismo y con los demás.

Es una modalidad terapéutica donde se realizan sesiones de terapia individual y grupal, con la finalidad global de que el individuo se conozca a sí mismo y tenga insight de sus pensamientos, motivaciones y conductas y al mismo tiempo aprenda, a través de la dinámica de las relaciones interpersonales en el grupo, y así mejorar la comunicación entre sus miembros y analizando los problemas personales de cada uno y su repercusión en las demás personas en el grupo.

CAPITULO TERCERO
ASPECTOS METODOLÓGICOS

1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La drogadicción en adolescentes es un tema completamente vigente e importante; que se escucha en cualquier parte de nuestro país, siendo más frecuente en las ciudades grandes, pero que en nuestras ciudades pequeñas va en aumento; trayendo como consecuencia que muchos adolescentes han errado en su proyecto y posibilidades de vida al involucrarse en el mundo del consumo de las drogas.

El consumo de drogas, el aumento de la violencia y la delincuencia juvenil son problemáticas que están causando una creciente alarma social, apreciándose que los actos delictivos se cometen cada vez más a una edad temprana, de forma reincidente, más violenta y participando un número mayor de autores.

La población adolescente tiene necesidades sanitarias específicas de este periodo de edad y estado de desarrollo, siendo evidente en nuestra sociedad, la crisis que está experimentando, motivada por los eventos característicos de la etapa y por factores externos como la carencia de patrones familiares adecuados, la delincuencia y el consumo de drogas, entre otros.

Muchas de las causas de mortalidad (accidentes de vehículo a motor, sobredosis de drogas, homicidio, suicidio) y morbilidad (abuso de sustancias, infecciones de transmisión sexual, embarazo) en este grupo de edad, están relacionadas directa o indirectamente con comportamientos de riesgo, los cuales tienen su comienzo durante la adolescencia y son potencialmente prevenibles. Ciertos grupos de adolescentes, entre los que se incluyen los adolescentes delincuentes, presentan una vulnerabilidad sanitaria especial como resultado de sus antecedentes y circunstancias psicosociales, estado de salud física o mental, características de desarrollo y estado legal. (Gonzalo, O., 2002)

La relación existente entre los actos delictivos y el consumo de sustancias ilícitas es común, en los adolescentes que se encuentran internos en el centro de custodia y cumplimiento de la Provincia de Herrera. Un factor a considerar es el nexo entre los problemas de consumo de drogas y el efecto que subyace en la salud mental de los

adolescentes, que por el proceso legal que enfrentan dejan su consumo de manera inesperada.

Existen investigaciones que ponen de manifiesto la importante relación existente entre el uso y el abuso de algunas sustancias y la presencia de problemas de salud mental, que debido a su interrupción conduce a un síndrome de abstinencia caracterizado por ansiedad, depresión, irritabilidad, alteraciones del sueño y disminución del apetito. (Guillamón, N., 2006)

Según estadísticas proporcionadas por el Juzgado de Niñez y Adolescencia de Herrera, desde el año 2005 al año 2009 el porcentaje de adolescentes que incurrieran en delitos relacionados con drogas oscilaban entre el 16.6 % y el 11.4 % respectivamente, en el año 2010 el porcentaje fue de 10.9%; para el año 2011, fue el 10.2% y para el año 2012 se dio un aumento del 19.4 %; agregando que la mayoría de los adolescentes son del sexo masculino. Sólo tres se encuentran internos en el centro de custodia y cumplimiento, provenientes de este despacho judicial.

Según datos proporcionados por el Instituto de Estadística y Censo de Panamá, en el año 2011, los adolescentes atendidos en los juzgados de niñez y adolescencia y penales de adolescentes de la República, por delitos relacionados con drogas fueron 215 casos, en su mayoría adolescentes del sexo masculino el 80%, del sexo femenino el 5.1%, el 13% en sumarias de investigación y el 0.93% no especificado. Las edades oscilaron de 13 a 17 años. El tipo de ingreso de los adolescentes atendidos en estas instancias fueron, el 59.5% de primer ingreso, el 4.6% de reingreso, el 6.9% por sumarias de investigación y el 28.8% son casos no especificados.

Cabe destacar que dentro del Centro de Custodia y Cumplimiento de Herrera, en estos momentos la población adolescente es de 44 internos provenientes de las diversas provincias del país, siendo la mayoría consumidores de drogas, manifestándose síntomas depresivos y de ansiedad, vinculados a la interrupción de su consumo, las nuevas normas de autoridad ejercidas y al proceso de adaptación dentro del centro.

El tratamiento de estos adolescentes con trastornos del estado de ánimo por consumo de sustancias se veía limitado, ya que no se contaba con tratamientos a nivel de fármaco dependencia ni intervenciones psicoterapéuticas de ningún tipo; brindando sólo la intervención por parte de Psicología, en el dialogo con el adolescente, sin un seguimiento psicológico basado en un enfoque terapéutico. Se cuenta con el apoyo que recibe la institución por parte de personas voluntarias o estudiantes universitarios que realizan su práctica profesional y las técnicas de resocialización básicas como educación académica; terapia ocupacional y deportes, este último en menos proporción debido a la alta población de adolescentes y la falta de personal custodio.

Tomando en cuenta que la drogadicción siendo una enfermedad y no simplemente una costumbre o un vicio, demanda tratamiento especializado y apoyo familiar, pero, sobre todo, voluntad y deseo de superarlo de parte del joven nació nuestro interés en promover un tipo de intervención psicoterapéutica psicodinámica mixta con los adolescentes que presentan ansiedad y depresión asociadas al Trastorno del Estado de Ánimo inducidos por sustancias, reclusos en este centro de custodia y cumplimiento, con el propósito de reducir estos síntomas y brindar una ayuda terapéutica que aportara una mejoría en la estabilidad emocional del adolescente, como parte integral de su resocialización.

Con la confianza de que este tipo de intervención psicoterapéutica aportará a la mejoría de los adolescentes y abrirá nuevos campos de investigación en la búsqueda de técnicas terapéuticas que encajen con la problemática estudiada, surge nuestra pregunta de investigación:

¿Los adolescentes con ansiedad y depresión derivadas del trastorno del estado de ánimo inducido por sustancias que se encuentran reclusos en un Centro de Custodia y Cumplimiento y que participen de un programa de intervención psicoterapéutico psicodinámico mixto, reducirán estos síntomas?

2. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

2.1 Objetivos Generales

- Identificar los síntomas depresivos y de ansiedad que presentan los adolescentes con trastorno del estado de ánimo inducido por sustancias y que se encuentran reclusos en un Centro de Custodia y Cumplimiento.
- Describir la dinámica personal y familiar de estos jóvenes mediante la historia clínica y el examen mental.
- Brindar tratamiento psicológico mediante un programa de intervención psicoterapéutico psicodinámico mixto a adolescentes reclusos en un Centro de Custodia y Cumplimiento con trastorno del estado de ánimo inducido por sustancias, posibilitándose la oportunidad de disminuir los niveles de ansiedad y síntomas depresivos que subyacen a este trastorno.

2.2 Objetivos Específicos

- Evaluar mediante la entrevista clínica los síntomas depresivos y de ansiedad presentes en los jóvenes que participen del estudio.
- Realizar un estudio de caso y efectuar un diagnóstico multiaxial según los criterios del DSM-IV-TR. Definir los rasgos de personalidad presentes.
- Diseñar una estrategia de intervención psicoterapéutica mixta (individual y grupal), en base a la teoría psicodinámica.
- Realizar las pruebas de hipótesis para cada una de las variables de ese estudio.
- Validar la efectividad del programa de intervención psicoterapéutico psicodinámico mixto aplicado a adolescentes con trastorno del estado de ánimo inducido por sustancias y que se encuentran reclusos en un Centro de Custodia y Cumplimiento.
- Presentar resultados y conclusiones de este estudio.

3. HIPÓTESIS

3.1 Hipótesis Conceptual

- Los jóvenes adolescentes reclusos en el Centro de Custodia y Cumplimiento que presentan síntomas derivados del Trastorno del Estado de Ánimo Inducido por Sustancias y que participen del programa de intervención psicoterapéutico mixto, reportarán mejoría significativa en los niveles de ansiedad y depresión.

3.2 Hipótesis Estadísticas

- Ho: No existen diferencias significativas en los niveles de ansiedad de los jóvenes adolescentes reclusos en el Centro de Custodia y Cumplimiento que presentan síntomas derivados del Trastorno del Estado de Ánimo Inducido por Sustancias y que participen del programa de intervención psicoterapéutico mixto.
- Hi: Existen diferencias significativas en los niveles de ansiedad de los jóvenes adolescentes reclusos en el Centro de Custodia y Cumplimiento que presentan síntomas derivados del Trastorno del Estado de Ánimo Inducido Por Sustancias y que participen del programa de intervención psicoterapéutico mixto.

$$H_0: X_1 = X_2$$

$$H_1: X_1 \neq X_2$$

- Ho: No existen diferencias significativas en los niveles de depresión de los jóvenes adolescentes reclusos en el Centro de Custodia y Cumplimiento que presentan síntomas derivados del Trastorno del Trastorno del Estado de Ánimo Inducido Por Sustancias y que participen del programa de intervención psicoterapéutico mixto.

- **Hi:** Existen diferencias significativas en los niveles de depresión de los jóvenes adolescentes reclusos en el Centro de Custodia y Cumplimiento que presentan síntomas derivados del Trastorno del Estado de Ánimo Inducido Por Sustancias y que participen del programa de intervención psicoterapéutico mixto.

$$H_0: X_1 = X_2$$

$$H_1: X_1 \neq X_2$$

Pre test del Grupo Experimental y Pre test del Grupo Control

Ho: No existen diferencias entre los puntajes del pre test del grupo experimental y el pre test del grupo control para la subescala Ansiedad Total.

Hi: Existen diferencias entre los puntajes del pre test del grupo experimental y el pre test del grupo control para la subescala Ansiedad Total.

$$H_0: X_1 = X_2$$

$$H_1: X_1 \neq X_2$$

Ho: No existen diferencias entre los puntajes del pre test del grupo experimental y el pre test del grupo control para la escala de Depresión.

Hi: Existen diferencias entre los puntajes del pre test del grupo experimental y el pre test del grupo control para la escala de Depresión.

$$H_0: X_1 = X_2$$

$$H_1: X_1 \neq X_2$$

Pre test y Post test del Grupo Experimental

Ho: No existen diferencias entre los puntajes del pre test y post test del grupo experimental para la subescala Ansiedad Fisiológica.

Hi: Existen diferencias entre los puntajes del pre test y post test del grupo experimental para la subescala Ansiedad Fisiológica.

$$\text{Ho: } X_1 = X_2$$

$$\text{Hi: } X_1 \neq X_2$$

Ho: No existen diferencias entre los puntajes del pre test y post test del grupo experimental para la subescala Inquietud/Hipersensibilidad.

Hi: Existen diferencias entre los puntajes del pre test y post test del grupo experimental para la subescala Inquietud/Hipersensibilidad.

$$\text{Ho: } X_1 = X_2$$

$$\text{Hi: } X_1 \neq X_2$$

Ho: No existen diferencias entre los puntajes del pre test y post test del grupo experimental para la subescala Preocupaciones Sociales/Concentración.

Hi: Existen diferencias entre los puntajes del pre test y post test del grupo experimental para la subescala Preocupaciones Sociales/Concentración.

$$\text{Ho: } X_1 = X_2$$

$$\text{Hi: } X_1 \neq X_2$$

Ho: No existen diferencias entre los puntajes del pre test y post test del grupo experimental para la subescala Ansiedad Total.

Hi: Existen diferencias entre los puntajes del pre test y post test del grupo experimental para la subescala Ansiedad Total.

$$H_o: X_1 = X_2$$

$$H_i: X_1 \neq X_2$$

Ho: No existen diferencias entre los puntajes del pre test y post test del grupo experimental para la escala de Depresión.

Hi: Existen diferencias entre los puntajes del pre test y post test del grupo experimental para la escala de Depresión.

$$H_o: X_1 = X_2$$

$$H_i: X_1 \neq X_2$$

Pre test y Post test del Grupo Control

Ho: No existen diferencias entre los puntajes del pre test y post test del grupo control para la subescala Ansiedad Fisiológica.

Hi: Existen diferencias entre los puntajes del pre test y post test del grupo control para la subescala Ansiedad Fisiológica.

$$H_o: X_1 = X_2$$

$$H_i: X_1 \neq X_2$$

Ho: No existen diferencias entre los puntajes del pre test y post test del grupo control para la subescala Inquietud/Hipersensibilidad.

Hi: Existen diferencias entre los puntajes del pre test y post test del grupo control para la subescala Inquietud/Hipersensibilidad.

$$Ho: X_1 = X_2$$

$$Hi: X_1 \neq X_2$$

Ho: No existen diferencias entre los puntajes del pre test y post test del grupo control para la subescala Preocupaciones Sociales/Concentración.

Hi: Existen diferencias entre los puntajes del pre test y post test del grupo control para la subescala Preocupaciones Sociales/Concentración.

$$Ho: X_1 = X_2$$

$$Hi: X_1 \neq X_2$$

Ho: No existen diferencias entre los puntajes del pre test y post test del grupo control para la subescala Ansiedad Total.

Hi: Existen diferencias entre los puntajes del pre test y post test del grupo control para la subescala Ansiedad Total.

$$Ho: X_1 = X_2$$

$$Hi: X_1 \neq X_2$$

Ho: No existen diferencias entre los puntajes del pre test y post test del grupo control para la escala de Depresión.

Hi: Existen diferencias entre los puntajes del pre test y post test del grupo control para la escala de Depresión.

$$Ho: X_1 = X_2$$

$$Hi: X_1 \neq X_2$$

4. DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

Se trató de una investigación, tipo cuasi - experimental con pretest, postest, grupo control o lista de espera y estudio de caso, para evaluar el efecto de una intervención psicoterapéutica psicodinámica mixta aplicada a un grupo de adolescentes con trastorno del estado de ánimo inducido por sustancias y que se encontraban recluidos en un Centro de Custodia y Cumplimiento.

Es una investigación cuasi-experimental dado que no pudimos mantener todos los controles necesarios que exige una investigación experimental y porque los sujetos no fueron asignados aleatoriamente a los grupos. (Kazdin, 2001).

Los diseños con pretest, postest y grupo control consiste de un mínimo de dos grupos, donde uno recibe tratamiento y el otro no; la característica esencial de este diseño es que los sujetos son evaluados antes y después de la intervención, de esta manera el efecto de la intervención se refleja en la cantidad de cambio de la evolución pretest a postest. (Kazdin, 2001).

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

El diseño puede representarse así:

<u>G₁</u>	<u>Pretest</u>	<u>X</u>	<u>Posttest</u>
G ₂	Pretest	0	Posttest

donde,

G₁ = Grupo Experimental

G₂ = Grupo Control en lista de espera

Pretest = Primera evaluación de las variables dependientes

X = Intervención Psicoterapéutica Mixta

0 = Ausencia de Intervención

Posttest = Segunda evaluación de las variables dependientes

5. VARIABLES DE INVESTIGACIÓN

5.1 Variable Independiente

Intervención Psicoterapéutica Psicodinámica Mixta (individual y grupal)

5.2 Variables Dependientes

Ansiedad

Depresión

5.3 Definición Conceptual de la Variable Independiente:

5.3.1 Intervención Psicoterapéutica Psicodinámica Mixta (individual y grupal)

La intervención psicodinámica es un proceso de comunicación entre un psicoterapeuta entrenado para evaluar y generar cambios; y una persona que acude a consultarlo, «paciente» o «cliente», que se da con el propósito de una mejora en la calidad de vida en este último, a través de un cambio en su conducta, actitudes, pensamientos o afectos. (www.wikipedia.org)

La intervención Psicoterapéutica Psicodinámica Mixta, es un enfoque terapéutico que ayuda al paciente a aumentar su consciencia sobre sus conflictos inconscientes, sentimientos, motivaciones, deseos y fantasías, así como sobre sus patrones de comportamiento y relaciones problemáticas, con el objetivo de que pueda encontrar nuevas normas de relacionarse consigo mismo y con los demás. Esta puede ser individual o grupal. La intervención terapéutica individual, analiza el consciente de la persona, indagando en el por qué de las conductas, sus orígenes y consecuencias; la intervención terapéutica grupal, analiza la dinámica de las relaciones interpersonales en el grupo, para mejorar la comunicación entre sus miembros y analizar los problemas personales de cada miembro y su repercusión en las demás personas en el grupo. (www.psicoterapeutas.org)

Cuando unimos los efectos de la psicoterapia individual y los de la psicoterapia grupal, le denominamos psicoterapia mixta.

