

UNIVERSIDAD DE PANAMÁ
VICERRECTORÍA DE INVESTIGACIÓN Y POSTGRADO
FACULTAD DE PSICOLOGÍA

**EFFECTIVIDAD DE LA TERAPIA EMDR EN LA ESTABILIDAD EMOCIONAL Y
AUTOESTIMA DE ADOLESCENTES CON TRASTORNO DE ADAPTACIÓN DE
LAS EMOCIONES MIXTAS DEL HOGAR SANTA ISABEL, VERAGUAS 2017.**

POR:
YARINETH BARLENY AGUILAR PEÑALBA

Tesis para optar por el grado de maestría en Psicología Clínica

PANAMÁ, REPÚBLICA DE PANAMÁ

2017

UNIVERSIDAD DE PANAMÁ
VICERRECTORÍA DE INVESTIGACIÓN Y POSTGRADO
FACULTAD DE PSICOLOGÍA

**EFFECTIVIDAD DE LA TERAPIA EMDR EN LA ESTABILIDAD EMOCIONAL Y
AUTOESTIMA DE ADOLESCENTES CON TRASTORNO DE ADAPTACIÓN DE
LAS EMOCIONES MIXTAS DEL HOGAR SANTA ISABEL, VERAGUAS 2017**

POR:
YARINETH BARLENY AGUILAR PEÑALBA

Tesis para optar por el grado de maestría en Psicología Clínica

PANAMÁ, REPÚBLICA DE PANAMÁ

2017

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

NÚMERO DE CÓDIGO: CE-PT-327-14-255-01-16-14
NOMBRE DE LA ESTUDIANTE: YARINETH B AGUILAR P
NÚMERO DE CÉDULA: 9-708-1762
TÍTULO DE LA TESIS: “EFECTO DEL TRATAMIENTO INTEGRATIVO GRUPAL EMDR PARA MEJORAR LA ESTABILIDAD EMOCIONAL y AUTOESTIMA EN UN GRUPO DE ADOLESCENTES DIAGNOSTICADAS CON TRASTORNO DE ADAPTACIÓN CON ALTERACIONES MIXTAS DE LAS EMOCIONES Y LA CONDUCTA DEL HOGAR SANTA ISABEL SANTIAGO DE VERAGUAS, 2017”.

ASESORA: MAGÍSTER RITA MEDINA TENORIO

FIRMA DE LA ASESORA: _____

FIRMA DE LA ESTUDIANTE: _____

APROBADO POR: _____

DIRECTOR DE POSTGRADO DE LA VICERRECTORÍA DE INVESTIGACIÓN Y POSTGRADO

FECHA: _____.

DEDICATORIA

A mi esposo Amaury Watts, a mis hijos Ian, Amaya y Ámbar, por su apoyo incondicional, son la gran bendición que Dios me ha otorgado en mi vida.

A mis padres, Cleofe Aguilar y Celmira Peñalba, quienes me educaron en valores como la perseverancia, la cual es necesaria para cumplir mis metas; también a mi hermano Raúl Mendoza y a mi cuñada Leidy Abrego, quienes están incondicionalmente proporcionándome su apoyo. A ti hermano José Mendoza (Q.E.P.D.), abrazos hasta el cielo.

AGRADECIMIENTO

A Dios, primeramente, por acompañarme en cada uno de mis pasos para culminar mis estudios de maestría.

A mi asesora, el magíster Rita Medina, por los conocimientos brindados y por toda su guía y motivación para realizar este trabajo; estaré siempre agradecida.

Doy las gracias a mis compañeras Romelia Rosas, Diana Méndez, Briseida Tejada, quienes me inspiraron a seguir adelante y a todos los compañeros de la maestría en Santiago de Veraguas.

A la hermana María González, directora del Hogar Santa Isabel, por confiar en el proceso de evaluación e intervención realizado a las adolescentes que integran el centro.

Finalmente, a todos los profesores que con dedicación dieron de su tiempo para impartir tan valiosos conocimientos.

Muchas gracias a todos, Dios los bendiga.

**«EL DOLOR MENTAL ES MENOS DRAMÁTICO QUE EL DOLOR FÍSICO, PERO
ES MÁS COMÚN Y TAMBIÉN MÁS DIFÍCIL DE SOPORTAR.».**

C.S. Lewis

RESUMEN

En la presente investigación se planteó como objetivo conocer la efectividad de la terapia integrativa grupal EMDR, para mejorar la estabilidad emocional y autoestima en adolescentes diagnosticadas con trastorno de adaptación con alteraciones mixta de las emociones y la conducta. Se llevó a cabo en el Hogar Santa Isabel en Santiago de Veraguas; fue planificada en diez sesiones, que incluyen una sesión de entrevista de nivel individual como parte del protocolo de atención. Cada sesión tenía la duración de dos horas, dos veces por semana. Los instrumentos de valoración utilizados fueron la Escala de Depresión, Ansiedad y Estrés DASS21, Escala de Autoestima de Roosenberg y Escala de Inadaptación. El diseño de investigación es pre – experimental, se trabajó con una muestra antes y después, conformada por diez (10) adolescentes con edades entre 12 y 16 años, mediante un tipo de estudio correlacionado y descriptivo; ya que se explican relaciones entre ansiedad, depresión, estrés, autoestima e inadaptación y terapia EMDR. Los datos se analizaron con “t” de “Student”, a una cola con nivel de significancia de 0.05. y regla de decisión: rechazar la H_0 si $t_0 > t_c = 1.8946$. La “t” observada es de ansiedad 9.000, depresión 3.162, estrés 5.348, inadaptación 3.713 son mayor a la “t” crítica. En cuanto a la autoestima y regla de decisión: rechazar la H_0 si $t_0 < t_c = 1.8946$ y se obtuvo una $t_0 = -9.267$ siendo menor a la t crítica. Se observaron cambios significativos en todas las variables refiriendo que el tratamiento EMDR aplicado de forma grupal en las adolescentes internadas en el hogar fue efectivo en la disminución de los síntomas en esta población.

Palabras claves: Terapia EMDR, Trastorno de adaptación de las emociones mixtas y de la conducta, depresión, ansiedad, estrés, autoestima, inadaptación, adolescentes, albergues.

ABSTRACT

The research design is pre-experimental, we worked with a before and after sample, made up of ten (10) adolescents, through a type of correlated and descriptive study; since relationships between anxiety, depression, stress, self-esteem and maladjustment and EMDR therapy are explained. The data were analyzed with "t" for "Student", at one tail with a significance level of 0.05. and decision rule: reject H_0 if $t_0 > t_c = 1.8946$. The observed "t" is anxiety 9,000, depression 3,162, stress 5,348, maladjustment 3,713 are greater than the critical "t" of these values indicate that statistically the research hypothesis is accepted, since it reduces the symptoms of anxiety and depression, stress, maladjustment after the EMDR treatment sessions applied to the participants; in this way adapt to the changes that the boarding school requires them to make, both personal and family. Regarding self-esteem and decision rule: reject H_0 if $t_0 < t_c = 1.8946$ and a $t_0 = -9.267$ was obtained, being less than the critical t. Significant changes were observed in all the variables, indicating that the EMDR treatment applied as a group to the adolescents admitted to the home was effective in reducing the symptoms in the sample with adjustment disorder with mixed alterations of emotions and behavior.

Keywords: EMDR Therapy, Adjustment Disorder of Mixed Emotions and Behavior, Depression, Anxiety, Stress, Self-Esteem, Maladjustment, Adolescents, Shelters.

TABLA DE CONTENIDO

DEDICATORIA	iv
AGRADECIMIENTO.....	vi
RESUMEN	ix
ABSTRACT	x
TABLA DE CONTENIDO	xi
ÍNDICE DE CUADROS	xvi
ÍNDICE DE GRÁFICAS	xviii
INTRODUCCIÓN.....	1
CAPÍTULO 1: FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA.....	5
1. Fundamentación teórica.....	6
1.1. Antecedentes de los aspectos teóricos institucionales.....	6
1.1.1. Características de los albergues en Panamá	9
1.1.2. El Hogar Santa Isabel	10
1.2. Ansiedad	11
1.2.1. Definición de ansiedad	12
1.2.2. Causas de la ansiedad	16
1.2.3. Síntomas de ansiedad.....	17
1.3. Depresión.....	17
1.3.1. Definición de depresión.....	19
1.3.2. Causas de depresión.....	22
1.3.3. Síntomas de la depresión	23
1.4. Estrés	25
1.4.1. Definición de estrés	25
1.4.2. Efectos del estrés en el organismo.....	27

1.5. Autoestima.....	30
1.5.1. Definición de ansiedad	30
1.5.2. Dimensiones de autoestima	31
1.5.3. Autoconcepto y autoestima en la adolescencia	34
1.6. Aspectos generales sobre el trastorno de adaptación con alteraciones mixta de las emociones y la conducta en adolescentes	34
1.6.1. Definición según DSM –5	34
1.6.2. Definición según CIE 10	34
1.7. Grupos y las reglas de grupo.....	38
CAPÍTULO 2: TRATAMIENTO INTEGRATIVO EMDR PROTOCOLO GRUPAL (EMDR-IGTP)	40
2.1. Psicoterapia integrativa de desensibilización y reprocesamiento a través de los movimientos oculares EMDR	40
2.1.1. Antecedentes de la terapia EMDR.....	41
2.2. Definición de terapia EMDR.....	43
2.3. Abrazo de la mariposa	46
2.4. El abordaje de las ocho fases de EMDR.....	46
2.5. Investigación sobre la efectividad de la terapia integrativa EMDR	48
CAPÍTULO 3: METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN	50
3.1. Justificación del problema.....	51
3.2. Planteamiento del problema	52
3.3. Objetivos generales.....	54
3.4. Objetivos específicos.....	54
3.5. Hipótesis	55

3.5.1. Hipótesis de investigación	55
3.5.2. Hipótesis estadística	55
3.6. Diseño de investigación.....	58
3.6.1. Estudio explicativo	58
3.6.2. Diseño cuasi experimental.....	58
3.7. Definición de variables.....	59
3.7.1. Variables independientes.....	60
3.7.1.1. Definición conceptual.....	60
3.7.1.2. Definición operacional	60
3.7.2. Variables dependientes.....	60
3.7.2.1. Definición conceptual.....	60
3.7.2.2. Definición operacional	61
3.8. Población y muestra.....	63
3.8.1. Población	63
3.8.2 Muestra	63
3.9. Criterios de inclusión.....	63
3.10. Criterios de exclusión	64
3.11. Instrumento y técnicas de medición	64
3.11.1 Consentimiento informado	64
3.11.2 Entrevista de Amilkar Ivan Valladares.....	65
3.11.3 Escala de Depresión, Ansiedad y Estrés (DASS-21)	65
3.11.4. Escala de inadaptación.....	66
3.11.5 Escala de autoestima de Rosenberg.....	67
3.11.6 Protocolo grupal e integrativo EMDR-IGTP.....	67

3.12. Análisis de los resultados	68
3.12.1. Análisis descriptivos.....	68
3.12.2. Análisis comparativo	68
3.13. Procedimiento.....	68
3.14. Plan de cada una de las sesiones de la terapia que describe el tratamiento.....	70
3.14.1. Título.....	70
3.14.2. Objetivos.....	70
3.14.2.1. Objetivos generales.....	70
3.14.2.2. Objetivos específicos.....	70
3.14.3. Descripción.....	70
3.14.4. Introducción.....	71
3.14.5. Justificación.....	73
3.14.6. Sesiones.....	73
3.15. Local para el tratamiento	88
3.16. Limitaciones	89
CAPITULO 4: ANÁLISIS DE RESULTADOS	90
4.1. Datos generales de la muestra	92
4.2. Presentación y análisis descriptivo y comparativo de los resultados	92
4.2.1. Ansiedad	92
4.2.2. Depresión.....	92
4.2.3. Estrés	96
4.2.4. Autoestima.....	88
4.2.5. Inadaptación.....	100
4.3. Análisis integrativo de los resultados	101

CONCLUSIONES.....	104
RECOMENDACIONES	107
BIBLIOGRAFÍA.....	110
ANEXOS.....	115

ÍNDICE DE CUADROS

Cuadro N°1. Rango de edades de la muestra de adolescentes con trastorno adaptativo mixto de las emociones y la conducta	91
Cuadro N°2. Porcentajes por puntajes en escala de ansiedad de las adolescentes	92
Cuadro N° 3. Prueba estadística para muestras relacionadas en la escala de ansiedad de las adolescentes.....	93
Cuadro N° 4. Porcentajes por puntajes en escala de depresión de las adolescentes	94
Cuadro N° 5. Prueba estadística para muestras relacionadas en la escala de depresión de las adolescentes.....	95
Cuadro N° 6. Porcentajes por puntajes en escala de estrés de las adolescentes	96
Cuadro N° 7. Prueba estadística para muestras relacionadas en la escala de estrés de las adolescentes.....	97
Cuadro N° 8. Porcentajes de puntajes en escala de autoestima de las adolescentes	98
Cuadro N° 9. Prueba estadística para muestras relacionadas en la escala de autoestima de las adolescentes.....	99
Cuadro N°10. Porcentajes de puntajes en escala de inadaptación de las adolescentes	100
Cuadro N°11. Prueba estadística para muestras relacionadas en la escala de inadaptación de las adolescentes	101

ÍNDICE DE GRÁFICAS Y FIGURAS

Gráfica N^o 1. Comparación de grupo según las puntuaciones en la escala de ansiedad en las adolescentes en el pretest y postest	92
Gráfica N^o2. Comparación de grupo según las puntuaciones en la escala de depresión en las adolescentes en el pretest y postest	94
Gráfica N^o3. Comparación de grupo según las puntuaciones de la escala de estrés en las adolescentes en el pretest y postest	96
Gráfica N^o4. Comparación de grupo según las puntuaciones de la escala de autoestima en las adolescentes en el pretest y postest	98
Gráfica N^o5. Comparación de grupo según las puntuaciones de la escala de inadaptación en las adolescentes en el pretest y postest	100
Figuras	
Figura N^o1. Clasificación y características diagnósticas de la ansiedad.....	12
Figura N^o2. Clasificación y características diagnósticas de la depresión.....	19
Figura N^o3. Definición de grupo y sus reglas.....	38
Figura N^o4. Dinámicas de grupo.....	39
Figura N^o5. Resumen de la Escala de Depresión, Ansiedad y Estrés.....	66

INTRODUCCIÓN

En esta investigación se aplicó un programa EMDR como abordaje integrativo utilizando diversas técnicas y estrategias psicológicas para mejorar los estados emocionales y autoestima que presentaban un grupo de adolescentes residentes en el albergue. Según los principios de la terapia integrativa EMDR, cuando alguien experimenta un trauma psicológico hay un desequilibrio en el sistema nervioso. Debido a este desequilibrio, el sistema de procesamiento de la información se ve incapacitado de funcionar óptimamente y la información adquirida durante el momento del suceso traumático, incluido imágenes, sonidos, sentimientos, emociones y sensaciones físicas, es mantenida neurológicamente en ese estado perturbado.

Se conoció en la revisión de diferentes publicaciones referentes al maltrato a menores que son llevados a estos hogares porque son procedentes de casos denunciados en las diferentes instancias legales, investigados de oficio por condiciones que atenta contra el menor en fase del desarrollo, los dejan un tiempo y son promovidos para ser adoptados o reubicados en una institución de asistencia social, mientras dure el proceso es recomendable trabajar el estado psicológico de los afectados. En este sentido los adolescentes que provienen de un patrón de apego inseguro con sus padres muestran altos niveles de ansiedad, tristeza y depresión, así como baja autoestima.

En Panamá se cuenta con varios hogares para personas con este tipo de vulnerabilidad, sin embargo, la salud mental de los adolescentes que son enviadas a estos hogares requiere de una atención autorizadas por los administrativos y los mismos no pueden llevar de forma individual a terapia a los menores. Es por ello, que se nos permitió desarrollar este tipo de abordaje de las emociones y autoestima que presentaban las participantes en este hogar, con el interés de realizar un aporte que apoye dentro del proceso que cada una de ellas está pasando.

La adaptación en el medio frente a los acontecimientos dolorosos, frustraste de las víctimas impotentes sugiere que cuando el material original, que es mantenido en esta forma de estado específico, angustiante y excitatorio, puede ser detonado por toda una variedad de estímulos, tanto internos como externos, y puede ser expresado bajo la forma de pesadillas, recuerdos retrospectivos y pensamientos intrusivos, el tratamiento integrativo EMDR ofrece expresarse, manejarse para adaptarse a la interacción social de forma adecuada, se conoce que la intervención psicológica temprana en los estresores mejora el estado emocional, la autoestima y por ende la conducta en las personas que lo han vivido.

Este informe de investigación se ha estructurado en cuatro capítulos desarrollados de la siguiente manera:

Capítulo 1: Expone la fundamentación teórica, diversos elementos que se consideran importante en el desarrollo emocional del adolescente como la ansiedad, la depresión, estrés, autoestima y adaptabilidad como variables dependientes, así como también sobre el trastorno de adaptación con alteraciones mixtas de las emociones y la conducta.

Capítulo 2: Se trata la Terapia de Desensibilización y Reprocesamiento a través de los Movimientos Oculares (EMDR) grupal, como variable independiente. Se tocan aspectos como los orígenes, los principales exponentes, algunas investigaciones sobre la efectividad de la misma y el desarrollo de aspectos generales.

Capítulo 3: sobre la metodología, expresa la justificación, planteamiento del problema, los objetivos, las hipótesis y variables con sus respectivas definiciones, tanto conceptual como operacional, el diseño estadístico que se utilizó, el preexperimental con un solo grupo,

comparando las diferencias de medias antes y después de que se aplicara el tratamiento, los instrumentos y el procedimiento utilizado para el desarrollo de esta investigación.

Se presenta la estructura del programa de terapia integrativa de Desensibilización y Reprocesamiento a través de los Movimientos Oculares (EMDR) grupal, como variable independiente, para mejorar las emociones, autoestima y conducta en adolescentes con trastorno adaptativo de las emociones mixtas de las emociones y la conducta.

Capítulo 4: Compila los resultados del estudio y el análisis de los mismos, los cuales permitieron referir las conclusiones y recomendaciones presentadas al final del informe de investigación. Finalmente, se muestra las referencias consultadas, conformada por un amplio repertorio, así como también un anexo que recoge gran cantidad de información de relevancia para esta investigación, como lo son los instrumentos utilizados y los estudios de casos.

Esperamos que el presente trabajo sienta la base para la continuidad de futuras investigaciones.

CAPÍTULO 1
FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA.

1. Fundamentación teórica

1.1. Antecedentes de la investigación

Ser víctima o testigo de acontecimientos de maltrato y tener que ingresar a un albergue sin su consentimiento es la experiencia de muchos menores. En esta revisión de la literatura se aprecia que existen alternativas psicológicas para esta población, tal como refiere Rodríguez, (2007), que:

... “Todo tipo de maltrato, sea físico, emocional o psicológico, sexual o por abandono, siempre atenta contra el desarrollo sano del niño, tanto en su vida como en su personalidad” (p.4). Aplicó en México una intervención grupal breve con enfoque psicoanalítico realizada en un albergue temporal para niños víctimas de abuso y maltrato, se encontró que el sufrimiento de los niños por la institucionalización fue, en gran medida, simbolizado y, por ende, disminuyó. Se ofreció a los niños una nueva concepción de las reglas y la oportunidad de crear relaciones marcadas por el respeto. De esta forma, se buscó que en el futuro no se presente la revictimización y la perpetuación del maltrato (p.2).

En la población estudiada no se dista de este malestar, las participantes refirieron temor por la distancia de sus padres que en por acontecimientos violentos en la dinámica familiar se han tenido que distanciar. Referente a la temática de las instancias donde se albergan niños y adolescentes en casos de ser las víctimas del maltrato o estar en vulnerabilidad Palummo (2012), es de opinión que:

La internación de niños en instituciones de protección debe ser el último recurso. En consecuencia, los sistemas de protección deberían preferir otras modalidades de cuidado a las de tipo residencial en instituciones. Pero en el caso excepcional de que no sea posible y que se deba adoptar una medida de institucionalización, los niños sujetos a dichas medidas tienen derecho a protección y asistencia especial por parte de los estados. Para garantizar dicha protección, es preciso determinar los criterios teóricos y prácticos de la actuación de las instituciones, sus objetivos y propuestas de la intervención y establecer estándares de acogimiento para garantizar la calidad y las condiciones propicias para el desarrollo del niño; además, de contemplar el derecho de los propios niños, niñas y adolescentes

que se encuentran en las instituciones a acceder en forma adaptada y comprensible a los contenidos de dichos documentos y, en especial, a las normas que regulan el funcionamiento de las instituciones (p.59)

En este sentido sugiere que se le tome en cuenta la opinión del menor en caso de ser promovido a otra instancia, el estado debe proteger los derechos de niños y adolescentes y que es su responsabilidad crear políticas públicas centradas en esta línea de atención, pone en manifiesto que no existen leyes que regulen la supervisión periódica de los hogares o albergues para garantizar que se respeten los derechos de los menores residentes en los hogares.

Independientemente de los estresores que viva el menor Bruce (2014), es de opinión que:

Las respuestas adaptativas individuales al estrés durante un trauma varían. El carácter específico de respuestas de un niño a un evento traumático dado dependerá de la naturaleza, la duración, el patrón de trauma, las características del niño, su situación familiar y social. Por ejemplo, la predisposición genética, la edad, el género, la historia de la exposición al estrés previo, presencia de factores atenuantes, como cuidadores de apoyo, (p.3).

Con respecto al maltrato se van desarrollando una serie de consecuencias psicológicas que afectan a los menores y los tratamientos psicológicos mejoran los estados emocionales y ayudan al afrontamiento para el buen funcionamiento de su vida. La terapia grupal e integrativa de Reprocesamiento y Desensibilización a través de Movimiento Oculares (EMDR) ofrece apoyo al cerebro para procesar un recuerdo doloroso y traumático adecuadamente, la cual se considera apropiada en este tipo de intervención.

En Cataluña España Vicente, (2016), evaluó la correlación directa del trauma, el apego disfuncional familiar y la disociación de la personalidad en el abuso sexual infantil intrafamiliar, con un grupo mixto de treinta niños en rango de edad entre los ocho y catorce años. El abordaje con duración de dos semanas se realizó mediante la facilitación de recursos de aprendizajes

psicológicos vinculados al protocolo grupal e integrativo con EMDR, y a su vez, el uso de abordajes complementarios de mindfulness, arteterapia y el abrazo de la mariposa, obteniendo como resultado final de la intervención, mejoría en los síntomas en un 80%, permitiendo de esa manera, la integración de las vivencias en la memoria semántica y creando condiciones para que los recuerdos traumáticos se integraran de manera positiva en la red memorística de los participantes.

Si bien es cierto las causas difieren en relación con la población de esta investigación, sin embargo, la sintomatología es similar y en relación a las participantes, aunque están por diversas situaciones en el hogar, ellas han sido aisladas de sus familiares y de su entorno que para algunas si es su ambiente de preferencia.

Tarragona (2016), refiere que a corto plazo y largo plazo en menores que han sido maltratados o que han evidenciado la violencia de pareja sufren las siguientes consecuencias psicológicas:

Abuso de alcohol y otras drogas, disminución de la capacidad cognitiva, comportamientos delictivos y violentos, depresión y ansiedad, retraso del desarrollo, hiperactividad, incapacidad para relacionarse, desempeño escolar deficiente, falta de autoestima, sentimientos de vergüenza y culpa, trastornos de alimentación sueño, trastornos psicosomáticos, trastornos de estrés postraumáticos, comportamientos de suicidios y daño auto infringido (p.47).

Se aprecia que cuando los menores son expuestos a eventos de violencia en el hogar independientemente del tipo de violencia que sea tipificado como maltrato al menor en Panamá, estos menores son llevado a los hogares o albergues que se encuentre más cercano a su residencia como medida de protección.