5.4 Definición Operacional de la Variable Independiente:

5.4.1 Intervención Psicoterapéutica Psicodinámica Mixta (individual y grupal)

La realización de la intervención psicoterapéutica se dará bajo los siguientes parámetros:

a) Dos sesiones de evaluación, donde se harán entrevistas clínicas con la finalidad de reconocer los síntomas depresivos y de ansiedad presentes en los jóvenes que participen

del estudio; su anamnesis, examen mental y el motivo manifiesto de su problema; posteriormente se procederá a la aplicación de las diferentes escalas relacionadas a la medición de los niveles de ansiedad y depresión; seguido de ocho sesiones donde se hará la intervención de manera individual.

En la fase individual, comenzó realizando una entrevista inicial, se buscó el primer contacto, con el adolescente, y se explicó los lineamientos y duración de la terapia, además, se firmó la nota de Consentimiento Informado.

b) Cuatro sesiones de grupo con la técnica psicodinámica, buscando que los adolescentes tengan autoconocimiento de lo que origina su conflictiva y aprendan a manejarlos de una manera más adaptativa. En estas sesiones grupales, se trabajan las áreas de interés clínico, como la ansiedad y depresión.

Las terapias de grupo ofrecen elementos reparadores definidos, que le dan una cualidad especial al proceso terapéutico (Setton, Lea 1995). La dinámica de esta estrategia de tratamiento es reproducir en un espacio pequeño, lo que ocurre en la sociedad. (Ver Anexo No. 2).

5.5 Definiciones Conceptuales de las Variables Dependientes:

5.5.1 Ansiedad:

Es una respuesta emocional o patrón de respuestas que engloba aspectos cognitivos displacenteros, de tensión y aprensión; aspectos fisiológicos, caracterizados por un alto grado de activación del sistema nervioso autónomo y aspectos motores que suelen implicar comportamientos poco ajustados y escasamente adaptativos. La respuesta de ansiedad puede ser elicitada tanto por estímulos externos o situacionales como por estímulos internos al sujeto tales como pensamientos, ideas, imágenes, etc., que son percibidos por el individuo como peligrosos o amenazantes. (Tobal, 1990).

La ansiedad como un estado emocional suele asociarse a preocupaciones excesivas y tener componentes como nerviosismo, dificultad para concentrarse, irritabilidad, fatiga, tensión muscular, cefaleas y sudoración, entre otros. (Spielberger, Ch., 1990).

Laplanche y Otros (1967) considera que la ansiedad es la reacción del individuo cada vez que se encuentra en una situación traumática, es decir, sometido a una afluencia de excitaciones, de origen externo o interno, que es incapaz de controlar.

5.5.2 Depresión:

Consiste en un estado de ánimo bajo, con pérdida del interés en casi todas las áreas y actividades, lo que representa un cambio drástico en la manera de ser de la persona, previo a la aparición de estos síntomas, y con características agregadas como la alteración del apetito, alteraciones del sueño, agitación o enlentecimiento psicomotriz, disminución de energía, sentimientos excesivos o inadecuados de inutilidad, sentimientos de culpa, dificultades de pensamiento o de concentración e ideas de muerte o suicidio recurrentes. También se presentan, sentimientos de tristeza, de desamparo, amor propio disminuido, sentimientos de que la seguridad está amenazada debido a la pérdida de algo o alguien que la garantizaba e incapacidad de enfrentarse solo a las diferentes exigencias de la vida. (Cobos, 2006)

5.6 Definiciones Operacionales de las Variables Dependientes:

5.6.1 Ansiedad:

Presencia de puntuaciones altas en la sub escala de ansiedad total (T mayor a 60) de la Escala de Evaluación de Ansiedad C-MAS-R, así como de las otras sub escalas de la prueba.

5.6.2 Depresión:

Presencia de puntuaciones altas en el índice EAD (puntuaciones mayores de 50) de la Escala Autoaplicada de Depresión de Zung.

6. POBLACIÓN Y MUESTRA

6.1 Población

La población de nuestra investigación fueron todos los adolescentes consumidores que presentaban ansiedad y depresión clínicamente significativa subyacentes al Trastorno del Estado de Ánimo Inducido por Sustancias, recluidos en el Centro de Custodia y Cumplimientos de Herrera, durante el periodo comprendido entre los meses de abril a mayo de 2011.

6.2 Muestra

La muestra estuvo integrada por aquellos adolescentes entre 12 y 18 años de edad, consumidores, que presentaron manifestaciones de ansiedad y depresión clínicamente significativa, que cumplieron con los criterios de inclusión y que expresaron su acuerdo de participar en el estudio mediante la firma del Consentimiento Informado. Se utilizó un muestreo intencional, es decir, todos los sujetos que cumplieran con los criterios de inclusión fueron seleccionados para este estudio, donde se dividió el grupo en dos de forma aleatoria. Unos para el grupo experimental y otros para el grupo control.

6.3 Criterios de Inclusión

- Ser adolescente interno en el Centro de Custodia y Cumplimiento de Herrera
- Tener entre 12 a 18 años de edad

- Con síntomas de ansiedad y depresión clínicamente significativa.
- Disposición de participar de la investigación
- Firma de la nota de consentimiento informado por parte de cada adolescente.
(Ver Anexo No.1)
- Consentimiento de la directora del CCCH

6.4 Criterios de Exclusión

- Retardo Mental
- Haber culminado su periodo de internación en el Centro de Custodia y Cumplimiento de Herrera
- Estar en una condición crítica de salud física que no le permita moverse
- No consentir su participación
- Pobre motivación para participar del programa
- Expresar el deseo de no continuar el tratamiento psicoterapéutico en cualquiera de sus fases

7. TÉCNICAS DE MEDICIÓN E INSTRUMENTOS

7.1 Entrevista Clínica Psicológica Individual

La entrevista clínica tiene tres metas principales: recabar información acerca del paciente, obtener los datos necesarios para llegar a un diagnóstico y establecer una relación con el paciente que permita una evaluación e intervención continua si se requiere. (Compas, B.,2003) .

La entrevista se realizó a los participantes con el objetivo de conocer los antecedentes del mismo, captar la existencia de síntomas de ansiedad y depresión antes de su internamiento, con la finalidad de establecer los criterios diagnósticos para el trastorno y el estado mental. (Ver Anexo No. 3).

7.2 Escala de Evaluación de Ansiedad C-MAS-R

Subtitulada “lo que pienso y siento”; fue desarrollada por los Doctores Cecil B. Reynolds y Bert O. Richmond. Se trata de un cuestionario autoaplicable de 37 reactivos, diseñado para determinar el nivel y naturaleza de la ansiedad en niños y adolescentes entre los 6 y 19 años de edad. Puede ser aplicado de manera individual o grupal. Las respuestas son del tipo “Sí” y “No”; donde las respuestas “Sí”, indican que el reactivo describe los sentimientos o acciones del niño, mientras que las respuestas “No”, indican que el reactivo por lo general no lo está describiendo.

La totalidad de las puntuaciones corresponde al Índice de Ansiedad Total, pero también proporcionan cuatro calificaciones adicionales: Ansiedad fisiológica, Inquietud/hipersensibilidad, Preocupaciones sociales /concentración y finalmente una Escala de Falsedad/mentira.

Esta escala es muy útil en la evaluación de niños /adolescentes con problemas de estrés académico, ansiedad ante los exámenes, conflictos familiares, drogodependencias, conductas perturbadoras, problemas de personalidad, etc. Consta de baremos originales americanos y también de población uruguaya (6 a 17 años, varones y mujeres, uno de cada grupo de edad y sexo).

Tiene una consistencia interna realizada a través de la prueba estadística Kuder-Richardson, coeficiente alfa, obteniendo un valor de 0.83, lo que indica una alta consistencia interna a lo largo del tiempo. El índice de confiabilidad es de 0.80 para niños y niñas, independientemente de la edad.

7.3 Escala Autoaplicada de Depresión de ZUNG

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

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

El paciente cuantifica no la intensidad sino solamente la frecuencia de los síntomas, utilizando una escala de Likert de 4 puntos, desde 1 (raramente o nunca) hasta 4 (casi todo el tiempo o siempre). El marco temporal no está claramente establecido, y así en unas versiones se le pide al paciente que evalúe la frecuencia de los síntomas de modo indeterminado o con una expresión

Los índices de fiabilidad son buenos (índices de 0,70-0,80 en la fiabilidad dos mitades, índice α de Cronbach entre 0,79 y 0,92) 6,20; mientras que 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.

Esta escala 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. PROCEDIMIENTO ESTADÍSTICO

El procedimiento estadístico a utilizar será la estadística descriptiva donde se incluye la distribución de frecuencias, las medidas de tendencia central y las de variabilidad.

Los síntomas de ansiedad y depresión asociados a un trastorno del estado de ánimo, en los adolescentes se evaluaron utilizando los criterios clínicos del DSM-IV, específicamente para medir la presencia de un trastorno del estado de Ánimo inducido por sustancias. La entrevista psicológica se evaluó de forma cualitativa.

Para probar la hipótesis de investigación y detectar una disminución de los niveles de ansiedad y depresión se aplicó las pruebas estadísticas no paramétricas; prueba de Rangos Signados de Wilcoxon y la prueba de U de Mann-Whitney para muestras relacionadas.

Establecemos un nivel de significación de alfa 0.05, por lo tanto tendremos un porcentaje de confianza de 95% y un margen de error de $\pm 5\%$.

Los datos estadísticos serán procesados mediante el programa XLSTAT. Versión 2009 para Windows.

CAPITULO CUARTO
PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DE RESULTADOS

Los resultados de esta investigación serán presentados en dos secciones: en la primera se describen las características de la muestra tomando en cuenta aspectos demográficos, y en la segunda, se presentan la prueba de hipótesis y el análisis de los resultados obtenidos a través de la aplicación de la Intervención Psicoterapéutica Psicodinámica Mixta.

1. DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS DE LA MUESTRA

Descripción de los sujetos de esta investigación: a continuación detallamos las características de la muestra, la cual estuvo constituida por diez (10) adolescentes varones, solteros.

Tabla No. 1
Distribución de la muestra: Edad

RANGO DE EDAD	Sujetos del Grupo Experimental	%	Sujetos del Grupo Control	%
14 – 16	2	33	1	25
17 – 18	4	67	3	75
TOTAL	6	100	4	100

Fuente: Arelys K. Arrué (2011)

En la Tabla No.1 se observa que el 67% de la muestra del grupo experimental se encuentra en el rango de 17-18 años de edad, lo que nos señala que la mayoría son adolescentes tardíos y dos de ellos (33%) se ubican en el rango 14-16 de años de edad.

En la muestra perteneciente al grupo control el 75% se encuentra en el rango de 17-18 años de edad, y sólo el 25 % se ubica en el rango de 14-16 años de edad.

Tabla No. 2
Distribución de la muestra, según la Escolaridad

ESCOLARIDAD	Sujetos del Grupo Experimental	%	Sujetos del Grupo Control	%
Séptimo Grado	2	34	0	0
Octavo Grado	3	50	2	50
Noveno Grado	1	16	2	50
TOTAL	6	100	4	100

Fuente: Arellys K. Arrué (2011)

Esta Tabla No.2, indica que la escolaridad de nuestros participantes del grupo experimental, en su mayoría, el 50% completaron el octavo grado de escuela secundaria; mientras que el 34%, asiste al séptimo grado y sólo el 16 %, de la muestra se encuentra en noveno grado. Resulta interesante destacar que en todos los casos de la muestra seleccionada para este estudio había completado sus estudios elementales de escuela primaria. Todos estaban en capacidad y dominio de la lectura y la escritura.

En el grupo control se apreció que el 50% de los participantes completaron el octavo grado, mientras que el resto (50%), el noveno grado.

Tabla No. 3
Distribución de la muestra según Nivel Socioeconómico

NIVEL SOCIOECONOMICO	Sujetos del Grupo Experimental	%	Sujetos del Grupo Control	%
Bajo	2	34	2	50
Medio Bajo	4	66	2	50
TOTAL	6	100	4	100

Fuente: Arellys K. Arrué (2011)

La tabla No. 3 presenta la variable nivel socioeconómico, tanto para el grupo experimental como el grupo control. Queda evidenciado que estos adolescentes han vivido limitaciones tanto sociales como económicas dentro de su núcleo familiar. Es típico las carencias en cuanto a alimentación, vivienda, transporte y apoyo para mantenerse dentro del sistema escolar regular. De nuestros adolescentes, del grupo experimental el 66% proviene de un nivel medio bajo; mientras que el resto (34%) de uno bajo.

Tabla No. 4
Distribución de la muestra según creencia religiosa

RELIGIÓN	Sujetos del Grupo Experimental	%	Sujetos del Grupo Control	%
Católica	3	50	2	50
Evangélica	1	16	1	25
Católica-Evangélica	1	16	0	0
Ninguna	1	16	1	25
TOTAL	6	100	4	100

Fuente: Arellys K. Arrué (2011)

La religión practicada por nuestros participantes del grupo experimental y el grupo control queda plasmada en la Tabla No.5, donde el 50% de los adolescentes practica la religión católica; mientras que un 16% y 25% practica la evangélica, el otro 16% participa tanto de la católica como de la evangélica y por último el 16% y 25% es no practicante religioso.

Estos datos apuntan a que la muestra estudiada se identifica como perteneciente a una comunidad religiosa y sólo el 16 y 25% se identificó como sin ninguna creencia religiosa.

2. ANALISIS ESTADÍSTICOS DE LOS RESULTADOS Y PRUEBAS DE HIPÓTESIS

A continuación pasaremos al análisis y las pruebas de hipótesis de esta investigación.

TABLA No. 5
COMPARACIÓN ENTRE LOS PRE-TEST DEL GRUPO EXPERIMENTAL Y GRUPO CONTROL DE LA ESCALA ANSIEDAD TOTAL CMAS-R.

Sujeto	1	2	3	4	5	6
Ansiedad Total Pre test G. Exp	60	62	67	60	62	67
Ansiedad Total Pre test G. Control	60	62	59	57		

Hipótesis.

Ho: No existen diferencias entre los puntajes de la subescala Ansiedad Total obtenidos por los sujetos del grupo experimental y los del grupo control antes de iniciado el tratamiento.

Hi: Existen diferencias entre los puntajes de la subescala Ansiedad Total obtenidos por los sujetos del grupo experimental y los del grupo control antes de iniciado el tratamiento.

Estadística Descriptiva:

Cálculo del estadístico de la prueba:

Observaciones	Media	Desv.Estandar
6	63.00	3.22
4	59.50	2.08

Prueba de Mann-Whitney (bilateral)

U	20.000
Esperanza	12.000
Varianza (U)	20.800
p-valor (bilateral)	0.100
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 .

Conclusión: A un nivel de significación del 5% los puntajes obtenidos en el pretest en la sub escala de Ansiedad Total no varían significativamente en los grupos experimental y control.

GRÁFICA NO. 1

COMPARACIÓN ENTRE LOS PRE-TEST DEL GRUPO EXPERIMENTAL Y GRUPO CONTROL DE LA SUBESCALA ANSIEDAD TOTAL CMAS-R

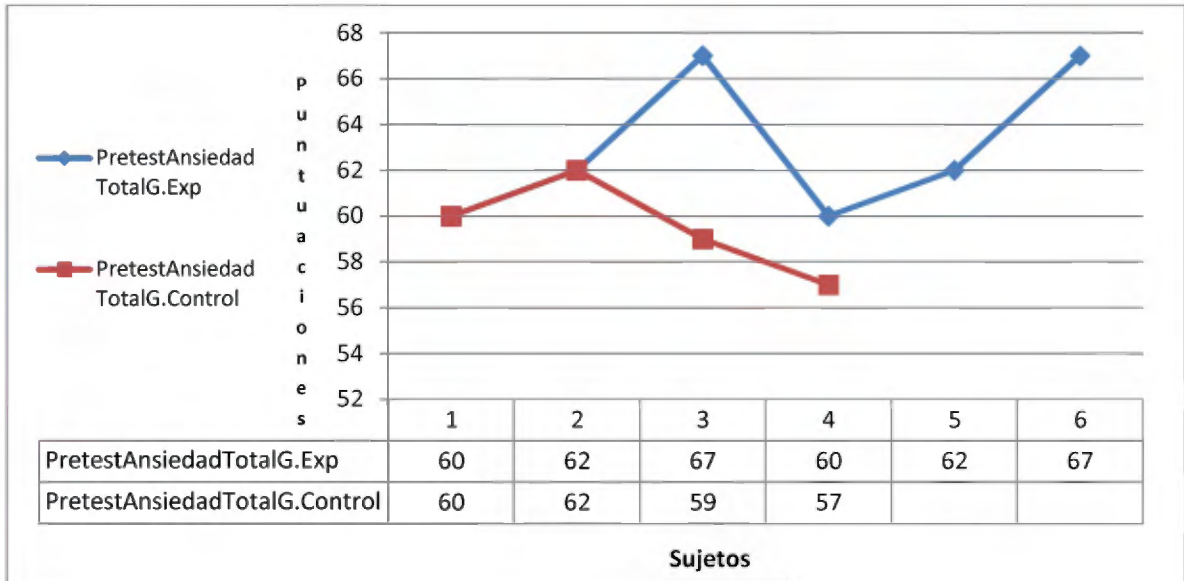


TABLA NO. 6

COMPARACIÓN ENTRE LOS PRE-TEST DEL GRUPO EXPERIMENTAL Y GRUPO CONTROL DE LA ESCALA DE DEPRESIÓN DE ZUNG

Sujeto	1	2	3	4	5	6
Depresión Pre test G. Exp	50	51	50	51	50	64
Depresión Pre test G. Control	53	53	51	50		

Hipótesis.

H₀: No existen diferencias entre los puntajes de la escala de Depresión obtenidos por los sujetos del grupo experimental y los del grupo control antes de iniciado el tratamiento.

H₁: Existen diferencias entre los puntajes de la escala de Depresión obtenidos por los sujetos del grupo experimental y los del grupo control antes de iniciado el tratamiento.

Estadística Descriptiva:**Cálculo del estadístico de la prueba:**

Observaciones	Media	Desv.Estandar
6	52.66	5.57
4	51.75	1.50

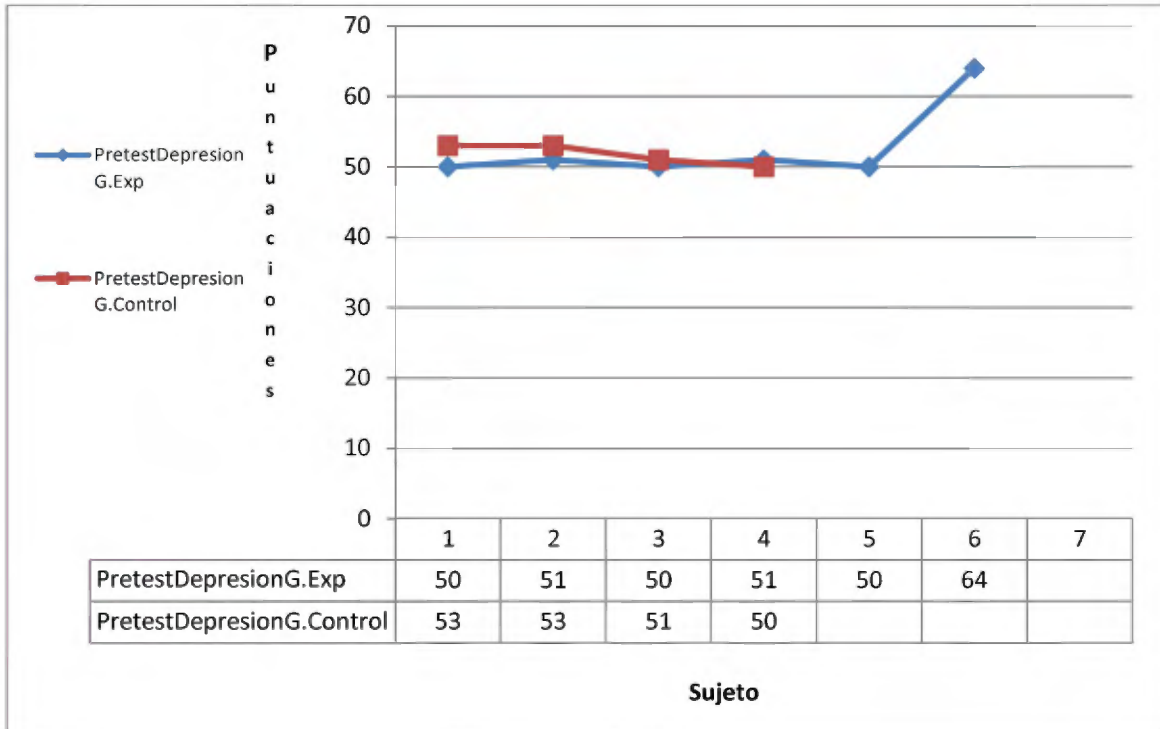
Prueba de Mann-Whitney (bilateral)

U	8.500
Esperanza	12.000
Varianza (U)	20.000
p-valor (bilateral)	0.502
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 .

Conclusión: A un nivel de significación del 5% los puntajes obtenidos en el pretest en la escala de Depresión no varían significativamente en los grupos experimental y control.

GRÁFICA NO. 2
COMPARACIÓN ENTRE LOS PRE-TEST DEL GRUPO EXPERIMENTAL Y
GRUPO CONTROL DE LA ESCALA DE DEPRESIÓN DE ZUNG



De la apreciación de las Graficas No. 1 y 2, se puede concluir, como paso inicial de cualquiera investigación clínica psicológica, que las puntuaciones obtenidas en los pretest tanto en el Grupo Experimental como en el Grupo Control, en las escalas de Ansiedad Total y Depresión; son muy similares.

Con esto queda demostrado el principio estadístico de homocedasticidad, es decir, ambos grupos al inicio de la investigación, eran iguales.

TABLA NO. 7

**COMPARACIÓN ENTRE EL PRE-TEST Y POSTEST DEL GRUPO
EXPERIMENTAL DE LA SUBESCALA DE ANSIEDAD FISIOLÓGICA**

Sujeto	1	2	3	4	5	6
Ansiedad Fisiológica Pre test G. Exp	14	14	15	11	12	15
Ansiedad Fisiológica Post test G. Exp	8	15	17	8	9	14

Hipótesis.

Ho: No existen diferencias entre los puntajes de la subescala de Ansiedad Fisiológica obtenidos por los sujetos del grupo experimental antes y después del tratamiento.

Hi: Existen diferencias entre los puntajes de la subescala de Ansiedad Fisiológica obtenidos por los sujetos del grupo experimental antes y después del tratamiento.

Estadísticas Descriptivas:

Cálculo del estadístico de la prueba:

Observaciones	Media	Desv.Estandar
6	13.50	1.64
6	11.83	3.97

Prueba de Wilcoxon de los rangos signados (bilateral)

V	16.500
Esperanza	10.500
Varianza (V)	22.500
p-valor (bilateral)	0.246
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 .

Conclusión: A un nivel de significación del 5% los puntajes obtenidos en el pretest y post test del grupo experimental en la subescala de Ansiedad Fisiológica no varían significativamente.

GRÁFICA NO. 3
COMPARACIÓN ENTRE EL PRE-TEST Y POSTEST DEL GRUPO
EXPERIMENTAL DE LA SUBESCALA DE ANSIEDAD FISIOLÓGICA.

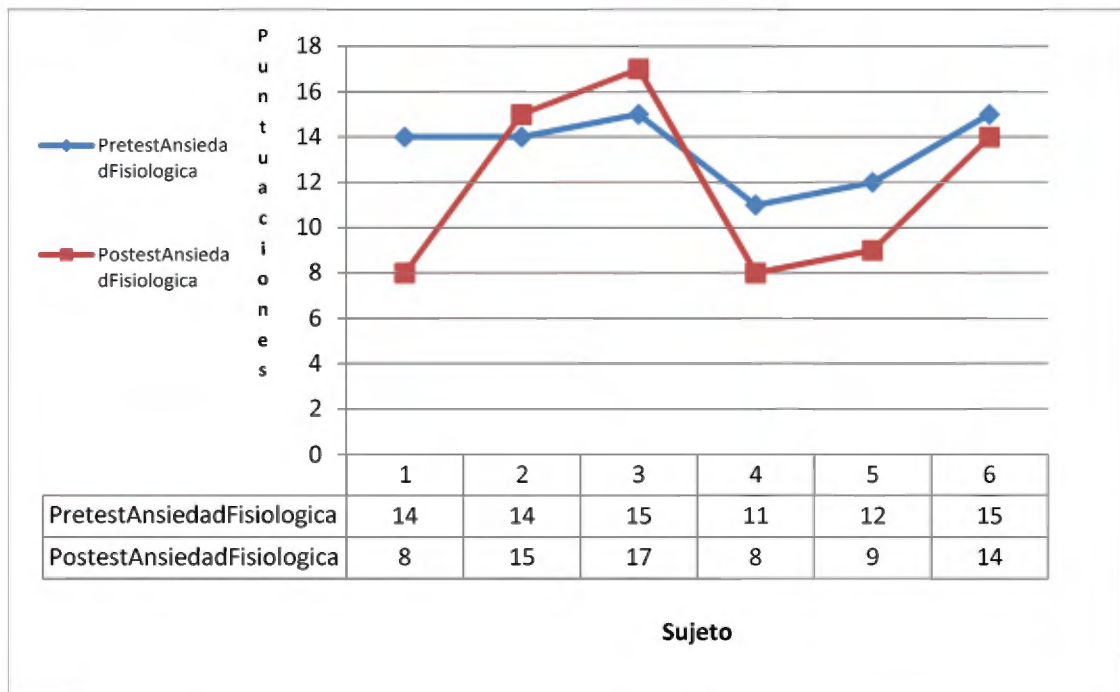


TABLA NO. 8

COMPARACIÓN ENTRE EL PRE-TEST Y POSTEST DEL GRUPO EXPERIMENTAL DE LA SUBESCALA DE INQUIETUD/HIPERSENSIBILIDAD.

Sujeto	1	2	3	4	5	6
Inquietud/Hipersensibilidad Pre test G. Exp	14	14	15	11	12	15
Inquietud/Hipersensibilidad Post test G. Exp	8	15	17	8	9	14

Hipótesis.

Ho: No existen diferencias entre los puntajes de la subescala de Inquietud/Hipersensibilidad obtenidos por los sujetos del grupo experimental antes y después del tratamiento.

Hi: Existen diferencias entre los puntajes de la subescala de Inquietud/Hipersensibilidad obtenidos por los sujetos del grupo experimental antes y después del tratamiento.

Estadísticas Descriptivas:

Cálculo del estadístico de la prueba:

Observaciones	Media	Desv.Estandar
6	12.33	1.50
6	11.66	2.33

Prueba de Wilcoxon de los rangos signados (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 $\alpha=0.05$, no se puede rechazar la hipótesis nula H_0 .

Conclusión: A un nivel de significación del 5% los puntajes obtenidos en el pretest y post test del grupo experimental en la subescala de Inquietud/Hipersensibilidad no varían significativamente.

GRÁFICA NO. 4

COMPARACIÓN ENTRE EL PRE-TEST Y POSTEST DEL GRUPO EXPERIMENTAL DE LA SUBESCALA DE INQUIETUD/HIPERSENSIBILIDAD.

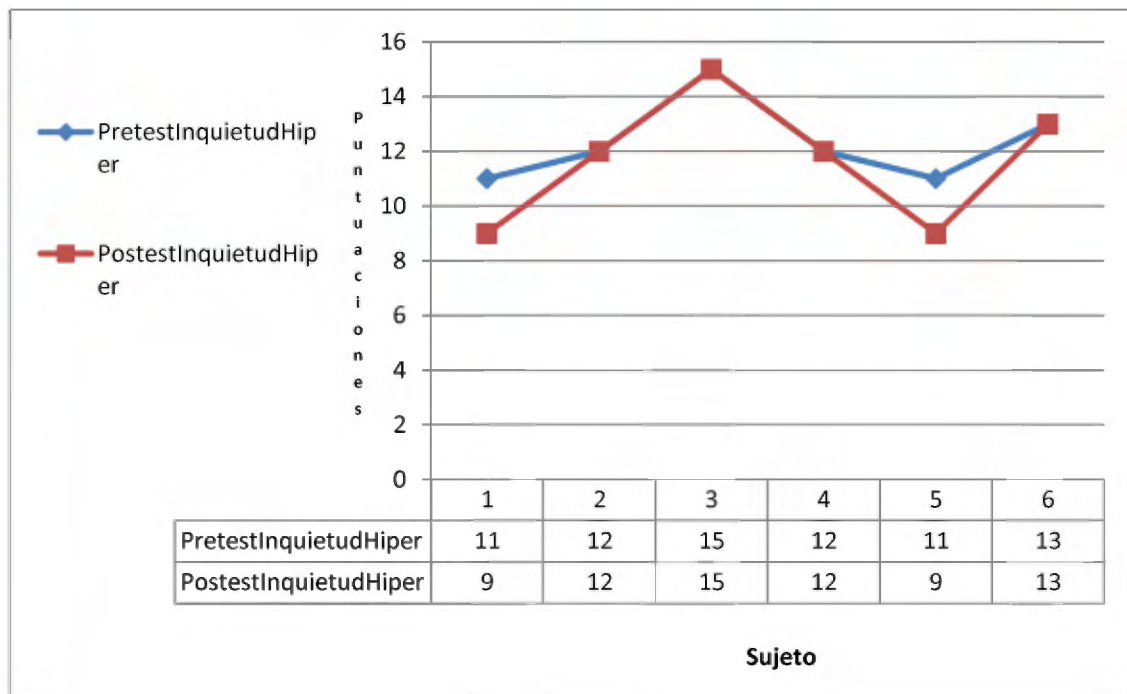


TABLA NO. 9
COMPARACIÓN ENTRE EL PRE-TEST Y POSTEST DEL GRUPO
EXPERIMENTAL DE LA SUBESCALA DE PREOCUPACIONES
SOCIALES/CONCENTRACIÓN.

Sujeto	1	2	3	4	5	6
PreoSociales/Concentración Pre test G. Exp	12	12	11	8	15	12
PreoSociales/Concentración Post test G. Exp	5	12	14	9	9	12

Hipótesis.

Ho: No existen diferencias entre los puntajes de la subescala de Preocupaciones Sociales/Concentración obtenidos por los sujetos del grupo experimental antes y después del tratamiento.

Hi: Existen diferencias entre los puntajes de la subescala de Preocupaciones Sociales/Concentración obtenidos por los sujetos del grupo experimental antes y después del tratamiento.

Estadísticas Descriptivas:

Cálculo del estadístico de la prueba:

Observaciones	Media	Desv.Estandar
6	11.66	2.25
6	10.16	3.18

Prueba de Wilcoxon de los rangos signados (bilateral)

V	7
Esperanza	5.000
Varianza (V)	7.500
p-valor (bilateral)	0.584
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 .

Conclusión: A un nivel de significación del 5% los puntajes obtenidos en el pretest y postest del grupo experimental en la subescala de Preocupaciones Sociales/Concentración no varían significativamente.

GRÁFICA NO. 5
COMPARACIÓN ENTRE EL PRE-TEST Y POS TEST DEL GRUPO
EXPERIMENTAL DE LA SUBESCALA DE PREOCUPACIONES
SOCIALES/CONCENTRACIÓN

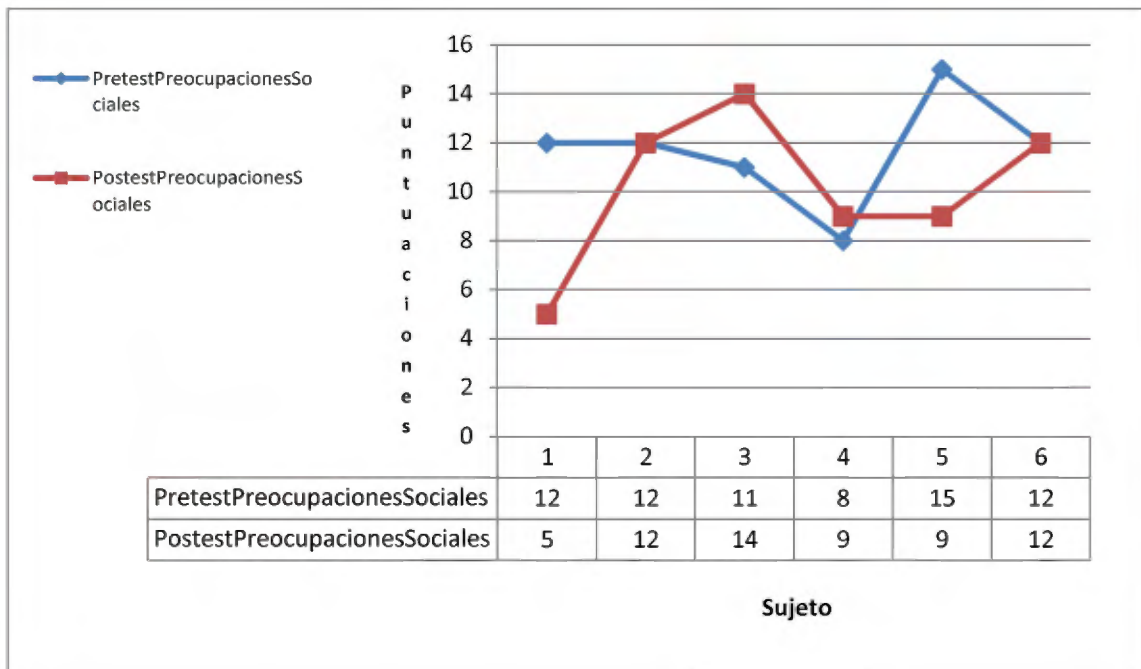


TABLA NO. 10

**COMPARACIÓN ENTRE EL PRE-TEST Y POSTEST DEL GRUPO
EXPERIMENTAL DE LA SUBESCALA DE ANSIEDAD TOTAL.**

Sujeto	1	2	3	4	5	6
Ansiedad Total. Pre test G. Exp	60	62	67	60	62	67
Ansiedad Total Post test G. Exp	41	63	77	52	48	54

Hipótesis.