1.1.1. Características de los albergues en Panamá.

Según las estadísticas en Panamá existen aproximadamente 48 albergues, los mismos fueron encuestados para el reporte estadístico el cual se resume de la siguiente manera:

En la encuesta realizada a 35 albergues de 48 existentes en las nueve provincias que tiene Panamá, la Defensoría del Pueblo reportó que el 34% están en Panamá, un 23% Veraguas, 14 % Chiriquí, 9% Colón, 8% Coclé y el 3% en Bocas del Toro, Darién, Herrera y Los Santos. Estos albergues alojan menores de 18 años en vulnerabilidad con condiciones de medida de protección enviados por autoridades competentes con un 74%, por necesidad de un hogar por no contar con el acceso a los centros escolares 14%, recuperación nutricional que pueden ser enviados por los padres o por las autoridades el 5%, y los que requieren atención de salud por presentar diagnósticos de VIH o Sida en 1%, según la cantidad total de población existían 1911 menores en estos albergues donde el 53 % eran de sexo masculino y el 48% femenino (Portugal, 2011, pp 9-12).

Según UNICEF (2013), en nueve países latinoamericanos donde se realizó la MICS, la prevalencia de agresión psicológica por parte del cuidador en el contexto de la disciplina se encontró en una tercera parte hasta la mitad de todos los niños y las niñas con edades entre uno y catorce años, y en Panamá se presentó el 31,3 % en el sexo femenino y el 33.2 % en el sexo masculino, p.46.

1.1.2. El Hogar Santa Isabel

El Hogar Santa Isabel está ubicado en el distrito de Santiago, provincia de Veraguas, País de Panamá. Ofrece albergue a niñas y adolescentes en riesgo social desde el 1 de mayo de 1968, atendiendo anualmente entre 60 a 70 niñas y jóvenes, cifra que fluctúa, porque entran y salen del hogar dependiendo de la situación que estén viviendo. En el hogar reciben hospedaje, alimentación, atención médica, psicológica y espiritual. El personal encargado de la atención de los menores está a cargo de la congregación de las Hermanas Franciscanas Elisabetinas, presente en Panamá desde 1958, que cuenta con 15 religiosas, de las cuales hay 10 panameñas, 2 de la india y 3 italianas. La idea directa de crear el hogar fue de la hermana sor Alfredina Ciocio y entre sus ideales de este hogar están:

- **Misión:** Asistir a niñas y adolescentes en situación precaria, las cuales se encuentran inmersas en problemas sociales que les dificultan asistir a los centros escolares, se les brinda atención con el fin, de que puedan recibir la educación a que tienen derecho.
- **Visión:** A través del apoyo que se les brinda, se les garantiza la educación hasta que culminen sus estudios, inclusive universitarios, para que en el futuro logren ser mujeres profesionales, responsables y que también puedan contribuir al desarrollo de sus comunidades y del país. (Archivo del Hogar Santa Isabel, 2017). Actualmente la directora del hogar Santa Isabel es la hermana María González, quien administra y da el visto bueno para este tipo de procedimientos favorables a los participantes.

1.2. Ansiedad

La ansiedad puede ser causante de muchas incomodidades en el ser humano, es considerada por diferentes autores como un patrón de repuesta que es recurrente y que puede ocasionar que las personas no desarrollen su máximo potencial.

La historia de la ansiedad se remonta a los tiempos antiguos. Sin embargo, no es hasta el siglo XVII cuando el médico escocés William Cullen habla por primera vez de una aflicción del sistema nervioso que produce nerviosismo. En el siglo XIX se llamaba *neuróticas* a las personas que transmitían una conducta rígida y fracasada. En el siglo XX, este concepto fue popularizado por Sigmund Freud, y dentro de él se incluiría el concepto que hoy se entiende por *ansiedad*. La neurosis de ansiedad o neurosis de angustia fue, hasta la década de 1980, el diagnóstico por excelencia en torno a la ansiedad (Méndez. 2017).

Los profesionales de la salud estiman que en los países centroamericanos se han detectado síntomas ansiosos o depresivos en el 40.5 % de la población adolescente, de los cuales el 21.3% presentó síntomas de ansiedad exclusivamente (Revista Salud Pública, Colombia, 2011).

La OMS (2016), publica que:

Los trastornos mentales comunes están en aumento en todo el mundo. Entre 1990 y 2013, el número de personas con depresión o ansiedad ha aumentado en cerca de un 50%, de 416 millones a 615 millones. Cerca de un 10% de la población mundial está afectado, y los trastornos mentales representan un 30% de la carga mundial de enfermedad no mortal. Las emergencias humanitarias y los conflictos aumentan la necesidad de ampliar las opciones terapéuticas. La OMS estima que durante las emergencias 1 de cada 5 personas se ve afectada por la depresión y la ansiedad (párr. 4).

1.2.1. Definición de ansiedad

Se presentan algunas definiciones del término ansiedad y de su condición de trastorno o síntomas dentro de otro trastorno entre ellas están:

“Los trastornos de ansiedad son los que comparten características de miedo y ansiedad excesivos, así como alteraciones conductuales asociadas” (DSM 5, 2014, p. 189). Como trastorno o patología la ansiedad tiene clasificaciones y cada clasificación tiene sus criterios para realizar el diagnóstico de la siguiente manera:

Figura N^o1. Clasificación y características diagnósticas de la ansiedad

Ansiedad por separación: predomina el miedo al desapego de alguien con quien ha permanecido.
Mutismo selectivo: miedo a hablar en situaciones sociales específicas.
Ansiedad social: miedo a participar en situaciones sociales.
Pánico: miedo a que vuelva a suceder lo mismo que generó la crisis actual.
Agorafobia: miedo a estar en uso de transporte público, sitios cerrados, espacios abiertos, en multitudes y a estar solo fuera de casa.
Ansiedad generalizada: miedo a anticipación a todo de forma excesiva.
Ansiedad inducida por sustancias o medicamentos: es evidente que debe haberse dado el consumo.
Ansiedad debido a una enfermedad médica: miedo a esos síntomas que están asociados a la enfermedad médica.

Fuente: Elaborado a partir del DSM-5 (2014), pp.189-190.

Rodríguez (2018) encontró que “la ansiedad adaptativa o no patológica es una sensación o un estado emocional normal ante determinadas situaciones y constituye una respuesta habitual a diferentes situaciones cotidianas estresantes” (parr.7). Sin embargo requieren ser revisadas porque cuando esta aumenta porque el estresor permanece, entonces la persona puede quedar sin recursos de afrontamientos no solo para seguir

funcionando , si no para dar respuestas a los compromisos que exige su etapa del desarrollo, en este caso las adolescentes tiene que seguir acudiendo a las escuelas y deben seguir rindiendo académicamente y en muchas esto se afecta por la alteración emocional.

Spielberger, Pollans y Worden definen el estado de ansiedad como una “reacción emocional que consiste en sentimientos de tensión, aprensión, nerviosismo y preocupación, así como la activación y descarga del sistema nervioso autónomo” (Belloch y otros 1995). La ansiedad es una respuesta de anticipación involuntaria del organismo frente a estímulos que pueden ser externos o internos tales como pensamientos, ideas o imágenes que son percibidos por el individuo como amenazante y peligroso, y se acompañan de sentimientos desagradables o de síntomas somáticos de tensión. Se trata de una señal de alerta que advierte sobre un peligro inminente y permite a la persona que adopte las medidas necesarias para enfrentarse a una amenaza (Fernández *et al.*, 2005; p. 44).

Baeza, Balager y Belchi (2010), abordado por B. Tejada (2012), explica sobre el carácter anticipatorio de la ansiedad y que es una condición esencial en la misma refiriendo que:

Sin anticipación no hay ansiedad: si la función de la ansiedad es movilizar al organismo frente a posibles peligros o amenazas, la ansiedad ha de activarse antes de que el peligro se materialice. La anticipación, pues, es un proceso de evaluación cognitiva que, sobre la base de la experiencia y otras fuentes de conocimiento, prevé las consecuencias que un acontecimiento dado provocará en el individuo (p. 22).

Bunge, Gomar y Mandil, 2009, la definen como un estado que genera cambios a nivel físico y mental que se activa ante situaciones que representan una amenaza, dicho estado es propio del individuo, ya que está ligado al instinto de conservación. No toda ansiedad es destructiva, pues si representa niveles moderados es adaptativa y no protege de peligros o situaciones amenazantes que lleva a la supervivencia, se convierte patológica

cuando tiende a magnificar situaciones o a percibir cosas irracionales lo que afecta significativamente al individuo. En este sentido, es importante establecer que la intensidad no siempre está en relación directa con la amenaza real, puesto que muchas veces se presentan en estado ansioso aun cuando el estímulo representa escaso peligro o carece de peligro real (Castro y Martínez, 2011). El tener que salir de su casa para internarse en un hogar con normas y reglas diferentes a las que una adolescente está acostumbrada genera algunos pensamientos y sentimientos entre ellos de culpa y angustias que se transforman en conductas de rebeldía, son manifestaciones de la muestra de adolescentes que se trabajó en este estudio.

Con respecto a los términos de miedo y ansiedad, el primero se asocia a algún tipo de estímulo externo amenazante identificable mientras que la ansiedad no (en este caso se trataría de un estado emocional más difuso y sin una fuente externa de amenaza reconocible). Aunque hacer una distinción en estos términos resulta problemática ya que los estímulos elicitors externos pueden existir, aunque no sean fácilmente identificables. Por otra parte, a veces los estímulos inductores de respuestas de miedo/ansiedad son de tipo interno (interoceptivo), generalmente, más difíciles de determinar por el sujeto que los estímulos externos (Belloch Sandin Ramos, 2004).

La ansiedad se considera patológica cuando el estímulo supera la capacidad de adaptación de respuesta del organismo y aparece una respuesta no adaptativa, intensa y desproporcionada, que interfiere con el funcionamiento cotidiano y disminuye el rendimiento. Se acompaña de una sensación desagradable y desmotivadora, síntomas

físicos y psicológicos, y persiste más allá de los motivos que la han desencadenado (Nezu, 2006). La ansiedad patológica presenta las siguientes características: se manifiesta intensamente, se prolonga y mantiene en el tiempo más de lo debido, aparece de forma espontánea sin un estímulo desencadenante (de manera endógena), surge ante estímulos que no debieran generar la respuesta de ansiedad y se presenta una respuesta inadecuada respecto al estímulo que lo suscita (SEAS, 2015).

Podemos determinar que la ansiedad juega un papel importante dentro de procesos de supervivencia de ser humano, sin embargo, es vital reconocer que cuando sobrepasa la intensidad necesaria, en los adolescentes se puede ver influenciada por su etapa de desarrollo.

Por otra parte, el problema surge cuando se generan niveles excesivos de ansiedad durante períodos prolongados de tiempo, convirtiéndose en ansiedad patológica o ansiedad clínica, siendo su manifestación más frecuente y más persistente que la ansiedad normal (Spielberg, 1984).

1.2.2. Causas de ansiedad

Tener bajos niveles de GABA, un neurotransmisor que reduce la actividad del sistema nervioso central, contribuye a la ansiedad. El abuso de sustancias como el alcohol puede inducir estados severos de ansiedad, que decrecen con una abstinencia prolongada. Incluso cantidades moderadas de alcohol pueden incrementar la ansiedad en algunos

individuos, principalmente en los adolescentes, debido a la inmadurez biológica de sus organismos (Lydiard, 2003, p. 21).

Las emociones que mantienen la ansiedad son controladas por circuitos neuronales del encéfalo e incluyen tres tipos de componentes (Goleman, 1996):

- Un componente cognoscitivo
- Respuestas autonómicas, endocrinas y esqueleto-motoras
- Representaciones subjetivas del estado emocional

Las adolescentes que permanecen en casas hogares pueden estar expuestas a estados de ansiedad, mantener dificultad en su estabilidad, ya que muchas decisiones dependen de instancias legales, no del acuerdo entre familiares como es el caso de adolescentes que se forman dentro de un núcleo familiar.

1.2.3. Síntomas de ansiedad

Los síntomas de la ansiedad pueden ser somáticos, cognitivos o conductuales según lo señalado por Maté y Hollesstem (2004):

• **Síntomas somáticos:** alteraciones del ritmo cardiaco, sensación de ahogo, disnea, presión torácica, molestias gastrointestinales, náuseas, vómitos, inestabilidad, mareos, cefalea, tensión muscular, sudoración, escalofríos, sofocaciones, temblores, cansancio, dolor, pérdida de apetito, insomnio, disminución de la libido.

- **Síntomas cognitivos:** pensamientos negativos, distorsionados y recurrentes sobre la enfermedad, el pronóstico y el tratamiento, miedos acerca de la muerte y la dependencia de los demás, sobre generalización, catastrofización, magnificación de los aspectos negativos y minimización de los aspectos positivos, abstracción selectiva, indefensión, pensamientos de culpa, desregulación, despersonalización, miedo a perder el control

- **Síntomas conductuales:** aislamiento social, evitación de los estímulos temidos, irritabilidad, mutismo, verborrea, inquietud interna, agitación psicomotriz.

Burns (2008) nos dice que la ansiedad adopta muchas formas distintas, entre las siguientes pautas podemos mencionar:

- **Preocupación crónica:** se preocupa constantemente por su familia, su salud, su carrera profesional o su economía. Se le revuelve el estómago y tiene la impresión de que está a punto de pasarle algo malo, aunque no es capaz de determinar la causa.
- **Miedos y fobias:** puede tener miedo a las agujas, a la sangre, a las alturas, a los ascensores a conducir, a viajar en avión, al agua, a las arañas, a las serpientes, a los perros, a las tormentas, a los puentes o a quedarse atrapado en lugares cerrados.
- **Ansiedad por la actuación:** se queda paralizada siempre que tiene que hacer un examen, actuar o hacer algo delante de otras personas o competir en una prueba deportiva.

- **Ansiedad por hablar en público:** se pone nerviosa cuando tiene que hablar ante un grupo, pues se dice a sí misma: “Temblaré y todos verán lo nerviosa que estoy”. “Se me quedará la mente en blanco y haré el ridículo”. “Todos me despreciarán y me tomarán por neurótica total”.
- **Ataques de pánico:** siente ataques de pánicos repentinos, temblores que parece como si aparecieran sin más y le atacaran de manera inesperada como un rayo. En los ataques se siente mareada, el corazón le palpita con fuerza y tiene hormigueos en los dedos. Quizá se diga a sí misma: “Debo de estar teniendo un ataque al corazón, ¿y si me desmayo o me muero?”
- **Obsesiones y compulsiones:** le acosan pensamientos obsesivos que no puede quitarse de la mente e impulsos compulsivos de realizar rituales supersticiosos para controlar sus miedos. Por ejemplo, levantarse varias veces después de acostarse para mirar la cocina simplemente para cerciorarse de que no se ha dejado encendida la luz.
- **Trastornos de estrés postraumático:** le acosan los recuerdos o imágenes de algún suceso de hace meses e incluso hace años como unos malos tratos.
- **Preocupación por el aspecto físico (trastorno dismórfico corporal):** le consume la sensación de que su aspecto tiene algo grotesco o de anormal a pesar que sus amigos y su familia le intentan tranquilizar diciéndole que tiene un aspecto normal.
- **Preocupación por su salud (hipocondría):** asiste al médico quejándose de molestias, dolores, fatiga, mareos u otros síntomas. Está segura que padece

alguna enfermedad terrible pero el médico siempre le tranquiliza diciéndole que no le pasa absolutamente nada. Sienten alivio durante algunos días, pero no tardan en empezar a obsesionarse nuevamente con su salud.

1.3. Depresión

1.3.1. Definición de depresión

Según el DSM - 5 (2014), la depresión es “La presencia del estado de ánimo triste, vacío o irritable, acompañado de cambios somáticos y cognitivos que afectan significativamente a la capacidad funcional del individuo” (p. 155). Esto es cuando el paciente reúne las características diagnósticas contempladas en dicho manual que tipifica la patología depresiva de la siguiente manera:

Figura N^o2. Clasificación y características diagnósticas de la depresión.

Trastorno de desregulación disruptiva del estado de ánimo: irritabilidad persistente y episodios frecuentes de descontrol conductual extremo en niños de hasta 12 años de edad.

Trastorno depresivo mayor: episodios determinados de al menos dos semanas de duración que implican cambios de afecto, cognición y de las funciones neurovegetativas, y remisiones interepisódicas.

Trastorno depresivo persistente (disimia): alteraciones del estado de ánimo duran al menos dos años en los adultos y un año en los niños.

Trastorno disfórico premenstrual: comienza poco después de la ovulación y que remite pocos días después de la menstruación y que tiene un impacto funcional importante por la expresión de labilidad expresiva, disforia y síntomas de ansiedad.

Trastorno inducido por sustancias o medicamentos: los síntomas aparecen posterior al consumo de sustancias o de medicamentos de prescripción médica y varias afecciones médicas los síntomas depresivos persisten más tiempo de lo que cabría de los efectos fisiológicos o del período de intoxicación o de abstinencia.

Trastorno inducido por otra afección médica: la aparición de los síntomas se dan posterior al diagnóstico de otras afecciones médicas basadas en pruebas clínicas y su diagnóstico diferencial se puede dar el trastorno adaptativo con estado de ánimo deprimido.

Trastorno depresivo especificado: los síntomas pertenecen a uno de los trastornos, pero no cumplen los criterios completos de uno de los trastornos, pero los mismos causan malestar clínicamente o deterioro en lo laboral, social o su funcionamiento del paciente.

Trastorno depresivo no especificado: los síntomas causan malestar clínicamente significativo en áreas laboral, social y funcional, pero no cumplen con los criterios de un trastorno específico.

Fuente: elaborado a partir del DSM-5(2014), pp. 155-184.

Navarro (1990), define la depresión como “una sensación de malestar con manifestaciones como tristeza y angustia, mal humor, frustración, etc., y todo esto es consecuencia de algo negativo que sucedió”

La OMS (2013), la define como un trastorno mental caracterizado por síntomas de tristeza, pérdida de interés, de la sensación de placer, baja autoestima, sentimiento de culpa, alteración de sueño y/o apetito cansancio y dificultad de concentración.

Cabe señalar de igual forma que la cultura y el género también pueden influir en las formas expresivas del estado depresivo en los adolescentes, por esta razón, es de vital importancia la entrevista con familiares entre otras fuentes de información para ampliar y tener una mejora evaluación del caso.

Según la OMS, la depresión es una de las enfermedades más frecuentes en todo el mundo, pues se estima que alrededor de 300 millones de personas la padecen, siendo un problema de salud serio, sobre todo, porque causa sufrimiento y puede alterar las actividades cotidianas del individuo. Importante recalcar también que es la segunda causa de muerte en el grupo etario de 15 a 29 años. Según las declaraciones de esta misma entidad, se prevé que para el 2020 esta patología será la causa más grande de incapacidad y muerte después de las enfermedades cardiovasculares.

Minsa (2015) citado por Villar (2017), en el periódico La Estrella de Panamá refiere que, “La tendencia mundial de la depresión concuerda con las cifras de Panamá, es decir, que la depresión en 2015 era más común en el caso de las mujeres (5.1%) respecto a los hombres (3.6%) en 2015 (global: 4.4%)”, (párr. 14.).

La depresión en adolescentes es un tema poco investigado, y sus síntomas presentarse de diversas maneras siendo difícil reconocerla, lo cual es necesario para establecer un tratamiento eficaz.

Es reconocido que en la formación de la personalidad está muy involucrada, de manera directa, la dinámica familiar, es así que, en las familias con modelos parentales adecuados, organizada y expresiva, por ejemplo, van a fomentar la independencia de sus miembros y es muy poco probable que los adolescentes reflejen desajustes emocionales y comportamentales.

1.3.2. Causas de depresión

Los factores que influyen en el desarrollo de la depresión se explican de mejor forma al dividirlos de la siguiente manera:

Causas biológicas

- **Factores químicos:** relacionados a la anormalidad de la liberación de ciertos neurotransmisores, mensajeros químicos del cerebro, como: la serotonina, acetilcolina, catecolamina y noradrenalina.
- **Factores hormonales:** los niveles hormonales desarrollan un papel importante en el desencadenamiento de la depresión en la adolescencia por la alteración del funcionamiento de hipotálamo e hipófisis y las glándulas suprarrenales.
- **Factores genéticos:** la predisposición genética no implica que se padezca, sino que existe una predisposición hacia ella.

Causas psicosociales

Considerando al ser humano dentro de una cultura y aclarando que todo lo que le rodea adquiere o no significado dependiendo de esta, podemos indicar que las situaciones traumáticas como los duelos o negligencias, como es el caso de muchas adolescentes en hogares o instituciones, principalmente las emocionales, pueden ser desencadenantes de síntomas depresivos.

Es la interacción con su medio social, la forma de adaptarse o no a la misma, junto a la modernidad que supone un aumento de oportunidades en el desarrollo humano, la que aumenta los riesgos a la inestabilidad e incertidumbre aumentando así los niveles de inseguridad.

1.3.3. Síntomas de la depresión

De acuerdo con la clasificación de la CI 10, se emplea un listado compuesto por diez síntomas depresivos generales para su diagnóstico, y otro listado más amplio para la clasificación del episodio como leve, moderado o grave. De forma general, debe existir al menos dos de tres síntomas típicos de la depresión como:

- Ánimo o humor depresivo no habitual en el paciente, constante durante todo el día y mantenido en el tiempo de forma casi constante.
- Pérdida o ausencia de interés por actividad anteriormente placentera.
- Aumento de la capacidad de fatiga o pérdida de la vitalidad habitual.

La sintomatología más común se puede mencionar según el Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-5) (American Psychiatric Association, 2013), de la siguiente manera:

- Estado de ánimo deprimido la mayor parte del día.
- Disminución importante de interés o de placer por casi todas las actividades la mayor parte del día.
- Pérdida importante de peso sin hacer dieta o aumento, así también del apetito.
- Insomnio o hipersomnia casi todos los días.
- Agitación o retraso psicomotor casi todos los días.
- Fatiga o pérdida de la energía la mayor parte del día.
- Disminución de la capacidad de concentrarse.
- Sentimientos de inutilidad.
- Pensamiento de muerte recurrente.

Estas manifestaciones van a influir en el diario actuar de las personas en mayor o menor grado, en el caso de los adolescentes estas conductas pueden variar, ya que pueden aumentarlas conductas de riesgos y antisociales, incluyendo el consumo de sustancias, el vandalismo y la actividad sexual sin utilizar métodos anticonceptivos y los accidentes y violación de las normas de tráfico (Friedber, 2016).

El estado de ánimo en los adolescentes puede ser irritable en lugar de triste. La depresión afecta el crecimiento y el desarrollo del individuo, provocando bajo rendimiento escolar, aislamiento social, baja autoestima, desesperanza, tristeza frecuente, dificultad para concentrarse, desórdenes alimenticios y en los ciclos de sueño. En los adolescentes, el trastorno depresivo mayor es la principal causa del comportamiento suicida. El mayor problema de estos trastornos es que más del 70% de los niños y adolescentes no reciben un diagnóstico ni tratamiento adecuado, debido a que esta puede generar consecuencias posteriores en la salud emocional de los individuos (Acosta y Hernández 2011)

1.4. Estrés

Se ha responsabilizado al estrés de algunas alteraciones en el ámbito físico, psíquico, conductual o social. Los eventos que pasan en nuestras vidas pueden ser valorizados como positivos o negativos y esto va a depender de las fuentes que lo produzca y de las interpretaciones a tales eventos. Estos eventos pueden llegar a ser esperados o inesperados, de igual forma tienen un significado relevante.

1.4.1. Definición de estrés

El término fue introducido por el Doctor Hans Selye en el ámbito de la salud definiéndolo como “la respuesta general del organismo ante cualquier estímulo estresor o situación estresantes” (Labrador, 1995).

Para Lazarus (2000), el estrés se define como “el proceso psicológico interno que podría variar de un individuo a otro y que determina la definición del sujeto de la situación”.