Ho: No existen diferencias entre los puntajes de la subescala de Ansiedad Total obtenidos por los sujetos del grupo experimental antes y después del tratamiento.

Hi: Existen diferencias entre los puntajes de la subescala de Ansiedad Total obtenidos por los sujetos del grupo experimental antes y después del tratamiento.

Estadísticas Descriptivas:

Cálculo del estadístico de la prueba:

Observaciones	Media	Desv.Estandar
6	63.00	3.22
6	55.83	12.64

Prueba de Wilcoxon de los rangos signados (bilateral)

V	17
Esperanza	10.500
Varianza (V)	22.750
p-valor (bilateral)	0.208
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 .

Conclusión: A un nivel de significación del 5% los puntajes obtenidos en el pretest y post test del grupo experimental en la subescala de Ansiedad Total no varían significativamente.

GRÁFICA NO. 6
COMPARACIÓN ENTRE EL PRE-TEST Y POS TEST DEL GRUPO
EXPERIMENTAL DE LA SUBESCALA DE ANSIEDAD TOTAL

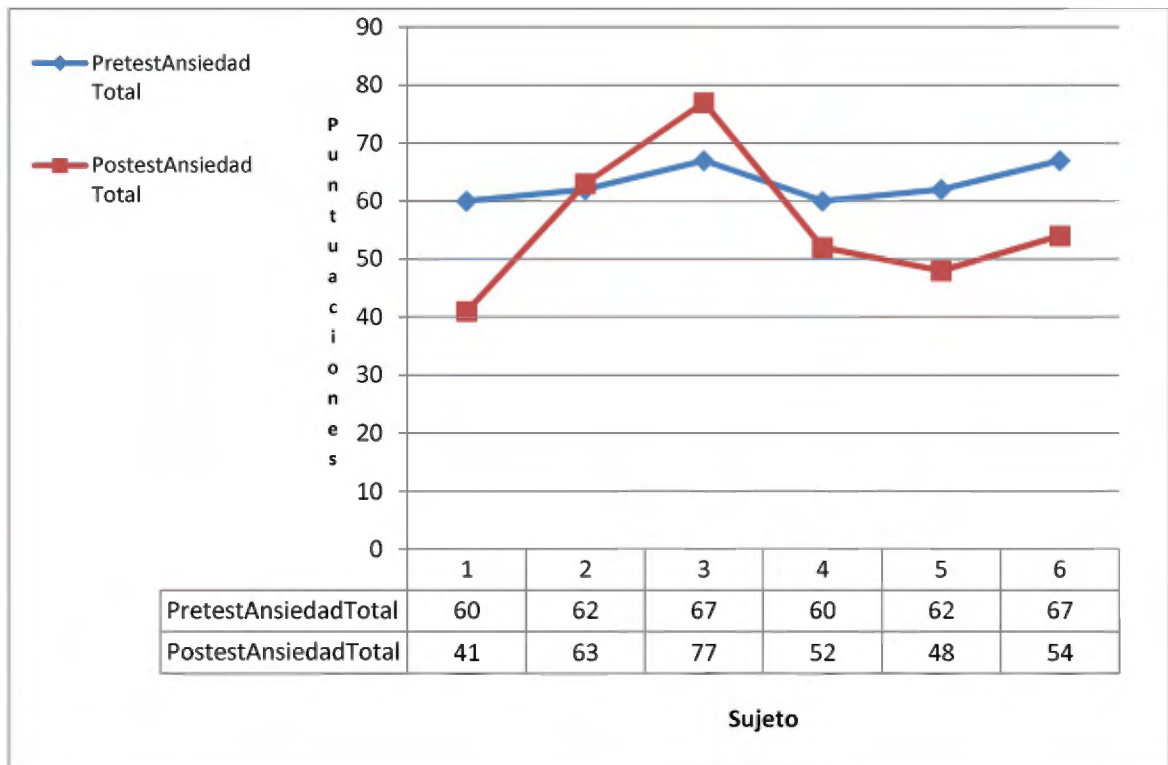


TABLA NO. 11

**COMPARACIÓN ENTRE EL PRE-TEST Y POSTEST DEL GRUPO
EXPERIMENTAL DE LA ESCALA DE DEPRESIÓN**

Sujeto	1	2	3	4	5	6
Depresión Pre test G. Exp	50	51	50	51	50	64
Depresión Post test G. Exp	45	46	48	44	31	47

Hipótesis.

Ho: No existen diferencias entre los puntajes de la escala de Depresión obtenidos por los sujetos del grupo experimental antes y después del tratamiento.

Hi: Existen diferencias entre los puntajes de la escala de Depresión obtenidos por los sujetos del grupo experimental antes y después del tratamiento.

Estadísticas Descriptivas:

Cálculo del estadístico de la prueba:

Observaciones	Media	Desv.Estandar
6	52.66	5.57
6	43.50	6.28

Prueba de Wilcoxon de los rangos signados (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 .

Conclusión: A un nivel de significación del 5% los puntajes obtenidos en el pretest y post test del grupo experimental en la escala de Depresión varían significativamente.

GRÁFICA NO. 7
COMPARACIÓN ENTRE EL PRE-TEST Y POSTEST DEL GRUPO
EXPERIMENTAL DE LA ESCALA DE DEPRESIÓN

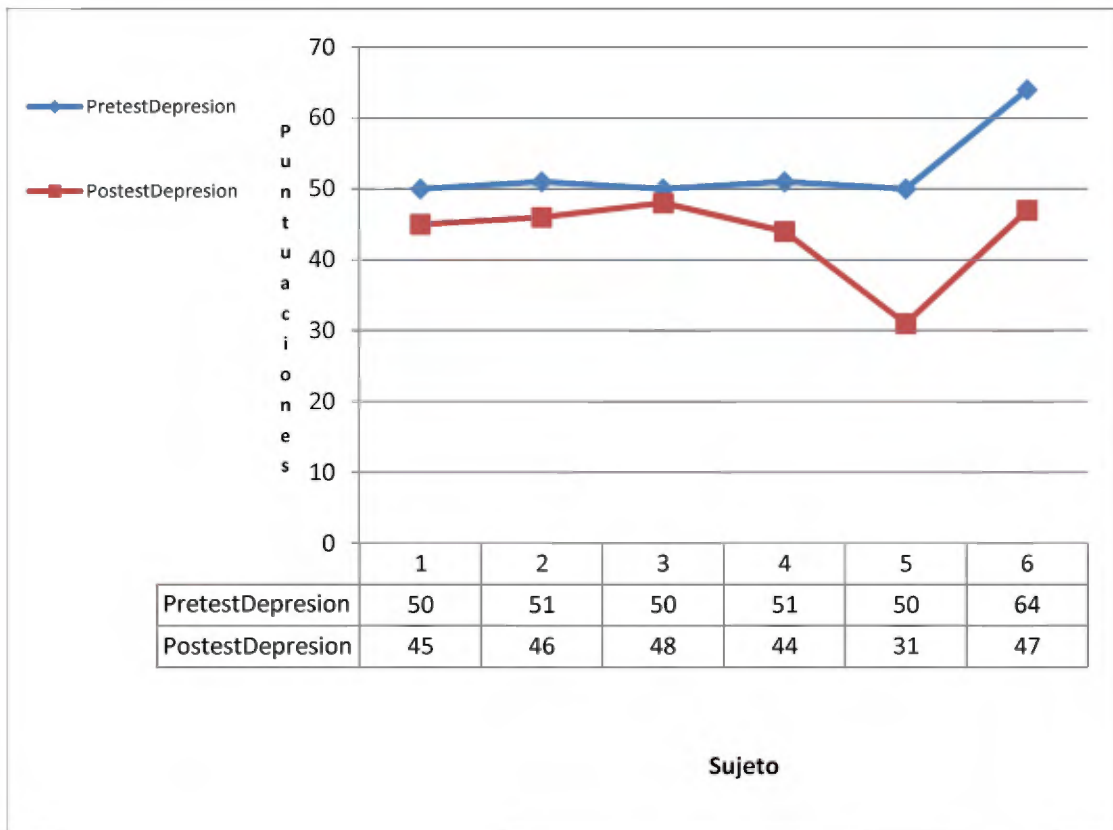


TABLA NO. 12

COMPARACIÓN ENTRE EL PRE-TEST Y POSTEST DEL GRUPO CONTROL DE LA SUBESCALA DE ANSIEDAD FISIOLÓGICA

Sujeto	1	2	3	4
Ansiedad Fisiologica Pre test G. Control	12	9	11	7
Ansiedad Fisiologica Pos test G. Control	8	11	11	10

Hipótesis.

Ho: No existen diferencias entre los puntajes de la subescala de Ansiedad Fisiológica obtenidos por los sujetos del grupo control antes y después del tratamiento.

Hi: Existen diferencias entre los puntajes de la subescala de Ansiedad Fisiológica obtenidos por los sujetos del grupo control antes y después del tratamiento.

Estadísticas Descriptivas:

Cálculo del estadístico de la prueba:

Observaciones	Media	Desv.Estandar
4	9.75	2.21
4	10.00	1.41

Prueba de Wilcoxon de los rangos signados (bilateral)

V	3
Esperanza	3.000
Varianza (V)	3.500
p-valor (bilateral)	1.000
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 .

Conclusión: A un nivel de significación del 5% los puntajes obtenidos en el pretest y post test del grupo control en la subescala de Ansiedad Fisiologica no varían significativamente.

GRÁFICA NO. 8

COMPARACIÓN ENTRE EL PRE-TEST Y POS TEST DEL GRUPO CONTROL DE LA SUBESCALA DE ANSIEDAD FISIOLÓGICA.

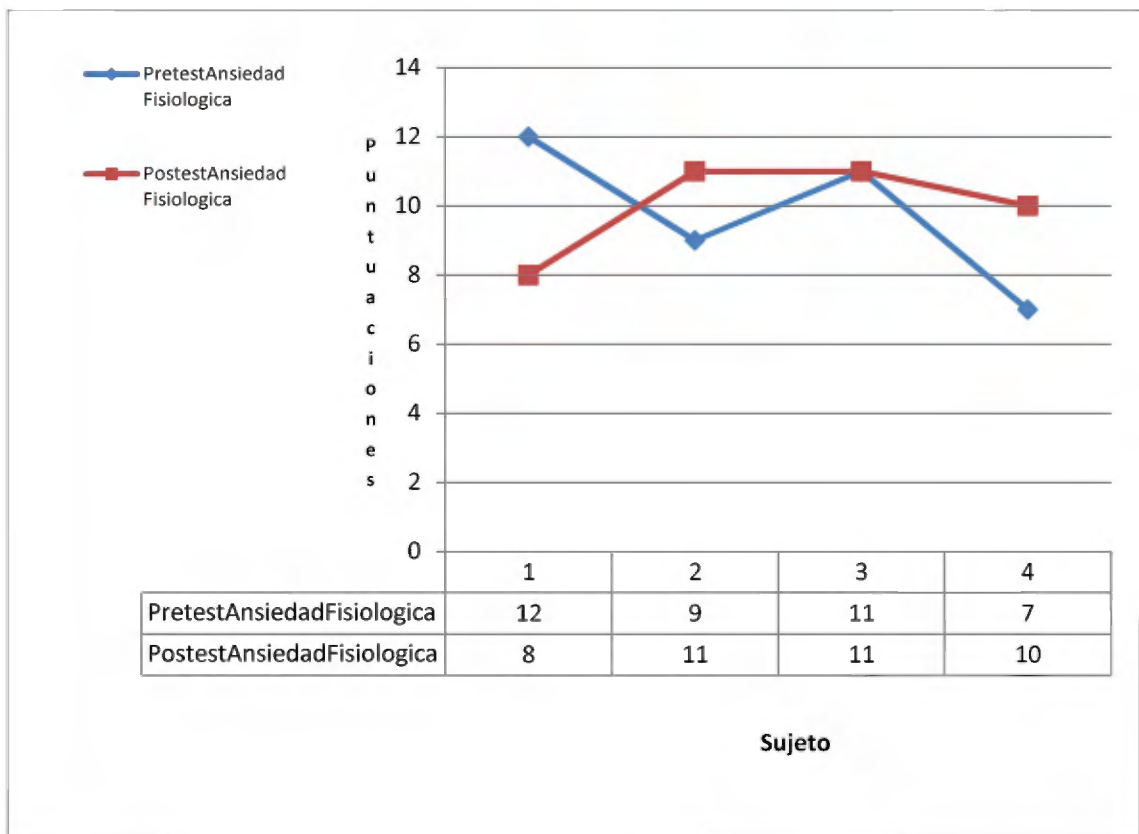


TABLA NO. 13

COMPARACIÓN ENTRE EL PRE-TEST Y POSTEST DEL GRUPO CONTROL DE LA SUBESCALA DE INQUIETUD/HIPERSENSIBILIDAD.

Sujeto	1	2	3	4
Inquietud/Hipersensibilidad Pre test G. Control	12	12	12	11
Inquietud/Hipersensibilidad Post test G. Control	12	13	12	11

Hipótesis.

Ho: No existen diferencias entre los puntajes de la subescala de Inquietud/Hipersensibilidad obtenidos por los sujetos del grupo control antes y después del tratamiento.

Hi: Existen diferencias entre los puntajes de la subescala de Inquietud/Hipersensibilidad obtenidos por los sujetos del grupo control antes y después del tratamiento.

Estadísticas Descriptivas:

Cálculo del estadístico de la prueba:

Observaciones	Media	Desv.Estandar
4	11.75	0.500
4	12.00	0.816

Prueba de Wilcoxon de los rangos signados (bilateral)

V	0
Esperanza	0.500
Varianza (V)	0.250
p-valor (bilateral)	1.000
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 .

Conclusión: A un nivel de significación del 5% los puntajes obtenidos en el pretest y post test del grupo control en la subescala de Inquietud/Hipersensibilidad no varían significativamente.

GRÁFICA NO. 9

COMPARACIÓN ENTRE EL PRE-TEST Y POSTEST DEL GRUPO CONTROL DE LA SUBESCALA DE INQUIETUD/HIPERSENSIBILIDAD.

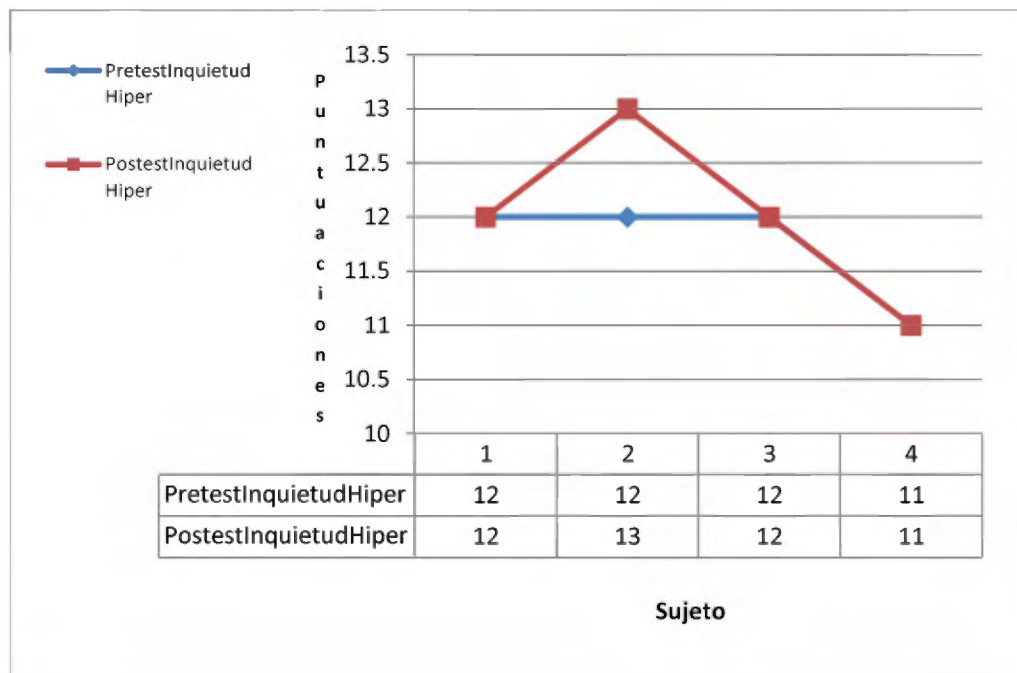


TABLA NO. 14

COMPARACIÓN ENTRE EL PRE-TEST Y POSTEST DEL GRUPO CONTROL DE LA SUBESCALA DE PREOCUPACIONES SOCIALES/CONCENTRACIÓN.

Sujeto	1	2	3	4
PreoSociales/Concentración Pre test G. Control	8	12	12	10
PreoSociales/Concentración Post test G. Control	9	11	12	9

Hipótesis.

Ho: No existen diferencias entre los puntajes de la subescala de Preocupaciones Sociales/Concentración obtenidos por los sujetos del grupo control antes y después del tratamiento.

Hi: Existen diferencias entre los puntajes de la subescala de Preocupaciones Sociales/Concentración obtenidos por los sujetos del grupo control antes y después del tratamiento.

Estadísticas Descriptivas:

Cálculo del estadístico de la prueba:

Observaciones	Media	Desv.Estandar
4	10.50	1.91
4	10.25	1.50

Prueba de Wilcoxon de los rangos signados (bilateral)

V	4.000
Esperanza	3.000
Varianza (V)	3.000
p-valor (bilateral)	0.773
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 .

Conclusión: A un nivel de significación del 5% los puntajes obtenidos en el pretest y post test del grupo control en la subescala de Preocupaciones Sociales/Concentración no varían significativamente.

GRÁFICA NO. 10

COMPARACIÓN ENTRE EL PRE-TEST Y POS TEST DEL GRUPO CONTROL DE LA SUBESCALA DE PREOCUPACIONES SOCIALES/CONCENTRACIÓN

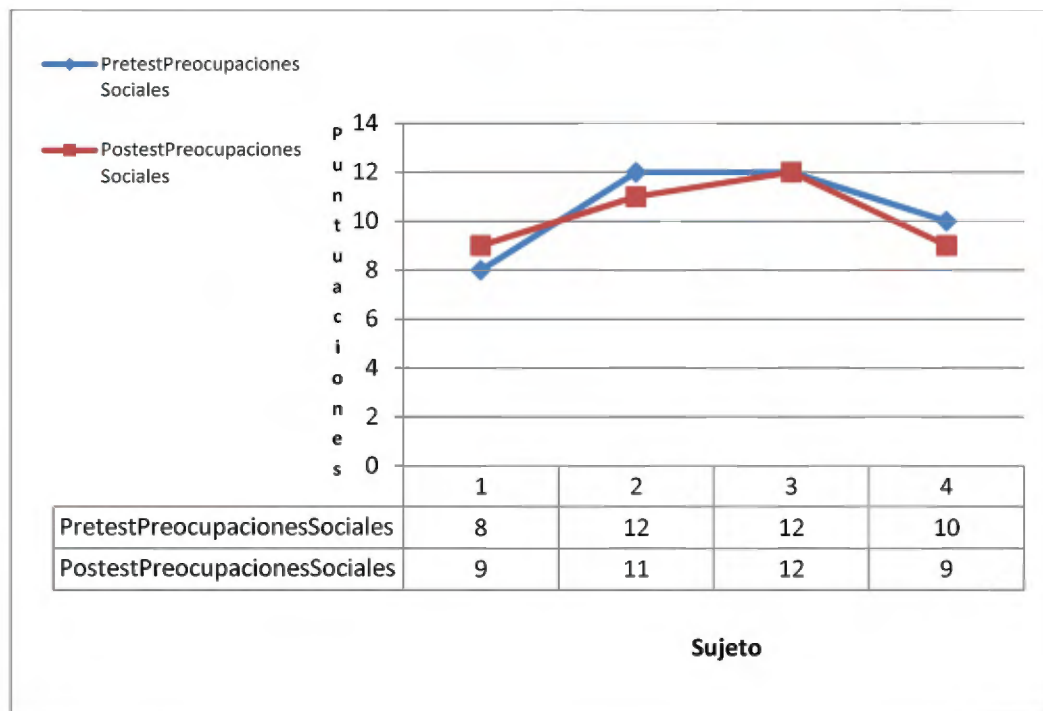


TABLA NO. 15

COMPARACIÓN ENTRE EL PRE-TEST Y POSTEST DEL GRUPO CONTROL DE LA SUBESCALA DE ANSIEDAD TOTAL.

Sujeto	1	2	3	4
Ansiedad Total. Pre test G. Control	57	59	59	51
Ansiedad Total Post test G. Control	60	62	59	57

Hipótesis.

Ho: No existen diferencias entre los puntajes de la subescala de Ansiedad Total obtenidos por los sujetos del grupo control antes y después del tratamiento.

Hi: Existen diferencias entre los puntajes de la subescala de Ansiedad Total obtenidos por los sujetos del grupo control antes y después del tratamiento.

Estadísticas Descriptivas:

Cálculo del estadístico de la prueba:

Observaciones	Media	Desv.Estandar
4	56.50	3.78
4	59.50	2.08

Prueba de Wilcoxon de los rangos signados (bilateral)

V	0.000
Esperanza	3.000
Varianza (V)	3.375
p-valor (bilateral)	0.174
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 .

Conclusión: A un nivel de significación del 5% los puntajes obtenidos en el pretest y post test del grupo control en la subescala de Ansiedad Total no varían significativamente.

GRÁFICA NO. 11

COMPARACIÓN ENTRE EL PRE-TEST Y POSTEST DEL GRUPO CONTROL DE LA SUBESCALA DE ANSIEDAD TOTAL

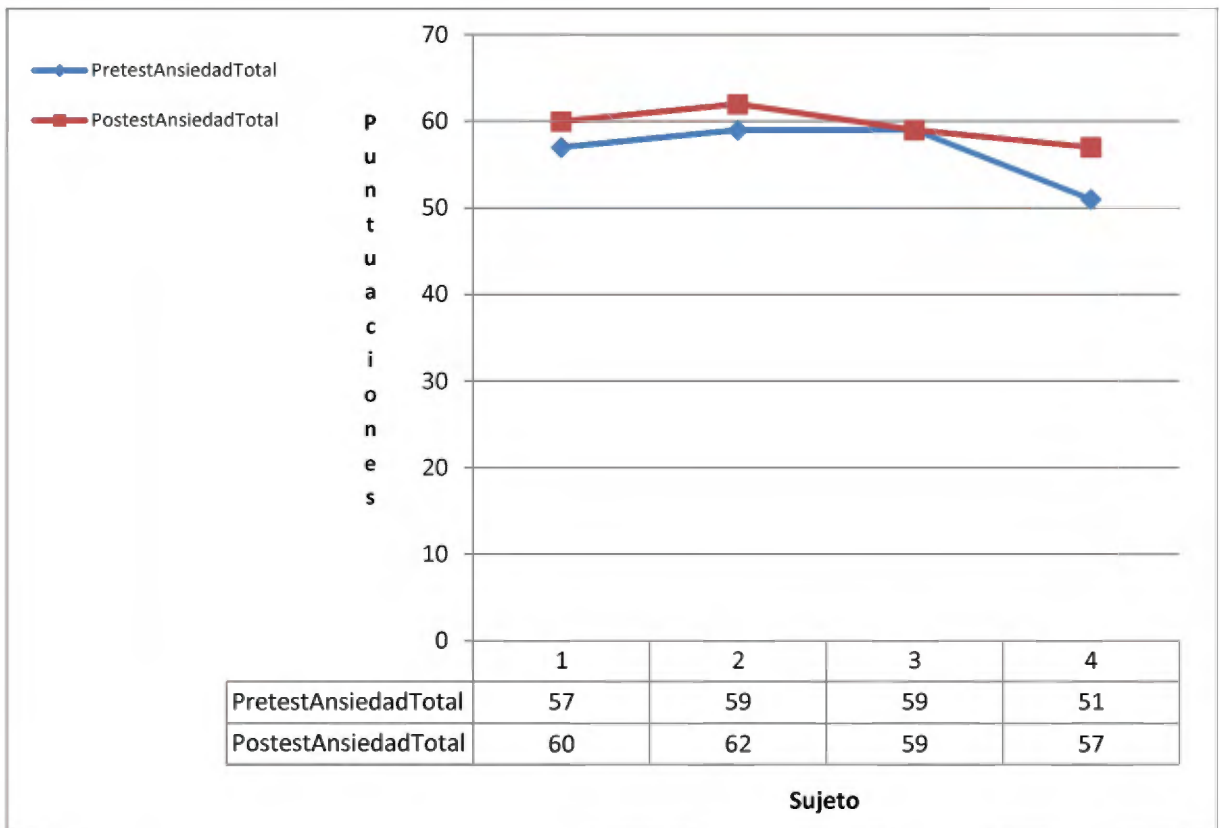


TABLA NO. 16

COMPARACIÓN ENTRE EL PRE-TEST Y POS TEST DEL GRUPO CONTROL DE LA ESCALA DE DEPRESIÓN

Sujeto	1	2	3	4
Depresión Pre test G. Control	53	53	51	50
Depresión Pos test G. Control	60	55	51	53

Hipótesis.

Ho: No existen diferencias entre los puntajes de la escala de Depresión obtenidos por los sujetos del grupo control antes y después del tratamiento.

Hi: Existen diferencias entre los puntajes de la escala de Depresión obtenidos por los sujetos del grupo control antes y después del tratamiento.

Estadísticas Descriptivas:

Cálculo del estadístico de la prueba:

Observaciones	Media	Desv.Estandar
4	51.75	1.50
4	60.00	3.86

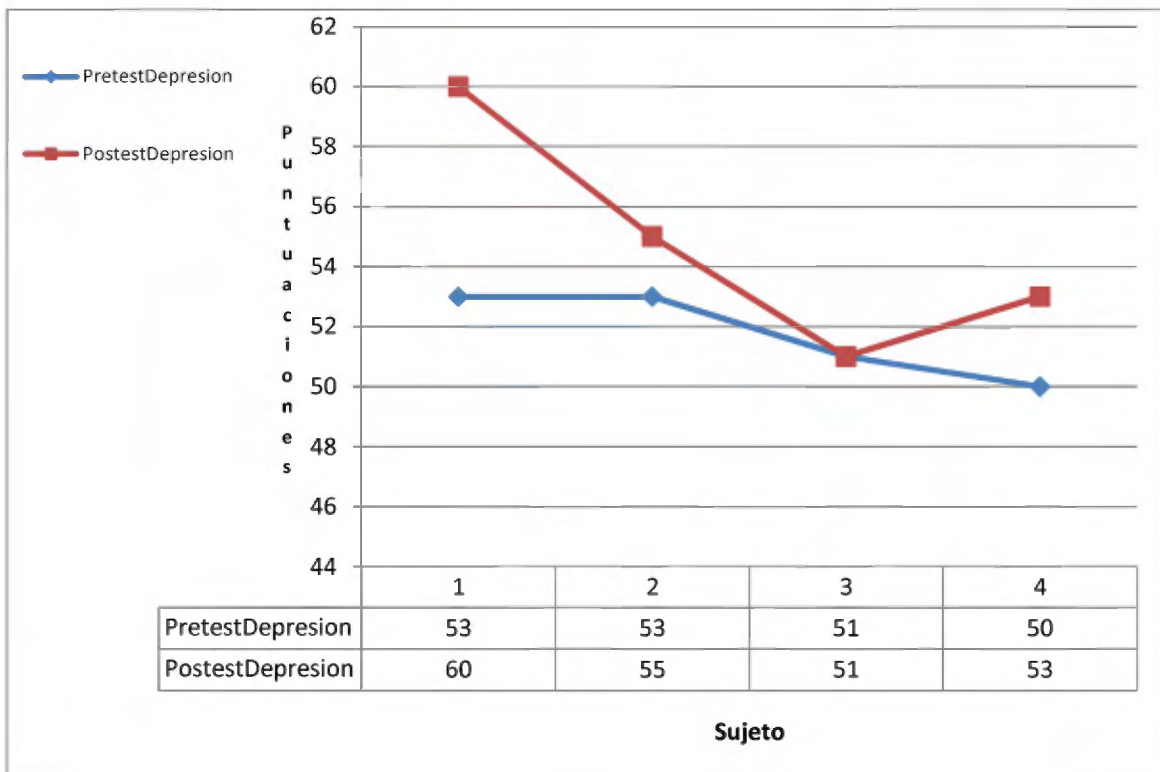
Prueba de Wilcoxon de los rangos signados (bilateral)

V	0
Esperanza	3.000
Varianza (V)	3.500
p-valor (bilateral)	0.181
Alfa	0.05

Decisión: Como el p-valor computado es menor que el nivel de significación $\alpha=0.05$, no se debe rechazar la hipótesis nula H_0 , y se concluye que:

Conclusión: A un nivel de significación del 5% los puntajes obtenidos en el pretest y post test del grupo control en la escala de Depresión no varían significativamente.

GRÁFICA NO. 12
COMPARACIÓN ENTRE EL PRE-TEST Y POS TEST DEL GRUPO CONTROL DE LA ESCALA DE DEPRESIÓN



3. DISCUSIÓN

La idea central de esta investigación es validar la efectividad de una intervención psicoterapéutica psicodinámica mixta, con las variables ansiedad y depresión, asociadas al trastorno del estado de ánimo inducido por sustancias, en adolescentes que se encontraban reclusos en un centro de custodia y cumplimiento. Los resultados estadísticos obtenidos muestran que esta modalidad de atención no fue efectiva para el manejo de la ansiedad, en cada una de sus condiciones estudiadas. Sin embargo, del análisis cualitativo, sí podemos apreciar que para algunos de los sujetos la psicoterapia psicodinámica individual y grupal sí logró disminuir los niveles de ansiedad y en otros, al menos, ésta no superó los límites iniciales. Podemos considerar que el tamaño reducido de la muestra no permitió que los datos cuantitativos llegaran al nivel necesario para lograr diferencias significativas necesarias en una prueba de hipótesis. Desde un punto de vista estadístico sería necesario aumentar la potencia de la prueba, aumentando el tamaño muestral.

Por otra parte, estos resultados modestos encontrados en el manejo de esta variable es consistente con otras investigaciones que señalan que la ansiedad como mecanismo de alarma del psiquismo, debe mantenerse relativamente alto en estas poblaciones reclusas en centros penitenciarios, y que además es refractaria a diversas modalidades de atención psicológica, ya que éstos sujetos desconocen su futuro, están en batallas legales por su libertad y se encuentran en un medio ambiente que por lo general es inseguro y peligroso para su integridad física y psicológica. La terapia proporcionada mostró que la ansiedad fisiológica se redujo. Sería conveniente en otros estudios con estos adolescentes correlacionar estos resultados con la aplicación de una psicoterapia mixta como esta, junto con la aplicación de terapia medicamentosa de tipo ansiolítica con la finalidad de potenciar los efectos de nuestro modelo que exclusivamente trabaja a un nivel auditivo-lingüístico.

Es nuestra impresión clínica psicológica que el trabajo de psicoterapia grupal resultó de gran ayuda para los sujetos en cuanto a la variable ansiedad, ya que en el compartir experiencias, recibir apoyo de otros, sentir que no estaban solos, les ayudó notablemente

a entender su situación y elaborar un proyecto de vida alentador para el futuro.

Los datos sí permitieron corroborar estadísticamente que la psicoterapia psicodinámica mixta fue efectiva en el tratamiento de la depresión. Una posible explicación de esto es que permitió el análisis de las pérdidas, elaboración de un duelo por una parte de sus vida perdida y revertir en alguna forma la intra-agresión que es característico en esta entidad diagnóstica, todo esto entendido desde un punto de vista psicodinámico. La psicoterapia mixta logró manejar en los dos escenarios, el individual y el grupal, la parte más herida del self que fue la autoestima. A pesar de las condiciones, de las limitaciones académicas y otras deficiencias, los adolescentes fueron capaces de dirigirse al amor propio y reflexionar sobre los valiosos que eran. Lograron integrarse en un grupo y trabajar relacionándose mejor entre ellos. Podemos decir que la violencia y el humor crudo de sus vidas, no impidió que surgieran cualidades humanas valiosas.

La terapia breve tiene un largo trayecto recorrido histórico en el manejo de la depresión y es corroborado en todos los escenarios donde se le ha puesto a prueba y así queda corroborado en esta investigación. La psicoterapia individual permitió abordar, en un plano de confidencialidad, las circunstancias de vida que le tocó vivir a ellos; el efecto de la disfuncionalidad familiar que fue característica sobresaliente de la muestra en estudio, las historias de injusticias y falta de compromiso de a quienes les correspondía cuidarlos y protegerlos, y sobre todo la pérdida de un sentido de lealtad con la familia en primer lugar y con la sociedad en segundo término.

Esta investigación logró manejar de manera explícita el prejuicio y los temores asociados con el futuro personal y familiar y la extrema dependencia de ellos al sistema, que la vez le temen y al mismo tiempo, esperan que se les ofrezca, como sus padres temporales, soluciones permanentes para no regresar a este lugar.