Martínez (2009) menciona algunos modelos teóricos que abordan el estrés entre ellos:

- **Teoría de Cannon:** Del fisiólogo Walter Cannon; en 1929, estudió la homeostasis corporal, y estableció que al producirse la respuesta de ataque-huida en los organismos, se activa del sistema simpático y el sistema endocrino; trayendo una serie de consecuencia como aumento de la tasa cardiaca, presión sanguínea, azúcar en la sangre, tasa respiratoria, entre otros.
- **Teoría de Selye:** Indica que el organismo actúa con una serie de respuestas estereotipada independientemente de la causa, para responder a las demandas realizadas sobre él. El conjunto de estímulo puede ser físico, psicológico, cognitivo o emocional. Esta forma en la que el organismo se enfrenta a un estresor se denomina Síndrome General de Adaptación.

Lazarus et al (1986) distinguen tres tipos de evaluaciones, para que el estrés pueda ser comprendido en términos de interpretaciones cognitivas que la persona hace, que son:

- **Primaria:** evalúa si la situación es relevante, positiva o amenazadora.

- **Secundaria:** evalúa los recursos que tiene el individuo, lo que involucra aspectos cognitivos de búsqueda de afrontamiento que se puedan utilizar al abordar el agente estresor.
- **Reevaluación:** es el cambio en la evaluación a raíz de una reevaluación que se da por las experiencias con las demandas internas o externas que se han tenido previamente.

1.4.2. Efectos del estrés en el organismo

Es una respuesta general de organismo, a nivel cognitivo, motor o fisiológico, e interpretar la situación y la afrontarlas ya sea con la huida, el ataque o pasividad que afecta:

A nivel fisiológico:

- Se ha establecido desde muchos años que el estrés puede ocasionar enfermedades físicas. Para el siglo XIX se establecieron más estudios en la relación entre las emociones y las enfermedades físicas.
- La acción corporal que conduce a mantener la homeostasis se logra por medio de la regulación de las funciones corporales entre las que podemos mencionar la respiración, la temperatura y la circulación sanguínea.

Así pues, Calle (1990) plantea del mismo modo que el cuerpo dispone de unos mecanismos de estabilización y unas fuerzas que tienden a la regulación, la mente y la psique también cuentan con ese sutil y útil mecanismo de adaptación a las presiones y exigencias del exterior y de la propia esfera subconsciente.

Visto desde este punto, cuando a la persona le altera algún estímulo del medio, busca la homeostasis para recuperarse y poder seguir trabajando de forma funcional en el entorno, en los estados tensionales se involucran una serie de cambios comandados por el hipotálamo que moviliza el sistema nervioso autónomo y la glándula pituitaria dirigidas a resolver el desequilibrio de cuerpo.

Ante la presencia de sucesos estresantes se produce una reacción de alarma que consta de tres fases y que fue denominada por Selye como Síndrome General de Adaptación (SGA):

- Primera fase: produce una reacción de alarma en la cual el sistema nervioso simpático aumenta el ritmo cardiaco como la presión arterial y se libera glucosa, simultáneamente, el sistema nervioso periférico tensa los músculos y regula los movimientos del organismo
- Segunda fase: el organismo intenta resistir la situación no superada, con una activación fisiológica neuroendocrina más tardía, lenta y continua. Las glándulas suprarrenales liberan catecolamina que preparan al organismo para la lucha y la huida.
- La fase de agotamiento: involucra liberación de cortisol y cortisona, aldosterona y andrógeno como la testosterona que provocan la pérdida progresiva de su capacidad de adaptación. El abuso al que se ha sometido al organismo, le pasa factura al sujeto afectando en

el proceso a todo el sistema o a un órgano en particular como el corazón o sistema inmunológico.

Esta acción se traduce en retención de sal que afecta al sistema renal, el peligro es mayor y las consecuencias pueden ser fatales; si la crisis se supera y se le da suficiente descanso al organismo este puede recuperarse progresivamente.

Nivel psicológico

Cuando el estrés se excede, se menoscaba la autoestima, convirtiéndose en impedimento para alcanzar los objetivos que perseguimos. En el plano psicológico, los efectos del estrés también varían de unos a otros sujetos, en intensidad y duración.

Fontana (1995) resume en tres áreas los efectos del estrés psicológico. Sostiene que en lo cognitivo disminuye la atención y concentración, se altera la memoria, se reduce la velocidad de respuesta, se incrementa la frecuencia de errores, se deteriora la capacidad de organización y planificación, objetividad y patrones de pensamiento.

A nivel emocional, produce cambios en la personalidad desde el descuido en el aseo personal, aumenta las manifestaciones hipocondriacas, sensibilidad y hostilidad. Debilita los códigos morales y el control de impulso. Se pueden dar explosiones emotivas y depresión anímica.

1.5. Autoestima

El desarrollo socioemocional del adolescente se fundamenta en una base sólida en su periodo de la infancia. Donde el apego, definido por Bowlby (2003) en su teoría como la

tendencia del ser humano a crear fuertes vínculos entre sus madres o cuidadores y sus hijos, lo considera como componente básico de la naturaleza humana, se da a lo largo de la vida embrionaria y su infancia, buscando protección y en las demás etapas como complemento a este nuevo lazo.

Cuando existe un buen desarrollo del apego, se considera que el adolescente tiene recursos internos suficientes a los cuales recurrir cuando se presente ante situaciones evaluadas como amenazantes: negligencia, violencia física o psicológica u otras.

En estudio realizado por Garaigordobil y Durá (2006), encontraron que en ambos sexos los que puntuaron alto en autoestima, en general, reflejaban estabilidad emocional, social y responsable. Por otra parte, Reina, Oliva y Parra (2010), encontraron relación entre la autoevaluación y los estilos parentales, concretamente, los niveles de afecto-comunicación y el sentido del humor de madres y padres. Mont y Ulloa (1996) indican, en estudio, que de los adolescentes evaluados un 64.6% estaban sobre el punto de corte en el cuestionario de salud mental, lo que indicaba la presencia de alguna psicopatología existente y observó una relación significativa entre autoestima y salud mental.

1.5.1. Definición

Según Shavelson (1976), es la percepción que uno tiene de sí mismo, que se forma a través de las experiencias y las relaciones con el entorno, donde juegan un papel importante las personas significativas. Al considerar en esta definición que en el buen desarrollo de la autoestima influyen personas significativas, podemos prever que el adolescente que no

mantiene una buena relación con ellos mantendrá alteración en su autoestima, por tanto, el ser separado de su hogar representa un riesgo.

Involucra dos elementos importantes: lo cognitivo y lo afectivo, que a su vez se verá reflejado en la conducta que el adolescente presente dentro de su entorno familiar y social. Y todas están relacionadas con las evaluaciones que se tenga sobre sí mismo.

Evaluación que el individuo realiza sobre sí mismo, que se expresa en una actitud de aprobación o desaprobación e indica la medida en que el individuo cree ser capaz, significativo, exitoso y valioso (Coopersmith, 1967).

Es la necesidad humana vital, es el valor que los individuos ponen en el yo que perciben. (Greenberg. 1992).

En todas las definiciones hace referencia al concepto que la persona tenga sobre sí misma, con la valoración que haga de sus rasgos, imágenes y sentimiento. Además, que estos rasgos están desarrollados en el transcurso de los años, relacionando así la autoimagen con un factor cognitivo y la autoestima con un factor más afectivo y evolutivo de sí mismo.

1.5.2. Dimensiones de autoestima

Entre las dimensiones de la autoestima se mencionan las siguientes:

- **Autoestima general o autovalía:** que involucra el grado de aceptación o rechazo que el individuo tiene sobre sí misma.

- **Autoestima de competencia o eficacia:** relacionada al área emotiva y el sentimiento que genera en el individuo el funcionamiento de sus áreas social, afectivo, intelectual, etc.

Es importante establecer que estos elementos relacionados a la autoestima se vinculan a las acciones que el individuo inicia, el esfuerzo que este realiza al ejecutarlas y la forma en que las evalúa. Es necesario que el adolescente encuentre el equilibrio en el desarrollo de la autoestima, pues no es adecuado infravalorarse, así como tampoco es adecuado valorarse en exceso. En ambos casos afecta de manera negativa a su relación con el entorno.

Según Selman (1980), los adolescentes pueden formar opiniones como patrones de referencia para guiar su propia conducta y para evaluar su autoestima. Así, una persona con baja autoestima no solo tiende a sentir que los otros no le respetan, sino que también suele estar convencida de que carece de cualidades positivas.

Para Albee (1982), un nivel adecuado de autoestima es una condición imprescindible para alcanzar bienestar, pues reconoce que pocas experiencias generan tanto malestar como para rechazarse a uno mismo, siendo un factor de riesgo persona y social.

Para los adolescentes que están en casa hogares e institucionales, el desarrollo de la autoestima puede variar dependiendo de las experiencias previas que estos hayan tenido en el momento de su integración al centro. Así pues, este estado se ve reflejado en el nivel de adaptación que tenga en las situaciones que se le presenten durante su internado.

Podemos mencionar a Bandura (1986), que sugiere que los juicios de los niños tienen origen en cuatro fuentes:

- **Opinión que el niño tenga sobre sus logros:** donde resalta la importancia de que los niños tengan sus experiencias de éxitos en las actividades que ejecutan, además de darles la oportunidad de ser emprendedores, con expresiones de alabanzas, reforzándoles positivamente su sentimiento de valía.
- **La comparación que el niño hace de sí mismo con los demás:** el permitir que el niño tenga experiencias de éxitos en relación a otros pares es importante, sin embargo, también se le debe ayudar a contener emociones cuando esto no suceda.
- **La persuasión:** denominado por Bandura como “fuente persuasiva de la auto eficiencia”, donde las que son positiva como “tú puedes”, “eres capaz” van ayudar a un buen desarrollo de la autoestima.
- **El nivel de activación fisiológica y emocional del niño:** que refiere la necesidad que tiene el niño de mantenerse activo para mejorar su desempeño.

1.5.3. Autoconcepto y autoestima en la adolescencia

Cuando los adolescentes reflejan baja autoestima, desarrollan con mayor frecuencia sentimiento de aislamiento y soledad, se sienten torpes y tensos en situaciones sociales, haciendo más difícil la comunicación con los demás (Ishiyama, 1984).

Este sentimiento de inadecuación se puede ir transformando en un espiral, pues al mantenerlos lejos del entorno se refuerza (en su evaluación) el sentimiento de inadecuación constantemente, además de limitarlos de las actividades que tal vez puedan ayudar a mejorar su desarrollo e integración emocional.

De igual forma, en la adolescencia el rendimiento escolar puede estar relacionado, pues el adolescente que no se siente capaz de realizar alguna actividad la extrapola a su capacidad de aprendizaje. También interfiere el hecho de que evalúe y acepte tener habilidades pero que estas no son suficientes para lograr alguna meta, manteniendo una negatividad constante.

1.6. Aspectos generales sobre el trastorno de adaptación con alteraciones mixta de las emociones y la conducta en adolescentes

1.6.1. Definición según DSM -5.

Según el DSM-5 (2014), el trastorno de adaptación se clasifica dentro de los trastornos relacionados con el trauma y factores de estrés. En función de los síntomas se especifica si es con estado de ánimo deprimido, con ansiedad, con ansiedad mixta y estado de ánimo deprimido y por último con alteración de la conducta (p. 287).

Según el DSM-5 (2014), el trastorno de adaptación se clasifica dentro de los trastornos relacionados con el trauma y factores de estrés. En función de los síntomas se especifica si es con estado de ánimo deprimido, con ansiedad, con ansiedad mixta y estado de ánimo deprimido y por último con alteración de la conducta (p. 287).

En la muestra seleccionada, los participantes presentan síntomas de ansiedad, estado de ánimo deprimido; manifiestan una combinación de síntomas a pesar de que ya ha transcurrido un tiempo significativo para conocer, entender y afrontar los lineamientos

de su condición dentro del hogar, la cual es una de las situaciones que más afectan al adolescente.

Fueron descritos por primera vez en 1968 en la segunda edición del Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales DSM-II, como «disturbios situacionales transitorios, y en la octava edición de la Clasificación Internacional de Enfermedades CIE 8, como «reacciones situacionales transitorias» y los englobaba con los trastornos de personalidad, neurosis y otros trastornos mentales no psicóticos. (Almanza, Juárez y otros, 2010).

Anteriormente, se distribuían entre los trastornos de ansiedad, sin embargo, actualmente están dentro del grupo de Trastornos relacionados con traumas y factores de estrés, en el Manual de Diagnóstico DSM V (2014), establece las características clínicas de la siguiente manera:

- A. Desarrollo de síntomas emocionales o del comportamiento en respuesta a un factor o factores de estrés identificables que se producen tres meses siguientes al inicio del factor de estrés.
 - B. Estos síntomas o comportamiento son clínicamente significativos como se pone de manifiesto por una o las dos características siguientes:
 - (1) Malestar intenso desproporcionado a la gravedad o intensidad del factor estrés, teniendo en cuenta el contexto externo y los factores culturales que podrían influir en la gravedad y la presentación de los síntomas
 - (2) Deterioro significativo de lo social, laboral u otras áreas importantes para el funcionamiento.
 - C. La alteración relacionada al estrés no cumple los criterios para otros trastornos mentales y no es simplemente una exacerbación de un trastorno mental preexistente.
 - D. Los síntomas no representan un duelo normal.
 - E. Una vez que el factor de estrés o consecuencia han terminado, los síntomas no se mantienen durante más de otros seis meses.
- **Existen diferentes especificaciones**

- a. Con estado de ánimo deprimido: predomina en estado de ánimo bajo, las ganas de llorar o sentimiento de desesperanza.
- b. Con ansiedad: predomina el nerviosismo, la preocupación, la agitación o la ansiedad de separación.
- c. Con ansiedad mixta y estado ánimo deprimido: predomina una combinación de depresión y ansiedad.
- d. Con alteración de la conducta: predomina la alteración de la conducta.
- e. Con alteración mixta de las emociones o la conducta: predomina los síntomas emocionales (eje ansiedad, depresión, etc.) y una alteración de la conducta.
- f. Sin especificar: para las reacciones de mala adaptación que no se puede clasificar como uno de los subtipos específicos del trastorno de adaptación. (pp.286-287).

Cuando el factor estresante se mantiene, la reacción puede llegar a considerarse crónica. Se estima que el trastorno de adaptación se identifica en todas las culturas y grupos de edad, incluyendo a los niños. Puede encontrarse en el adulto más afianzado, porque en el adolescente los síntomas tempranos con frecuencia evolucionan para convertirse en otros trastornos mentales más definidos. (Morrison, 2014).

En un estudio realizado por López y Bermúdez (2016), que incluyó a los pacientes diagnosticados con trastornos adaptativos en consulta externa durante un año sin incluir a los que tenían diagnósticos psiquiátricos previos, se encontró predominio 64.0% con una media de 47.02%; 70.5% vivía con familia propia; 49.8 tenía niveles de estudio primario y 35.7% se encontraba trabajando. Entre los estresores más importantes se presentó el ámbito familiar en un 14.8%. El subtipo mixto fue el más frecuente con 47.9%.

1.6.2. Definición según CIE 10

Estados de malestar subjetivos acompañados de alteraciones emocionales que, por lo general, interfieren con la actividad social y que aparecen en el período de adaptación a

un cambio biográfico significativo o a un acontecimiento vital estresante. El agente estresante puede afectar la integridad de la trama social de la persona (experiencias de duelo, de separación) o al sistema más amplio de los soportes y valores sociales (emigración, condición de refugiado). El agente estresante puede afectar sólo al individuo o también al grupo al que pertenece o a la comunidad.

Las manifestaciones clínicas del trastorno de adaptación son muy variadas e incluyen: humor depresivo, ansiedad, preocupación (o una mezcla de todas ellas); sentimiento de incapacidad para afrontar los problemas, de planificar el futuro o de poder continuar en la situación presente y un cierto grado de deterioro del cómo se lleva a cabo la rutina diaria. El enfermo puede estar predispuesto a manifestaciones dramáticas o explosiones de violencia, las que por otra parte son raras. Sin embargo, trastornos disociales (por ejemplo, un comportamiento agresivo o antisocial) puede ser una característica sobreañadida, en particular en adolescentes. Ninguno de los síntomas es por sí solo de suficiente gravedad o importancia como para justificar un diagnóstico más específico. En los niños, los fenómenos regresivos tales como volver a tener enuresis nocturna, utilizar un lenguaje infantil o chuparse el pulgar suelen formar parte del cortejo sintomático.

El cuadro suele comenzar en el mes posterior a la presentación del cambio biográfico o del acontecimiento estresante y la duración de los síntomas rara vez excede los seis meses, excepto para reacción depresiva prolongada.

Pautas para el diagnóstico

- La forma, el contenido y la gravedad de los síntomas
- Los antecedentes y la personalidad
- El acontecimiento estresante, la situación o la crisis biográfica
- Incluye:
 - Shock cultural
 - Reacciones de duelo
 - Hospitalización en niños

Excluye:

Trastorno de ansiedad de separación en la infancia (F93.0).

Si se satisfacen las pautas de trastorno de adaptación, la forma clínica o manifestación predominantes pueden ser especificadas mediante un quinto carácter adicional:

- **Reacción depresiva breve:** Estado depresivo moderado y transitorio cuya duración no excede de un mes.
- **Reacción depresiva prolongada:** Estado depresivo moderado que se presenta como respuesta a la exposición prolongada a una situación estresante, pero cuya duración no excede los dos años.
- **Reacción mixta de ansiedad y depresión:** Tanto los síntomas de ansiedad como los depresivos son destacados, pero no mayores que en el grado especificado para el trastorno mixto de ansiedad y depresión (F41.2) u otro trastorno mixto por ansiedad (F41.3).
- Con predominio de alteraciones de otras emociones: Los síntomas suelen incluir otros tipos de emoción, como ansiedad, depresión, preocupación, tensiones e ira. Los síntomas de ansiedad y depresión pueden satisfacer las pautas de trastorno mixto de ansiedad y depresión (F41.2) o de otros trastornos mixtos de ansiedad (F41.3), pero no son lo suficientemente relevantes como para permitir diagnosticar un trastorno más específico depresivo o de ansiedad. Esta categoría debe utilizarse también para las reacciones en los niños en los que se presenten también una conducta regresiva como enuresis nocturna o succión del pulgar.
- Con predominio de alteraciones disociales: La alteración principal es la del comportamiento, por ejemplo, una reacción de pena o dolor en un adolescente que se traduce en un comportamiento agresivo o disocial.

- Con alteración mixta de emociones y disociales: Tanto los síntomas emocionales como el trastorno del comportamiento son manifestaciones destacadas.
- Otro trastorno de adaptación con síntomas predominantes especificados.
- Otras reacciones a estrés graves.

1.7. Los grupos, reglas y dinámicas grupales

En este trabajo de investigación se utilizó la modalidad de intervención grupal. Se les explicó a las participantes sobre la definición conceptual y las reglas para trabajar dentro del grupo y se muestra en la figura 3.

Figura N^o3. Definición de grupo y sus reglas.

Grupo	<p>Definición: el grupo es una pluralidad de individuos que se relacionan entre sí con cierto grado de independencia, donde dirigen sus esfuerzos hacia un objetivo común, con la convicción que juntos pueden alcanzarlo mejor que individualmente</p> <hr/> <p>Reglas de grupo:</p> <ul style="list-style-type: none"> •La interacción: los grupos interactúan frecuentemente con normas preestablecidas de forma personal, las acciones de sus miembros pueden servir de estímulo para el comportamiento de otros. • Interdependencia: Dependen unos de otros y se complementan. •Finalidad: La realización de sus actividades contribuyen al logro de objetivos comunes •Percepción: Es observable, percibe que existe y pertenece. •Motivación: Satisfacen necesidades implícitas e explícitas que lo motivan a participar en las actividades grupales •Organización: Posee una estructura para la distribución de roles y norma compartidas •Actitud: Comparte actitudes y valores propios de su cultura. •Estabilidad: Permanece en el tiempo y según el tipo de grupo.
--------------	--

Fuente: Elaborado a partir de Ballenato (2008), citado por Malpica (2018), p.16 y 18.

El grupo de adolescentes que participaron en este estudio fueron todas mujeres con características homogéneas que les permitió comprender la importancia de la práctica de valores dentro del grupo. Las técnicas de grupo se utilizaron en este proyecto para la interacción entre las participantes, las mismas han sido definida por el siguiente autor:

Ochoa et al. (2010), refiere que:

En un grupo de terapia, a diferencia de otros grupos de apoyo mutuo, se espera un cambio en la forma de comportarse, sentir o ser de carácter amplio y duradero en los pacientes. Para lograr ese objetivo, el terapeuta ha de adoptar una posición más directiva y trabajar en el aquí y ahora. En el grupo de terapia adquiere prioridad lo que pasa en la inmediatez de la sesión sobre lo que pase fuera, principalmente en las primeras sesiones. En este sentido, siempre comentamos que el grupo puede verse como un "laboratorio" donde ensayar en un lugar más seguro aquello que luego uno quisiera reproducir o generalizar fuera (p. 9).

De igual forma en este grupo de adolescentes se utilizó dinámicas dentro de las sesiones, las mismas son detalladas en la figura N⁰⁴.

Figura N⁰⁴. Dinámica de grupo

Dinámica de grupo	<p>Definición: "es la disciplina que estudia la fuerza que actúan sobre un grupo y lo hacen comportarse de una forma determinada" (Lewin, 1971). Para Anstons (1990), "el contexto influye en el comportamiento de las personas y en sus sentimientos y emociones"</p>
	<p>Efectos: Terapéutico, brinda la posibilidad de desarrollar capacidades y talentos, superar problemas personales a través de la interacción y del compartir situaciones con el otro. • Psicoterapéutico, los grupos pueden curar según los psicoanalistas. • Educativo, los grupos se utilizan para lograr objetivos de aprendizaje.</p>
	<p>Fundamentos teóricos: Las ciencias sociales como son la sociología y la psicología con los siguientes principios: Ambiente: Las personas en el grupo deben compartir en un ambiente físico que permita comodidad, pues esto incide en la participación, espontaneidad y cooperación de los integrantes en las relaciones intrapersonales e interpersonales. Reducción de la intimidación: Las relaciones interpersonales deben proveer amabilidad, cordialidad y mucha cooperación, para así evitar la intimidación o evasión física durante las relaciones interpersonales. Liderazgo compartido: Todos los integrantes del grupo pueden participar en el desarrollo de actividades en pro de las relaciones interpersonales. Flexibilidad: La planificación de las actividades en el grupo debe dar oportunidad para ir cambiando acciones durante el desarrollo de las mismas, lo cual permitirá ir evaluando y adaptándose según las necesidades que surgen como producto de las relaciones humanas.</p>

Fuente: Elaborado a partir de Malpica (2018), p.10-11.

Las dinámicas les permitió la expresión emocional para una mejor convivencia dentro del hogar que les permitiera adaptarse a esa condición de internadas.

CAPÍTULO 2
TRATAMIENTO INTEGRATIVO EMDR

2.1. Antecedentes Psicoterapia Integrativa de Desensibilización y Reprocesamiento a través de los Movimientos Oculares (EMDR).

El primer estudio controlado fue publicado en el Journal of Traumatic Stress en 1989, denominada EMD, luego pasa a EMDR, al trabajar otras formas de estimulación (movimientos oculares, toques auditivos y el abrazo de la mariposa) que son sus componentes.

El modelo teórico de la terapia es el modelo del Sistema de Procesamiento de la Información a Estados Adaptativos (SPIA), este es la piedra angular, las redes de memoria son la base de los síntomas clínicos y de la salud mental, pues se establece que las memorias no procesadas adaptativamente y por ellos almacenadas disfuncionalmente son la base primaria de las patologías. Excluye las situaciones causadas por déficit orgánico.

La SPIA es un sistema de reprocesamiento de la información físico semejante a otros sistemas corporales, que procesa el flujo de bits de informaciones que segundo a segundo recibimos a través de nuestros cinco sentidos. Las alteraciones del sistema de procesamiento de la información, ocasionan que un evento estresante o perturbador quede almacenado disfuncionalmente.