CONCLUSIONES

- Los resultados de los pre test de los grupos experimental y control demostraron que ambos grupos en cuanto a la presencia de niveles elevados de ansiedad y depresión, eran iguales antes de iniciar el tratamiento, cumpliendo la regla de la homocedasticidad, requerida en toda investigación.
- La característica de homogeneidad, encontrada en la muestra al inicio de la investigación, permitió la aplicación de una psicoterapia con cierta consistencia, a pesar de algunos ajustes que se debieron hacer por limitaciones que se suscitaron en el trayecto del tratamiento.
- Se pudo apreciar la falta de contención afectiva, conflictos en el ambiente familiar, carencia de alguno de los progenitores, modelos inadecuados a seguir, en cada uno de los adolescentes atendidos.
- Los adolescentes referidos al tratamiento dejaron el consumo de drogas de manera inesperada, apareciendo las consecuencias del síndrome de abstinencia y acentuándose los síntomas ansiosos y depresivos.
- La historia clínica es un instrumento de evaluación eficaz que dio la oportunidad de tener conocimiento de la presencia de las manifestaciones de ansiedad y depresión en los adolescentes; las cuales pudieron ser corroboradas con las pruebas psicológicas aplicadas.
- Los resultados del estudio indican que los efectos de la psicoterapia psicodinámica mixta no fue efectiva para el manejo de la ansiedad en general; apreciándose que para algunos de los sujetos esta modalidad de atención en su fase individual y grupal, logró disminuir los niveles de ansiedad y en otros, al menos, no superó los límites iniciales. Sin embargo, contribuyó a la disminución de los síntomas depresivos de los adolescentes.

- No se lograron cambios significativos en los factores relacionados con la ansiedad, inquietud / hipersensibilidad y preocupaciones sociales; lo que nos indica que la psicoterapia psicodinámica mixta no es suficiente para manejar estos aspectos, lo cual puede deberse al nivel de incertidumbre del individuo por el futuro, la carencia de apoyo del grupo familiar y los propios temores de los adolescentes por su vida y seguridad.
- Entre las limitaciones en el desarrollo de la psicoterapia estuvieron: el factor tiempo, dentro del centro de custodia y cumplimiento fue limitado, debido a la carencia de custodios; la crisis dentro del centro de custodia y cumplimiento de Herrera, que consistió en el paro laboral de los custodios por un periodo de un mes; algunos adolescentes mostraron su desinterés en participar en algunas sesiones de la intervención.
- Es nuestra impresión que brindar un soporte psicológico en el proceso de resocialización sería efectivo si se contara con los medios y herramientas necesarias para estos adolescentes deprivados desde sus primeros años de vida y que a causa de sus conductas desviadas se encuentran privados de libertad y en consumo de drogas.
- Las primeras experiencias de cada individuo en su infancia, el amor con el que es recibido por sus primeras figuras significativas, los valores que le son enseñados, son garantes de un individuo sano y saludable.
- Con relación a conceptos técnicos psicoanalíticos, se evidenció el uso de la negación, la represión, la transferencia y contratransferencia.

RECOMENDACIONES

- Realizar este estudio con una muestra mayor con el objetivo de permitir que los datos cuantitativos logren llegar al nivel necesario para poder percibir diferencias significativas entre las puntuaciones de las variables estudiadas.
- Integrar a esta modalidad de psicoterapia, algunas técnicas de relajamiento y tratamiento farmacológico, en especial ansiolíticos, con el fin de disminuir los niveles de ansiedad en estos adolescentes.
- Diseñar programas de tratamiento y rehabilitación que contemplen la presencia de carencias emocionales en el adolescente, para estructurar planes de tratamientos más profundos y viables para estos casos.
- Desarrollar programas dirigidos a recuperar y mantener la autoestima del adolescente, teniendo en cuenta las situaciones conflictivas que atravesó y en las cuales está en estos momentos.
- Se considera importante que una terapia similar se desarrolle posteriormente, con más cantidad de tiempo, con el objetivo de realizar un tratamiento más profundo de los problemas subyacentes.

- Se motive al adolescente a recibir este tipo de ayuda, enfocándolo en una oportunidad para su pronta resocialización.
- Diseñar estrategias terapéuticas que incluya a los padres y familiares del adolescente.
- Brindar tratamiento especializado en drogodependencias a estos adolescentes, que sea acorde con el tratamiento psicológico.
- Organizar actividades que permitan al adolescente expresar sus sentimientos, preocupaciones y emociones; con el objetivo de que sus frustraciones y sentimientos de ira sean mejor canalizadas.
- Realizar un trabajo integral entre las disciplinas necesarias que se comprometen para que el proceso de resocialización del adolescente se logre con las mejores expectativas y se disminuya los índices de reincidencia del individuo.

BIBLIOGRAFIA

BIBLIOGRAFÍA

AMADOR, NANCY. (2004). “El consumo de cocaína en los adolescentes y su relación con el ambiente familiar, el grupo de pares y la autoestima”. México: Tesis de Maestría. Universidad Autónoma de México.

ARBEX, CARMEN (2002). Guía de intervención: Menores y Consumo de drogas. ADES. Editorial Juma. Madrid España.

ASOCIACIÓN AMERICANA DE PSIQUIATRÍA. (2003) Manual Diagnostico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-IV-TR). México: Ed. Manual Moderno.

BARNES, G.M. Y WELTE, J.W. (1986). Patterns and predictors of alcohol use among 7-12th grade students in New York State. *Journal of Studies on Alcohol*, 47, 53-62.

BARRIOS, NUVIA (2004) Estudio de las relaciones objetales primarias en adolescentes que presentan comportamiento disocial. Panamá: Tesis de Maestría Universidad de Panamá.

BECOÑA, E. (2001). Bases Teóricas que sustentan los Programas de Prevención de Drogas. Universidad de Santiago de Compostela. Editorial Imprenta Nacional del Boletín Oficial del Estado. España

BELLACK, L., SMALL L. (1996). Manual de Psicoterapia Breve Intensiva y de Urgencia. México: Edit. El Manual Moderno, S.A.

BOTVIN, G. (1995). Entrenamiento en habilidades para la vida y prevención del consumo de droga en adolescentes: consideraciones teoricas y hallazgos empíricos. *Revista Psicología Conductual*, Vol. 3. USA

BRAILOWSKY, S. (1999). Las sustancias de los sueños: Neuropsicofarmacología. México: Editorial Fondo de Cultura Económica.

CARLSON, N. (1999). Fisiología de la Conducta. Barcelona: Editorial Ariel Neurociencia.

COBB, NANCY. (2001). Adolescence. Continuity, Change and Diversity. Editorial McGraw Hill. Sexta Edición. Estados Unidos.

CONTE, QUERUBE (2008) Intervención terapéutica para adolescentes que abusan de drogas, una experiencia de grupo. Panamá: Tesis de Maestría Universidad de Panamá.

DIAZ, MARTA CECILIA. (2007). Psicoterapia Breve Intensiva y de Urgencia aplicada a adolescentes que presentan síntomas depresivos. Panamá: Tesis de Maestría Universidad de Panamá.

FLAY, B., PETRATIS, J. (1991) Methodological issues in drug use prevention research. Theoretical Foundations. In CG. Leukefeld. (Ed) Drug abuse Prevention, intervention research: Methological Sigues. 81-109. Washington, D.C.

GARRIDO GENOVÉS, V.; REDONDO ILLESCAS, S. (1997): "Manual de criminología aplicada", Ediciones Jurídicas Cuyo. Mendoza. pags. 143-144, 149.

GROTBERG, E. (1998). Manual de identificación y promoción de la resiliencia en niños y adolescentes. Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud, Fundación W.K. Kellogg.

HAWKINS, J., CATALANO, R. Y MILLAR, J. (1996). Risk and protective factors for alcohol and other drug problems in adolescent and early adulthood: implications for substance abuse prevention. Psychological Bulletin. 112, 1: 64-105.

IZQUIERDO MORENO, C.: (1980) "Delincuencia juvenil en la sociedad de consumo", Editorial Mensajero, Bilbao, España, pag. 7.

KANDEL, D.B. (1982). Epidemiological and psychosocial perspectives on adolescent drug use. Journal of American Academic Clinical Psychiatry, 21, 328-347

KAZDIN, ALAN. (2001). Métodos de Investigación en Psicología Clínica. Editorial Prentice Hall – Pearson Educación. México.

KUMATE, J. (2002). Percepción de riesgo y consumo de drogas en jóvenes mexicanos. CONADIC Informa. Secretaría de Salud.

MEDINA-MORA, PEÑA- CORONA, CRAVIOTO, P., VILLATORO, J., KURI, P. (2002). Del tabaco al uso de otras drogas: ¿El uso temprano de tabaco aumenta la probabilidad de usar otras drogas?. Revista de Salud Mental. Vol. 22, 110-126.

MERANI, A. (1982). Diccionario de psicología. Barcelona, España. Editorial Grijalbo.

MONTENEGRO Y GUAJARDO (1994). Psiquiatría del niño y del adolescente. El Salvador.

MORANT, JESÚS (2003). La Delincuencia Juvenil. Noticias Jurídicas

MUNIST, M., SANTOS, H., KOTLIARENCO, A., SUÁREZ , N., INFANTE, F. Y MUÑOZ RIVAS, M.; GRAÑA, J; PEÑA, M.; ANDREU, J. (2002) Influencia de la conducta antisocial en el consumo de drogas ilegales en población adolescente. ADICCIONES, 2002 • VOL.14 NÚM. 3 • Pags. 313/320

NATIONAL INSTITUTE OF DRUG ABUSE DE LOS ESTADOS UNIDOS (2001) Principios de tratamiento para la drogadicción: una guía basada en investigaciones.

OETTING, E. R., DEFFENBACHER, J. L Y DONNERMEYER, J. F. (1998). Primary Socialization theory: the role played by personal traits in the etiology of drug use and deviance. II. Substance use and misuse.

OLIVÁN GONZALVO, G. (2002) Adolescentes delincuentes: problemas de salud y recomendaciones sanitarias para centros de reforma juvenil. Editorial An Pediatry. Barcelona, España. Vol.57 No.04

ORGANIZACIÓN DE LOS ESTADOS AMERICANOS OEA (2007). Informe Panamá ocupa el segundo lugar en consumo de estupefacientes en América Latina.

- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. (1994). Quality of Life Assessment. An Annotated Bibliography. Ginebra.
- PAPALIA, D., WENDKOS, S., (1997). Desarrollo Humano. Con aportaciones para Iberoamerica. Sexta Edición. McGraw Hill. Colombia
- REAL ACADEMIA DE LA [LENGUA](#) ESPAÑOLA (1992). Diccionario de la lengua española. Madrid: Real Academia de la lengua Española.
- RIVAS, LINA. (2004). Intervención psicoterapéutica en pacientes diagnosticados con cáncer de mama, tendientes a mejorar el Estado Psicológico y la Calidad de Vida durante los tratamientos. Panamá: Tesis de Maestría Universidad de Panamá.
- RODRIGUEZ, JAQUELINE. (2011). intervención psicoterapéutica mixta en un grupo de adultos diagnosticados con diabetes mellitus tipo ii, tendientes a mejorar su percepción de calidad de vida y sus niveles de ansiedad y depresión. Panamá: Tesis de Maestría Universidad de Panamá.
- SAMPIERI, R. (1996). Metodología de la Investigación. México: Edit. McGraw Hill.
- SAMPIERI, R., FERNANDEZ, C., BATISTA, P. (2006). Metodología de la Investigación. Cuarta Edición. México: Edit. McGraw Hill.
- SETTON, LEA. (1995). Apuntes de Psicoterapia. USMA. Panamá
- TEJEIRA, YELANIA. (2007). Intervención psicoterapéutica en un grupo de niños y niñas de 9 a 13 años diagnosticados con Enfermedades Malignas, tendientes a mejorar su percepción de Calidad de Vida, sus Estrategias de afrontamiento y sus niveles de ansiedad. Panamá: Tesis de Maestría Universidad de Panamá.
- VILLATORO, J., ÁLCANTAR, M., MEDINA-MORA, M.E., FLEIZ, C., GONZÁLEZ, C., AMADOR, N., BERMÚDEZ, P. (2003). El intento suicida y el consumo de drogas en adolescentes ¿Dos problemas entrelazados?. Revista de Servicios de Salud Mental. Año 7. Vol. 2 No. 1 pp. 5-12

WINNICOTT, D. (1993). El hogar, nuestro punto de partida: ensayos de un psicoanalista. Argentina, Editorial Paidós, – p. 106-116

WINNICOTT, D. (1990). Deprivación y Delincuencia. Argentina, Editorial Paidós.

Fuentes de Internet

CANO GIL, JOSE LUIS. (2006) Psicoterapia Psicodinámica. <http://www.cura-depresion.com/psicoterapia-psicodinamica.html>

COBO, PALOMA. (2006). La Depresión en Adolescentes. Revista Mexicana de Orientación Educativa. Mexico. <http://www.remo.ws/revista/n8/n8-cobo.htm>.

COLMENARES, PILAR. (2011). Psicopatología asociada al consumo de cannabis. Madrid. <http://www.cinteco.com>

FEDOTOV, YURI. (2012) Informe Mundial sobre las Drogas 2012 de la UNODC
<http://www.unodc.org>

GUILLAMÓN, NOEMÍ (2006). Ansiedad y Drogas. Clínica de la Ansiedad. Psicólogos y psiquiatras. <http://www.clinicadeansiedad.com>

INSTITUTO DE ESTADÍSTICA Y CENSO DE PANAMÁ, (2011). Estadísticas de los adolescentes atendidos en los juzgados de niñez y adolescencia y penales de adolescentes de la República, por delitos relacionados con drogas.
<http://www.contraloria.gob.pa>

REVISTAVIRTUAL OPCION (2002). Mujer Gestación y Drogas.

SALVADOR CÁRDENAS ESPERANZA (2008). Drogadicción en la adolescencia.

<http://mensual.prensa.com/mensual/contenido/2007/01/03/hoy/panorama/845776.htm>

www.wikipedia.org

www.psicoterapeutas.org

A N E X O S

ANEXO No 1

MODELO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Fecha: _____

A partir del _____ de 2011, estaré ofreciendo sesiones individuales y grupales para aquellos adolescentes, que en las pruebas psicológicas como en la entrevista reflejaron signos y síntomas de niveles de ansiedad y depresión elevados.

Las ocho (8) sesiones individuales y cuatro (4) sesiones de grupo, son totalmente gratuitos en las instalaciones del Centro de Custodia y Cumplimiento de Herrera y tienen una duración de 20 minutos y una hora. Usted se puede retirar en cualquier momento de este tratamiento sin penalidad alguna

Una vez terminado este tratamiento podrás tener un autoconocimiento de tus síntomas y podrás manejarlos de una manera más adaptativa, sintiéndote emocionalmente mejor.

Con mi firma acepto acudir a estas sesiones con la Psicóloga Arelys Arrué.

Adolescente

ANEXO No. 2

A. Diseño de las Sesiones Individuales

FASE INICIAL

Sesión 1

Objetivo: Establecimiento de una relación personal y singular. Establecimiento de una alianza terapéutica.

CONTENIDO DE LA SESIÓN:

- a. Explicar en qué consiste la Intervención Psicoterapéutica Psicodinámica Mixta
- b. Obtener una impresión general del adolescente relacionada con su historia personal, familiar y el síntoma principal.
- c. Establecer los parámetros de la relación terapéutica
- d. Demostrar empatía y desarrollo de una transferencia positiva.
- e. Cierre de la sesión

Sesión 2

Objetivo: Fomentar en el adolescente la expresión de sus sentimientos, temores, preocupaciones y dudas. Reconocer signos de una baja autoestima.

CONTENIDO DE LA SESIÓN:

- a. Establecer una relación con la sesión anterior.

- b. Fomentar en el adolescente la expresión de lo que pasa dentro de sí mismo, incrementando su disposición psicológica, su insight y su capacidad de tener conciencia de su problemática.
- c. Hacer una revisión de la historia personal del adolescente con respecto a su autoestima o falta de ella, así como ataques recientes a la misma.
- d. Cierre de la sesión.

Sesión 3

Objetivo: Explorar los aprendizajes que ha obtenido cada adolescente en su caso particular y fomentar la autoestima.

CONTENIDO DE LA SESIÓN:

- a. Establecer una relación con la sesión anterior.
- b. Revisar los aprendizajes que el adolescente ha tenido de las sesiones anteriores
- c. Relacionar comunes denominadores entre la historia pasada y los eventos precipitantes recientes con propósitos de interpretación, insight y translaboración; discutir problemas estructurales de la autoestima.
- d. Demostrar empatía y tratar al adolescente con dignidad
- e. Cierre de la sesión

FASE INTERMEDIA

Sesión 4

Objetivo: Lograr reconocer más áreas de baja autoestima en el adolescente y agresiones hacía sí mismo, tratando de que reconozca su causa y cambie de actitud, reforzar su autoestima. Iniciar la terminación del tratamiento.

CONTENIDO DE LA SESIÓN:

- a. Establecer una relación con la sesión anterior
- b. Revisar y comprender más sobre los problemas que el adolescente refiera, tratar de que reconozca las posibles causas.
- c. Reforzar la autoestima, señalando aquellas áreas de la vida del adolescente, que sean afines con una alta autoestima y analizar las razones para ello.
- d. Explorar la agresión en el adolescente dirigida a sí mismo.
- e. Referirse a la terminación de la terapia y cierre de la sesión

Sesión 5

Objetivo: Motivar al adolescente a que reconozca y de valor a sus potencialidades personales.

CONTENIDO DE LA SESIÓN:

- a. Establecer una relación con la sesión anterior.
- b. Examinar en detalle la naturaleza de los ideales del Yo, el nivel de aspiración y la firmeza de las defensas.

- c. Referirse a la terminación de la terapia y cierre de la sesión.

Sesión 6

CONTENIDO DE LA SESIÓN:

- a. Establecer una relación con la sesión anterior.
- b. Hacer interpretaciones de la transferencia que aparezcan y sea especialmente adecuada para este problema.
- c. Reforzar los logros alcanzados.

FASE FINAL

Sesión 7

CONTENIDO DE LA SESIÓN:

- a. Establecer una relación con la sesión anterior.
- b. Hacer el manejo de la separación y terminación de la dependencia emocional con el terapeuta.
- c. Cierre y despedida.

Sesión 8

Un mes después del tratamiento se realizó esta sesión. Se hace una revisión de las ganancias terapéuticas. Reconocer el manejo apropiado de la depresión. Despedida.

B. DISEÑO DE LAS SESIONES GRUPALES

Objetivos:

- a. Establecer los límites de la terapia grupal
- b. Buscar la integración grupal
- c. Fomentar el aprendizaje cognitivo a través de temas relacionados al fortalecimiento de la autoestima
- d. Permitir la libre expresión
- e. Fomentar la confidencialidad de todas las partes del grupo.
- f. usar la fuerza del grupo para el cambio conductual.

Sesión 1

Dinámica de grupo para la integración al trabajo grupal. Establecer el encuadre y presentar las reglas del trabajo en grupo. Llevar a los adolescentes a hablar sobre historias comunes y expresar sus sentimientos.

Sesión 2

Introducción sobre lo que es la autoestima. Reconocer el propio auto concepto y auto imagen, así como algunas técnicas para mejorarla. Dinámica grupal para fomentar la autoestima. Trabajo grupal para el desarrollo de sentimientos positivos hacia sí mismo.

Sesión 3

Manejo en grupo del desarrollo de la autoestima, a través de dinámicas **creativas** en donde se busca que el adolescente se forme una imagen sobre como es él y como se siente consigo mismo y posteriormente, evalué como es percibido por los demás. El trabajo se facilitará con dinámicas grupales para este fin y con reflexiones. Uso del *rol playing*.

Sesión 4

Trabajar metas y obstáculos del grupo. Se retoman los temas tratados en las sesiones anteriores, con el objetivo de evaluar los alcances y aprendizajes cognitivos, cambios emocionales y a la vez reforzarlos. Cierre y despedida.

ANEXO No.3
Historias Clínicas

Sujeto 1

Datos Generales:

Nombre:	G.A.
Edad:	18 años
Sexo:	Masculino
Nivel de Escolaridad:	I año, secundaria
Edad en que inició su consumo de drogas	13 años
Nivel Socioeconómico:	Medio bajo
Dirección:	Bda. El Caracol, Chitré
Condición:	Privado de Libertad, en el CCC- Herrera

Historia Familiar:

Proviene de un hogar fraccionado, creció y fue criado por su progenitor materno y un hermano menor. Sus padres se separan siendo él un niño. Tiene más hermanos de vínculo sencillo paterno. Aclara que en su niñez, vivía un tiempo con su madre y otro con sus abuelos maternos.

Considera que en su niñez fue hiperactivo, no tuvo carencias económicas ni afectivas. En la adolescencia, a la edad de 13 años inició el consumo de drogas (marihuana) hasta su edad actual, consumo que se vio interrumpido por su internamiento en el centro, para cumplir una condena.

De sus figuras paternas refiere que no tiene quejas de su madre, mantiene buena comunicación y siempre le ha dado buenos tratos. De su padre indica que lo conoce, pero no se ha relacionado mucho con el mismo, tiene conocimiento que éste ayudó a su madre económicamente de manera regular durante su crecimiento.

Su rendimiento escolar ha sido regular.

En el aspecto social, se considera una persona de pocas amistades, ya que no es de su agrado tenerlas.

Estado Mental:

Se presenta a la hora acordada, con un aspecto personal adecuado, vestido con suéter, bermuda y chancletas (vestimenta proporcionada y permitida en el centro). Su peso y estatura corresponden a su edad cronológica. La actividad motora se tornó con manifestaciones de ansiedad. Su actitud y comportamiento fue con resistencia a hablar y cierta desconfianza; un estado emocional aplanado. Sus funciones cognitivas se mantuvieron conservadas, con buena orientación en tiempo, espacio y persona. Estableció contacto visual con el entrevistador. Su lenguaje y comunicación fueron adecuados para su edad. La organización del pensamiento se mantuvo con coherencia. La percepción y la memoria, se mantuvieron dentro de lo normal.

Resultados del Pretest

- Ansiedad Total CMAS-R = 60
- Depresión de Zung = 50
- Se observa en el adolescente G.A, niveles de ansiedad altos y sintomatología depresiva.

Diagnóstico Multiaxial:

Eje I: Trastorno del estado de ánimo inducido por sustancias, con síntomas depresivos, de inicio durante la abstinencia.

Eje II: Z03.2 Sin Diagnóstico

Eje III: Ninguno

Eje IV: Problemas relativos al grupo primario de apoyo

Problemas relativos a la enseñanza

Problemas económicos

Problemas relativos a la interacción con el sistema legal

Eje V: EEAG=60 (Actual)

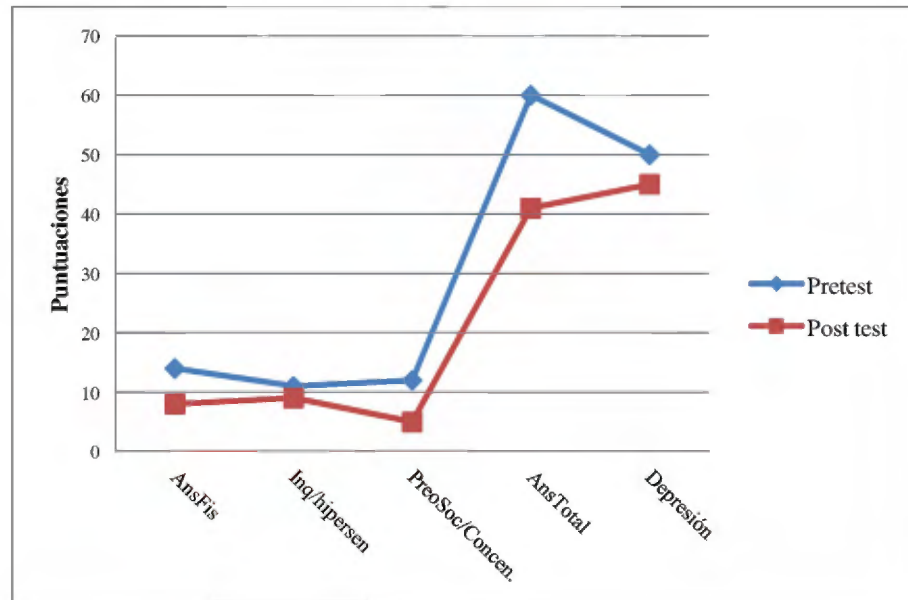
Resultados del Post test

- Ansiedad Total CMAS-R = 41
- Depresión de Zung = 45
- Los niveles de ansiedad y depresión en G.A., disminuyeron

Tabla No. 17: Análisis del sujeto 1, del CMAS-R y Depresión de Zung, antes y después de la intervención psicodinámica mixta.

	Ansiedad Fisiológica	Inquietud/hipersensibilidad	PreocuSocial es/Concen.	Ansiedad Total	Depresión
Pretest	14	11	12	60	50
Post test	8	9	5	41	45

Grafica No. 13: Puntuaciones en las escalas de ansiedad y depresión, del sujeto 1 del grupo experimental.



Sujeto 2

Datos Generales:

Nombre:	N.O.
Edad:	17 años
Sexo:	Masculino
Nivel de Escolaridad:	II año, secundaria
Edad en que inició su consumo de drogas	13 años
Nivel Socioeconómico:	Medio bajo
Dirección:	Ocú
Condición:	Privado de Libertad, en el CCC- Herrera

Historia Familiar:

Proviene de un hogar fragmentado, es el hijo mayor y único varón. Comenta que el ambiente familiar fue irregular, ya que había muchos problemas entre sus progenitores; su padre consumía licor y maltrataba a su madre y a ellos.

En su niñez le gustaba jugar fútbol con sus amigos, en su casa se sentía bien por una parte y mal por otra, ya que su padre no le permitía jugar y lo maltrataba físicamente mucho, admitiendo que le hizo falta el cariño de su padre. En la adolescencia, le ha ido regular, a los 11 años de edad tomó la decisión de irse a vivir con su padre, donde no le fue bien, ya que tuvo que trabajar para mantenerse, su padre sólo le daba lo que podía; a los 15 años decidió después de 4 años de no ver a su madre, irse a vivir con ella, donde permaneció hasta los 17 años. Asegura que en esta etapa de su vida le han pasado muchas cosas feas que no le gusta recordar ni hablar. Su consumo de marihuana inicio a la edad de 13 años, hasta su edad actual, consumo que se vio interrumpido por su internamiento en el centro, para cumplir una condena.

De sus figuras paternas refiere que no tiene quejas de su madre, lo ha apoyado siempre. Con su padre la interacción ha sido irregular con muchas discusiones y peleas. Con sus hermanas mantiene buena relación.

Su rendimiento escolar ha sido regular.

En el aspecto social, se considera una persona de pocas amistades, ya que no le gusta tenerlas.

Estado Mental:

Se presenta a la hora citada, con un aspecto personal adecuado, vestido con suéter, bermuda y chancletas (vestimenta proporcionada y permitida en el centro). Su peso y estatura corresponden a su edad cronológica. Estuvo inquieto, con manifestaciones de ansiedad y verborrea. Sus funciones cognitivas se mantuvieron conservadas, buena orientación en tiempo, espacio y persona. Estableció contacto visual con el entrevistador. Su lenguaje y comunicación fueron adecuados para su edad; su pensamiento se mantuvo coherente. La percepción, memoria y su estado emocional, se mantuvieron dentro de lo normal.

Resultados del Pretest

- Ansiedad Total CMAS-R = 62
- Depresión de Zung = 51
- N.O., evidenció niveles de ansiedad y depresión elevados.

Diagnóstico Multiaxial:

Eje I: Trastorno del estado de ánimo inducido por sustancias, con síntomas depresivos, de inicio durante la abstinencia.

Eje II: Z03.2 Sin Diagnóstico

Eje III: Ninguno

Eje IV: Problemas relativos al grupo primario de apoyo

Problemas relativos a la enseñanza

Problemas económicos

Problemas relativos a la interacción con el sistema legal

Eje V: EEAG=60 (Actual)

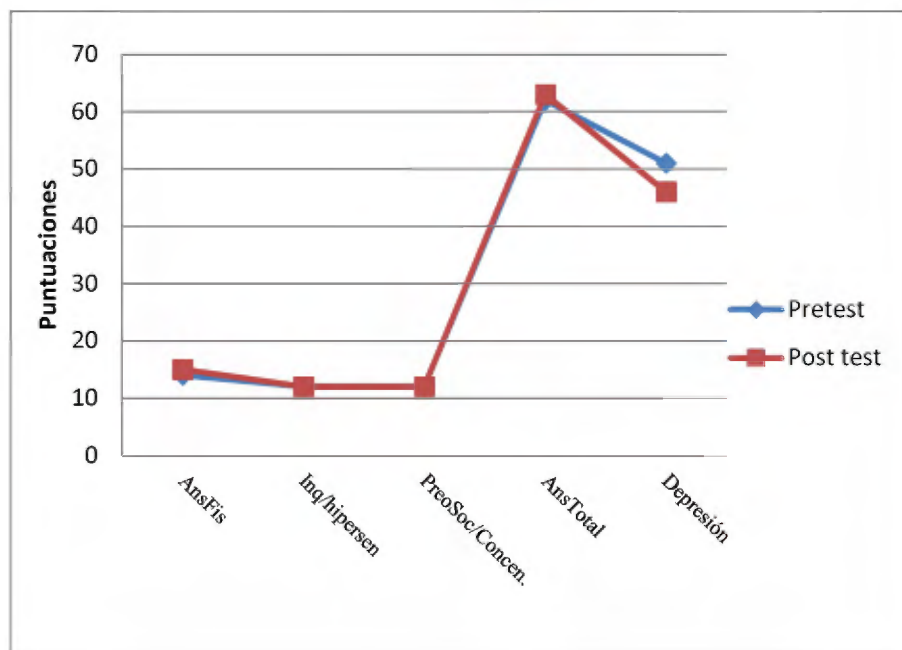
Resultados del Post test

- Ansiedad Total CMAS-R = 63
- Depresión de Zung = 46
- En N.O. los niveles de ansiedad aumentaron y depresión disminuyeron

Tabla No. 18: Análisis del sujeto 2, del CMAS-R y Depresión de Zung, antes y después de la intervención psicodinámica mixta.

	Ansiedad Fisiológica	Inquietud/hipersensibilidad	PreocuSocial es/Concen.	Ansiedad Total	Depresión
Pretest	14	12	12	62	51
Post test	15	12	12	63	46

Grafica No. 14: Puntuaciones en las escalas de ansiedad y depresión, del sujeto 2 del grupo experimental.



Sujeto 3

Datos Generales:

Nombre:	R.B.
Edad:	17 años
Sexo:	Masculino
Nivel de Escolaridad:	II año, secundaria
Edad en que inició su consumo de drogas	14 años
Nivel Socioeconómico:	Bajo
Dirección:	Monagrillo
Condición:	Privado de Libertad, en el CCC- Herrera

Historia Familiar:

Proviene de un hogar monoparental, fue criado por su madre a partir de los 5 años de edad, cuando sus progenitores se separan. Tiene hermanos de vínculo materno y paterno. Refiere que en su casa habían pocos problemas, pero en el barrio donde creció sí existían problemas con las drogas y la delincuencia.

Siente que su niñez fue bonita, porque jugaba e iba a la escuela, tenía el cariño de su madre. En la adolescencia, le ha ido regular, desertó de la escuela a los 13 años de edad, era desobediente con su madre e inició su consumo de drogas (marihuana) hasta su ingreso al centro donde se encuentra interno, para cumplir una condena, por lo cual no ha podido seguir su consumo; comenta que también a estado involucrado en robos y venta de drogas.

De sus figuras paternas refiere que con su madre ha mantenido buenas relaciones, no tiene quejas de ella; con su padre la relación ha sido escasa, expresando que le da igual esta persona.

Su rendimiento escolar lo describió como regular. Desertó de la escuela por problemas de riña y falta de interés. Trabaja desde los 14 años.

En el aspecto social, se considera una persona con muchas amistades, salía poco de casa, pero cuando lo hacía frecuentaba lugares prohibidos para menores, consumía mucho alcohol y drogas. Ha atentado contra la vida de otra persona.

Estado Mental:

Se presenta a la hora citada, con un aspecto personal adecuado, vestido con suéter, bermuda y chancletas (vestimenta proporcionada y permitida en el centro). La percepción, memoria y su estado emocional, se mantuvieron dentro de lo normal.

Su peso y estatura corresponden a su edad cronológica. Permaneció tranquilo, sin manifestaciones de ansiedad. Sus funciones cognitivas se mantuvieron conservadas, buena orientación en tiempo, espacio y persona. Estableció contacto visual con el entrevistador. Su lenguaje y comunicación fueron adecuados para su edad; su pensamiento permaneció coherente.

Resultados del Pretest

- Ansiedad Total CMAS-R = 67
- Depresión de Zung = 50
- R.B. mostró niveles de ansiedad y depresión elevados.

Diagnóstico Multiaxial:

Eje I: Trastorno del estado de ánimo inducido por sustancias, con síntomas depresivos, de inicio durante la abstinencia.