El quedar almacenados disfuncionalmente significa que queda aislada de las neuro redes que contienen información adaptativa, de ahí que no pueda vincularse a ellas. Este recuerdo queda detenido en el tiempo en su estado perturbador con todos sus componentes, ingresos sensoriales, pensamientos, emociones y sensaciones corporales.

Durante la reprocesamiento, los componentes del recuerdo se transmutan (cambian neurológicamente) hacia una resolución adaptativa. Lo útil es almacenado y queda disponible para futuras experiencias y lo que ya no es adaptativo se descarta.

Se emplea el término trauma para sensibilizar a los clínicos sobre el impacto de las experiencias perturbadoras, básicamente EMDR usa como blanco las experiencias almacenadas disfuncionalmente que contribuyen a la disfunción y sintomatología actual. Los componentes del recuerdo (ICES) los constituyen los ingresos sensoriales, creencias o pensamientos, emociones y sensaciones corporales. El nodo o blanco es la memoria designada como blanco terapéutico, representa el núcleo de la red de memoria. Evento base, es la experiencia recordada más temprana, que sienta las bases del problema presentado por los pacientes.

Fonseca (2016), recomienda la terapia EMDR para situaciones traumáticas causadas por catástrofe e indica que: “Los datos del análisis estadístico confirman la eficacia del uso del Protocolo Grupal Integrativo con EMDR en la prevención de los síntomas de TEPT, como consecuencia de catástrofe” (p.19). Estudios europeos reunidos en torno al TENTS Project (The European Network for Traumatic Stress) emprendieron una revisión amplia basada en evidencias científicas, De acuerdo con el autor es uno de los abordajes focalizados en Trauma la EMDR (Eye Movement Desensitization and Reprocessing) por ser una psicoterapia que integra los componentes de numerosas otras escuelas. Hay elementos de psicoanálisis, por ejemplo, en todo lo referente a la asociación libre o al hecho de que los elementos vividos del pasado influyen nuestras interpretaciones y

comportamientos en el presente (Roques, 2009). La tradición psicoanalítica y EMDR comparten, según Roques (2009), la concepción de que las memorias traumáticas, todavía, no fueron incorporadas a las percepciones basadas en la realidad y que el tratamiento debe ser direccionado para la actualización de eventos remotos en la vida del cliente, en general de la infancia (p. 23-25).

2.2. Definición de terapia EMDR

Fonseca (2016), es de opinión que:

EMDR es una terapia humanista en la medida en que está centrada en la persona y en su experiencia afectiva. Pero más que eso, obtiene su esencia y su eficacia de mecanismos de curación, que forman parte de la propia persona. En el fondo, es una terapia que se basa en la capacidad humana para dirigirse, espontáneamente, hacia el equilibrio y la salud, (p.25).

La terapia integrativa de desensibilización y reprocesamiento a través de movimientos oculares (EMDR), fue desarrollada por la doctora Francine Shapiro en 1987, cuando se realiza el primer estudio controlado con personas que habían sufrido de algún trauma como víctimas de violación, veteranos de guerra y que aplicaran al diagnóstico de estrés postraumático según el manual de diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, III edición. Actualmente, la estimulación a través de los movimientos oculares es una de las formas de estimulación, también se podría realizar el abrazo de la mariposa, estimulación auditiva o táctil.

Shapiro (2004) nos indica que el modelo de procesamiento de la información considera que la mayor parte de las patologías nacen de experiencias tempranas que ponen en movimiento un continuo de sentimientos y emociones, conductas, cogniciones y las consecuentes estructuras de identidad. OMS (2014) publica una investigación que llevó a cabo encuestas sobre experiencias adversas en la niñez en una población de 10 696 personas, entre 18 y 25 años y se informa que más de la mitad reporto haber tenido al menos una experiencia adversa en la infancia y que el número de experiencia adversas se correlacionó positivamente con los informes posteriores acerca de comportamientos dañinos para la salud.

2.3. Abrazo de la mariposa

Es un método que puede ser utilizado en niños, adolescentes y adultos; puede llegar a facilitar la reprocesamiento de las memorias traumática, en este caso resaltando un nivel de empoderamiento de la situación.

Artiga (2012), la define como una Estimulación de Atención Dual (EAD) que consiste en cruzar los brazos sobre el pecho. La punta del dedo medio de cada mano debe de quedar bajo la clavícula correspondiente y el resto de los dedos y la mano deben de cubrir el área que se encuentra debajo de la unión de la clavícula con el hombro y de la clavícula con el esternón. Para ello, mano y dedos deben de estar lo más verticalmente posible (los dedos dirigidos hacia el cuello y no hacia los brazos). Una vez hecho esto, se pueden entrelazar los dedos pulgares (formando el cuerpo de la mariposa) y los otros dedos formarán sus alas.

2.4. El abordaje de las ocho fases de EMDR

La terapia es un proceso integrativo que combina aspectos de las principales corrientes psicológicas. Se trabaja en ocho fases y aborda las tres vertientes del presente, pasado y futuro de la siguiente manera:

1.Fase de toma de historia. se da la entrevista psicosocial/diagnóstica para evaluar el escenario clínico del paciente, sus habilidades de auto modulación y su preparación para la reprocesamiento con EMDR. La información incluye fortalezas y recursos de la infancia, así como aspectos negativos.

Abordaje de las tres vertientes:

Pasado: ¿Qué incidente/s etiológicos han sentado la base de la patología?, ¿Qué habilidades y conductas son necesarias para estabilizar y dar recursos al paciente para iniciar su reprocesamiento y aprendizaje positivo?

Presente: ¿Qué experiencias presentes causan los síntomas y reacciones perturbadoras?

Futuro: ¿Cuál es la visión positiva del paciente para el futuro?, ¿Cuál es la capacidad del paciente para permitir respuestas más adaptativas a ser desarrolladas y trabajadas?,¿Cuáles son los potenciales retos futuros que podrían ocurrir?

Lista de control: Se establece si es recomendable el uso de EMDR, si se espera a dar preparación y estabilización o si se recomienda supervisión por terapeuta EMDR experimentado en un área específica. Como, por ejemplo, los casos

demuestran síntomas disociativos luego de aplicar la escala de trastorno disociativos (DES), lo cual requeriría intervención más específica al caso.

Desarrollar plan de secuencia de blancos: Se determina las creencias negativas irracionales, emociones, sensaciones corporales, sentidos, gente, lugares, etc., además de buscar creencias positivas apropiadas. Desarrollar estrategias de afrontamiento, para ser usadas en las sesiones o entre sesiones como, por ejemplo, lugar seguro, ejercicio del recuerdo agradable, ejercicios de relajación.

2.Fase de explicación del procesamiento de la información a estados adaptativos. Cuando ocurre un hecho perturbador, puede quedar bloqueado en el cerebro en imágenes, sonidos, pensamientos, sentimientos y sensaciones corporales originales. Parece que EMDR estimula la información y permite que el cerebro reprocese la experiencia.

Se observan aspectos técnicos de posición de puestos, distancia, evaluar el tipo de estimulación que se realizará: en el caso de protocolo grupal, se abordará con el abrazo de la mariposa. Además de reforzar el lugar seguro.

3.Fase para acceder al blanco para reprocesamiento con EMDR. Realizando la intervención a través de imagen, creencia negativa, creencia positiva, evaluado su validez y las emociones haciendo evaluación del SUDS (escala de unidad subjetiva de perturbación) así como la sensación física.

4. Fase para buscar reprocesar las experiencias hacia una resolución adaptativa, accedendo a la información, reprocesándola tal como está almacenada en el presente sin intervenciones clínicas. El SUDS debe indicar cero para completar esta fase, que no indica que el recuerdo se liga con las redes de memoria adaptativas

5. Fase para procesar el material disfuncional y chequear la validez de la creencia positiva seleccionada, fortaleciendo sus efectos positivos. Se refuerza la conexión con la red de memoria positiva e incrementan los efectos de la generalización positiva dentro de la red disfuncional. Aquí se considera la necesidad de establecer otro plan de secuencia de blancos para trabajar problemas adicionales.

6. Fase para completar la reprocesamiento checando si existe cualquier materia disfuncional residual asociado con el tema blanco. Se realiza el chequeo corporal.

7. Fase para asegurar la estabilidad del paciente al terminar una sesión EMDR. Mantener la estabilidad del paciente entre sesiones.

8. Fase para evaluar el progreso. se la llama así a cada y cada una de las sesiones que siguen a la última sesión. Por qué se le da seguimiento y podremos observar si está ligado el blanco a la memoria adaptativa, si hay que trabajar un nuevo blanco, evaluar el progreso global de los blancos.

2.5. Investigación sobre la efectividad de la terapia integrativa EMDR

Jarero y Artigas (2015), indican que la terapia EMDR en formatos individual y grupal (específicamente el Protocolo Grupal e Integrativo de Terapia EMDR-IGTP por sus siglas en inglés) mostró ser muy efectiva en comparaciones pre y postratamiento y más efectiva que los grupos de control. Un estudio con 3,260 niños y adolescentes que habían vivido o presenciado algún evento traumático, fue realizado por el departamento de psiquiatría y psicoterapia para niños y adolescentes de la Universidad Hospital de ULM en Alemania.

Pagani, M., Hogberg, G., Fernandez, I., Siracusano, A. (2013), en sus estudios han evidenciado en una revisión postratamiento, el incremento del flujo de sangre en el córtex frontal lateral y medio, a través de tomografías computarizadas por emisión de un solo fotón (SPECT), reflejando un mayor control sobre la amígdala y estabilización patológica del cerebro.

Según Bossini, L., et al (2012), hay evidencia de que posterior a la terapia EMDR, existe un incremento en el volumen del hipocampo y remisión total de los síntomas de trastorno por estrés postraumático, con una mejoría significativa de los síntomas, esto apoyado con las imágenes por resonancia magnética (MRI).

Jarero, López, Gomes y Givaudan (2014), en un estudio, aplicando el protocolo grupal e integrativo con EMDR y del protocolo individual de terapia EMDR a 25 niños entre 9 y 14 años que habían sido víctimas de violencia interpersonal severa, se observaron mejoría en la escala SPRINT, que evalúa la severidad del TEPT y el mejoramiento global.

En estudio realizado con niños que habían sufrido el efecto del Huracán Iniki, se observó que después de tres sesiones de tratamiento, el 56% de los niños no cumplían los criterios por el diagnóstico de TPT reportándose mejorías clínicas en los inventarios aplicados. Estos cambios se mantienen al realizarles un seguimiento 6 meses después. (Shapiro, 2004).

CAPÍTULO 3

METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

3.1. Justificación del problema

Los adolescentes son considerados como parte de la población más vulnerable por su etapa de desarrollo, en esta investigación nos referimos a aquellos que, por algún motivo, no pueden estar junto a sus progenitores, debido a que estos no han realizado su rol de padres o por factores ambientales como las distancias para acudir al colegio y en ambas situaciones quedan en riesgo, siendo necesario ofrecerle alternativas a su condición.

Aunque los hogares o albergues han sido instaurados para traer algún tipo de seguridad (física y emocional) al menor, es conocido que las cicatrices emocionales producto de esas experiencias previas, pueden llegar a perpetuarse en el tiempo.

Una vez estos menores pasan a mano del estado, este se vuelve protector, sin embargo, el que realiza el papel de cuidador dentro de las instalaciones muchas veces no está claro (por falta de capacitación) del rol que debe ejercer o que se le asigna. A esta situación se le puede sumar las deficiencias en el sistema de recursos, tanto materiales como humanos, para darle seguimiento a cada uno de los casos, y las posibles patologías que mantengan los niños o adolescentes que son enviados a estas instituciones.

Es posible que las alteraciones psicológicas que estén presentes en los menores de edad hoy se perpetúen en el tiempo y tengan mayores repercusiones en su vida adulta, siendo para ellos más difícil la posibilidad de adaptarse a la sociedad, volviéndose un ciclo interminable, pues formarán también núcleos familiares donde posiblemente repitan las experiencias vividas en algún momento.

En diversas revisiones, se ha determinado que el crecer en instituciones de acogida temporal por mucho tiempo, en efecto, puede ir en detrimento del desarrollo cerebral, causar deterioro cognitivo y en las habilidades sociales, producir expresiones de agresividad, aislamiento, alteraciones emocionales y trastorno de apego.

Beck (1990) indica que la forma en que el niño va a interpretar los eventos y las expectativas, funcionan como una especie de propulsor para comportamientos depresivos, que, a su vez, confirman, después de una nueva interpretación los sentimientos personales de inadecuación, baja autoestima y desesperanza en el individuo depresivo. Los niños que son forzados a vivir en hogares en los cuales no se les considera su opinión les genera pensamientos negativos de sus propias acciones, por ende, inseguridad, la misma se puede devolver a a la sociedad como un rechazo, o agresividad manifiesta en la expresión de la emoción y de la conducta.

3.2. Planteamiento del problema

Según criterios de la UNICEF (2011), se ha recomendado utilizar las medidas de institucionalización como última alternativa para separar a los menores de sus hogares, por las repercusiones que en ocasiones puede traer dicha acción, indicando que las prácticas tradicionales de los sistemas de protección han resistido el debate crítico en torno a la internación en instituciones de protección vinculado a lo estipulado por la Convención sobre los Derechos del Niño. En muchos países persiste una cultura institucional que continúa considerando que separar a los niños de sus familias e internarlos en instituciones

de protección es una respuesta de protección adecuada, sin atención al interés superior del niño o al criterio de excepcionalidad y duración corta de la medida.

Además, agrega que “pese a la existencia de circunstancias específicas que motivan institucionalizaciones, en varios países de la región se observa una escasez generalizada de programas especializados para responder al motivo o la causa concreta de ingreso de niños a las instituciones. La consecuencia de ello es la permanencia de los niños en instituciones que no se encuentran adaptadas a sus requerimientos, lo que dificulta que la medida de protección pueda cumplir sus objetivos.

La atención especializada, con actividades diagnósticas, terapéuticas e intervenciones específicas, es esencial para garantizar que la ejecución de la institucionalización se encuentre orientada al restablecimiento o restitución de los derechos cuya vulneración la ha motivado, asegurando la temporalidad de la misma y la reintegración de los niños, niñas y adolescentes a un medio familiar y comunitario en el período más breve posible.

Por lo antes expuesto, es de importancia ofrecer atención grupal, a través del tratamiento integrativo que evita la revictimización de las adolescentes, pues como su enfoque lo indica es el cerebro que le busca su ajuste, considerando algunos elementos importantes como lo son el nivel de estrés, ansiedad, depresión y autoestima. Esto nos lleva al planteamiento de nuestro problema de investigación de la siguiente manera: **¿Qué efecto tendrá la aplicación del tratamiento grupal integrativo EMDR en los niveles emocionales y de autoestima que presentan las adolescentes del Hogar Santa Isabel**

de la Ciudad de Santiago, diagnosticadas con un trastorno de adaptación con alteraciones mixtas de las emociones y la conducta?

3.3. Objetivos generales

- Diseñar y evaluar un programa del tratamiento grupal integrativo EMDR para mejorar los niveles emocionales y de autoestima en las adolescentes del Hogar Santa Isabel diagnosticadas con un trastorno de adaptación con alteración mixta de las emociones y la conducta.

3.4. Objetivos específicos

- Medir los niveles del trastorno adaptativo de estabilidad emocional y autoestima en las adolescentes que viven en el Hogar Santa Isabel de la ciudad de Santiago.
- Describir los síntomas para aplicar la terapia integrativa EMDR, Protocolo Grupal, en las adolescentes que viven en el Hogar Santa Isabel, diagnosticadas con un trastorno adaptativo con alteraciones mixtas de las emociones y la conducta.
- Mejorar los niveles emocionales y de autoestima en las adolescentes del Hogar Santa Isabel diagnosticadas con un trastorno de adaptación con alteración mixta de las emociones y la conducta.
- Evaluar los efectos del tratamiento grupal integrativo EMDR en los niveles emocionales y de autoestima que presentan las adolescentes del Hogar Santa Isabel de la ciudad de Santiago, diagnosticadas con un trastorno de adaptación con alteraciones mixtas de las emociones y la conducta.

3.5. Hipótesis

3.5.1. Hipótesis de investigación

H₀: No existe diferencia significativa en los niveles de estabilidad emocional y autoestima que presentan las adolescentes que viven en Hogar Santa Isabel, diagnosticadas con trastorno de adaptación con alteraciones mixtas de las emociones y la conducta antes y después del tratamiento integrativo EMDR, Protocolo Grupal.

H₁: Existe diferencia significativa en los niveles de estabilidad emocional y autoestima de las adolescentes que viven en Hogar Santa Isabel, diagnosticadas con trastorno de adaptación con alteraciones mixtas de las emociones y la conducta antes y después del tratamiento integrativo EMDR, Protocolo Grupal.

3.5.2. Hipótesis estadística

Hipótesis estadística 1: **Estabilidad Emocional**

$H_1 = \mu_D > 0$ El nivel de ansiedad que presentan las adolescentes del Hogar Santa Isabel, diagnosticadas con un trastorno de adaptación con alteraciones mixtas de las emociones y la conducta serán menores después de la aplicación de la terapia integrativa EMDR, Protocolo Grupal.

$H_0 \quad \mu_D \leq 0$. El nivel de ansiedad que presentan las adolescentes del Hogar Santa Isabel, diagnosticadas con un trastorno de adaptación con alteraciones mixtas de las emociones y la conducta serán mayores o iguales después de la aplicación de la terapia integrativa EMDR, Protocolo Grupal.

$H_2 = \mu_D = > 0$ El nivel de depresión que presentan las adolescentes del Hogar Santa Isabel, diagnosticadas con un trastorno de adaptación con alteraciones mixtas de las emociones y la conducta, serán menores después de la aplicación de la terapia integrativa EMDR, Protocolo Grupal.

$H_0 \quad \mu_D \leq 0 =$ El nivel de depresión que presentan las adolescentes del Hogar Santa Isabel, diagnosticadas con un trastorno de adaptación con alteraciones mixtas de las emociones y la conducta serán mayores o iguales después de la aplicación de la terapia integrativa EMDR, Protocolo Grupal.

$H_3 = \mu_D = > 0$ El nivel de estrés que presentan las adolescentes del Hogar Santa Isabel, diagnosticadas con un trastorno de adaptación con alteraciones mixtas de las emociones y la conducta, serán menores después de la aplicación de la terapia integrativa EMDR, Protocolo Grupal.

$H_0 \quad \mu_D \leq 0 =$ El nivel de estrés que presentan las adolescentes del Hogar Santa Isabel, diagnosticadas con un trastorno de adaptación con alteraciones mixtas de las

emociones y la conducta, serán mayores o igual después de la aplicación de la terapia integrativa EMDR, Protocolo Grupal.

Hipótesis estadística 2: Autoestima

$H1 = \mu D = < 0$ El nivel de autoestima que presentan las adolescentes del Hogar Santa Isabel, diagnosticadas con un trastorno de adaptación con alteraciones mixtas de las emociones y la conducta serán mayor después de la aplicación de la terapia integrativa EMDR, Protocolo Grupal.

$H0 = \mu D \geq 0$ = El nivel de autoestima que presentan las adolescentes del Hogar Santa Isabel, diagnosticadas con un trastorno de adaptación con alteraciones mixtas de las emociones y la conducta serán menor o igual después de la aplicación de la terapia integrativa EMDR, Protocolo Grupal.

Hipótesis estadística 3: Inadaptación

$H1 = \mu D = < 0$ El nivel de inadaptación que presentan las adolescentes del Hogar Santa Isabel, diagnosticadas con un trastorno de adaptación con alteraciones mixtas de las emociones y la conducta serán menores después de la aplicación de la terapia integrativa EMDR, Protocolo Grupal.

$H_0 \quad \mu_D \geq 0 =$ El nivel de inadaptación que presentan las adolescentes del Hogar Santa Isabel, diagnosticadas con un trastorno de adaptación con alteraciones mixtas de las emociones y la conducta serán mayor o igual después de la aplicación de la terapia integrativa EMDR, Protocolo Grupal.

3.6. Diseño de investigación

3.6.1. Estudio explicativo

Este tipo de estudio se centra en explicar por qué ocurre un fenómeno y en qué condiciones se da éste, o por qué, dos o más variables están relacionadas (Hernández Sampieri y otros, 2002).

3.6.2. Diseño cuasi experimental

Se trabajó un enfoque cuantitativo con el diseño **pre- experimental de preprueba y posprueba** con un solo grupo, ($G \ 0_1 \ X \ 0_2$). “Se le aplica una prueba previa al estímulo o tratamiento experimental, después se le administra el tratamiento y finalmente se le aplica una prueba posterior al estímulo” (Sampiere, Fernández & Baptista, 2014, p.141).

En un grupo de participantes, se aplicaron las entrevistas, la Escala de Autoestima de Rossemberg, el cuestionario DASS 21; se revisaron los puntajes obtenidos de ansiedad, depresión, estrés, autoestima y se aplicaron las sesiones del tratamiento integrativo grupal EMDR y al finalizar se volvió a aplicar el cuestionario para ver los resultados.

Tipo de estudio.

- **Correlacional** porque su objetivo es según Sampieri (2014) “únicamente medir o recoger información de manera independiente o conjunta sobre los conceptos o las variables a las que se refiere” (p. 92) y **descriptivo** porque tiene como finalidad conocer la relación o grado de asociación que exista entre dos o más conceptos, categorías o variables en una muestra o contexto en particular” (p. 93).

Se emplea el estudio **correlacionado y descriptivo**, donde se recoge información de las adolescentes, mediante la aplicación de entrevista, la cual registra los datos demográficos, la condición mental de las participantes los síntomas de la ansiedad, depresión, estrés y autoestima se aplica el cuestionario para medir los niveles de las variables mencionadas, se utiliza la terapia EMDR y se describe si el tratamiento causó algún cambio en la sintomatología relacionado con trastorno adaptativo en las adolescentes.

3.7. Definición de las variables

3.7.1. Variables independientes Terapia integrativa EMDR (desensibilización y reprocesamiento a través de los movimientos oculares), Protocolo Grupal

3.7.1.1. Definición conceptual

Terapia integrativa EMDR: Es un modelo psicoterapéutico que comprende principios, procedimientos y protocolos. Integra elementos de las teorías psicológicas y psicoterapias en un conjunto estandarizado de protocolos clínicos. (Shapiro, 1995).

3.7.1.2. Definición operacional

Este tratamiento consta de procedimientos específicos para acceder a la información existente, introducir nueva información, facilitar el procesamiento e inhibir el acceso a la información.

Se usan 8 fases para el tratamiento:

Fase 1: historia del paciente

Fase 2: preparación

Fase 3: evaluación

Fase 4: desensibilización

Fase 5: instalación

Fase 6: chequeo corporal

Fase 7: cierre

Fase 8: reevaluación.

3.7.2. Variables dependientes: estabilidad emocional (ansiedad, depresión y estrés), adaptación y autoestima.

3.7.2.1. Definición conceptual de las variables dependientes

- **Ansiedad:** “Los trastornos de ansiedad son los que comparten características de miedo y ansiedad excesivos, así como alteraciones conductuales asociadas” (DSM 5, 2014, p. 189). Rodríguez (2018) encontró que “la ansiedad adaptativa o no patológica es una sensación o un estado emocional normal ante determinadas situaciones y constituye una respuesta habitual a diferentes situaciones cotidianas estresantes” (parr.7).

- **Depresión:** Korman y Sarudiansky (2011), afirman que la “depresión es un conjunto de síntomas que conforman una verdadera enfermedad que interfiere con la vida cotidiana, causando dolor no solo a quien la padece sino también a su familia y amigos sus vínculos sociales” (p. 122). Según el DSM – 5 (2014) la depresión es “La presencia del estado de ánimo triste, vacío o irritable, acompañado de cambios somáticos y cognitivos que afectan significativamente a la capacidad funcional del individuo” (p. 155).
- **Estrés:** Tensión física, mental o emocional ocasionada por presiones y demandas ambientales, situacionales o personales, en que sucesos impredecibles e incontrolables ocasionan más estrés que los hechos reales sobre los cuales los individuos tienen un mayor control (Tejada, Félix, Ozuna, Cáceres, 2002, citado por Serrano y Flores, 2005).
- **Adaptación:** Proceso a través del cual un individuo o un grupo establece con su ambiente natural o social una condición de equilibrio o, por lo menos, de ausencia de conflictos. El proceso ocurre a través de la combinación de operaciones aloplásticas, orientadas a modificar el ambiente, o autoplásticas, dirigidas a modificarse a sí mismos en virtud de un equilibrio aceptable. (Diccionario de psicología, 2002). Según el DSM-5 (2014), el trastorno de adaptación se clasifica dentro de los trastornos relacionados con el trauma y factores de estrés. En función de los síntomas se especifica si es con estado de ánimo deprimido, con ansiedad, con ansiedad mixta y estado de ánimo deprimido y por último con alteración de la conducta (p. 287).

- **Autoestima:** Evaluación que el individuo realiza y cotidianamente mantiene respecto de sí mismo, que se expresa en una actitud de aprobación o desaprobación e indica la medida en que el individuo cree ser capaz, significativo, exitoso y valioso” (Coopersmith, 1967 citado por González y López 2001).

3.7.2.2. Definición operacional de las variables dependientes

- **Ansiedad:** puntuación obtenida en la escala de depresión, ansiedad y estrés (dass-21) en las subescalas de disforia, desesperanza, devaluación de la vida, falta de interés, anhedonia e inercia entre 10 y 28 puntos.
- **Depresión:** puntuación obtenida en la escala de depresión, ansiedad y estrés (dass-21) en las subescalas de excitación automática, efectos fisiológicos, ansiedad situacional, experiencia subjetiva del efecto ansioso entre 8 y más de 20 puntos.
- **Estrés:** puntuación obtenida en la escala de depresión, ansiedad y estrés (dass-21) en las subescalas, dificultad para relajarse, excitación nerviosa, ser fácilmente perturbado, impaciencia e irritabilidad entre 15 y más de 34.
- **Adaptación:** puntuación mayor a 12 puntos en la escala total de la escala global de inadaptación (Echeburúa y Fernández, 2000).

Autoestima: puntuaciones de 30 a 40 puntos denominará autoestima elevada; de 26 a 29 puntos, autoestima media y es conveniente mejorarla y de menos de 25 puntos, autoestima baja, problema significativo.

3.8. Población y muestra

3.8.1. Población

La población se conformó por las las adolescentes que permanecían en el Hogar Santa Isabel, el cual está localizado en el distrito de Santiago, provincia de Veraguas, vía principal hacia Montijo.

Esta institución se ubica en el área urbana y cuenta con los servicios básicos de salud pública y privada. Posee dormitorios para el alojamiento de las adolescentes, que en su mayoría proviene de lugares rurales.

3.8.2. Muestra

La muestra obtenida de la población adolescente fue el total del Hogar Santa Isabel de la provincia de Veraguas, que mantengan diagnóstico de trastorno de adaptación con alteración mixta de las emociones y la conducta.

Para la selección de la muestra, se aplicó el consentimiento y el asentimiento informado, las entrevista, seguido de las pruebas psicométricas, que en su conjunto determinaron el diagnóstico psicológico del trastorno en estudio.

3.9. Criterios de inclusión

- Ser adolescentes entre 12 y 16 años.
- Estar registrada como integrante del Hogar Santa Isabel.

- Participar de manera voluntaria y con la autorización de la hermana María González, directora del centro.
- Reflejar en evaluación un diagnóstico de trastorno de adaptación con alteraciones mixtas de las emociones y la conducta.

3.10. Criterios de exclusión

- Recibir tratamiento, previo al estudio, por parte de otro profesional de salud mental (psicólogo y/o psiquiatra).
- No estar presente en la aplicación simultánea de las escalas de valoración (pre-prueba) utilizadas para el estudio.

3.11. Instrumentos y técnicas de medición

La recopilación de la información para llevar a cabo el siguiente estudio de investigación, contempló de la utilización de diferentes instrumentos y técnicas de medición tales como:

3.11.1. Consentimiento informado

Para este estudio se utilizó una nota de autorización a la hermana María González, responsable del Hogar Santa Isabel, donde se describió el tratamiento que recibieron las adolescentes bajo su responsabilidad y en el cual nos comprometimos a respetar lo establecido cumpliendo con los aspectos éticos y legales.

3.11.2. Entrevista de Amilkar Iván Valladares

Consiste en recopilar los siguientes datos: datos generales del niño, historia familiar, historia personal (antecedentes prenatales, perinatales y postnatales, antecedentes escolares, antecedentes de socialización y afectividad, intereses y pasatiempos, desarrollo psicosexual (preadolescente y adolescente), síntomas neuróticos, castigos, entre otros (Méndez, 2017).

Es importante recalcar que, debido a la situación de las adolescentes, se realizó revisión de sus expedientes para poder recabar alguna información pertinente al caso y también con las involucradas en el estudio.

3.11.3. Escala de depresión, ansiedad y estrés (DASS-21)

La escala de depresión, ansiedad y estrés (DASS) fue creada con el objetivo de evaluar la presencia de afectos negativos, de depresión y ansiedad y lograr una discriminación máxima entre estas condiciones, cuya sobreposición clínica ha sido reportada por clínicos y por investigadores (Lovibond & Lovibond, 1995).

Esta escala se aplicó a las adolescentes para valorar los niveles de sus estados emocionales presentados en la fase inicial y en la culminación de las nueve sesiones de tratamiento aplicadas y de esta manera poder verificar si se observaban los cambios entre ellos, los mismos son presentados en el capítulo cuatro de este estudio.

Se presenta en la figura 5 un resumen de la ficha técnica de la escala con sus valores de confiabilidad, validez y su forma de interpretar los resultados.

Figura N° 5. Resumen Escala de Depresión, Ansiedad y Estrés.

Nombre: Escala de Depresión, Ansiedad y Estrés

Autores: Daza, Novy, Stanley y Averill, 2002

Definición: Es una escala Likert de autoreporte conformada por 21 ítems los cuales deben ser puntuados en un rango de 0 (nunca) a 3 (casi siempre). A los participantes se les pide que indiquen que tanto refleja la afirmación del ítem de acuerdo con su experiencia durante la última semana. La escala a su vez se conforma por tres subescalas que contienen siete ítems cada una para evaluar individualmente las variables.

Interpretación y análisis clínico: El resultado de cada subescala se suma y se multiplica por dos para el análisis. Esta escala utiliza puntos de corte clínicos. El estrés se considera normal con puntajes dentro de un rango de 0 a 14, leve 10 a 13, moderado 19 a 25, severo 26 a 33 y extremo 34 o más. La ansiedad como normal de 0 a 7, leve 8 a 9, moderada 10 a 14, severa a 15 a 19 y extrema. La depresión como normal de 0 a 9, leve 10 a 13, moderada 14 a 20, severa 21 a 27 y extrema 28 o más. Estas clasificaciones son orientativas y no un diagnóstico, pero son útiles cuando se examinan diferencias clínicamente significativas.

Propiedades psicométricas: Confiabilidad de coeficiente de alfa de Cronbach de .96 para el total de la escala (Daza, Novy, Stanley y Averill, 2002). Los coeficientes para las subescalas fueron; estrés $\alpha = .91$, ansiedad = $\alpha = .86$ y depresión $\alpha = .93$.

Fuente: Elaborado a partir de Tovar, R. (2018), P.49 Y 50.

3.11.4. Escala de inadaptación

Esta escala refleja en qué medida los problemas psicológicos de los pacientes afectan diferentes áreas de su vida cotidiana: trabajo o estudio, vida social, tiempo libre, relación de pareja y vida familiar.

Es una escala tipo likert que cuenta con 6 ítems con gradación de 0 a 5. El rango de la escala total es de 0 a 30, cuanto mayor en la puntuación, mayor es la inadaptación, proponiéndose como punto de corte 12 en la escala total y 2 en cada subescala o ítems. (Echeburúa, Corral, Fernández y Montalvo, 2000).

3.11.5. Escala de autoestima de Rosenberg

Morris Rosenberg, fue el creador de la escala de Autoestima de Rosenberg, elaborada en 1965 y su objetivo es evaluar el sentimiento de satisfacción que una persona tiene consigo misma. Consta de 10 ítems. Generalmente, se puntúan de 1 a 4 en escala tipo Likert. El rango del cuestionario es de 10 a 40, cuanto mayor es la puntuación, mayor es la autoestima del sujeto. En algunos estudios se utiliza de corte 29. La fiabilidad test - retest es de 0.85 con estudiantes universitarios, siendo la validez convergente y discriminante también satisfactoria: 0.67 con Kelly repertory test, 0.83 con Healt self image questionnaire y 0.56 con evaluación de autoestima del entrevistador.

3.11.6. Protocolo grupal e integrativo EMDR-IGTP

Dentro de las 8 fases del tratamiento, la primera es la historia del paciente, donde se buscan los antecedentes, identificar idoneidad para el tratamiento EMDR, identificar los blancos para procesamiento de eventos positivos y negativos de la vida del paciente.

La entrevista con el adolescente busca establecer rapport y a su vez conocer los elementos que utilizaremos para la siguiente fase. Consiste en recopilar los siguientes datos: elementos de pertenencia (yo tengo), actividades (yo tengo), emociones (yo siento), deseos (yo necesito), autoconcepto (yo soy). Se abordan los asuntos que le interesen o “cosas que le hacen pensar” buscando el problema que pueda plantear.

El protocolo está estructurado dentro de un formato de terapia de juego; ha sido empleado para sobrevivientes de desastres, entre edades de 7 a 50 años.

3.12. Análisis estadístico de los resultados

3.12.1. Análisis descriptivo

Se utilizaron frecuencias y porcentajes para describir las características generales de la muestra.

3.12.2. Análisis comparativo

Se utilizó la t de Student, la cual consiste en un procedimiento estadístico de comparación de medias en grupos pequeños. Se utilizó la versión de t de Student para el mismo grupo medido antes y después de un tratamiento.

Para este análisis se utiliza:

- La prueba t para grupos dependientes, cuya fórmula se expresa como sigue:

$$t = \frac{X_1 - X_2}{\sigma_{dif}}$$

- Nivel de significancia de 0.05 a una cola.

3.13. Procedimiento

- Se solicitó el permiso al Hogar Santa Isabel para realizar el trabajo de investigación a través de nota dirigida a la hermana María González, directora de este centro, y se recibió la aprobación casi inmediata, con la única solicitud de mantener confidencialidad de la identidad de las menores por sus antecedentes.
- Se coordinó con la directora del centro, las adolescentes que podrían participar en la evaluación pre test y luego determinar las que cumplían todos los requisitos de

inclusión. Se explicó el proceso de intervención de 12 sesiones, dos veces por semanas.

- Se realizó entrevista individual a 14 adolescentes y a la directora para tener suficiente información de cada una y así poder establecer un mejor diagnóstico.
- Se verificó el diagnóstico de trastorno adaptativo mixto de emociones y conducta en cada una de las participantes.
- Se entregó a la hermana María, como encargada, el consentimiento informado a la fecha de las adolescentes evaluadas.
- Se aplicaron el pretest de estabilidad emocional, adaptación y estrés a todas las posibles participantes a la intervención, y se conformó la muestra, no aleatoria de acuerdo a las escalas de evaluación y las valoraciones. Fueron 10 adolescentes las que cumplieron los criterios de inclusión para el estudio.
- Se les entregó calendario con fechas para las atenciones grupales.
- Se inició terapia grupal.
- Se aplicó el post test de estabilidad emocional, autoestima y adaptación.
- Al terminar las sesiones de terapia, se tomó toda la información y se realizó el análisis estadístico; luego se llevó a cabo la interpretación de los resultados para confrontarlos con las hipótesis.
- Se elaboró el informe final.
- Posteriormente, se sustentó la investigación ante las autoridades universitarias.

3.14. Propuesta de intervención

3.14.1. Título

Programa de tratamiento integrativo grupal EMDR para mejorar la estabilidad emocional y autoestima en un grupo de adolescentes diagnosticadas con trastorno de adaptación con alteraciones mixtas de las emociones y la conducta.

3.14.2 Objetivos

Se presentan los siguientes objetivos generales y específicos:

3.14.2.1 Objetivo general.

- Ofrecer un programa elaborado a partir del Modelo integrativo EMDR, adaptado para los síntomas de ansiedad, depresión, estrés y autoestima del trastorno adaptativo de las adolescentes del Hogar Santa Isabel.

3.14.2.2 Objetivos específicos.

- Identificar y mejorar los síntomas de ansiedad, depresión, estrés y autoestima del trastorno adaptativo en las adolescentes del Hogar Santa Isabel.

3.14.3 Descripción.

Este programa consta de 9 sesiones elaboradas para mejorar los síntomas de ansiedad, depresión, estrés y autoestima en el trastorno adaptativo que presentan las adolescentes residentes del hogar Santa Isabel. Esta terapia fue aplicada en una sesión de una hora semanal, se consideró la situación particular de cada participante. Las sesiones se desarrollan mediante talleres y diferentes técnicas de terapia basadas en el modelo integrativo EMDR.

3.14.4 Introducción.

Se elaboró un programa para adolescentes con alteraciones emocionales y de la conducta, las mismas eran internadas en el Hogar Santa Isabel por diferentes causas perturbadoras que no lograron una adaptación que les permitiera fluir en el medio, conservando su salud mental. Se seleccionó el modelo de terapia EMDR por la descripción teórica que emite la autora sobre los acontecimientos perturbadores indicando... “que los recuerdos disfuncionales que subyacen en la psique son los principales responsables de las características patológicas de la personalidad y que éstas pueden ser alteradas estructuralmente” (Shapiro, 2004, Pág. 19).

La misma autora refiere que EMDR es un enfoque integral como método de psicoterapia que comprende tanto el aspecto mental (imagen, cognición, emoción, pensamiento, etc.) y el cerebro como actividad cerebral (procesamiento de la información a estados adaptativos SPIA). Es en el cerebro donde se realiza el procesamiento y en la mente se forma las creencias, (p.34). Cuando una adolescente es apartada de su familia ya sea porque tiene que continuar sus estudios o porque en su hogar no se le ofrece protección e internarse es su única alternativa, se generan muchos pensamientos negativos, desencadenantes de sus emociones que en este sentido es mucha tensión, enojo, incertidumbre, tristeza ante el abandono que luego manifiestan en el comportamiento de rebeldía ante los demás. Esta terapia les ofreció esa comprensión de ese proceso para poder adaptarse y fluir como persona y lograr la resolución de su situación.

La resolución se refiere a que logren interpretar su medio ambiente, lo que les toca vivir como personas y al mismo tiempo afrontar de forma sana para no caer en conductas desadaptativas (por ejemplo, el tener que tener parejas de forma prematura para poder salir del Hogar, entre otras como lo es las adicciones y conductas sexuales), en este modelo de terapia de EMDR, Shapiro (2004), indica que:

Por resolución adaptativa quiero decir que se realizan conexiones con asociaciones apropiadas y que la experiencia es empleada

constructivamente por el individuo y es integrado a un esquema cognitivo y emocional positivo. En esencia, lo que resulta útil es aprendido y almacenado con los sentimientos o emociones apropiadas y está disponible para ser usado en el futuro (Shapiro, 2004, p. 30). En relación a la función de la cognición en el método EMDR lo usamos para significar una creencia o una evaluación. Por lo tanto, la cognición representa la interpretación que el cliente realiza en el presente sobre su ser y no constituye una mera descripción (p.58) La cognición puede ser negativa o positiva. La cognición negativa conlleva una creencia de desvalorización de sí mismo, por ejemplo, la persona que dice: “No valgo para nada” o “soy mala persona”. La persona se percibe con esa creencia negativa que se instaló en su pensamiento y es extendido a sus emociones, imagen y sensaciones. Mientras que la cognición positiva es una creencia valorativa positiva que la persona tiene de sí mismo, como el percibirse: “Soy fuerte”, “Soy capaz”.

Este programa incluye la justificación del desarrollo de nueve sesiones, para el abordaje de los signos y síntomas de la ansiedad, depresión, estrés y autoestima en pacientes con trastorno adaptativo a su condición de internas del Hogar Santa Isabel; en las cuales se aplicaron técnicas con el objetivo que se adapten al lugar para poder adquirir las competencias correspondientes a sus edades de adolescentes.

3.14.5 Justificación.

Se justificó la elaboración de este programa para los síntomas emocionales que presentó un grupo de adolescentes internadas en el Hogar Santa Isabel, ya que Shapiro (2004), refiere que ... “el uso del método EMDR puede ser plenamente compatible con la mayor parte de las tendencias psicológicas” (p. 20), y lo recomienda ... “tanto para los propósitos de la investigación como de la práctica clínica, debe hacerse notar que el método EMDR constituye un enfoque complejo, que cuenta con una variedad de componentes que son considerados necesarios para lograr una efectividad plena” (p.28). “El modelo de Procesamiento Adaptativo de la Información establece que existe un sistema fisiológico innato que está diseñado para transformar la información perturbadora en una resolución adaptativa y en una integración psicológicamente sana” (p.54).

La inestabilidad emocional que presente una adolescente representará en gran medida una limitación para el logro de sus metas académicas, debido a que los procesos cognitivos básicos que requiere la actividad para procesar la información también se afectan. Esto significa que las personas que están en edades escolares requieren de un equilibrio emocional para un buen funcionamiento.

El objetivo posterior a la aplicación de las sesiones programadas, fue mejorar los síntomas emocionales y así lograr que las participantes comprendan sus estresores que uno de ellos fue el estar lejos de su familia y supervisado y mandado por personas que no tienen ningún grado de parentesco, pensar que no estaban allí porque no les interesaban a nadie, sino porque era una forma de lograr sus estudios y de superarse, por ende, se puede comprometer de forma significativa con su tratamiento.

Posterior a la aplicación de este tratamiento, se observaron mejorías significativas en las participantes, lo que permite recomendar las sesiones estructuradas a continuación.

3.14.6. Sesiones de tratamiento.

Se describen nueve sesiones (la primera es previa al tratamiento, 7 enfocadas al tratamiento y la última al cierre), las cuales buscan la reducción de los síntomas de ansiedad, depresión, estrés, autoestima del trastorno adaptativo de las adolescentes internadas en el Hogar Santa Isabel al aplicarle el tratamiento EMDR, para afrontar un estresor que no se puede cambiar, pero que con apoyo puede lograr adaptarse posterior a la participación activa en las siguientes sesiones:

SESIÓN INICIAL N° 1: PRESENTACIÓN Y PREPARACIÓN PARA LA TERAPIA.

Objetivos de la sesión inicial:

- Aplicar las escalas de valoración en su fase de pretest a las participantes del programa de terapia grupal.
- Incrementar el conocimiento de cada participante sobre el programa y la terapia grupal.

Objetivos del programa de terapia grupal

- Reducir la sintomatología ansiosa depresiva que aqueja a las adolescentes que participan en la terapia grupal.

Pasos de la sesión inicial.

- Presentación de la terapeuta.
- Presentación del grupo de participantes.
- Presentación de los objetivos de la sesión.
- Lineamientos del trabajo en grupo.
- Aclaración por la terapeuta de las normas de funcionamiento del programa.
- Comentarios de la terapeuta sobre la terapia (EMDR) que van a recibir.
- Aplicación de la entrevista clínica tanto a las adolescentes y la directora del centro en relación a cada caso.

- Aplicación del pretest (DASS-21, Escala de Autoestima de Rosenberg, escala de Inadaptación), a todas las adolescentes de la muestra.
- Establecer el plan de trabajo de la próxima sesión.

Resumen de sesión inicial: En esta sesión inicial de tratamiento presentamos la formalidad del tratamiento grupal y se les explica a las participantes las reglas de grupo centradas en la confidencialidad dentro del grupo, la participación activa y el respeto de la información que se comparta dentro del mismo. Se aplicó la entrevista, se aplicaron las pruebas y se les dio los resultados con las explicaciones conceptuales y operacionales de las variables identificadas,

Las participantes se mostraron comprometidas posterior a escuchar las explicaciones del tratamiento y los objetivos que se pretenden lograr en cada una de ellas.

PRIMERA SESION DE TRATAMIENTO

Objetivo:

- Identificar idoneidad para el tratamiento
- Identificar blancos para procesamiento de eventos positivos y negativos de la vida del paciente.

Sesión uno: Toma de historia

- Ejercicios de integración
- Hablemos de respiración.
- Hablemos con la adolescente.
 - a. Yo tengo
 - b. Yo hago
 - c. Yo pienso
 - d. Yo siento
 - e. Yo soy
 - f. Yo necesito
 - g. Yo deseo

Resumen: En esta sesión se trabajó la tensión que presentaban las adolescentes , se expresaron libremente sobre todo lo que les pasaba y lograron canalizar esos sufrimientos que les ataban, lograron comprender que las cosas que han vivido se deben al pasado, pero que no tienen ninguna culpa de esos acontecimientos de familia, eso les permitió conectar con el pasado y al mismo tiempo comprometerse con sus compromisos, con su rol y la importancia de adaptarse según la situación de cada una de ellas.

SEGUNDA SESION DE TRATAMIENTO

Objetivos:

- Preparar al paciente apropiadamente para reprocesamiento de blancos.
- Estabilizar e incrementar el acceso a afectos positivos.

Sesión dos: Preparación

- Apreciado diafragma: gracias por ser incansable
 - Trabajas 24 horas al día
 - Tensar – relajar

- 4 etapas de la relajación profunda
 - Inhalación: Simboliza el sentimiento de “sí mismo”, recibo y tengo mi propio lugar en el mundo.
 - Descanso con los pulmones llenos: Representa fuerza interior.
 - Exhalación: Simboliza el sentimiento del otro. Doy y dejo ir.
 - Descanso con los pulmones vacíos: Representa el silencio y confianza en mi propio cuerpo y en todo.

- Dibuja la respiración:
 - Siéntate en una silla cómoda: Coloca tus dos pies sólidamente en el piso. Observa la sensación de tus isquiones sobre el asiento de la silla. Reparte tu peso equilibradamente entre ellos. Date cuenta de cómo tu espalda se endereza sin ningún esfuerzo.
 - Por atención a la calidad de tu respiración tomando en cuenta lo siguiente:
 - Profundidad
 - Velocidad
 - Ritmo
 - Pausa en la inhalación y exhalación
 - Expansión y contracción del pecho
 - Visualiza lo que está pasando y haz un dibujo que lo represente.

- Si respiro sé que tengo cuerpo: “Al finalizar yo me llamo...y soy mi propia compañía”.
 - Delineo mi cuerpo
 - Observo: Poner un título
 - Pienso: ¿Qué idea surge?
 - Siento: ¿Qué siento?
- Mi cuerpo es evidencia de mi existencia.
 - Caja de textura y describir como se sienten.
- Puedo reconocermé a través de mis cinco sentidos.
- “Me reconozco, soy un guerrero”.

Resumen: En esta segunda las participantes se mostraron tranquilas y cooperadoras en cada fase de la respiración y en cada paso de interpretación de sus motivos por el cual existen, se pudo observar esa fluidez de cada una en su participación activa, en especial cuando ellas hacen uso de sus cinco sentidos para elevar su autoestima.

TERCERA SESIÓN DE TRATAMIENTO

Objetivos:

- Preparar al paciente apropiadamente para reprocesamiento de blancos.
- Estabilizar e incrementar el acceso a afectos positivos.

Sesión tres: Preparación

Preparación

- Soy un guerrero: Utiliza la postura de pies e imagina que eres un árbol...
Empieza a respirar suave y profundamente... tu cabeza erguida; tus pies

bien puestos en el suelo separados a la distancia de tus hombros; deja caer tus brazos a ambos lados de tu cuerpo... Observa.