Eje II: Z03.2 Sin Diagnóstico

Eje III: Ninguno

Eje IV: Problemas relativos al grupo primario de apoyo

Problemas relativos al ambiente social

Problemas relativos a la enseñanza

Problemas económicos

Problemas relativos a la interacción con el sistema legal

Eje V: EEAG=50 (Actual)

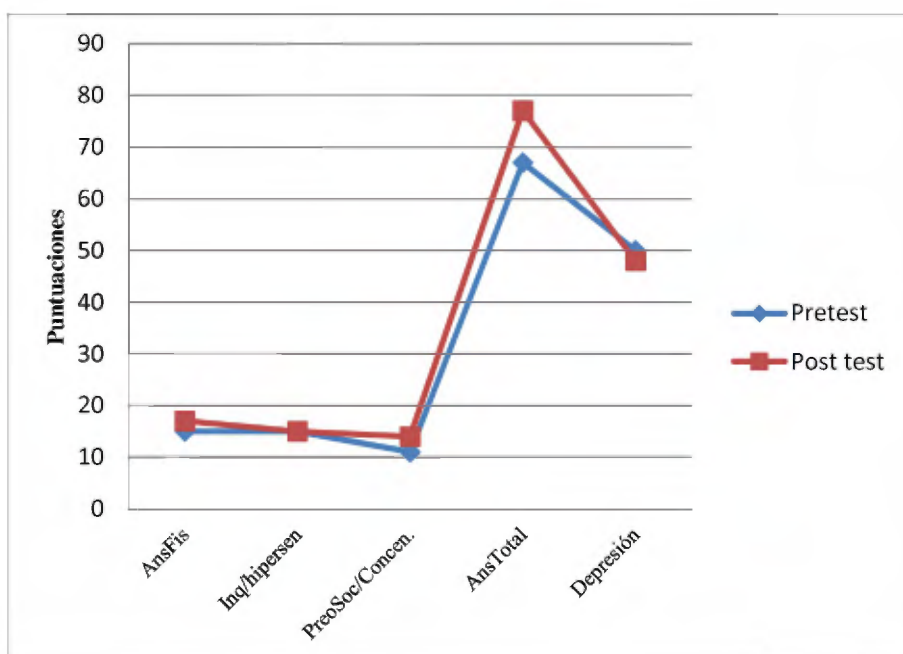
Resultados del Post test

- Ansiedad Total CMAS-R =77
- Depresión de Zung = 48
- En R.B. los niveles de ansiedad aumentaron y en depresión disminuyeron

Tabla No. 19: Análisis del sujeto 3, del CMAS-R y Depresión de Zung, antes y después de la intervención psicodinámica mixta.

	Ansiedad Fisiológica	Inquietud/hipersensibilidad	PreocuSociales/Concen.	Ansiedad Total	Depresión
Pretest	15	15	11	67	50
Post test	17	15	14	77	48

Grafica No. 15: Puntuaciones en las escalas de ansiedad y depresión, del sujeto 3 del grupo experimental.



Sujeto 4

Datos Generales:

Nombre:	J.B.
Edad:	17 años
Sexo:	Masculino
Nivel de Escolaridad:	II año, secundaria
Edad en que inició su consumo de drogas	12 años
Nivel Socioeconómico:	Bajo
Dirección:	Penonomé
Condición:	Privado de Libertad, en el CCC- Herrera

Historia Familiar:

Nace en Panamá, pero creció en Penonomé hasta los 6 años de edad con su madre, explicando que a esta edad ella falleció; luego continuó viviendo en Panamá con una tía materna, hasta los 12 años, pero a esta misma edad regresa a Penonomé con un tío materno.

De su niñez comenta que jugaba, paseaba siendo bonita hasta los 12 años de edad, porque supo aprovecharla, a pesar de tener la ausencia de su madre desde los 6 años. En la adolescencia, desde los 12 años inicia su consumo de marihuana y a los 13 años el de cocaína, admitiendo llegar a tener alucinaciones visuales como consecuencia del consumo. Se interrumpe su consumo por el ingreso al centro de custodia para cumplir una condena. Ha estado involucrado en actividades delictivas.

De sus figuras paternas refiere que la figura de su madre le ha hecho mucha falta, era un gran apoyo para él, lo corregía y está seguro de que con ella no hubiera caído donde está. A su padre no lo conoce, nadie le ha hablado de él, ni ha contado con una figura paterna, a pesar de tener el apoyo de algunos tíos que lo han criado, sólo lo han visto como un sobrino.

Su rendimiento escolar lo describió como regular. Recibía el apoyo de sus tíos y

primos, pero admite que había falta de interés de su parte.

En el aspecto social, se considera una persona con muchas amistades, en su casa nunca tuvo controles con sus salidas, por lo cual salía hasta altas horas de la noche, y consumía licor y drogas, así como llevaba una vida sexual activa.

Estado Mental:

Se presenta a la hora citada, con un aspecto personal adecuado, vestido con suéter, bermuda y chancletas (vestimenta proporcionada y permitida en el centro). Su peso y estatura acordes a su edad. La percepción y memoria se mantuvieron dentro de lo normal.

Admitió tener crisis de ansiedad, por la falta de la droga y su frustración al estar detenido, ha sentido deseos de fugarse, sentimientos de tristeza y llanto por su madre, no ha tenido apoyo familiar desde su internamiento. Sus funciones cognitivas se mantuvieron conservadas, buena orientación en tiempo, espacio y persona. Estableció contacto visual con el entrevistador. Su lenguaje y comunicación fueron adecuados para su edad; su pensamiento permaneció coherente.

Resultados del Pretest

- Ansiedad Total CMAS-R = 60
- Depresión de Zung = 51
- El adolescente evidenció signos y síntomas niveles de ansiedad y depresión elevados.

Diagnóstico Multiaxial:

Eje I: Trastorno del estado de ánimo inducido por sustancias, con síntomas depresivos, de inicio durante la abstinencia.

Eje II: Z03.2 Sin Diagnóstico

Eje III: Ninguno

Eje IV: Problemas relativos al grupo primario de apoyo

Problemas relativos al ambiente social y a la enseñanza

Problemas económicos

Problemas relativos a la interacción con el sistema legal

Eje V: EEAG=50 (Actual)

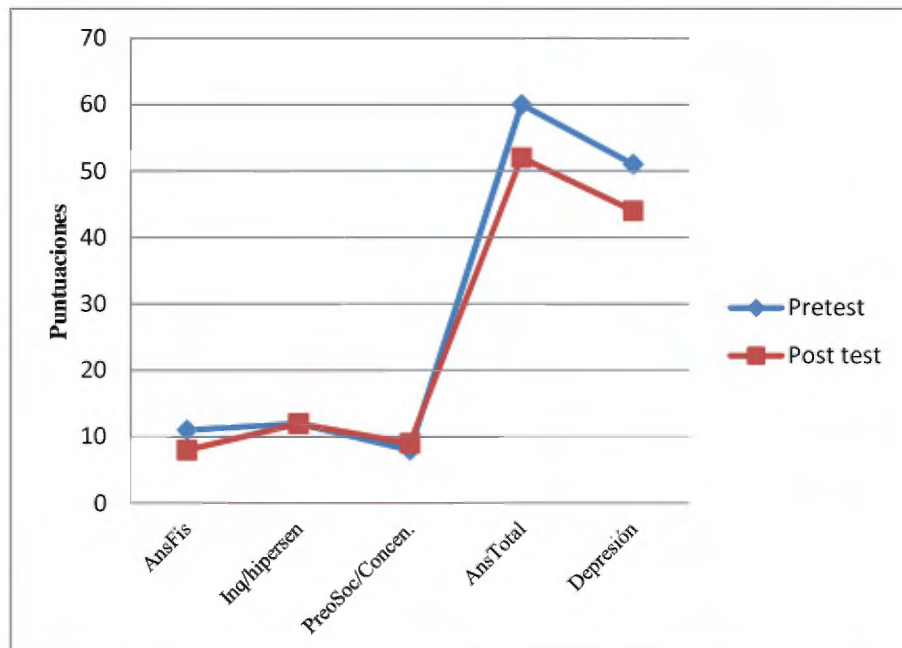
Resultados del Post test

- Ansiedad Total CMAS-R =52
- Depresión de Zung = 44
- Los niveles de ansiedad y depresión en J.B., disminuyeron

Tabla No. 20: Análisis del sujeto 4, del CMAS-R y Depresión de Zung, antes y después de la intervención psicodinámica mixta.

	Ansiedad Fisiológica	Inquietud/hipersensibilidad	PreocuSocial es/Concen.	Ansiedad Total	Depresión
Pretest	11	12	8	60	51
Post test	8	12	9	52	44

Grafica No. 16: Puntuaciones en las escalas de ansiedad y depresión, del sujeto 4 del grupo experimental.



Sujeto 5

Datos Generales:

Nombre:	M.R.
Edad:	17 años
Sexo:	Masculino
Nivel de Escolaridad:	I año, secundaria
Edad en que inició su consumo de drogas	12 años
Nivel Socioeconómico:	Medio Bajo
Dirección:	Antón
Condición:	Privado de Libertad, en el CCC- Herrera

Historia Familiar:

Proviene de la Ciudad de Panamá, donde creció con su abuela y tía materna hasta los 5 años de edad, ya que lo mudaron a Antón a continuar viviendo con su abuela paterna, hasta los 8 años de edad. Con ambos progenitores vivió hasta los 4 años de edad, sus padres tienen una mala relación. A la edad de 11 años una tía paterna, lo recoge y continúa viviendo con ella.

De su niñez refiere cuando tenía 11 años de edad su padre fue privado de libertad y su madre se fue a vivir a Chiriquí, la frecuentaba, pero poco; fue su abuela quien le dio cariño y lo consentía. En su adolescencia, considera le ha ido regular, inició a consumir drogas (marihuana) a los 12 años, expresando que se sabía controlar y desde los 15 años a estado privado de libertad en varias ocasiones. Dejo de consumir por su ingreso al centro, para el cumplimiento de una condena.

De sus figuras paternas refiere que su madre es una buena persona, agradable, a él no le gusta mortificarla con sus problemas, tiene más de un año sin tener noticias de la misma, mantienen una relación muy distante. Con su padre, mantiene una relación más cercana y está pendiente de sus cosas. Las relaciones con sus tíos y abuela paterna han sido buenas.

Su rendimiento escolar lo describió como regular. Se retiró de la escuela, para ponerse a trabajar y falta de interés.

En el aspecto social, considera que tiene pocas amistades, en su barrio Sali poco, ya que los policías lo conocían y temía ser detenido.

Estado Mental:

Se presenta a la hora citada, con un aspecto personal adecuado, vestido con suéter, bermuda y chancletas (vestimenta proporcionada y permitida en el centro). Su peso y estatura acordes a su edad.

Se observó tranquilo, con desgano y semblante de tristeza, sin manifestaciones de ansiedad. Con buena orientación en tiempo, espacio y persona. Sus funciones cognitivas se mantuvieron conservadas. Estableció contacto visual con el entrevistador. Su lenguaje y comunicación fueron adecuados para su edad; su pensamiento permaneció coherente; así como la percepción y memoria se mantuvieron dentro de lo normal.

Resultados del Pretest

- Ansiedad Total CMAS-R = 62
- Depresión de Zung = 50
- M.R. evidenció elevaciones en los niveles de ansiedad y depresión.

Diagnóstico Multiaxial:

Eje I: Trastorno del estado de ánimo inducido por sustancias, con síntomas depresivos, de inicio durante la abstinencia.

Eje II: Z03.2 Sin Diagnóstico

Eje III: Ninguno

Eje IV: Problemas relativos al grupo primario de apoyo

Problemas relativos al ambiente social y a la enseñanza

Problemas económicos

Problemas relativos a la interacción con el sistema legal

Eje V: EEAG=60 (Actual)

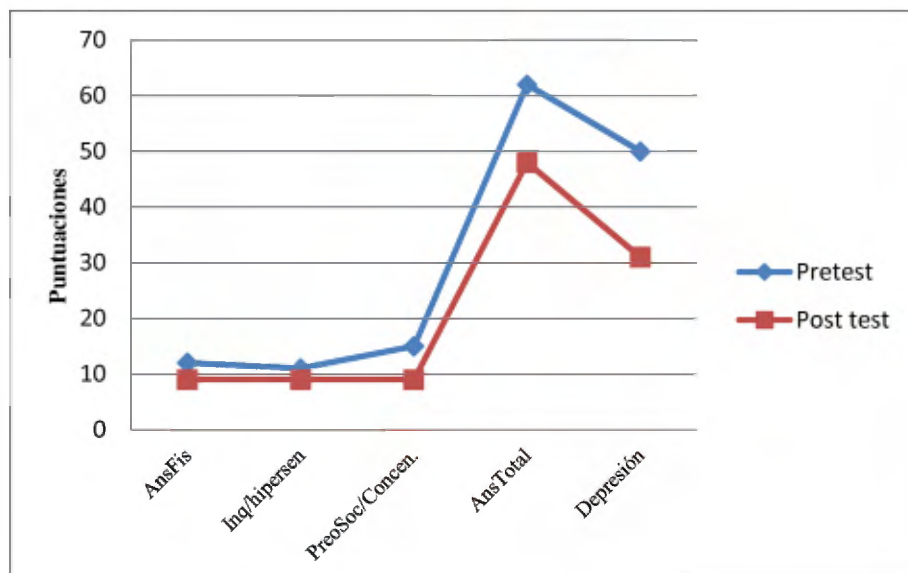
Resultados del Post test

- Ansiedad Total CMAS-R =48
- Depresión de Zung = 31
- Los niveles de ansiedad y depresión en el adolescente, disminuyeron.

Tabla No. 21: Análisis del sujeto 5, del CMAS-R y Depresión de Zung, antes y después de la intervención psicodinámica mixta.

	Ansiedad Fisiológica	Inquietud/hipersensibilidad	PreocuSociales/Concen.	Ansiedad Total	Depresión
Pretest	12	11	15	62	50
Post test	9	9	9	48	31

Grafica No. 17: Puntuaciones en las escalas de ansiedad y depresión, del sujeto 5 del grupo experimental.



Sujeto 6

Datos Generales:

Nombre:	O.G.
Edad:	18 años
Sexo:	Masculino
Nivel de Escolaridad:	III año, secundaria
Edad en que inició su consumo de drogas	14 años
Nivel Socioeconómico:	Medio Bajo
Dirección:	Tonosí
Condición:	Privado de Libertad, en el CCC- Herrera

Historia Familiar:

Refiere que vivió con ambos progenitores hasta la edad de 3 años, ya que los mismos se separaron, desconociendo los motivos de la misma, continuó viviendo con su padre y fue criado por su abuela paterna. Desconoce por qué motivo no creció al lado de su progenitor materno.

Recuerda que en su niñez fue tremendo, no tuvo dificultades, pero le hizo falta su madre, estuvo carente de su cariño y apoyo. En su adolescencia, a los 14 años inicia su consumo de drogas (cocaína y marihuana) hasta ser internado en el centro, para el cumplimiento de una condena, limitándose así su consumo.

De sus figuras paternas refiere que con su padre siempre ha mantenido buenas relaciones, recibe buenos tratos de su parte, lo valora mucho. Con su madre, las relaciones han sido escasas y conflictivas, no sabe nada de ella, admitiendo sentir tristeza al hablar de la misma, porque estuvo ausente en su vida. Su abuela ha estado pendiente de él y fue quien le dio soporte y buenos tratos.

Su rendimiento escolar en la primaria fue bueno, a pesar de que no le gustaba estudiar, en secundaria se salió por falta de interés. Desde los 13 años empezó a trabajar y se costeaba su adicción.

En el aspecto social, considera que tiene pocas amistades, le gusta tenerlos pero prefiere la soledad, no tuvo controles en su casa para las salidas en horas de la noche. Comenta que en un momento de su adolescencia ha pensado en el suicidio como consecuencia de una pérdida amorosa.

Estado Mental:

Se presenta a la hora citada, con un aspecto personal adecuado, vestido con suéter, bermuda y chancletas (vestimenta proporcionada y permitida en el centro). De contextura física gruesa, con un peso y estatura acordes a su edad.

Se observó evasivo y tranquilo. Con buena orientación en tiempo, espacio y persona. Sus funciones cognitivas se mantuvieron conservadas. Estableció contacto visual con el entrevistador. Su lenguaje y comunicación fueron adecuados para su edad; su pensamiento permaneció coherente; así como la percepción y memoria se mantuvieron dentro de lo normal.

Resultados del Pretest

- Ansiedad Total CMAS-R = 67
- Depresión de Zung = 64
- O.G. evidenció sintomatología ansiosa y depresiva

Diagnóstico Multiaxial:

Eje I: Trastorno del estado de ánimo inducido por sustancias, con síntomas depresivos, de inicio durante la abstinencia.

Eje II: Z03.2 Sin Diagnóstico

Eje III: Ninguno

Eje IV: Problemas relativos al grupo primario de apoyo

Problemas relativos a la enseñanza

Problemas económicos

Problemas relativos a la interacción con el sistema legal

Eje V: EEAG=50 (Actual)

Resultados del Post test

- Ansiedad Total CMAS-R =54
- Depresión de Zung = 47
- Los niveles de ansiedad y depresión en el adolescente, disminuyeron.

Tabla No. 22: Análisis del sujeto 6, del CMAS-R y Depresión de Zung, antes y después de la intervención psicodinámica mixta.

	Ansiedad Fisiológica	Inquietud/hipersensibilidad	PreocuSocial es/Concen.	Ansiedad Total	Depresión
Pretest	15	13	12	67	64
Post test	14	13	12	54	47

Grafica No. 18: Puntuaciones en las escalas de ansiedad y depresión, del sujeto 6 del grupo experimental.