- Eres un guerrero permaneces enraizado y contenido, flexible al viento y, sin embargo, estable... Observa.
 - Sigues respirando profundamente... Coloca tu mano derecha en tu vientre, debajo de tu ombligo y la izquierda sobre tu corazón... Toma una respiración profunda... Observa.
- Sentir es emocionante:
 - Mis emociones con colores primarios miedo, enojo, tristeza, alegría
 - Miedo: empieza con M de muy importante
 - Enojo: empieza con E de excelente
 - Tristeza: empieza con T de tener
 - Alegría: empieza con A de atención
 - Pensar también permite conocerme:
 - ¿Cómo me veo?
 - ¿Cómo me juzgo por lo que hago?
 - ¿Cuál es mi visión de futuro?
 - Explorar pensamientos:
 - Agradables de mí mismo
 - Agradables acerca de mi futuro

- Desagradables de mí mismo
- Desagradables de mi futuro
- Pensamiento acerca de lo que hago

Resumen: En esta oportunidad ellas reconocen que existen fuerzas internas que las moviliza y las vuelve poderosa para salir de toda perturbación emocional, se empoderan de sus pensamientos, sentimientos para actuar más centradas en ellas y reconocieron que no están solas que existen personas que les impulsan a seguir con sus metas dentro de su etapa del desarrollo.

CUARTA SESIÓN DE TRATAMIENTO

Objetivo: Preparar a las participantes para identificar esos pensamientos, sentimientos y acciones que les favorece, que les mueve a continuar.

Sesión cuatro: Preparación

- Mis recursos, fortalezas, habilidades, destrezas, cualidades.
 - Recursos: ¿A qué recurro cuando necesito o quiero algo?
 - Fortaleza: ¿En qué momento me he sentido con la energía de que me permito hacer cosas que requieren esfuerzo?
 - Habilidades: ¿En qué actividades demuestro mi capacidad de ser ingenioso?
 - Destreza: ¿Cómo sé que algo se me facilita, porque lo hago con pericia?
 - Cualidades: Atributos, dones, virtudes
- Ahora yo soy...

- Mis espacios abiertos favoritos
 - Mis espacios cerrados favoritos
 - Mis cosas favoritas
 - Mis personajes favoritos
- Atención plena
 - Cuando estoy enojado: Al inhalar “sé que estoy enojado”; al exhalar “sé que es mi enojo” ... Al inhalar “observo mi enojo”; al exhalar observo “que me dice mi enojo”.
 - Practico con una pasita.

Resumen: En esta sesión las participantes se prepararon para comprender lo que pasa en su interior y cómo lo expulsan al exterior en cada dinámica en su participación activa, identificar sus emociones y aprender a manejarlas es un reto para cada una de ellas.

QUINTA SESIÓN DE TRATAMIENTO

Objetivos:

- Reconocer, validar y normalizar los signos y síntomas.
- Ayudar a verbalizar las memorias traumáticas y responder a las necesidades que surgen

Sesión cinco

Abrazo de la mariposa

¿Quieren aprender a hacer un ejercicio que les va ayudar a sentirse mejor?

Por favor obsérvense y hagan lo mismo que yo haga. Crucen sus brazos sobre el pecho y con las yemas de los dedos de cada mano, toque el área que está bajo la clavícula. Las manos y los dedos deben estar lo más verticales que puedan. Los dedos deben ir en dirección al cuello y no hacia los brazos. Una vez hecho esto, pueden cruzar los pulgares formando el cuerpo y las antenas de una mariposa y la extensión de sus otros dedos hacia afuera formaran las alas de la mariposa.

Respiren lenta y profundamente (TRA), mientras observan que está pasando por su mente y su cuerpo (pensamiento, imágenes, sonido, olores, sentimiento, sensaciones físicas). Sin cambiarlo, sin juzgarlo o que hacer que se desaparezca. Pueden imaginar que lo que están observando, son como nubes en el cielo que van pasando.

Lugar seguro

Ahora cierren sus ojos y usen su imaginación para ir a un lugar donde se sientan seguros o tranquilos... ¿Quieren compartir que imágenes, colores, cosas, sonidos, olores, temperatura, observaron en su lugar seguro?

Ahora saquen papel crayón y dibujen ese lugar seguro o tranquilo que imaginaron. Cuando terminen, por favor hagan el abrazo de la mariposa mientras observan el dibujo.

Normalizar las reacciones

“Por favor levanten sus manos los que han tenido problemas para dormir, o los que tienen miedo, o los que se sienten tristes, si algunos tienen pesadillas, los que están enojados, o los que a menudo piensan o recuerdan eventos que vivieron”.

“Es normal que ustedes se sientan así. Ustedes son adolescentes normales que han vivido experiencias muy difíciles. Y, por eso, es totalmente normal que sus sentimientos sean distintos a los sentimientos de sus amigos o de otros; así pues, cada persona experimenta y siente las cosas de una forma diferente, y eso es normal y está bien”.

ESCALA SUDS

- Se muestran caritas que representan la escala de SUDS de cero (0) a diez (10), donde 0 significa ninguna perturbación o neutral y diez (10) significa máxima perturbación que puedan sentir.
- Ejemplificar del 0 al 10.
- Entregar hoja de papel en blanco.
 - Indica que escriban su nombre y su edad en la parte superior izquierda de la hoja.
 - Voltar la hoja del otro lado y dibuje una línea vertical y una línea horizontal para dividir la hoja en cuatro partes iguales.
 - Ahora se nombran cada una de las partes con las letras A, B, C, D.
 - Se escribirán muy pequeñitas en la esquina superior izquierda de cada sección.

Resumen: En esta sesión las participantes se lograron consentir y aprender nuevos recursos para seguir afrontando su dolor por esos acontecimientos de familia, que en la sesión uno logró comprender que no tenía culpas, que estaban cargando pesos que no eran necesario.

SEXTA SESIÓN DE TRATAMIENTO

FASE DE EVALUACIÓN

Objetivo:

- Acceder al blanco para procesamiento EMDR, estimulando aspectos primarios de recuerdos.

Sesión Seis

- “Cierren bien sus ojos, y escojan el recuerdo que mejor represente todas las experiencias difíciles que han vivido”. (cluster)
- “Lleven eso que surgió a su cabeza, a su cuello, a su brazo, a su mano, a sus dedos, al crayón y ahora abran sus ojos y dibújenlo en la hoja con la letra A.
- Se les muestra la cara para que representen la escala de SUD. Y se les invita a escribirlo en la parte inferior derecha de este cuadro con la letra A.

Fase de desensibilizaciones

- “Se les invita a poner el crayón a un lado y a que hagan el abrazo de la mariposa mientras cada uno observa su propio dibujo”. (3 min aprox.)

- “Ahora observen como se sienten y dibujen eso en el cuadro B, relacionado con lo que les sucedió.”
- Se les invita a mirar las caritas otra vez. “Observen el dibujo y la emoción que les causa y el número que corresponda a esa emoción (SUD) y, por favor, escríbanlo en la esquina inferior derecha de este cuadro con la letra B.

Luego que se escribe el número:

- Se les indica volver a dejar los crayones a un lado y a que realicen el abrazo de la mariposa mientras cada quien observa su propio dibujo. (3 min aprox.).
- “Ahora observen como se sienten y dibujen eso en el cuadro C, relacionado con lo que les sucedió.”
- Una vez más se les invita a mirar las caritas otra vez. “Observen el dibujo y la emoción que les causa y el número que corresponda a esa emoción (SUD) y, por favor, escríbanlo en la esquina inferior derecha de este cuadro con la letra C.

Luego que se escribe el número:

- Se les indica volver a dejar los crayones a un lado y a que realicen el abrazo de la mariposa mientras cada quien observa su propio dibujo. (3 min aprox.).
- “Ahora observen como se sienten y dibujen eso en el cuadro D, relacionado con lo que les sucedió.”

- Una vez más se les invitan a mirar las caritas otra vez. “Observen el dibujo y la emoción que les causa y el número que corresponda a esa emoción (SUD) y, por favor, escríbanlo en la esquina inferior derecha de este cuadro con la letra D.

Culminado los 4 cuadros:

- Se les indica volver a dejar los crayones a un lado y a que realicen el abrazo de la mariposa mientras cada quien observa su propio dibujo. (3 min aprox.)
- “Observen detenidamente el dibujo que más les perturbó. Y al reverso de su hoja, justo donde escribieron su nombre completo y su edad; escriban el número que le corresponda a como se sienten ahora respecto a ese dibujo (SUD). Escríbanlo en la esquina superior derecha de la hoja.”

Fase 5: Visión a futuro

- “Ahora dibujen como se ven así mismo en un futuro”.
- “Escriban una palabra, una frase u una oración que explique lo que dibujaron”.
- “Observen su dibujo y lo que escribieron y hagan el abrazo de la mariposa”.

Fase 6: Chequeo corporal

Indicaciones: “Recuerden el evento, cierren sus ojos y observen su cuerpo desde la cabeza a los pies. Y ya sea que sientan alguna sensación agradable o desagradable; hagan el abrazo de la mariposa. Informar al terapeuta.

Fase 7: Cierre

Indicaciones: “Ahora vayan a su lugar seguro usando el abrazo del a mariposa”. “Respiren profundamente tres veces, ahora abran sus ojos.”

Resumen: En esta fase se logró que las participantes no solo se enfocaran en el pasado, en el presente, si no también con su futuro, este apartado les permitió reconocer que sanar el interior logra conectar con el exterior y en ese sentido hacer el compromiso de sentirse bien con ellas para poder continuar con sus metas.

SEPTIMA, OCTAVA Y NOVENA SESIÓN DE TRATAMIENTO

Fase 8

Objetivos:

- Evaluar los efectos del tratamiento.
- Explorar qué ha surgido desde la última sesión.

4 etapas de la relajación profunda:

- Inhalación: Simboliza el sentimiento de “sí mismo”; recibo y tengo mi propio lugar en mundo.
 - Descanso con los pulmones llenos: Representa fuerza interior
 - Exhalación: simboliza el sentimiento del otro. Doy y dejo ir.
 - Descanso con los pulmones vacíos: Representa el silencio y confianza en mi propio cuerpo y en todo.
- Se realiza actividades de protocolo seis.

Resumen: En estas últimas sesiones se logra reforzar los recursos aprendidos, revisan su autoestima, su estado actual, que la vida relajada fluye, que un cerebro descansado, tranquilo puede adaptarse con facilidad a los cambios que les corresponde vivir en esta nueva fase de sus vidas. Resaltando la importancia del valor de cada una, de la valentía de ir a un lugar donde no hay consanguinidad, pero si se fomenta la afectividad para seguir.

3.15. Local para el tratamiento

Las sesiones de tratamiento se llevaron a cabo en el aula de estudio de Hogar Santa Isabel en Santiago de Veraguas. El mismo cuenta con ventilación, buena iluminación y suficiente espacio para trabajar con el grupo de las adolescentes.

3.16. Limitaciones

- Las limitaciones más importantes que se presentaron son las relacionadas con el diseño de investigación preexperimental (pretest y posttest de un solo grupo): el hecho de trabajar con un solo grupo y no aleatorio afecta la validez interna y, principalmente, externa de la investigación, lo cual implica que los resultados sean válidos únicamente para los sujetos en estudio.
- Dificultad en culminar en dos horas las sesiones por tema de programación del aula y de las mismas actividades diarias de las adolescentes.
- Limitación en la historia clínica de las adolescentes, pues no se logra realizar entrevista a familiares cercanos por temas legales y de la misma institución.

CAPÍTULO 4

ANÁLISIS DE RESULTADOS

4.1. Datos generales de la muestra

Se presentan datos de las edades de las participantes.

Cuadro N^o1.

Rango de edades de la muestra de adolescentes con trastorno adaptativo mixto de las emociones y la conducta

Rango de edades	Cantidad de sujetos por rango de edad	Porcentaje %
12 años	1	10
13 años	2	20
14 años	3	30
15 años	2	20
16 años	2	20
Total	10	100

Fuente: Datos obtenidos de la entrevista a participantes.

Se observó que la muestra distribuida según el rango de edad de las adolescentes que tienen 12 años representa 10%, las de 13 el 20%, 14 con el 30%, 15 y 16 es de 20% cada una. Indica que la muestra fue homogénea.

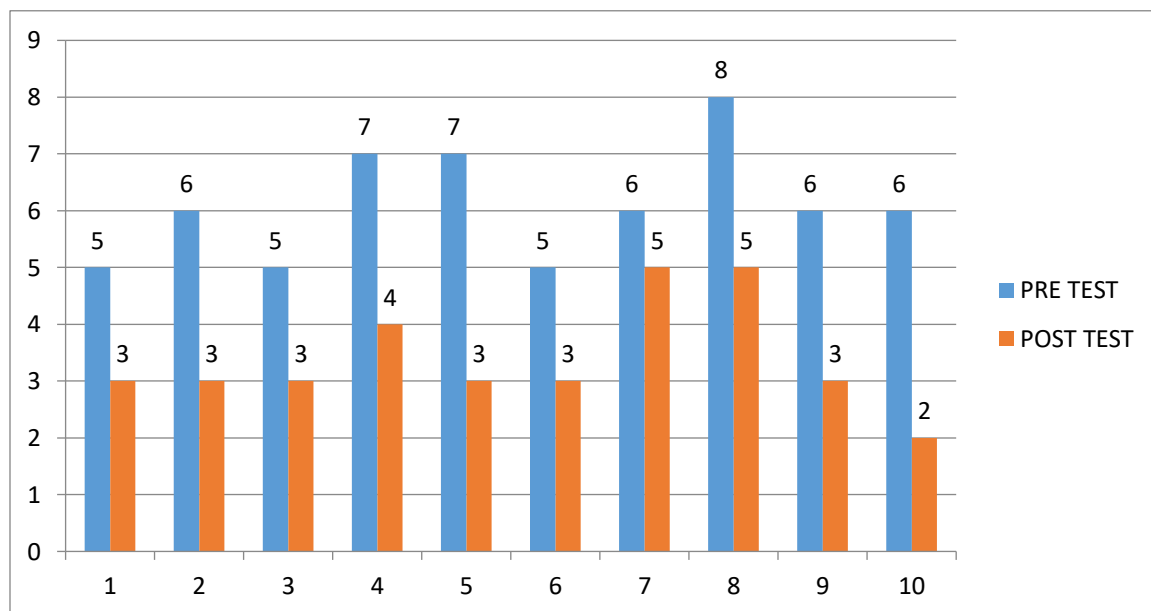
4.2. Presentación y análisis descriptivo y comparativo de los resultados

Se realizó el análisis descriptivo de los resultados de la investigación a través de gráficos y cuadros porcentuales con el programa Excel.

4.2.1. Ansiedad

Gráfica N° 1.

Comparación de grupo según las puntuaciones en la escala de ansiedad en las adolescentes en el pretest y postest.



Fuente: Elaborado de datos obtenidos en la Escala DASS-21.

Se observan variaciones según las respuestas de las participantes en la totalidad de la muestra en esta gráfica y en los porcentajes de cuadro 2.

Cuadro N°2

Porcentajes por puntajes en escala de ansiedad de las adolescentes

Pre test		Post test	
Puntuación	Porcentaje (%)	Puntuación	Porcentaje (%)
5	30	2	10
6	40	3	60
7	20	4	10
8	10	5	20

Observamos en la gráfica que las puntuaciones del pretest se mantienen en un rango de 5 a 8 puntos, lo que indica que todas las adolescentes mantienen un nivel de ansiedad moderado, excepto la N°8 que representa el 10% de la muestra y se mantiene en un rango de ansiedad severa. Al aplicar el post test se observa que el rango de puntuación disminuye permaneciendo entre 2 y 5 puntos, donde el 60% de la muestra tiene una puntuación de 3 y todas se mantienen en un rango de depresión leve. Es importante resaltar que ninguna adolescente reporta ausencia de ansiedad.

Cuadro N° 3

Prueba estadística para muestras relacionadas en la escala de ansiedad de las adolescentes.

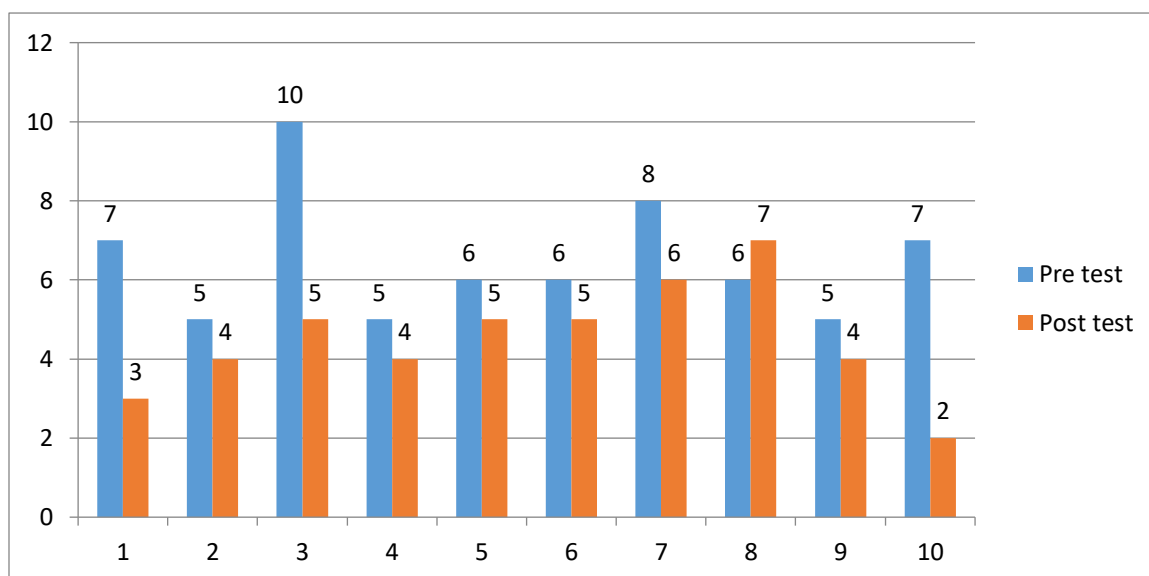
Pruebas t para medias de una muestra antes y después		
	Pretest	Postest
Media	6.10	3.40
Varianza	0.989	0.933
Observaciones	10	10
Grados de libertad	9	
Estadístico t	9.000	
Valor crítico de t (una cola)	1.8946	

La t calculada es de 9.000 y es mayor que la t_c de 1.8946, por tanto, estos resultados indican que existe evidencia estadística para rechazar la hipótesis nula y se considera que la hipótesis alterna de investigación es cierta, es decir, que el nivel de ansiedad de las adolescentes después de la intervención es menor.

2.2. Depresión

Gráfica n°2

Comparación de grupo según las puntuaciones en la escala de depresión en las adolescentes en el pretest y postest.



Cuadro N° 4

Porcentajes por puntajes en escala de depresión de las adolescentes

Pretest		Postest	
Puntuación	Porcentaje (%)	Puntuación	Porcentaje (%)
5	30	2	10
6	30	3	10
7	20	4	30
8	10	5	30
10	10	6	10
		7	10

Se observó en la gráfica de las puntuaciones del pretest que el 60 % de la muestra se mantiene con una puntuación descrita como depresión leve y un 40%, como depresión moderada. En el postest se observa que el 90% de las adolescentes disminuyen su puntaje, que, aunque no es ausente, se establece como depresión leve y un (10%) se mantiene en depresión moderada.

Cuadro N° 5

Prueba estadística para muestras relacionadas en la escala de depresión de las adolescentes

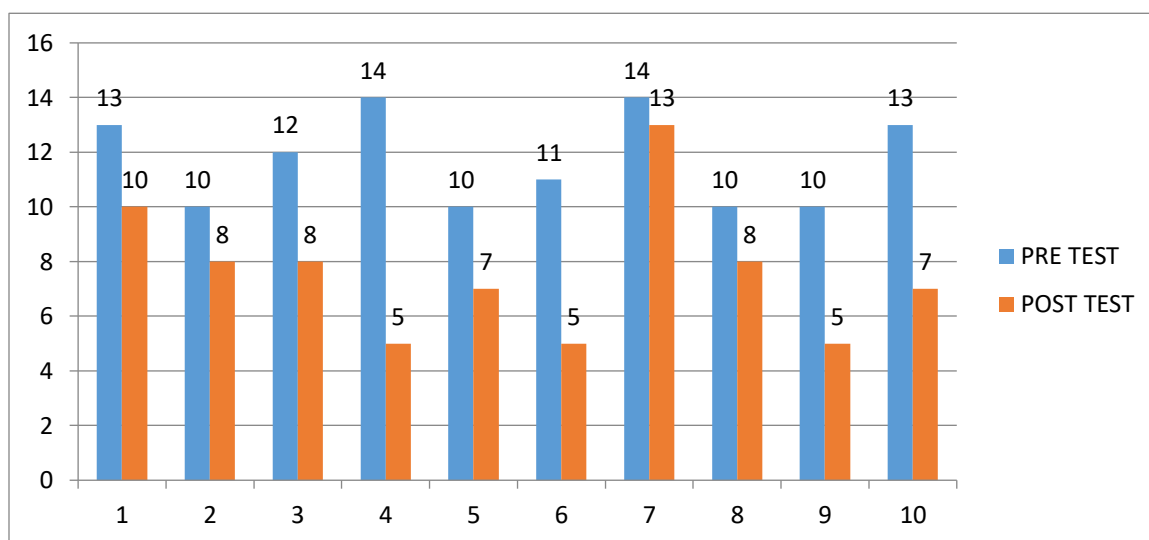
Pruebas t para medias de una muestra antes y después		
	Pretest	Postest
Media	6.5	4.5
Varianza	2.5	2.056
Observaciones	10	10
Grados de libertad	9	
Estadístico t	3.162	
Valor crítico de t (una cola)	1.8946	

La t calculada es de 3.162 y es mayor que la t_c , de 1.8946, lo que indica que hay evidencia estadística para rechazar la hipótesis nula y aceptar la hipótesis de investigación, es decir, que los niveles de depresión en las adolescentes después del tratamiento disminuyeron.

4.2.3. Estrés

Gráfica n°3

Comparación de grupo según las puntuaciones de la escala de estrés en las adolescentes en el pretest y postest.



Cuadro N° 6

Porcentajes por puntajes en escala de estrés de las adolescentes

Pre test		Post test	
Puntuación	Porcentaje (%)	Puntuación	Porcentaje (%)
10	40	5	30
11	10	7	20
12	10	8	30
13	20	10	10
14	20	13	10

Observamos en la gráfica que las puntuaciones en el pretest se mantienen entre 10 y 14 puntos, lo que se establece como estrés moderado y estrés severo, colocándose el mayor porcentaje (60%), en estrés moderado y el 40% en estrés severo. En el postest el

80% de las puntuaciones se colocan en estrés leve y el 20%, que representa a dos adolescentes se mantiene en un nivel de estrés moderado y severo. En la gráfica se observa que es la N^o 7 la que se mantiene en el mismo rango de clasificación.

Cuadro N^o 7

Prueba estadística para muestras relacionadas en la escala de estrés de las adolescentes

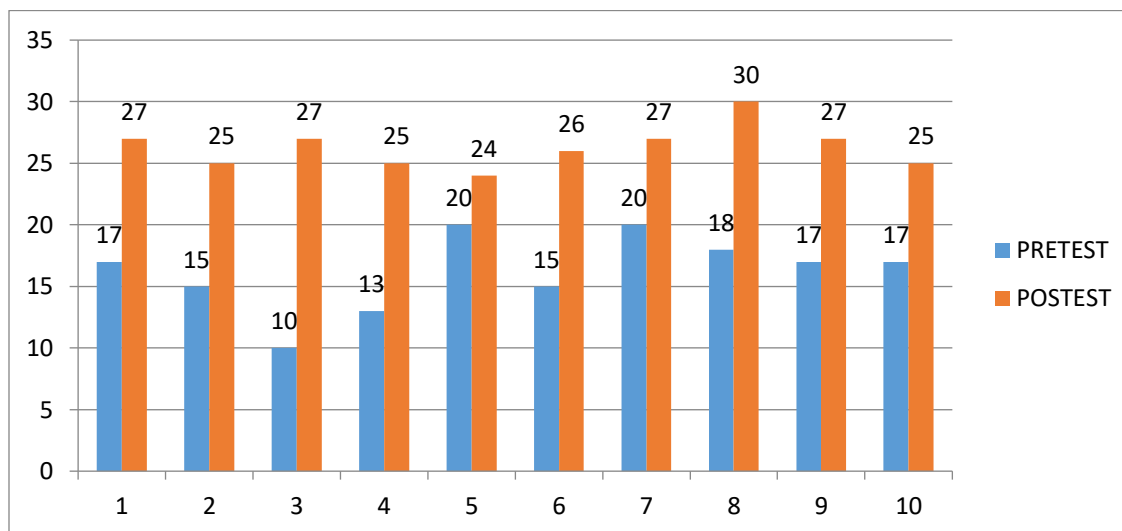
Pruebas t para medias de una muestra antes y después		
	Pretest	Posttest
Media	11.70	7.60
Varianza	2.9	6.267
Observaciones	10	10
Grados de libertad	9	
Estadístico t	5.348	
Valor crítico de t (una cola)	1.8946	

La t calculada es de 5.348 y es mayor que la t_c de 1.8946, lo que indica que hay evidencia estadística para rechazar la hipótesis nula y aceptar la hipótesis de investigación que indica que los niveles de estrés que presentan las adolescentes serán menores después del tratamiento dado.

4.2.4. Autoestima

Gráfica N°4

comparación de grupo según las puntuaciones de la escala de autoestima en las adolescentes en el pretest y postest.



Cuadro N°8

Porcentajes de puntajes en escala de autoestima de las adolescentes

Pre test		Post test	
Puntuación	Porcentaje (%)	Puntuación	Porcentaje (%)
10	10	24	10
13	10	25	30
15	20	26	10
17	30	27	40
18	10	30	10
20	20		

Observamos en la gráfica que las puntuaciones más altas y bajas están en el rango de 10 a 20 en el pretest, lo que indica que se mantienen en un rango bajo el 100% de los casos. En el postest las puntuaciones varían en un rango de 24 a 30 puntos, donde el 40% se describe como bajo aún (tres casos) y el 60% mejora, pero se mantiene en un rango medio y un 10% (un caso) mejora manteniéndose en alta.

Cuadro N° 9

Prueba estadística para muestras relacionadas en la escala de autoestima de las adolescentes

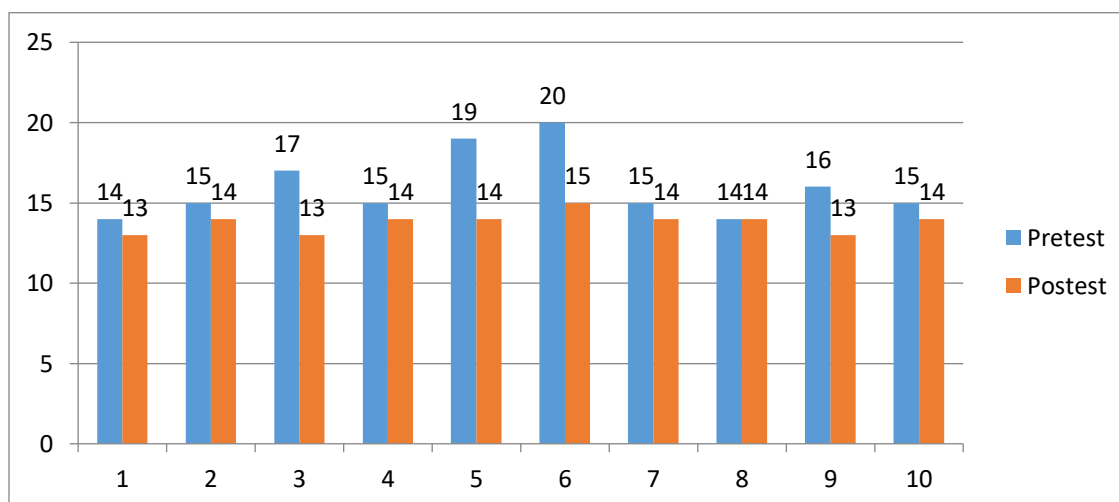
Pruebas t para medias de una muestra antes y después		
	Pretest	Postest
Media	16.2	26.3
Varianza	9.5	2.9
Observaciones	10	10
Grados de libertad	9	
Estadístico t	-9.267	
Valor crítico de t (una cola)	1.8946	

La t calculada es de -9.267 (se trabaja con el valor absoluto) siendo menor que la t_c de 1.8946, por tanto, el resultado indica que hay evidencia estadística para rechazar la hipótesis nula y aceptar la hipótesis de investigación, indicando que el nivel de autoestima de las adolescentes es mayor después de la aplicación de la terapia.

4.2.5. Inadaptación

Gráfica n°5

Comparación de grupo según las puntuaciones de la escala de inadaptación en las adolescentes en el pretest y post test



Cuadro N°10

Porcentajes de puntajes en escala de inadaptación de las adolescentes

Pre test		Post test	
Puntuación	Porcentaje (%)	Puntuación	Porcentaje (%)
14	20	13	30
15	40	14	60
16	10	15	10
17	10		
19	10		
20	10		

Observamos en la gráfica que, en el pretest, utilizando el punto de corte que sugiere la teoría de 12, el 100 % de los casos está sobre el puntaje. Una vez aplicado el posttest, estos puntajes se mantienen sobre punto de corte, sin embargo, se puede observar que

disminuyen siendo 14 (60%) el mayor puntaje dado, seguido de 30% con un puntaje de 13. Ambos más cercanos al punto de corte que se sugiere.

Cuadro N°11

Prueba estadística para muestras relacionadas en la escala de inadaptación de las adolescentes

Pruebas t para medias de una muestra antes y después		
	Pretest	Posttest
Media	16.00	13.80
Varianza	4.222	0.400
Observaciones	10	10
Grados de libertad	9	
Estadístico t	3.713	
Valor crítico de t (una cola)	1.8946	

La t calculada es de 3.713 y es mayor que la t_c de 1.8946, por tanto, estos resultados sugieren que hay evidencia estadística para rechazar la hipótesis nula, y se considera que la hipótesis alterna de investigación es cierta. Así pues, el nivel de inadaptación es menor en las adolescentes después del tratamiento.

4.3. Análisis integrativo de los resultados

La intervención terapéutica tuvo beneficios para las adolescentes participantes en los síntomas relacionados con el trastorno de adaptación con alteraciones mixtas de las emociones y la conducta, tales como ansiedad, depresión, estrés, autoestima e inadaptación. Al iniciar la etapa de evaluaciones, se pudo evidenciar la apertura que mantuvieron las adolescentes a la misma, así como el interés en poder mantener una

estabilidad emocional, cada una manifestaba sus situaciones y experiencias vividas y como estas interferían, actualmente, en su vida, pues no sentían tener los recursos adecuados para afrontarlas.

Los cambios manifestados al momento de aplicar el postest, se considera son producto de la intervención terapéutica integrativa grupal EMDR, pues las adolescentes no habían recibido tratamiento psicológico desde su integración al Hogar Santa Isabel. Dentro del proceso de terapia, el mayor porcentaje se dio en dotarles de herramientas para poder afrontar aquellos recuerdos que se solicitan evocar y que para ellas representaban sentimiento de tristeza, enojo, miedo, etc. Se considera que estas herramientas fueron utilizadas por ellas en otras situaciones cotidianas de su vida que les generan algún sentimiento desagradable.

En cuanto a los resultados generales de estabilidad emocional (evaluada a través de síntomas de depresión, ansiedad y estrés), autoestima y adaptación, la terapia influye de forma positiva en los síntomas. Se considera que, al mantenernos en varias sesiones en la fase de preparación, se puede dotar de muchas herramientas a las adolescentes y mejorar su interacción con el medio. Además, se logra, de forma positiva, el objetivo de acceso a esas experiencias almacenadas de forma disfuncional y trabajar para que estas redes de memoria aisladas se ligen y asimilen con redes de memoria adaptativas que son más grandes, produciendo así, según las bases de la terapia, una transmutación a nivel neurobiológico de esa red de memoria.

Las adolescentes pudieron producir insight y lograr cambios positivos en las respuestas emocionales y conductuales, así como la aplicación del nuevo aprendizaje en el contexto de la vida cotidiana ya sea para afrontar el estrés, entre otras. El utilizar terapia de forma grupal nos aporta gran ayuda, partiendo de que ellas tienen muchas situaciones en común, por lo cual están siendo apoyadas; también logran un mayor nivel de interacción, lo que se observa luego de la tercera sesión, al realizar las actividades de forma más extrovertida y menos aprensiva.

Al iniciar las sesiones, las adolescentes manifestaban un poco de temor por desconocer cuáles eran las actividades que se realizarían y al tener sesiones de preparación relacionadas a control de respiración, reconocimiento de emociones, entre otros. Fue de gran apoyo para trabajar esos niveles de defensa que, normalmente, desarrollan los adolescentes al abordar temas susceptibles para ellos. Luego en la reprocesamiento el trabajar con dibujos, donde ellas no tendrían que hablar de sus dificultades, se consideró otro elemento que ayudó a que se integraran y dejaran que actuara en ellas la intervención.

Se considera, entonces, que al trabajar en red o redes de memoria aisladas a través de reprocesamiento, se logra que se ligen a sus redes de memoria adaptativa, utilizando los recursos proporcionados, y aportando de manera positiva a los síntomas que ellas manifestaban, pues aunque no se logra que los síntomas desaparezcan sus niveles e intensidad, sí consideramos que está relacionado con las situaciones específicas de cada una y que, posteriormente, necesitarían intervenciones a nivel individual en aquellos casos que así lo ameriten.

CONCLUSIONES

Sobre el análisis de los resultados que se obtuvo en la investigación realizada se concluye lo siguiente:

1. Los resultados estadísticos de la muestra marcan una diferencia de media que indica una variación significativa en los resultados del pretest y el posttest, tanto en los síntomas de ansiedad, depresión, estrés, autoestima e inadaptación, lo que indica que el tratamiento fue efectivo para disminuir la sintomatología en la muestra de adolescentes con trastorno de adaptación con alteraciones mixtas de las emociones y la conducta. Tal como refiere la Shapiro (1995), que su objetivo de terapia se enfoca en mejorar los síntomas de adaptación para fluir en el medio.
2. Las adolescentes lograron ligar aquellas redes de memoria almacenadas de forma inadaptativa y aisladas a aquellas redes de memoria más grandes que son adaptativas o positivas. Este logro fundamenta la hipótesis de investigación, validando la terapia EMDR.
3. Las adolescentes, basadas en estos datos, lograron mejorar aquellos síntomas, utilizando los recursos positivos que ellas ya tenían y aquellos que le fueron instaurados en la fase de preparación, de modo que en su vida diaria también fueran de utilidad.
4. La mayoría de las adolescentes, aunque disminuyen de forma significativa los síntomas, no logran obtener puntajes que señalen la no presencia de estos, lo cual podría estar relacionado con que, por sus situaciones de institucionalización, no se pudo lograr trabajar con sus familiares o realizar algún cambio en su entorno.

5. Está claro que el diseño de investigación utilizado se ve amenazado por la falta de validez, sobre todo externa. Por consiguiente, los resultados de esta investigación son válidos exclusivamente para la muestra con la que se trabajó, de tal forma que los resultados no pueden ni deben extrapolarse a otras poblaciones.

6. Por último, consideramos que los resultados obtenidos en esta investigación son positivos y significativos, por lo que se considera importante continuar realizando investigaciones dirigidas a optimizar los tratamientos integrativos EMDR grupal y/o individual en poblaciones adolescentes.

RECOMENDACIONES

Considerando los elementos necesarios para culminar este estudio de investigación, como lo son los resultados obtenidos, las limitaciones y las conclusiones a las que se ha llegado en esta investigación, se recomienda que:

1. Al encontrar hallazgos positivos en la investigación realizada para las adolescentes tratadas, es recomendable que se repita la experiencia con otros adolescentes, tal vez haciendo algunas adaptaciones como utilizar otro diseño de investigación que nos permita tener mayor validez y rigor científico, con el objetivo de extrapolar los resultados que se obtengan a otras poblaciones.
2. Que se extienda esta terapia a poblaciones infantiles institucionalizadas, para trabajar las posibles situaciones que, aunadas a las ya existentes, contribuyan al desarrollo de psicopatologías, trabajando inicialmente con la instalación recursos.
3. Se deben implementar e incrementar programas que contemplen la utilización de la terapia integrativa EMDR, tanto individual como grupal, en las unidades de salud, sobre todo con pacientes adolescentes de consulta externa, con el ánimo de disminuir las estadísticas que manifiestan la incidencia marcada de diagnósticos de trastornos relacionados con traumas o factores de estrés.

4. Que continúen desarrollándose investigaciones en terapia integrativa EMDR que lleven a ampliar sus resultados en la población adolescente, de manera que se convierta en una herramienta eficaz y eficiente que permita obtener los resultados de mayor beneficio, tanto para los pacientes como para los terapeutas.

Referencias

LIBROS

- Belloch, A., Sandin, B., & Ramos, F. (2009). *Manual de Psicología* (Vol. II). España: Editorial McGraw-Hill.
- Bunge, G. y. (2009). *Terapia cognitiva con niños y adolescente. Aportes técnicos*. Editorial AKADIA.
- Elkin, D. (1999). *Psiquiatría clínica*. México: McGraw-Hill Interamericana.
- Friedberg, R., & McClure, J. (2015). *Práctica clínica de la terapia cognitiva con niños y adolescentes*. España: Guilford Press.
- Hernández Sampieri, R., Fernández, C., & Baptista, P. (1998). *Metodología de la investigación* (2da ed.). México: McGraw - Hill Interamericana.
- Lazarus, R. (2000). *Estrés y emoción: manejo e implicaciones en nuestra salud*. Bilbao: Declée De Browen.
- Rice, P. (2000). *Adolescencia: Desarrollo, relaciones y cultura*. Madrid: Prentice Hall.
- Santrock, J. (2004). *Psicología del desarrollo en la adolescencia* (9a ed.). México: McGraw - Hill Interamericana.
- Shapiro, F. (2001). *EMDR. Desensibilización y reprocesamiento por medio de movimientos oculares*. México: Pax Mexico.
- Shapiro, F. (2001). *Eyes Movement Desensitization and Reprocessing: basic principles, protocols and precedures* (2da ed.). Nueva York: Guilford Press.

REVISTAS

- Salud Pública. (2011). Estadística de población adolescente con depresión y ansiedad en Latinoamérica. *15*(1).
- Rojas Rodríguez, Marcela Psicoterapia de grupo con niños víctima de maltrato en un albergue de México D. F. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, vol. XXXVI, núm. 3, octubre, 2007, pp. 411-428 Asociación Colombiana de Psiquiatría Bogotá, D.C., Colombia. <https://www.redalyc.org/pdf/806/80636303.pdf>

ARTÍCULOS

- López G., P. (diciembre, 2011). *Revista de psiquiatría y salud mental. Revista de psiquiatría y salud mental*. Recuperado el 2018, de

<http://www.psiquiatria.com/documentos/ansiedad/8065/> Información sustraída en abril de 2012.

ENCICLOPEDIA

Enciclopedia Virtual Encarta (2010)

MANUALES

INTERNET

Acosta Hernández, M., Mancilla Percino, T., Correa Basurto, J., Saavedra Vélez, M., Ramos Morales, F., Cruz Sánchez, J., & Duran Niconoff, S. (2011). Depresión en la infancia y la adolescencia: enfermedad de nuestro tiempo. *Arch Neurocién*, 16(3). Recuperado el año 2018

Álvarez Zúñiga, M., Ramírez Jacobo, B., Silva Rodríguez, A., Coffin Cabrera, N., & Jiménez Rentería, M. (2009). La relación entre depresión y conflictos familiares en adolescentes. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy (en línea)*, 9 (Junio). Recuperado el 12 de diciembre de 2018, de <<http://www.redalyc.org/articulo.oa?ID=56012878005>>ISSN 1577-7057

Andreu Mateu, M. S. (2011). Un protocolo de tratamiento psicológico para los trastornos adaptativos apoyados por un sistema de realidad virtual: análisis de su eficacia a través de un estudio controlado. Tesis doctoral, Universitat Jaume, Facultad de Ciencias Humanas y Sociales. Obtenido de <http://www.tdx.cat/bistream/handle/10803/48514/sandreu.pdf?sequence=1>

Bathia, S., & Bathia, S. (2007). Depresión en niños y adolescentes. *American Family Physician*, 75(1), 73-80. Recuperado el año 2018

Berra Ruiz, E., Muñoz Maldonado, S., Vega Valero, C., Silva Rodríguez, A., & Gómez Escobar, G. (2014). Emociones, estrés y afrontamiento en adolescentes desde el modelo de Lazarus y Folkman. *Revista Intercontinental de Psicología y Educación (En línea)*, 16 (enero-junio). Recuperado el 12 de diciembre de 2018, de <<http://www.redalyc.org/articulo.oa?Id=80230114003>> ISSN0187-7690

Bruce D. Perry, MD, Ph.D.(2016). Estrés, Trauma y Trastornos de Estrés Post-traumático en los niños. <https://pilarviciiana.com/wp-content/uploads/2017/03/Estres-trauma-en-los-ninos.pdf>

Berrío García , N., & Mazo Zea, R. (marzo de 2012). Estrés académico. *Revista de Psicología Universidad de Antioquia*, 3(2), 55-82. Recuperado el 12 de diciembre de 2018, de <<http://aprendeonline.udea.edu.co/revistas/index.php/psicologia/article/view/11369/10646>>

- Fonseca Zampier, Ana María (2016). Aportes teóricos de Lo Disruptivo al EMDR con damnificados de catástrofes naturales en Brasil (2008 – 2011), tesis doctoral. Universidad del Salvador, disponible en: <https://racimo.usal.edu.ar/6378/1/P%C3%A1ginas%20desde5000256811-Aportes%20te%C3%B3ricos%20de%20Lo%20Disruptivo%20al%20EMDR.pdf>
- Malpica Maldonado, Alida Coromoto (2018). Técnicas para la dinámica de grupo. Departamento de Orientación. Facultad de Ciencias de la Educación, Universidad de Carabobo. 1ra Ed. Valencia, Venezuela. 208 p.; disponible en: <http://mriuc.bc.uc.edu.ve/bitstream/handle/123456789/8348/ISBN-9789802337187.pdf?sequence=3>
- Korman, Guido Pablo; Sarudiansky, Mercedes (2011). Modelos teóricos y clínicos para la conceptualización y tratamiento de la depresión Subjetividad y Procesos Cognitivos, vol. 15, núm. 1, 2011, pp. 119-145 Universidad de Ciencias Empresariales y Sociales Buenos Aires, Argentina. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/3396/339630257005.pdf>
- Ochoa, C., Sumalla, E., Maté, J., & Castejón, V. (2010). Psicoterapia positiva grupal en cáncer. Hacia una atención psicosocial integral del superviviente de cáncer. *Psicooncología*, 7(1), 7-34. Obtenido de <http://revistas.ucm.es/index.php/PSIC/rt/metadatos/15947/0>
- OMS. (2016). La inversión en el tratamiento de la depresión y la ansiedad tiene un rendimiento del 400%. Recuperado de: <https://www.who.int/es/news/item/13-04-2016-investing-in-treatment-for-depression-and-anxiety-leads-to-fourfold-return>
- Rodríguez Díaz, E. (2018). Técnicas de relajación en el paciente con ansiedad. XIX Congreso Virtual Internacional de Psiquiatría. *Técnicas de relajación en el paciente con ansiedad*. Sevilla. Obtenido de <https://psiquiatria.com/congresos/pdf/1-1-2018-23-pon3%20005.pdf>
- Román Mella, F., Vinet, E.V.; Alarcón Muñoz, A.M (2014). Escalas de Depresión, Ansiedad y Estrés (DASS-21): Adaptación y propiedades psicométricas en estudiantes secundarios de temuco Revista Argentina de Clínica Psicológica, vol. XXIII, núm. 2, agosto, 2014, pp. 179-190 Fundación Aiglé Buenos Aires, Argentina. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/2819/281943265009.pdf>
- Román, F., Santibañez, P., & Vinet, E. (2016). Uso de las Escalas de Depresión Ansiedad Estrés (DASS-21) como instrumento de tamizaje en jóvenes con problemas clínicos. *Acta de investigación psicológica*, 6(1), 2325-2336.
- www.Revibapst.com*. (s.f.). Obtenido de *www.Revibapst.com*.
- Tarragona, Oriols, María Jesús (2016). Historia de la victimización materna y su impacto sobre la salud mental de niños menores en entorno de violencia de pareja. Tesis doctoral <https://www.tdx.cat/bitstream/handle/10803/367456/mjto1de1.pdf?sequence=1>.

Vallejos, Beatriz (2015). Personalidad, afrontamiento y positividad en pacientes con trastorno adaptativo. Tesis doctoral, Universidad Nacional de Educación a Distancia Facultad de Psicología Departamento de Psicología de la Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológicos. Disponible en: http://62.204.194.45/fez/eserv/tesisuned:Psicologia-Bvallejo/VALLEJO_SANCHEZ_Beatriz.pdf

ANEXOS

Anexo N°1: Consentimiento informado***Consentimiento informado***

Yo, _____ identificada con cédula de identidad personal N° _____, certifico que, en uso de mis facultades mentales y de manera voluntaria, doy mi consentimiento para participar en esta investigación de la psicóloga y estudiante actual de maestría de la universidad de Panamá, quien me ha explicado el tema, los objetivos y los procedimientos que se llevarán en todo su desarrollo y como tutor encargado de las adolescentes autorizo para que participen si de igual forma ellas dan su asentimiento y firman este documento.

Firma: _____ Fecha: _____

Asentimiento informado

Yo, _____ identificada con el número de cédula de identidad personal N° _____, he sido informada del tema, los objetivos y los procedimientos que se llevarán a cabo en esta investigación y doy el asentimiento de participar de forma voluntaria en este trabajo que realiza la psicóloga Yarineth Aguilar par obtener su grado de maestría en Psicología clínica de la Universidad de Panamá.

Firma: _____ Fecha: _____.

Anexo N^o2: Entrevista utilizada.**ENTREVISTA PSICOLOGICA para NIÑOS Y ADOLESCENTES.***Amílcar Iván Valladares**Reg. 678.***I. DATOS GENERALES:**

1. Nombre: _____
2. Lugar y Fecha de Nacimiento: _____
3. Edad en años y meses: _____ sexo: _____
4. Dirección y teléfono: _____
5. Grado escolar: _____ Escuela: _____
6. Estado actual (motivo de consulta): _____

II. HISTORIA FAMILIAR:

1. Padre: _____ Edad: _____
Ocupación: _____
Adicciones: _____
Relaciones con el niño: estable, inestable, conflictiva, mucha, poca, ninguna comunicación.
2. Madre: _____ Edad: _____
Ocupación: _____
Adicciones: _____
Relaciones con el niño: estable, inestable, conflictiva, mucha, poca, ninguna comunicación.
3. Relaciones de pareja: buena, regular, mala, separados, divorciados, abandono total de un miembro.
Especificar razones: _____
4. Hermanos: sexo y edad: _____
Relaciones con el niño (cada hermano) estable, inestable, conflictiva, mucha, poca, ninguna comunicación.
5. Antecedentes familiares:
Médicos: _____
Psiquiátricos: _____
Tóxicos: _____
6. Reacción de los padres ante el problema del niño:

III. HISTORIA PERSONAL.

1. **Antecedentes:**
Embarazo: _____ hijo deseado: _____
Dificultades prenatales (médicas, intentos aborto, psicológicas): _____

Periodo perinatal: Parto: _____
 (normal), (anoxia), (cordón umbilical), (placenta), (malformación),
 (ictericia), (preclancia materna).

Peso al nacer: _____ talla al nacer: _____

Lactancia maternal hasta los _____ meses, con biberón
 hasta _____ meses.

Tipos de semisólidos introducidos: _____

Tipos de sólidos introducidos: _____

Problemas de alimentación al nacer y hasta el primer año:

Dificultades para dormir: _____

Reacciones del niño: tranquilo, inquieto.

Edad de gateo: _____ edad de ponerse en pie: _____

Edad al caminar: _____ Inicio del lenguaje: _____

Enfermedades médicas: _____

Hospitalizaciones y cirugías: _____

Problemas visoperceptivomotores: _____

2. **Antecedentes Escolares:**

Nivel escolar: _____ Índice académico: _____

Escuela: _____

¿Cómo fue el proceso de adaptación a la escuela?:

Problemas escolares (académicos), (conductuales): _____

¿Qué le gusta mas de la escuela?: _____

¿Qué no le gusta de la escuela?: _____

¿Cómo es con las tareas?: _____

¿Cómo maneja los útiles escolares?: _____

¿Qué problemas posee a nivel de lectura, escritura, cálculo?:

¿Cómo se relaciona con la maestra?: _____

¿Cómo se relaciona con los compañeros?: _____

3. **Aspectos de Socialización y afectivos:**

¿Hace amigos con facilidad? (comunicativo, poco comunicativo,
 participa en grupo, tendencia al aislamiento, pasivo, agresivo,
 dependiente, independiente).

¿De que edad son los niños con los que se relaciona?

¿Qué tipo de juegos realiza? _____

¿Qué hace con otros niños de su mismo sexo?: _____

¿Cómo se relaciona con los niños de otro sexo?: _____

¿Por qué cosas se pelea con otros niños?: _____

¿Qué lo hace feliz?: _____

¿Qué lo entristece?: _____

¿Qué lo enoja?: _____

¿Sobre que aspectos de la vida pregunta con mayor frecuencia?: _____

¿Qué tan bien se baña, se viste, come, duerme, en la actualidad? _____

4. Intereses y pasatiempos:

¿Qué le gusta hacer en su tiempo libre?: _____

¿Qué hace cuando está solo? _____

¿Qué no le gusta hacer? _____

¿Qué tipo de deportes le gustan? _____

¿Cuáles son sus juegos favoritos?, ¿Alguna vez a jugado al doctor, mamá y papá? _____

¿Qué programas de televisión mira? _____

5. Desarrollo Psicosexual:

Destete: _____ ¿Qué tipo de alimentos prefiere?: _____

¿Alguna vez ha dejado de alimentarse?: _____

Control anal: _____ vesical diurno: _____ Vesical nocturno: _____ técnica: _____

¿Qué reacciones posee ante la defecación? (asco, vergüenza, miedo, agrado, desagrado) _____

Succión del dedo: _____ Masturbación: _____

¿Con quien duerme?: _____

¿Alguna vez ha observado actos sexuales?: _____

¿Qué conocimientos tiene acerca de la sexualidad?

Información sexual adquirida y fuentes: _____

Preadolescencia y adolescencia:

Menarquia: _____ experiencia: _____

Polución: _____ experiencia: _____

¿Fue informado?: _____

Reacciones emocionales propias de la adolescencia:
(extrovertido, tímido, ansioso, voluntarioso, mal humorado, lábil).

Noviazgo: _____

Aceptación familiar o restricción familiar ante el noviazgo:

6. Síntomas Neuróticos:

Pesadillas: _____ Terrores nocturnos: _____

Sonambulismo: _____ Berrinches: _____

Regresiones: _____ Enuresis: _____

Encopresis: _____ Onicofagia: _____

Tricotilomanía: _____ problemas de lenguaje: _____

Tics: _____ Convulsiones: _____

Robo: _____ Mentira: _____

7. Castigos:

¿Quién es el responsable de la disciplina?:

¿Qué comportamientos le molestan del niño?

¿Qué tipo de castigos utiliza frecuentemente?

8. Observaciones finales:

Anexo N°3: Escala de Depresión, Ansiedad y Estrés-DASS-21.

ESCALA DE DEPRESIÓN, ANSIEDAD Y ESTRÉS - DASS-21.

Nombre: _____ Edad: _____ Fecha: _____

Por favor lea las siguientes afirmaciones y coloque un círculo alrededor de un número (0, 1, 2, 3) que indica cuánto esta afirmación le aplicó a usted durante la semana pasada. No hay respuestas correctas o incorrectas. No tome demasiado tiempo para contestar.

La escala de calificación es la siguiente:

- 0 No me aplicó
- 1 Me aplicó un poco, o durante parte del tiempo
- 2 Me aplicó bastante, o durante una buena parte del tiempo
- 3 Me aplicó mucho, o la mayor parte del tiempo

1. Me costó mucho relajarme.....	0	1	2	3
2. Me di cuenta que tenía la boca seca	0	1	2	3
3. No podía sentir ningún sentimiento positivo	0	1	2	3
4. Se me hizo difícil respirar	0	1	2	3
5. Se me hizo difícil tomar la iniciativa para hacer cosas	0	1	2	3
6. Reaccioné exageradamente en ciertas situaciones	0	1	2	3
7. Sentí que mis manos temblaban	0	1	2	3
8. Sentí que tenía muchos nervios	0	1	2	3
9. Estaba preocupado por situaciones en las cuales podía tener pánico o en las que podría hacer el ridículo	0	1	2	3
10. Sentí que no tenía nada por que vivir.....	0	1	2	3
11. Noté que me agitaba	0	1	2	3
12. Se me hizo difícil relajarme	0	1	2	3
13. Me sentí triste y deprimido	0	1	2	3
14. No toleré nada que no me permitiera continuar con lo que estaba haciendo	0	1	2	3
15. Sentí que estaba al punto de pánico	0	1	2	3
16. No me pude entusiasmar por nada	0	1	2	3
17. Sentí que valía muy poco como persona	0	1	2	3
18. Sentí que estaba muy irritable.....	0	1	2	3
19. Sentí los latidos de mi corazón a pesar de no haber hecho ningún esfuerzo físico.....	0	1	2	3
20. Tuve miedo sin razón	0	1	2	3
21. Sentí que la vida no tenía ningún sentido	0	1	2	3

Anexo N^o 4: Escala de autoestima de Rosenberg

NIVEL DE AUTOESTIMA. ESCALA DE ROSENBERG

Se trata de reflejar cómo sueles sentirte contigo mismo, por ejemplo, durante el último mes.

Lee la primera afirmación de la columna de la izquierda y, en las casillas de su derecha, rodea con un círculo el número que se halle debajo de la frase que expresa tu grado de acuerdo: muy de acuerdo, de acuerdo, en desacuerdo o muy en desacuerdo.

Haz lo mismo con todas las frases de la columna de la izquierda. Lee cada afirmación y, a su derecha, rodea con un círculo la casilla que indica tu grado de acuerdo.

	Muy de acuerdo	De acuerdo	En des-acuerdo	Muy en desacuerdo
Siento que soy digno/a de aprecio, al menos en igual medida que los demás	4	3	2	1
Estoy convencido/a de que tengo cualidades buenas	4	3	2	1
Soy capaz de hacer las cosas tan bien como la mayoría	4	3	2	1
Tengo una actitud positiva hacia mí mismo/a	4	3	2	1
En general, estoy satisfecho de mí mismo	4	3	2	1
Siento que no tengo mucho de lo que estar orgulloso/a	1	2	3	4
Me gustaría poder sentir más respeto por mí mismo/a	1	2	3	4
En general, tiendo a pensar que soy un/a fracasado/a	1	2	3	4
Hay veces en que realmente pienso que soy un inútil	1	2	3	4
A veces creo que no soy buena persona	1	2	3	4

Anexo N^o5: Escala de Inadaptación.

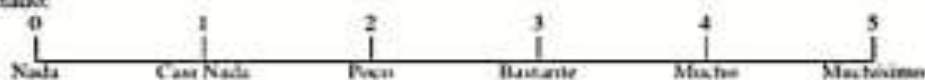
ESCALA DE INADAPTACIÓN

Nombre: _____ Fecha: _____ ID: _____

Rodee con un círculo el número que mejor describa su situación actual acerca de los aspectos de su vida cotidiana que se le señalan a continuación.

TRABAJO Y/O ESTUDIOS

A causa de mis problemas actuales, mi funcionamiento en el trabajo y/o en los estudios se ha visto afectado:



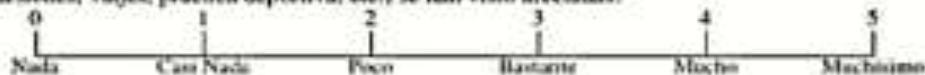
VIDA SOCIAL

A causa de mis problemas actuales, mi vida social habitual (relaciones de amistad con otras personas) se ha visto afectada:



TIEMPO LIBRE

A causa de mis problemas actuales, mis actividades habituales en los ratos libres (salidas, cenas, excursiones, viajes, práctica deportiva, etc.) se han visto afectadas:



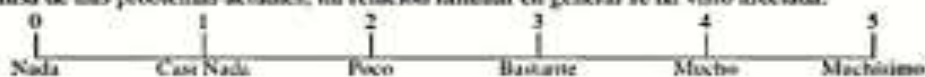
RELACION DE PAREJA

A causa de mis problemas actuales, mi relación de pareja (o la posibilidad de encontrarla) se ha visto afectada:



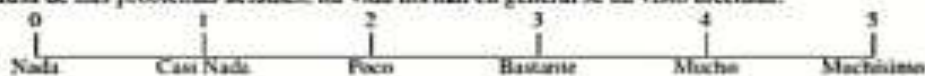
VIDA FAMILIAR

A causa de mis problemas actuales, mi relación familiar en general se ha visto afectada:



ESCALA GLOBAL

A causa de mis problemas actuales, mi vida normal en general se ha visto afectada:



Anexo N°6: Resumen de las entrevistas a las participantes

Participante 1

Adolescente de 12 años de edad, internada por situación de vivienda, cursa sexto grado de nivel primario, mantiene promedio regular y procedente de familia desintegrada. Refiere sentirse nerviosa en especial con actividades del colegio. A. S. D. es introvertida, poco expresiva y afectiva, ansiosa y frecuentemente se le observa triste y poco motivada a realizar las actividades cotidianas, duerme más de lo habitual y evita relacionarse con otros compañeros porque siente que sus habilidades son inferiores a la de sus compañeros de clases.

Hace 3 meses se autolesionó debido a la sintomatología ansiosa depresiva que presentaba.

Diagnóstico: F33.1, trastorno mixto ansioso depresivo.

Participante 2

Adolescente de 12 años de edad, internada por situación de vivienda, cursa séptimo grado de nivel secundario, mantiene promedio regular y procedente de familia desintegrada. Refiere que: «Desde los 9 años me he cortado en las manos porque ha sido para mí la forma de sentirme tranquila cuando tengo problemas con mis amigos, cuando mis papás me dicen que haga algo y no lo quiero hacer. Todos estos años me he sentido triste y no sé por qué, muchas veces me quedo acostada en la cama sin tener ganas de levantarme o de estudiar. A veces siento un temor intenso, las manos se me ponen frías cuando tengo que hacer un ejercicio. En primaria era cuadro de honor, pero ahora me siento tan mal porque mis notas son bajas y porque no puedo volver a ser la misma chica que era en ese tiempo».

K. E. M. es sociable, sin embargo, se observa ansiosa y triste por no poder recuperar las calificaciones que obtuvo en años anteriores. Suele llorar con frecuencia debido a que

se siente inferior a sus compañeras de clases y, aunque refiere estar orgullosa de su hermano, piensa que nunca podrá ser tan buena e inteligente como él.

Al inicio del año académico se autolesionó en las muñecas debido al manejo inadecuado de sus emociones con respecto a la ansiedad y depresión que le generaba el no poder obtener las calificaciones deseadas.

Diagnóstico: F33.1, trastorno mixto ansioso depresivo

Participante 3

Adolescente de 13 años de edad, internada por situación de protección, cursa séptimo grado de nivel secundario, mantiene promedio regular y procedente de familia desintegrada. Refiere que: «Desde que mi papá tuvo problemas con la ley, yo me siento muy triste, sola, pienso mucho en que él no está conmigo y yo lo extraño tanto... Mi mamá trabaja en Panamá y también me hace mucha falta. Hay veces que siento un temor, pienso que algo malo les pueda pasar y yo no pueda hacer nada. Mi primera autolesión fue a inicios de este año porque mis amigas me dijeron que eso me ayudaría a sentirme mejor y a olvidar mis problemas, pero no fue así, al principio funcionaba pero ya después sentía que mi corazón latía fuerte, me sentía tensa y comencé a usar pulseras para tapar las heridas y por momentos me sentía triste y en otros momentos tenía una sensación extraña en el pecho como si me quedara sin aire y un día en la escuela se dieron cuenta de que no me sentía bien y fue ahí que se dieron cuenta que yo me cortaba y me mandaron para donde usted».

S. S. S. R. es expresiva y afectiva, ansiosa y frecuentemente se la observa triste y poco motivada para realizar las actividades cotidianas debido a que se preocupa por las dificultades familiares.

Desde la separación de sus padres, a los 8 años, S. S. S. R. comenzó a presentar dificultades en el control emocional, provocándose autolesiones a inicios de este año debido a la necesidad de ser aceptada en su grupo de amigas y para sobreponerse

equivocadamente a la sintomatología ansiosa depresiva que experimenta por las circunstancias familiares y psicosociales que enfrenta.

Diagnóstico: F33.1, trastorno mixto ansioso depresivo.

Participante 4

Adolescente con 12 años de edad, acude a su séptimo grado de nivel secundario, mantiene promedios regulares, Refiere que: «Cuando era niña, siempre me gustó hablar mucho, y en la escuela siempre me regañaban por eso, pero desde que pasé para VI grado comencé a sentirme rara porque lo que antes me gustaba ya no me parecía interesante, me gustaba quedarme encerrada en el cuarto, y en ese tiempo mis padres se separaron porque ya no había amor entre ellos y comencé a sentir miedo, angustia, como que algo malo iba a pasarme y dejé de salir a pasear con mis amigas y eso me hacía sentir triste a la vez porque era como que yo quería, pero algo en mí no me dejaba. Luego, en la Navidad pasada, me regalaron un celular y en YouTube vi cómo unas chicas se cortaban en los brazos para aliviar sus penas y así fue como comencé a cortarme yo también, pero como mi mamá se iba a dar cuenta decidí hacerlo en las piernas y cuando comencé este año vi que otras compañeras lo hacían y me pareció normal y por eso lo hago, pero mi estado de ánimo no ha cambiado del todo porque sigo sintiéndome triste y angustiada y no sé por qué, si mi mamá dice que a mí no me falta nada».

Luego de la separación de sus padres, K. R. comenzó a experimentar cambios en su estado de ánimo, llanto fácil, poca motivación en actividades cotidianas, además de episodios de angustia, temor y preocupación irracional, principalmente cuando la invitan a compartir sus compañeros de clases.

Diagnóstico: F33.1 trastorno mixto ansioso depresivo.

Participante 5

Adolescente con 12 años de edad, acude a su séptimo grado de nivel secundario, mantiene promedios regulares, Refiere que: «Hay momentos en que no sé por qué me siento mal, como triste, a veces lloro y a veces todo me da rabia, en la escuela no me concentro, no recuerdo lo que dicen los profesores, por eso no hago las tareas y mi mamá se enoja conmigo porque voy mal, tengo pesadillas y no puedo dormir bien, a veces no me importan las cosas que les gustan a mis compañeros, pero este año conocí a unas amigas que me dijeron que si me cortaba me sentiría mejor y lo hice por curiosidad, no me dolía, así que lo hice varias veces esperando que me ayudara a sentirme mejor, pero la verdad es que sigo sintiéndome como inútil, veo mal mi futuro porque mi papá está en la cárcel y hacer eso, cortarme, en el momento me ayuda a no sentirme tan triste ni a tener ese sentimiento de que algo malo va a pasar».

V. P. J. G. es hija única, mantiene poca comunicación con su padre debido a diversas situaciones psicosociales que se lo impiden. Muestra poco interés en las actividades cotidianas que antes le agradaban, suele pasar gran parte del día durmiendo o encerrada en su cuarto para no mantener contacto con su mamá o con alguna vecina de su edad.

En el salón de clases presenta onicofagia cuando debe presentar alguna exposición o realizar un examen. Se relaciona con 5 compañeras y suele aislarse cuando intentan acercarse a ella. Ha presentado dificultades en la concentración, atención, memorización, llanto fácil y crisis de ansiedad luego de que su padre fue detenido, hace aproximadamente 1 año.

Diagnóstico: F33.1, trastorno mixto ansioso depresivo.

Participante 6

Adolescente con 12 años de edad, acude a su séptimo grado de nivel secundario, mantiene promedios regulares, Refiere que: «Soy una persona que suele hablar mucho, tengo muchas personas conocidas, pero no todas son mis amigas. En el salón de clases siempre me regañan porque hablo mucho, pero es que me aburro rápido, algunas veces me gusta trabajar en grupo y otras veces me gusta hacer los trabajos sola porque nadie me molesta. La verdad, me trajeron acá por mala conducta y porque a inicios de este año cuando me llevaron a la dirección se dieron cuenta de que me había cortado en los brazos, pero no es la primera vez que lo hago.... Desde que estaba en cuarto grado una maestra me molestaba tanto que yo me sentía tan mal que intenté ponerme una correa en el cuello, pero mi abuela me vio y hablaron conmigo y con la maestra y las cosas mejoraron, pero yo he seguido cortándome algunas veces porque me siento como aburrída, no tengo ganas de hacer nada, me siento mejor estando sola. En la casa, aunque están mis hermanas no puedo hablar con ellas; mi abuela y mi mamá dicen que yo soy una persona muy querida, pero no me siento así, porque la mayoría de las veces, aunque esté con ellos, me siento como sola, a veces me dan ganas de llorar de la nada, todo me molesta y, si me dicen que haga algo, no me da la gana.... Otros días estoy que las manos me sudan, no quiero ni salir de la casa, me cuesta decidirme y hay días que no quiero ir a la escuela porque siento como miedo, aunque no tenga ejercicio ni nada ese día».

R. H. E. es una joven que desde 4.º grado presenta cambios constantes en su estado de ánimo. En la escuela intenta ser comunicativa y expresiva debido a la presión que ejercen sus compañeras sobre ella, en cuanto a su apariencia física, su conducta y su rendimiento académico. Se autolesiona cuando no es capaz de manejar adecuadamente sus emociones. Con frecuencia en casa se la observa triste, pensativa, aislada, pasa mucho tiempo en su cuarto, ocasionalmente suele presentar dificultades para organizarse, tomar decisiones, afrontar distintas situaciones, movimientos continuos de manos y pies cuando se presenta en público, dificultades en la atención y memorización al momento de estudiar o realizar alguna actividad académica.

Diagnóstico: F33.1, trastorno mixto ansioso depresivo.

Participante 7

Adolescente con 12 años de edad, acude a su séptimo grado de nivel secundario, mantiene promedios regulares, Refiere que: «Hasta el año pasado era buena estudiante y me portaba bien, pero este año mi papá se fue de la casa, mi abuela murió y mi abuelo se enfermó y ahora vive con mi mamá, mis hermanos y yo. Cuando conocí a mis nuevas amigas, todas teníamos algo en común y ellas me ayudaron a sentirme mejor, unas ya se cortaban desde hace tiempo y otras comenzamos este año. Desde que pasó todo eso en casa, yo me he sentido triste, no me dan ganas de nada, mis calificaciones bajaron de 4.8 a 3.9, lloro mucho cuando estoy sola en mi cuarto para que no se den cuenta, siento mucho miedo, no me concentro, las manos me tiemblan y sudo mucho cuando voy a decir una charla, a veces siento un dolor en el estómago o me dan muchas ganas de ir al baño cuando tengo un ejercicio. No se lo había dicho a mi mamá para que no se preocupara más, pero siempre estoy pensando que soy un fracaso porque los demás son mejores que yo, soy muy nerviosa, me preocupa lo que otros piensan de mí y cuando veo a otras personas pienso que son más felices que yo».

L. Y. A., inicia una sintomatología ansiosa depresiva desde hace 1 año, luego de darse cambios importantes en su estilo de vida y la relación familiar. Presenta dificultades con su autoestima, falta de confianza tanto en sus habilidades sociales como en sus habilidades cognitivas, dificultades en la concentración y en la ejecución de tareas, principalmente al momento de presentarse ante sus compañeros/as.

En casa se observa distante, triste, preocupada, con llanto fácil y desconcentrada en las tareas que se le asignan.

Diagnóstico: F33.1, trastorno mixto ansioso depresivo.

Participante 8

Adolescente con 13 años de edad, acude a su séptimo grado de nivel secundario, mantiene promedios regulares, Refiere que: «Desde hace 2 años me lastimo, primero me golpeaba la cabeza contra el *closet* o me golpeaba contra la pared, pero mi mamá me regañaba cuando se daba cuenta y este año que conocí a las otras compañeras, me enseñaron que si me cortaba en las piernas no se darían cuenta y así comencé a rayarme las manos y una sola vez en la pierna derecha. A mí me da miedo todo, no tengo amigas de verdad, pienso que todas se van a burlar de mí porque soy tonta, me da mucha pena cuando voy caminando por los pasillos y por eso no compro nada en el recreo, me preocupa mucho lo que otras personas piensan de mí, desde primaria se burlaban de mí y me sentía tan triste que prefería no tener amigas porque todas querían algo de mí.

Cuando estoy en casa, no me gusta hablar con mi familia porque me siento nerviosa si no logro que las cosas sean como yo las pienso y eso a veces me da rabia y a veces tristeza. Siempre estoy nerviosa y, si me presionan, siempre me equivoco. Me siento cansada, duermo más que antes, a veces como bien y a veces como muy poco porque no me da hambre. Mi mamá piensa que todo está bien, pero me encierro en mi cuarto para llorar y alejarme de todos porque, aunque esté con ellos no puedo sentirme feliz y cuando estoy en la escuela entonces siento como miedo y todo lo hago mal».

M. A. A. L. presenta dificultades para manejar adecuadamente sus emociones, es una adolescente introvertida, con sintomatología ansiosa depresiva, debido a que se observa triste, desanimada, con baja autoestima, pérdida progresiva del interés en actividades cotidianas, temerosa, insegura de sus capacidades y habilidades, evita el contacto con otras adolescentes y con algunos miembros de su familia.

Diagnóstico: F33.1, trastorno mixto ansioso depresivo.

Participante 9

Adolescente con 16 años de edad, acude a su séptimo grado de nivel secundario, mantiene promedios regulares, Refiere que: «Se indica que el E.P.T es una de las ultimas chicas que llega a el hogar por un caso de abuso, sin embargo no ha querido hablar mucho del tema, la observan callada, poco expresiva o comunicativa, se aísla constantemente, sus notas son regulare pero le apoyan en su centro escolar, pero no conoce amistades de escuela tampoco, por disposición legal a fecha no recibe visitas de su madre».

E.P.T es una chica extremadamente callada, no muestra interés en contestar, tono de voz bajo, poco abordable, responde con mono sílabos, rechazo a abordar tema familiares sensitivos, poco comunicativa con sus compañeras y se sienta en una esquina sola. Diagnóstico: F33.1, trastorno mixto ansioso depresivo.

Participante 10

Adolescente con 16 años de edad, acude a su sexto grado de nivel primario, mantiene promedios regulares, Refiere que: «es llevada de la comarca por las precarias condiciones que vive, no es escolarizada, la tiene en con apoyo del IPHE en el grado por integración, pero su lectura y escritura son básicos, cuando va a hablar con las personas le cuesta ya que su español en básico pues no había.

salido antes de su lugar de vivienda, durante el proceso de entrevista se muestra animosa a responder, pero es muy difícil su comprensión, manifiesta que cuando habla tiene miedo y por eso calla, tiene sueños feos con su familia y no saben cómo están».

M.W.K es una chica con dificultades en la comunicación por la poca comprensión de español, sin embargo, tiene intención de expresar, para realizar la evaluación se le ayudo para las respuestas, tiene miedo de que le pase algo a ella o su familia, siente que no va a poder porque es muy difícil aprender ya grande, en las noches tiene pesadillas y mucha ansiedad al hacer algo nuevo.

Diagnóstico: F33.1, trastorno mixto ansioso depresivo.